

بررسی اثربخشی بسته آموزشی امید درمانی مبتنی بر شناخت و معنویت بر افزایش امید و توانایی برنامه ریزی مادران دارای کودک مبتلا به سرطان

تینوش مشیری فر

کارشناسی ارشد روان شناسی کودک و نوجوان، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی بسته آموزشی امیددرمانی مبتنی بر شناخت و معنویت بر افزایش امید و توانایی برنامه ریزی مادران دارای کودک مبتلا به سرطان است. طرح پژوهش حاضر از نوع تک آزمودنی بدون گروه کنترل است. طرح A-B یکی از انواع طرح های آزمایشی است. در این طرح، آزمونگر رفتار را قبل از درمان، حین درمان و پس از درمان مشاهده می کند در این پژوهش، دو نفر از مادرانی که فرزندشان تشخیص سرطان داشته اند، به مدت هشت جلسه آموزشی با میانگین زمانی ۹۰ دقیقه تحت آموزش امیددرمانی قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش ابزار تدوین نشانگر امید و آزمون برج لندن بود که در دو جلسه قبل از مداخله، حین آن و دو هفته بعد از مداخله اجرا شد. نتایج نشان داد که بسته آموزشی امیددرمانی، پیشرفت چشمگیری در امید و برنامه ریزی مادران ایجاد کرده است بدین صورت که افزایش قابل توجهی در نمرات امید و توانایی برنامه ریزی بوجود آمده است. لذا این بسته آموزشی می تواند با تغییر در شناخت مادران، مراقبان و پرستاران کاربرد بالینی داشته باشد.

واژه های کلیدی: امید درمانی، امید، برنامه ریزی، معنویت، مادران کودکان مبتلا به سرطان.

مقدمه:

امید به معنی ظرفیت تصور توانایی ایجاد مسیرهایی به سمت اهداف مطلوب و تصور داشتن انگیزه برای حرکت در این مسیر است. (اسنایدر^۱، ۲۰۰۰)

برنامه ریزی به عنوان یکی از مهم ترین کنش های اجرایی، عامل توانایی شناسایی و سازماندهی مراحل و عناصر مورد نیاز برای انجام یک قصد و یا رسیدن به یک هدف می باشد. (لزاک، هاویسن و لارینگ^۲، ۲۰۰۴)

شری^۳ (۲۰۰۷) پیچیدگی مفهوم معنویت و ابعاد مختلف آن را متشکل از عواملی همچون خلاقیت، نیاز به امید و قدرت تجربه کردن جنبه های مثبت و منفی زندگی، معنا، هدف و خودآگاهی می داند.

از آنجا که سرطان های دوران کودکی به عنوان بیماری های تهدیدکننده زندگی محسوب می شود، نقش والدین به خصوص مادران، به طور فزاینده ای به عنوان مراقب اولیه و اصلی مطرح می گردد (وارنر و همکاران^۴، ۲۰۱۱). ناامیدی والدین نه تنها عامل کاهنده کیفیت زندگی و نیز ایجاد افسردگی در آنهاست. بلکه بر امیدواری کودکانشان هم اثرات نامطلوبی دارد. (شکرای و همکاران، ۲۰۱۲) علت این امر این است که در مقایسه با ناراحتی های مزمن، سرطان عمیق ترین تاثیر را روی امید دارد. در واقع فرزند بیمار، تحریف های شناختی را در مادران فعال میکند که فعال شدن آنها به پردازش انتخابی اطلاعات هماهنگ با تحریف می انجامد و در نهایت، سوگیری به نفع اطلاعات هماهنگ با آن خلق، افزایش می یابد که این سوگیری ها در دامنه وسیعی از فرآیندهای شناختی منعکس می شود و فرد را ناامید می سازد. (برادلی، ماگ، ویلیامز و میلر^۵، ۱۹۹۵، ۱۹۹۶). کی سان^۶ (۲۰۱۱) معتقد است افراد در گروه هایی که با بیماری های مزمن مواجه می گردند، به مرور زمان معنا و امید خود را از دست داده و دچار افسردگی می گردند؛ بنابراین درمان تلفیقی محور و استفاده از راهبردهای شناختی برای افزایش امید این دسته از بیماران و مراقبان آنها یکی از مناسب ترین شیوه های درمانی است؛ چرا که امیدواری، نه تنها قدرت مقابله با بحران سرطان را برای والدین فراهم می کند، بلکه این قدرت را به آنها می دهد که امید خود را به کودکانشان منتقل کنند.

از آنجایی که برای داشتن امید، لازم است فرد با استفاده از تفکر گذرگاه خود مسیرهایی برای رسیدن به هدف را تعیین کند، قدرت برنامه ریزی به وی کمک می کند نقشه ی راه و مسیرهای احتمالی دست یابی به هدف در اختیار فرد قرار بگیرد. نتایج تحقیقات نشان می دهد افرادی که امید بیشتری دارند، اهداف متعددی را طراحی می کنند و تمرکز بیشتری بر هدف های خود داشته و از قدرت برنامه ریزی و انگیزه بیشتری نسبت به همتایان خود برخوردارند؛ چرا که معتقدند تلاش توأم با برنامه ریزی، منجر به پیشرفت و رضایت آنها می شود (اسنایدر، ۲۰۰۲؛ به نقل از محبی نورالدین وند، شهنی ییلاق و پاشا شریفی، ۱۳۹۳). در همین راستا مولفه های شناختی این مطالعه، برنامه ریزی، خودکنترلی (بعد شناختی معنویت) می باشند

معنویت، یکی از اجزای امید است (نادی و سجادیان، ۱۳۹۰؛ رضایی، رفیعی، مردانی و رنجبر، ۱۳۹۲). وجود معنویت در زندگی، انتظار رویدادهای مثبت که بخشی از عامل امید است را در فرد تقویت می کند (رکر، ۱۹۹۷؛ ونگ، ۱۹۹۸؛ زیکا، ۱۹۹۲؛ چمبرسین، ۲۰۰۰؛ به نقل از نادی و سجادیان، ۱۳۹۳). معنویت با برآیندهای باارزش زندگی که شادی بخش و مثبت هستند،

¹. Snyder

². Lazak, Havisen & Laring

³. Sherry

⁴. Warner

⁵. Bradley, Mag, Williams & Miller

⁶. Keysan

در رابطه است و امیدواری را در فرد تقویت می‌کند (استگر، کاواباتا و شیمای^۱، ۲۰۰۸). تعامل امید و معنویت می‌تواند در بهبود اختلالات نیز موثر باشد (هدایتی و خزائی، ۲۰۱۴)

پژوهش‌های متعددی به بررسی اثرات معناداری زندگی به تنهایی یا همراه با امید بر روی سلامت روانی - عاطفی، توانایی‌های شناختی و عواطف مثبت پرداخته‌اند. برای مثال پژوهش‌های پیشین نشان داده‌اند که امید و به تبع آن زندگی معنادار، ارتباط زیادی با توانایی حل مسئله (اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۱)، سلامت روان‌شناختی (اسنایدر، ایروینگ و آندرسون^۲، ۱۹۹۱)، پاسخ‌های انطباقی و سازگاران به استرس‌های در حال افزایش و بهبود علائم ناشی از افسردگی دارد. (بارنوم، اسنایدر و راپوف^۳، ۱۹۹۸) همچنین مطالعات نشان می‌دهند که امید با سلامت، معنویت و سطح پایینی از اضطراب ارتباط دارد (داویس و نولن^۴، ۲۰۰۲). در مطالعه مقطعی، بر روی افرادی که سرطان داشتند، هندریک-فرگوسن^۵ (۲۰۰۱) اشاره کردند که امید با سلامت و معنویت کلی، همبستگی دارد. معنویت با تامین منابع حمایتی برای فرد و به شکلی غیرمستقیم از طریق تاثیرگذاری بر امید منجر به سازگاری روانی بیشتر در افراد می‌شود (رینپتروپ، آلتمایر و برونس^۶، ۲۰۰۶)

