## مباني نظري

## روان درماني حمايتي گروهي

روان درماني چيست؟

روان درماني به شيوه هايي گفته مي شود كه در آن مشكلات رواني و عاطفي از طريق بيان مشكلات به يك درمانگر و گفتگو با او درمان مي گردد. روان درمانگر به شناخت شما از خود و بهتر شدن توانايي مقابله تان كمك مي كند (پروچاسكا[[1]](#footnote-1) و جان نوركراس[[2]](#footnote-2)، ترجمه سيد محمدي، 1383).

سابقه فرهنگي - تاريخي روان درماني

بقراط[[3]](#footnote-3) روان درماني علمي- تجربي را از پيش خبر داده بود. اين روش از اواسط قرن هيجده بطور مستمر در دنياي غرب مورد استفاده قرار داشته است. آنتوان مسمر[[4]](#footnote-4) نخستين کسي بود که روش درماني خود را استفاده علمي از [خواب مصنوعي حيوان](http://daneshnameh.roshd.ir/mavara/mavara-index.php?page=%D8%AE%D9%88%D8%A7%D8%A8+%D9%85%D8%B5%D9%86%D9%88%D8%B9%DB%8C) ناميد. با آن که نظريه‌هاي او بي‌اعتبار قلمداد شدند، روان درماني علمي- تجربي به شکل [هيپنوتيزم](http://daneshnameh.roshd.ir/mavara/mavara-index.php?page=%D9%87%DB%8C%D9%BE%D9%86%D9%88%D8%AA%DB%8C%D8%B2%D9%85) ادامه يافت و بعد به لطف نبوغ فرويد[[5]](#footnote-5) از شهرتي همگاني برخوردار گرديد. در دهه‌هاي اخير روان درماني علمي- تجربي با استفاده از نظريه‌هاي پاولف[[6]](#footnote-6) و اسکنير[[7]](#footnote-7) و نظريه‌هاي شناختي بيش از پيش گسترش يافته است (پروچاسكا و جان نوركراس، ترجمه سيد محمدي، 1383).

انواع روان درماني

روان درماني انواع خاص بسياري دارد و تقسيم بنديهاي مختلفي بر مبناهاي مختلف براي آن صورت گرفته است. از يک تقسيم بندي که طول زماني روان درماني مورد توجه بوده روان درماني را به دو نوع بلند مدت و کوتاه مدت تقسيم بندي کرده‌اند. در تقسيم بندي ديگري بر حسب تعداد افراد شرکت کننده در روان درماني دو نوع روان درماني فردي و روان درماني گروهي را معرفي کرده‌اند. مهمترين تقسيم بندي بر حسب نوع رويکرد مورد استفاده در طول درمان انجام گرفته است. در اين دسته روان درماني مبتني بر رويکرد روانکاوي، رفتار درماني، شناخت درماني و روان درماني هاي مبتني بر روند انسان گرايانه قرار مي‌گيرند (پروچاسكا و جان نوركراس، ترجمه سيد محمدي، 1383).

اهداف روان درماني عبارتنداز:

* تغيير الگوهاي آسيب زاي رفتاري
* بهبود احساس ارزشمندي
* حل و فصل تعارض ها

 روان درماني به ياد گرفتن مسائلي در مورد خودتان كمك مي كند. در بعضي از موارد، شما ياد مي گيريد كه چگونه گذشته را درك كرده و آن را با زمان حال تطبيق دهيد. در موارد ديگر شما از آن دسته از پاسخ هايتان كه مشكلاتي را در زندگي شما ايجاد مي كنند آگاه شده و شيوه هاي تغيير آنها را ياد مي گيريد (پروچاسكا و جان نوركراس، ترجمه سيد محمدي، 1383).

**روان درماني حمايتي**

پورافکاري (1389) رواندرماني حمايتي را اينگونه تعريف مي کند: " نوعي رواندرماني که به منظور کمک به بيماران در جريان بحران هاي ناشي از مسايل اجتماعي يا بيمـاري جسمي مورد استفاده قرار مي گيرد. همچنين به منظور رفـع ناراحتي هاي ناشي از بيماري رواني و جسمي طولاني يا نقص هاي فيزيکي بکار برده مي شود ." به نظر محققين، رواندرماني گروهي حمايتي در عمل، ملاقات گروهي از افراد همدرد است، در جلسات منظم که طي آن شرکت کنندگان درباره شرايط خاص و دشواري هاي که در آن قرار دارند، مشکلات و مسايلي که با آنها روبرو هستند و تجربه هاي شخصي خود در خصوص شيوه هاي روبرو شدن و حل اين مسايل و مشکلات با يکديگر گفتـگو و تبادل نظر مي پردازند، اطلاق مي شود. با عنايت به مسائل بالا، رواندرماني حمايتي را مي توان به عنوان شيوه اي از درمان تعريف نمود که درمانگر آن را به کار مي گيرد تا به هنگامي که بيمار ستقلاً نمي تواند زندگي خود را اداره نمايد، او را محافظت نمايد (اسلامي نسب، 1374).

اهداف رواندرماني حمايتي چيست؟

هدف هاي درماني به بسياري از ويژگي هاي بيمار مانند سن، تشخيص و پيش آگهي بستگي دارد. اما اهداف مشترک درمان عبارتند از:

الف) تقويت کارکرد بهينه روانشناختي و اجتماعي بيمار از طريق بازپروري و تقويت توانايي هاي او براي اداره زندگيش.

ب) تقويت هر چه بيشتر احترام به خويش و عزت نفس در بيمار.

ج) آگاه نمودن بيمار نسبت به واقعيت محدوديت ها و آن چه دست يافتني يا دست نيافتني (مثل محدوديت هاي شخصي خودش و محدوديت هاي درمان).

د) پيشگيري از بازگشت مجدد بيماري و تلاش براي جلوگيري از پسرفت يا بستري شدن دوباره بيمار.

ه) توانا ساختن بيمار تا آن ميزان از درمان حرفه اي را طلب کند که به سازگار هر چه بهتر او بيانجامد و بدين گونه از وابستگي بي مورد او ممانعت به عمل آيد.

و) جابه جايي منبع حمايت (نه لزوماً تمامي آن) از کارشناس بهداشتي به خانواده يا دوستان به شرط آن که خانواده و دوستان قابل دسترس باشند و بتوانند نقش حامي را ايفا نمايند (بلوخ[[8]](#footnote-8)، ترجمه صاحبي، 1377).

موارد کاربرد

رواندرمان حمايتي در خصوص آن گروه از بيماران رواني به کار مي رود که هم به لحاظ عاطفي و هم به لحاظ روابط انساني دچار مشکل جدي هستند و اميد نمي رود که بهبودي اساسي يابند. اين گروه صرفاً به دليل ناتواني هاي خود بدون دريافت کمک بيروني قادر نيستند به راحتي زندگي را ادامه دهند. تحمل استرس هاي زندگي را ندارند و گاهي حتي براي چيزهاي بسيار ساده و پيش پا افتاده توقع کمک دارند. دوستان و بستگاني که بتوانند منبع حمايت باشند يا در دسترس نيستند و يا نمي توانند از عهده نيازهاي فراوان بيمار برآيند. وخامت اوضاع آن ها و آسيب پذيري شخصيتشان، اشکال ديگر رواندرماني را که عنصر اصلي درمان در آن ها بصيرت دادن به بيمار است، غير ممکن مي کند. از منظر تشخيص سنتي، اين بيماران روان پريش هاي مزمن، افسردگي هاي بازگشت کننده و مزمن، بويژه آن هايي که اضطراب فراگير و يا ويژگي هاي خود بيمارانگاري دارند و نمونه هاي اختلالات شخصيتي شديد را شامل مي شوند. گروه آخر شامل افرادي چون پارانوييدها، هيستريک ها، منفعل وابسته بي کفايت و يا آن هايي که واجد خصوصيات اسکيزوييدي هستند، اما عموماً عملکردشان در روابط اجتماعي نابسامان بوده، در رويارويي با مسائل مختلف زندگي ناتوان هستند. برخي افراد با ضريب هوشي پايين يا با مشکلات دائمي ديگر مانند بيماري مزمن جسمي يا ناتواني در برخورد عقلاني با مسائل روزمره زندگي ممکن است نيازمند درمان حمايتي باشند (بلوخ، ترجمه صاحبي، 1377).

