## اميد به زندگي

اميد ويژگي مثبتي است که به وسيله اشنايدر[[1]](#footnote-1) (1999) معرفي شده است و از مفاهيم بسيار نزديک به روان شناسي مثبت نگر به شمار مي رود. پژوهش هاي متعدد به اميد به عنوان يک مؤلفه ي مثبت که بر پيامدهاي شناختي و عاطفي افراد مؤثر است، اشاره کرده اند. سطح بالاي اميد با بهزيستي روان شناختي، کنار آمدن با استرس، تنظيم پريشاني هيجاني، عزت نفس، شايستگي اجتماعي، خودکارآمدي و پيشرفت تحصيلي همراه بوده است (بيوکنن[[2]](#footnote-2)، 2007؛ سماوي و همکاران، 2012).

محققان نشان داده اند که نوجوانان و بزرگسالان با سطوح بالاي اميدواري در موضوعات مربوط به مدرسه، ورزش، حفظ سلامتي، حل مسئله و بهزيستي رواني عملکرد بهتري دارند (اشنايدر و همکاران، 2003). اميد به طور مؤثري بر بسياري از حوزه هاي زندگي تأثير گذار است، چرا که افراد اميدوار بهتر قادرند تا هدف هاي مؤثري را تعيين کنند و تصميميات مناسبي درباره اين هدف ها اتخاذ کنند. يافته هاي پژوهشي نشان مي دهد که اميدواري بالاتر يک فرد به طور مثبت با عزت نفس و شايستگي ادراک شده و به طور منفي با نشانه هاي افسردگي رابطه دارد (اشنايدر و همکاران، 1997).

**تاريخچه ي اميد**

کارل منينجر[[3]](#footnote-3) (1959) براي اولين بار در جمع روان پزشکان از اميد به عنوان نقطه ي قوت در بيماران اشاره کرد و همکاران خود را تشويق کرد تا قدرت اميد را در بيماران باز شناسند. وي اين سؤال را مطرح کرد که آيا اکنون وظيفه ي ما نيست به عنوان يک دانشمند نه درباره ي يک سلاح جديد، يک موشک يا يک بمب بلکه درباره ي اين حقيقت قديمي اما نوظهور يعني اميد صحبت کنيم (برچارد[[4]](#footnote-4) و همکاران، 2003). اما کسي که بيش از ديگران نام او با سازه ي اميد همراه است، چارلز ريک اشنايدر است که به عنوان پدر اميد اولين بار نظريه اش را درباره ي اميد، چگونگي و ابعاد آن مطرح کرد (بهاري، 1390). اميد در فرهنگ و بستر به عنوان تمايل به کار کردن با چيز با ارزشي همراه با انتظار وقوع آن در طول زمان تعريف شده است. در طي دهه هاي 1950 تا 1960 روان پزشکان و روان شناسان، اميد را به عنوان انتظار مثبت براي دست يابي به هدف توصيف کرده اند (منينجر، 1959؛ استاتلند[[5]](#footnote-5)، 1969؛ به نقل از سماوي، 1391). لوپز[[6]](#footnote-6) و همکاران (2004) اظهار داشتن که قدرت اميد به عنوان يک نيروي انگيزشي در سرتاسر تاريخ روان شناسي مورد بحث و بررسي قرار گرفته است. ارزش اميد به قدرتي است که در آينده نهفته است، از اين رو نگاه به آينده مؤلفه ي محوري اميد است. به اعتقاد اشنايدر (2002) اميد مهارتي آموختني است که از طريق جريان اجتماعي شدن از سال هاي کودکي آموخته مي شود. اشنايدر (2002) به ماهيتي فعال از مفهوم اميد اعتقاد دارد که در برگيرنده ي داشتن هدف، برنامه ريزي و داشتن اراده براي دست يابي به هدف و مقابله با اين موانع است. به طور کلي در ادبيات پژوهشي تعريف و توصيف هاي متعددي از اميد ارائه شده است که در برخي از اميد به عنوان يک سازه ي شناختي و در برخي ديگر از آن به عنوان يک مفهوم عاطفي ياد کرده اند. مثلاً نان[[7]](#footnote-7) (1996) اميد را تمايلي کلي فرد به ساختن آينده و نوعي پاسخ مثبت به آينده ي ادراک شده مي داند. از نگاه مک اينيس[[8]](#footnote-8) و چان[[9]](#footnote-9) (2007) اکثريت مردم اميد را به عنوان يک هيجان توصيف مي کنند؛ هيجان هايي که از هيجان هاي ترس، خشم يا عشق بالاتر است و در موجودات غير انساني وجود ندارد (به نقل از سماوي، 1391).

نزديک به سازه ي اميد، مفاهيمي چون خوش بيني، ايمان، آرزو کردن و خودکارآمدي مطرح شده است. اگر چه بين اين مفاهيم و اميد همپوشي زيادي وجود دارد اما تفاوت هاي مهمي بين اين مفاهيم و سازه ي اميد به چشم مي خورد که بر مفهوم سازي نظري و نيز مداخله هاي مبتني بر اميد تاًثير مي گذارد. در مورد اميد و خوش بيني به نظر مي رسد که دو مفهوم با معناي يکسان هستند اما اشنايدر (2000) باور دارد که اين دو مفهوم متفاوتند. خوش بيني و اميد از اين نظر که هر دو مفاهيمي مربوط به آينده هستند وجه اشتراک دارند، اما افراد خوش بين اگر چه باور دارند که چيزهاي مثبتي براي آن ها رخ خواهد داد اما لزوماً برنامه ريزي روشني براي دست يابي به هدف هاي خود ندارند. علاوه بر آن، افراد خوش بين در برخورد با موانع به راحتي ناکام شده، دست از تلاش بر مي دارند، اما افراد پر اميد هم داراي هدف هستند و هم با قدرت اراده، موانع دست يابي به هدف را تشخيص مي دهند و از سر راه خود بر مي دارند (پترسون[[10]](#footnote-10)، 2006).

بين اميد و ايمان نيز تفاوت وجود دارد. وجه اشتراک اميد وايمان نيز نگاه به آينده است. اما بر خلاف اميد که ماهيتي احتمالي دارد، ايمان از قطعيت بيشتري برخوردار است.افراد با ايمان، اعتقاد راسخ دارند که نتيجه ي مثبت رخ خواهد داد، اما افراد پر اميد به درجه اي از عدم قطعيت نيز باور دارند (بهاري، 1390). اميد و آرزو کردن نيز هر دو در نگاه به آينده شباهت دارند. تفاوت اين دو در آن است که اميد به روشني با انگيزش و تمايل به عمل پيوند خورده است اما براي آرزو کردن چنين ماهيتي وجود ندارد. از ديگر سو، اميد با پيامدهايي سر و کار دارد که احتمال وقوع آن ممکن خواهد بود اما همه ي ما مي توانيم آرزوي چيزهايي داشته باشيم که غير ممکن باشند. در همين راستا، افراد بر پيامدهاي اميد بيش از پيامدهاي آرزو کنترل و تسلط دارند. به اين دليل آرزو کردن بيشتر با مفهوم خيال پردازي گره خورده است (بهاري، 1390).

**نظريه ي اميد: يک الگوي تفکر هدف-مدار**

حدود دو دهه پيش اشنايدر و اعضاي آزمايشگاه اميد در دانشگاه کانزاس (1991) مفهومي از اميد ارائه کردند که برخلاف مفهوم سنتي آن که يک هيجان منفعل پنداشته مي شد، به عنوان فرايندي توصيف شد که از طريق آن افراد به طور فعال هدف هاي خود را دنبال مي کنند. در اين زمينه، اميد به عنوان يک فرايند شناختي هدف- مدار مفهوم سازي شد. به خصوص اشنايدر و همکاران (1991، به نقل از سماوي، 1391) اميد را به عنوان يک سازه ي شناختي تعريف کردند که بر اساس آن مؤلفه هاي عامليت و مسيريابي قابل استخراج است.از اين رو تفکر اميد بخش هميشه در برگيرنده سه مؤلفه ي هدف، تفکر عامليت و تفکر مسيريابي است.

هدف ها، غايت هايي هستند که ايجاد کننده ي اميد مي باشند. طبق تعريف گسترده ي هدف در چارچوب نظريه ي اميد، هدف هر چيزي است که فرد تمايل دارد آن را به دست آورد، انجام دهد، تجربه کند و بيافريند (اشنايدر، 2002). چنين هدفي مي تواند کاملاً بزرگ باشد، به گونه اي که براي دست يابي به آن ماه ها و بلکه سال ها زمان نياز باشد و مي تواند آن قدر کوچک باشد که تنها در لحظاتي کوتاه قابل دست يابي باشد. از نظر احتمال دست يابي نيز، هدف ها در پيوستاري از هدف هاي آسان تا دشوار قرار مي گيرند. در نظريه ي اميد، هدف، پيامد يک توالي شناختي- رفتاري است به عبارت ديگر، اميد، داشتن رفتاري معطوف به هدف است که قبل از آن که به عمل در آيد، فردا بايد در دو نوع شناخت درگير شود: تفکر مسير يابي و تفکر عامليت (اشنايدر، 2002).