مطالعات حاکی از آن است که معنویت در رویارویی با سرطان، می‌تواند توانایی مقاومت در برابر بحران‌های جسمانی و روانی که به دنبال تشخیص و درمان سرطان به وجود می‌آید را بالا ببرد. در واقع مسائل مربوط به معنویت از مولفه‌های ضروری در تجربه رویارویی با بیماری‌هایی نظیر سرطان است که تا حد زیادی چگونگی دیدگاه فرد را راجع به خود، بیماری و آینده وی تحت تأثیر قرار می‌دهد (بریچارت و همکاران، ۲۰۰۴)

این یافته‌ها را براساس نظریه امید اسنایدر، می‌توان این‌گونه تبیین نمود که برخوردار بودن از یک تفکر امیدوارانه و داشتن منابع کافی برای تفکر هدف‌مدار و آشنایی با مسیرهای لازم برای رسیدن به اهداف، سبب معناداری زندگی می‌شود و به عبارت دیگر، بین این دو یک رابطه تعاملی به وجود می‌آید؛ یعنی افزایش امید، منجر به افزایش معنا می‌گردد و افزایش معنا هم سبب افزایش امید یا تفکر هدف‌مدار می‌گردد.

کیلما و جاواکا^۷ (۲۰۰۷) به بررسی و تحلیل مفهوم امید در مادران نوجوانان مبتلا به سرطان با در نظر گرفتن عوامل خطر ساز و پدیدآورنده‌ی امید در آنها، پرداختند نتایج حاکی از آن بود که امید به‌عنوان یک عامل نجات‌بخش برای مقابله با دشواری در زندگی (سرطان فرزند) به پدر و مادر کمک می‌کند. ویلیامز و همکاران (۲۰۱۳)، به بررسی توضیح مولفه‌های کیفی امید و چالش‌های مراقبان زن بیماران مبتلا به سرطان پرداختند. نتایج این پژوهش نشان داد که مداخله متمرکز بر مفهوم امید بر امید مراقبان تاثیر دارد، به‌گونه‌ای که مراقبان آموختند که امید خود را بدون توجه به شرایط حفظ کنند. در پژوهشی دیگر (برنمن^۸ و همکاران، ۲۰۰۲) به بررسی مفهوم امید از دیدگاه مراقبان بیماری مبتلا به سرطان با استفاده از مصاحبه پرداخته شد. نتایج حاکی از آن است که امید دربردارنده‌ی مفهومی چندبعدی است که شامل ایمان به خدا، نیاز به برقراری ارتباط و هدفمندی و معناداری زندگی می‌شود.

در پژوهش ویلیامز و همکاران (۲۰۱۳) به بررسی توضیح مولفه‌های کیفی امید و چالش‌های مراقبان زن بیماران مبتلا به سرطان پرداختند. نتایج این پژوهش، بیانگر آن بوده است که امید، دربردارنده‌ی مفاهیمی مانند حمایت اجتماعی، اتصال به منبع بزرگ‌تر (معنویت)، طرز تفکر مثبت و نیز زندگی متمرکز بر زمان حال و پذیرش است. همچنین این پژوهش نشان داد

^۱ Steger, Kawabata & Shimai

^۲ Snyder, Irving & Anderson

^۳ Brnum, Snyder & Rappof

^۴ Davis & Nolen-Hoeksema

^۵ Handrick-Fergosen

^۶ Rippentrop, Altmaier & Burn

^۷ Kylma & Jurakka

^۸ Borneman, Stahl, Fervell & Smith

که مداخله متمرکز بر مفهوم امید بر امید مراقبان تاثیر دارد؛ به گونه‌ای که مراقبان آموختند که امید خود را بدون توجه به شرایط حفظ کنند.

از سوی دیگر، در پژوهش شکرایی و همکاران (۲۰۱۰) به بررسی اثربخشی امیددرمانی بر امید و افسردگی مادران دارای کودک مبتلا به سرطان شهر تهران، پرداخته شد. نتایج این پژوهش نشان داد که امیددرمانی پس از هشت جلسه آموزش، باعث افزایش امید و کاهش افسردگی در مادران دارای کودک مبتلا به سرطان منجر گردید.

شروین و همکاران (۱۹۹۲)، در پژوهش خود اظهار داشتند که طی هشت جلسه دوساعته گروه‌درمانی مبتنی بر امید، میزان تفکر عامل، معنای زندگی و عزت نفس و شادکامی دچار افزایش می‌شود، درحالی‌که نشانه‌های افسردگی و اضطراب کاهش می‌یابد. پژوهش حاضر برای بررسی دو فرضیه طراحی شده است: ۱. آیا امید درمانی مبتنی بر شناخت و معنویت بر امید مادران کودکان مبتلا به سرطان تاثیر دارد، ۲. آیا امید درمانی مبتنی بر شناخت و معنویت بر توانایی برنامه ریزی کودکان مبتلا به سرطان تاثیر دارد.

روش:

است. یک آزمایش A-B-A در این مطالعه طرح پژوهش حاضر از نوع تک آزمودنی بدون گروه کنترل است و از نوع طرح‌های تک موردی، روشی است که محتمل بر تحقیق فشرده بر روی یک فرد یا تعدادی افراد است که به عنوان یک گروه واحد رد نظر گرفته می‌شوند.

روند اجرای پژوهش شامل قسمت‌های اصلی: پیش‌آزمون (تعیین خط پایه)، آغاز اجرای مداخله (فاز یک درمان)، اجرای میان‌آزمون (فاز دوم درمان)، ادامه اجرای مداخله درمانی (فاز سوم درمان) و پس‌آزمون بود. طرح‌های تک موردی نیازمند مشاهدات رفتاری متعددی هستند، بنا بر این در هر مرحله، اعضا دو بار ارزیابی شدند. اعضا پیش از درمان، حین درمان و پس از درمان، هر بار دو مرتبه پرسش‌نامه نشانگرهای امید را پر کردند و آزمون برج لندن را انجام دادند.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری:

جامعه آماری این پژوهش، همه مادران دارای کودک مبتلا به سرطان ساکن شهر تهران می‌باشند که در زمان اجرای پژوهش، حداقل یک فرزند یا بیشتر (۶ تا ۱۲ ساله) داشته و به بیمارستان مفید تهران و بیمارستان محک مراجعه کرده‌اند. حجم نمونه پژوهش شامل هفت نفر از مادران است که حداقل یک فرزند یا بیشتر (۱ تا ۱۸ ساله) داشتند که تشخیص سرطان گرفته‌اند و به روش در دسترس انتخاب شده‌اند، اما دو نفر به دلیل عود بیماری فرزند خود و عدم شرکت در بیش از دو جلسه از پژوهش خارج شدند. ملاک‌های ورود به گروه نمونه:

۱. داشتن فرزند کوچک‌تر از ۱۸ سال که از سوی متخصصات انکولوژی اطفال تشخیص سرطان (از هر نوعی) گرفته بودند. ۲. داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، ۳. عدم دریافت خدمات روان‌شناسی و مددکاری، ملاک‌های خروج از نمونه: ۱. به وجود آمدن بیماری مزمن یا معلولیت روانی و جسمانی در کودک؛ ۲. عدم شرکت مادر در جلسات مداخله بیش از دو جلسه؛ ۳. ابتلای مادر به بیماری‌های روانی و استفاده از داروهای دیگر به تجویز پزشک. پس از معرفی درمانگر و مادران دو جلسه آشنایی و برقراری ارتباط انجام شد. درنهایت پنج مادر واجد شرایط در گروه آزمایش باقی ماندند.