رابطه درمانگر- بيمار

بيماري که رواندرماني حمايتي در موردش اعمال مي شود معمولاً در حفظ و نگهداري روابط صميمانه با ديگران با مشکل روبروست. يک رابطه شخصي خوب و جدي که در بر گيرنده نزديکي، اعتماد و احتمالاً جدايي است، ممکن است براي بيمار يک تهديد بزرگ بشمار آيد و در بررسي ماهيت رابطه درمانگر- بيمار، در اين روش بايد اين نکته را به خاطر داشت (بالينت[[9]](#footnote-9) همکاران، 1970؛ به نقل از بلوخ، ترجمه صاحبي، 1377). بدين گونه، رابطه بيمار و درمانگر در درمان حمايتي داراي ويژگي هاي خاصي است:

درمانگر نقش ياري کننده دارد، به نيازهاي بيمار با انواع گوناگون روش ها پاسخ مي دهد و نزديکي خود را با بيمار در سطح متعادلي حفظ مي کند. علت ديگر در حفظ رابطه متعادل از سوي درمانگر دليلي مصلحت آميز دارد. بيماراني که درمان حمايتي دريافت مي کنند از شرايط مزمن در رنج اند و بعضاً براي دوره هاي طولاني يا تمام عمر نياز به کمک دارند. کاملاً واضح است که براي چنين دوره هاي طولاني مدتي ارائه حمايت و در نهايت درمان از سوي يک درمانگر واحد عملي نيست. زيرا درمانگران معمولاً از بخشي به بخش ديگر يا از يک مسئوليت به مسئوليت ديگر نقل و انتقال مي يابند. بنابراين دامن زدن به رابطه صميمانه در زماني که درمانگر مجبور به ترک واحد درماني است فقط راه را براي ايجاد يک حس منفي از دست دادگي براي بيمار هموار مي کند که به خودي خود خطر پسرفت را تشديد مي کند (بلوخ، ترجمه صاحبي، 1377). کاملاً روشن است که راه حل اين مسئله ايجاد رابطه خوب بين بيمار و مؤسسه ارائه دهنده خدمات است. جداي از مسئله صميميت، خصيصه عمده ديگري که در رابطه درمانگر- بيمار وجود دارد نقش هدايتگر درمانگر است. درمانگر مسئوليتي را در خود احساس مي کند که در اکثر رويکردهاي ديگر رواندرماني به چشم نمي خورد و آن بدين دليل است که معمولاً بيمار ما در اينجا مبتلا به عارضه اي مزمن است و نتيجتاً قادر نيست که به طور مستقل از خود مراقبت نمايد. اين رابطه تا حدودي همانند رابطه والدين و کودک است. يعني رواندرمانگر رابطه اي را ايجاد مي کند و از آن طريق به بيمار احساس امنيت و آرامش مي بخشد که بيمار به او وابسته مي شود. درمانگر از اين رابطه ايجاد شده به عنوان وسيله اي براي اجراي برخي شيوه هاي خاص درماني نيز استفاده مي کند (استروپ[[10]](#footnote-10)، 1993، به نقل از بلوخ، ترجمه صاحبي، 1377).

عناصر درمان حمايتي

1- اطمينان بخشي: در خصوص اطمينان بخشي، درمانگر مي تواند حداقل به دو شيوه عمل کند: الف) از طريق رفع سوء تفاهم ها و ترديدهايي که ممکن است بيمار داشته باشد.

ب) از طريق خاطر نشان ساختن توانايي ها و پتانسيل هاي بالقوه بيمار (بلوخ، ترجمه صاحبي، 1377).

بيماران اغلب افکاري را به خود راه مي دهند که بيمار گونه بوده، به طور قابل ملاحظه اي اضطراب آور است. بيمار رواني مزمن که اغلب دچار بي اطميناني است هنگامي که خود را مورد ارزيابي قرار مي دهد، جز ناکامي و فرصت هاي از دست رفته چيز ديگري در آن نمي يابد. هر چند ممکن است تا حدودي درست بگويد اما معمولاً، بيمار به اين گرايش دارد که در ارزيابي خود قابليت ها و موفقيت ها اطمينان بيمار را افزايش دهد. در اينجا يک مسئله را نبايد فراموش کرد و آن اينکه، براي آن که اطمينان بخشي مؤثر واقع شود، لزوماً بايستي مبناي واقعي داشته باشد. يعني تشويق نامعقول اميدهاي بيمار از طريق اطمينان بخشي هاي بي اساس اگر چه ممکن است به طور کوتاه مدت مؤثر باشد، اما در نهايت به ناکامي خواهد انجاميد. بنابراين درمانگر بايد تلاش نمايد تا محيطي سرشار از اميد به وجود آورد و توقعات و انتظارات مثبت در بيمار ايجاد نمايد اما نبايد تحت هيچ شرايطي بيمار را فريب دهد (بلوخ، ترجمه صاحبي، 1377).

2- توضيح: اين روش در درمان حمايتي کاملاً متفاوت از روشي است که در رواندرماني هايي به کار مي رود که هدف اصلي آن ترغيب و افزايش بينيش و بصيرت در بيمار است. اين نکته را بايد تأکيد کنيم که در روش درمان حمايتي توضيح يا (آن چنان که رايج است) تفسير پديده هايي هم چون انتقال، مقاومت، دفاع هاي خاص و نشانه هاي ناخودآگاه رفتار، امري کاملاً غير ضروري است و بايستي از آن دوري کرد. بر عکس، در اينجا توضيح، توجه مسائل علمي روزمره و واقعيت موجود و خارجي است که بيمار به طور روزانه با آن ها سرو کار دارد. هدف، عميق شدن براي شناخت بيشتر خود نيست. بلکه هدف اين است که از طريق روشن کردن ماهيت مسائل روزمره فرد، توانايي او را در برخورد با مسائل افزايش داده، چگونگي تلاش براي حل هر چه بهتر آن ها را طرح نماييم. لمس واقعيت به اين شيوه براي بيمار مزمن اهميت اساسي دارد. بيمار بايد از چگونگي شرايط خودش و احياناً از هرگونه خيالات غير واقعي اش آگاه شود. بيمار همچنين بايد محدوديت هاي درمانگر و روش هاي به کار گرفته او را درک نمايد، مثلاً: «نمي توانم از درمانگر خودم توقع درمان معجزه آسا داشته باشم» (بلوخ، ترجمه صاحبي، 1377).

3- هدايت: درمان حمايتي گاهي متضمن هدايت بيمار در شرايط گوناگون و اکثراً از طريق توصيه هاي مستقيم است. مثل روش توضيح، در اين روش نيز تأکيد اصلي بر مسائل عملي زندگي فرد همانند مسائل دخل و خرج، بهداشت شخصي، خواب و تغذيه از جمله اساسي ترين مسائل است. در مورد مسائل ديگري چون کار و چگونگي کنار آمدن با شرايط ويژه اي که پيش مي آيد نيز ممکن است توصيه هايي لازم باشد، همانند تغيير شکل، چگونگي برخورد با مسئولين بالاتر به هنگام درخواست تقاضايي معقول يا در مورد مسائل مربوط به خانواده مثل چگونگي رابطه هر چه بهتر با والدين سالخورده و چگونگي برخورد با يک پسر نوجوان عصيان گر يا در مورد اوقات فراغت مثل چگونگي پيوستن به يک کلوپ اجتماعي و نحوه مشغول شدن با يک سرگرمي خاص. هدف درمانگر تنها در کمک به بيمار براي حل و فصل يک مسئله مشخص خلاصه نمي شود، بلکه آموزش مهارت هاي لازم براي برخورد مؤثر با مسائل مشابه در موقعيت هاي ديگر نيز مد نظر است. مثلاً به بيمار مي آموزند که چطور فشارهاي عادي زندگي روزمره را ارزيابي کند و چگونه تدابيري را به کار گيرد که در برطرف کردن و کاهش اين فشارها مؤثر باشد، بدين ترتيب بيمار قادر خواهد بود که خودش از عهده فشارها و تصميمات لازم برآيد (بلوخ، ترجمه صاحبي، 1377).

4- تلقين: تکنيک تلقين بسيار شبيه روش هدايت است، اما در اينجا در تصميم گيري بر سر همکاري يا عدم همکاري، بيمار حق انتخاب کمتري دارد. در اين جا درمانگر تلاش مي کند تا با تأثير گذاري صريح يا غير صريح بر بيمار او را به انجام يک سري تغييرات وادار نمايد. يکي از نمونه هاي تأثير گذاري غير صريح از سوي درمانگر اين است که نشان دهد رفتار مطلوب را مي پسندد، «آن طور که هفته پيش توانستي روي پاي خودت بايستي خيلي خوب بود». نتيجه روشن آن مي تواند تکرار اين نوع روش از سوي بيمار باشد. همان گونه که در مورد روش هاي توضيح، هدايت و ترغيب گفته شد، در آن ها همکاري و مشارکت فعال بيمار نقش بيشتري دارد، بنابراين بهتر است در ابتدا از آن ها استفاده کنيم و بعد به روش تلقين متوسل شويم (بلوخ، ترجمه صاحبي، 1377).

5- تشويق: تشويق کردن بيمار آن چنان طبيعي مي نمايد که ما آن را به عنوان يک اصل ضروري مي پذيريم، اما استفاده از تشويق زماني مؤثرتر است که درمانگر مي داند براي دستيابي به چه چيزي کوشش مي کند. اکثر بيماران مزمن نياز دارند که به طور منظم «جرأت ورزي» بياموزند و يا احساس اطمينان نمايند. اما اين کار در صورتي به بهترين نحو عملي مي گردد که در ارتباط با موقعيت خاصي در زندگي يا فرايند درمان آن ها باشد. از اين رو درمانگر به جاي آن که با عبارات مبهم و کلي به تشويق بيمار بپردازد، بايستي از اين تکنيک درماني در چهارچوب مشخصي استفاده نمايد. اين زمينه ها از بيماري به بيمار ديگر، تفاوت بسياري دارد. آن چه يک دست و ثابت خواهد بود، اهداف بنيادي است که در استفاده از تشويق نهفته است، همانند چالش با احساس کهتري، تعالي احترام به خويش و ترغيب بيمار به پذيرفتن شيوه هاي رفتاري که در مورد آن ها شک و واهمه دارد. در رابطه با تشويق همواره بايد متوجه يک نکته باشيد، اگر از تشويق بي مناسب استفاده شود، نه تنها ممکن است فايده اي در بر نداشته باشد، بلکه نتيجه ضد درماني نيز به بار مي آورد. تشويق بيمار به طرز غير واقع بينانه و به سمت هدفي که او اميدي به دست يابي به آن ندارد، ممکن است پيامدي خلاف منظور اصلي را در برداشته باشد. درمانگر بايد محدوديت هاي ناشي از شرايط بيمار را بداند و در فرايند درمان آن ها را به حساب آورد. به هر صورت بيمار را بايد به برداشتن گام هاي کوتاه تشويق نمود، به گونه اي که امکان گفت و گوي موفقيت آميز در خصوص آن ها افزايش يابد. در اين صورت هر تجربه خوشايندي باعث افزايش اعتماد به نفس شده و منبع تشويق براي گام هاي بعدي محسوب مي شود (بلوخ، ترجمه صاحبي، 1377).

