

تأثیر آموزش مبتنی بر امید به شیوه شناختی - معنوی بر نگرانی و فشار روانی مادران دارای فرزند مبتلا به بیماری سرطان

پریوش گراوند^۱، غلامرضا منشی^{۲*}، محمدعلی نادی^۲

۱. دانشجوی دکترای روان‌شناسی عمومی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد خوراسگان، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد خوراسگان، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

تاریخ دریافت: ۹۶/۱۲/۲۱

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۳/۲۹

چکیده

زمینه و هدف: بروز بیماری‌های مزمن مانند سرطان در فرزندان، سلامت روان مادران را با آسیب جدی مواجه می‌سازد. بر همین اساس پژوهش حاضر با هدف تأثیر بسته آموزشی مبتنی بر امید به شیوه شناختی - معنوی بر نگرانی و فشار روانی مادران دارای فرزند مبتلا به بیماری سرطان انجام شد.

روش: پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. در این پژوهش از میان مادران دارای فرزند مبتلا به بیماری سرطان ساکن استان لرستان در سال ۱۳۹۶، تعداد ۳۰ مادر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایدهی شدند (۱۵ مادر در هر گروه). گروه آزمایش مداخله آموزشی را طی ۳ ماه در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند. در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های نگرانی (دیوی و ولز، ۲۰۰۶) و فشار روانی (زاریت، ۱۹۸۰) استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون کوواریانس نشان داد که بسته آموزشی مبتنی بر امید به شیوه شناختی - معنوی باعث کاهش نگرانی و فشار روانی در مادران گروه آزمایش شده است ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که بسته آموزشی به کار گرفته شده به دلیل برخورداری از روش‌های امیددرمانی، درمان شناختی و معنویت‌گرا توانسته است در کاهش سطح نگرانی و فشار روانی مادران دارای فرزند مبتلا به بیماری سرطان مؤثر باشد.

کلیدواژه‌ها: آموزش امید به شیوه شناختی - معنوی، نگرانی، فشار روانی، سرطان

*نویسنده مسئول: غلامرضا منشی، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد خوراسگان، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

تلفن: ۰۳۱-۳۵۳۵۴۰۰۱

ایمیل: Smanshaee@yahoo.com

مقدمه

با وجود پیشرفت‌های فراوان در عرصه علم پزشکی و توسعه دانش بشری در مهار و درمان انواع بیماری‌ها، سرطان هنوز هم به‌عنوان یکی از امراض جدی و در بسیاری موارد غیرقابل درمان به شمار می‌رود که متأسفانه جان بسیاری از انسان‌ها را تهدید می‌کند و خطر ابتلا به آن برای بخش قابل توجهی از جامعه بشری وجود دارد (۱). تحقیقات سال‌های گذشته نشان داده است که بیش از ۷ میلیون نفر در جهان در اثر ابتلا به سرطان جان خود را از دست داده‌اند و پیش‌بینی می‌شود که تعداد موارد ابتلا تا سال ۲۰۲۰ سالانه از ۱۰ میلیون نفر به ۱۵ میلیون برسد (۲).

سرطان در هر سنی قابل توجه است ولی مرگ‌ومیر ناشی از آن در کودکان بین سنین ۱۵-۳ سال بیشتر از سایر بیماران است. سرطان اطفال مشتمل بر گروهی از بدخیمی‌هاست که هر یک اپیدمیولوژی-آسیب‌شناسی و میزان مرگ‌ومیر مخصوص به خود را دارند. این بیماری که تنوع بیشتری نسبت به بیماری بزرگ‌سالان دارد، شایع‌ترین علت مرگ‌ومیر سنین بین ۱-۱۶ سالگی در کشورهای غربی است. شیوع سرطان در هر دو جنس در دوران قبل از بلوغ برابر است و در نوجوانی نسبت دختر به پسر ۲ به ۱ افزایش می‌یابد (۳).

سرطان علاوه بر خود بیمار، ابعاد جسمی و روانی، اجتماعی و اقتصادی زندگی خانواده بیمار و مراقب را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. آنها هم با مشکلات مربوط به مراقبت و درمان بیمار و هم سازش با مسئولیت ناشی از مراقبت و درمان بیمار، روبرو هستند. اضطراب، احساس گناه، خشم، نگرانی و دیگر فشارهای روانی و اجتماعی، طول دوره بیماری، بستری شدن در بیمارستان و افزایش هزینه درمانی، وضعیت روحی و آسیب‌های اجتماعی از جمله تنیدگی‌هایی هستند که بر خانواده فرد مبتلا تأثیر می‌گذارند (۴). بر همین اساس تشخیص و درمان سرطان در کودک، با ایجاد تنش روانی در وی، دارای اثر منفی بر سلامت والدین نیز است. واکنش‌های

روانی مانند اضطراب، افسردگی، انکار، عصبانیت، و کاهش اعتمادبه‌خود در والدین مشاهده می‌شود که عمدتاً به دلیل ترس از عود بیماری و آینده مبهم کودک است (۵). بر همین اساس پژوهشگران بر این باورند که مداخلات روان‌شناختی مناسبی برای والدین (به‌خصوص مادران) کودکان مبتلا به سرطان باید به کار گرفته شود (۶).

تحقیقات نشان می‌دهد تشخیص سرطان مستقیماً بر کیفیت زندگی بیماران و مراقبان خانوادگی‌شان به‌خصوص مادران تأثیر می‌گذارد و زندگی روزمره آنان را به شیوه‌های متفاوت تغییر می‌دهد (۷ و ۸). بر این اساس تشخیص سرطان، مادران را با شوک و ناباوری مواجه ساخته و سبب می‌شود که مادران، نگرانی^۱ فزاینده‌ای را تجربه نمایند (۹ و ۱۰). نگرانی حالتی دلواپس‌انه از آینده و وقایع منفی است که یک فعالیت فکری منفی و شدید را به راه می‌اندازد. اگرچه نشانه‌های شناختی و جسمانی دیگری مانند تنش عضلانی و ضعف تمرکز نیز برای تشخیص لازم است، اما مؤلفه اساسی، نگرانی بیمارگونه در حیطه‌های مختلف زندگی است. درحالی‌که هر فردی تا اندازه‌ای نگرانی دارد، اما نگرانی بیمارگون از نگرانی بهنجار زمانی متمایز می‌شود که مزمن، بیش‌ازحد و غیرقابل مهار باشد و لذت و خوشی را از زندگی فرد از بین ببرد (۱۱).