تفکر مسير يابي انعکاس دهنده ي قابليت ادراک شده ي فرد جهت توليد مسيرهاي شناختي به سمت هدف است (اشنايدر، 1994، به نقل از سماوي، 1391). بنابراين، افرادي که در تفکر مسير يابي درگير مي شوند به طور فعال مسيرها يا طرح هايي را براي دست يابي به هدف مي سازند. به علت اين که ممکن است تعدادي از اين طرح ها در عمل موفق نباشد، افراد پر اميد به منظور دست يابي به هدف و غلبه بر موانع، تعداد زيادي طرح يا مسير توليد مي کنند. البته لزوماً چنين مسيرهايي بدون ديگر مؤلفه ي شناختي اميد يعني تفکر عامليت به هدف نخواهد رسيد. تفکر عامليت در برگيرنده ي شناخت هايي است که افراد نسبت به توانايي خود در آغاز و ادامه ي حرکت در مسيرهاي انتخاب شده به سوي هدف دارند بر اين اساس تفکر عامليت سبب مي شود که فرد به قدر کافي جهت آغاز حرکت در مسيرهاي طراحي شده و نگه داشتن اين حرکت، انگيزه داشته باشد (اشنايدر و همکاران، 1997).

اگر چه تفکر عامليت و تفکر مسيريابي دو مؤلفه ي مجزا در الگوي اميد هستند اما اين دو از نظر کارکردي قابل جدا شدن نيستند. در حقيقت اين دو مؤلفه به اين سبب تدوين شده اند تا به طور متقابل بر يکديگر تأثير داشته باشند و تغيير در يک مؤلفه، ديگر مؤلفه را نيز تحت تأثير قرار خواهد داد در نتيجه فهم اين نکته حائز اهميت است که اميد يک فرايند شناختي چرخشي است که از دو نوع تفکر عامليت و مسيريابي تشکيل شده است و در خدمت هدف قرار مي گيرند (اشنايدر و همکاران، 1997).

نکته ي ديگر در مورد اميد، ماهيت سلسله مراتبي آن است. اميد نه تنها يک فرايند شناختي معطوف به هدف است بلکه نظام سلسله مراتبي سازمان يافته اي از باورهاي فرد درباره ي توانايي وي جهت درگير شدن در چنين فرايند شناختي است. اين باورها در سه سطح خاص از انتزاع سازمان دهي شده اند: سطح کلي يا صفت اميد، اميد وابسته به حيطه ي خاص و اميد وابسته به هدف خاص (به نقل از سماوي، 1391).

ارزيابي کلي افراد از توانايي خود جهت ساختن مسيرهاي کافي و توليد تفکر عامليت مورد نياز جهت دست يابي به هدف ها، به عنوان اميد کلي يا اميد به عنوان يک صفت شناخته مي شود. اميد به عنوان يک صفت، انتظار موفقيت در دست يابي به يک هدف خاص نيست. در عوض نوعي ارزيابي فرد از توانايي خود جهت دست يابي به هدف به صورت کلي است. از اين رو اميد کلي به طور کامل منعکس کننده ي قابليت واقعي فرد براي توليد انديشه هاي عامليت و مسير يابي نيست. بر اين اساس، اميد کلي نشان دهنده ي ادراک فرد از مسيرها و عامليت هايي است که در صورت تمايل مي توانند توليد شوند (اشنايدر و همکاران، 1997). مقياس اميد کودکان و بزرگسالان براي سنجش اين سطح از اميد ساخته شده است.

ممکن است فردي در اميد کلي، پر اميد تلقي مي شود اما همزمان در يک يا چند حيطه ي زندگي داراي سطح پاييني از اميد باشد. در چنين مواردي ارزيابي کلي فرد از قابليتش جهت توليد انديشه هاي مسير يابي و عامليت مي تواند بالا باشد در حالي که ارزيابي ويژه تر او از قابليت خود در يک حيطه ي خاص از زندگي کاملاً در سطح پاييني قرار داشته باشد. در نتيجه ي اين شرايط ضرورت دارد که سطح دوم اميد که سطح عيني تري از نظام باورهاي مربوط به اميد است معرفي شود. اين سطح دوم همان گونه که قبلاً ذکر شد اميد وابسته به حيطه ي خاص است. البته لازم به ذکر است افرادي که داراي سطح بالايي از اميد کلي هستند در بيشتر حيطه هاي زندگي نيز پر اميد هستند. اما معمولاً در مورد دانش آموزان شکافي بين اين دو سطح اميد ديده مي شود. مثلاً، دانش آموزاني که به طور کلي درباره ي زندگي خود داراي سطح بالايي از اميد هستند ممکن است در حيطه ي تحصيلي خاصي از اميد سطح پاييني برخوردار باشند(اشنايدر، 2002).

سومين سطح اميد در نظام سلسله مراتبي باورهاي مرتبط با اميد، سطح عيني تري است که اميد وابسته به هدف خاص ناميده مي شود. حتي زماني که سطح اميد کلي و اميد وابسته به حيطه ي خاص در يک فرد کاملاً بالا است، هنوز ممکن است که فرد سطح پاييني از اميد را درباره ي يک هدف خاص نشان دهد. براي مثال، يک دانش آموز دبيرستاني ممکن است از سطح اميد کلي و اميد تحصيلي بالايي برخوردار باشد اما خود را در توليد انديشه هاي مسير يابي و عامليت براي گرفتن نمره ي الف در درس رياضي نااميد تلقي کند. به طو کلي، رويکرد جامع براي فهم هدف هاي دانش آموزان در زمينه ي تحصيل و زندگي نيازمند ارزيابي سلسله مراتب باورهاي اميد در آن ها است. اما که از آن جا که سه سطح ياد شده بر يک ديگر تأثير دارند در بيشتر موارد نيرومندي يا ضعف از يک سطح به سطح ديگر انتقال

مي يابد منطقي است که تصور کنيم اميد به يافتن کار مي تواند اميد کلي را تحت تأثير قرار دهد و اميد کلي فرد در زندگي نيز اميد تحصيلي يا اميد شغلي وي را تعديل کند (اشنايدر و همکاران، 2002).

**چگونگي شکل گيري اميد**

جهت فهم راهبردهاي افزايش اميد در افراد، به خصوص پرورش اميد در دانش آموزان، ضرورت دارد که مکانيسم هايي که از طريق آن انديشه هاي اميد بخش براي اولين بار در کودکان رشد مي يابد مورد بررسي قرار گيرد. اشنايدر (1994، به نقل از سماوي، 1391) چارچوبي رشدي درباره ي چگونگي شکل کيري اين انديشه ها ايجاد کرده است. در مرکز اين مفهوم سازي اين عقيده قرار دارد که انسان ها ذاتاً داراي انگيزش براي درک دنياي پيرامون هستند. يکي از اولين هدف هاي يک نوزاد تثبيت توانايي پيش بيني و کنترل محيط پيرامون است. انگيزه ي به دست آوردن چنين توانشي به نوعي انگيزه ي زنده ماندن است.

مولفه ي مسير يابي اولين مؤلفه ي اميد است که در کودکان رشد مي يابد. از بدو تولد کودکان درون دادهاي حسي را دريافت مي کنند. اگر چه در ابتدا اين درون داده ها بي معني هستند اما با گذشت زمان، نوزاد اين داده ها را ساختار مي بخشد و براي آن معنايي از محيط بيروني مي يابد (اشنايدر، 2002). براي مثال، يک نوزاد به سرعت صداي مادر خود را مي شناسد. اين صدا سرانجام با احساس امنيت و راحتي او پيوند مي خورد. در نهايت، نوزاد شروع به پيوند درون داد ها با يک ديگر مي کند. اين پيوند به انديشه هاي انتظاري در ذهن نوزاد تبديل مي شود. مثلاً نوزاد به دنبال شنيدن صداي مادر خود، گريه ي خود را کاهش مي دهد چرا که او آموخته است اين صدا احساس راحتي (سير بودن، گرم بودن و خشک بودن) را پيش بيني مي کند. اين انتظار مکانيسمي است که بعد ها کودکان به وسيله ي آن قادرند تا با زنجيره سازي از رويدادهاي شناختي، تفکر مسيريابي را شکل دهند (به نقل از سماوي، 1391).

تفکر عامليت نيز در ابتداي زندگي رشد مي يابد. اما کودکان قبل از داشتن توانايي تغيير محيط پيرامون، بايد معنايي از خود ايجاد کنند. اين هويت خود در حدود سن 12 تا 21 ماهگي شکل مي گيرد. بر اين اساس، کودکان به تدريج شروع به استفاده از اصطلاح «من» مي کنند و رفته رفته خودآگاهي آن ها افزايش مي يابد. اين خودآگاهي با اين شناخت دنبال مي شود که فرد مي تواند به عنوان يک عامل علي در جهان پيرامون عمل کند. کودکان شروع به ايجاد نشانه هايي مي کنند که نشان مي دهد آن ها قابليت هايي را فرا گرفته اند که به آن ها اجازه مي دهد تا دنياي خود را بسازند. اين مفهوم خود با اين شناخت که فرد مي تواند در محيط خود تغيير ايجاد کند، ترکيب مي شود و اساس تفکر عامليت را پايه ريزي مي کند (کاپلان[[11]](#footnote-11)، 1978، به نقل از سماوي، 1391).

