

مقاله اصلی

اثربخشی آموزش مبتنی بر امید به شیوه شناختی - معنوی بر بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی مادران دارای فرزندان سرطانی

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۹/۲۰ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۱/۱۵

خلاصه

مقدمه

بروز بیماری‌های مزمن همچون سرطان در فرزندان، سلامت روان مادران را با آسیب جدی مواجه می‌سازد. بر همین اساس پژوهش حاضر با هدف اثربخشی بسته آموزشی مبتنی بر امید به شیوه شناختی - معنوی بر بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی مادران دارای فرزندان سرطانی انجام گرفت.

روش کار

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل مادران دارای فرزندان مبتلا به سرطان در استان لرستان در سال ۱۳۹۶ بود. در این پژوهش تعداد ۳۰ مادر دارای فرزند مبتلا به سرطان با روش نمونه‌گیری غیر تصادفی هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ مادر در گروه آزمایش و ۱۵ مادر در گروه گواه). گروه آزمایش مداخله آموزشی مبتنی بر امید به شیوه شناختی - معنوی را طی سه ماه در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه کیفیت زندگی (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۶) و پرسشنامه بهزیستی روان شناختی (ریف، ۱۹۸۰) بود. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل کواریانس تک متغیره توسط نرم‌افزار آماری SPSS23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

نتایج نشان داد که بسته آموزشی مبتنی بر امید به شیوه شناختی - معنوی بر بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی مادران دارای فرزندان سرطانی تأثیر معنادار دارد ($f=23.94$, $f=40.56$, $p<0/001$). میزان تأثیر بسته آموزشی مبتنی بر امید به شیوه شناختی - معنوی بر بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی مادران دارای فرزندان سرطانی به ترتیب ۴۷ و ۶۰ درصد بود.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود که از آموزش مبتنی بر امید به شیوه شناختی - معنوی به عنوان یک روش کارآمد جهت بهبود بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی مادران دارای فرزند سرطانی استفاده شود.

کلمات کلیدی

آموزش امید به شیوه شناختی - معنوی، بهزیستی روان شناختی، کیفیت زندگی، سرطان
پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

پریوش گراوند^۱

غلامرضا منشتی^{۲*}

محمدعلی نادی^۳

^۱ دکتری روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

^۲ دانشیار گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران. (نویسنده مسئول)

^۳ دانشیار دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

Email: 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 به عنوان یکی از امراض جدی و در بسیاری موارد غیر قابل درمان به شمار می‌رود که متأسفانه جان بسیاری از انسان‌ها را تهدید می‌کند (۱). سرطان در هر سنی قابل توجه است ولی مرگ و میر ناشی از آن در کودکان بین سنین ۱۵-۳ ساله بیشتر از سایر بیماران است. سرطان اطفال مشتمل بر گروهی از بدخیمی‌هاست که هر یک اپیدمیولوژی- آسیب‌شناسی و میزان مرگ و میر مخصوص به خود را دارند. این بیماری که تنوع بیشتری نسبت به بیماری بزرگسالان دارد، شایع‌ترین علت مرگ و میر 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 (۲, ۳).

سرطان علاوه بر خود بیمار، ابعاد جسمی و روانی، اجتماعی و اقتصادی زندگی خانواده بیمار و مراقب را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهد. آنها هم با مشکلات مربوط به مراقبت و درمان بیمار و هم سازگاری با مسئولیت ناشی از مراقبت و درمان بیمار روبرو هستند. اضطراب، احساس گناه، خشم، نگرانی و دیگر فشارهای روانی و اجتماعی، طول دوره بیماری و درمان بستری شدن در بیمارستان و افزایش هزینه درمانی، وضعیت روحی و آسیب‌های اجتماعی از جمله تنیدگی‌هایی است که بر روی خانواده فرد مبتلا تاثیر می‌گذارد (۴). بر همین اساس پژوهشگران بر این باورند که می‌بایست مداخلات روان‌شناختی مناسبی برای والدین (به خصوص مادران) کودکان سرطانی بکار گرفته شود (۵).

تحقیقات نشان می‌دهد، تشخیص سرطان مستقیماً بر کیفیت زندگی بیماران و مراقبان خانوادگی‌شان به خصوص مادران تاثیر می‌گذارد و زندگی روزمره آنان را به شیوه‌های متفاوت تغییر می‌دهد (۶, ۷). چنانکه پژوهش ماسادح (۲۰۱۵) نشان داده است که تشخیص سرطان در دوران کودکی یک تجربه آسیب

زا برای مراقبان آنها است که موجب توجه روزافزون متخصصان به ارائه راهبردهایی برای کاهش استرس‌های ناشی از بیماری برای والدین آنها است (۸). بر این اساس تشخیص سرطان، مادران را با شوک و ناباوری مواجه ساخته و سبب می‌شود که مادران، نگرانی^۲ فزاینده‌ای را تجربه نمایند (۹, ۱۰) و این فرایند سبب می‌شود که بهزیستی روان شناختی آنان دچار آسیب گردد (۱۱).