علاوه بر این باید اشاره کرد مطابق با یافته پژوهش‌های پیشین، نگرانی با افزایش خطر بروز اختلال‌های روانی، اختلال‌های اجتماعی و شغلی، افزایش استفاده از خدمات بهداشتی و مشکلات جسمانی در جامعه همراه است (۱۲). مادران به‌عنوان مراقبان اصلی کودکان مبتلا به آسیب‌های جسمی و فیزیولوژیک مانند سرطان، علاوه بر گرفتاری‌های فزاینده مالی، در دام غم و اندوه، خشم، یأس، شرمساری و فشارهای ارتباطی زیاد قرار می‌گیرند (۱۳). تنش‌ها، فشارها و بار روانی^۲ مادران این کودکان امری قابل توجه و درعین حال رایج و معمول است که اگر بدون درمان رها شود می‌تواند منجر به کاهش سطح سلامت جسمی و روانی، کاهش شادی

1. Worry

2. Subjective burden

سیستم‌های مغزی را برای انعکاس افکار، خودآگاهی و تنظیم حالات هیجانی تسهیل یا بازداری کند (۲۹). بر همین اساس معنویت‌درمانی با بهره‌گیری از مصداق‌هایی نظیر توکل و طلب بخشش از خدا، انجام امور معنوی و اجتماعی، می‌تواند منجر به کاهش آسیب‌های روان‌شناختی همچون نگرانی و بار روانی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن مانند سرطان شود (۳۰).

از دیگر درمان‌های رایج در بیماران و مراقبان آنها امیددرمانی است. تاکنون تأثیر امیددرمانی بر بهبود کیفیت زندگی در بیماری‌های مزمن همچون مبتلایان به سرطان (۳۱) و (۳۲)، مردان مبتلا به اچ آی وی مثبت (۳۳)، و بیماران مبتلا به فشار خون اساسی (۳۴) نشان داده شده است. امیددرمانی این هدف را در نظر دارد که به درمان‌جویان کمک کند تا هدف‌های روشنی را مشخص و طبقه‌بندی کرده و مسیرهای متعددی را برای این اهداف ایجاد کنند و آنها را برمی‌انگیزاند تا هدف‌ها را دنبال کرده و موانع را به‌عنوان چالش‌هایی که باید بر آنها غلبه کرد، چارچوب‌بندی کنند. مفروضه زیربنایی روی آورد فوق بر این اصل استوار است که تفکر امیدوارانه و سرطان به دو طریق به هم مربوط می‌شوند: اول اینکه افراد امیدوار بیشتر بر مشکل متمرکز شده و در حل آن فعالانه‌تر عمل می‌کنند. آنها احتمال بیشتری دارد که رفتارهای غربال‌گری سرطان را برای خود یا فرزند خویش انجام دهند. ثانیاً افرادی که امیدوارانه می‌اندیشند، در مواجهه با تشخیص و درمان سرطان پریشانی کمتر و تطابق بیشتری از خودشان نشان می‌دهند (۳۵). در نتیجه می‌توان بیان کرد که مداخله امید باعث افزایش امید، معنای زندگی، حرمت خود و کاهش نشانه‌های آسیب‌زا در افراد درگیر با سرطان می‌شود (۳۶).

نتیجه این که به مخاطره افتادن سلامت کودک در اثر بیماری‌های دشوار نظیر سرطان، سلامت روان‌شناختی والدین را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد و والدین اغلب به دلیل عدم آگاهی از علت و نحوه انجام روش‌های درمانی و مراقبتی، پیامدهای اقتصادی ناشی از بیماری فرزند، رنج تحمیل شده بر

و کیفیت زندگی شود (۱۴). بر این اساس بار روانی تحمیلی ناشی از مراقبت یک کودک ناتوان یا بیمار جسمی مانند سرطان می‌تواند از کیفیت مراقبت ارائه‌شده کاسته و از سوی دیگر سلامت جسمی و روانی مراقبان را نیز به مخاطره اندازد (۱۵).

تاکنون روش‌های درمانی مختلفی برای افراد آسیب‌پذیر همچون مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان به کار گرفته شده است. از انواع این درمان‌ها می‌توان به اداره تنش جهت بهبود چگونگی زندگی مادران کودکان سرطانی (۱۶)، آموزش تفکر مثبت و خوش‌بینی به والدین کودکان سرطانی (۱۷)، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای جهت تأثیرگذاری بر کیفیت زندگی والدین کودکان سرطانی (۱۸)، آموزش تاب‌آوری بر تنیدگی مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان (۱۹)، مداخله معنوی جهت ارتقای کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به سرطان (۱۴)، و امیددرمانی جهت تأثیرگذاری بر سلامت عمومی بیماران مبتلا به سرطان (۲۰) اشاره کرد.

یکی از انواع این روش‌ها، معنویت‌درمانی^۱ است که کارآیی بالینی آن در پژوهش‌های مختلف برای جامعه‌های آماری گوناگون تأیید شده است (۲۷-۲۱). معنویت‌درمانی نوعی از روان‌درمانی است که با استفاده از اصول خاص و با کاربرد شیوه‌های معنوی - مذهبی به بیماران کمک می‌کند تا به ادراکی فرامادی از خود، دنیا، حوادث و پدیده‌ها دست یافته و از طریق پیوند با این دنیای فرامادی، سلامت خود را به دست آورند (۲۸). تحقیقات نشان داده‌اند که بهزیستی معنوی با بهزیستی جسمی و روان‌شناختی در میان بیماران مزمن مرتبط است و معنویت به‌ویژه هنگام مواجهه افراد با بیماری‌های حاد و مزمن نقش برجسته‌ای را در بهزیستی جسمی و روانی آنان بازی می‌کند. تجربیات مذهبی و معنوی می‌توانند تغییرات زیادی را در فعال‌سازی مدارهای معینی از مغز ایجاد کنند. معنویت می‌تواند به فعال کردن یا نافع‌ال کردن سیستم‌های مغز برای همدلی یا غمخواری کمک کند، همچنین می‌تواند

