

Research Paper



The Effectiveness of Value-based Behavioral Activation Model on Posttraumatic Growth and Hope in Mothers of Children with Cancer



Mohammadmahdi Shamsaee¹, Nastaran Shaafi^{*2}, Ruhollah Baratian³

1. Spiritual Health Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. M. A in Positive Psychology, Islamic Azad University.
3. M. A in General Psychology, Baran Psychological Services Center Spiritual Interventions, Gorgan, Iran.



DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.65.20.8](https://doi.org/20.1001.1.27173852.1401.17.65.20.8)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15079.html



ARTICLE INFO

Keywords:
Behavioral activation, values, posttraumatic growth, hope, children, cancer.

Received: 2021/08/29
Accepted: 2021/10/12
Available: 2022/06/10

ABSTRACT

The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of value-based behavioral activation on posttraumatic growth and hope in mothers of children suffering cancer. The method of this research was descriptive and quasi-experimental. The statistical population of the study includes all mothers aged 20 to 45 years who have a child with cancer in the neonatal age range up to 14 years and in the second half of 1399 were treated at Imam Khomeini hospital in Tehran. The research sample consisted of 30 people who were selected by available sampling method and randomly assigned to experimental and control groups. In the experimental group, 12 sessions 30-minute VBA were performed virtually in Nikpour and Shamsaee (2019). Tedeschi and Calhoun (1996) and Schneider (1991) post-traumatic growth questionnaires were administered. Hypotheses were analyzed using ANCOVA and MANCOVA. The results showed that the value-based behavioral activation intervention by identifying and prioritizing values and acting according to them and using techniques such as contentment, interruption and surrender, had an impact on post-traumatic growth and hope of mothers with children with cancer. Therefore, the use of this model as a support program in medical centers for cancer patients is recommended.



* Corresponding Author: Nastaran Shaafi

E-mail: nastaranshaafi@gmail.com

مقاله پژوهشی



اثر بخشی الگوی فعال‌سازی رفتاری مبتنی بر ارزش‌ها بر رشد پس از سانحه و امید به زندگی در مادران دارای کودک مبتلا به سرطان



محمد مهدی شمسانی^{۱*}، نسترن شعفی^۲، روح‌الله براتیان^۳

۱. عضو مرکز تحقیقات سلامت معنوی، گروه روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۲. کارشناسی ارشد روانشناسی مثبت‌گرا، دانشگاه آزاد اسلامی واحد الکترونیک.

۳. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، بخش مداخلات معنوی، مرکز خدمات روانشناختی باران، گرگان، ایران.



DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.65.20.8](https://doi.org/10.27173852.1401.17.65.20.8)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15079.html



چکیده

مشخصات مقاله

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر مداخله فعال‌سازی رفتاری مبتنی بر ارزش‌ها بر رشد پس از سانحه و امید به زندگی مادران دارای کودک مبتلا به سرطان انجام شد. این پژوهش کاربردی و نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مادران ۲۰ تا ۴۵ ساله دارای کودک مبتلا به سرطان بستری در بیمارستان امام خمینی (ره) تهران در نیمه دوم سال ۱۳۹۹ بودند. از این میان ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند و داوطلبانه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. در گروه آزمایش بصورت مجازی ۱۲ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای مداخله فعال‌سازی رفتاری مبتنی بر ارزش‌ها بر اساس الگوی ارائه شده توسط نیکپور و شمسانی (۱۳۹۸) انجام شد. ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه رشد پس از سانحه تدسچی و کالهون (۱۹۹۶) و امید به زندگی اشنایدر (۱۹۹۱) بود. فرضیه‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و چند متغیره، توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد مداخله فعال‌سازی رفتاری مبتنی بر ارزش‌ها از طریق شناسایی و اولویت بندی ارزش‌ها و عمل بر طبق آنها و با بهره‌گیری از تکنیک‌هایی مانند قناعت، وقفه و واگذاری، بر رشد پس از سانحه و امید به زندگی مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان تاثیر معنادار دارد. بر این اساس استفاده از این الگو به عنوان برنامه حمایتی در مراکز درمانی بیماران مبتلا به سرطان پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها:

فعال‌سازی رفتاری، ارزش‌ها، رشد پس از سانحه، امید، سرطان

دریافت شده: ۱۴۰۰/۰۶/۰۷

پذیرفته شده: ۱۴۰۰/۰۷/۲۰

منتشر شده: ۱۴۰۱/۰۳/۲۰

* نویسنده مسئول: نسترن شعفی

رایانامه: nastaranshaafi@gmail.com

مقدمه

سرطان به عنوان یک بیماری ناتوان کننده و شایع، یکی از علل اصلی مرگ و میر در کودکان، هم در کشورهای توسعه یافته و هم در حال توسعه می‌باشد (مهران فر، یونسی و بنی هاشم، ۲۰۱۲). درمان این بیماری، همراه با دورانی از استرس شدید شامل عود مجدد، درد و عوارض جانبی آزار دهنده حاصل از شیمی درمانی است. همچنین درد و اضطراب ناشی از آن، به عنوان زجرآورترین بخش‌های تشخیص و درمان گزارش شده است (کاتر، بومن و تیزدیل^۱، ۱۹۸۸). وقتی فردی از سرطان رنج می‌برد، علاوه بر آشفتگی بیمار، اعضای خانواده نیز رنج خواهند برد و بار مسئولیت چنین اتفاقی به دوش آنان نیز خواهد افتاد (کرمی و کهزائی، ۲۰۱۸). سرطان دوران کودکی به عنوان بیماری تهدیدکننده زندگی، والدین به ویژه مادران را به عنوان مراقبان اصلی، با مشکلات متعدد و پیچیده‌ای مواجه می‌سازد (سوالو و جاکوبی^۲، ۲۰۰۱). در واقع مادران در مقایسه با پدران، بیشتر با مشکلات رفتاری کودک مبتلا به سرطان درگیرند و استرس و بحران‌های روانی بیشتری را تجربه می‌کنند (ون-ورم‌دام^۳ و همکاران، ۲۰۱۹).

طبق تعریف انجمن روانشناسی آمریکا (۲۰۱۲)، در معرض خطر واقعی قرار گرفتن، یا تهدید شدن به مرگ، شاهد بودن حوادث ایجاد شده برای دیگران، آگاه شدن از حادثه‌ی ایجاد شده برای یک دوست یا عضو نزدیکی از خانواده و یا تجربه مکرر یا در معرض قرار گرفتن به شکل افراطی با جزئیات آزاردهنده حوادث می‌تواند سبب بروز تروما در فرد شود (فاضل و همکاران، ۱۳۹۶). آسیب حاصل از این مواجهه، اختلال استرس پس از سانحه^۴ است؛ نوعی سندرم با مجموعه‌ای از علائم که در پی مواجهه با حوادث آسیب‌زای زندگی ایجاد می‌شود (پورموحّد و همکاران، ۱۳۹۹). در آخرین نسخه راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی^۵، اختلال استرس پس از سانحه ذیل اختلالات مرتبط با سانحه و استرس طبقه بندی شده است که شامل اختلالاتی هستند که در آنها مواجهه با یک سانحه یا استرس، ملاک واضح تشخیصی است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ ترجمه رضاعی و همکاران، ۱۳۹۳).

در نقطه مقابل استرس پس از سانحه، «رشد پس از سانحه» قرار دارد که عبارت است از تجربه یا درک ذهنی از تغییرات مثبت روان‌شناختی که در اثر کشمکش با حادثه تنش‌زا یا شرایط زندگی بسیار چالش برانگیز ایجاد می‌شود (موریس، شکسپیر فینچ و اسکات^۶، ۲۰۱۲؛ تدسچی و کالهن^۸، ۱۹۹۶). در مدل تجدید نظر شده تدسچی و کالهن، تاثیر روانی یا پریشانی روانی پس از سانحه، به عنوان یک هسته و مرکز رشد فرد فرض می‌شود. این پریشانی روانی حاصل چالش با اعتقادات، ایده‌ها و طرحواره‌های موجود در ذهن شخص بوده و شخص را به سوی نشخوار فکری سازنده و

ارادی سوق می‌دهد. در طول این نشخوار فکری این عقاید، ایده‌ها و طرحواره‌های شخص مورد تجدید نظر قرار می‌گیرد و طرحواره‌های جدیدی جایگزین طرحواره‌های قبلی می‌شود. رشد در اثر به وجود آمدن طرحواره‌ها و باورهای جدید و استفاده از روش‌های مقابله‌ای کارآمد به وجود می‌آید (جانوف بولمن^۹، ۲۰۰۶). همچنین تیلور^{۱۰} (۱۹۸۳)، مطرح می‌کند که سازگاری در پی سانحه، یک فرآیند مقابله‌ای رانده شده است که توسط توهومات یا خطاهای حسی اساسی مثبت صورت می‌گیرد و این توهومات یا خطاهای حسی جهت برگرداندن احساس فرد و کنترل جهان شخص لازم است. این مدل با تاکید بیش از حد بر روی رشد پس از سانحه به عنوان یک انحراف شناختی مثبت، بر پردازش شناختی به عنوان مرکزی جهت تعدیل روند رشد پس از سانحه با استفاده از تجدید نظر در مدل تدسچی و کالهن تاکید زیادی خاص دارد (مک میلان^{۱۱}، ۲۰۰۴). پژوهش‌های اخیر نشان داده است که رشد پس از سانحه به طور آنی اتفاق نمی‌افتد بلکه مقوله‌ای است که تابع زمان می‌باشد و پس از طی مراحل همچون واکنش به سانحه و ملزومات رسیدن به رشد، حاصل می‌شود (عسگری و نقوی، ۱۳۹۸). بسیاری از کسانی که بعد از حوادث تنش‌زا زنده مانده‌اند، تغییرات روان‌شناختی مثبتی را تجربه می‌کنند که همان رشد پس از سانحه است (موریس و همکاران، ۲۰۱۲). این افراد معتقدند رشد پس از سانحه به معنای دستیابی به تحولات معنادار و مطلوب در جنبه‌های مختلف فردی، اجتماعی، روان‌شناختی و معنوی که در نتیجه فراز و نشیب‌های پس از اتفاق رخ می‌دهد (عسگری و نقوی، ۱۳۹۸). این تحولات مثبت در اعتقادات و رفتار را می‌توان حداقل در پنج شکل نشان داد؛ بهبود روابط با دیگران، شناسایی امکانات جدید برای زندگی فرد، افزایش درک قدرت شخصی، رشد معنوی و قدردانی از زندگی (جایاویکرم و بلکی^{۱۲}، ۲۰۱۴). نشانه‌های این رشد شامل مواردی چون تغییر در امکان ارتباط بیشتر با دیگران، تغییر در امکانات جدید به منظور تغییر در اهداف، تغییر در توانمندی فردی، تغییر در هویت، تغییراتی در ابعاد معنای زندگی و اساس روحانی زندگی می‌باشد (جوزف و لاینلی^{۱۳}، ۲۰۰۵). رشد حاصله در نهایت می‌تواند زمینه‌ساز حل بسیاری از مشکلات روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی و استرس شود (لاو و سایبستون^{۱۴}، ۲۰۱۱).