بهزیستی روان‌شناختی به کیفیت تجربه شده زندگی اشاره می‌کند و منعکس‌کننده عملکرد و تجربه روان شناختی مطلوب است. معنی لغوی بهزیستی یک حالت رضایت از شاد بودن، سلامتی و موفقیت است که به تجربه و عملکرد روان شناختی مطلوب اشاره می‌کند. گورل^۳ (۲۰۰۹) بهزیستی را توانایی شرکت فعالانه در کار و تفریح، خلق روابط معنی‌دار با دیگران، گسترش حس خودمختاری و داشتن هدف در زندگی و تجربه کردن هیجانات مثبت می‌داند (۱۲). بهزیستی شامل ابعادی مانند پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، استقلال، تسلط بر محیط، هدفمندی در زندگی و رشد شخصی می‌شود (۱۳, ۱۴).

علاوه بر این نتایج پژوهش لیتزلمن^۴ و همکاران (۲۰۱۱) بیانگر آن است که استرس ناشی از داشتن کودکان مبتلا به سرطان، کیفیت زندگی مادران را نیز کاهش می‌دهد (۱۵). مطالعات در مورد کیفیت زندگی افرادی که نقش مراقبت از عضو مبتلا به سرطان خانواده خود را ایفا می‌کنند، نشان می‌دهند که سرطان بر روی ابعاد جسمی، اجتماعی، روانی و اقتصادی زندگی آنها اثرات بارزی دارد. از جمله آن که بسیاری از افرادی که مراقبت از فرد مبتلا به سرطان را در خانواده خود بر عهده داشته‌اند، از خستگی، اختلالات خواب یا بی‌خوابی شاکی بوده‌اند (۱۶). همچنین افزایش مسئولیت ناشی از مراقبت موجب بروز واکنش‌های خشم و اضطراب در آنها می‌شود. به علاوه نیازهای مراقبتی بیمار، افسردگی فرد مراقبت‌کننده را افزایش داده و سازگاری

2. Worry

۳. Gurel

۴. Litzelman

۱. Masadeh

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 (۳۶).

ضرورت انجام پژوهش حاضر در این نکته است که به مخاطره افتادن سلامت کودک در اثر بیماری‌های دشوار نظیر سرطان، سلامت روان‌شناختی والدین را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهد. 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 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 مسایل می‌تواند منجر به استرس و مشکلات روانی-اجتماعی و در نتیجه کاهش سلامت عمومی در هریک از والدین شود (۱۵). 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 رویکرد اثرات هم‌افزایی بر مولفه‌های روان‌شناختی بیماران و مراقبین آنها داشته باشد. همچنان که پیشینه پژوهشی نشان داد معنویت و امیددرمانی بر مولفه‌های مختلف روان‌شناختی در جامعه‌های آماری گوناگون تاثیر معنادار دارد، اما نکته ای که در این بین مطرح است، هیچ پژوهشی به بررسی اثر ترکیبی روش‌های شناختی-معنوی و امیددرمانی بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی مادران دارای کودکان سرطانی نپرداخته است. بنابراین مساله اصلی پژوهش حاضر این است که آیا بسته آموزشی مبتنی بر امید به شیوه شناختی-معنوی بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی مادران دارای فرزندان سرطانی تاثیر دارد؟

روش پژوهش

طرح پژوهش و شرکت کنندگان: روش پژوهش از نوع نیمه-آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود.

او را با سایر اعضای خانواده کاهش داده و به بیانی دیگر کیفیت زندگی وی را تقلیل می‌دهد (۱۷).

تاکنون روش‌های درمانی مختلفی برای افراد آسیب‌پذیر همچون مادران دارای کودکان سرطانی به کار گرفته شده است. از انواع این درمان‌ها می‌توان به اداره تنش جهت بهبود چگونگی زندگی مادران سرطانی (۱۸)، آموزش تفکر مثبت و خوش بینی به والدین کودکان سرطانی (۱۹)؛ آموزش مهارت‌های مقابله‌ای جهت تأثیرگذاری بر کیفیت زندگی والدین کودکان سرطانی (۲۰)؛ آموزش تاب‌آوری بر استرس مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان (۲۱)؛ مداخله معنوی جهت ارتقای کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به سرطان (۲۲)؛ و امیددرمانی جهت تأثیرگذاری بر سلامت عمومی بیماران مبتلا به سرطان (۲۳) اشاره نمود.

یکی از انواع این روش‌ها، معنویت‌درمانی است که کارآیی بالینی آن در پژوهش‌های مختلف برای جامعه‌های آماری گوناگون تایید شده است (۲۴-۳۰). 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 (۲۸، ۳۱) و از طریق پیوند با این دنیای فرامادی، سلامت و رشد به دست آورند (۳۲، ۳۳).