ابزارهای پژوهش:

۱. **آزمون برج لندن^۱**: این آزمون شناختی برای ارزیابی توانایی برنامه‌ریزی استفاده می‌شود که در آن از افراد خواسته می‌شود تا مجموعه‌ای از مهره‌های رنگی سوار شده بر سه میله عمودی را برای جورکردن با یک هدف مشخص جابه‌جا کنند. شرکت‌کنندگان باید با رعایت دو قانون زیر تمام مهره‌ها را از میله اول به میله سوم منتقل کنند: الف) جابه‌جایی تنها یک مهره در زمان معین امکان‌پذیر است؛ یعنی دو مهره را نباید هم‌زمان حرکت داد، ب) مهره بزرگ‌تر در هیچ حالتی نباید روی مهره کوچک‌تر قرار گیرد. متغیرهای خروجی این آزمون عبارتند از-زمان برنامه‌ریزی یا مدت‌زمان لازم برای اقدام به انجام اولین حرکت-تعداد حرکاتی که شرکت‌کننده برای رسیدن به راه حل انجام داده است و زمان فکر کردن بعدی که به زمان انتخاب اولین حلقه و تکمیل مسئله گفته می‌شود (به نقل از سلیمانی، ۱۳۹۴).

۲. **پرسش‌نامه تدوین نشانگر امید**: این ابزار بر اساس پرسش‌نامه اسنایدر به منظور سنجش امید در طرح تک‌آزمودنی توسط نجاتی (۱۳۹۴) تنظیم شده است. این ابزار شامل ده عبارت است که در بردارنده‌ی عامل درماندگی و برنامه‌ریزی (که بر اساس تحلیل عاملی به دست آمده است) در یک هفته گذشته است که آزمودنی براساس شدت آن از صفر تا ده، به خود نمره می‌دهد. در خصوص پایایی و روایی فرم پرسش‌نامه تدوین نشانگر امید در گام اول ۱۶۰ نفر (۱۴۰ نفر افراد عادی و ۲۰ نفر مادر دارای کودک مبتلا به سرطان) به پرسش‌نامه پاسخ دادند که از میان آن‌ها ۱۵۳ سپس برای بررسی روایی پرسش‌نامه، رابطه بین تک‌تک آیتم‌های این پرسش‌نامه با نمرات کل و زیرمقیاس‌های پرسش‌نامه اسنایدر با ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شد. نتایج نشان داد که اکثر ضرایب در حد متوسط هستند و بسیاری از آنها در سطح ۰/۰۱ معنادارند. به این ترتیب، می‌توان نتیجه گرفت پرسش‌نامه جدید از روایی همگرا و واگرایی قابل قبولی برخوردار است.

همچنین برای بررسی پایایی پرسش‌نامه از روش پایایی آزمون-بازآزمون استفاده شد و همبستگی بین تک‌تک آیتم‌های پرسش‌نامه جدید در اجرای اول و اجرای دوم که روی ۲۰ نفر از آزمودنی‌ها صورت گرفت محاسبه شد. با توجه به ضرایب همبستگی به دست آمده بین اجرای اول و دوم پرسش‌نامه، ملاحظه می‌شود که تقریباً همه ضرایب بالاتر از ۰/۹ هستند که نشان‌دهنده پایایی بالای این آزمون در طول زمان است.

روش اجرا: پس از تکمیل شدن فرم‌های رضایت‌نامه و اطلاعات دموگرافیک توسط مادران، به پرسش‌نامه اسنایدر نیز پاسخ داده شد که تمامی آن‌ها نمره‌ی امید پایینی را کسب کردند. ابتدا برای آن‌ها دو جلسه مقدماتی به منظور برقراری ارتباط درمانی و انجام ارزیابی ابتدایی برگزار شد. سپس با انجام مصاحبه نیمه‌ساختار یافته به بررسی مفهوم معنویت از دیدگاه آنان پرداخته شد.

ساختار جلسات:**جدول ۱. جدول اجرای مداخله**

اهداف جلسه	محتوای آموزشی	تکلیف
۱. تعریف امید، معنویت، امیددرمانی توضیح ویژگی‌ها	تعریف هدف و موانع، اهمیت ضرورت تعیین هدف یافتن راه‌های رسیدن به اهداف راهبردهای حفظ انگیزش	فهرست اهدافی که مهم هستند و به تعویق افتاده‌اند

^۱. Tower of London

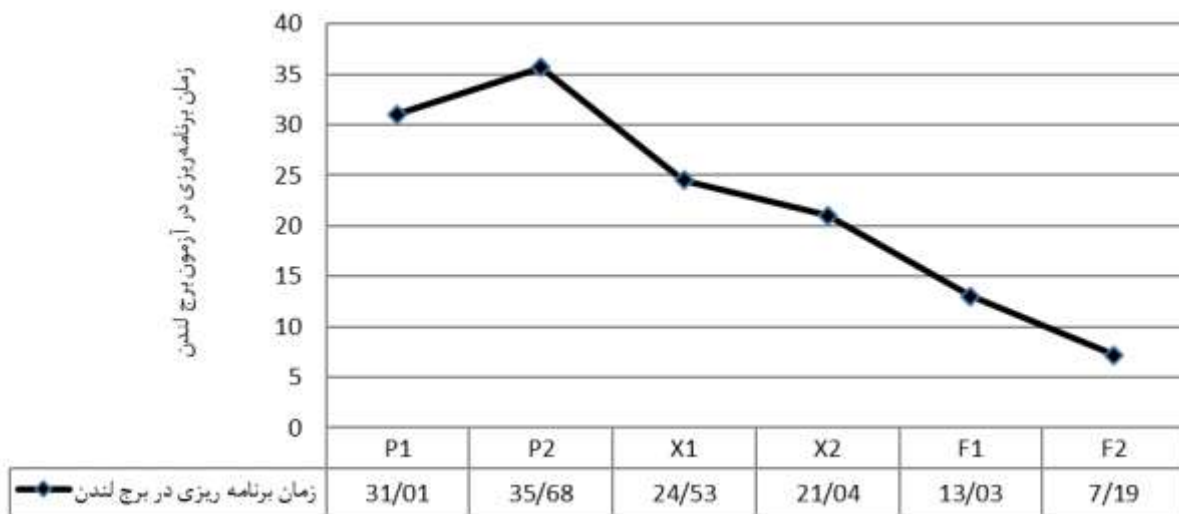
<p>انتخاب یک هدف که دوست دارید شش هفته بعد روی آن تمرکز کنید</p>	<p>ضرورت نوشتن هدف و اولویت‌بندی آن‌ها اهداف مسدود شده در تضاد با قدرت اراده ما و اهداف حاصل شده برانگیزاننده قدرت اراده ما</p>	<p>۲. ویژگی‌های هدف و شرح هیجان‌ها نتیجه اهداف مسدود شده و اهداف حاصل شده هستند</p>
<p>اهداف خود را با عباراتی عینی و نقطه پایان بیان کنید برای اهدافتان از چارچوب نزدیکی استفاده کنید هدف خود را به خرده‌اهداف تبدیل کنید تکمیل دو جدول زیر</p>	<p>اهداف باید مهم، عینی، دارای نقطه پایان و قابل‌دسترسی و اندازه‌گیری باشند. هرچه اهداف طولانی‌تر هستند ارزش بالایی دارند ولی چون ما آینده را فراموش می‌کنیم ارزش آن اهداف را در نظر نمی‌گیریم. گاهی افراد اهداف</p>	<p>۳. اهداف عینی و اهمیت زمان در رسیدن به هدف</p>
<p>ثبت خودگویی‌ها هدایت خودگویی‌ها بازتعریف موقعیت بر اساس توانایی و نگرش معنوی خود</p>	<p>اهمیت خودگویی مثبت برای رسیدن به اهداف در هر رنجی فرصتی برای رشد است.</p>	<p>۴. قدرت روانی/جسمانی آموزش مفاهیم معنوی</p>
<p>ترسیم نمودار اهداف برداشتن سیاهه‌ای از مهارت‌های لازم برای گذرگاه‌های خود تجسم ذهنی روزانه برای طی کردن گام‌ها و رسیدن به هدف نهایی</p>	<p>تعیین گام‌هایی برای رسیدن به هدف و استفاده از تجسم ذهنی خرده‌اهداف (راهبردهای قدرت مسیر) کم شدن فاصله‌ی خود تا هدف و دیدن پیشرفت خود در رسیدن به هدف و اهمیت لذت بردن از مسیر نیل به هدف</p>	<p>۵. ترسیم نمودار هدف و اهمیت تلاش در رسیدن به هدف</p>
<p>ارزیابی عادات تغذیه‌ای و ورزشی خود بازارزیابی اهداف خود برای اطمینان از اینکه هنوز مهم هستند. اولین چیز غیرضروری که خوشتان آمد خرید و بجای شکلات و مواد قندی مصنوعی از مواد قندی طبیعی استفاده کنید.</p>	<p>تقویت خودکنترلی به‌وسیله تغذیه سالم و کنترل خرید و تغییر در عادات ورزشی قدرت اراده و کنترل را افزایش می‌دهد</p>	<p>۶. قدرت جسمانی، تعریف خودکنترلی، ارتباط آن با هدفمندی، چگونگی تقویت خودکنترلی</p>
<p>مقابله با موانع ارائه گزارش از پیشرفت هدف انتخاب شده</p>	<p>معرفی موانع هدف</p>	<p>۷. موانع و نقش معنویت در مواجهه با آن</p>
<p>-</p>	<p>شیوه اجتناب از تبدیل لغزش به عود</p>	<p>۸. لغزش و عود</p>