یکی از منابع مقابله‌ای انسان در سازگاری با مشکلات و حتی بیماری‌های صعب‌العلاج، «امید» است (دوسارد^{۱۵} و همکاران، ۲۰۰۳). امید به زندگی فرآیندی است که طی آن افراد (۱) اهداف خود را تعیین می‌کنند (۲) راهکارهایی برای رسیدن به آن هدف خلق می‌کنند (۳) انگیزه لازم برای به اجرا درآوردن این راهکارها را ایجاد کرده و حفظ می‌کنند (اشنایدر^{۱۶} و همکاران، ۲۰۰۳). امید با نیروی نافذ خود، تحریک کننده فعالیت‌های فرد است تا نیروهای تازه‌ای را در فرد ایجاد کند (درودی، ۲۰۱۰)؛ نوعی روند

9. Janoff- bulman

10. Taylor, S.

11. McMillan

12. Jayawickreme & Blackie

13. Joseph & Linley

14. Love & Sabiston

15. Doussard

16. Snyder

1. Kuttner, Boeman & Teasdale

2. Swallow & Jacoby

3. Van Warmerdam

4. Post Traumatic Stress Disorder

5. DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

6. Post-Traumatic Growth

7. Morris, Shakespeare-Finch & Scott

8. Tedeschi & Calhoun

به گونه‌ای که اغلب پزشکان ضروری می‌دانند که در فرآیند درمان، مسائل معنوی بیماران مورد توجه قرار گیرد (ریچارتز، هاردمن و برت^۷، ۲۰۰۷). در واقع یکی از روش‌های فعال که به بیماران، به خصوص سرطانی، کمک می‌کند تا خداوند را به عنوان منبعی قابل اتکا و بی پایان پیدا کنند، استراتژی‌هایی است که دارای ریشه مذهبی قوی هستند (کرمی و کهزائی، ۲۰۱۸).

موج اول درمان‌های رفتاری با نظریه رفتارگرایی کلاسیک و درمان‌های مبتنی بر مطالعات آزمایشگاهی و یادگیری انجام شد. پس از آن موج دوم از ترکیب درمان‌های شناختی و رفتاری ایجاد شد و موج سوم نیز با تلفیق سنت‌های معنوی شرقی پا به عرصه گذاشت (سهرابی، ۱۳۹۴). خلاءها و چالش‌های موجود در موج سوم رفتاردرمانی اعم از کاهش سنجش کارکرد و بی توجهی به محدودیت‌های آن، منجر به ظهور موج چهارم رفتاردرمانی شده است، موجی که از دیدگاه کاگن و دراو^۸ (۲۰۱۵) به دنبال رویکردی برای درک و التیام رنج انسان‌ها است (عباسی و همکاران، ۱۳۹۷). درمان «فعال‌سازی رفتاری^۹» با استفاده از یک روش مبتنی بر «ارزش» روشی درمانی است که به مراجعان در شناسایی و مشارکت در رفتارهای معنادار شخصی کمک می‌کند تا مشکلات خود را حل کنند و زندگی را بهتر، رضایت بخش‌تر و ارزشمند ارزیابی کنند (کانتر^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۴). الگوهای نوین رفتار درمانی که از ارزش‌های معنوی بهره جسته است، شامل شناسایی، فراخوانی و تقویت توانمندی‌ها و فضیلت‌های درونی افراد در حضور محرک‌ها و تجارب و امیال منفی با استفاده از فنون و تکنیک‌های رفتاری است. تاکید جدی این رویکرد بر فرآیند چرخه‌ای رفتار _ شناخت _ هیجان است؛ به این معنا که تغییر رفتار موجب تغییر در فکر کردن، هیجان کردن و حتی رفتارهای اجتنابی به‌عنوان رفتارهای ناشکار می‌گردد (نیکپور و شمسانی، ۱۳۹۸). عملکرد مبتنی بر ارزش، چارچوبی که در اصل در حوزه بهداشت روان ایجاد شده است، معتقد است که ارزش‌ها پارامترهای فراگیر و قدرتمندی هستند که تأثیر آنها اغلب دست کم گرفته می‌شود. عملکرد مبتنی بر ارزش، به دنبال مهارت‌ها و ابزارهای عملی، زمینه‌ای برای استخراج ارزش‌های فردی و مذاکره درباره آن‌ها با توجه به بهترین شواهد موجود، فراهم می‌آورد (پتروا، دال و فالفورد^{۱۱}، ۲۰۰۶).

سرطان جزء بیماری‌های مزمن است. از آنجا که افراد مبتلا به سرطان با مرگ دست و پنجه نرم می‌کنند، می‌توان این بیماری را از فشارزاترین بیماری‌ها دانست (علویان و همکاران، ۲۰۱۵). در این باره مطالعات زیادی به منظور حمایت روان‌شناختی از مادران کودکان مبتلا به سرطان انجام گرفته است. زنان مراقبت کننده از کودکان مبتلا به بیماری‌های تهدید کننده در مقایسه با مردان در معنای مراقبت، افسردگی، بار مسئولیت و رشد پس از سانحه نمره‌ی بالاتری بدست آوردند (اشناپدر و همکاران، ۲۰۱۱). حسین‌زاده و همکاران (۱۳۹۹)، به روش گروه درمانی مبتنی بر تاب‌آوری، برای مقابله

فکری که دارای دو جزء تفکر عامل (اراده‌های هدفمند) و مسیرها (طرح‌های هدفمند) است و هر دو بعد از طریق رفتارهای هدفمند در تشکیل و تعیین میزان امید ضروری و موجب سلامت جسمی و روانی می‌شود (اشناپدر و همکاران، ۱۹۹۱). امیدواری نقش مهمی در زندگی، پشتکار و پیشرفت انسان‌ها دارد و عامل مهمی برای مقابله مؤثر، تصمیم‌گیری، سازگاری روانی اجتماعی افراد (شرانک، استنگلینی و اسلید^۱، ۲۰۰۸) و هم راهی برای سرزندگی عاطفی، یافتن معنا و منبع قدرتی برای والدینی باشد که کودک آنها با مرگ دست و پنجه نرم می‌کند (کریسپ^۲، ۲۰۱۶). همچنین امید عامل مهمی در بهبود بیماری‌های روانی است و جنبه مرکزی در روند بهبودی افرادی محسوب می‌شود که دچار اختلالات شدید روانی هستند (گستل-تیمرمنس^۳ و همکاران، ۲۰۱۰). امیدواری به عنوان عاملی محافظت کننده در پیشگیری از مشکلات وخیم روان‌شناختی (رزوارسکی و دان^۴، ۲۰۰۹)، توانمندی لازم را در افراد برای حل مسائل و مشکلات و رو به رو شدن با فقدان‌ها، مصیبت‌ها، ناخوشی‌ها، تنهایی و رنج به همراه می‌آورد (بالسانلی، گروس و هرث^۵، ۲۰۲۰).

رنج بخش جدایی ناپذیر از زندگی افراد آسیب دیده است (عسگری و نقوی، ۱۳۹۸)، پیامد جنبه‌هایی از مشکل، که بیشترین آزدگی را در فرد ایجاد می‌کند. رنج، حاصل رد محرک رنج‌آور و تعامل آن با ردهای چندین محرک (محرک‌های موجود در بافتار تاریخی و فعلی فرد) است (اصل موضوعی ۱ و ۲ نظریه لئونارد هال). رد محرک پدیده‌ای روان‌شناختی است که قابلیت ترکیب با اجزای مختلف ساختار روان، ویژگی‌های شخصیتی، خاطرات قبلی، نظام انگیزشی، خلق، عاطفه و ... فرد در آن لحظه را دارد. بسته به اینکه رد یک درد واحد با شدت مشخص، در آن لحظه با چه بخشی از ساختار روان‌شناختی و رد کدام یک از محرک‌های بافتی فرد ترکیب شود (اصل موضوعی ۱۰ و ۱۲ هال)، می‌تواند رنج‌های متفاوتی را حتی از دردی مشخص، در انسان ایجاد نماید (باربر و پارکس؛ ترجمه شمسانی و مهربخش، ۱۳۹۹). آنچه در مقابله با درد و رنج حاصل از گرفتاری‌ها و رویدادهای استرس زا به عنوان یک سپر عمل می‌کند، «معنویت» است که ممکن است منعکس کننده یافتن معنا، هدف و امید در افراد باشد (کروک^۶، ۲۰۰۸). معنویت عبارت است از بعد والای وجودی انسان که در وجود همه انسان‌ها به ودیعه نهاده شده تا راه رسیدن به کمال را طی کنند، که همان قرب به الله است (معماریان، ۱۳۹۶). بر این اساس پژوهشگران اعتقاد دارند که همه دریافت کنندگان خدمات درمانی به نوعی نیازمند دریافت مراقبت معنوی هستند (باربر و پارکس؛ ترجمه شمسانی و مهربخش، ۱۳۹۹). به همین منظور باورهای مذهبی و فرهنگی و ارتباط درونی با بعد متعالی در فرآیند درمانگری معنوی در نظر گرفته می‌شود (حدادی کوهسار و همکاران، ۱۳۹۷). از دیدگاه پزشکی ایمان و معنویت یک منبع مهم در سلامت جسمی و بهبود آن است؛

1. Schrank, Stanghellini & Slade
2. Crisp
3. Gestel-Timmermans
4. Roswarski & Dunn
5. Balsanelli, Gross & Herth
6. Krok

7. Richards, Hardman & Berrett
8. Callaghan & Darrow
9. Behavioral Activation
10. Kanter
11. Petrova, Dale & Fulford

مداخلات دینی و معنوی نشان داده است که این نوع مداخلات منجر به کاهش علائم بالینی می‌شود و استفاده از آن به عنوان یک درمان مکمل، نیازمند استاندارد سازی و مطالعات بیشتری است (گانک‌آلوز^۲ و همکاران، ۲۰۱۵). از طرف دیگر نیز روانشناسی مثبت، تأکید بر بنا نهادن و گسترش هیجان‌های مثبت به منظور ایجاد سپری در برابر اختلال‌های روانی و افزایش آسایش افراد دارد (سیلگمن و اولندیک^۴، ۲۰۱۱).