جمع آوری این فرم‌ها، تعداد ۶۹ مادر دارای فرزند مبتلا به سرطان داوطلب شرکت در پژوهش، انتخاب شدند. سپس پرسشنامه‌های اطلاعات فردی، نگرانی و بار روانی به این مادران، ارائه و پس از نمره‌گذاری آنها، ۳۰ نفر از مادرانی که بیشترین نمره را در نگرانی و بار روانی کسب کرده‌اند، انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایدهی شدند (۱۵ مادر در گروه آزمایش آموزش مبتنی بر امید به شیوه شناختی- معنوی و ۱۵ مادر در گروه گواه). در مرحله بعد گروه آزمایش تحت آموزش بسته مداخله‌ای که از تلفیق دو روی آورد شناختی معنوی و امیددرمانی تدوین شده بود، قرار گرفتند، درحالی که مادران گروه گواه در انتظار دریافت مداخله بوده و در طول اجرای پژوهش این مداخلات را دریافت نکردند. پس از اتمام آموزش، از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. ملاک‌های ورود به پژوهش مادران شامل اعلام رضایت و آمادگی جهت شرکت در پژوهش، نداشتن بیماری جسمی حاد و مزمن (با توجه به پرونده سلامت و مشاوره‌ای آنان در مراکز)، نداشتن بیماری روان‌شناختی حاد و مزمن مانند افسردگی (با توجه به پرونده سلامت و مشاوره‌ای آنان) بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل داشتن بیش از ۲ جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس، و عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش بود.

(ب) ابزار

۱. پرسشنامه نگرانی! پرسشنامه نگرانی یک پرسشنامه خودگزارشی ۱۶ سؤالی است که نگرانی شدید، مفرد و غیرقابل مهار را اندازه می‌گیرد (۱۳). مقیاس پاسخ‌گویی به سؤالات لیکرت ۵ درجه‌ای است که به هر سؤال نمره ۱ (اصلاً صادق نیست) تا ۵ (بسیار صادق است) تعلق می‌گیرد. ۱۱ سؤال پرسشنامه به‌طور مثبت و ۵ سؤال آن (سؤالات ۱، ۳، ۴، ۸ و ۱۰) به‌طور منفی نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات کل پرسشنامه بین ۱۶ تا ۸۰ است. روایی محتوایی این پرسشنامه در

فرزند در طول بیماری، جدایی از کودک، عدم آگاهی از آینده بیماری (۳۷) و مراقبت‌های طولانی مدت و واکنش‌های جامعه در مقابل بیماری کودک رنج می‌برند و این مسائل می‌تواند منجر به تنیدگی و مشکلات روانی- اجتماعی و در نتیجه کاهش سلامت عمومی در هریک از والدین شود (۳۸). بر این اساس به کارگیری روش‌های درمانی روان‌شناختی مناسب اجتناب‌ناپذیر است. با توجه به موارد ذکر شده در مورد درمان‌های مبتنی بر معنویت و امید، به نظر می‌رسد که تلفیق این دو روی آورد اثرات هم‌افزایی بر مؤلفه‌های روان‌شناختی بیماران و مراقبین آنها داشته باشد. همچنان که پیشینه پژوهشی نشان داد معنویت و امیددرمانی بر مؤلفه‌های مختلف روان‌شناختی در جوامع آماری گوناگون تأثیر معنادار دارد، اما نکته‌ای که در این بین مطرح است، هیچ پژوهشی به بررسی تأثیر ترکیبی روش‌های شناختی- معنوی و امیددرمانی بر مؤلفه‌های نگرانی و بار روانی مادران دارای کودکان مبتلا به بیماری سرطان نپرداخته است؛ بنابراین مسئله اصلی پژوهش حاضر این است که آیا بسته آموزشی مبتنی بر امید به شیوه شناختی- معنوی بر نگرانی و بار روانی مادران دارای فرزند مبتلا به سرطانی تأثیر دارد؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود. متغیر مستقل آموزش مبتنی بر امید به شیوه شناختی- معنوی و متغیرهای وابسته نگرانی و بار روانی مادران دارای کودک مبتلا به سرطان بود. در این پژوهش جامعه آماری را تمامی مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان استان لرستان در سال ۱۳۹۶ تشکیل می‌دادند. جهت انتخاب حجم نمونه از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند استفاده شد. بر این اساس ابتدا فرم‌هایی جهت اعلام شرکت داوطلبانه در مراکز درمانی کودکان مبتلا به سرطان پخش و پس از

1. Worry questionnaire

توجه به همبستگی مثبت و بالای آن با پرسشنامه اضطراب هامیلتون (۰/۸۸) و نیز پرسشنامه افسردگی بک (۰/۶۷) محاسبه و تأیید کرده‌اند (۱۵). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه و ۰/۸۹ به دست آمد.

ج) برنامه مداخله‌ای: جهت تدوین مداخله آموزشی ابتدا متون حوزه امیددرمانی و معنویت‌درمانی اعم از مقالات و کتب مختلف مطالعه شد و مفاهیم و مضامین مطرح‌شده در آنها استخراج شد. در گام بعد مطالب جمع‌آوری‌شده، دسته‌بندی (کدبندی) شده و زیرگروه‌های مفهومی-محتوایی معطوف به آموزش امید به شیوه شناختی-معنوی تشکیل شد. سپس زیرگروه‌های مفهومی-محتوایی تشکیل شده به ۱۰ تا ۱۲ حوزه مهارتی معطوف به آموزش امید به شیوه شناختی-معنوی تبدیل شد. پس از آن مداخله آموزشی تدوین شده به پنج متخصص حوزه آموزش امیددرمانی و معنویت‌درمانی ارائه و از آنان درخواست شد که برنامه تدوین شده را مطالعه و درباره ساختار، فرایند و محتوای هر یک از جلسات اظهار نظر کنند. علاوه بر این در این مرحله یک فرم اظهار نظر بازپاسخ به منظور ارائه پیشنهادها و نظرات اصلاحی به هر یک از متخصصان در جهت ارتقاء محتوا، ساختار و فرایند مداخله آموزش امید به شیوه شناختی-معنوی ارائه شد. در مرحله بعد نظرات متخصصان جمع‌آوری و پیشنهادهای اصلاحی آن‌ها درباره برنامه مداخله‌ای اعمال شد. پس از این فرایند، بسته آموزشی به همراه فرم نظرسنجی نهایی و محاسبه ضریب توافق متخصصان درباره فرایند، ساختار و محتوای بسته آموزشی مجدداً به متخصصان تحویل و پس از انجام اصلاحات نهایی، پروتکل امیددرمانی به شیوه شناختی-معنوی تدوین شد. ضریب توافق کاپا بین متخصصان ۰/۸۱ به دست آمد که مطلوب است. این مداخله در ۱۰ جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای ۱ جلسه و در طی ۳ ماه به شکل گروه‌های ۵ نفره توسط نویسنده اول این مقاله به شرح زیر اجرا شد:

خارج از کشور بررسی و مطلوب گزارش شده است. همچنین میزان پایایی این پرسشنامه ۰/۸۷ گزارش شده است (۳۹). پرسشنامه حاضر در مطالعه دهشیری، گلزاری، برجلی و سهرابی ابتدا توسط دو نفر از استادان زبان انگلیسی به طور مجزا به فارسی ترجمه‌شده و سپس نسخه فارسی پرسشنامه توسط یک استاد دیگر به زبان انگلیسی مجدداً ترجمه شده است. بعد از نظرخواهی و رفع برخی از تفاوت‌های ایجادشده در ترجمه انگلیسی به فارسی و برعکس، نسخه فارسی پرسشنامه برای اجرا تدوین شده است. میزان روایی محتوایی این پرسشنامه مطلوب گزارش شده است. همچنین میزان پایایی آن ۰/۸۸ گزارش شد (۴۰). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه و ۰/۸۹ به دست آمد که مطلوب است.

۲. پرسشنامه فشار روانی^۱: این پرسشنامه در سال ۱۹۸۰ توسط زاریت، تاد و زاریت^۲ برای تعیین سطح فشار روانی بیماری طراحی شد. این پرسشنامه ۲۲ سؤالی به صورت مصاحبه از مراقبان خانواده بیماران تکمیل می‌شود و برای پاسخگویی به هر سؤال امتیازاتی به صورت هرگز (۰)، بندرت (۱)، بعضی اوقات (۲)، اغلب (۳) و همیشه (۴) اختصاص داده می‌شود. مجموع امتیازات کسب‌شده توسط هر مراقب، فشار روانی آن را تعیین می‌کند. پس از بررسی و تعیین خط برش این پرسشنامه بر اساس استانداردهای جامعه ایرانی، امتیاز کمتر از ۳۰ به عنوان فشار روانی خفیف؛ ۳۱ تا ۶۰ فشار روانی متوسط؛ و ۶۱ تا ۸۸ به عنوان بار مراقبتی شدید رتبه‌بندی شدند. روایی سازه این پرسشنامه در مطالعه رازیت و همکاران مطلوب گزارش شده است و میزان پایایی پرسشنامه را ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند (به نقل از ۱۵). حداقل و حداکثر امتیاز هر فرد بین ۰ تا ۸۸ در نظر گرفته شده است و نمره بالاتر نشان‌دهنده فشار روانی بیشتر و بالعکس است. نویدیان و همکاران (۱۵) پایایی این پرسشنامه را با استفاده از شیوه بازآزمایی ۰/۹۴ و روایی آن را علاوه بر شیوه تحلیل محتوا با

2. Zarit, Todd & Zarit

1. Subjective Burden

جدول ۱: آموزش مبتنی بر امید به شیوه شناختی - معنوی (محقق ساخته)

جلسه	شرح جلسه
جلسه اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، رهبر گروه، اهداف و برنامه‌ها و قوانین گروه/پیش‌آزمون شامل تکمیل پرسشنامه‌های نگرانی و فشار روانی؛ ایجاد اتحاد درمانی با مخاطبین
جلسه دوم	آشنایی مخاطبین با مبانی امید، افراد امیدوار چه خصوصیتی دارند، تأثیر امیدواری بر زندگی و شادمانی بیشتر، توضیحات مختصری در مورد امید درمانی؛ تکلیف منزل: بررسی امید در زندگی توسط مخاطبین
جلسه سوم	آشنایی با مفهوم ناامیدی، چگونه آدمی دچار ناامیدی می‌شود؟ رابطه افسردگی و امید، روش‌های غلبه بر ناامیدی، بررسی افکار غیرمنطقی در افراد ناامید، ارتباط افکار و احساس و رفتار، تکلیف منزل: تکمیل فرم خودیاری افکار چگونه احساسات را به وجود می‌آوردند.
جلسه چهارم	استفاده از فنون داستانی در زمینه امید (بیان داستان زندگی خود) با تأکید بر نقش امیددهی ادیان به منظور القای امید؛ هدف از این جلسه: آموزش یافتن اهداف، امید یابی، عاملیت و مسیرهای فکر؛ تکلیف منزل: انجام عبادت و نیایش به منظور برقراری ارتباط با خدا
جلسه پنجم	تبیین داستان‌های مراجعین بر اساس سه مؤلفه نظریه امید و قالب‌بندی مجدد داستان‌ها؛ تصحیح خطاهای شناختی و باورهای غیرمنطقی از طریق شناسایی خطاهای معمول در پردازش اطلاعات در موقعیت‌های هیجانی، ارزیابی سطوح سه گانه تفکر شامل: افکار خودآیند، فرض‌های زیربنایی و قواعد و باورهای اصلی؛ تکلیف: تکمیل فرم بازمینی مفروضه‌ها، قواعد و معیارها؛ تکلیف معنوی: برقراری ارتباط با خدا از طریق دعا.
جلسه ششم	بیان فهرستی از اتفاقات جاری در مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان با هدف بررسی میزان رضایت ابعاد مختلف زندگی در شرایط فعلی (شامل ابعاد مهارت محیطی، رشد شخصی، هدف در زندگی، خودمختاری، پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران)؛ تکلیف منزل: طلب بخشش از خدا برای خود و دیگران.
جلسه هفتم	انتخاب هدف و ویژگی‌های اهداف مناسب و داشتن تفکر مثبت و راهی از تفکرات منفی؛ استفاده از فن خلق اهداف روشن عملی؛ مدیریت موانع قرار گرفته بر سر راه امید، افزایش خوش‌بینی و امید، معرفی مدل ABCDE، زیر سؤال بردن افکار بدبینانه از طریق فن‌های بررسی شواهد، جایگزین‌ها و برداشت‌ها، بررسی سودمندی این افکار و باورها؛ تکلیف: تکمیل برگه ثبت ABCDE و تکمیل برگه تنظیم اهداف، تکلیف معنوی: خواندن کتاب مقدس با متون معنوی نقش توکل در کنار آمدن با تنش‌ها و ایجاد امید با هدف در نظر گرفتن گذرگاه‌های مختلف برای رسیدن به اهداف از طریق تلاش و توکل؛ تکلیف معنوی: مؤلفه‌های توکل؛ تکلیف: بیان مصداق‌هایی از توکل به خدا و احساس آثار آن در زندگی روزمره؛ تکلیف معنوی: نوشتن یادداشت‌های روزانه از حالات معنوی خود
جلسه نهم	نقش شکر در کاهش مشکلات زندگی، نتایج عملی شکرگزاری، گذرگاه‌های شکرگزاری؛ بیان داستانی کوتاه از شکرگزاری؛ تکلیف منزل: تأثیر شکرگزاری در ایجاد امید در زندگی و بیان مصداق‌هایی از شکرگزاری و پیامدهای آن در زندگی
جلسه دهم	آموزش مهارت‌های لازم برای مقابله با موقعیت دشوار با هدف توانمندسازی مادران جهت مقابله با مشکلات شامل مهارت حل مسئله و مهارت ابراز وجود؛ جمع‌بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون.