یافته ها:

نمودارهای زیر، میانگین نمرات زمان برنامه ریزی و زمان کل صرف شده در آزمون برج لندن و نیز میانگین نمرات مقیاس برنامه ریزی و درماندگی پرسش نامه نشانگرهای امید را برای آزمودنی الف و ب نشان می دهد.

۱. آزمودنی الف:

نمرات آزمودنی ۱ در زیرمقیاس زمان برنامه ریزی آزمون برج لندن در مراحل مختلف خط پایه (P1 و P2)، حین مداخله (X1 و X2) و پیگیری (F1 و F2) در نمودار ۱ ارائه شده است.

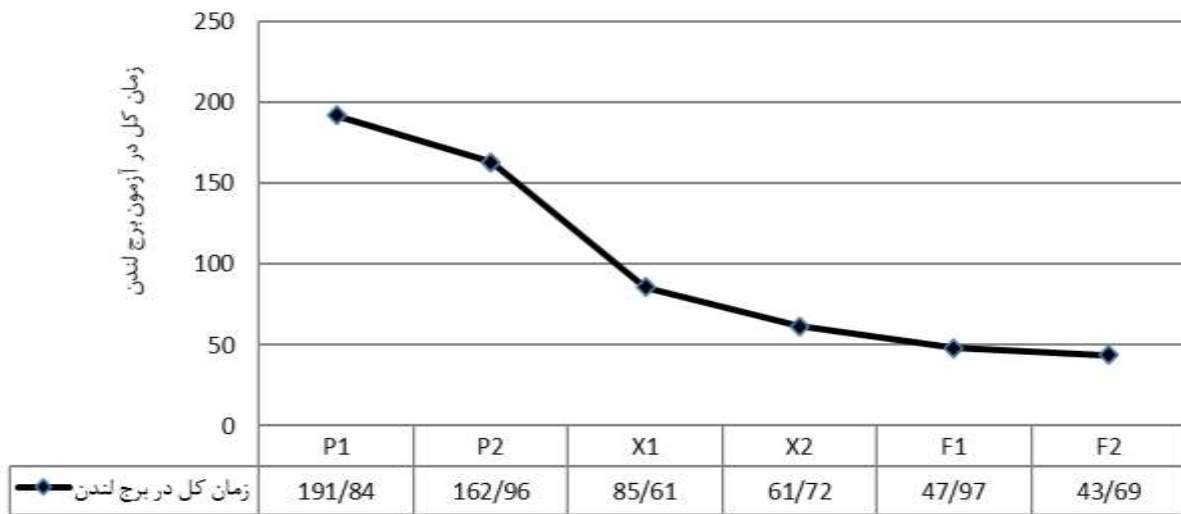


نمودار ۱: نمرات آزمودنی ۱ در زیرمقیاس زمان برنامه ریزی آزمون برج لندن در مراحل مختلف خط پایه (P1 و P2)، حین مداخله (X1 و X2) و پیگیری (F1 و F2)

نمرات آزمودنی ۱ در زیرمقیاس برنامه ریزی پرسشنامه نشانگرهای امید در مراحل مختلف خط پایه (P1 و P2)، حین مداخله (X1 و X2) و پیگیری (F1 و F2) در نمودار ۲ ارائه شده است.

همانطور که در نمودار نیز مشخص است زمان برنامه ریزی آزمودنی ۱ در مراحل مداخله و پیگیری پایین تر از مراحل خط پایه است؛ بنابراین می توان نتیجه گرفت از این دیدگاه، امید درمانی مبتنی بر شناخت و معنویت در بهبود توانایی برنامه ریزی آزمودنی ۱ اثرگذار بوده است.

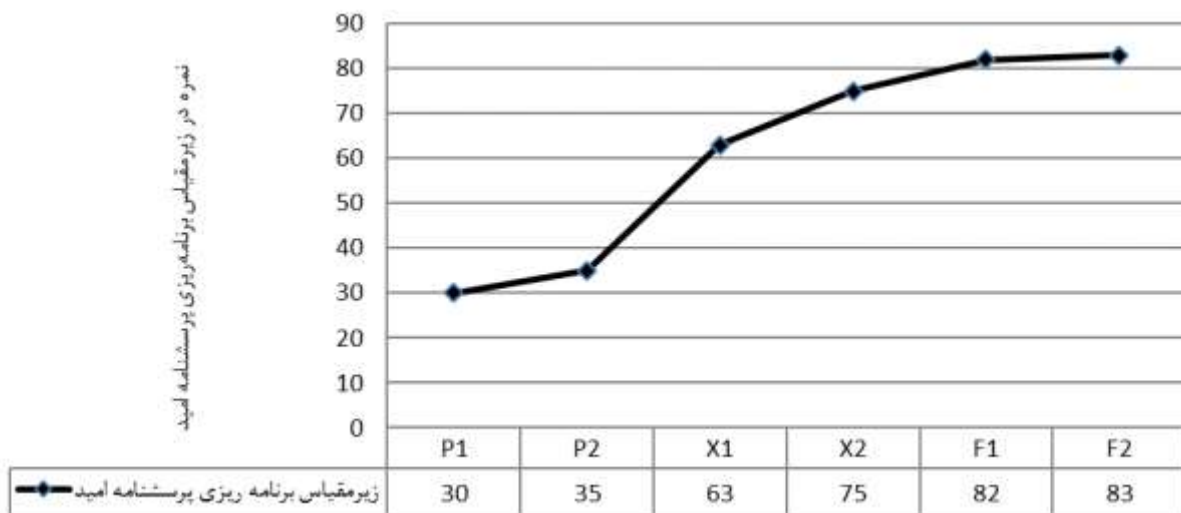
نمرات آزمودنی ۱ در زیرمقیاس زمان کل آزمون برج لندن در مراحل مختلف خط پایه (P1 و P2)، حین مداخله (X1 و X2) و پیگیری (F1 و F2) در نمودار ۲ ارائه شده است.