در مجموع مرور پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد که اغلب آنها کمتر به ابعاد مثبت احتمالی که ممکن است در اثر بروز یک تروما رخ دهد پرداخته‌اند؛ لذا لزوم مداخله بر اساس فنون رفتاری و ارزش‌های معنوی هنگام بروز یک تروما با تأکید بر روانشناسی مثبت‌گرا و پرداختن به مؤلفه‌هایی در این حوزه، نظیر رشد پس از سانحه و امید به زندگی، احساس می‌شود. همچنین با توجه به اینکه مداخله فعال‌سازی رفتاری مبتنی بر ارزش‌ها، بدون دستکاری و صرفاً با استفاده از توانمندی‌های درونی فرد، کمترین هزینه و بیشترین فایده را به دنبال خواهد داشت (پرهون و همکاران، ۱۳۹۳)، لذا می‌توان ضرورتی دیگر بر انجام این پژوهش باشد. بنابراین با توجه به نوبت بودن این الگوی درمانی در ایران، ما به دنبال پاسخ به سوال هستیم که مداخله فعال‌سازی رفتاری مبتنی بر ارزش‌ها بر رشد پس از سانحه و امید به زندگی مادران کودکان مبتلا به سرطان موثر است؟

روش

این پژوهش از منظر هدف، کاربردی، به لحاظ روش‌شناسی، کمی و از نوع تحقیقات نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی مادران ۲۰ تا ۴۵ ساله‌ای بود که دارای کودک مبتلا به سرطان بین سنین بدو تولد تا ۱۴ سالگی بودند و در نیمه دوم سال ۱۳۹۹ در بیمارستان امام خمینی (ره) تهران تحت درمان مختلف از جمله جراحی، شیمی درمانی و پرتو درمانی قرار داشتند. از این میان ۳۰ نفر به صورت هدفمند و داوطلبانه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. معیارهای ورود، داشتن سواد خواندن و نوشتن، داشتن سن حداقل ۲۰ و حداکثر ۴۵ سال، تمایل به شرکت در پژوهش و امضاء فرم رضایت‌نامه شرکت در پژوهش، مساعد بودن حال عمومی کودک در زمان شرکت مادر در جلسات مداخله بود. معیارهای خروج هر مسئله محدود کننده‌ای که برای شرکت کننده مشکل جدی به وجود می‌آورد و یا عدم تمایل به ادامه حضور در جلسات بود. بدین ترتیب پس از هماهنگی‌های بعمل آمده با بیمارستان امام خمینی و تأیید انجام این پژوهش، از هر دو گروه آزمون‌های امید به زندگی و رشد پس از سانحه اخذ گردید و در مرحله بعد برای مادران گروه آزمایش جلسات مداخله فعال‌سازی رفتاری مبتنی بر ارزش‌ها بصورت مجازی و آنلاین برگزار شد، اما گروه کنترل تحت هیچ مداخله‌ای قرار نگرفت. آموزش‌ها طی ۱۲ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای سه جلسه و به مدت ۱ ماه برگزار شد. پس از پایان دوره مجدداً از هر دو گروه آزمون‌های مذکور اخذ گردید. به منظور رعایت

مادران دارای کودک مبتلا به سرطان خون، نشان دادند که این مداخله می‌تواند به عنوان حمایت موثر برای مادران، در جهت درک وضعیت سلامتی فرزندشان کمک کننده باشد. همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان روش کارآمد و موثر در جهت ارتقاء شادکامی و بهزیستی این مادران کودکان مبتلا به سرطان معرفی شده است (محمودفخه، خادمی و تسبیح‌سازان، ۱۳۹۸). سیف حسینی و همکاران (۱۳۹۸)، در پژوهشی نشان دادند طرح‌واره درمانی مبتنی بر درمان گروهی و برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی، بر تاب‌آوری مادران کودکان مبتلا به سرطان اثربخش بوده است. علاوه بر موارد فوق، در مداخلات معنوی انجام شده نیز مانند شناخت درمانی معنویت محور (دهخدا و همکاران، ۱۳۹۱)، صرفاً تأکید بر بعد شناختی و سعی در تغییر افکار، هیجانات و احساسات ادراک شده بوده است و تقریباً همه آنها به تغییر ابعاد رفتاری کمتر توجه کرده‌اند. این در حالی است که نتایج مطالعات فراتحلیلی به ویژه در زمینه افسردگی نشان داده است که هیچگونه سودمندی افزایشی هنگام ارائه مداخلات شناختی در درمان شناختی وجود ندارد (هیز^۱، ۲۰۰۴؛ به نقل از عباسی و همکاران، ۱۳۹۷). در نقطه مقابل پژوهش‌ها ثابت کرده‌اند درمان فعال‌سازی رفتاری در تعدیل راهبردهای شناختی خود سرزنشی، پذیرش و به ویژه نشخوار فکری، تأثیر گذار بوده است و به احتمال قوی تغییر رفتاری ایجاد شده توسط درمان فعال‌سازی رفتاری منجر به تغییر در باورها و شناخت‌واره‌هایی می‌گردد که مؤلفه ضروری برای تغییر هیجانی و رفتاری دیرپای هستند (تیمورپور، اکبری و حسینی، ۱۳۹۸).

بررسی عوامل موثر بر رشد پس از سانحه نشان می‌دهد که معنویت و حمایت اجتماعی به عنوان منابع تسلی بخش در شکل‌گیری رشد پس از سانحه نقش مثبت دارند، و طرح‌واره‌ها و روش‌های مقابله جدیدی را عرضه می‌کنند (تقوی بهبهانی و همکاران، ۱۳۹۸؛ کدل، رگر و همس‌ورث^۳، ۲۰۰۳). شواهد پژوهشی نیز هیچ ارتباط مستقیم معناداری بین تروما و رشد پس از سانحه را نشان نداده و عوامل میانجی مانند معنویت (خورشید و شاهنواز، ۲۰۲۰) و مسائل مربوط به حوزه درمان از جمله انگیزه بخشی، ارتباط عاطفی و آموزش افراد مبتلا به (فاضل و همکاران، ۱۳۹۶) را در رشد پس از سانحه موثر می‌داند. از طرف دیگر اتخاذ رویکرد درمانی با محوریت ارزش‌های معنوی منجر به ارتقاء امید در مبتلایان به نارسایی مزمن کلیه (مرصعی و آقاجان، ۱۳۹۳)، ارتقای کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به سرطان (لطفی کاشانی و همکاران، ۱۳۹۱) و افزایش امید به زندگی افراد شده است (کمروی و فولادچنگ، ۱۳۹۳). افراد پس از تجربه آسیب‌زا به دنبال پیدا کردن معنایی برای زندگیشان، ارتباط با خداوند و حتی درصدد افزایش اطلاعات مذهبی خود هستند (عسگری و نقوی، ۱۳۹۸). بنابراین، لزوم ارتقای ارزش‌های معنوی در همه افراد، چه بیمار و چه غیربیمار (معماریان، ۱۳۹۶) و همچنین نیاز به تحقیقات بیشتر در زمینه حمایت‌های معنوی برای کمک به والدین کودکانی که با مرگ قریب الوقوع مواجهند (کریسپ، ۲۰۱۶)، ضرورت مداخله در این زمینه را نمایان می‌سازد؛ چراکه فرا تحلیل اثر

(نصیری و جوکار، ۱۳۸۷). نمره کل امید به زندگی با جمع زدن این سوال (۱، ۲، ۴، ۶، ۸، ۹، ۱۰، ۱۲) بدست می‌آید. پایایی این مقیاس از طریق روش بازآزمایی بعد از سه هفته، برای کل مقیاس ۰/۸۵، برای خرده مقیاس تفکر عامل ۰/۸۱ و برای خرده مقیاس مسیرها ۰/۷۴ گزارش شده است (اشنایدر و همکاران، ۱۹۹۱). جهت سنجش روایی یا اعتبار مقیاس امید، هماهنگی سوال‌های این مقیاس با نظریه امید اشنایدر، نشان دهنده روایی محتوایی خوب آن است (گروال و پورتر^۲، ۲۰۰۷). در این پژوهش ضریب آلفای تفکر عامل ۰/۷۴، تفکر راهبردی ۰/۷۶ و امید به زندگی ۰/۸۰ بدست آمده است.