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)، مردان مبتلا به اچ‌آی‌وی مثبت (۳۴) و بیماران مبتلا به فشارخون اساسی (۳۵) نشان داده شده است. امیددرمانی این هدف را در نظر دارد که به درمانجویان کمک کند تا هدف‌های روشنی را مشخص و طبقه‌بندی کنند و مسیرهای متعددی را برای این اهداف ایجاد نمایند و آنها را برمی‌انگیزاند تا هدف‌ها را تعقیب نموده و موانع را به عنوان چالش‌هایی که باید بر آنها غلبه کرد، چارچوب‌بندی کنند. مفروضه زیربنایی رویکرد فوق بر این اصل استوار است که تفکر امیدوارانه و سرطان به دو طریق به هم مربوط می‌شوند:

1. Spirituality Therapy

پرسشنامه بهزیستی روانشناختی با ۵۴ پرسش و ۶ خرده مقیاس در سال ۱۹۸۰ توسط توسط ریف ۱ در دانشگاه ویسکانسین تنظیم شد و در بررسی های بعدی فرم کوتاه تر ۱۸ سؤالی نیز پیشنهاد گردید (۳۸). در پژوهش حاضر نسخه ۱۸ سؤالی آن با ۶ خرده مقیاس به کار برده شد. خرده مقیاس های این آزمون عبارتند از: پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، استقلال، تسلط بر محیط، هدفمندی در زندگی، رشد شخصی. پرسشنامه بهزیستی روان شناختی ریف از آزمون های خود گزارش دهی و بسته پاسخ است که هر یک از سؤالات آن از یک طیف ۶ درجه ای (کاملاً مخالفم ۱، تاحدی مخالفم ۲، مخالفم ۳، موافقم ۴، تاحدی موافقم ۵ و کاملاً موافقم ۶) تشکیل شده است. در این پرسشنامه کسب نمره بالاتر بیانگر بهزیستی روان شناختی بهتر است. نتایج همبستگی پرسشنامه ۱۸ سؤالی ریف با مقیاس رضایت از زندگی ۲، پرسشنامه شادکامی آکسفورد، و پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ، حاکی از قابل قبول بودن روایی سازه این پرسشنامه در جمعیت ایرانی است (۳۸). میکائیلی منیع (۱۳۸۹) ضریب پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۰ و قابل قبول گزارش کرده است (۳۹). بیانی، گودرزی و محمد کوچکی (۱۳۸۷) هم ضریب پایایی پرسشنامه ریف را با استفاده از روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۹ برآورد کردند (۳۸). دایرندانک (۲۰۰۵) نسخه ای از پرسشنامه بهزیستی روان شناختی ۵۴ سؤالی ریف را در پژوهش خود استفاده نمود، آلفای کرونباخ خرده مقیاس های آن را در دامنه ۰/۷۹ تا ۰/۸۵ گزارش نموده است و روایی محتوایی و سازه ای آزمون فوق را نیز مورد تایید قرار داد (۴۰).

پرسشنامه کیفیت زندگی

فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی با ادغام برخی از حیطه ها و حذف تعدادی از سوالات ایجاد شده است. پژوهش ها نشان داده اند که دو فرم این پرسشنامه با همدیگر همخوانی رضایت بخشی دارند. پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی چهار حیطه سلامت جسمانی،

متغیر مستقل آموزش مبتنی بر امید به شیوه شناختی- معنوی و متغیرهای وابسته بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی مادران دارای کودکان سرطانی بود. در این پژوهش جامعه آماری را تمامی مادران دارای فرزندان سرطانی استان لرستان در سال ۱۳۹۶ تشکیل می دادند. جهت انتخاب حجم نمونه از روش نمونه گیری غیرتصادفی هدفمند استفاده شد. بر این اساس ابتدا فرم هایی جهت اعلام شرکت داوطلبانه در مراکز درمانی کودکان سرطانی پخش و پس از جمع آوری این فرم ها، تعداد ۶۹ مادر دارای فرزند مبتلا به سرطان داوطلب شرکت در پژوهش شدند. سپس پرسشنامه های اطلاعات فردی، بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی به مادران، ارائه و پس از نمره- گذاری آنها، ۳۰ نفر از مادرانی که کمترین نمره را در بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی کسب نموده بودند، انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵) مادر در گروه آزمایش آموزش مبتنی بر امید به شیوه شناختی- معنوی و ۱۵ مادر در گروه گواه). سپس گروه آزمایش در جلسات بعدی تحت آموزش بسته آموزشی که از تلفیق دو رویکرد مداخله شناختی معنوی و امید درمانی تدوین گردیده بود، قرار گرفتند، در حالی که گروه گواه در انتظار دریافت مداخله بوده و در طول اجرای پژوهش این مداخلات را دریافت نکرد. پس از اتمام آموزش، از آنان پس آزمون به عمل آمد. پس آزمون شامل پرسشنامه های قبلی بود. ملاک های ورود به پژوهش شامل داشتن فرزند مبتلا به سرطان، اعلام رضایت و آمادگی جهت شرکت در پژوهش، نداشتن بیماری جسمی حاد و مزمن (با توجه به پرونده سلامت و مشاوره ای آنان در مراکز) و نداشتن بیماری روان شناختی حاد و مزمن همانند افسردگی (با توجه به پرونده سلامت و مشاوره ای آنان) بود. همچنین ملاک- های خروج از پژوهش شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس و عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش بود. در پژوهش حاضر از پرسشنامه های زیر استفاده شده است:

پرسشنامه بهزیستی روان شناختی

۱. Ryff
۲. Life satisfaction index
۳. Dierendonck

محتوایی تشکیل شده به ۱۰ تا ۱۲ حوزه مهارتی معطوف به آموزش امید به شیوه شناختی - معنوی تبدیل گردید. پس از آن مداخله آموزشی تدوین شده به پنج متخصص حوزه آموزش امید درمانی و معنویت درمانی ارائه و از آنان درخواست گردید که بسته را مطالعه و راجع به ساختار، فرایند و محتوای هر یک از جلسات در قالب پرسشنامه نظرسنجی که همراه بسته آموزش امید به شیوه شناختی - معنوی در اختیار هر یک از متخصصان قرار گرفته بود، اظهار نظر نمایند. علاوه بر این در این مرحله یک فرم اظهار نظر باز پاسخ به منظور ارائه پیشنهادات و نظرات اصلاحی هر یک از متخصصان در جهت ارتقاء محتوا، ساختار و فرایند مداخله آموزش امید به شیوه شناختی - معنوی ارائه گردید. در گام بعد نظرات تخصصی متخصصین جمع آوری و نظرات اصلاحی آن‌ها در باره مداخله آموزش امید به شیوه شناختی - معنوی اعمال گردید. پس از این فرایند، بسته آموزشی همراه فرم نظرسنجی نهایی و محاسبه ضریب توافق متخصصان در باره فرایند، ساختار و محتوای بسته آموزش امید به شیوه شناختی - معنوی مجدداً به متخصصین تحویل و پس از انجام اصلاحات نهایی، بسته آموزشی امید به شیوه شناختی - معنوی تدوین گردید. ضریب توافق کاپا بین متخصصان ۰/۸۱ به دست آمد. این مداخله در ۱۰ جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه و در طی ۳ ماه به شکل گروه‌های ۵ نفره توسط نویسنده اول پژوهش به شرح زیر اجرا گردید:

سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را می‌سنجد و ۲۶ سوال دارد که دو سوال اول کلی است و به هیچ یک از حیطه‌ها مربوط نمی‌شود (۴۱). این پرسشنامه در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای نمره گذاری می‌شود. افراد در این پرسشنامه نمرات بین ۲۴ تا ۱۲۰ به دست می‌آورند. این پرسشنامه در ایران توسط نجات و همکاران (۱۳۸۵) استانداردسازی شده است (۴۲). نجات و همکاران، روایی محتوا و تشخیصی این پرسشنامه را مطلوب گزارش کرده‌اند و پایایی آن را با استفاده از روش بازآزمایی برای حیطه‌های سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیطی به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۷، ۰/۷۵ و ۰/۸۴ به دست آورده‌اند و همسانی درونی حیطه‌های مختلف آن را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای افراد سالم و بیمار بین ۰/۵۲ تا ۰/۸۴ محاسبه کرده‌اند (۴۲). در پژوهش مرادی، ملک پور، امیری، مولوی و نوری (۱۳۸۹) همسانی دورنی پرسشنامه ۰/۶۰ و پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ محاسبه گردیده شده است (۴۳).

برنامه مداخله‌ای

جهت تدوین مداخله آموزشی ابتدا متون حوزه امید درمانی و معنویت درمانی اعم از مقالات و کتب و استخراج مفاهیم و مضامین مطرح در آن مورد مطالعه قرار گرفت. در گام بعد مطالب جمع آوری شده، دسته‌بندی (کدبندی) شده و زیرگروه‌های مفهومی - محتوایی معطوف به آموزش امید به شیوه شناختی - معنوی تشکیل شد. سپس زیرگروه‌های مفهومی -

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

جلسه	شرح جلسه
جلسه اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و با رهبر گروه، با اهداف و برنامه‌ها و قوانین گروه/ پیش‌آزمون شامل تکمیل پرسشنامه‌های بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی؛ 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 می‌آورند.
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، امیدایی، 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 قالب بندی 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

جلسه ششم	قواعد و باورهای اصلی؛ تکلیف: تکمیل فرم بازبینی مفروضه ها، قواعد و معیارها؛ تکلیف معنوی: برقراری ارتباط با خدا از طریق دعا. بیان لیستی 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 رهایی از تفکرات منفی؛ استفاده از فن خلق اهداف روشن عملی؛ مدیریت موانع قرار گرفته بر سر راه امید، افزایش خوش بینی و امید، معرفی مدل ABCDE، زیر سوال بردن افکار بدبینانه از طریق تکنیک‌های بررسی شواهد، جایگزین‌ها و برداشت‌ها، بررسی سودمندی این افکار و باورها؛ تکالیف: تکمیل برگه ثبت ABCDE و تکمیل برگه تنظیم اهداف، تکلیف معنوی: خواندن کتاب مقدس با متون معنوی
جلسه هشتم	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؛ معنای توکل، 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 شکرگذاری؛ 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.