نمودار ۲: نمرات آزمودنی ۱ در زیرمقیاس زمان کل آزمون برج لندن در مراحل مختلف خط پایه (P1 و P2)، حین مداخله (X1 و X2) و پیگیری (F1 و F2)

همانطور که در نمودار نیز مشخص است زمان کل آزمودنی ۱ در مراحل مداخله و پیگیری پایین تر از مراحل خط پایه است؛ بنابراین می توان نتیجه گرفت از این دیدگاه، امید درمانی مبتنی بر شناخت و معنویت در بهبود توانایی برنامه ریزی آزمودنی ۱ اثرگذار بوده است.

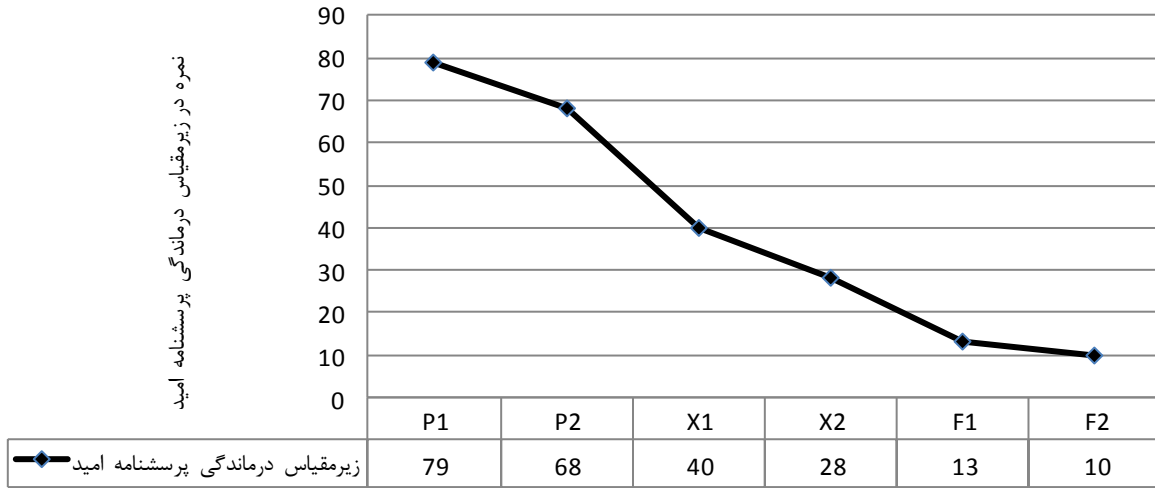
نمرات آزمودنی ۱ در زیرمقیاس برنامه ریزی پرسشنامه نشانگرهای امید در مراحل مختلف خط پایه (P1 و P2)، حین مداخله (X1 و X2) و پیگیری (F1 و F2) در نمودار ۳ ارائه شده است.



نمودار ۳: نمرات آزمودنی ۱ در زیرمقیاس برنامه ریزی پرسشنامه نشانگرهای امید در مراحل مختلف خط پایه (P1 و P2)، حین مداخله (X1 و X2) و پیگیری (F1 و F2)

همانطور که در نمودار نیز مشخص است نمره آزمودنی ۱ در زیرمقیاس برنامه ریزی پرسشنامه نشانگرهای امید در مراحل مداخله و پیگیری بالاتر از مراحل خط پایه است؛ بنابراین می توان نتیجه گرفت از این دیدگاه، امید درمانی مبتنی بر شناخت و معنویت در افزایش امید آزمودنی ۱ اثرگذار بوده است

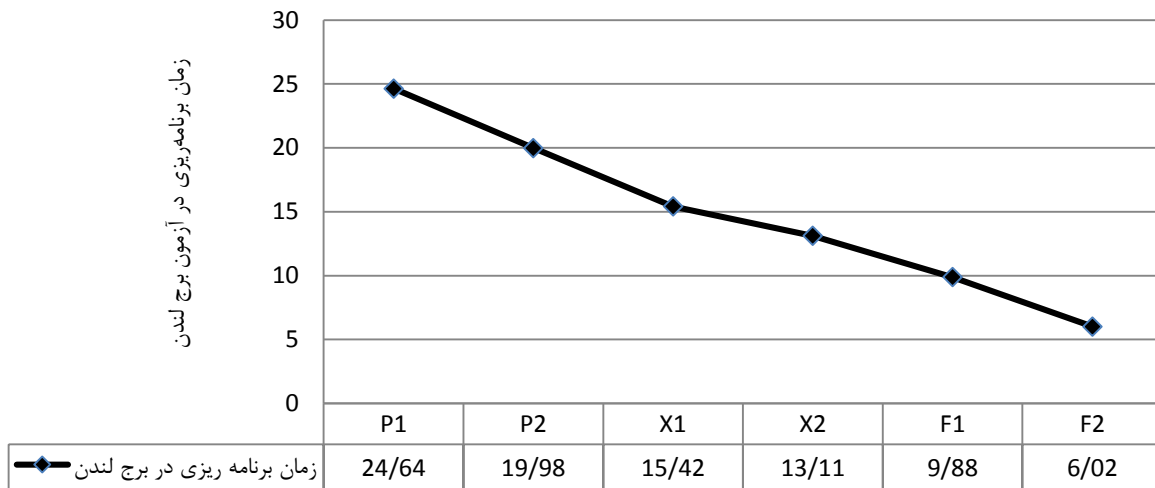
نمرات آزمودنی ۱ در زیرمقیاس درماندگی پرسشنامه نشانگرهای امید در مراحل مختلف خط پایه (P1 و P2)، حین مداخله (X1 و X2) و پیگیری (F1 و F2) در نمودار ۴ ارائه شده است.



نمودار ۴: نمرات آزمودنی ۱ در زیرمقیاس درماندگی پرسشنامه نشانگرهای امید در مراحل مختلف خط پایه (P1 و P2)، حین مداخله (X1 و X2) و پیگیری (F1 و F2)

همانطور که در نمودار نیز مشخص است نمره آزمودنی ۱ در زیرمقیاس درماندگی پرسشنامه نشانگرهای امید در مراحل مداخله و پیگیری پایین تر از مراحل خط پایه است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت از این دیدگاه، امید درمانی مبتنی بر شناخت و معنویت در افزایش امید آزمودنی ۱ اثرگذار بوده است.
آزمودنی ب:

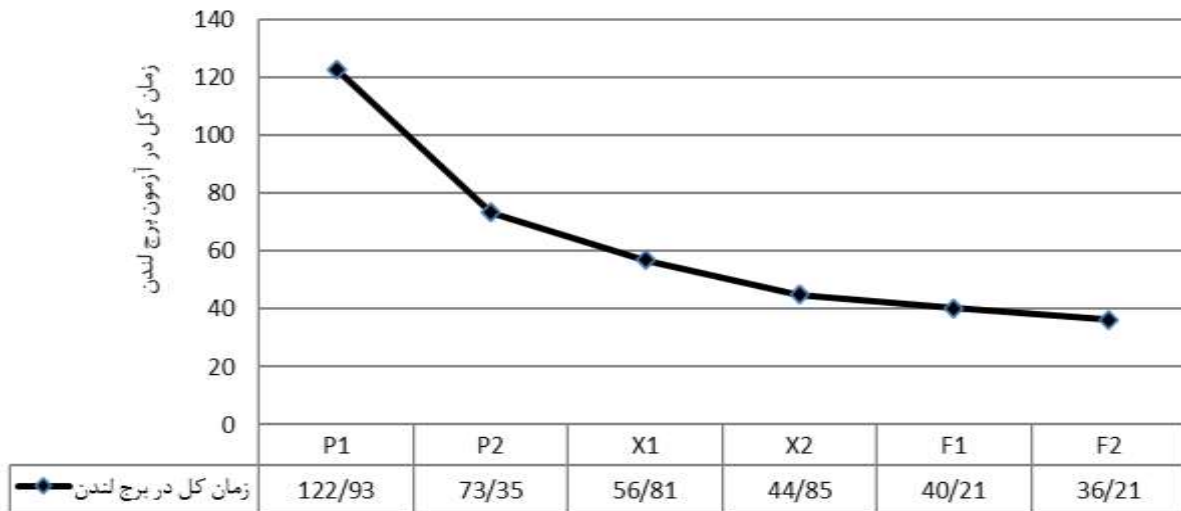
نمرات آزمودنی ۲ در زیرمقیاس زمان برنامه‌ریزی آزمون برج لندن در مراحل مختلف خط پایه (P1 و P2)، حین مداخله (X1 و X2) و پیگیری (F1 و F2) در نمودار ۵ ارائه شده است.