عواملي مانند دلبستگي به مراقبان و نيز چالش هاي محيطي پيش روي کودکان مي تواند بر شکل گيري انديشه هاي مسير يابي و عامليت تأثير گذار باشد. پيوندي همراه با اعتماد با يک مراقب به نظر مي رسد در رشد اميد و مؤلفه هاي آن داراي اهميت باشد. کودکاني که پيوند نيرومندي با مراقبان خود دارند از بيشترين مقدار اميد برخوردارند (بالبي[[12]](#footnote-12)، 1980، به نقل از سماوي، 1391). در حمايت از اين يافته شوري[[13]](#footnote-13) و همکاران (2003) دريافتند که بزرگسالان پراميد در مقايسه با افراد کم اميد دلبستگي ايمن بيشتري دارند و در کودکي مراقبت بيشتري از والدين خود به ياد دارند. چنين دلبستگي ايمني به کودکان حسي از توانايي مي دهد که بتوانند هدف هاي مطلوب را دنبال کنند (اشنايدر، 2002). از اين رو، داشتن پيوندهاي دلبستگي ايمن با مراقبان براي رشد اميد در کودکان بسيار مهم است. اگر چه اين مراقبان مي توانند والدين يا ديگر اعضاي خانواده باشند، اما دلبستگي با ديگر افراد مهم در زندگي مثل معلمان و مشاوران مدرسه نيز مي تواند در رشد اميد سودمند باشد (اشنايدر، 2002).

اگر چه نقش يک مراقب در حمايت از کودک در مقابل آسيب ها مهم است، اما مراقبان نبايد کاملاً از کودکان در مقابل چالش ها و شکست هاي احتمالي حمايت کنند. آسان ساختن افراطي زندگي براي کودکان مي تواند رشد تفکر اميد بخش را کاهش دهد يا متوقف کند (اشنايدر، 2002). بر اين اساس، کودکان نياز دارند تا کنار آمدن با موانع، براي رسيدن به هدف را فرا بگيرند تا به طور کامل حس عامليت خود را رشد دهند. سرانجام اين که، يک کودک بايد اين حس را داشته باشد که مي تواند بر ناهمواري ها غلبه کند حتي اگر پدر و مادر در کنارش نباشند. اجازه دادن به کودکان براي مواجهه با چالش ها و غلبه بر موانع پيش رو مي تواند قابليت هاي آن ها را آشکار کند (اشنايدر، 2002).

به علاوه، تفکر اميد بخش همزمان با رشد کودکان افزايش مي يابد. رشد شناختي طبيعي مثل گسترش دامنه ي لغات، افزايش سرعت و دامنه ي حافظه و توانايي تفکر انتزاعي به کودکان و نوجوانان کمک مي کند تا از تفکر اميد بخش به طور زاينده تري استفاده کنند. اين پيشرفت در تفکر اميد بخش در سرتاسر فرايند رشد نه تنها به کودکان و نوجوانان در دست يابي به هدف هاي شخصي کمک مي کند بلکه حس هويت يابي و شکل گيري رابطه ي متقابل با همسالان را نيز تسهيل مي کند (اشنايدر، 2002).

به طور کلي، اميد و مؤلفه هاي آن، سازه هاي شناختي هستند که با فرايند اجتماعي شدن کودکان رابطه اي نزديک دارند. دلبستگي به مراقبان، مواجهه با چالش ها و موانع محيطي و نيز تغييرات در رشد شناختي مي تواند چگونگي شکل گيري و رشد اين نوع تفکر را تعيين کند. اميد به عنوان يک سازه ي شناختي مي تواند پيامدهاي عاطفي و شناختي متعددي به دنبال داشته باشد (به نقل از سماوي، 1391).

## سازگاري روانشناختي

منظور از سازگاري، انطباق متوالي با تغييرات و ايجاد ارتباط بين خود و محيط به نحوي است که حداکثر خويشتن سازي را همراه با رفاه اجتماعي، ضمن رعايت حقايق خارجي امکان پذير مي سازد، بدين ترتيب سازگاري به معني همرنگ شدن با جماعت نيست. سازگاري يعني شناخت اين حقيقت که هر فرد بايد هدف هاي خود را با توجه به چارچوب هاي فرهنگي، اجتماعي تعقيب نمايد (راجرز[[14]](#footnote-14)، به نقل از فريد، 1385). وقتي مي گوييم فردي سازگار است که پاسخ هايي را که او را به تعامل با محيطش قادر مي کند آموخته باشد تا در نتيجه به طريق قابل قبول اعضاي جامعه خود رفتار کند تا احتياجاتي در او ارضا شوند. يک فرد در يک موقعيت اجتماعي خاص مي تواند خود را به طريق مختلف با آن موقعيت تطبيق دهد يا سازگار کند (مک دانلد[[15]](#footnote-15)، به نقل از فريد، 1385). هرگاه تعادل جسمي و رواني فرد به گونه اي دچار اختلال شود که حالت ناخوشايندي به وي دست مي دهد و براي ايجاد توازن نيازمند به کار گيري نيروهاي دروني و حمايت هاي خارجي باشد و در اين اسلوب ساز و کارهاي جديد موفق شود و مسأله را به نفع خود حل کند، گويند فرايند سازگاري به وقوع پيوسته است (اسلامي نسب، 1373). سازگاري فرايندي در حال رشد و تحول پويا است که شامل توازن بين آن چه افراد مي خواهند و آن چه جامعه شان مي پذيرد. به عبارت ديگر سازگاري يک فرايند دوسويه است؛ از يک طرف به صورت مؤثر با اجتماع تماس برقرار مي کند و از طرف ديگر، اجتماع نيز ابزارهايي را تدارک مي بيند که فرد از طريق آن ها توانايي هاي بالقوه خويش را واقعيت مي بخشد. در اين تعامل، فرد و جامعه دستخوش تغيير و دگرگوني شده و سازشي نسبتاً پايدار به وجود مي آيد (به نقل از شادمان، 1383). ابعاد سازگاري، شامل سازگاري جسماني، سازگاري رواني، سازگاري اجتماعي قرار دارد پيش درآمد رسيدن به سازگاري هاي رواني، اخلاقي و جسماني، سازگار شدن از لحاظ اجتماعي است (به نقل از شادمان، 1383).

سازگاري فرايندي است در حا ل رشد و پويا كه شامل توازن بين آن چه افراد مي خواهند و آن چه جامعه شان مي پذيرد است .به عبارت ديگر سازگاري يك فرايند دو سويه است، از يك طرف فرد به صورت مؤثر با اجتما ع تماس برقرار مي كند و از طر ف ديگر اجتماع نيز ابزارهايي را تدارك مي بيند كه فرد از طريق آن ها توانايي هاي بالقوه ي خويش را واقعيت مي بخشد. در اين تعامل فرد و جامعه دستخوش تغيير و دگرگوني شده و سازشي نسبتاً پايدار به وجود مي آيد (به نقل از شادمان، 1383). به طور كلي سازگاري به تسلط فرد بر محيط و احساس كنار آمدن با خود اشار ه دارد. هر يك از ما به محيط و تغييراتي كه در آن روي مي دهد پاسخ مي دهيم . از اين رو سازگاري مهارتي است كه بايد آموخته شود و كيفيت آن مانند ساير آموخته ها، بستگي به ميزان علاقه و كوشش فرد براي يادگيري آن دارد. محيط خانواده، مدرسه و وسايل ارتباط جمعي در فراهم ساختن امكان يادگيري سازگاري با محيط نقش و مسئوليت مهمي بر عهده دارند. سازگار شدن با محيط مهم ترين منظور و غايت تمام فعاليت هاي ارگانيزم است، به طوري كه تمام افراد در تمام دوران زندگي خود، در هر روز و هر ساعت سرگرم آن هستند كه خود دگرگون شده و دگرگون نشده را با محيط دگرگون شده و دگرگون نشده سازگار كنند. در واقع زندگي كردن چيزي جز عمل سازگاري نيست (به نقل از شادمان، 1383).

**ملاک و معيار سازگاري**

در فرايند سازگاري مشکلات و مسائل رواني– شناختي بروز مي کند. انگيزش و نيازهاي اکتسابي، نيازهاي غالب و متفاوت، ناکامي، تعارض ها، اضطراب ها و رفتارهاي دفاعي در اين فرايند آشکار مي شوند. شايد به همين علت باشد که سلامتي و بهنجاري افراد را به منزله ي سازش و سازگاري با توقعات جهان بيرون در نظر گرفته مي شود. ناسازگاري در يک موقعيت گذشته براي سازگاري در موقعيت هايي در آينده لازم و ضروري است. بنابراين بهتر است که توانايي فرد براي سازگاري را در نظر گرفت. بر اين اساس هر فردي که بتواند با مسائل و مشکلات خود کنار بيابد با خود و اطرافيانش سازش يابد و در برابر تعارض هاي اجتناب پذير دروني از خود سازگاري نشان دهد، انساني به هنجار تلقي مي گردد. چنين فردي واجد توانايي هاي دفاعي و سازشي است و مي تواند بين خود و نيازهاي کشاننده اي خود و واقعيت، تعادل برقرار سازد (دادستان، به نقل از شادمان، 1383).

ناسازگاري مي تواند جزيي يا کلي باشد. ناسازگاري جزيي مربوط به برخي از جنبه هاي شخصيت و رفتار فرد است. ولي ناسازگاري کلي مجموعه ي فرايندهاي اجتماعي شدن فرد را به مخاطره مي اندازد. پس مي بايست ناسازگاري به معناي خاص را از ناسازگاري به علت عدم استعداد براي نگهداري يک موقعيت سازش يافته متمايز دانست. در سازگاري با محيط دروني، هدف اين است که تنش هايي که سلامت و تعادل فرد را مورد تهديد قرار مي دهد، کاهش يابد. اما براي کاهش اين تنش ها برآوردن توقعات محيط بيروني کافي نيست. ممکن است رفتار يک فرد منحرف با واقعيت دروني خود سازگاري يافته باشد، بدون اين که با واقعيت اجتماعي سازگار باشد. پس يک تعامل پويايي ميان اين دو واقعيت وجود دارد، سازگاري بيروني در واقع مستلزم درجه اي سازش با واقعيت دروني است (به نقل از شادمان، 1383).