د) روش اجرا: پس از هماهنگی لازم با مراکز درمانی کودکان سرطانی خرم‌آباد و انجام فرایند نمونه‌گیری (مطابق با آنچه ذکر گردید)، مادران انتخاب‌شده (۳۰ مادر) به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایدهی شدند (۱۵ مادر در گروه آزمایش بسته آموزشی مبتنی بر امید به شیوه شناختی - معنوی و ۱۵ مادر در گروه گواه). افراد حاضر در پژوهش بر اساس بهره‌مندی از سواد خواندن و نوشتن و سن همتا شدند. گروه آزمایش مداخلات مربوط به آموزش مبتنی بر امید به شیوه شناختی - معنوی را در طی سه ماه به صورت هفته‌ای ۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای را دریافت کرد، این در حالی است که افراد حاضر در گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای را در طول پژوهش دریافت نکردند. جهت رعایت اخلاق در

پژوهش، رضایت افراد برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از تمامی مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات گزارش شده توسط آنان محرمانه باقی می‌ماند و به صورت گروهی و جهت استفاده در گزارش‌های پژوهشی استفاده خواهد شد.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی ضمن بررسی مفروضه‌های شاپیرو-ویلک جهت تأیید نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، از

بین دامنه سنی ۳۷ سال دارای بیشترین فراوانی بود (۳۳ درصد). از طرفی این افراد دارای دامنه تحصیلات سوم راهنمایی تا کارشناسی ارشد بودند که در این بین سطح تحصیلات دیپلم دارای بیشترین فراوانی بود (۴۴ درصد). یافته‌های توصیفی پژوهش در جدول ۲ گزارش شده است.

تحلیل کوواریانس تک‌متغیره برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده شد. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ تحلیل شد.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از داده‌های دموگرافیک نشان داد که افراد نمونه پژوهش دارای دامنه سنی ۳۲ تا ۵۱ سال بودند که در این

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد نگرانی و فشار روانی در دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

مؤلفه‌ها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		نرمالیتی داده‌ها		پس‌آزمون		نرمالیتی داده‌ها
		میانگین	انحراف معیار	P Value	میانگین	انحراف معیار	P Value	
نگرانی	گروه آزمایش	۵۲/۴۶	۸/۱۳	۰/۱۱	۴۲/۴۰	۵/۸۶	۰/۲۲	گروه گواه
	گروه گواه	۵۱/۹۳	۶/۲۹	۰/۴۳	۵۰/۸۶	۵/۱۹	۰/۱۶	
فشار روانی	گروه آزمایش	۵۰/۳۳	۶/۵۴	۰/۱۷	۴۲/۰۶	۵/۹۷	۰/۱۸	گروه گواه
	گروه گواه	۵۲/۹۳	۶/۱۰	۰/۲۰	۵۲	۶/۸۱	۰/۳۳	

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون کوواریانس، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای نگرانی و فشار روانی مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش و گواه برقرار بوده است ($F=0/33, p>0/05$). همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که نشان می‌دهد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است.

از طرفی نتایج آزمون t نشان داد که پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه گواه در متغیرهای وابسته (نگرانی و بار روانی) معنادار نبوده است ($p>0/05$). همچنین بررسی پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیون نشان داد که تعامل پیش‌آزمون با متغیر گروه‌بندی در مرحله پس‌آزمون در متغیرهای نگرانی و فشار روانی معنادار نبوده است که حاکی از آن است که فرض همگنی شیب خط رگرسیون در متغیرهای نگرانی و فشار روانی برقرار است. در جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر نگرانی و فشار روانی مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان گزارش شده است.

جدول ۳: تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر نگرانی و بار روانی مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان

متغیرها	شاخص‌های آماری متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
نگرانی	پیش‌آزمون	۶۰/۵۶	۱	۶۰/۵۶	۲/۵۲	۰/۱۲	۰/۰۸	۰/۳۳
	عضویت گروهی	۵۷۵/۳۰	۱	۵۷۵/۳۰	۲۳/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۰/۹۹۷
فشار روانی	خطا	۶۴۸/۷۷	۲۷	۲۴/۰۳				
	پیش‌آزمون	۳۲/۷۳	۱	۳۲/۷۳	۱/۷۲	۰/۲۰	۰/۰۶	۰/۲۴
خطا	عضویت گروهی	۷۶۹/۵۸	۱	۷۶۹/۵۸	۴۰/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۱
	خطا	۵۱۲/۲۰	۲۷	۱۸/۹۷				