روش کار

پس از اخذ مجوزهای لازم و انجام فرایند نمونه‌گیری (مطابق با آنچه ذکر گردید)، مادران انتخاب شده (۳۰ مادر) به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده 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 یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمود. این در حالی است که افراد حاضر در گروه گواه هیچگونه مداخله‌ای را در طول پژوهش دریافت نکردند. ضمناً جهت رعایت اخلاق در پژوهش، رضایت افراد برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه 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.

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 از آزمون شاپیرو- ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، همچنین از تحلیل کواریانس برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

نتایج

یافته‌های حاصل از داده‌های دموگرافیک نشان داد که افراد نمونه پژوهش دارای دامنه سنی ۳۲ تا ۵۱ سال بودند که در این بین دامنه سنی ۳۷ سال دارای بیشترین فراوانی بود (۳۳ درصد). از طرفی این افراد دارای دامنه تحصیلات سیکل تا فوق لیسانس بودند که در این بین سطح تحصیلات دیپلم دارای بیشترین فراوانی بود (۴۴٪). حال یافته‌های توصیفی پژوهش مورد بررسی قرار می‌گیرد.

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی در دو گروه آزمایش و گواه در مراحل

پیش‌آزمون و پس‌آزمون

مؤلفه‌ها	گروه‌ها	پیش‌آزمون	نرمالیتی داده‌ها	پس‌آزمون	نرمالیتی داده‌ها
		میانگین	انحراف	P Value	انحراف
		میانگین	انحراف	P Value	انحراف

معیار	معیار	معیار	معیار	معیار	معیار	معیار	معیار
۰/۱۹	۱۰/۴۴	۶۲/۹۳	۰/۲۳	۹/۶۰	۵۳/۱۳	گروه آزمایش	بهزیستی روان
۰/۲۲	۶/۸۹	۵۳/۰۶	۰/۴۰	۷/۷۷	۵۶	گروه گواه	شناختی
۰/۰۹	۵/۱۶	۷۸/۶۶	۰/۳۴	۷/۵۶	۶۵/۸۶	گروه آزمایش	کیفیت زندگی
۰/۴۱	۶/۹۳	۶۷/۲۰	۰/۱۱	۶/۱۹	۶۶/۴۰	گروه گواه	

t نشان داد که میانگین نمرات پیش آزمون گروه‌های آزمایش و گروه گواه در متغیرهای وابسته (بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی) به هم دارای تفاوت معنادار نبوده است ($p > 0/05$). همچنین باید اشاره کرد که در بررسی پیش-فرض همگنی شیب خط رگرسیون، نتایج نشان داد که تعامل پیش آزمون با متغیر گروه‌بندی در مرحله پس آزمون در متغیرهای بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی نبوده است. این بدان معناست که فرض همگنی شیب خط رگرسیون در متغیرهای بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی برقرار بوده است.

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون کواریانس، پیش فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی مادران دارای فرزندان سرطانی در مراحل پیش آزمون و پس آزمون در گروه‌های آزمایش و گواه برقرار بوده است ($f=0/33, p>0/05$). همچنین پیش فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته می‌داد پیش فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($p > 0/05$). از طرفی نتایج آزمون

جدول ۳- تحلیل کواریانس تاثیر عضویت گروهی بر بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی مادران دارای فرزندان سرطانی

متغیرها	شاخص‌های آماری	مجموع	درجه آزادی	میانگین	F	سطح	اندازه اثر	توان آزمون
	متغیرها	مجذورات		مجذورات		معناداری		
بهزیستی روان	پیش آزمون	۹۰۰/۰۸	۱	۹۰۰/۰۸	۲۵/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۴۴	۰/۹۹
شناختی	عضویت گروهی	۱۰۰۲/۴۸	۱	۱۰۰۲/۴۸	۲۸/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۵۲	۱
	خطا	۹۶۱/۷۸	۲۷	۳۵/۶۲				
کیفیت زندگی	پیش آزمون	۳۲۹/۲۳	۱	۳۲۹/۲۳	۱۲/۴۱	۰/۰۰۲	۰/۳۰	۰/۹۲
	عضویت گروهی	۱۰۳۰/۵۰	۱	۱۰۳۰/۵۰	۳۸/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۱
	خطا	۷۱۶/۴۱	۲۷	۲۶/۵۳				

بوده است. این بدان معناست که به ترتیب ۵۲ و ۵۹ درصد تغییرات متغیرهای بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی مادران دارای فرزندان سرطانی توسط عضویت گروهی (بسته آموزشی امید به شیوه شناختی- معنوی) تبیین می‌شود.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی بسته آموزشی مبتنی بر امید به شیوه شناختی- معنوی بر بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی مادران دارای فرزندان سرطانی انجام گرفت. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که بسته آموزشی مبتنی بر امید به شیوه شناختی- معنوی بر بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی مادران دارای فرزندان سرطانی تأثیر معناداری