معيارهاي معيني براي ارزيابي کفايت سازگاري يک فرد نسبت به محيط ابداع شده اند. براي مثال، ويژگي هاي زير براي ارزيابي به عنوان پيشرفت اهميت زيادي دارند.

آسودگي يا آرامش روان شناختي: يکي از ضروري ترين علائم ناتواني در سازگاري آن است که احساس گناه يا ترس از بيماري و غيره در فرد شکل مي گيرد. تجربه کردن ناراحتي اغلب به معناي بي کفايتي در سازگاري روان شناختي است.

کارايي شغلي: نشانه ديگري که شاخص مشکلات سازگاري است، ناتواني ديگر در استفاده ي کامل از قابليت هاي اجتماعي است.

نشانه هاي جسماني: گاهي تنها علامت سازگاري نامناسب به شکل آسيب به بافت هاي بدن جلوه مي کند. يک شخص بهنجار و داراي سازگاري خوب نبايد از نشانه هاي جسماني رنج بکشد.

پذيرش اجتماعي: بعضي از افراد سازگار از نظر اجتماعي مورد پذيرش هستند، يعني افرادي هستند که ديگران آن ها را مي پذيرند (به نقل از شادمان، 1383).

**برخي از خصوصيات انسان سازگار به شرح زير است:**

- به ميزان کافي مي تواند فعاليت کند و براي کاري که بر عهده گرفته است شايستگي لازم را دارد و لزومي نمي بيند که شغل خود را مرتب تغيير دهد.

- از اضطراب و تعارضي که او را از فعاليت سود بخش باز دارد، دوري مي جويد.

- بتواند با مشکلات مواجه شود و درباره آن ها بينديشد و تصميم بگيرد و عمل کند.

- بتواند نيازها، افکار و عواطف ديگران را بشناسد و پاسخ ها يا واکنش هاي مناسب از خود نشان بدهد.

- بيماري هاي بدني نتوانند شايستگي و فعاليت او را کاهش دهند.

- انسان سازگار يا سالم مسئوليت همه اعمال، افکار و رفتارهاي خود را مي پذيرد و عاقلانه به نتايج آن مي انديشد.

- فرد سازگار بايد بتواند بعضي از ناکامي ها را تحمل کند، زيرا در حقيقت تحمل ناکامي مانند پذيرش اضطراب نشانه سازگاري مطلوب در شخص است (اسلامي نسب، 1373).

**مهارت هاي سازگاري عبارتند از:**

1- توانايي در ارتباط کلامي با ديگران

2- توانايي در مراقبت از خويشتن

3- رسيدگي و انجام امور روزانه زندگي

4- مهارت در ارتباط اجتماعي با افراد

5- توانايي در پيدايش و تعيين راه و مسير ادامه زندگي و اهداف

6- توجه به بهداشت و سلامتي فردي

7- توانايي يادگيري، آموزش و ادامه تحصيل

8- استفاده صحيح از ساعات تفريح و آزادي خود

9- انجام کارها و مسئوليت هاي کاري

10- توانايي ايجاد رابطه سالم با افراد خانواده، همقطاران و افراد مختلف اجتماع (اسلامي نسب، 1379).

**عوامل مؤثر در سازگاري**

سازگاري رضايت بخش فرد با موفقيت هاي اجتماعي عمده زندگي، به طور مستقيم با ميزان ارضاي همه نيازهاي اساسي مرتبط است. نيازها و ارضاء آن ها به ادراک فرد با توجه به سن، جنس، استعدادهاي ارثي و فرهنگي، طبقه اجتماعي، شغل، محل جغرافيايي، تعليم و تربيت، تجارب و سازگاري هاي زندگي اشخاص ديگر بستگي دارد (به نقل از حسن آبادي، 1381).

متغيرهايي که در سازگاري مؤثر هستند:

1- شخصيت فرد

2-ادراک فرد از مشکل

3- شدت مسأله و مشکل

4- حمايت اجتماعي

5- تعداد راه هاي ممکن براي رسيدن به هدف

6- توانايي و استعداد براي مراقبت از سلامتي خود

7- درک فرد از موقعيت خود

8- درک خانواده از موقعيت خود

9- توانايي و استعداد فرد براي جذب حمايت هاي اجتماعي

10- سابقه برخورد فرد با بحران ها يا ضربه هاي رواني

11- وضعيت اقتصادي

12- سلامت رواني

13- انگيزه فرد براي زندگي

14- نگرش ها و فعاليت هاي محيط مؤثر (اسلامي نسب، 1373).

نشانه سازي اختلالات سازگاري؛ اگر فرد نتواند سازگار شود دچار علائم مرضي مي شود:

1- خلق افسرده

2- آمادگي جهت گريه کردن

3- نوميدي

4- نگراني

5- افزايش وابستگي

6- ناتواني شغلي، فرهنگي، تحصيلي

7- انزواي اجتماعي

8- شکايات جسمي مانند سر درد، کمر درد و ساير دردها و خستگي (اسلامي نسب، 1373).

مکانيزم هاي سازگاري در زندگي خانوادگي

با استفاده از مکانيسم هاي رواني، مي توان کشمکش و مشکلات خانوادگي را کاهش داد. در صورتي که اين روش ها، با شدت و وسعت زياد استفاده شود، تبديل به مکانيزم هاي دفاعي خواهد شد. در زير به صورت خلاصه اين مکانيزم ها شرح داده خواهد شد.

1. سپر بلا شدن يا سرزنش کردن

يکي از اعضاي خانواده به عنوان ايجاد کننده مشکل، شناخته مي شود يا اين که فرد ممکن است خود را مقصر اصلي قلمداد کنند. چنين روش هايي، از ايجاد درگيري جلوگيري کرده، اضطراب را کاهش مي دهد. ولي به نوبه خود، از برقراري ارتباطي که مي تواند ريشه مسائل را بشکافد، جلوگيري مي کند.

2. اتحاد يا آميزش مصلحتي بين اعضاء

برخي از افراد خانواده، اتحادي را عليه ديگر اعضا ايجاد مي کنند. در نتيجه حالت خصمانه را در آن واحد به وجود مي آورند.

3. کناره گيري از بوجود آمدن برخوردهاي رواني

ارتباط خانوادگي، به منظور جلوگيري از ايجادکشمکش، کاهش مي يابد و ارتباط خانوادگي بسيار سست و سطحي مي شود، در نتيجه اعضاي خانواده، نيازهاي عاطفي خود را خارج خانه جست و جو مي کنند.

4. کشمکش مداوم

به منظور کاهش تنش درون خانواده افراد از آزارهاي کلامي و بدني استفاده مي کنند.

5. واکنش معکوس

در اين حالت نگرش هاي زيان آور به رفتار مخالف آن انتقال داده مي شود. اين گونه رفتارها از خانواده هايي ديده مي شود که هماهنگي سطحي با هم دارند (به نقل از حسن آبادي، 1381).

**ديدگاه ها در مورد سازگاري**

ديدگاه زيستي- رواني- اجتماعي

اين مدل به صورت تلويحي، مدلي از سلامتي را ارائه مي دهد که شامل حالت ذهني، توانايي انجام نقش هاي ارزشمند اجتماعي، رضايت از وضعيت جسمي و بدني و مجموعه اي از متغيرهايي مي شود که اغلب به عنوان «کيفيت زندگي» مورد مطالعه و بررسي قرار گرفته اند. در نظام پياژه، سازش، تعادل بين درون سازي و برون سازي است. مي توان سازش را ساختن مجموعه اي از روابط دانست که انسان خود را بين آن ها قرار مي دهد. چنين وضعيتي در نتيجه ي مجموعه واکنش هايي که فرد به وسيله ي آن ها رفتار خود را تغيير مي دهد تا بتواند به گونه اي موزون بر شرايط محيطي معين يا تجربه اي جديد پاسخ دهد. همان طور که به نظر مي رسد مفهوم «سازش زيستي» معنايي نسبتاً دقيق داشته باشد، ولي وقتي جنبه هاي رواني- اجتماعي سازگاري آدمي مطرح مي شود مسأله بسيار پيچيده مي گردد، چرا که اين سازگاري شخصاً به خاطر حيات صورت نمي گيرد. از نقطه نظر رواني – اجتماعي سازگاري به خودي خود به طور انتزاعي وجود ندارد. فرد با چيزي، با موقعيتي و با يک محيط اجتماعي به طبع نظام هاي مرجع خود سازش يافته است که در ضوابط و معيار هاي آن و آستانه خودداري از سازش را شخص مي کند، بنابراين بدون توجه به جنبه هاي رواني- اجتماعي مشکل است که بتوان حد و مرز اين مفهوم را براي انسان مشخص کرد (به نقل از ديلمي، 1380).

ديدگاه تحليل رواني

از ديدگاه تحليل رواني به فردي سازگار گفته مي شود که واحد «من» قوي و سالم باشد يا بتواند ميان دو پايگاه ديگر شخصيت يعني «من و فرامن» تعادل و هماهنگي ايجاد کند تا اينها بتوانند به وظايف خود به خوبي عمل نمايند. در اين ديدگاه، شخصيت آدمي همانند يک نظام پوياي انرژي تصور مي شود که در يک تقسيم بندي از سه قسمت تشکيل شده است. هر يک از اين سه نظام، نيروهاي رواني مشخص دارند که دائم با يکديگر در درون سيستم کلي شخصيت در حال فعل و انفعال مي باشند که مبتني بر تعارض پايگاه هاي مربوطه مي باشند و بنابراين ديدگاه رفتار و حالات آدمي از جمله رفتارهاي سازگار نتيجه عملکرد اين نيروهاي دروني است. از اين ديدگاه ريشه و عمل همه ناسازگاري ها در تجربيات کودکي و در رابطه با چگونگي گذراندن مراحل تحول جستجو مي شود. در اين راستا ناسازگاري که به دليل وجود تعامل بين تکانه هايي که در جستجوي تخليه و رهايي هستند از يک طرف ديگر به وجود مي آيد. وقتي که تکانه ها نتوانستند در هشياري تحمل شوند و فرد نتواند به طور مؤثري در برابر آنان دفاع کند، «من» راه ديگري ندارد جز اينکه نشانه هاي سازگاري ايجاد نمايد که در اين صورت هدف رفتار ناسازگار کاهش تنش يا تعارض است (به نقل از ديلمي، 1380).