با توجه به نتایج جدول فوق، آموزش متغیر مستقل (بسته آموزشی امید به شیوه شناختی - معنوی) توانسته منجر به ایجاد تفاوت معنادار میانگین نمرات متغیرهای وابسته (نگرانی و بار روانی مادران دارای فرزندان سرطانی) در مرحله پس آزمون در سطح خطای ۰/۰۵ گردد؛ بنابراین این نتیجه حاصل می شود که با کنترل متغیرهای مداخله گر، میانگین نمرات متغیرهای نگرانی و بار روانی مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان با ارائه بسته آموزشی امید به شیوه شناختی - معنوی تغییر یافته است. مقدار تأثیر بسته آموزشی امید به شیوه شناختی - معنوی بر میزان نگرانی و بار روانی این مادران به ترتیب ۰/۴۷ و ۰/۶۰ بوده است. این بدان معناست که به ترتیب ۴۷ و ۶۰ درصد تغییرات متغیرهای نگرانی و بار روانی مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان توسط عضویت گروهی (بسته آموزشی امید به شیوه شناختی - معنوی) تبیین می شود. علاوه بر این باید اشاره کرد که نمرات میانگین تعدیل شده متغیر نگرانی (۴۲/۲۲) و بار روانی (۴۱/۷۷) در گروه آزمایش از میانگین نمرات نگرانی (۵۱/۰۵) و بار روانی (۵۲/۹۹) گروه گواه کمتر بود.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تأثیر بسته آموزشی مبتنی بر امید به شیوه شناختی - معنوی بر نگرانی و بار روانی مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان انجام گرفت. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد که این بسته آموزشی مبتنی، نگرانی و بار روانی این مادران را به طور معناداری کاهش داده است. نتایج پژوهش حاضر با یافته های محمد کریمی و شریعت نیا (۲۱) و تقدسی و فهیمی فر (۲۳) همسو است. این پژوهشگران در مطالعه شان به بررسی تأثیر معنویت درمانی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه پرداختند. نتایج آنها نشان داده بود که معنویت درمانی می تواند به شکلی معنادار کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه را بهبود بخشد. پژوهش ها نشان می دهد که معنویت به مراقبان خانوادگی بیماران مزمن، امید و ارزش زندگی را عطا می کند، به آنان

احساس تعادل در زندگی شان را می دهد، و همچنین به آنان کمک می کند که چگونه با بیماری فرد مبتلا کنار آیند (۴۱). در تبیین تأثیر بسته آموزشی مبتنی بر امید به شیوه شناختی - معنوی بر نگرانی مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان می توان بیان کرد که مداخلات مبتنی بر معنویت در واقع توانایی بهره برداری از سرمایه ها و منابع معنوی آنان در جهت حل مشکلات جسمی و روانی و بهتر زندگی کردن را فعال تر ساخته و از این طریق تسلط بر محیط، هدف و جهت گیری در زندگی، پذیرش خود و پر کردن خلأ معنایی امکان پذیر می شود. معنا و هدف در زندگی به سازش یافتگی روانی در مراحل حاد و عواقب ناشی از شرایط دشوار کمک می کند (۲۸). در این روش درمانی، اعتقاد بر این است که اگر آموزه های الهی و معنوی به ویژه مؤلفه اساسی توحید و ارتباط عمیق و صمیمانه با خداوند متعال با یافته های روان درمانی ادغام شود کارآمدی و پایداری درمان به صورت چشمگیری افزایش می یابد، زیرا عنصر توحید بیش از هر عامل دیگری توان انسجام بخشی و یکپارچه سازی شخصیت را به دنبال دارد (۲۴). طبیعت تهدید کننده بیماری سرطان در فرزندان، نیازهای معنوی والدین آنها به خصوص مادران را افزایش می دهد که این درمان توان برطرف کردن این نیازها را در خود دارد که این فرایند با افزایش معنایابی و امیدواری، نگرانی مادران را کاهش می دهد. همچنین باید اشاره کرد که معنویت درمانی با بهره گیری از آموزه های الهی و معنوی به ویژه ارتباط عمیق، معنوی و صمیمانه با خداوند متعال، می تواند پایداری و استقامت درونی فرد را افزایش داده و از طریق تمرکز بر ارتباط با قدرت برتر از نگرانی مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان کم کند.

علاوه بر این، در حوزه تأثیر بسته آموزشی مبتنی بر امید به شیوه شناختی - معنوی بر فشار روانی مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان می توان این گونه بحث کرد که این بسته آموزشی با بهره گیری از مبانی امید درمانی در کنار معنویت درمانی سبب می شود که مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان، امید به آینده

نمونه‌گیری تصادفی استفاده کنیم. بدین ترتیب پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با تمرکز بر این محدودیت‌ها در جهت افزایش تعمیم‌دهی و دقت نتایج تلاش کنند. همچنین پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های دیگر، تأثیر این بسته آموزشی بر مؤلفه‌های روان‌شناختی زنان مبتلا به دیگر آسیب‌های فیزیولوژیک مانند ام‌اس مورد بررسی و آزمون قرار گیرد. در پایان با توجه به تأثیر بسته آموزشی مبتنی بر امید به شیوه شناختی - معنوی بر کاهش نگرانی و فشار روانی مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود این بسته مداخله‌ای در مراکز بیمارستانی و کلینیک‌های توانبخشی به مادران و پدران دارای فرزند مبتلا به بیماری‌های مزمن و شدید آموزش داده شود تا هم کارایی این برنامه در میان عمل نیز بررسی شود و هم در جهت کاهش معضلات این خانواده‌ها، اقدامی مؤثر صورت گیرد.

تضاد منافع: در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

تشکر و قدردانی: مقاله حاضر برگرفته از رساله دکترای رشته روان‌شناسی عمومی خانم پریوش گراوند در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان به شماره ۲۳۸۲۰۷۰۵۹۵۲۰۵۹ است. بدین وسیله از تمام مادران حاضر در پژوهش، خانواده‌های آنان و مسئولین مراکز درمانی کودکان مبتلا به بیماری سرطان که همکاری کاملی جهت اجرای این پژوهش داشتند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

خود را بازیابی کنند و این فرایند باعث کاهش فشار روانی آنان می‌شود زیرا افراد امیدوار بیشتر به شکل متمرکز در مواجهه با بیماری‌های خاص مانند سرطان، به جای عملکرد منفعلانه، فعالانه عمل می‌کنند. بعلاوه آنان پریشانی کمتر و تطابق بیشتری از خود نشان می‌دهند (۲۶). باید یادآور شد که امیدواری و معنابخشی ناشی از معنویت و امیددرمانی تأثیر مهمی در سازش‌یافتگی با شرایط بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده و تنیدگی ناشی از آن دارند زیرا که مهم‌ترین تأثیر ویژه معنویت‌درمانی و امیددرمانی را می‌توان در تغییر نگرش و تفسیر فرد نسبت به بیماری و زندگی دانست (۲۵ و ۳۰). این تغییر در باورها بر ارزیابی‌های شناختی فرد تأثیر گذاشته و وقایع منفی و تنیدگی ناشی از آن را به شکلی منطقی مدیریت کرده و مادران در سایه اتصال به خدا و منابع معنوی به حس قوی‌تری از امنیت دست می‌یابند و توان سازش‌یافتگی آنها با مشکلات روانی و جسمی فرزندان به شکل کارآمدتر بالا می‌رود که در نتیجه از فشارروانی مادران کاسته می‌شود.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم کنترل برخی متغیرهای تأثیرگذار مانند وضعیت هوشی مادران حاضر در پژوهش، رضایت زناشویی والدین کودکان مبتلا به بیماری سرطان، کیفیت زندگی والدین، وضعیت مالی خانواده‌ها، تعداد فرزندان و موقعیت اجتماعی آنها اشاره کرد. همچنین به علت مشکلات شدید در انتخاب افراد نمونه نتوانستیم از روش