6- تغييرات مؤثر در محيط بيمار: تغييرات محيطي مثبت همانند افزودن چيزي به قلمرو دنياي بيمار درست به اندازه ي حذف عوامل استرس زا اهميت زيادي دارد. به اين جهت تشويق بيمار به شرکت در فعاليت هاي اجتماعي متناسب با وضعيتش، همانند فعاليت در کلوپ هاي سالمندان، کليسا و ديگر مراکز جمعي يا کمک به او براي شروع سرگرمي هاي جديد ارزش بسياري دارد. در اين فرايند تماس هاي اجتماعي، البته به شيوه حمايتي افزايش مي يابد و بيمار قادر خواهد بود از دستيابي به اهداف شادي آفرين و با ارزش لذت ببرد. اين شيوه درماني دو بعدي است: الف) کار مستقيم با بيمار از راه کمک به او، مانند يک شغل مناسب يا تماس با مقامات ذيصلاح براي دريافت کمک مالي (بيمه بيماري) يا کمک هاي مالي ديگر (تأمين اجتماعي، حقوق بيکاري) يا ايجاد رابطه بين بيمار و کلوپ هاي اجتماعي مناسب و مانند آن (در اين جنبه ها مددکاران اجتماعي مي توانند بيشترين کمک را بکنند). ب) کار با کساني که در زندگي بيمار اهميت ويژه اي دارند و بخصوص بستگان او. براي آن که خانواده را بتوانيم به گونه اي مؤثر در درمان حمايتي شرکت دهيم بايد آگاهي ها و راهنمايي هاي لازم و ضروري را به آنان ارائه دهيم. افراد خانواده را بايد راهنمايي کرد که در موقعيت هاي خاصي که پيش مي آيد چگونه و چطور کار کنند و چه کارهايي را انجام دهند. علاوه بر اين خانواده نيز بايد به سهم خود در امر مراقبت از بيمار مورد حمايت قرار گيرد، چرا که فرايند درمان ممکن است برخي اوقات با دشواري بسيار طي شود (بلوخ، ترجمه صاحبي، 1377).

7- رخصت براي تخليه هيجاني: رابطه مبتني بر امنيت و احساس ايمني بين بيمار- درمانگر، به بيمار اين امکان را مي بخشد با نوعي آرامش خاطر احساساتي چون ترس، نگراني، غم و اندوه، ناکامي و زود رنجي خود را با رواندرمانگر در ميان بگذارد. دفتر کار درمانگر معمولاً تنها جايي است که بيمار مي تواند با اطمينان کافي اين گونه هيجانات را بيان کند. درمانگر با نشان دادن هم احساسي خود و اينکه شنونده همدرد و فعالي است که بيمار را بدون هيچ قيد و شرطي مي پذيرد، عملاً به او اين امکان را مي دهد که درمانگر را در تمام اسرار خود، ولو رنج آور و خجالت زا شريک نمايد. يا آن که شريک شدن در مسائل عاطفي ضرورتاً به خودي خود مؤثر نيست. اين فرايند مي تواند نوعي احساس آرامش قابل توجهي را به همراه آورد و معبري به سوي ساير روش هاي درماني شود (بلوخ، ترجمه صاحبي، 1377).

**کارايي رواندرماني حمايتي**

ارزيابي کارايي رواندرماني حمايتي بسيار دشوار است. در مورد بيماراني که براي آن ها معالجه هدف اصلي درمان نيست، چه معياري براي نتيجه گيري مي توان به کار برد؟ همچنين لازم است دقت کنيم که چه درمان هاي ديگري به کار رفته است. مثل درمان دارويي، حمايت غير حرفه اي مانند باشگاه هاي اجتماعي و نظاير آن، تشکيل يک گروه کنترل که به کمک آن بتوان کارايي رواندرماني حمايتي را سنجيد، هر چند مشکل اما امکان پذير است. مثلاً مي توان يک يک پارامترهاي درمان را به نوبت تغيير داد. در مورد اولين مسئله «روش شناختي» ارزيابي نتيجه، معيارهاي مناسب عبارتند از: الگوي حضور در درمانگاه (مثل عدم رعايت قرارها، کنار رفتن از برنامه درماني، استفاده بيش از حد از درمانگاه در فاصله بين قرارها)، موارد بستري شدن در بيمارستان رواني، استفاده از تسهيلات اضطراري رواني، تعداد تماس هاي تلفني بحراني در ساعات نامنظم، الگوي کلي تقاضاي کمک، کيفيت روابط با نزديکان و ديگران، ميزان موفقيت در کار و توانايي مقابله با ضرورت ها و وظايف روزمره. درمان حمايتي در درمانگاهي که مخصوص بيماران مزمن باشد به نظر مي رسد بهتر از روش هاي درمانگاهي معمولي نتيجه مي دهد ولي تا بررسي هاي منظم آتي چيز بيشتري درباره اين مسئله نمي توان گفت (بلوخ، ترجمه صاحبي، 1377).

روي هم رفته هدف اصلي رواندرماني حمايتي در مورد بيماران مزمن تشويق بيمار براي رسيدن به بهترين انطباق ممکن است. براي رسيدن به اين هدف درمانگر وارد نوع خاصي از رابطه با بيمار مي شود و روش هاي درماني مشخص مثل توضيح، اطمينان بخشي و راهنمايي را به کار مي گيرد. وابستگي غير ضروري بيمار، بي شک مهمترين مسئله اي است که درمانگر با آن روبروست و ممانعت از اين مسئله مستلزم مهارت توام با دقت از جانب درمانگر مي باشد. مدل علمي مفيدي از درمان که پيرامون مفهوم وابستگي موسساتي شکل مي گيرد مي تواند مسئله وابستگي را به حداقل برساند و در عين حال مراقبت باليني مناسب را هم تأمين کند. اما کارايي اين مدل و درمان حمايتي به طور کلي هنوز بايد آزمايش شود (بلوخ، ترجمه صاحبي، 1377).

**تعريف گروه درماني**

گروه درماني يک شيوه درماني است که گروه کوچکي از اعضا و يک يا چند درمانگر داراي تخصص در گروه درماني شامل مي شود. گروه درماني به منظور ارتقاي رشد رواني و کاهش مشکلات رواني صورت مي گيرد. اين اهداف از طريق اکتشاف شناختي و عاطفي تعاملات ميان اعضا و بين اعضا و درمانگر حاصل مي شود (کوري[[11]](#footnote-11) و کوري، ترجمه نقشبندي و همکاران، 1385).

**عوامل حمايتي در روان درماني گروهي**

عوامل حمايتي در اوان درمان گروهي، بسيار اساسي مي­باشد. فردي كه وارد گروه مي­شود از عزت نفس پايين و بي­معنايي رنج مي­برد. عوامل حمايتي اين تجارب منفي را هدف قرار مي دهند. اين عوامل هم بر درگير شدن در گروه و هم آينده چشم­انداز مثبتي مي­گشايند و تمايل عضو را در مشاركت مي­افزايند. برخورد سازنده با مشكلات توانايي است كه از عوامل حمايتي تغذيه مي­كند (اسلامي نسب، 1374). عوامل حمايتي داراي مؤلفه­هايي­ است كه عبارتند از:

**1- القاي اميد**

اميد در سراسر درمان گروهي، عنصر اساسي است. در آغاز مشاركت گروهي، اميد عضو را برمي­انگيزد تا با اعضاي ديگر تعامل برقرار كند زيرا انتظار دارد كه درگير شدن و اشتغال در گروه، به افزايش بهبودي مي انجامد. در اواسط درمان، اميد عضو را برمي­انگيزد تا به رغم رويارويي با تجارب هيجاني دشوار كه از سوي گروه تحريك مي­شوند، مقاومت كند و در اواخر درمان، اميد به عضو كمك مي­كند تا با احساسات مشكل آفرين همبسته با پايان گروه فائق بيايد. اميد به هدف گزيني كمك مي­كند. همچنين، به بازشناسي مسيرهاي ممكني كه بوسيله آن اهداف مي­توانند تحصيل شوند. اميد باعث مي شود که فرد خويش را به عنوان فردي درک کند كه قادر است تلاش كند تا به اهداف برسد (اسلامي نسب، 1374).