ديدگاه يادگيري اجتماعي

رويکردهاي يادگيري اجتماعي

رويکردهاي يادگيري اجتماعي، سازگاري انسان را به سان حل مسأله يا رفتار کنار آمدن در نظر   
مي گيرند. منظور ما از کنار آمدن، ميزان يا درجه اي است که افراد مي توانند سه چالش مهمي را که براي موجوديت آن ها به وجود مي آيد، برطرف کنند و يا حداقل کنترل نمايند. اين چالش ها عبارتند از:

الف) چالش هاي مستقيم حاصل از محيط فيزيکي

ب) چالش هاي ناشي از محدوديت ها

ج) چالش هاي بين فردي مربوط به محيط

ديدگاه يادگيري اجتماعي، سازگاري يا قابليت انطباقي فرد را به عنوان توانايي برآورده سازي و کنار آمدن با فشارهاي رواني و مشکلات، همراه با حداقل بی نظمي در جريان مداوم زندگي که پيامدهاي فوري و دراز مدت رفتار را در بر مي گيرد، مورد توجه قرار مي دهد (ديلمي، 1380).

ديدگاه علوم رفتاري

سازگاري از نظر علوم رفتاري عبارتند از:

1- عمل برقراري رابطه رضايت بخش ميان خود و محيط

2- عمل پذيري و کردار مناسب و موافق محيط و تغييرات فيزيکي

3- سازگاري موجود زنده با تغييرات دروني و بيروني (به نقل از ديلمي، 1380).

ديدگاه مراجع محوري

به اعتقاد راجرز خويشتن پنداري فرد از اضطراب يا تجربه ارگانيزمي او ناهماهنگ و در تضاد است. هر موقع که ادراک يک فرد از تجربه خودش تعريف يا انکار شود، تا حدودي حالت ناهماهنگي ميان «خود» و تجربيات فرد، يا حالت ناسازگاري رواني و آسيب پذيري به وجود مي آيد و موجب پيدايش مکانيزم هاي دفاعي مي شود. در حقيقت فرد در مقابل تهديد هاي حاصل از ناهماهنگي ميان تجربه و خويشتن پنداري، احساس اضطراب مي کند و سپس با استفاده از يکي از مکانيزم هاي دفاعي در مقابل تهديد و اضطراب حادثه به دفاع از خود مي پردازد. انسان روان نژند و ناسازگار با مشکل مواجه است زيرا ارتباطش را با خود و ديگران از دست داده است و روابطش نامطلوب است (به نقل از ديلمي، 1380).

ديدگاه انسان گرايي

بر طبق مدل هاي انسان گرايي- هستي گرايي، رشد شخصيتي تحريف شده يا سد شده، به عنوان عامل عمده اي است که سلامت روان را تحت تأثير قرار مي دهد. در اين مدل تأکيد روي انگيزه رشد در مقابل ايستايي لزوم بودن و شکل گيري خود است. اگر شخصي از فرصت هاي رشد محروم شود اضطراب، نااميدي و ناکامي را تجربه خواهد کرد. تحريف طبيعت بشري به وسيله نيروهاي محيطي نامطلوب به ناسازگاري منجر خواهد شد (به نقل از ديلمي، 1380).

بر طبق نظر مزلو[[16]](#footnote-16) افرادي که بيشترين سازگاري را دارند آن هايي هستند که در سراسر مراحل زندگي خود به طور موفقيت آميزي رشد کرده اند و به بالاترين مرحله کمال يعني خودشکوفايي رسيده اند. انساني که به مرحله خودشکوفايي ارتقاء پيدا کرده، نيروهاي بالقوه اساسي خويش را به کامل ترين صورت تحقق بخشيده است. شخص ممکن است تکانه هاي دروني را بازداري يا تعديل کند و يا بکوشد تا خواست محيطي را به طريقي تغيير داده تا تعارض را دفع نمايد. پياژه به فرايند سازگاري اهميت زيادي مي داد. او اصطلاحات درون سازي و برون سازي را به کار برد. منظور از اين دو واژه به ترتيب تغيير نسبي خود شخص يا تغيير محيط است. هم درون سازي و هم برون سازي به حل تعارض ها مي انجامد (به نقل از ديلمي، 1380).

ديدگاه روانشناسي شناختي

در ديدگاه روان شناسي شناختي، انسان سازگار به کسي گفته مي شود که توانايي و قدرت پردازش صحيح اطلاعات را داراست و چون قادر به چنين کاري است لذا يک نظام ارزشي واقع بينانه براي خود تنظيم مي نمايد تا تحت تأثير نوسانات رواني دردناک و اختلاف با ديگران دچار آسيب نشود. اين روند به او کمک مي کند تا به احساس بهتري دست يابد (به نقل از ديلمي، 1380).

## سرطان

تاريخچه

قديمي ترين توصيف سرطان را در نوشته هاي مصري مي توان يافت که در آن به غده يا تومور سينه اشاره شده است و مربوط به 1500 تا 3000 سال پيش از ميلاد مسيح است. قديمي ترين نمونه ي سرطاني هم حدود 1600 تا 1900 سال قبل از ميلاد در بازمانده ي جمجمه ي زني مشاهده شده است. اسکلت موميايي شده اي در پرو، آثاري از سرطان پوست را نشان مي دهد که مربوط به 2400 سال پيش است. شواهد نشان مي دهد که احتمالاً بقراط يوناني اولين کسي است که اين بيماري را تشخيص داده؛ تفاوت غده ي خوش خيم و بدخيم را توصيف نموده و آن را نام گذاري کرده است و چون غده ي سرطاني و رگ هاي خوني اطراف آن به خرچنگ شباهت دارد، به همين دليل بقراط اسم اين بيماري را خرچنگ مي گذارد که به يوناني کارکينوس ناميده ميشود و در ترجمه ي آن به انگليسي carcinoma نوشته شده و امروزه هم carcinos ناميده مي شود (شيخ نژاد، 1389).

ابو علي سينا (359-416 خورشيدي )، فيلسوف و پزشک معروف ايراني قرن پنجم، پدر علم پزشکي مدرن و يکي از متفکران تاريخ هم، قريب 1000 سال قبل در کتاب «قانون» سرطان را توصيف کرده و درباره ي تشخيص و روش درمان آن نسخه هايي سودمند ارائه کرده است (شيخ نژاد، 1389).

**سرطان چه نوع بيماري است؟**

سرطان يک بيماري مدرن نيست؛ در گذشته هم وجود داشته است؛ اما امروزه به دليل افزايش آلودگي هاي محيط زيست تعداد بيشتري به آن مبتلا مي شوند و تعداد بيشتري هم نسبت به گذشته به پزشک مراجعه مي کنند. سرطان يعني رشد کنترل ناشدني سلول ها در ناحيه اي از بدن؛ اين وجه مشترك همه ي سرطان هاست؛ علي رغم اين که چه عاملي باعث سرطان شده و چه آسيبي به سلول ها رسيده باشد. سلول هاي سالم بدن طبق برنامه ي منظمي رشد مي کنند، تقسيم مي شوند و مي ميرند. در دوران جنيني سلول هاي سالم به سرعت رشد مي کنند؛ اما اين اتفاق فقط تا زماني رخ مي دهد که فرد به بلوغ کامل مي رسد. در دوران بلوغ در بيشتر نقاط بدن سلول ها زماني رشد مي کنند و تقسيم مي شوند که لازم است سلول هاي تازه را جاي گزين سلول هاي فرسوده، مرده يا در حال مرگ کنند. در مواردي هم که بافت ها آسيب مي بينند (زخم، شکستگي)، سلول هاي سالم به سرعت رشد کرده و تقسيم مي شوند تا بافت آسيب ديده را ترميم کنند. اما سلول هاي سرطاني برخلاف سلول هاي عادي، نمي ميرند بلکه بي وقفه رشد مي کنند، تقسيم مي شوند و به طور مداوم سلول غيرعادي توليد مي کنند (شيخ نژاد، 1389).

نام گذاري انواع سرطان ها:

سرطان را بر اساس به وجود آمدن در نوع بافت، به شرح زير، نامگذاري کرده اند:

- کارسينوما: به سرطان هايي مي گويند که در پوست يا بافت هاي پوششي اعضاي داخلي بدن به وجود مي آيند؛

- سارکوما: سرطان هايي است که در استخوان، غضروف، چربي، عضله، رگ هاي خوني يا ديگر بافتهاي پيوندي يا محافظتي به وجود مي آيند؛

- لوکيميا: سرطان هايي هستند که در بافت هاي خوني از جمله مغز قرمز استخوان به وجود مي آيند و باعث ساخته شدن سلو ل ها يا گلبول هاي غيرعادي شده که وارد جريان خون مي شوند؛

- لنفوما و مايولوما: سرطان هايي هستند که در سلول هاي سيستم دفاعي بدن به وجود مي آيند (شيخ نژاد، 1389).