نسخه بومی شده فعال‌سازی رفتار مبتنی بر ارزش‌ها با تمرکز بر فنون رفتارگرایی و مفاهیم معنوی: این نسخه در ساختار مکانیکی خود به تمامی گستره فنون رفتارگرایی (اصول موضوعی هال، زنجیره‌سازی هال، محرک و کنشگر تمییزی، رفتار پاسخگر، رفتار کنشگر، تقویت و تنبیه همزمان زنجیره‌ای، هذلولی هنرشتاین، فرمول رسکورا-واگنر، نظریه گاتری، اصول پریماک و تیمبرلیک، بوتون، تولمن و... برای شناسایی، تقویت و تسهیل در فراخوانی رفتارهای مدنظر مداخله (نه شناخت یا هیجان)، در شرایط راه‌انداز رفتار، شناخت و هیجان‌های نامطلوب؛ توجه دارد. همچنین این رویکرد در محتوای خود از مبانی و مفاهیم رویکردهای معنوی، وجودی و روان‌شناسی مثبت (تمامیت وجود، یکپارچگی معنوی، ارزش‌ها، فضیلت و توانمندی‌های منش) استفاده می‌نماید و با بازخوانی و کاربستی نوین از تکنیک‌های معنوی (ذکر یا واژه‌سازی، قناعت، توکل، حرمت خویشتن) هم‌خوان به قدرتمندی و هم‌افزایی بیشتر تکنیک‌ها می‌پردازد (نیکپور و شمسانی، ۱۳۹۸).

ملاحظات اخلاقی هر یک از افراد شرکت‌کننده در پژوهش حاضر با رضایت و آگاهی در این طرح شرکت کردند و هیچ‌گونه اجباری در ورود یا خروج از پژوهش نداشتند. فرم رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش در اختیار تمامی شرکت‌کنندگان قرار گرفت و هیچ زیان جسمی، روحی، اجتماعی، قانونی و اقتصادی در پژوهش حاضر متوجه افراد نشد. در مرحله جمع‌آوری، انتقال و نگهداری اطلاعات یا نمونه‌ها به حفظ اسرار آزمودنی‌ها توجه شد. پژوهش حاضر با کد اخلاق IR.IAU.SRB.REC.1399.034 از سوی دانشگاه آزاد اسلامی - واحد علوم و تحقیقات مورد تصویب واقع گردیده است.

ابزار پژوهش

پرسشنامه رشد پس از سانحه^۱ تدسچی و کالهن: این پرسشنامه برای ارزیابی پیامدهای روان‌شناختی مثبت توسط افرادی که رویدادی آسیب‌زا را در زندگی خود تجربه کرده‌اند می‌باشد. پرسشنامه مذکور توسط تدسچی و کالهن (۱۹۹۶) ساخته شد که شامل ۲۱ سوال و ۵ مؤلفه (شیوه‌های جدید، ارتباط با دیگران، قدرت شخصی، ارزش زندگی و تغییر معنوی) می‌باشد. برای نمره‌گذاری مقیاس رشد پس از سانحه از طیف لیکرت ۶ درجه‌ای استفاده می‌شود. نمرات مقیاس از صفر (من این تغییر را به خاطر تاثیر رویداد استرس‌زا نمی‌دانم) تا پنج (من این تغییر را به میزان خیلی زیادی به عنوان تاثیر رویداد استرس‌زا می‌دانم) است. دامنه نمرات از صفر تا ۱۰۵ بوده و هرچه نمره بالاتر باشد نمایانگر رشد بیشتر فرد می‌باشد. شیوه‌های جدید (۵ ماده) ۲-۱۳-۱۴-۱۹-۲۱، ارتباط با دیگران (۷ ماده) ۶-۷-۹-۱۲-۱۵-۱۸-۲۰، قدرت شخصی (۴ ماده) ۴-۸-۱۰-۱۷، ارزش زندگی (۳ ماده) ۱-۳-۱۱، تغییر معنوی (۲ ماده) ۵-۱۶. نمرات مقیاس‌ها به وسیله جمع نمرات عبارات در هر عامل حساب می‌شود. نمره نهایی مقیاس برای رشد پس از سانحه قابل محاسبه است. در پژوهش حیدرزاده و همکاران (۱۳۹۴)، بر روی نمونه ایرانی روایی و پایایی مناسبی برای این پرسشنامه گزارش شده و ساختار ۵ عاملی آن مورد تایید قرار گرفت. همچنین ضریب آلفا برای کل ابزار ۰/۸۷ و ضرایب به دست آمده برای مولفه‌های مقیاس بین ۰/۵۵ تا ۰/۷۷ بوده است. در این پژوهش ضرایب آلفا برای شیوه‌های جدید ۰/۷۳، ارتباط با دیگران ۰/۸۳، قدرت شخصی ۰/۷۵، ارزش زندگی ۰/۸۴، تغییر معنوی ۰/۷۱ و رشد پس از سانحه ۰/۸۶ بدست آمد.

پرسشنامه امید بزرگسالان اشنایدر: مقیاس امید اشنایدر، با هدف سنجش میزان امید به زندگی در افراد بزرگسال (بالای سن ۱۵ سال) ساخته شد (اشنایدر و همکاران، ۱۹۹۱). نمره‌گذاری مقیاس امید بزرگسالان اشنایدر بر اساس طیف لیکرت ۸ درجه‌ای از کاملاً نادرست با نمره ۱ تا کاملاً درست با نمره ۸ می‌باشد. این مقیاس دو خرده مقیاس دارد؛ خرده مقیاس تفکر عامل (به معنای انرژی هدفمند) که با سوالات ۲، ۹، ۱۰، ۱۲ و خرده مقیاس مسیرها (برنامه ریزی برای رسیدن به اهداف) با سوالات ۱، ۴، ۶، ۸ مشخص می‌گردد، قابل ذکر است که سوالات ۳، ۵، ۷ و ۱۱ به عنوان سوالات انحرافی از موضوع پرسشنامه می‌باشد و نمره‌گذاری نمی‌شود (اشنایدر و همکاران، ۱۹۹۱). بنابراین، دامنه نمرات این مقیاس از ۸ تا ۶۴ می‌باشد

1. Posttraumatic growth inventory

2. Grewal & Porter

جدول ۱: خلاصه نسخه بومی شده فعالسازی رفتاری مبتنی بر ارزش‌ها با تمرکز بر فنون رفتارگرایی و مفاهیم معنوی

جلسه	توضیحات	ابزار	تکالیف
اول	معارفه/ توضیح منطق درمان/ مفهوم فکر و مشغله فکری و تفاوت های موجود بین این دو مفهوم/ آکواربومی و نگاه گاو / مفهوم تحمل ابهام	انیمیشن (Guard) انیمیشن (Zebra) ویدئو توضیحات	تمرین راهکار مقابله با مشغله‌های فکری (نوشتن، استفاده از نگاه آکواربومی و نگاه گاو)
دوم	مفهوم مسئولیت پذیری و مقصر یابی و تفاوت های موجود بین این دو مفهوم / مفهوم اطمینان و اعتماد و تفاوت‌های موجود بین این دو مفهوم / مفهوم عدم قطعیت نگری	انیمیشن (Give in to giving) ویدئو توضیحات	مشخص کردن نوع مسئولیت و عملکرد مربوطه در رویدادهایی که مقصر آن فرد دیگری بوده است
سوم	مفهوم گذشت و بخشش و تفاوت‌های موجود بین این دو مفهوم/ مفهوم خوش و خوشحالی و تفاوت‌های موجود بین این دو مفهوم	انیمیشن (Joy and Heron) ویدئو توضیحات	تهیه لیستی از تجارب گذشته که افراد گذشت کرده‌اند (اقدامی نکردند) ولی نابخشیده‌اند (ایجاد مشغله‌های فکری جدید) و بررسی تجربه حسی بوجود آمده
چهارم	ارائه تعاریف توانمندی‌های منش و فضیلت‌ها و مفاهیم تمامیت و یکپارچگی معنوی با تاکید بر شناسایی آنها در درون خود	انیمیشن (Overcome) ویدئو توضیحات	تهیه لیست توانمندی‌ها / پیدا کردن جنبه‌های مثبتی در پیشینه زندگی و انجام آنها در چالش - های فعلی زندگی که نیازمند به بروز همان جنبه مثبت است (تمامیت و یکپارچگی معنوی)
پنجم	مرور مطالب جلسه گذشته/ تعیین خواست‌ها مبتنی بر ارزش‌ها/ همخوان با self / منطبق با واقعیت/ دقیق و روشن/نسبت به توانمندی‌ها نسبتاً سخت	انیمیشن (Changeover) ویدئو توضیحات	تعیین و بازبینی خواست‌ها با توجه به معیارهای ذکر شده در جلسه

جلسه	توضیحات	ابزار	تکالیف
ششم	تعریف ارزش و تعیین اولویت‌های ارزشی / تعریف مفهوم کانون توجه (فرار توجه و فراخوانی توجه) توضیح فرآیند روا:	انیمیشن (Ticket without a seat) ویدئو توضیحات	تهیه لیستی از ارزش‌ها و اولیت بندی آنها و تهیه لیستی از اموری که بیشترین وقت را در طول روز صرف آن می‌کنند و مقایسه این دو لیست
هفتم	رویداد واکنش اجتناب (ر:رویداد/ و:واکنش/ !اجتناب)	انیمیشن (Piper) ویدئو توضیحات	شناسایی "روا" ها
هشتم	مرور مطالب جلسه گذشته/آموزش تکنیک‌های واژه- سازی(هماهنگ با شرایط، مبتنی بر فضیلت‌های درونی، معنای تعهد در آن باشد)/ تکنیک قناعت	ویدئو توضیحات	انجام تکنیک‌های آموزش دیده در موقعیت‌های مقتضی
نهم	مرور جلسه گذشته/آموزش تکنیک خودارزیابی و تکنیک تلطیف موقعیت	ویدئو توضیحات	انجام تکنیک‌های آموزش دیده در موقعیت‌های مقتضی
دهم	مرور جلسه گذشته/ و روم: (ر:رویداد/ و:واکنش/ م:مقابله پی در پی)	انیمیشن (Bridge) ویدئو توضیحات	تبدیل "روا" های شناسایی شده به "روم"
یازدهم	مرور مطالب جلسه گذشته/ تعریف ABC رفتاری- معنوی	انیمیشن (I have a black dog) ویدئو توضیحات	ایفای نقش با شناسایی "روا" های زندگی و انجام "روم" ها در مقابل آنها با توجه به ABC رفتاری- معنوی
دوازدهم	مرور مطالب جلسه گذشته/ تکنیک واگذاری	ترانه (به فدای سر تو، محمد زند و کیلی، مناجات با پروردگار)	انجام تکنیک‌های آموزش دیده و نهایتا استفاده از تکنیک واگذاری (بدون پیگیری نتیجه)

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (جدول فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون کلموگروف-اسمیرنوف، آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره)

و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ انجام شد.