گروه درمانگر به شيوه­هاي مختلف اميد را مي­تواند در اعضا بيافريند:

* در جريان مصاحبه براي گزينش اعضا، گروه درمانگر مي­تواند بر نتايج درماني مثبت گروه درماني تاکيد بگذارد بدون آنكه نتيجه مثبت را تضمين کامل كند. گروه درمانگر مي­تواند اظهار کند كه مشاركت مفيد است.
* در طول جلسات، درمانگر مي­تواند فرهنگي خلق كند كه در آن اعضا به موفقيت خويش در نيل به اهداف جزئي اشاره مي­كنند. براي مثال، به عضو بسيار مداخله­گر و عجول، مي­توان فيدبك داد كه در قياس با آغاز درمان هم اکنون گاه به عضو ديگر اجازه مي دهد تا آخر حرف بزند و حرف او را قطع نمي­كند و اين پيشرفت قابل توجه اي است.
* درمانگر به اعضا پيشرفت هايشان را خاطر نشان مي کند. براي مثال، وقتي که آنها تمايل به تحمل احساسات منفي را نشان مي­دهند يا اختلاف با ساير اعضا را تحمل مي­كنند، و يا بصيرتهاي جديد و جالب توجه اي كه درباره خودشان دست يافته­اند. همه اين اموردلالت بر رشد و تعالي دارد.
* در پايان دوره درمان، درمانگران مي­توانند اعضا را تشويق كنند تا ديدگاه خودشان را درباره اينكه يك عضو چگونه طي دوره درمان تغيير يافته است، اظهار كنند (اسلامي نسب، 1374).

**2- پذيرش**

پذيرفته نشدن و طرد شدن از سوي گروه، بزرگترين ترس فرد در مصاحبه براي گزينش است. اين نگراني بويژه زماني جدي و شديد است كه فرد پس از تجربه يك طرد به گروه درماني رو آورده باشد. پذيرش در سطوح مختلف حين دوره گروه تجربه مي­شود. در اوان گروه درماني، بر حسب رسوم، اعضا نزاكت و احترام نشان مي دهند كه همين باعث مي­شود كه از رفتارهايي كه خطر طرد شدن از سوي يك فرد ديگر را به دنبال دارد، اجتناب كنند. در اواسط درمان، اكثر اعضا احساس پذيرش كمي مي­كنند. پذيرشي كه پس از اين کاهش ظاهر مي­شود، پذيرشي است که در آگاهي اعضا از توانمنديها و ضعفهاي ديگران پايه دارد. در نتيجه با پيش بيني منفي ديگران معطوف به خودشان مقابله مي­کنند و بدبيني را كنار مي گذارند. در نهايت و به شكل ايده آل اعضا بايد به اين نکته دست مي يابند که ديگران مي­دانند من چه كسي هستم و با اينحال مرا مي پذيرند (اسلامي نسب، 1374).

درمانگر مي­تواند پذيرش را از طريق راه حل­هاي زير ارتقا دهد:

* نشان دادن نگرش غير قضاوت گرايانه معطوف به همه موضوعاتي كه از سوي اعضا عنوان مي­شود؛ نگرشي كه اعضا مي­توانند سرمشق قرار دهند.
* ياري رساندن به اعضا تا به يكديگر به شيوه­هايي كه ملموس و غير سرزنش آميز است، فيدبک ارائه کنند. همچنين به آنهايي كه فيدبك را دريافت مي­دارند، کمک مي کند تا آن فيدبک ها را به طور صحيح ضبط و ثبت كنند.
* واكنش نشان دادن به هر اقدام طرد با كنجكاوي نشان دادن درباره چنين رويدادهايي، با هدف فهم بيشتر آنها. اغلب طردها به يك نياز خدمت مي­كنند كه شخص از آن آگاه نيست. شخص طرد كننده ممكن است در شخص ديگر ويژگي­هايي را ببيند كه درون خودش وجود دارد و نمي­تواند تحمل بشود. با تصور اينکه تنها شخص طرد شده آن ويژگي را دارد، فرد طرد کننده مي­تواند براي لحظه اي احساس رهايي از حضور ناخواسته را احساس کند. همين که اين فرآيند دفاعي فهميده شد، نه تنها فرد طرد شده احساس پذيرش بيشتر مي کند بلکه شخص طرد شده مي­تواند بسوي يک خود پذيرشي پايدارتر حرکت کند (اسلامي نسب، 1374).

**3 – نوع دوستي**

افراد در جلسات گروه، در فضايي فرصت ياري رساني به يکديگر را مي­يابند. اين فضا حس نوع دوستي را تقويت مي کند و نوع دوستي اثر درماني دارد. افزايش نوع دوستي به امور زير مي انجامد:

- اظهار نظر آرام بخش براي يکديگر،

- ارائه راه حل به يکديگر،

- همدلي معطوف به ديگري و در نتيجه فهم بهتر احساسات يکديگر،

نوع دوستي بويژه براي کساني مفيد است که بواسطه تجارب زندگي اخيرشان، درباره توانايي مقابله اي شان دچار شک و ترديد شده اند. در گروه خودياري نيز مفيد است. براي مثال، گروه زنان مبتلا به سرطان پستان (اسلامي نسب، 1374).

**4-جهانشمولي**

فهميدن اينکه شخص در مشکلاتش تنها نيست. نوع جهانشمولي بسته به ماهيت گروه فرق مي­کند: در گروه هاي خود ياري و حمايتي اعضا با توجه به احساسات و تکانه هاي که بتوانند به آساني بدان دست يابند، جهانشمولي را محقق مي­سازد. در بيماران که سکته را تجربه کرده اند احساس درماندگي و سوگواري بابت از دست دادن عملکرد را به اشتراک مي گذارند. در درمان کوتاه مدت، جهانشمولي دامنه وسيعتري را مي­پوشاند (اسلامي نسب، 1374).

**5 – همجوشي**

تجربه احساس با همديگر بودن در گروه را همجوشي مي گويند. همجوشي شرط عمل و تاثير ساير عوامل درماني است و خود نيز يک عامل درماني است. هم جوشي در چند سطح واقع مي شود:

در سطح گروه: تجربه احساس باهمديگر بودن در گروه

در سطح عضو به عضو: ميزان جذب اعضا به يکديگر

در سطح فرد – عضو: ميزان احساس تعهد به گروه

همجوشي گروهي معادل و هم ارز با رابطه درماني در درمان فردي است. مطالعات نشان داده است گروه هايي که به سطوح بالاي همجوشي مي­رسندبيشتر احتمال داردبه اهداف گروه دست يابند (اسلامي نسب، 1374).

## پيشينه ي تحقيقاتي

**پيشينه خارجي**

در پژوهشي که توسط لي مين[[12]](#footnote-12) و همکاران (2012) بر روي والدين داراي فرزندان مبتلا به سرطان خون انجام شده، نتايج نشان مي دهد که تشخيص سرطان، تأثيرات منفي را هم بر سلامت جسماني و رواني والدين و هم فرزندان آن ها به دنبال داشته است. همچنين مادران از سطوح پايين تري از سلامت روان برخوردار هستند و ميزان افسردگي و اضطراب در مادران بيشتر از پدران بوده است. در پژوهشي که توسط شارما[[13]](#footnote-13) و همکاران (2012) انجام شده، نتايج نشان مي دهد که ميزان اضطراب در بيماران مبتلا به سرطان بيشتر بوده و همچنين از سطح کيفيت زندگي پاييني برخوردار بوده اند.

ساهلر[[14]](#footnote-14) و همکاران (2010) تأثير آموزش مهارت هاي حل مسئله بر مادران داراي کودکان سرطاني مورد بررسي قرار دادند. جلسات به صورت هفته اي و به مدت دو ساعت به مدت 8 هفته برگزار گرديد. نتايج حاکي از آن بود که مادران کودکان سرطاني که تحت آموزش مهارت هاي حل مسئله قرار گرفته بودند نسبت به گروه گواه بهبودي بيشتري در خلق، اضطراب و نشانه هاي پس از استرس (PTSD) بدست آوردند.

فدل[[15]](#footnote-15) و همکاران (2013) به بررسي تأثير مداخلات بين رشته ايبر ميزان سازگاري مادران و کودکاني که به تازگي تشخيص سرطان دريافت کردند پرداختند. 52 مادر داراي کودک سرطاني به طور تصادفي در يک مداخله باليني ميان رشته اي شرکت کردند . نتايج نشان داد که ارتباط معني داري بين دروني سازي نشانه ها در کودک و پريشاني والدين وجود دارد در حالي که چنين ارتباط معني داري در مورد بيروني سازي نشانه ها در کودک يافت نشد. مداخله باعث کاهش دروني سازي و بروني سازي نشانه ها در کودکان در مرحله پس آزمون و پي گيري گرديد.

پيلکويتز[[16]](#footnote-16) و همکاران (1996) در پژوهشي به بررسي شيوع اختلات استرس پس از سانحه (PTSD) در مادران داراي کودکان سرطاني و کودکان عادي پرداختند. 24 مادر داراي کودک سرطاني که از مرگ نجات يافته بودند با 23 مادر کودک سالم مورد مقايسه قرار گرفتند. يافته ها تفاوت معني داري در شدت نشانه ها، حمايت اجتماعي ادراک شده و شاخص شدت کلي نشانه هاي رواني با استفاده از پرسشنامه SCL-90 در زنان داراي PTSD و زنان غير PTSD يافت نشد.