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 (بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی مادران دارای فرزندان سرطانی) در مرحله پس آزمون در سطح خطای ۰/۰۵ گردد. بنابراین این نتیجه حاصل می‌شود که با کنترل متغیرهای مداخله‌گر، میانگین نمرات متغیرهای بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی مادران دارای فرزندان سرطانی با ارائه بسته آموزشی امید به شیوه شناختی- معنوی تغییر یافته است. مقدار تاثیر بسته آموزشی امید به شیوه شناختی- معنوی بر میزان بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی مادران دارای فرزندان سرطانی به ترتیب ۰/۵۲ و ۰/۵۹

داشته است. در زمینه اثربخشی درمان‌هایی که مداخله آموزشی مبتنی بر امید به شیوه شناختی- معنوی از آنها تهیه شده بود (امیددرمانی و معنویت درمانی)، پژوهش حاضر با یافته‌های محمدکریمی و شریعت‌نیا (۱۳۹۶) (۲۷) و تقدسی و فهیمی‌فر (۱۳۹۳) (۲۶) همسو بود. چنانکه این پژوهشگران در پژوهشی به بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه پرداختند. نتایج آنها بیانگر آن بود که معنویت درمانی می‌تواند به شکلی معنادار کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه را بهبود بخشد. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که معنویت به مراقبان خانوادگی بیماران مزمن، امید و ارزش زندگی را عطا می‌کند. به آنان احساس تعادل در زندگی‌شان را می‌دهد، همچنین به آنان کمک می‌کند که چگونه با بیماری فرد مبتلا کنار آیند (۳۳).

مداخلات مبتنی بر معنویت در واقع توانایی بهره‌برداری از سرمایه‌ها و منابع معنوی آنان در جهت حل مشکلات جسمی و روحی و بهتر زندگی کردن را فعال‌تر ساخته و از این طریق تسلط بر محیط، هدف و جهت‌گیری در زندگی، پذیرش خود و پر کردن خلا معنایی امکان‌پذیر می‌شود. معنا و هدف در زندگی به سازگاری روانی در مراحل حاد و عواقب ناشی از شرایط چالش‌برانگیز کمک می‌کند (۳۲). در این روش درمانی، اعتقاد بر این است که اگر آموزه‌های الهی و معنوی به ویژه مؤلفه اساسی توحید و ارتباط عمیق و صمیمانه با خداوند متعال با یافته‌های روان‌درمانی ادغام گردد کارآمدی و پایداری درمان به صورت چشمگیری افزایش می‌یابد، زیرا عنصر توحید بیش از هر عامل دیگری توان انسجام‌بخشی و یکپارچه‌سازی شخصیت را به دنبال دارد (۲۴). طبیعت تهدیدکننده بیماری سرطان در فرزندان، نیازهای معنوی والدین آنها بخصوص مادران را افزایش می‌دهد که این درمان توان برطرف کردن این نیازها را در خود دارد که این فرایند با افزایش معنایابی و امیدواری نگرانی مادران را کاهش و بهزیستی روان‌شناختی آنان را افزایش می‌دهد. همچنین باید اشاره کرد که معنویت-درمانی با بهره‌گیری از آموزه‌های الهی و معنوی به ویژه ارتباط عمیق، معنوی و صمیمانه با خداوند متعال، می‌تواند پایداری و

استقامت درونی فرد را افزایش داده و از طریق تمرکز بر ارتباط با قدرت برتر، بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای کودکان سرطانی را افزایش دهد.

علاوه بر این باید اشاره کرد که بسته آموزشی مبتنی بر امید به شیوه شناختی- معنوی با بهره‌گیری از مبانی امیددرمانی در کنار معنویت درمانی سبب می‌شود که مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان، امید به آینده خود را بازیابی کنند و این فرایند باعث بهبود کیفیت زندگی آنان می‌شود. چرا که افراد امیدوار بیشتر به شکل متمرکز در مواجهه با بیماری‌های خاص نظیر سرطان، به جای عملکرد منفعلانه، فعالانه عمل می‌کنند، بعلاوه آنان پریشانی کمتر و تطابق بیشتری از خود نشان می‌دهند (۲۹). همچنین امیدواری و معنابخشی ناشی از معنویت و امیددرمانی تأثیر مهمی در سازش‌یافتگی با شرایط بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده و استرس ناشی از آن دارند. چرا که مهم‌ترین تأثیر ویژه معنویت درمانی و امیددرمانی را می‌توان در تغییر نگرش و تفسیر فرد نسبت به بیماری و زندگی دانست (۲۸، ۳۱). این تغییر در باورها بر ارزیابی‌های شناختی فرد تأثیر گذاشته و وقایع منفی و استرس 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 می‌یابد و توان سازگاری آنها با مشکلات روانی و جسمی فرزندان به شکل کارآمدتر بالا می‌رود که در نتیجه آن کیفیت زندگی مادران افزایش می‌یابد.