نمودار ۵: نمرات آزمودنی ۲ در زیرمقیاس زمان برنامه‌ریزی آزمون برج لندن در مراحل مختلف خط پایه (P1 و P2)، حین مداخله (X1 و X2) و پیگیری (F1 و F2)

همانطور که در نمودار نیز مشخص است زمان برنامه‌ریزی آزمودنی ۲ در مراحل مداخله و پیگیری پایین تر از مراحل خط پایه است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت از این دیدگاه، امید درمانی مبتنی بر شناخت و معنویت در بهبود توانایی برنامه‌ریزی آزمودنی ۲ اثرگذار بوده است

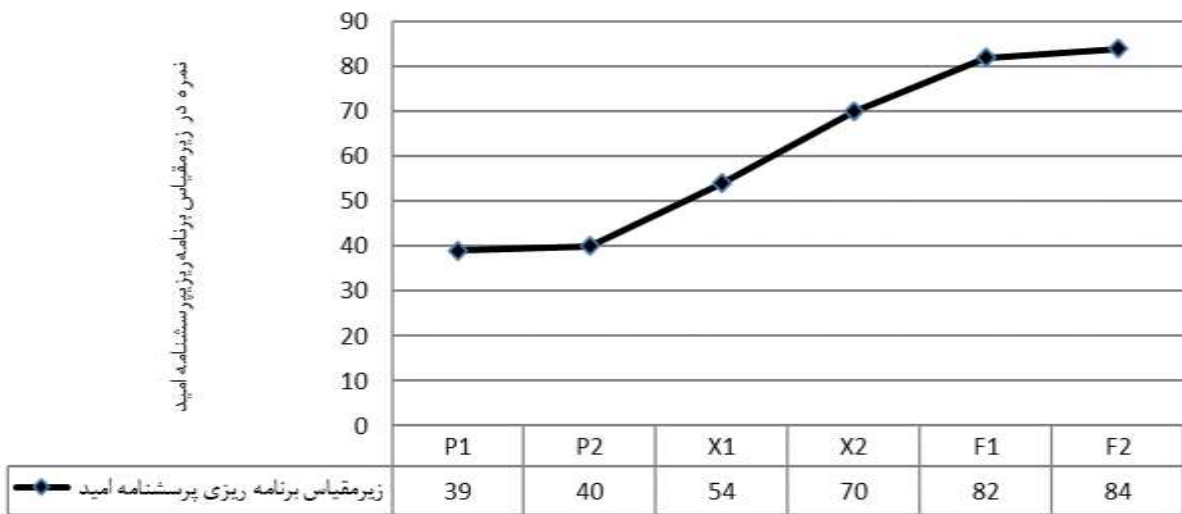
نمرات آزمودنی ۲ در زیرمقیاس زمان کل آزمون برج لندن در مراحل مختلف خط پایه (P1 و P2)، حین مداخله (X1 و X2) و پیگیری (F1 و F2) در نمودار ۶ ارائه شده است.



نمودار ۶: نمرات آزمودنی ۲ در زیرمقیاس زمان کل آزمون برج لندن در مراحل مختلف خط پایه (P1 و P2)، حین مداخله (X1 و X2) و پیگیری (F1 و F2)

همانطور که در نمودار نیز مشخص است زمان کل آزمودنی ۲ در مراحل مداخله و پیگیری پایین تر از مراحل خط پایه است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت از این دیدگاه، امید درمانی مبتنی بر شناخت و معنویت در بهبود توانایی برنامه‌ریزی آزمودنی ۲ اثرگذار بوده است.

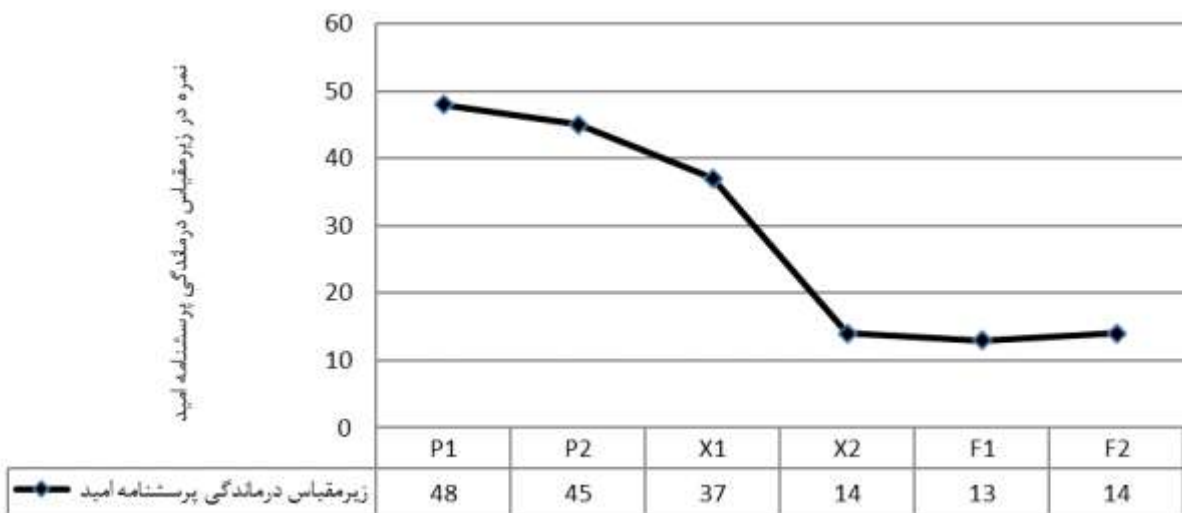
نمرات آزمودنی ۲ در زیرمقیاس برنامه‌ریزی پرسشنامه نشانگرهای امید در مراحل مختلف خط پایه (P1 و P2)، حین مداخله (X1 و X2) و پیگیری (F1 و F2) در نمودار ۷ ارائه شده است.



نمودار ۷: نمرات آزمودنی ۲ در زیرمقیاس برنامه ریزی پرسشنامه نشانگرهای امید در مراحل مختلف خط پایه (P1) و (P2)، حین مداخله (X1 و X2) و پیگیری (F1 و F2)

همانطور که در نمودار نیز مشخص است نمره آزمودنی ۲ در زیرمقیاس برنامه ریزی پرسشنامه نشانگرهای امید در مراحل مداخله و پیگیری بالاتر از مراحل خط پایه است؛ بنابراین می توان نتیجه گرفت از این دیدگاه، امید درمانی مبتنی بر شناخت و معنویت در افزایش امید آزمودنی ۲ اثرگذار بوده است.

نمرات آزمودنی ۲ در زیرمقیاس درماندگی پرسشنامه نشانگرهای امید در مراحل مختلف خط پایه (P1 و P2)، حین مداخله (X1 و X2) و پیگیری (F1 و F2) در نمودار ۸ ارائه شده است.



نمودار ۸: نمرات آزمودنی ۲ در زیرمقیاس درماندگی پرسشنامه نشانگرهای امید در مراحل مختلف خط پایه (P1) و (P2)، حین مداخله (X1 و X2) و پیگیری (F1 و F2)

همانطور که در نمودار نیز مشخص است نمره آزمودنی ۲ در زیرمقیاس درماندگی پرسشنامه نشانگرهای امید در مراحل مداخله و پیگیری پایین تر از مراحل خط پایه است؛ بنابراین می توان نتیجه گرفت از این دیدگاه، امید درمانی مبتنی بر شناخت و معنویت در افزایش امید آزمودنی ۲ اثرگذار بوده است.