ورمايز[[17]](#footnote-17) (2005) در تحقيقي به بررسي سازگاري رواني والدين در خانواده هايي که کودک با نقص ستون فقرات دارند پرداخت. بر اساس 33 مطالعه اي که انجام شده بود، 15 مورد از آن را براي مطالعه فرا تحليلي انتخاب کرد. نتايج تحقيق نشان مي دهد که کودکان با نقص ستون فقرات در درازمدت بر سازگاري رواني والدين تأثير مي گذارند و پسراني که دچار نقص بودند بيشتر بر روي مادر تأثير مي گذارد تا پدر. فاکتورهاي زير با سازگاري رواني والدين ارتباط دارند.

فاکتورهاي کودک (سن، مشکلات ارتباطي، مشکلات عاطفي، عقب ماندگي ذهني)

فاکتورهاي خانواده (سازگاري عاطفي، اميدواري، استرس، سازش و مؤلفه هاي والديني)

فاکتورهاي خانواده (درآمد خانواده، روابط با دوستان، محيط خانواده)

فاکتورهاي محيطي (حمايت اجتماعي).

سالوويت[[18]](#footnote-18) (2003) به منظور بررسي استرس پدران و مادراني که از کودک با ناتواني ذهني مراقبت مي کنند بر اساس مدل سازگاري دوگانه تحقيقي را بر روي 116 مادر و 120 پدر که داراي کودک با ناتواني ذهني 10-1 ساله بودند انجام داد. نتايج نشان داد که مادران (72 درصد) و پدران (78 درصد) استرس داشتند.

مک گلون[[19]](#footnote-19) (2002) بررسي استرس در سازگاري پدر خوانده يا مادر خوانده کودکان با نيازهاي ويژه، مطالعه روي 35 پدر خوانده و مادر خوانده کودکان با نيازهاي ويژه انجام داد. نتايج نشان مي دهد تفاوت معني داري در سازگاري پايين خانواده با افزايش استرس در آن ها وجود دارد، همچنين استرس در طول سال ها بدون تغيير مي ماند.

به منظور بررسي سازگاري خانواده هايي که داراي کودک با ناتوانايي هاي رشدي هستند، تروت[[20]](#footnote-20) و مورني[[21]](#footnote-21) (2002، به نقل از محمدي، 1380) 87 خانواده را که داراي کودک با ناتواني رشدي در سنين پيش از مدرسه بودند را مورد ارزيابي قرار دادند و 7 سال بعد وقتي فرزندان آن ها در دوره پيش از نوجواني بودند، والدين را دوباره مورد مصاحبه قرار دادند. از مقياس تأثير ناتواني کودک بر خانواده که شامل 15 آيتم است و خلاصه اي از ارزيابي مثبت و منفي والدين در مورد کودکشان و يک نمره کلي که استرس والدين در درازمدت را پيش بيني مي کند، استفاده شد. نتايج نشان مي دهد که حتي وقتي متغيرهايي مثل سازگاري و سطوح ناتواني کودک کنترل مي شود والدين نسبت به آينده استرس دارند.

وارفيلد[[22]](#footnote-22) (1999) به بررسي سازگاري در سال هاي اوليه زندگي کودک در بين مادران کودکان با ناتواني پرداخت. نمونه ها شامل 79 مادر بودند. براي بررسي استرس مادر در سه دوره سني يک سالگي، سه سالگي و پنج سالگي کودک، فهرستي از استرس هاي مادر تهيه و به وسيله ي ماردان تکميل شد. نتايج نشان داد که استرس مربوط به کودک در طول سه دوره سني به طور معني داري در مادران افزايش مي يافت و در پنج سالگي يک سوم از مادران نمره هاي بالا گرفتند. در خانوادهايي که انسجام و يکپارچگي بيشتري داشتند و حوادث منفي در زندگي آن ها کمتر بود در زماني که کودک 5 ساله بود استرس کمتري داشتند.

پژوهش ها نشان مي دهد که روان درماني حمايتي و مداخلات آموزشي مي تواند کيفيت زندگي افراد بيمار را بهبود بخشد، عملکرد سيستم ايمني آن ها را ارتقاء دهد و اميد را در افراد زنده نمايد. در واقع، روان درماني حمايتي بر اساس نظريه روانکاوي به منظور کمک به بيمار در جهت مواجهه با بحران هاي ناشي از مسائل اجتماعي و يا بيماري هاي جسمي، مورد استفاده قرار مي گيرد. اين درمان ترکيبي از تکنيک هاي تقويت ايمان و معنويت، دعا، آرامبخشي، خودگويي عبارات مثبت، تصويرسازي مثبت، آگاه سازي، گسترش افکار مثبت و مقابله با افکار منفي، تغذيه و ورزش است (مارک[[23]](#footnote-23) و وير[[24]](#footnote-24)، 2003، به نقل از سبحاني فرد، 1381). وو[[25]](#footnote-25) و ديگران (2008) روان درماني حمايتي را براي جلوگيري از افسردگي زنان مبتلا به اچ آي وي مثبت و مؤثر مي داند. رودس[[26]](#footnote-26) و ترلوآر[[27]](#footnote-27) (2008) در پژوهش خود در زمينه ي محصول اجتماعي خطر هپاتيت c در ميان معتادين تزريقي، به تأثير مثبت روان درماني حمايتي بر بهبود کيفيت زندگي و سلامت روان معتادين اشاره کرده اند.

ولز[[28]](#footnote-28) (2005) معتقد است که 27 درصد واريانس افسردگي با اميد پايين تبيين مي شود و آموزش اميد به کاهش افسردگي در افراد منجر مي شود و بعد از آن اضطراب، تحصيلات کم و جنسيت پيش بيني کننده هاي اميد پايين هستند. او همچنين نشان داده است که اميد با درآمد بالا و موقعيت اجتماعي بهتر، رابطه دارد. بين اميد و پيامدهاي بهتر روان درماني نيز رابطه وجود دارد.

هنکينز[[29]](#footnote-29) (2004) در پژوهشي به بررسي تأثير مداخله ي درماني مبتني بر نظريه ي اميد اشنايدر، بر کاهش ميزان نااميدي بيماران بستري مبتلا به افسردگي اساسي پرداخت. او در پژوهش خود پس از 10 جلسه گروهي يک ساعتي پي برد که ميزان اميد گروه آزمايش، نسبت به گروه گواه افزايش معني دار و ميزان نااميدي آن ها کاهش معني داري داشته است.

آروينگ[[30]](#footnote-30) و همکاران (2004) نشان دادند که گروه درماني مبتني بر اميد قبل از شروع درمان مزايايي براي شرکت کنندگان دارد.

شروين[[31]](#footnote-31) و همکاران (1992) در پژوهش خود اظهار داشتند که طي 8 جلسه ي دو ساعتي گروه درماني مبتني بر اميد، ميزان تفکر عامل، معناي زندگي و عزت نفس و شادکامي افزايش مي يابد، در حالي که نشانه هاي افسردگي و اضطراب کاهش مي يابد

ايزر (2006) عنوان مي کند که سرطان يکي از پر استرس ترين رويدادهايي است که شخص در زندگي اش مي تواند با آن روبرو شود و تغييرات آن نه تنها بر خود فرد بلکه بر خواهر و برادرها و والدين و به طور کلي بر خانواده تأثيرگذار خواهد بود. والدين، به خصوص مادران بچه هاي مبتلا به سرطان بيشتر از والدين بچه هاي سالم در معرض مشکلات روانشناختي از قبيل، اضطراب، افسردگي، استرس و غيره مي باشند (کريستين[[32]](#footnote-32) و همکاران، 2007).

در پژوهشي که توسط کلاسن[[33]](#footnote-33) و همکاران (2008) انجام شده است نتايج نشان داده است که والدين داراي فرزند مبتلا به سرطان، کيفيت زندگي ضعيف تري را در مقايسه با جمعيت عادي گزارش کرده اند و پيشنهاد کرده اند که مداخلات مستقيم در رابطه با والدين بايد به عنوان بخشي از برنامه درماني براي بچه هاي مبتلا به سرطان در نظر گرفته شود.

**پيشينه داخلي**

حسينيان، طباطبايي و روايي (1389) در پژوهشي به بررسي تاثير برنامه روان درماني حمايتي بر بهبود کيفيت زندگي معتادين مرد سم زدايي شده ساکن در شهر اصفهان بود. از جامعه مورد بررسي مشتمل بر تمامي مردان 45-20 ساله معتاد سم زدايي شده مراجعه کننده به مرکز بهداشت دانشگاه علوم پزشکي اصفهان 24 نفر نمونه در دسترس، بطور تصادفي به دو گروه 12 نفري آزمايش و کنترل تقسيم شدند. افراد گروه آزمايش در مدت 10 جلسه 2 ساعته (هفته اي يک مرتبه) از برنامه روان درماني حمايتي بهره مندگرديدند. گروه نمونه، پرسشنامه 31 سوالي کيفيت زندگي سازمان بهداشت جهاني را تکميل کردند. اين پرسشنامه شش زيرمقياس (سلامت جسماني، روانشناختي، استقلال، روابط اجتماعي، محيط و باورهاي فرد) دارد و اعتبار آن از طريق تست - تست مجدد (با فاصله زماني يک ماه) 0.70 تا 0.80 و ضريب همسبتگي دروني آن با روش آلفاي کرونباخ 0.63 تا 0.81 برآورد شده است. روش آماري به کار گرفته شده تحليل کوواريانس يک طرفه در دو گروه آزمايش و کنترل (در مراحل پيش آزمون و پس آزمون) مي باشد. يافته ها نشان مي دهد برنامه روان درماني حمايتي بر بهبود عوامل کلي کيفيت زندگي و سلامت معتادين مرد سم زدايي شده تاثير دارد (P<0.01). اين برنامه بر بهبود عوامل مختلف سلامت (جسماني، روانشناختي، استقلال، محيط و باورهاي فردي گروه نمونه تحقيق) نيزموثر است.