Reference

1. Cristofanilli M, Broglio KR, Guarneri V, Jackson S, Fritsche HA, Islam R, et al. Circulating tumor cells in metastatic breast cancer: biologic staging beyond tumor burden. *Clin Breast Cancer*. 2007; 7(6): 471-479. [\[link\]](#)
2. Mardani Hamule M, Shahraky Vahed A. The assessment of relationship between mental health and quality of life in cancer patients. *Avicenna J Clin Med*. 2009; 16(2): 33-38. [Persian]. [\[link\]](#)
3. Ruland CM, Hamilton GA, Schjodt-Osmo B. The complexity of symptoms and problems experienced in children with cancer: a review of the literature. *J Pain Symptom Manage*. 2009; 37(3): 403-418. [\[link\]](#)
4. Madi D, Clinton M. Pain and its impact on the functional ability in children treated at the children's cancer center of Lebanon. *J Pediatr Nurs*. 2018; 39: 11-20. [\[link\]](#)
5. Fotiadou M, Barlow JH, Powell LA, Langton H. Optimism and psychological well-being among parents of children with cancer: an exploratory study. *Psychooncology*. 2008; 17(4): 401-409. [\[link\]](#)
6. Bektas M, Kudubes AA, Bektas I, Altan SS, Selekoglu Y. Determination of the interventions of families intended for the symptoms of children with cancer. *Collegian*. 2017; 24(3): 237-245. [\[link\]](#)
7. DeCaroli ME, Sagone E. Stress and support in relation to parental self: a comparison between mothers of children in cancer treatment and mothers of healthy children. *Procedia Soc Behav Sci*. 2014; 114: 211-215. [\[link\]](#)
8. Muscara F, McCarthy MC, Woolf C, Hearps SJ, Burke K, Anderson VA. Early psychological reactions in parents of children with a life threatening illness within a pediatric hospital setting. *Eur Psychiatry*. 2015; 30(5): 555-561. [\[link\]](#)
9. Fletcher PC. My child has cancer: finding the silver lining in every mother's nightmare. *Issues Compr Pediatr Nurs*. 2011; 34(1): 40-55. [\[link\]](#)
10. Polat S, Güdücü Tüfekci F, Küçükoğlu S, Kobya Bulut H. Acceptance-rejection levels of the Turkish mothers toward their children with cancer. *Collegian*. 2016; 23(2): 217-223. [\[link\]](#)
11. Davey GC, Wells A. *Worry and its psychological disorders theory, assessment and treatment*. London: John Wiley & Sons; 2006, PP: 124-126. [\[link\]](#)
12. Hajcak G, McDonald N, Simons RF. Anxiety and error related brain activity. *Biol Psychol*. 2003; 64(1-2): 77-90. [\[link\]](#)
13. Kristjanson LJ, Aoun S. Palliative care for families: remembering the hidden patients. *Can J Psychiatry*. 2004; 49(6): 359-365. [\[link\]](#)
14. Lotfi Kashani F, Vaziry S, Arjmand S, Mousavi SM, Hashmyh M. Effectiveness of spiritual intervention on reducing distress in mothers of children with cancer. *Medical Ethics Journal*. 2012; 6(20): 173-186. [Persian]. [\[link\]](#)
15. Navidian A, Pahlavanzadeh S, Yazdani M. The effectiveness of family training on family caregivers of inpatients with mental disorders. *IJPCP*. 2010; 16(2): 99-106. [Persian]. [\[link\]](#)
16. Manzomeh S, Hosseinkhanzadeh A, Shakerinia I. The impact of stress management training on improving the quality of life of mothers of children with leukemia. *Jour Guilan Uni Med Sci*. 2016; 25(97): 79-88. [Persian]. [\[link\]](#)
17. Zinivand M, Kazemi F, Salimi H. Education for parents of children with cancer 3-7 benchmark hospital in Tehran in 1392. *Counseling Culture and Psychotherapy*. 2014; 5(19): 34-50. [Persian]. [\[link\]](#)
18. Khanjari S, Oskouie F, Eshaghian Dorche A, Haghani H. Quality of life in parent of children with leukemia and its related factors. *IJN*. 2013; 26(82): 1-10. [Persian]. [\[link\]](#)
19. Hoseini Ghomi T, Salimi Bajestani H. Effectiveness of resilience training on stress of mothers whose children, suffer from cancer in Imam Khomeini hospital of Tehran. *Quarterly journal of health psychology*. 2013; 1(4): 97-109. [Persian]. [\[link\]](#)
20. Movahedi M, Movahedi Y, Farhadi A. Effect of hope therapy training on life expectancy and general health in cancer patients. *J Holist Nurs Midwifery*. 2015; 25(2): 84-92. [Persian]. [\[link\]](#)
21. Mohamad Karimi M, Shariatnia K. Effectiveness of spiritual therapy on the life quality of the women with breast cancer in tehran. *J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2017; 15(2): 107-118. [Persian]. [\[link\]](#)