تفاوت مولکولي سلول سالم و سرطاني

دليل سرطاني شدن سلول ها، يا ماده ي DNA آسيب ديدگي سازنده ي ژن هاست که در هسته ي سلول قرار دارد. اين مواد در تمام سلول ها وجود دارند و فعاليت آن ها را کنترل مي کنند. ژن ها بانک اطلاعات سلول ها هستند. در بيش تر مواقع، بدن يا سلول قادر است DNA آسيب ديده را تعمير کند؛ اما سلول هاي سرطاني اين توانايي را ندارند. کساني که اين گونه ژن هاي آسيب ديده را از والدين به ارث مي برند، بيش از ديگران در معرض خطر مبتلا شدن به سرطانند. اگر فرد دريافت کننده ي ژن معيوب به سرطان مبتلا شود، آن را سرطان ارثي مي نامند. اما اکثر مواقع ژن ها در اثر عوامل سرطان زاي محيط آسيب مي بينند؛ عواملي مانند کشيدن سيگار، پرتوهاي مضر از قبيل ماوراي بنفش، اشعه ي ايکس يا مواد شيميايي که از طريق مواد غذايي، نوشيدني ها و هوا وارد بدن مي شوند (شيخ نژاد، 1389).

**همه گيري (اپيدمي) سرطان**

تقريباّ نيمي از مردان و بيش از يک سوم زنان در دنيا ممکن است در طول زندگي خود دچار سرطان شوند. ميليون ها انسان با سرطان زندگي مي کنند؛ يا سرطان دارند و يا داشته اند. خطر ابتلا به سرطان را مي توان با تغيير در روش زندگي به طور قابل ملاحظه اي کاهش داد؛ مثلاً با ترك سيگار، با مصرف غذا وآب سالم و ورزش. از طرفي سرطان هرچه زودتر تشخيص داده شود، امکان مداوا بيش تر مي شود. هرکس و در هر سن و سالي ممکن است به سرطان مبتلا گردد؛ اما 77% سرطان ها در اشخاص 55 سال به بالا تشخيص داده شده است (شيخ نژاد، 1389).

**عوامل کلي سرطان**

بعضي عوامل قابل کنترل و برخي کنترل ناشدني است؛ به طور کلي عوامل زير ممکن است باعث سرطان شوند:

- جنسيت، سن و سال و سوابق پزشکي خانواده از عوامل کنترل ناشدني است؛ به اين معني که با بالا رفتن سن، خطر پيدايش سرطان هم بيشتر ميشود و اگر سرطاني فقط در بانوان اتفاق مي افتد، از آن گريزي نيست يا اگر سوابق فاميلي يا خانوادگي کسي پيشينه ي ابتلا به سرطان را نشان مي دهد، اين را هم نمي توان تغيير داد؛ اگر چه دانستن سوابق خانوادگي کمک مي کند که بيشتر مراقب باشيم و زودتر به پزشک مراجعه کنيم تا در صورت وقوع، به موقع تشخيص داده و مداوا شود (شيخ نژاد، 1389).

- برخي عوامل نيز مربوط به محيط زيست است؛ به عنوان مثال مسايل مربوط به آلودگي آب و هوا، ويروس ها و ميکروب هايي که در بعضي مناطق وجوددارد و ما اطلاعي از آن ها نداريم؛ انواع اشعه هايي که از خورشيد بر ما مي تابد يا حتي از ديگر کرات و منابع فضايي به زمين مي رسد، نيز تا حدودي غيرقابل پيش بيني است؛ اما بايستي مراقب بود و از آن ها دوري کرد.

- برخي عوامل به روش زندگي خود انسان مربوط مي شود؛ مثل کشيدن سيگار و تنباکو، نوشيدن مواد الکلي، رژيم غذايي نامناسب و قرارگرفتن در معرض تابش مستقيم نور خورشيد، به ويژه در مناطقي که ميزان تابش بعضي پرتوها بيشتر است، از عوامل قابل کنترل و جلوگيري است (شيخ نژاد، 1389).

قرارگرفتن در مسير عوامل سرطان زا خطر ابتلا به اين بيماري را افزايش مي دهد؛ اما ممکن است فردي در معرض چند عامل سرطان زا قرار گيرد و لي مبتلا نشود. از طرفي هم نمي توان به درستي (100 %) نشان داد که چه عاملي باعث سرطان شده است. افراد براساس پيشه اي که دارند ممکن است در معرض مواد سرطان زا قرار بگيرند. بنابراين لازم است رعايت نکات ايمني را بکنند. در چنين مواردي کارفرما هم وظيفه دارد خطرات احتمالي مربوط به کار را به کارکنانش آموزش دهد. در محل کار چنان چه با موادي مثل براده آهن، تراشه هاي چوب، مواد شيميايي گازي شکل هر روز در تماس هستيد، اين مواد از طريق تنفس مي توانند وارد ريه شده و سرطان ايجاد کنند. در اين موارد براي پيشگيري بايد از ماسک استفاده کنيد. در موارد ديگر براي اين که مواد نفتي، رو غني و شيميايي به پوست بدن برخورد نکند، بايد از دستکش استفاده کنيد (شيخ نژاد، 1389).

**علايم و عوارض عمومي سرطان چيست؟**

کاهش ناگهاني وزن: بيشتر بيماران سرطاني وزن کم مي کنند؛ کم کردن 5 کيلوگرم وزن ناخواسته، مي تواند ناشي از ناهنجاري باشد. از عوارض سرطان هاي معده، لوزالمعده، مري و شش (ريه) لاغري است (شيخ نژاد، 1389).

تب: تب کردن در بيماران سرطاني بسيار معمول است؛ اما بيش تر در سرطان هاي پيشرفته به وجود مي آيد. تقريباً تمام بيماران سرطاني در مرحله اي کم و بيش تب مي کنند؛ به خصوص وقتي سرطان روي سيستم دفاعي بدن تأثير بگذارد؛ به همين دليل مقاومت بدن در مقابل عفونت ها کمتر مي شود. در بعضي موارد بيمار در مراحل اوليه تب مي کند؛ مثل سرطان هاجکن، سرطاني که در غدد لنفاوي و بيشتر در ناحيه ي گردن به وجود مي آيد.

خستگي: خستگي از عوارض مهمي است که با پيشرفت سرطان افزايش مي يابد؛ به ويژه در سرطان هاي روده ي بزرگ يا سرطان معده ، که بيمار دچار خون ريزي مي شو د- خستگي در مراحل اوليه نيز محسوس است (شيخ نژاد، 1389).

درد: در بعضي سرطان ها ممکن است از همان اوايل دردي محسوس باشد؛ مثل سرطان استخوان يا بيضه. غالباً درد از عوارض سرطان پيشرفته است.

تغييرات پوستي: غير از سرطان پوست، سرطان هاي داخلي ديگري هم هستند که مي توانند علايم پوستي مشخصي را از قبيل تيرگي رنگ پوست، زردي، قرمزي، خارش يا رشد بيش از اندازه ي مو همراه داشته باشند.

ممکن است هيچ يک از اين علائم، ناشي از سرطان نباشد و ناهنجاري هاي ديگري دليل بروز اين عوارض باشد؛ اما دانستن اين عوارض کمک مي کند که توجه بيشتري به آ ن ها داشته باشيم و در اولين فرصت براي انجام آزمايش هاي بيش تر و دقيق تر به پزشک مراجعه کنيم . اگر علتش سرطان باشد و زودتر تشخيص داده شود، شانس درمان بيش تر مي شود و اگر ناهنجاري ديگري باشد، باز هم در درمان آن کوشيده مي شود و سهل انگاري نخواهد شد (شيخ نژاد، 1389).

**علايم و عوارض اختصاصي سرطان**

تغيير در مدفوع و ادرار: يبوست طولاني، اسهال و تغيير در انداز ه ي مدفوع ممکن است از علايم سرطان روده ي بزرگ باشد. ادرار بيش از حد يا کم تر از حد معمول ممکن است ناشي از سرطان مثانه يا پروستات باشد. هر تغييري از اين قبيل بايد به پزشک گزارش شود.

زخم هايي که بهبود نمي يابند: سرطان پوست ممکن است موجب خون ريزي شود و درظاهر مانند زخمي باشد که ترميم نمي شود. سرطان دهان موجب ايجاد زخم دهان مي شود؛ به خصوص در مورد کساني که تنباکو مي جوند يا مشروب مي خورند. زخم هايي روي آلت تناسلي ممکن است به دليل عفونت يا مراحل اولي سرطان باشد. اين گونه علايم را بايد جدي گرفت و هر چه زودتر به پزشک مراجعه کرد (شيخ نژاد، 1389).

خون ريزي هاي غيرعادي: در مراحل اوليه يا پيش رفته ي سرطان ممکن خون ريزي هاي غيرعادي مشاهده شود. پيدايش خون در خلط سينه مي تواند از نشانه هاي سرطان ريه باشد. وجود خون در مدفوع يا مدفوع تيره رنگ مي تواند از عوارض سرطان روده ي بزرگ باشد. سرطان رحم هم ممکن است موجب خون ريزي شود. ديدن خون در ادرار هم ممکن است در اثر وجود سرطان مثانه يا کليه باشد. ترشحات خوني از نوك پستان مي تواند از عوارض سرطان پستان باشد.