مولايي، آبدين و حيدري (2010) در پژوهشي به بررسي مقايسه اي تأثير فيلم درماني گروهي[[34]](#footnote-34) (GMT) و درمان گروحي حمايتي در سلامت روان نوجوانان دختر داراي تجربه سوگ پرداختند. نتايج حاکي از عدم تفاوت اين دو شيوه درماني در مرحله پس آزمون داشت. اما در مرحله پيگيري (با فاصله زماني دو ماهه)، تأثير فيلم درماني گروهي بيشتر از درمان گروهي حمايتي بود.

حسينيان، طباطبايي و روايي (2011) در پژوهشي به بررسي اثر بخشي رواندرماني حمايتي بر کيفيت زندگي زنان مبتلا به HIV در کرمانشاه پرداختند. در اين مطاله 20 زن از 250 زن مراجعه کننده به دانشگاه علوم پزشکي کرمانشاه به صورت تصادفي انتخاب شده و تحت درمان قرار گرفتند. نتايج حاکي از اثرات مثبت اين درمان بر کيفيت زندگي اين زنان بود.

بيجاري (1388) در پژوهشي که به منظور بررسي اثربخشي گروه درماني مبتني بر رويکرد اميد بر افزايش ميزان اميد به زندگي زنان مبتلا به سرطان پستان انجام داد، به اين نتيجه رسيد که گروه درماني مبتني بر رويکرد اميد درماني در مقايسه با گروه گواه به طور معني داري موجب افزايش اميد به زندگي و کاهش افسردگي مي شود.

کاظميان و همکاران (1386) در پژوهشي با هدف تعيين تاثير گروه درماني حمايتي بر وضعيت سلامت روان زنان يائسه در مراكز بهداشتي درماني شهري شهركرد پرداختند. اين مطالعه از نوع نيمه تجربي با انجام آزمون مقدماتي و نهايي بود. 46 زن يائسه ساكن و تحت پوشش مراكز بهداشتي درماني شهركرد در سال 1384 كه واجد شرايط شركت در پژوهش بودند، در دو گروه مورد و شاهد قرار گرفتند. جلسات گروه درماني در گروه مورد انجام شد. داده ها با استفاده از پرسشنامه 28 سوالي سلامت روان گلدبرگ و پرسشنامه مشخصات دموگرافيك در سه مرحله (آزمون اوليه، يك ماه و يك و نيم ماه بعد) جمع آوري گرديد. تجزيه و تحليل داده ها با كمك نرم افزار SPSS و آزمون هاي آماري توصيفي و تحليلي تي و آزمون همبستگي انجام گرديد. پس از انجام گروه درماني در تمام ابعاد سلامت روان زنان گروه مورد بهبودي حاصل شد (P<0.05). در گروه شاهد تغيير معناداري طي مراحل مختلف در وضعيت سلامت روان افراد مشاهده نشد. بين گروه شاهد و مورد در مراحل درماني (1 ماه و 1.5 ماه بعد) تفاوت معني داري در ابعاد سلامت روان وجود داشت (P<0.05). بين متغيرهاي دموگرافيك و سلامت روان رابطه اي مشاهده نشد. اين مطالعه نشان داد كه گروه درماني حمايتي روي سلامت روان زنان يائسه تاثير دارد. لذا با توجه به يافته هاي پژوهش و در دسترس بودن منابع حمايتي و مشاوره اي در سيستم هاي بهداشتي درماني، لزوم برگزاري جلسات گروهي مشابه در مراكز مختلف بهداشتي درماني مطرح مي گردد.

موسوي و همکاران (1391) به بررسي اثربخشي مداخله معنوي بر ارتقاي کيفيت زندگي مادران کودکان مبتلا به سرطان پرداخته اند. جامعه آماري شامل 12 نفر از مادران کودکان مبتلا به سرطان است که بين 19 تا 50 سال سن داشته، تحصيلات آنان سيکل به بالا بوده و فرزند آنها در بيمارستان امام حسين شهر تهران بستري است. روش نمونه گيري به صورت در دسترس بوده و جهت جمع آوري اطلاعات از پرسشنامه کيفيت زندگي سازمان بهداشت جهاني (فرم کوتاه) WHOQOL-BRIEF استفاده گرديده است. جهت مداخله معنوي، 6 مؤلفه رواني- معنوي، شامل خودآگاهي، نيايش، توکل و توسل، صبر، طلب بخشش و شکر به صورت 6 جلسه، هر روز به مدت 90 دقيقه آموزش داده شد. آزمودني ها در جلسات اول، سوم، پنجم به پرسشنامه کيفيت زندگي پاسخ دادند و سپس 3 هفته بعد از آخرين جلسه، مجددا مورد ارزيابي قرار گرفتند. براي تجزيه و تحليل داده ها از روش سري هاي زماني استفاده گرديد. نتايج پژوهش نشان مي دهد که مداخله معنوي موجب افزايش کيفيت زندگي مادران کودکان مبتلا به سرطان در مرحله پس آزمون و پيگيري مي گردد؛ همچنين نتايج تجزيه و تحليل واريانس با طرح اندازه گيري مکرر نشان داد که مداخله معنوي تأثير معني داري بر حيطه سلامت روان و روابط اجتماعي مادران کودکان مبتلا به سرطان دارد ولي اين معني داري در حيطه سلامت جسماني و سلامت محيط مشاهده نگرديد. به طور کلي مي توان نتيجه گيري کرد که مداخله معنوي در ارتقاي کيفيت زندگي مادران کودکان مبتلا به سرطان مؤثر است.

دهقاني نيشابوري و مقصودي (1390) به بررسي تاثيرات تاب‌آوري و سر‌سختي روانشناختي بر بهزيستي روان‌شناختي مادران کودکان مبتلا به سرطان پرداختند. اين پژوهش به روش توصيفي- همبستگي طراحي و انجام شد. نمونه شامل 95 نفر از مادران کودکان مبتلا به سرطان ساکن شهر مشهد بود. پرسش نامه‌هاي بهزيستي روانشناختي، سرسختي روانشناختي اهواز و تاب‌آوري کانر و ديويدسون توسط اعضاي نمونه تکميل شدند. آزمون همبستگي نشان داد که سرسختي روانشناختي و تاب‌آوري با بهزيستي روان‌شناختي ارتباط معکوس معنادار دارند. نتايج حاصل از آزمون رگرسيون حاکي از اين بود كه سرسختي روانشناختي پيش‌بيني‌کننده منفي چهار خرده‌مقياس بهزيستي روانشناختي يعني ارتباط مثبت با ديگران، تسلط بر محيط، پذيرش خود و هدفمندي در زندگي مي‌باشد. همچنين تاب‌آوري، پيش‌بيني‌كننده هدفمندي در زندگي، پذيرش خود و رشد شخصي بالا مي‌باشد. يافته‌هاي پژوهش مؤيد اين مهم است که بين تاب‌آوري و سر‌سختي روانشناختي با بهزيستي روان‌شناختي مادران كودكان مبتلا به سرطان رابطه معناداري وجود دارد و ما از طريق تاب‌آوري و سر‌سختي روانشناختي مي‌توانيم بهزيستي روان‌شناختي آن‌ها را پيش‌بيني کنيم.

نظري (1384) به منظور بررسي نظر والدين کودکان مصروع نسبت به عوامل تنش زا و ميزان سازگاري آنان با اين عوامل در مراجعه کنندگان به مراکز درماني منتخب شهر تهران تحقيقي را انجام داده است. نمونه ها شامل 400 پدر و مادر کودکان مصروع مي باشند. از پرسشنامه اي که در سه بخش تنظيم شده است: اطلاعات فردي، عوامل تنش زا، رفتارهاي سازگارانه استفاده شده است. نتايج نشان مي دهد که در حيطه عوامل تنش زا مادران (80 درصد) و پدران (62 درصد) و در حيطه سازگاري مادران (70 درصد) و پدران (73 درصد) رفتار سازگارانه داشتند. آزمون t نشان مي دهد بين ميزان تنش پدران و مادران کودکان مصروع اختلاف معني داري وجود دارد. بين ميزان سازگاري مادران با متغيرهاي دموگرافيک سن مادر، ميزان تحصيلات، طول مدت ازدواج، تعداد فرزندان، سن کودک، ارتباط معني داري وجود ندارد.

نتايج پژوهش شريعتي و داور منش(1380) نشان داده است که وجود يک فرزند بيمار به شدت بر سلامت رواني والدين اثر گذار است و موجب افزايش فشارهاي جسماني و رواني بر والدين مخصوصا مادران مي شوند و باعث کاهش مقاومت او در مقابل ابتلا به بيماريهاي مي گردد و در نتيجه ميزان بيماري را در آنان فزوني مي بخشد.