نتایج

در این پژوهش ۲ نفر در گروه آزمایش بین ۲۰ تا ۲۵ سال، ۴ نفر در گروه آزمایش و ۴ نفر در گروه کنترل بین ۲۶ تا ۳۰ سال، ۴ نفر در گروه آزمایش و ۳ نفر در گروه کنترل بین ۳۱ تا ۳۵ سال، ۴ نفر در گروه آزمایش و ۵ نفر در گروه کنترل بین ۳۶ تا ۴۰ سال، ۱ نفر در گروه آزمایش و ۳ نفر در گروه کنترل بین ۴۱ تا ۴۵ سال سن داشتند. در گروه آزمایش ۱ نفر و در گروه کنترل ۱ نفر زیر دیپلم، ۷ نفر در گروه آزمایش و ۱۰ نفر در گروه کنترل دیپلم و فوق دیپلم، ۶ نفر در گروه آزمایش و ۳ نفر در گروه کنترل لیسانس، ۱ نفر در گروه آزمایش و ۱ نفر در گروه کنترل مدرک فوق لیسانس و بالاتر داشتند. در گروه آزمایش ۶ نفر و در گروه کنترل ۷ نفر شاغل و ۹ نفر در گروه آزمایش و ۸ نفر در گروه کنترل خانه دار بودند.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیر رشد پس از سانحه و امید به زندگی گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
		میانگین±انحراف	میانگین±انحراف
		معیار	معیار
رشد پس از سانحه	کنترل	۵/۷۶۳±۵۰/۹۳	۵/۸۲۹±۴۷/۶۰
آزمایش	کنترل	۱۱/۳۱۰±۷۱/۲۷	۱۰/۹۸۷±۸۱
امید به زندگی	کنترل	۱۰/۲۷۳±۴۲/۶۰	۸/۹۱۹±۴۴/۱۳
آزمایش	کنترل	۷/۰۹۶±۵۵/۰۷	۵/۰۵۵±۵۹/۵۳

جدول (۲) نشان می‌دهد نمرات متغیر رشد پس از سانحه و امید به زندگی در گروه‌های آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون تغییر یافته است، اما در گروه کنترل، تغییرات محسوسی مشاهده نمی‌شود.

جدول ۳: آزمون باکس برای همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس متغیرهای وابسته گروه‌ها

آزمون باکس	۳/۵۷۷
آماره F	۰/۵۲۶
درجه آزادی ۱	۶
درجه آزادی ۲	۵۶۸۰/۳۰۲
سطح معناداری	۰/۷۸۹

از آنجایی که سطح معناداری آزمون باکس (۰/۷۸۹) بیشتر از مقدار سنجش ۰/۰۵ است ($p > 0.05$)؛ به عبارتی می‌توان گفت تفاوت بین کوواریانس‌ها معنادار نیست و پیش‌فرض برابری کوواریانس متغیرهای وابسته به منظور انجام تحلیل کوواریانس چندمتغیره رعایت شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف متغیرهای رشد پس از سانحه و امید به زندگی

مرحل	گروه	متغیر	آماره	سطح معناداری	نتیجه آزمون
کنترل	رشد پس از سانحه	۰/۶۳۶	۰/۸۱۳	نرمال است	

پیش‌آزمون	امید به زندگی	۰/۸۸۵	۰/۴۱۴	نرمال است
آزمایش	رشد پس از سانحه	۰/۴۴۰ <td>۰/۹۹۰ <td>نرمال است</td> </td>	۰/۹۹۰ <td>نرمال است</td>	نرمال است
کنترل	امید به زندگی	۰/۶۷۲ <td>۰/۷۵۷ <td>نرمال است</td> </td>	۰/۷۵۷ <td>نرمال است</td>	نرمال است
پس‌آزمون	رشد پس از سانحه	۰/۵۲۳ <td>۰/۹۴۷ <td>نرمال است</td> </td>	۰/۹۴۷ <td>نرمال است</td>	نرمال است
کنترل	امید به زندگی	۰/۸۴۱ <td>۰/۴۷۹ <td>نرمال است</td> </td>	۰/۴۷۹ <td>نرمال است</td>	نرمال است
آزمایش	رشد پس از سانحه	۰/۶۲۴ <td>۰/۸۳۱ <td>نرمال است</td> </td>	۰/۸۳۱ <td>نرمال است</td>	نرمال است
کنترل	امید به زندگی	۰/۸۲۹ <td>۰/۴۹۷ <td>نرمال است</td> </td>	۰/۴۹۷ <td>نرمال است</td>	نرمال است

همان‌طور که در جدول (۴) مشاهده می‌شود سطح معناداری متغیر رشد پس از سانحه و امید به زندگی در پیش‌آزمون، و پس‌آزمون بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است؛ لذا فرض نرمال بودن توزیع برقرار است.

جدول ۵: نتایج آزمون لوین به منظور بررسی همسانی واریانس گروه‌ها

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
رشد پس از سانحه	۳/۴۶۱	۱	۲۸	۰/۰۷۳
امید به زندگی	۱/۲۱۹	۱	۲۸	۰/۲۷۹

نتایج آزمون لوین در جدول (۵) نشان می‌دهد که سطح معناداری محاسبه شده بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد، پس می‌توان گفت فرض برابری واریانس‌ها رعایت شده است.

جدول ۶: آماره چندگانه تحلیل کوواریانس رشد پس از سانحه

منبع	مجموع مجذور آزاد	درجه آزادی	میانگین مجذور آزاد	F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آماری
مدل اصلاح شده	۸۴۱۸/۷۳۱	۲	۴۲۰۹/۳۶۵	۵۳/۷۷۳	۰/۰۰۰	۰/۷۹۹	۱
مداخله	۱۷۹۳/۱۷۴	۱	۱۷۹۳/۱۷۴	۲۲/۹۰۷	۰/۰۰۰	۰/۴۵۹	۱
رشد پس از سانحه (پیش‌آزمون)	۵۲/۰۳۱	۱	۵۲/۰۳۱	۰/۶۶۵	۰/۴۲۲	۰/۰۲۴	۱
گروه	۲۹۰۲/۰۵۴	۱	۲۹۰۲/۰۵۴	۳۷/۰۷۳	۰/۰۰۰	۰/۵۷۹	۱
خطا	۲۱۱۳/۵۶۹	۲	۷۸/۲۸۰				
مجموع	۱۳۴۵۶۷	۳					

با توجه به جدول (۶) براساس نتایج حاصل برای نمرات رشد پس از سانحه ($F = 37.073, sig < 0.05$) بدست آمد. میزان اندازه اثر (اتا) در مرحله پس‌آزمون در متغیر رشد پس از سانحه برابر با (۰/۵۷۹) است؛ یعنی ۵۷/۹ درصد تغییرات نمره پس‌آزمون در رشد پس از سانحه مربوط به مداخله مبتنی بر رفتارگرایی معنوی بوده است.

جدول ۷: آماره چندگانه تحلیل کوواریانس امید به زندگی

منبع	مجموع	درجه آزادی	مقدورات	میانگین	F	معداری	سطح	تفاوت	توان آماری
مدل اصلاح شده	۱۹۱۶/۹۳۱	۲	۹۵۸/۴۶۶	۱۹/۴۱۰	۰/۰۰۰	۰/۵۹۰	۱		
مداخله	۱۳۸۸/۷۷۴	۱	۱۳۸۸/۷۷۴	۲۸/۱۲۵	۰/۰۰۰	۰/۵۱۰	۱		
امید به زندگی (پیش‌آزمون)	۱۳۸/۲۳۱	۱	۱۳۸/۲۳۱	۲/۷۹۹	۰/۱۰۶	۰/۰۹۴	۱		
گروه	۷۳۵/۱۵۵	۱	۷۳۵/۱۵۵	۱۴/۸۸۸	۰/۰۰۱	۰/۳۵۵	۱		
خطا	۱۳۳۳/۲۳۶	۲۷	۴۹/۳۷۹						
مجموع	۸۳۸۵۱	۳۰							

با توجه به جدول (۷) براساس نتایج حاصل برای نمرات امید به زندگی پس‌آزمون در امید به زندگی برابر با (۰/۳۵۵)؛ یعنی ۳۵/۵ درصد تغییرات نمره پس‌آزمون در امید به زندگی مربوط به مداخله مبتنی بر رفتارگرایی معنوی بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌ها، مداخله فعال‌سازی رفتاری مبتنی بر ارزش‌ها بر رشد پس از سانحه در مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان اثربخش می‌باشد. این نتایج با برخی مضامین یافته‌های سعلبی‌فرد و همکاران (۱۳۹۹)، مهربان و همکاران (۱۳۹۹) و تقوی بهبهانی و همکاران (۱۳۹۸) همسو می‌باشد. نتایج مطالعات یاد شده نشان داده است که مداخلات معنوی بر رشد پس از سانحه و مؤلفه‌های آن (ارتباط با دیگران، امکانات جدید، قدرت شخصی، تغییر معنوی، درک عمیق زندگی) در زنان مبتلا به سرطان تأثیر معناداری دارد. جلسات درمانی توأم با ارزش‌های معنوی زمینه‌ای را فراهم می‌آورد تا بیماران سرطانی قادر باشند با همتایان خود ارتباط برقرار کنند و در کنار یکدیگر به تمرین مهارت‌هایی معنوی همچون ذکر، توکل، شکرگزاری و نوع دوستی بپردازند. این امر می‌تواند موجب توانمندی و افزایش قدرت فردی آن‌ها در پذیرش بیماری ناتوان کننده خود، خودگویی‌های مثبت، کنترل افکار منفی و ناامید کننده، کنترل هیجان‌های منفی و همچنین آگاهی از قدرت و کرامت انسانی خود شود و در نهایت تقویت کننده حس امیدواری و رشد پس از بیماری سرطان در آن‌ها باشد (سعلبی‌فرد و همکاران، ۱۳۹۹).