برجستگي ها و دانه هاي متراکم (غده): به وجود آمدن بر جستگي هاي غده اي شکل در پستان يا ديگر نقاط بدن هم ميتواند به دليل وجود يا شروع سرطان باشد. بعضي از اين برجستگي ها را مي توان از روي پوست با دست حس کرد. در بافت هاي نرم بدن مثل سينه، بيضه و غدد لنفاوي اين گونه تغييرات قابل لمس است. اين گونه مشاهدات بهتر است فوراً به پزشک و مراکز بهداشتي گزارش شود؛ به خصوص برجستگي هايي که رشد مي کنند و تغيير اندازه مي دهند (شيخ نژاد، 1389).

سوء هاضمه و مشکل بلعيدن غذا: اين گونه عوارض مربوط به سرطان مري، معده يا حنجره است.

خال ها و زوائد ديگر: تغييرشکل، رنگ و انداز ه ي زائده ها بايد مورد توجه قرارگيرد و به پزشک گزارش شود. برآمدگي هاي پوستي ممکن است ناشي از سرطان پوست باشد که اگر به موقع تشخيص داده شود، به راحتي قابل درمان است.

سرفه هاي مداوم و گرفتگي صدا: سرفه هاي مداوم ممکن است از عوارض سرطان ريه و گرفتگي مداوم صد ا ناشي از سرطان حنجره باشد. البته اين علايم و عوارض مي توانند ناشي از ناهنجاري هاي ديگري نيز باشند (شيخ نژاد، 1389).

**روش هاي درماني**

روش هاي بسيار رايج شامل اين موارد است:

1- جراحي

2- پرتو درماني (راديو تراپي)

3- شيمي درماني

4- ايميونو تراپي

5- پيوند مغز قرمز استخوان

6- ژن درماني

7- نور درماني

8- حرارت درماني

با در نظرگرفتن نوع سرطان و ميزان پيشرفت آن ممکن است يک يا چند روش هم زمان، به ترتيبي که پزشک متخصص تشخيص مي دهد، مورد استفاده قرار گيرد. در مواردي که هنوز سرطان به جايي سرايت نکرده، يعني متاستاز صورت نگرفته، با جراحي ممکن است بهبود کامل حاصل شود. غالباً براي از بين بردن سلول هاي سرطاني باقي مانده در محل جراحي از اشعه (راديوتراپي) استفاده مي شود. اگر اندکي پيش رفته باشد يا پزشک گمان ببرد که ممکن است به جايي سرايت کرده باشد، از شيمي درماني هم استفاده مي کنند تا هيچ جا اثري از سلول هاي سرطاني باقي نماند. گاهي و به خصوص وقتي سرطان به جاهاي ديگر سرايت کرده باشد، ابتدا شيمي درماني انجام مي شود. چنان چه بعد از شيمي درماني غده هنوز وجودداشته باشد، آن را با جراحي برداشته و با اشعه (راديوتراپي) محل آن را مي سوزانند. نکته ي قابل توجه اين است که ترتيب استفاده از اين سه روش درمان در بهبود بيماري بسيار اهميت دارد و بايد بيمار از آن اطلاع داشته باشد. به جز اين سه روش درماني متداول، روش ها و داروهاي ديگري هم مناسب با نوع سرطان و شرايط بيمار وجود دارد که امروزه مورد استفاده است (شيخ نژاد، 1389).

آمادگي براي درمان

قبل از شروع درمان، بيمار نمي داند که چه عوارضي را تجربه خواهدکرد؛ بنابراين بهتر است خود را از لحاظ جسمي و روحي آماده کند تا درمان نتيجه ي بهتري بدهد. به اين چند نکته بهتر است توجه شود:

شجاعت و اميدواري: بيمار بهتر است با نگرشي مثبت با سرطان روبرو شود و به درمان اميدوار باشد. دلهره و ترس از درمان و عوارض آن، روحيه ي بيمار و در نتيجه سيستم دفاعي او را تضعيف مي کند. بايد توجه داشت که افراد قويتر عوارض کمتري تجربه مي کنند. بعضي عوارض موقتي بوده و به تدريج از بين مي رود؛ بعضي هم با دارو برطرف مي شود و قابل کنترل است.

رژيم غذايي مناسب: تغذيه ي خوب براي همه لازم است؛ به خصوص براي بيمار سرطاني؛ چون نيروي بدني بيشتر به ترميم بافت هاي آسيب ديده، مقابله با سرطان و عوارض ناشي از روش هاي درماني کمک مي کند. تغذيه ي مناسب سيستم دفاعي را نيز تقويت و شانس درمان را بيش تر مي کند. جسم و روحيه ي قوي تحمل دريافت داروي بيش تري دارد. در طول مدت درمان به خصوص شيمي درماني معمولاً بيمار از عوارض ثانوي آن رنج مي برد؛ در نتيجه به رژيم غذايي نياز دارد تا نيروي خود را بازيابد و بتواند در مقابل سرطان و دارو مقاومت کند. در اين رژيم، غذاهاي پر انرژي و پروتئين دار از قبيل شير، پنير و تخم مرغ پخته، تجويز مي شود. اگر بيمار از لاغري رنج مي برد، غذاهاي چرب مانعي ندارد. اگر بيمار اسهال داشته باشد، بهتر است از خوردن مواد غذايي سلولز دار خودداري کند. ممکن است بيمار در اثر سرطان و درمان دچار عوارضي شود که قادر به خوردن غذا نباشد. دراين صورت مي توان از لوله ي تغذيه براي غذا خوردن به صورت مايع استفاده کرد. اگر بيمار مشکل هاضمه داشته باشد، مي توان به وسيله ي سرم از طريق رگ خوني مواد غذايي تزريق کرد (شيخ نژاد، 1389).

پيشگيري از سرطان

اقداماتي که مي تواند خطر ابتلا به سرطان را کاهش دهد: 1- محافظت در برابر عوامل سرطان زا (مواد شيميايي، پرتوهاي مضر و ويروس ها و باکتري ها) 2- خوردن ميوه و سبزي به پيش گيري از سرطان کمک مي کند (شيخ نژاد، 1389).

## پيشينه ي تحقيقاتي

**پيشينه خارجي**

در پژوهشي که توسط لي مين[[17]](#footnote-17) و همکاران (2012) بر روي والدين داراي فرزندان مبتلا به سرطان خون انجام شده، نتايج نشان مي دهد که تشخيص سرطان، تأثيرات منفي را هم بر سلامت جسماني و رواني والدين و هم فرزندان آن ها به دنبال داشته است. همچنين مادران از سطوح پايين تري از سلامت روان برخوردار هستند و ميزان افسردگي و اضطراب در مادران بيشتر از پدران بوده است. در پژوهشي که توسط شارما[[18]](#footnote-18) و همکاران (2012) انجام شده، نتايج نشان مي دهد که ميزان اضطراب در بيماران مبتلا به سرطان بيشتر بوده و همچنين از سطح کيفيت زندگي پاييني برخوردار بوده اند.

ساهلر[[19]](#footnote-19) و همکاران (2010) تأثير آموزش مهارت هاي حل مسئله بر مادران داراي کودکان سرطاني مورد بررسي قرار دادند. جلسات به صورت هفته اي و به مدت دو ساعت به مدت 8 هفته برگزار گرديد. نتايج حاکي از آن بود که مادران کودکان سرطاني که تحت آموزش مهارت هاي حل مسئله قرار گرفته بودند نسبت به گروه گواه بهبودي بيشتري در خلق، اضطراب و نشانه هاي پس از استرس (PTSD) بدست آوردند.

فدل[[20]](#footnote-20) و همکاران (2013) به بررسي تأثير مداخلات بين رشته ايبر ميزان سازگاري مادران و کودکاني که به تازگي تشخيص سرطان دريافت کردند پرداختند. 52 مادر داراي کودک سرطاني به طور تصادفي در يک مداخله باليني ميان رشته اي شرکت کردند . نتايج نشان داد که ارتباط معني داري بين دروني سازي نشانه ها در کودک و پريشاني والدين وجود دارد در حالي که چنين ارتباط معني داري در مورد بيروني سازي نشانه ها در کودک يافت نشد. مداخله باعث کاهش دروني سازي و بروني سازي نشانه ها در کودکان در مرحله پس آزمون و پي گيري گرديد.

پيلکويتز[[21]](#footnote-21) و همکاران (1996) در پژوهشي به بررسي شيوع اختلات استرس پس از سانحه (PTSD) در مادران داراي کودکان سرطاني و کودکان عادي پرداختند. 24 مادر داراي کودک سرطاني که از مرگ نجات يافته بودند با 23 مادر کودک سالم مورد مقايسه قرار گرفتند. يافته ها تفاوت معني داري در شدت نشانه ها، حمايت اجتماعي ادراک شده و شاخص شدت کلي نشانه هاي رواني با استفاده از پرسشنامه SCL-90 در زنان داراي PTSD و زنان غير PTSD يافت نشد.

ورمايز[[22]](#footnote-22) (2005) در تحقيقي به بررسي سازگاري رواني والدين در خانواده هايي که کودک با نقص ستون فقرات دارند پرداخت. بر اساس 33 مطالعه اي که انجام شده بود، 15 مورد از آن را براي مطالعه فرا تحليلي انتخاب کرد. نتايج تحقيق نشان مي دهد که کودکان با نقص ستون فقرات در درازمدت بر سازگاري رواني والدين تأثير مي گذارند و پسراني که دچار نقص بودند بيشتر بر روي مادر تأثير مي گذارد تا پدر. فاکتورهاي زير با سازگاري رواني والدين ارتباط دارند.

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

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

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

فاکتورهاي محيطي (حمايت اجتماعي).