زهرا قلخاني (1387) در پژوهشي به بررسي ميزان اثربخشي روان درماني حمايتي گروهي بر كاهش افسردگي و افزايش سازگاري زناشويي زنان مبتلا به ام.اس پرداخت. براي انجام اين پژوهش 70 نفر زن از 6500 زن عضو انجمن ام. اس كه ساكن تهران، داراي تحصيلات حداقل ديپلم و متأهل بودند با روش نمونه گيري تصادفي در دسترس انتخاب شدند و به مقياس SCL-90 پاسخ گفتند. سپس از ميان آنها 16 نفر انتخاب و به شيوه تصادفي در دو گروه آزمايش و كنترل قرار گرفتند. اين دو گروه پرسشنامه سازگاري زناشويي (DAS) را به عنوان پيش آزمون پاسخ دادند. گروه آزمايش در 8 جلسه روان درماني حمايتي شركت كردند و بعد از اتمام جلسه بازهم پرسشنامه SCL-90 و سازگاري زناشويي را به عنوان پس آزمون پاسخ دادند. به منظور تحليل داده هاي جمع آوري شده از آزمون t مستقل استفاده شده است. نتايج پژوهش نشان دادكه: تفاوت معني داري بين گروه پيش آزمون و پس آزمون گروه آزمايش در آزمون scl-90 در بعد افسردگي وجود دارد ولي تفاوت معني دار در پيش آزمون و پس آزمون گروه آزمايش در آزمون سازگاري زناشويي DAS مشاهده نشد.

قمي و بجستاني (1391) در پژوهشي به بررسي اثربخشي آموزش تاب آوري بر استرس مادران داراي فرزندان مبتلا به سرطان در بيمارستان امام خميني (ره) تهران پرداختند. جامعه آماري اين پژوهش کليه مادران فرزندان سرطاني بين 10-13 ساله بوده است. روش پژوهش به کار گرفته شده طرح نيمه آزمايشي که شامل پيش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بوده است. نتايج 9 جلسه آموزش تاب آوري با استفاده از روش تحليل کوواريانس نشان داد که مادراني که تحت آموزش معين قرار گرفته اند در افزايش تاب آوري و کاهش استرس به نسبت مادراني که از اين آموزش ها برخوردار نبوده اند پيشرفت بهتري داشته اند. همچنين آموزش تاب آوري تأثير معني داري بر روي کاهش استرس و افزايش تاب آوري مادران به همراه داشته است.

شعاع کاظمي و همکاران (1392) پژوهشي را با هدف اثربخشي روان درماني گروهي بر ارتقاء راهبردهاي مقابله اي زنان مبتلا به سرطان انجام دادند. جامعه آماري اين پژوهش بيماران مبتلا به سرطان پستان تحت پوشش مرکز تحقيقات سرطان پستان دانشگاه شهيد بهشتي بودند که با نمونه گيري هدفمند از بين مراجعين کلينيک تخصصي آذر وابسته به اين مرکز انتخاب شدند. نتيجه گيري پژوهش حاکي از اين است که روان درماني گروهي سبب ارتقاء و افزايش ميزان استفاده از مقابله هاي مسأله دار و کاهش استفاده از پاسخ هاي هيجان مدار مي شود.

# منابع :

**فارسي**

اسلامي نسب، علي (1373). *رواشناسي سازگاري*. چاپ و نشر بنياد.

اسلامي نسب، علي (1374). *رواندرماني گروهي.* تهران: نشر هرم.

بلوخ (1377). *نظريه: رواندرماني حمايتي*. ترجمه علي صاحبي، فصلنامه تازه هاي رواندرماني.

بهاري، فرشاد (1390). *مباني اميد و اميد درماني (راهنماي اميد آفريني).* تهران: انتشارات دانژه.

بيجاري، هانيه (1387). *بررسي اثربخشي گروه درماني مبتني بر رويکرد اميد درماني بر افزايش ميزان اميد به زندگي زنان مبتلا به سرطان پستان*. پايان نامه کارشناسي ارشد روانشناسي باليني، دانشگاه فردوسي مشهد.

حسنيان، سيمين؛ طباطبايي، شهناز و روايي، فريبا (1389). اثربخشي رواندرماني حمايتي بر بهبود کيفيت زندگي معتادين مرد سم زدايي شده. *تحقيقات روانشناختي*. 7 : 50- 61.

حسن آبادي، هادي (1380). *مقايسه پيشرفت تحصيلي، سازگاري اجتماعي و افسردگي دانش آموزان مدارس شبانه روزي با دانش آموزان روزانه دوره دبيرستان اسفراين*. پايان نامه کارشناسي ارشد، دانشگاه آزاد رودهن.

حسيني قمي، طاهره، سليمي بجستاني، حسين (1391). اثربخشي آموزش تاب آوري بر استرس مادران داراي فرزندان مبتلا به سرطان در بيمارستان امام خميني (ره) تهران. *فصلنامه علمي و پژوهشي رواشناسي سلامت*، 4: 27- 36.

دهقاني نيشابوري، محسن و مقصودي، آيدا (1390). نقش تاب‌آوري و سر‌سختي روانشناختي در بهزيستي روان‌شناختي مادران کودکان مبتلا به سرطان. *ششمين کنگره روانپزشکي کودک و نوجوان*. تبريز.

ديلمي، عزيز (1380). *بررسي اثربخشي مشاوره همسالان بر سازگاري اجتماعي و خودپنداره دانش آموزان پسر سال اول دبيرستان شهرستان دزفول*. پايان نامه کارشناسي ارشد، دانشکده روانشناسي و علوم تربيتي، دانشگاه علامه طباطبايي.

سبحاني فرد، طاهره (1382). *بررسي اثر روان درماني حمايتي در کاهش اختلالات رواني زنان مبتلا به سرطان سينه*. پايان نامه کارشناسي ارشد، دانشگاه الزهرا (س).

سماوي، سيد عبدالوهاب (1391). *آزمايش و مقايسه مدل رابطه علي پيوند با مدرسه، چشم انداز آينده، باورهاي خودکارآمدي تحصيلي با عملکرد تحصيلي با ميانجي گري و سلامت رواني دانش آموزان پسر و دختر دبيرستاني شهر بندرعباس*. پايان نامه دکتري. دانشگاه شهيد چمران اهواز.

شادمان، ميترا (1383). *بررسي سازگاري اجتماعي دانشجويان دانشگاه آزاد اسلامي، واحد رودهن*. پايان نامه کارشناسي ارشد، دانشگاه آزاد رودهن.

شريعتي تقي،داورمنش عباس،(1380). *نگرش پدران کودکان عقب مانده ذهني در مورد عقب ماندگي فرزندانشان ومقايسه آنهادر سطوح مختلف فرهنگي*،پايان نامه کارشناسي ارشد.

شعاع کاظمي، مهرانگيز، منعمي مطلق، شيوا، سعادتي، معصومه (1392). اثربخشي روان درماني گروهي بر ارتقاء راهبردهاي مقابله اي زنان مبتلا به سرطان. *فصلنامه بيماري هاي پستان ايران*، سال ششم، شماره دوم.

شيخ نژاد، غلامرضا (1389). *سرطان چيست*. تهران: نشر دريافت.

فريد، ابوالفضل (1385). *بررسي و مقايسه ميزان سازگاري اجتماعي يک زبانه ها و دو زبانه ها در مدارس ابتدايي شهرستان هاي تهران و تبريز*. پايان نامه کارشناسي ارشد، دانشکده روانشناسي و علوم تربيتي، دانشگاه علامه طباطبايي.

منبع: فتحي آشتياني؛ علي و داستاني؛ محبوبه (1388). *آزمون هاي روان شناختي – ارزشيابي شخصيت و سلامت روان* . تهران: انتشارات بعثت.

قلخاني، زهرا (1387). *بررسي ميزان اثربخشي روان درماني حمايتي گروهي بر کاهش افسردگي و افزايش سازگاري زناشويي زنان مبتلا به ام. اس*. پايان نامه کارشناسي ارشد. دانشگاه شهيد بهشتي.

کاپلان، هارولد و سادوک، بنيامين (1389). *خلاصه روانپژشکي (جلد 1، 2 و 3)*. ترجمه نصرالله پورافکاري، تبريز: انتشارات شهر آب.

کاظميان، افسانه؛ علوي، اعظم؛ صفدري، فرانک؛ حسن پوردهکردي، علي؛ حسين زاده، شهريار؛ علي دوست، پروين و عصمت، ندا (1386). تاثير گروه درماني حمايتي بر وضعيت سلامت روان زنان يائسه. *مجله علمي دانشگاه علوم پزشكي گرگان*. 9 (3): 74-79.

كوري، جرالد و ماريان اشنايدر كوري (1385). *گروه درماني*. ترجمه: سيامك نقشبندي و همكاران. تهران: نشر روان.

محمدي، کوروش (1380).*بررسي ويژگي هاي مؤثر در نگهداري از کودک عقب مانده ذهني در خانه يا سپردن او به مراکز بهزيستي شهر تهران*. پايان نامه کارشناسي ارشد، دانشکده روانشناسي وعلوم تربيتي، دانشگاه علامه طباطبايي.

موسوي، مهدي؛ هاشمي، مژگان؛ لطفي کاشاني، فرح؛ وزيري، شهرام و قيصر، شروين (1391). اثربخشي مداخله معنوي بر ارتقاي كيفيت زندگي مادران كودكان مبتلا به سرطان. *فقه پزشکي*. 4 (11-12): 125-149.