به نظر می‌رسد که تجربه پریشانی روانی جهت ترویج و تحریک بازسازی شناختی ضروری است و منجر به درک فرد از رشد می‌شود. به عبارتی، رشد پس از سانحه و آسفتگی روانی به طور جدایی ناپذیری با هم مرتبط هستند. بنابراین هدایت فرد به ارزیابی مجدد مشکل و صورت‌بندی مجدد دنیای خود به منظور سازگاری با شرایط امری ضروری است (کالهن و همکاران، ۲۰۰۰). در این راستا می‌توان گفت به استثناء بازتاب‌ها و غرایز، رفتار انسان یا کنشگر

(رفتاری که در کنترل بافتار کنونی و گذشته است) و یا پاسخگر (رفتاری که توسط محرک‌های برانگیزاننده به طور خودکار و ناگهانی ایجاد می‌شود) است. آگاهی از ابتلای فرزند به سرطان به عنوان محرک برانگیزاننده و پیشایند، می‌تواند تغییرات و برانگیختگی فیزیولوژیک، هیجانی (هیجان‌های آشفته‌ساز)، شناختی (افکار خودکار منفی با محتوای سختی درمان، لاعلاج بودن بیماری و ...) و پیامد آن رفتارهای ظاهری منفی و آشفته‌ساز متعددی را فراخوانی کند. اعتبار و قداست دادن به رفتارهای پاسخگر که طبیعی و غیرارادی می‌باشد، منجر به بیش بها دادن به محرک فراخوان کننده خواهد شد. نتایج پژوهش کالهن و همکاران (۲۰۰۰)، نشان داد رشد پس از سانحه با نشخوار ذهنی همبستگی مثبت دارد، آن هم زمانیکه این نشخوار دربرگیرنده افکار منفی خود تنبیه کننده نباشد. بکارگیری مفهوم «نگاه گاو» به رفتارهای پاسخگر (نگاهی بدون قضاوت، تعلق و اجتناب به رخداد) تکنیکی است که به پیشگیری از راه اندازی رفتارهای کنشگر توسط رفتارهای پاسخگر منجر می‌شود. از سویی بروز رفتارهای ظاهری (مانند بی‌قراری، ترحم طلبی)، پیامدهای تقویت مثبت مانند دریافت توجه و حمایت اطرافیان و تقویت منفی مانند کاهش موقتی هیجان منفی و خشم، رفتارهای کنشگری را ایجاد می‌کند و منجر به استحکام چرخه معیوب محرک-رفتار-پیامد خواهد شد. استفاده از «تکنیک وقفه» به عنوان یک از ابزارهای مقابله در چرخه روم (رویداد-واکنش-مقابله)، منجر به مرگ زندگی چند ثانیه‌ای رفتارهای پاسخگر و عدم تداوم چرخه معیوب روا (رویداد-واکنش-اجتناب) خواهد شد. بنابراین رشد در اثر استفاده از روش‌های مقابله‌ای کارآمد و به وجود آمدن باورهای جدید به وجود می‌آید (جانوف بولمن، ۲۰۰۶). همچنین پژوهش‌ها در بیماران سرطانی نشان داده‌اند که شرط اصلی رشد بیمار زمانی است که مکانیسم‌های دفاعی همچون انکار را کنار بگذارد، با بیماری مواجه شود؛ که هرچند این مواجهه دردناک است اما تأثیرگذار خواهد بود (فاضل و همکاران، ۱۳۹۶).

طبق نظر تدسچی و کالهن (۱۹۹۶)، رشد پس از سانحه به عنوان درک مثبتی از ابعاد دشوار زندگی ممکن است رخ دهد. این تغییر نگرش به جای توجه به جنبه آسیب‌زایی حوادث، جنبه مثبت و رشدافزایی حوادث را مورد توجه قرار می‌دهد و به تغییرات روان‌شناختی مثبت اشاره دارد. این تغییرات شامل افزایش خودآشنایی، برون ریزی هیجانی، محبت و مهربانی، همدلی و صمیمیت و تلاش برای ایجاد و حفظ روابط می‌باشد (مک میلان، ۲۰۰۴). در نقطه مقابل تیلور (۱۹۸۳)، رشد پس از سانحه را یک فرایند مقابله‌ای رانده شده توسط توهمات یا خطاهای حسی اساسی مثبت می‌داند و به عنوان یک انحراف شناختی مثبت، بر پردازش شناختی به عنوان مرکزی جهت تعدیل روند استرس پس از سانحه تأکید دارد (مک میلان، ۲۰۰۴). اما به نظر می‌رسد بر خلاف آنچه تیلور عنوان کرده است، رشد پس از سانحه نه توهم می‌تواند باشد و نه یک خطای شناختی؛ چراکه در الگوی فعال‌سازی رفتاری مبتنی بر ارزش‌ها، رشد با تکیه بر توانمندی‌های درونی و فضیلت‌های واقعی و اصریل افراد، تعیین ارزش‌ها و

تکیه‌گاه‌هایی است که کمک می‌کند به وسیله آن بتوان از میان احساسات سوار شده وحشتناک و اندوه، به جستجوی معنا پرداخت (کریسپ، ۲۰۱۶). ایمان در طول بیماری فرزند به عنوان یک قطب‌نما اخلاقی به تصمیم‌گیری و کاهش احساسات منفی مانند عصبانیت، سردرگمی و از دست دادن هدف، کمک می‌کند. والدینی که به خدا اعتماد می‌کنند زمینه را برای احساس آرامش و آسایش خود فراهم می‌کنند (هگزیم^۱ و همکاران، ۲۰۱۱). به نقل از کریسپ، ۲۰۱۶. کارنی^۲ (۱۹۸۸)، معتقد است امید و ایمان از طریق اولین تلاش‌های فرد در جهت اعتماد اساسی به جهان و خودکارآمدی وی پیوند می‌یابد. بر این اساس، ممکن است روان‌درمانی سرطان، بازگرداندن ایمان به زندگی و منابع خلاق درونی افراد مبتلا باشد؛ چراکه امید توانمندی لازم را در افراد برای حل مسائل و مشکلات و رو به رو شدن با فقدان‌ها، مصیبت‌ها، ناخوشی‌ها، تنهایی و رنج به همراه می‌آورد (بالسانلی، گروس و هرت، ۲۰۲۰). امام علی علیه السلام می‌فرماید: «کسی که صبر کند، رنج و محنت او سبک شود» (آمدی، ۱۳۷۷: ۶۰۶، ۶۱۶، ۶۱۸؛ به نقل از حسین ثابت، ۱۳۹۲). از این رو مادران یا مراقبین اولیه کودک مبتلا می‌توانند با توجه به ارزش‌های تعریف شده و نیز تاکید بر مفهوم صبر (بدون دلتنگی، بدون گلیایه از خداوند و هر آنچه می‌توانیم در موضوع درمان کودک با تمام وجود انجام دهیم) و نیز تکنیک واگذاری (اقدام به رفتار درست، ضروری و در حد توان و واگذاری نتیجه به آن نیروی ماورایی و قدرتمند، بدون پیگیری، نگرانی و تشویش و در نهایت گمان نیک به آن نیروی مطلق) و با یاری جستن از تکنیک تلطیف موقعیت (بهرهمندی از عناصر مطلوب و خوشایند مانند همراهی یک دوست، خواندن دعا، گوش کردن به یک موسیقی و امثال آن، برای تحمل شرایط سخت و طاقت فرسا) به افزایش امید به زندگی دست یابند. چراکه به نظر می‌رسد وقتی تغییر و تلطیف شرایط توسط توانمندی‌های درونی - که در دسترس و تحت کنترل خود فرد است - رخ دهد، نقش امیدوار کننده بیشتری دارد تا زمانی که این تغییر شرایط، حاصل عوامل بیرونی یا نیاز به اصلاح نقص و مشکلی درونی (مانند اصلاح خطاها و نقص‌های شناختی که در درمان شناختی-رفتاری مرسوم است) که احتمال ایجاد مقاومت یا عدم تمایل و آمادگی توسط فرد را خواهد داشت و امیدواری مورد نیاز را ایجاد نمی‌کند.

این پژوهش مانند اکثر پژوهش‌ها به صورت مقطعی بوده و ابزار جمع‌آوری اطلاعات نیز پرسشنامه، که یک ابزار خود گزارش دهی است، بود. لذا در تعمیم نتایج به جوامع دیگر باید احتیاط لازم صورت گیرد. یافته‌های این پژوهش نشان داد که الگوی مداخله فعال‌سازی رفتاری مبتنی بر ارزش‌ها تأثیر مثبت و معناداری در رشد پس از سانحه و افزایش امید به زندگی داشته است. به منظور تعمیم بهتر نتایج پیشنهاد می‌شود از این الگو در جوامع دیگری که نیازمند دریافت خدمات بهداشت روان هستند، استفاده گردد و نظر به اینکه ارتقاء مولفه‌های رشد پس از سانحه و امید به زندگی کمک شایانی به تسهیل در سپری کردن دوره درمان، برای مادران کودکان

اولویت‌بندی آن‌ها شکل می‌گیرد. یافته‌های پترسون^۱ و همکاران (۲۰۰۸)، از این نتیجه حمایت می‌کند. بررسی آن‌ها نشان داده است که در امتداد نظرات تدسچی و کالهن (۱۹۹۶)، اکثر فضایل شخصیت با رشد پس از سانحه رابطه دارد، هر چند که تأثیر برخی از آنها ناچیز است اما نمی‌توان اهمیت آن‌ها را کم دانست.