محدود بودن دامنه تحقیق به مادران دارای فرزندان مبتلا به سرطان استان لرستان و وجود برخی متغیرهای کنترل نشده، مانند وضعیت هوشی مادران حاضر در پژوهش، وضعیت مالی خانواده‌ها، تعداد فرزندان و موقعیت اجتماعی آنها و عدم بهره‌گیری از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی از محدودیت‌های این پژوهش بود؛ لذا پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم-پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر استان‌ها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دیگر مادران، کنترل عوامل ذکر شده و روش نمونه‌گیری تصادفی اجرا شود. علاوه بر این پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های دیگر، اثربخشی آموزش مبتنی بر امید به شیوه شناختی- معنوی

افزایش بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی این مادران گامی عملی برداشته باشند.

تضاد منافع

در این پژوهش هیچ گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری به شماره ۲۳۸۲۰۷۰۵۹۵۲۰۵۹ بود. بدین وسیله از تمام مادران حاضر در پژوهش، خانواده‌های آنان و مسئولین مراکز درمانی کودکان سرطانی که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

بر مولفه‌های روان‌شناختی زنان مبتلا به دیگر آسیب‌های فیزیولوژیک همچون سرطان، ام‌اس، پارکینسون و ... نیز مورد بررسی و آزمون قرار گیرد. با توجه به اثربخشی بسته آموزشی مبتنی بر امید به شیوه شناختی- معنوی بر بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی مادران دارای فرزند سرطانی، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود بسته آموزشی مبتنی بر امید به شیوه شناختی- معنوی طی کارگاهی تخصصی به روان‌شناسان مراکز درمانی کودکان سرطانی، آموزش داده شود تا آنها با بکارگیری این درمان برای مادران دارای سرطانی در این مراکز، جهت

References

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; 7:34-42.
2. Visser A, Huizinga GA, Hoekstra HJ, van der Graaf WTA, Klip EC, Pras E, et al. Emotional and behavioural functioning of children of a parent diagnosed with cancer: a cross-informant perspective. *Psych Oncol* 2005; 14:746-58.
3. Kaye EC, Jerkins J, Gushue CA, DeMarsh S, Sykes A, Lu Z, et al. Predictors of late palliative care referral in children with cancer. *J Pain Symptom Manage* 2018; 55:1550-6.
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:e11-20.
5. Bektas M, Kudubes AA, Bektas İ, Altan SS, Selekoglu Y. Determination of the interventions of families intended for the symptoms of children with cancer. *Collegian* 2017; 24:237-45.
6. Saegrove S. Health, quality of life and cancer. *Int Nurs Rev* 2005; 52:333-40.
7. 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; 30:555-61.
8. Masadeh R. Perceived Stress in parents of children with chronic Disease a comparative study. *J Eur Sci* 2015; 1:1-18.
9. Fletcher PC. My child has cancer: finding the silver lining in every mother's nightmare. *Issues Compr Pediatr Nurs* 2011; 34:40-55.
10. Polat S, Güdücü Tüfekci F, Küçükoglu S, Kobya Bulut H. Acceptance-rejection levels of the Turkish mothers toward their children with cancer. *Collegian* 2016; 23:217-23.
11. Khodadadi Sangdeh J, Ghomi M. The Effectiveness of existential group psychotherapy on increasing psychological well-being mothers of children with cancer. *J Psychol Stud* 2018; 13:125-40.
12. Gurel N. Effects of thinking styles and gender on psychological well-being: Ankara, Turkey: Middle East Technical University; 2009.
13. Cho J, Martin P, Margrett J, Macdonald M, Poon LW. The relationship between physical health and psychological well-being among oldest-old adults. *J Aging Res* 2011; 2011:605041.
14. Lin Z, Chen F. Evolving parent-adult child relations: location of multiple children and psychological well-being of older adults in China. *Public Health* 2018; 158:117-23.
15. 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; 20:1261-9.
16. Edwards B, Ung L. Quality of life instruments for caregivers of patients with cancer: a review of their psychometric properties. *Cancer Nurs* 2002; 25:342-9.
17. Hoekstra-Weebers JE, Wijnberg-Williams BJ, Jaspers JP, Kamps WA, van de Wiel HB. Coping and its effect on psychological distress of parents of pediatric cancer patients: a longitudinal prospective study. *Psychooncology* 2012; 21:903-11.
18. Manzomeh S, Hosseinkhanzadeh A, Shakerinia I. The impact of stress management training on improving the quality of life of mothers of children with leukemia. *J Guilan Univ Med Sci* 2016; 25:79-88.
19. Zinivand M, Kazemi F, Salimi H. education for parents of children with cancer 7-3 benchmark hospital in Tehran in 1392. *Counsel Cult Psychother* 2014; 5:34-50.