سالوويت[[23]](#footnote-23) (2003) به منظور بررسي استرس پدران و مادراني که از کودک با ناتواني ذهني مراقبت مي کنند بر اساس مدل سازگاري دوگانه تحقيقي را بر روي 116 مادر و 120 پدر که داراي کودک با ناتواني ذهني 10-1 ساله بودند انجام داد. نتايج نشان داد که مادران (72 درصد) و پدران (78 درصد) استرس داشتند.

مک گلون[[24]](#footnote-24) (2002) بررسي استرس در سازگاري پدر خوانده يا مادر خوانده کودکان با نيازهاي ويژه، مطالعه روي 35 پدر خوانده و مادر خوانده کودکان با نيازهاي ويژه انجام داد. نتايج نشان مي دهد تفاوت معني داري در سازگاري پايين خانواده با افزايش استرس در آن ها وجود دارد، همچنين استرس در طول سال ها بدون تغيير مي ماند.

به منظور بررسي سازگاري خانواده هايي که داراي کودک با ناتوانايي هاي رشدي هستند، تروت[[25]](#footnote-25) و مورني[[26]](#footnote-26) (2002، به نقل از محمدي، 1380) 87 خانواده را که داراي کودک با ناتواني رشدي در سنين پيش از مدرسه بودند را مورد ارزيابي قرار دادند و 7 سال بعد وقتي فرزندان آن ها در دوره پيش از نوجواني بودند، والدين را دوباره مورد مصاحبه قرار دادند. از مقياس تأثير ناتواني کودک بر خانواده که شامل 15 آيتم است و خلاصه اي از ارزيابي مثبت و منفي والدين در مورد کودکشان و يک نمره کلي که استرس والدين در درازمدت را پيش بيني مي کند، استفاده شد. نتايج نشان مي دهد که حتي وقتي متغيرهايي مثل سازگاري و سطوح ناتواني کودک کنترل مي شود والدين نسبت به آينده استرس دارند.

وارفيلد[[27]](#footnote-27) (1999) به بررسي سازگاري در سال هاي اوليه زندگي کودک در بين مادران کودکان با ناتواني پرداخت. نمونه ها شامل 79 مادر بودند. براي بررسي استرس مادر در سه دوره سني يک سالگي، سه سالگي و پنج سالگي کودک، فهرستي از استرس هاي مادر تهيه و به وسيله ي ماردان تکميل شد. نتايج نشان داد که استرس مربوط به کودک در طول سه دوره سني به طور معني داري در مادران افزايش مي يافت و در پنج سالگي يک سوم از مادران نمره هاي بالا گرفتند. در خانوادهايي که انسجام و يکپارچگي بيشتري داشتند و حوادث منفي در زندگي آن ها کمتر بود در زماني که کودک 5 ساله بود استرس کمتري داشتند.

پژوهش ها نشان مي دهد که روان درماني حمايتي و مداخلات آموزشي مي تواند کيفيت زندگي افراد بيمار را بهبود بخشد، عملکرد سيستم ايمني آن ها را ارتقاء دهد و اميد را در افراد زنده نمايد. در واقع، روان درماني حمايتي بر اساس نظريه روانکاوي به منظور کمک به بيمار در جهت مواجهه با بحران هاي ناشي از مسائل اجتماعي و يا بيماري هاي جسمي، مورد استفاده قرار مي گيرد. اين درمان ترکيبي از تکنيک هاي تقويت ايمان و معنويت، دعا، آرامبخشي، خودگويي عبارات مثبت، تصويرسازي مثبت، آگاه سازي، گسترش افکار مثبت و مقابله با افکار منفي، تغذيه و ورزش است (مارک[[28]](#footnote-28) و وير[[29]](#footnote-29)، 2003، به نقل از سبحاني فرد، 1381). وو[[30]](#footnote-30) و ديگران (2008) روان درماني حمايتي را براي جلوگيري از افسردگي زنان مبتلا به اچ آي وي مثبت و مؤثر مي داند. رودس[[31]](#footnote-31) و ترلوآر[[32]](#footnote-32) (2008) در پژوهش خود در زمينه ي محصول اجتماعي خطر هپاتيت c در ميان معتادين تزريقي، به تأثير مثبت روان درماني حمايتي بر بهبود کيفيت زندگي و سلامت روان معتادين اشاره کرده اند.

ولز[[33]](#footnote-33) (2005) معتقد است که 27 درصد واريانس افسردگي با اميد پايين تبيين مي شود و آموزش اميد به کاهش افسردگي در افراد منجر مي شود و بعد از آن اضطراب، تحصيلات کم و جنسيت پيش بيني کننده هاي اميد پايين هستند. او همچنين نشان داده است که اميد با درآمد بالا و موقعيت اجتماعي بهتر، رابطه دارد. بين اميد و پيامدهاي بهتر روان درماني نيز رابطه وجود دارد.

هنکينز[[34]](#footnote-34) (2004) در پژوهشي به بررسي تأثير مداخله ي درماني مبتني بر نظريه ي اميد اشنايدر، بر کاهش ميزان نااميدي بيماران بستري مبتلا به افسردگي اساسي پرداخت. او در پژوهش خود پس از 10 جلسه گروهي يک ساعتي پي برد که ميزان اميد گروه آزمايش، نسبت به گروه گواه افزايش معني دار و ميزان نااميدي آن ها کاهش معني داري داشته است.

آروينگ[[35]](#footnote-35) و همکاران (2004) نشان دادند که گروه درماني مبتني بر اميد قبل از شروع درمان مزايايي براي شرکت کنندگان دارد.

شروين[[36]](#footnote-36) و همکاران (1992) در پژوهش خود اظهار داشتند که طي 8 جلسه ي دو ساعتي گروه درماني مبتني بر اميد، ميزان تفکر عامل، معناي زندگي و عزت نفس و شادکامي افزايش مي يابد، در حالي که نشانه هاي افسردگي و اضطراب کاهش مي يابد

ايزر (2006) عنوان مي کند که سرطان يکي از پر استرس ترين رويدادهايي است که شخص در زندگي اش مي تواند با آن روبرو شود و تغييرات آن نه تنها بر خود فرد بلکه بر خواهر و برادرها و والدين و به طور کلي بر خانواده تأثيرگذار خواهد بود. والدين، به خصوص مادران بچه هاي مبتلا به سرطان بيشتر از والدين بچه هاي سالم در معرض مشکلات روانشناختي از قبيل، اضطراب، افسردگي، استرس و غيره مي باشند (کريستين[[37]](#footnote-37) و همکاران، 2007).

در پژوهشي که توسط کلاسن[[38]](#footnote-38) و همکاران (2008) انجام شده است نتايج نشان داده است که والدين داراي فرزند مبتلا به سرطان، کيفيت زندگي ضعيف تري را در مقايسه با جمعيت عادي گزارش کرده اند و پيشنهاد کرده اند که مداخلات مستقيم در رابطه با والدين بايد به عنوان بخشي از برنامه درماني براي بچه هاي مبتلا به سرطان در نظر گرفته شود.

**پيشينه داخلي**

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

مولايي، آبدين و حيدري (2010) در پژوهشي به بررسي مقايسه اي تأثير فيلم درماني گروهي[[39]](#footnote-39) (GMT) و درمان گروحي حمايتي در سلامت روان نوجوانان دختر داراي تجربه سوگ پرداختند. نتايج حاکي از عدم تفاوت اين دو شيوه درماني در مرحله پس آزمون داشت. اما در مرحله پيگيري (با فاصله زماني دو ماهه)، تأثير فيلم درماني گروهي بيشتر از درمان گروهي حمايتي بود.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

# منابع :

**فارسي**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**انگليسي**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. - Snyder [↑](#footnote-ref-1)
2. - Buchanan [↑](#footnote-ref-2)
3. - Maninjer [↑](#footnote-ref-3)
4. - Burchard [↑](#footnote-ref-4)
5. - Astatlnd [↑](#footnote-ref-5)
6. - Lopez [↑](#footnote-ref-6)
7. - Nunn [↑](#footnote-ref-7)
8. - Mac Ainis [↑](#footnote-ref-8)
9. - Chan [↑](#footnote-ref-9)
10. - Peterson [↑](#footnote-ref-10)
11. - Kaplan [↑](#footnote-ref-11)
12. - Bowlby [↑](#footnote-ref-12)
13. - Shorey [↑](#footnote-ref-13)
14. - Rogers [↑](#footnote-ref-14)
15. -Mac Donald [↑](#footnote-ref-15)
16. - Maslow [↑](#footnote-ref-16)
17. - Li-Min [↑](#footnote-ref-17)
18. - Sharma [↑](#footnote-ref-18)
19. - Saher [↑](#footnote-ref-19)
20. - Fedele [↑](#footnote-ref-20)
21. - Pelcovitz [↑](#footnote-ref-21)
22. - Vermaes [↑](#footnote-ref-22)
23. - Salovita [↑](#footnote-ref-23)
24. - McGlon [↑](#footnote-ref-24)
25. - Throat [↑](#footnote-ref-25)
26. - Morni [↑](#footnote-ref-26)
27. - Warfield [↑](#footnote-ref-27)
28. - Mark [↑](#footnote-ref-28)
29. - Weir [↑](#footnote-ref-29)
30. - Wu [↑](#footnote-ref-30)
31. - Rhodes [↑](#footnote-ref-31)
32. - Treloar [↑](#footnote-ref-32)
33. - Wells [↑](#footnote-ref-33)
34. - Hankins [↑](#footnote-ref-34)
35. - Irving [↑](#footnote-ref-35)
36. - Sherwin [↑](#footnote-ref-36)
37. - Kristen [↑](#footnote-ref-37)
38. - Klassen [↑](#footnote-ref-38)
39. - group movie therapy [↑](#footnote-ref-39)