بحث و نتیجه گیری:**۱- آیا امیددرمانی مبتنی بر شناخت و معنویت بر امید مادران کودکان مبتلا به سرطان تاثیر دارد؟**

امیددرمانی مبتنی بر شناخت و معنویت، امید مادران دارای کودک مبتلا به سرطان را افزایش داده است. نتایج حاصل از این پژوهش، به طور کلی، با پژوهش‌های آبروینگ و همکاران (۱۹۹۷)، کلاسنر و همکاران (۱۹۹۸، ۲۰۰۰)، چیونز و همکاران (۲۰۰۱)، هرث (۲۰۰۱، ۲۰۰۰)، هنکینز^۱ (۲۰۰۴) کنعانی و همکاران (۱۳۹۴)، داگلیبو و همکاران (۲۰۱۳)، روستن و همکاران (۲۰۱۱) که در پژوهش‌های خود طی بررسی مداخله‌های مبتنی بر امید برای بزرگسالان نشان دادند که این درمان منجر به افزایش میزان امید می‌شود، همسو است.

کیم و همکاران (۲۰۰۴) به بررسی فراتحلیل مفهوم امید پرداخته است. نتایج بیانگر آن بوده که ارتباط و تاثیرهای بسیار مثبتی بین امید و معنویت، عزت نفس و حمایت اجتماعی وجود دارد و همچنین رابطه منفی بین امید و ابهام در بیماری، خستگی و وضعیت ناسالم نیز یافت شده است. کیم و همکاران، نتیجه گرفتند که نتایج می‌توانند به‌عنوان راهنمایی جهت پیشبرد نظریه امید برای مراقبان و پرستاران افراد مبتلا به سرطان مورد استفاده قرار بگیرند.

پژوهش داگلیبو و همکاران (۲۰۱۳) با هدف بررسی برنامه امید بر خودکارآمدی، امید، سوگ و کیفیت زندگی زنان مراقب افراد مبتلا به سرطان پیشرفته بوده است. نتایج حاصل بدین گونه است که میزان امید اندازه‌گیری شده با استفاده از مقیاس هرث در هفت روز افزایش یافته است؛ بنابراین افزایش امید، غم و اندوه را کاهش و کیفیت زندگی و خودکارآمدی را افزایش می‌دهد. در توضیح وجه تمایز پژوهش حاضر با مطالعه‌ی ذکر شده، می‌توان به استفاده از بسته‌ی آموزشی امیددرمانی اشنايدر و همچنین برجسته کردن بعد شناخت و معنویت اشاره کرد.

در پژوهش شکرایی و همکاران (۲۰۱۲) به بررسی اثربخشی امیددرمانی بر امید و افسردگی مادران دارای کودک مبتلا به سرطان شهر تهران پرداخته شد. نتایج این پژوهش نشان داد که امیددرمانی پس از هشت جلسه آموزش، به افزایش امید و کاهش افسردگی در مادران دارای کودک مبتلا به سرطان منجر گردید.

در پژوهش دیگری توسط روستن، کوپرو میاسکوسکی (۲۰۱۱)، به بررسی مطالعه‌ی طولی از اثرات مداخله امید بر سطوح امید و پریشانی روانی بیماران مبتلا به سرطان پرداخته شده است. نتایج بیانگر آن است که مداخله امیدمحور بر امید بیماران موثر است.

پژوهش موحدی و فرهادی (۱۳۹۴)، به بررسی تاثیر آموزش امیددرمانی بر امید به زندگی و سلامت عمومی بیماران مبتلا به سرطان پرداخت. نتایج حاکی از آن بوده است که آموزش امیددرمانی موجب ارتقای امید به زندگی و سلامت عمومی در گروه آزمایش شده است.

در توجیه همسویی نتایج به دست آمده می‌توان گفت افراد امیدوار در زندگی عامل‌ها و گذرگاه‌های بیشتری برای دنبال کردن اهداف خود دارند و هنگامی که با موانع برخورد می‌کنند، انگیزه‌ی خود را حفظ کرده و از گذرگاه‌های جانشین استفاده می‌کنند؛ اما افراد ناامید به دلیل اینکه عامل و گذرگاه‌های کمتری دارند، در برخورد با موانع انگیزه‌ی خود را از دست داده و دچار هیجان‌های منفی می‌شوند؛ به عبارت دیگر، مولفه‌ی عامل یا کارگزار، یک باور شخصی است که باعث می‌شود فرد احساس کند که می‌تواند برای رسیدن به اهداف خود مسیرهای مختلفی را امتحان کرده و تحمل کند (موحدی و همکاران، ۱۳۹۳). با توجه به اینکه امید عاملی است که به مادران در مواجهه با سرطان فرزند خود و رفع مشکلات روان‌شناختی‌شان کمک می‌کند و از سوی دیگر والدین امید را نیاز روانی خود بیان می‌کنند، بنابراین در پژوهش حاضر، آموزش امید منجر به افزایش امید آزمودنی‌ها شده است.

۲- آیا امیددرمانی مبتنی بر شناخت و معنویت بر توانایی برنامه‌ریزی مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان تاثیر

^۱.Hankins

دارد؟

برای پاسخگویی به این سؤال، آزمون برج لندن در دو نوبت ارزیابی پیش از مداخله و دو نوبت در حین مداخله و دو نوبت پس از اتمام مداخله از گروه درمان اخذ شد. نتایج حاکی از آن است که امید بر توانایی برنامه‌ریزی افراد شرکت‌کننده موثر است. در پژوهش نجاتی، شهیدی، ملکی و درویشی لرد (۱۳۹۱)، به بررسی همبسته‌های شناختی امید در ۹۱ دانشجو با استفاده از پرسش‌نامه اسنایدر و برج لندن پرداخته شد؛ که نتایج حاکی از آن است که زمان برنامه‌ریزی افراد دارای امید بیشتر، کمتر است.

اولادی، اعتمادی و کرمی (۱۳۹۱) در پژوهشی، اثربخشی امیددرمانی بر انگیزش پیشرفت دانش‌آموزان پسر را مورد بررسی قرار دادند که نتایج نشان داد امیددرمانی با ایجاد انگیزه و به‌کارگیری توانایی برنامه‌ریزی افراد، آن‌ها را در جهت دستیابی به اهدافشان سوق می‌دهد و بدین صورت بر انگیزش پیشرفت تحصیلی آنها اثرگذار است.

سیرز (۲۰۰۷) در مطالعه‌ی خود عنوان کرد که ارتباط محکمی بین امید و سه متغیر کارکردی اجرایی حافظه کاری، برنامه‌ریزی/سازمان‌دهی و تکمیل تکلیف در دانش‌آموزان وجود دارد.

در یک بررسی که توسط چیوانس، مایکل و اسنایدر (۲۰۰۵) انجام شد، مزایای امید بر عملکرد تحصیلی مورد سنجش قرار گرفت. نتایج بیانگر آن بوده است که امید به‌عنوان عامل محرک تعیین هدف توسعه‌ی یک برنامه‌ریزی مناسب برای دستیابی به اهداف و فراهم کردن انرژی موردنیاز برای تحقق هدف، مطرح می‌باشد.