20. Khanjari S, Seyedfatemi N, Borji S, Haghani H. Effect of coping skills training on quality of life among parents of children with leukemia. *Hayat* 2014; 19:15-25.
21. 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 T. *Quart J Health Psychol* 2013; 1:97-109.
22. Lotfi Kashani F, Vaziri S, Gheisar S, Mousavi SM, Hashemieh M. Evaluation of effectiveness of spiritual intervention on promoting quality of life among mothers of children with cancer. *Med Figh Quart* 2012; 4:11-2.
23. Movahedi M, Movahedi Y, Farhadi A. Effect of hope therapy training on life expectancy and general health in cancer patients. *J Holistic Nurs Midwifery* 2015; 25:84-92.
24. Mojahed A. Comparison of Islamic oriented and classical cognitive behavioral therapy on mental health of martyrs' and veterans' wives. *J Fundam Mental Health* 2009; 11:91-282.
25. Salajegheh S, Raghobi M. The effect of combined therapy of spiritual-cognitive group therapy on death anxiety in patients with cancer. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci* 2014; 22:1130-9.
26. Taghadosi M, Fahimifar A. Effect of life review therapy with spiritual approach on the life quality among cancer patients. *Feyz J* 2014; 18:135-44.
27. Mohamad Karimi M, Shariatnia K. Effectiveness of spiritual therapy on the life quality of the women with breast cancer in Tehran. *Nurs Midwifery J* 2017; 15:107-18.
28. 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; 19:346-58.
29. Ellison CG, Burdette AM, Hill TD. Blessed assurance: religion, anxiety, and tranquility among US adults. *Soc Sci Res* 2009; 38:656-67.
30. 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; 15:103-12.
31. Sanatani M, Schreier G, Stitt L. Level and direction of hope in cancer patients: an exploratory longitudinal study. *Support Care Cancer* 2008; 16:493-9.
32. Purnell JQ, Andersen BL, Wilmot JP. Religious practice and spirituality in the psychological adjustment of survivors of breast cancer. *Couns Values* 2009; 53:165.
33. Pierce LL, Steiner V, Havens H, Tormoehlen K. Spirituality expressed by caregivers of stroke survivors. *Western J Nurs Res* 2008; 30:606-19.
34. Ghezselflo M, Esbati M. The effectiveness of hope-oriented group therapy in improving quality of life of male HIV+ patients. *J Clin Psychol* 2012; 6:89-97.
35. 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. *J Clin Psychol* 2010; 2:27-34.
36. 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. *J Health Prom Manag* 2016; 5:58-64.
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; 15:463-73.
38. Bayani AA, Mohammad Koochekya A, Bayani A. Reliability and validity of Ryff's psychological well-being scales. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2008; 14:146-51.
39. Michaeli Manee F. The study of undergraduate students' psychological well-being status in Urmia university. *Quart Horizon Med Sci* 2011; 16:84-92.
40. van Dierendonck D. The construct validity of Ryff's Scales of Psychological Well-being and its extension with spiritual well-being. *Person Individ Differ* 2004; 36:629-43.
41. Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *J Clin Epidemiol* 2000; 53:1-12.
42. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh SR. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: translation and validation study of the Iranian version. *J Sch Public Health Instit Public Health Res* 2006; 4:1-12.
43. Moradi A, Malekpour M, Amiri S, Molavi H, Noori A. Effectiveness of training self-esteem, self-efficacy, and achievement motivation on quality of life in physically disabled females. *J Excep Children* 2010; 10:49-64.

Original Article

Effectiveness of hope-oriented teaching through cognitive-spiritual method on psychological wellbeing and life quality of the mothers of the children suffering from cancer

Received: 11/12/2019 - Accepted: 04/02/2020

Parivash Geravand¹
Gholamreza Manshaei^{2*}
Mohammad Ali Nadi³

¹Ph.D in Psychology, Islamic Azad University, Isfahan Branch, Isfahan, Iran.

²Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan Branch, Isfahan, Iran. (Corresponding Author)

³Associate Professor, Faculty of Education and Psychology, Islamic Azad University, Isfahan Branch, Isfahan, Iran.

Email: smanshaee@yahoo.com

Abstract

Introduction: The emergence of chronic diseases such as cancer seriously endangers the mothers' mental health. Therefore the present study was conducted aiming to investigate the effectiveness of hope-oriented teaching package based on cognitive-spiritual method on psychological wellbeing and life quality of the mothers of the children with cancer.

Materials and Methods: It was a quasi-experimental study with pretest, posttest and control group design. The statistical population included all the mothers of the children with cancer in the province of Lorestan in 2017. 30 mothers of the children with cancer were selected through non-random sampling method and were randomly replaced into experimental and control groups (15 mothers in the experimental and 15 mothers in the control group). The experimental group received hope-oriented teaching interventions through cognitive-spiritual method during ten ninety-minute sessions during three months. The applied questionnaires were life quality questionnaire (World Health Organization, 1996) and psychological wellbeing questionnaire (Ryff, 1980). The data from the study were analyzed through mono-variable ANCOVA via SPSS23 software.

Results: The results showed that hope-oriented teaching package through cognitive-spiritual method has significant effect on psychological wellbeing and life quality of the mothers of the children with cancer ($f=40.56$, $f=23.94$, $p<0.001$). The degree of the effect of hope-oriented teaching package through cognitive-spiritual method on psychological wellbeing and life quality of the mothers of the children with cancer was 47% and 60% respectively.

Conclusion: According to the findings of the study it can be suggested that hope-oriented teaching through cognitive-spiritual method can be used as an efficient method to improve psychological wellbeing and life quality of the mothers of the children with cancer.

Key words: Teaching hope through cognitive-spiritual method, psychological wellbeing, life quality, cancer.

Acknowledgement: There is no conflict of interest.