با توجه به نتایج بدست آمده، مداخله فعال‌سازی رفتاری مبتنی بر ارزش‌ها بر امید به زندگی مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان اثربخش می‌باشد. این نتایج با مضامین یافته‌های سعلبی‌فرد و همکاران (۱۳۹۹)، عسکری و همکاران (۱۳۹۶)، ظهراپ‌نیا و رضاخان (۱۳۹۴)، مرصعی و آقاجان (۱۳۹۳)، همسو می‌باشد. نتایج مطالعات یاد شده نشان داده است که مداخلات معنوی بر امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان تأثیر مثبت و معناداری دارد.

در تبیین این نتیجه باید عنوان کرد روبرو شدن با حوادث آسیب‌زا در فرد هیجان‌ناگونی پدید می‌آورد و در نهایت منجر به تحولاتی در ابعاد مختلف زندگی می‌شود (عسگری و نقوی، ۱۳۹۸). حادثه قریب الوقوعی مانند از دست دادن کودک مبتلا به سرطان برای خانواده ویرانگر بوده و ممکن است آنان را دچار بحران ایمان کند (کریسپ، ۲۰۱۶). از این رو به منظور تحمل ایهام درمان فرزند، مادران با تکیه بر مفهوم ایمان (اطمینان خاطر مطلق قلبی به خداوند حکیم) و نیز بهره‌مندی از مفهوم ارزشی «قناعت شناختی» (آگاهی تمام عیار و شناسایی حداکثری فرصت‌ها و موهبت‌های زندگی و توانمندی‌های خویش‌تن)، «قناعت هیجانی» (ادراک عمیق هیجان به واسطه آگاهی‌های بدست آمده در قناعت شناختی و ابراز با تمام وجود و بدون ممانعت) و «قناعت رفتاری» (با استفاده از انرژی حاصل قناعت هیجانی، دست به اقدام و رفتار زدن با هدف نهایت استفاده از موهبت‌ها، دستاوردها و فرصت‌های زندگی)، به مقابله پی در پی با ناامیدی می‌پردازند.

یکی از اصلی‌ترین اهداف فعال‌سازی رفتاری مبتنی بر ارزش‌ها، تماس با تقویت‌کننده‌های مثبت، متنوع و پایدار است. مثبت به این مضمون که وقتی به دنبال یک رفتار خاص ارائه شود، باعث افزایش احتمال وقوع آن رفتار در آینده شود؛ متنوع به این معنی که اگر تقویت‌کننده‌ای از دست برود، باقی تقویت‌کننده‌ها وجود داشته باشند تا کارکرد عوامل محافظت‌کننده را داشته باشند؛ و پایدار به این معنی که اثر تقویت‌کنندگی آن به راحتی با عواملی مثل اشباع و خوگیری از بین نرود. در واقع می‌توان انتظار داشت رفتارهایی که منجر به تماس مداوم با منابع تقویتی مثبت، متنوع و پایدار می‌شود، بصورت بالقوه به ایجاد یا افزایش امید به زندگی می‌انجامد. شواهد نشان داده‌اند که تجارب معنوی به هنگام مواجهه با فشار و بیماری‌های صعب‌العلاج می‌تواند به ایجاد چارچوبی برای معنای تروما، ارائه منابع و ایجاد امید منتهی شود (غباری بناب و همکاران، ۱۳۸۶؛ به نقل از مهربان و همکاران، ۱۳۹۹). ایمان، امید و معنویت از نظر برخی افراد

1. Peterson
2. Hexem
3. Carni

مبتلا به سرطان خواهد داشت، پیشنهاد می‌شود از این الگو در مراکز درمانی به خصوص مراکز درمان بیماران مبتلا به سرطان به عنوان برنامه حمایت روان‌شناختی استفاده شود.

تشکر و قدردانی

تشکر و قدردانی از تمام کسانی که در این پژوهش ما را یاری نمودند، بخصوص مسئولین بیمارستان امام خمینی (ره) تهران و مادرانی که با حضور در جلسات آموزشی، فرصت چنین پژوهشی را فراهم ساختند

منابع

انجمن روان پزشکی آمریکا. (۲۰۱۳). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی DSM 5* - ترجمه ف. رضاعی، ع. فخرایی، آ. فرمند، ع. نیلوفری، ژ. هاشمی آذر، ف. شاملو. تهران: انتشارات ارجمند.

آمدی، عبدالواحد بن محمد. (۱۳۷۷). *غُرِّ الْحِكْمِ وَ دُرَّرِ الْكَلِمِ*. ترجمه هاشم رسولی محلاتی، تهران: دفتر نشر فرهنگ اسلامی.

باربر، ج؛ پارکس، م. (۱۳۹۹). کتابچه راهنمای مراقبت معنوی در مبتلایان به اختلالات روان پزشکی، ترجمه محمدمهدی شمسائی و زینت مهربخش، تهران: تیمورزاده نوین.

پرهون، هادی؛ مردی، علیرضا؛ حاتمی، محمد؛ مشیرپناهی، شیوا. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری کوتاه مدت بر کاهش علائم افسردگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران افسرده اساسی، *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*، شماره چهاردهم، سال چهارم، ۶۲-۴۱.

پورموحّد، ز؛ یاسینی اردکانی، س. م؛ روزبه، ب؛ یاسینی اردکانی، س. ع؛ راعی عزآباد، ا. (۱۳۹۹). تاثیر آوای قرآن کریم بر اختلال استرس پس از سانحه در مادران نوزادان زودرس، *قرآن و طب*، ۵ (۱)، ۵۰-۵۷.

تقوی بهبهانی، آ؛ نظری، ع؛ شهید ثالث، س؛ خواججه‌وند، ا. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر رشد پس از سانحه در زنان مبتلا به سرطان پستان. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۹ (۸۴)، ۸-۱.

تیمورپور، س؛ اکبری، م؛ حسنی، ج. (۱۳۹۸). بررسی مکانیسم اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری از طریق انعطاف‌پذیری شناختی و اعتناپذیری هیجانی بر علائم زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، *فصلنامه روانشناسی شناختی*، دوره ۶، شماره ۴، ۱-۱۳.

حدادی کوهسار، ع. ا؛ مرادی، ع؛ غباری بناب، ب؛ ایمانی، ف. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی معنویت درمانی مبتنی بر فرهنگ ایرانی با رویکرد شناختی-درمانی با رویکرد ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به درد مزمن. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۸ (۳۱)، ۱-۳۰.

حسین ثابت، فیرده. (۱۳۹۱). مبانی دینی و تحلیل روان‌شناختی «صبر» با تکیه بر آیات قرآن کریم. *سراج منیر*، ۳ (۸)، ۹۵-۱۱۳.

حسین‌زاده، ف؛ رادفر، م؛ مقدم تبریزی، ف؛ خلخالی، ح. ر. (۱۳۹۹). تاثیر گروه درمانی مبتنی بر تاب‌آوری بر مقابله با بیماری فرزند در بعد درک مادران از وضعیت سلامتی فرزند مبتلا به سرطان خود: یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده. *مجله پرستاری و مامایی*، دوره ۱۸، شماره ۳ (۱۲۸)، ۲۲۳-۲۳.

حیدرزاده، م؛ رسولی، م؛ محمد شاهی، ف؛ علوی مجد، ح؛ میرزایی، ح؛ طهماسبی، م. (۱۳۹۴). بررسی ابعاد رشد پس از سانحه ناشی از سرطان در بیماران نجات یافته از آن. *پرستاری و مامایی جامع نگر*، ۲۵ (۷۶)، ۳۳-۴۱.

دهخدا، آ؛ بهمنی، ب؛ دادخواه، ا؛ گودرزی، ک. (۱۳۹۲). *اثربخشی شناخت درمانی معنویت محور بر کاهش علائم افسردگی مادران کودکان مبتلا به سرطان*. وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، پژوهشکده علوم بهزیستی.

سعلبی‌فرد، ص؛ تاجری، ب؛ رفیعی پور، ا. (۱۳۹۹). تاثیر «معنویت درمانی» بر رشد پس از سانحه، شفقت به خود و امید در زنان مبتلا به سرطان پستان. *نشریه مدیریت ارتقای سلامت*، دوره ۹، شماره ۶، ۲۵-۳۶.

سهرابی، فرامرز. (۱۳۹۴). روان‌درمانی‌های موج سوم: خاستگاه، حال و چشم انداز، با تاکید ویژه بر طرحواره درمانی. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۵ (۱۸)، ۱-۱۴.

سیف حسینی، آ؛ اسدی، ج؛ ثناگو، ا؛ خواجه‌وند خوشلی، ا. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر درمان گروهی و برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب‌آوری مادران کودکان مبتلا به سرطان. *مجله دانشکده پزشکی*، دوره ۶۲، ۱ (۴)، ۴۱۱-۴۲۰.

ظهربان‌نیا، ا؛ رضاخانی، س. (۱۳۹۴). اثربخشی معنویت درمانی بر افزایش امیدواری و تاب‌آوری معلولین جسمی و حرکتی. *کنفرانس بین‌المللی یافته‌های نوین پژوهشی در روانشناسی و علوم تربیتی*.

عباسی، ف؛ کیمیایی، س. ع؛ صفاریان طوسی، م. ر؛ عابدی، م. ر. (۱۳۹۷). موج چهارم رفتار درمانی: روند شکل‌گیری درمان‌های رفتاری و چالش‌های آن، *رویش روانشناسی*، سال هفتم، شماره ۱، شماره پیاپی ۲۲، ۲۳۳-۲۳۶.

عسگری، م؛ نوروزی، م؛ رادمهر، ح؛ محمدی، ح. (۱۳۹۶). بررسی اثربخش آموزش سلامت معنوی بر امیدواری و راهبردی مقابله‌ای در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (ام. اس). *مجله پژوهش در دین و اسلام*، ۳ (۳)، ۵-۱۷.