در توجیه نتایج به‌دست آمده، می‌توان به تبیین موارد زیر اشاره کرد:

حافظه کاری و برنامه‌ریزی باهم در تعامل هستند. در واقع حافظه کاری، توانایی برای نگه داشتن اطلاعات در ذهن برای کامل کردن تکلیف، عامل مهمی برای به‌دست آوردن هدف است (سیرز، ۲۰۰۷) و بدین وسیله بر روی امید تاثیر می‌گذارد. حافظه کاری بر روی ظرفیت برای برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی کار و مدیریت اهداف حاضر و آتی تاثیر می‌گذارد. یکی از مشخصه‌های افراد با امید بالا، توانایی برای نگه داشتن هدف در ذهن در جهت حرکت به سمت آن است. این هدف ممکن است با مهارت‌های ضعیف حافظه کاری به تاخیر انداخته شود؛ بنابراین با تغییر در شناخت افراد و تقویت توانایی برنامه‌ریزی امید آنان نیز افزایش می‌یابد چراکه برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی، مهارت‌هایی هستند که برای به‌دست آوردن هدف ضروری هستند و به دنبال آن در امید افراد تأثیر بسزایی دارند. در حقیقت، در برنامه‌ریزی، روش‌هایی برای به‌دست آوردن اهداف به تفکر مسیری گذرگاه (نظریه امید) کمک می‌کند. در نهایت می‌توان گفت، هدف‌گذاری کارکرد اجرایی و برنامه‌ریزی برای گام‌های مناسب برای رسیدن به هدف با امید همبستگی قوی‌ای دارد.

منابع:

۱. رضایی، نسرین؛ رفیعی، فروغ؛ مردانی، مرجان؛ رنجبر، هادی، (۱۳۹۲). تحلیل مفهوم امید به بهبودی بیمار در پرستاران بخش‌های ویژه، الگوی هیبرید، *مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت*، ۲ (۲): ۱۱۰-۱۰۱.
۲. کنعانی باکری، هادی؛ سمیرا، سلیمانی؛ منیژه؛ و آرمان‌پناه، آزاده. (۱۳۹۴). بررسی تاثیر امید درمانی بر بهبود کیفیت زندگی، امید بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی. (۳)، ۳۵-۴۷.
۳. موحدی، یزدان؛ باباپورخیرالدین، جلیل و موحدی، معصومه. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر افزایش امید و بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان. *مجله‌ی روان‌شناسی مدرسه*، (۱)(۱)، ۱۲۹-۱۱۶.
۴. نادی، محمدعلی؛ سجادیان، ایلناز. (۱۳۹۰). تحلیل روابط بین معنای معنوی با بهزیستی معنوی، شادی ذهنی، رضایت از زندگی، شکوفایی روان‌شناختی، امید به آینده و هدفمندی در زندگی دانشجویان. *فصلنامه علمی پژوهش دانشکده بهداشت یزد*، (۱۰)(۳،۴)، ۶۸-۵۴.
۵. نجاتی، وحید؛ شهیدی، شهریار؛ ملکی، قیصر و درویشی‌مرد، معصومه. (۱۳۹۱). همبسته‌های شناختی امید، شواهدی از آزمون‌های عصب روان‌شناختی. *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*، (۱۴)(۴)، ۳۸-۳۰.

6. Borneman, T, Stahl, C, Fervell, B, Smith, D. (2002). the concept of hope in Family Caregivers of cancer patients at home. *Journal of hospice and palliative Nursing*. (1)(4).
7. Bradley, B.P, Mogg, k, Williams, R. (1995). Implict and Explicit Memory for emotion – congruent in clinical Depression and anxiety. *Behavior Research and therapy*. (33)(7). 155-770.
8. Burchard, G.A, yarhouse, M.A, kilian, M.K, Worthingtou, E.L, Bery, J.W, Conter, D.E. (2003). A Study of two Marital Enrichment programso *journal of psychology and thecloogy*. 31 (3), 240-252.
9. Cheavens, S.J. Gum, A, Feldman, B.D. Micheal, S.T. and Snyder, C.R. (2001). A group intervention to increase hope in a community sample. *Poster presented at American Psychological Association*.
10. Cheavens, J, Michael, S. T, & Snyder, C. R. (2005). The correlates of hope: Psychological and physiological benefits. In J. Elliott (Ed.), *Interdisciplinary perspectives on hope* . New York: *Nova Science Publishers*.
11. Hankins, S. (2004). Measuring the efficacy of the Snyder hope therapy as an intervention with an in patinent population. A dissertation presented for the doctorate of philosophy the university of mississippi.
12. Hendricks-Ferguson, V. (2007). Relationships of Age and Gender to Hope and Spiritual Well-Being Among Adolescents With Cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. (23)(4), 189-199.
13. Herth, K.A. (2000). Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. *J ADV nurse*. (32) (6), 1431-1441.
14. Herth k, cutcliffe J. (2002). The concept of hope in nursing: Hope and palliative care Nursing. *Br Jnus*, (11), 997-986.
15. Kissane, D.W, Bultz, B, Butow, P, & Finlay, I. (2011). *Handbook of Communication in oncology and palliative care*. Oxford University Press.
16. Kylma, J, Juvakka, T, Nikkonen, M, Korhonen, T, & Isohanni, M.
17. Lavy, S. & Littman-Ovadia, H. (2011). All you need is love? Strengths mediate the negative associations between attachment orientations and life satisfaction. *Personality & Individual Differences*. (50)(7), 1050-1055.
18. Rippentrop, A.E, Altmaier, E.M, Burns, C. (2006). The Relationship of religiosity and spirituality to quality of life among cancer paitent. *Jclin psychol Med setting*. (31) 13-37.
19. Rustoen, T, Cooper, B. A, Miaskowski, Ch. (2011). A longitudinal study of the effect of a hope intervention on levels of hope and psychological distress in a Commubity – based sample of oncology patients. *Eur J Oncol Nurs*. (15) (4), 351-357.
20. Sears, K. (2005). *Hope and its relevance to mental health and academic achievement in children*. Unpublished master's thesis, The Ohio State University, Columbus.
21. Shekarabi ahari, GH, younesi, j, borjali, A, Ansari damavandi, SH. (2012). *iranjournal cancer prervol*. 5 (4): 183-188.
22. Snyder, C. R, Irving, L. M, & Anderson, J. R. (1991). Hope and health: Measuring the will and the ways. In C. R. Snyder & Donelson R. Forsyth (Eds.), *The handbook of social and clinical psychology: The health perspective*. Elmsford,
23. Snyder, C.R. (2000). *Handbook of hope: theory, measures and applications*. (edited by C.R.Snyder). Academic press. USA.
24. Snyder, C.R, Feldman, D.B, Shorey, H.S, Rand, K.L. (2002). Choices: Aschool counselor's Guide to hope theory. *professional school counseling*. (5)(5) 298-308

25. Steger, M. (2007). *Meaning in life. handbook of positive psychology*. Oxford. oxford University Press.
26. Williams, A, Duggleby, w, Eby geenette, C, Reverenel, D, Hallstron, L. k. (2013). Hope against hope: exploring the hopes and challenges of rural female caregivers of person with advanced cancer. *BMC Palliative care*. (12).

Investigation Effectiveness of Hope Therapy based on Cognition and Spirituality on Promoting Hope and Planning Ability in Mothers with Child Suffering from Cancer

Tinoosh Moshirifar

M.A Graduated in Department of Psychology of children and adolescents, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shahid Beheshti University Tehran, Tehran, Iran (Corresponding Author)

Abstract

The aim of this study was to investigate the effectiveness of hope therapy based on cognition and spirituality on promoting hope and planning ability in mothers with child suffering from cancer. This study enjoined a single subject design whit out control group. An A-B-A design is a type of experimental design. In this design experimenters observe behavior before treatment, during treatment and after treatment in this study two mothers which has children whom suffer from cancer, participated received hope therapy for eight 90 minutes session. Pre-, mid and post-assessments were conducted among the participants and they completed the standardized measures including: editing tools represent hope and tower of London test. Findings show that hope therapy had promoted hope and planning ability.so because hope therapy can change the mothers and nurses' cognition, has clinical application.

Keywords: hope therapy, hope, planning, spirituality, mothers of children suffering from cancer