22. Salajegheh S, Raghobi M. The effect of combined therapy of spiritual-cognitive group therapy on death anxiety in patients with cancer. *JSSU*. 2014; 22(2): 1130-1139. [Persian]. [\[link\]](#)
23. Taghadosi M, Fahimifar A. Effect of life review therapy with spiritual approach on the life quality among cancer patients. *Feyz*. 2014; 18(2): 135-144. [Persian]. [\[link\]](#)
24. Asadollahi F, Taher Neshatdoost H, Kalantary M, Mehrabi HA, Afshar H, Daghighzadeh H. Effectiveness of spiritual therapy on somatic symptoms in female patients with irritable bowel syndrome. *J Res Behave Sci* 2014; 12(3): 317-327. [Persian]. [\[link\]](#)
25. Barrera TL, Zeno D, Bush AL, Barber CR, Stanley MA. Integrating religion and spirituality into treatment for late-life anxiety: three case studies. *Cogn Behav Pract*. 2012; 19(2): 346-358. [\[link\]](#)
26. Ellison CG, Burdette AM, Hill TD. Blessed assurance: religion, anxiety, and tranquility among US adults. *Soc Sci Res*. 2009; 38(3): 656-667. [\[link\]](#)
27. Paukert AL, Phillips L, Cully JA, Loboprabhu SM, Lomax JW, Stanley MA. Integration of religion into cognitive-behavioral therapy for geriatric anxiety and depression. *J Psychiatr Pract*. 2009; 15(2): 103-112. [\[link\]](#)
28. Purnell JQ, Andersen BL. Religious practice and spirituality in the psychological adjustment of survivors of breast cancer. *Couns Values*. 2009; 53(3): 165-182. [\[link\]](#)
29. Griffith JL. Religion that heals, religion that harms: a guide for clinical practice. New York: Guilford Press; 2010, PP: 78-91. [\[link\]](#)
30. Lotfi Kashani F, Mofid B, Sar afraz Mehr S. Effectiveness of spirituality therapy in decreasing anxiety, depression and distress of women suffering from breast cancer. *Thought & Behavior in Clinical Psychology*. 2013; 7(27): 27-36. [Persian]. [\[link\]](#)
31. Sanatani M, Schreier G, Stitt L. Level and direction of hope in cancer patients: an exploratory longitudinal study. *Support Care Cancer*. 2008; 16(5): 493-499. [\[link\]](#)
32. Duggleby WD, Degner L, Williams A, Wright K, Cooper D, Popkin D, et al. Living with hope: initial evaluation of a psychosocial hope intervention for older palliative home care patients. *J Pain Symptom Manage*. 2007; 33(3): 247-257. [\[link\]](#)
33. Ghezselflo M, Esbati M. Effectiveness of hope-oriented group therapy on improving quality of life in HIV+ male patients. *Procedia Soc Behav Sci*. 2013; 84: 534-537. [\[link\]](#)
34. Sotodeh-Asl N, Neshat-Dust HT, Kalantari M, Talebi H, Khosravi AR. Comparison of effectiveness of two methods of hope therapy and drug therapy on the quality of life in the patients with essential hypertension. *Journal of Clinical Psychology*. 2010; 2(1): 27-34. [Persian]. [\[link\]](#)
35. Bagheri Zanjani Asl Monfared L, Entesar Foumany G. The effectiveness of group based hope- therapy on increasing resilience and hope in life expectancy in patients with breast cancer. *JHPM*. 2016; 5(4): 56-62. [Persian]. [\[link\]](#)
36. Molaei Z, Ahangarzadeh Rezaei S, Khalkhali H R. The effect of hope-based group therapy on the cancer patients' quality of life based on Snyder's hope theory. *J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2017; 15(6): 404-414. [Persian]. [\[link\]](#)
37. Akechi T, Okuyama T, Akizuki N, Azuma H, Sagawa R, Furukawa TA, et al. Course of psychological distress and its predictors in advanced non-small cell lung cancer patients. *Psychooncology*. 2006; 15(6): 463-473. [\[link\]](#)
38. Litzelman K, Catrine K, Gangnon R, Witt WP. Quality of life among parents of children with cancer or brain tumors: the impact of child characteristics and parental psychosocial factors. *Qual Life Res*. 2011; 20(8): 1261-1269. [\[link\]](#)
39. Ladouceur R, Dugas MJ, Freeston MH, Léger E, Gagnon F, Thibodeau N. Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: evaluation in a controlled clinical trial. *J Consult Clin Psychol*. 2000; 68(6): 957-964. [\[link\]](#)
40. Dehshiri GR, Golzari M, Borjali A, Sohrabi F. Psychometrics particularity of Farsi version of Pennsylvania state worry questionnaire for college students. *Journal of Clinical Psychology*. 2010; 1(4): 67-75. [Persian]. [\[link\]](#)
41. Pierce L, Stiener V, Havens H, Tormohlen K. Spirituality expressed by caregivers of stories survivors. *West J Nurs Res*. 2008; 30(5): 606-619. [\[link\]](#)

Effectiveness of Hope Therapy Based on Cognitive-Spiritual Approach on the Worry and Subjective Burden of Mothers with Children with Cancer Disease

Parivash Geravand¹, Gholamreza Manshaee^{*2}, Mohammadali Nadi³

1. Ph.D. Student of General Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Khorasagan Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran
2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Khorasagan Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

Received: September 22, 2018

Accepted: June 19, 2018

Abstract

Background and Purpose: The emergence of chronic diseases, such as cancer in children, can seriously damage the mental health of mothers. Accordingly, the present study was conducted with the aim of the effect of hope therapy based on cognitive-spiritual approach on the worry and subjective burden of mothers with a child with cancer.

Method: The present study was a quasi-experimental design with pretest-post-test and control group. In this study, 30 mothers were selected by purposeful sampling from among the mothers who had a child with cancer were living in Lorestan province in 2018. They were randomly assigned into two groups of experimental and control (15 mothers in each group). The experimental group received educational intervention within 3 months in 10 sessions of 90 minutes. To collect data in this study, *worry questionnaire* (Davy & Wells, 2006) and *subjective burden* (Zarit, Todd & Zarit, 1980) were used.

Results: The results of data analysis using covariance analysis showed that the hope therapy based on cognitive-spiritual approach reduced worry and subjective burden in the mothers of the experimental group ($p < 0.001$).

Conclusion: Based on the findings of this study, it can be concluded that the educational package used in this study, due to the use of hope therapy, cognitive and spiritual approach, has been effective in reducing the level of worry and psychological distress in mothers of a child with cancer.

Keywords: Hope teaching through cognitive-spiritual method, anxiety, subjective burden, cancer

Citation: Geravand P, Manshaee G, Nadi M. Effectiveness of hope therapy based on cognitive-spiritual approach on the worry and subjective burden of mothers with children with cancer disease. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2018; 5(2): 174-184.

***Corresponding author:** Gholamreza Manshaee, Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Khorasagan Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.
Email: Smanshaee@yahoo.com Tel: (+98) 031-35354001