عسگری، ز؛ نقوی، ا. (۱۳۹۸). تبیین فرایند رشد پس از سانحه: ترکیب مضمون مطالعات کیفی، *روان پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۲۵ (۲)، ۲۲۲-۲۳۵.

غباری بناب، ب؛ غلامعلی لوانسانی، م؛ روجلیلی، ف. (۱۳۸۶). رابطه جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی مادران کودکان استثنایی. *مجله روانشناسی*، دوره ۱۱، ۲ (۴۲)، ۱۲۲-۱۳۴.

فاضل، م. سلیمی بجستانی، ح؛ فرح‌بخش، ک؛ اسماعیلی، معصومه. (۱۳۹۶). ارائه الگوی رشد پس از سانحه در بیماران سرطانی: یک مطالعه گراند تئوری. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۸ (۲۹)، ۷۰-۱۰۵.

کمری، س؛ فولادچنگ، م. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش معنویت درمانی مبتنی بر مثبت‌نگری بر میزان امید به زندگی و رضایت از زندگی نوجوانان. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره (مطالعات تربیتی و روان‌شناسی)*، ۶ (۱)، ۵-۲۳.

لطفی کاشانی، ف؛ وزیری، ش؛ قیصر، ش؛ موسوی، س؛ هاشمیه، م. (۱۳۹۱). اثربخشی مداخله معنوی بر ارتقای کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به سرطان. *فقه پزشکی*، ۴ (۱۱)، ۱۲-۱۴۹.

محمودفخه، ه؛ خادمی، ع؛ تسبیح‌سازان، ر. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادکامی و بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان سرطانی. *مجله پرستاری کودکان*، ۵ (۴)، ۷۱-۷۸.

مرصعی، ف؛ آقاجانی، م. (۱۳۹۳). بررسی تأثیر مشاوره با رویکرد معنویت بر امید در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه. *فصلنامه طب مکمل*، ۴ (۲)، ۷۷۶-۷۸۶.

معماریان، ن. (۱۳۹۶). جایگاه معنویت در خدمات سلامت روان. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۲۳ (۱)، ۶-۸.

مهربان، ش؛ خلیل‌زاده، ن؛ شریفی، م؛ اسمری برده زرد، ی. (۱۳۹۹). اثربخشی معنویت‌درمانی گروهی بر تسهیل فرایند رشد پس از سانحه در زنان مبتلا به سرطان پستان. *پژوهش در دین و سلامت*، دوره ۶، شماره ۳۶، ۷-۱۷.

نصیری، ح؛ جوکار، ب. (۱۳۸۷). معناداری زندگی، امید، رضایت از زندگی و سلامت روان در زنان (گروهی از زنان شاغل فرهنگی). *زن در توسعه و سیاست (پژوهش زنان)*، ۶ (۲)، ۱۵۷-۱۷۶.

نیکپور، م؛ شمسایی، م. (۱۳۹۸). رفتارگرایی معنوی، الگوی یکپارچه نگر در کنترل رفتار خوردن. *هفتمین کنگره ملی پیشگیری و درمان چاقی ایران*.

- Alavian, R. S., Tabibi, Z., Banihashem, A., & Abdekhodae, M. (2015). Parent-child play therapy on depression symptoms in children with cancer decreases perceived stress on their mothers and improving parent-child relationship. *Journal of Cellular Immunotherapy*, 1(1), 4–5.
- Balsanelli, A. C., Gross, S. A., & Herth, K. (2020). Cultural adaptation and validation of the herth hope index for Portuguese language; Study in patients with chronic illness. *Texto Contexto Enfermagem*, 19(4), 754–761.
- Cadell, S., Regehr, C., Hemsworth, D. (2003). Factors contributing to posttraumatic growth: a proposed structural equation model. *Am J Orthopsychiatry*, 73(3): 279-87.
- Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G., & McMillan, J. (2000). A correlational test of the relationship between posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 521–527.
- Callaghan, G.M., & Darrow, S.M. (2015). "The role of functional assessment in third wave behavioral interventions: foundations and future directions for a fourth wave", *Current Opinion in Psychology*, 2: 60–64.
- Carni, E. (1988). Issues of hope and faith in the cancer patient. *Journal of religion and health*, 27(4), 285–290.
- Crisp, C. L. (2016). Faith, Hope, and Spirituality: SUPPORTING PARENTS WHEN THEIR CHILD HAS A LIFE-LIMITING ILLNESS. *Journal of Christian nursing: a quarterly publication of Nurses Christian Fellowship*, 33(1), 14–21.
- Darrodi, H. (2010). *Part of couples' therapy group hoping to increase the marital satisfaction of married couples and addicts*. Tehran: University of social welfare and Rehabilitation sciences.
- Doussard, J., Joe, C. M., Bazhenova, O. v, & Porges, S. (2003). Mother-child interaction in autistic and non-autistic children: Characteristics of maternal approach behaviors and child social responses. *CAMBRIDGE UNIVERSIRY PRESS*, 15(2), 277–295.
- Gestel-Timmermans, H., Bogaard, J., Brouwers, E., Herth, K., & Nieuwenhuizen, C. (2010). Hope as a determinant of mental health recovery: a psychometric evaluation of the herth hope index-Dutch version. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(1), 67–74.
- Gonçalves, J. P. B., Lucchetti, G., Menezes, P. R., & Vallada, H. (2015). Religious and spiritual interventions in mental health care: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Psychological Medicine*, 45(14), 2937–2949.
- Grewal, P. K., & Porter, J. E. (2007). Hope Theory: A Framework for Understanding Suicidal Action. *Death Studies*, 31(2), 54-131.
- Hayes, S.C. (2004). "Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies", *Behavior therapy*, 35: 639–665.
- Hexem, K. R., Mollen, C. J., Carroll, K., Lanctot, D. A., & Feudtner, C. (2011). How parents of children receiving pediatric palliative care use religion, spirituality, or life philosophy in tough times. *Journal of Palliative Medicine*, 14(1), 39–44.
- Janoff- bulman, R. (2006). *Schema- changes perspective on posttraumatic growth*. In *Handbook of posttraumatic groeth; Research and Practice*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Jayawickreme, E., & Blackie, L. E. R. (2014). Post-traumatic growth as positive personality change: Evidence, controversies and future directions. *European Journal of Personality*, 28(4), 312–331.
- Joseph, S., & Linley, P. A. (2005). Positive Adjustment to Threatening Events: An Organismic Valuing Theory of Growth through Adversity. *SAGE Journals*, 9(3), 262–2.
- Kanter, J.W., Puspitassari, A., Santos, M., Nagy, G. (2014). Social work and behavioral activation. In M. S. Boone (Ed.), *Mindfulness and acceptance in social work*, (pp.101-122). Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Khursheed, M., Shahnawaz, M.G. (2020). Trauma and Post-traumatic Growth: Spirituality and Self-compassion as Mediators Among Parents Who Lost Their Young Children in a Protracted Conflict. *J Relig Health*, 59, 2623–2637.
- Krok, D. (2008). The role of spirituality in coping: Examining the relationships between spiritual dimensions and coping styles. *Mental Health, Religion & Culture*, 11(7), 643–653.
- Kuttner, L., Boeman, M., & Teasdale, M. (1988). Psychological treatment of distress, pain, and anxiety for young children with cancer. *Dev Behav Pediatr*, 374–382.
- Love, C., & Sabiston, C. M. (2011). *Exploring the links between physical activity and post-traumatic growth in young adult cancer survivors*. *Psych oncology*. 20(3), 278–286.
- McMillan, J. C. (2004). Posttraumatic growth; what s it all about? *Psychological Inquiry*, 15, 48–52.
- Mehranfar, M., Younesi, J., & Banihashem, A. (2012). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on reduction of depression and anxiety symptoms in mothers of children with cancer. *Iranian Journal of Cancer Prevention*, 5(1), 1–9.
- Morris, B. A., Shakespeare-Finch, J., & Scott, J. L. (2012). Posttraumatic growth after cancer: the importance of health-related benefits and newfound compassion for others. *Support Care Cancer*, 20(4), 749–756.
- Peterson, C., Park, N., Pole, N., D'Andrea, W., Seligman, M. E. (2008). Strengths of character and posttraumatic growth. *J Trauma Stress*, 21(2):214-7.
- Petrova, M., Dale, J., Fulford, B. K. (2006). Values-based practice in primary care: easing the tensions between individual values, ethical principles and best evidence. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 56(530), 703–709.
- Richards, P. S., Hardman, R. K., & Berrett, M. (2007). *Spiritual Approaches in the Treatment of Women with Eating Disorders*, *American Psychological Association*.
- Roswarski, T. E., & Dunn, J. P. (2009). The role of help and hope in prevention and early intervention with suicidal adolescents: Implications for mental health counselors. *Journal of Mental Health Counseling*, 31(1), 34–46.
- Schrank, B., Stanghellini, G., & Slade, M. (2008). Hope in psychiatry: a review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 118(6), 421–433.
- Scott, P. R., & Bergin, A. E. (2006). *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy* (2nd ed.). Washington, DC: American psychological Association.
- Seligman, L., & Ollendick, T. (2011). Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders in Youth. *Child Adolescent Psychiatric ClinNam*, 20(2), 217–238.
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., & et al. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(4), 570–585.

- Snyder, C. R., Lopez, S. J., Shorey, H. S., Rand, K. L., & Feldman, D. B. (2003). Hope theory, measurements, and applications to school psychology. *School Psychology Quarterly*, 18(2), 122–139.
- Swallow, V. M., & Jacoby, A. (2001). Mothers' evolving relationships with doctors and nurses during the chronic childhood illness trajectory. *Journal of Advanced Nursing*, 36(6), 755–764.
- Taylor, S. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38, 1161–1173.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). Posttraumatic growth inventory. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455–471.
- Van Warmerdam, J., Zabih, V., Kurdyak, P., Sutradhar, R., & Gupta, S. (2019). Prevalence of anxiety, depression, and posttraumatic stress disorder in parents of children with cancer: A meta-analysis. *Pediatric blood & cancer*, 66(6), e27677.