نظري، شيما (1384). *بررسي نظر والدين مصروع نسبت به عوامل تنش زا و ميزان سازگاري آنان با اين عوامل در مراجعه کنندگان به مراکز درماني منتخب شهر تهران*. پايان نامه کارشناسي ارشد، دانشکده مامايي و پرستاري، دانشگاه تهران.

**انگليسي**

Buchanan, C. (2007). *Making hope happen for students receiving special education services*. (Doctoral dissertation, University of Kansas, 2007).

Burchard, G., Yarhouse, M. A., Worthington, E. L., Barry, J. W., Cantor, D., & Kilian, M. K. (2003). A study of two marital enrichment programs and couples’ quality of life. *Journal of Psychology and Theology, 31(3)*, 240- 252.

Eiser,CH. Lawrence,E. (2006). *children with cancer : the quality of life*. Newjersey,USA.8,79-93.

Fedele, D. A., Hullmann, S. E., Chaffin, M., Kenner, C., Fisher, M. J., Kirk, K., ... & Mullins, L. L. (2013). Impact of a parent-based interdisciplinary intervention for mothers on adjustment in children newly diagnosed with cancer. *Journal of pediatric psychology*, 38(5), 531-540.

Hankins, S.J. (2004). *Measuring the efficacy of the Snyder hope theory as an intervention with an inpatient population*. A dissertation presented for the doctorate of philosophy, the university of Mississippi.

Hayley Harriet R (2008). *Hope and ways of coping after breast cancer*. PhD dissertation of Arts in clinical psychology in Juhansbourg University. http://ujdrgispace. uj. Ac; 2a:8.

Hosseinian, S., Tabatabaei, S., & Ravaei, F. (2011). Effectiveness of Supportive Psychotherapy on Quality of Life of Women with HIV in Kermanshah. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 1902-1907.

Irving, M.L., C.R., Snyder, cheavens, J., Coeaval, L. Hanke, J., Hilberg, P. and Nelson, N. (2004). The relationships brtween hope and outcoms at the pretreatment. *Journal of psychotherapy Integration*. 419-443.

Klassen , robert .klassen .annef (2008). Impact of caring for a child with cancer on parents, health – related reality of life. *Journal of clinical oncology*, vol 26 no 36 .pp:5884-5889 .

Kristen,E.Robinson,BS.Cynthia,A.Gerhardt (2007). Parent and family factors associated with child adjustment to pediatric cancer .*journal of pediatric psychology*. 23: 208- 212.

Li-Min. Wu. Jiunn-Ming,,SH. Hsiu-Lan ,SH. Shu-Chen, CH and Chih-Cheng ,H. (2012). Predictors of anxiety and resilience in adolescents undergoing cancer treatment. *Journal of Advanced Nursing* : 10.1111/j.1365-2648.

Lopez, S. J., Snyder, C. R., Magyar-Moe, J. L., Edwards, L. M., Pedrotti, J. T., Janowski, K., Turner J. L., & Pressgrove, C. (2004). Strategies for accentuating hope. In P. A. Linley & S. Joseph (Eds.), *Positive psychology* *in practice* (pp. 388-404). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

McGlon K,Santos L,Kazamal,Fong R,Muellerc (2002). *Pschosocial stress in adoptive in parents of special-needs children. child welfare*. 81 (2):151-71. 51.Mosha Zeinder and Normans (1996).Handbook of coping:Theory,Research ,Applications.

Molaie, A., Abedin, A., & Heidari, M. (2010). Comparing the effectiveness of group movie therapy (GMT) versus supportive group therapy (SGT) for improvement of mental health in grieving adolescent girls in Tehran. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 832-837.

Nunn, K. P. (1996). Personal hopefulness: A conceptual review of the relevance of the perceived future to psychiatry. *British Journal of Medical Psychology,* *69,* 227-245.

Pelcovitz, D., Goldenberg, B., Kaplan, S., Weinblatt, M., Mandel, F., Meyers, B., & Vinciguerra, V. (1996). Posttraumatic stress disorder in mothers of pediatric cancer survivors. *Psychosomatics*, *37*(2), 116-126.

Peterson, C. (2006). *A primer in positive psychology.* New York: Oxford University Press.

Rhodes, T. Treloar, C. (2008). The social production of hepatitis C risk among injecting drug users. *Addiction*, 103 (10), 1593-1603.

Sahler, O. J. Z., Dolgin, M. J., Phipps, S., Fairclough, D. L., Askins, M. A., Katz, E. R., ... & Butler, R. W. (2013). Specificity of problem-solving skills training in mothers of children newly diagnosed with cancer: Results of a multisite randomized clinical trial. *Journal of Clinical Oncology*, 31(10), 1329-1335.

Salovita T,Italinna M,Leinonen E (2003). Explaining the parental stress of fathers and mothers caring for a child with intellectual disability:A Double ABCX Model.*Journal Intellectual Disability Research*. 47(Pt 4-5):300-120.

Samavi, A., Araban, S., Javdan, M., Rais Saadi, R. H., & Sheikhi Fini, A. A. (2012). Comparing hope and academic self-efficacy beliefs in high and low achievement students: A casual-comparative study. *Journal of Basic and Applied Scientific Research, 2(8)*, 7998-8001.

Sharma.V, Sood.A ,loprinzi.C,Prasad,K (2012). Stress Management and Resilience Training (SMART) program to decrease stress and enhance resilience among breast cancer survivors: a randomized trial. *BMC Complement Altern Med*. 12(Suppl 1). P: 211.

Sherwin, E.D., Elliott, T.R., Rybarczyk, B.D., Frank, R.G., Hanson, S. and Hoffman, J. (1992). Negotiating the reality of care giving: hope, burnout and nursing. *Journal of social and clinical psychology*, 11, 129-139.

Shorey, H. S., Snyder, C. R., Yang, X., & Lewin, M. R. (2003). The role of hope as a mediator in recollected parenting, adult attachment, and mental health. *Journal of Social and Clinical Psychology, 22*, 685-715.

Snyder, C. R. (1999). Hope, goal blocking thoughts, and test-related anxieties. *Psychological Reports, 84,* 206-208.

Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*, *13,* 249-275*.*

Snyder, C. R., Cheavens, J., & Sympson, S. C. (1997). Hope: An individual motive for social commerce. *Group Dynamics: Theory, Research, and* *Practice, 1,* 107-118.

Snyder, C. R., Feldman, D., Shorey, H., & Rand, K. (2002). Hopeful choices: A school counselor’s guide to hope theory. *Professional School Counseling*, *5,* 298-307.

Snyder, C. R., Lopez, S. J., & Shorey, H. S. (2003). Hope theory, measurements, and applications to school psychology. *School Psychology Quarterly, 18,* 122-139.

Vermaes IP,Janssens JM,Bosman AM,Gerris JR (2005). Parents Psychosocial adjustment in family of children with spina Bifidia:a metaanalysis. *BMC Pediatric*.25,5:32.

Warfield ME,Krauss MW,Hauser-cram P,Upshur CC,Shonkoff JP (1999). Adaptatipn durimg early childhood aming mothers of children with disability. *Journal Developmental Behavior Pediatric*.20 (1):9-16.

Wells, M. (2005). *The effects of gender, age, and anxiety on hope differences in the expression of pathway and agency thought*. A dissertation presented for the doctorate of philosophy, the university of texas A and B.

Wu D.Y, Munoz M, Espiritu B, Zelandita J, Sanchez E, Callacna M, Rojas C, Arevalo J, Caldas A, Shin S (2008). "Burden of depression among impoverished HIV-positive Women in peru*"; J Acquir Immune Defic syndr Avg* 1, 48 (4): 500-4.

1. - Prochska [↑](#footnote-ref-1)
2. - John Norkras [↑](#footnote-ref-2)
3. - Hippocrates [↑](#footnote-ref-3)
4. - Antoine Msmr [↑](#footnote-ref-4)
5. - Freud [↑](#footnote-ref-5)
6. - Pavlow [↑](#footnote-ref-6)
7. - Skinner [↑](#footnote-ref-7)
8. - Bloch [↑](#footnote-ref-8)
9. - Balint [↑](#footnote-ref-9)
10. - Stroop [↑](#footnote-ref-10)
11. - Korry [↑](#footnote-ref-11)
12. - Li-Min [↑](#footnote-ref-12)
13. - Sharma [↑](#footnote-ref-13)
14. - Saher [↑](#footnote-ref-14)
15. - Fedele [↑](#footnote-ref-15)
16. - Pelcovitz [↑](#footnote-ref-16)
17. - Vermaes [↑](#footnote-ref-17)
18. - Salovita [↑](#footnote-ref-18)
19. - McGlon [↑](#footnote-ref-19)
20. - Throat [↑](#footnote-ref-20)
21. - Morni [↑](#footnote-ref-21)
22. - Warfield [↑](#footnote-ref-22)
23. - Mark [↑](#footnote-ref-23)
24. - Weir [↑](#footnote-ref-24)
25. - Wu [↑](#footnote-ref-25)
26. - Rhodes [↑](#footnote-ref-26)
27. - Treloar [↑](#footnote-ref-27)
28. - Wells [↑](#footnote-ref-28)
29. - Hankins [↑](#footnote-ref-29)
30. - Irving [↑](#footnote-ref-30)
31. - Sherwin [↑](#footnote-ref-31)
32. - Kristen [↑](#footnote-ref-32)
33. - Klassen [↑](#footnote-ref-33)
34. - group movie therapy [↑](#footnote-ref-34)