



مقایسه‌ی اثربخشی آموزش تاب‌آوری خانواده، با آموزش امید به شیوه‌ی شناختی-معنوی، بر تاب‌آوری خانواده در مراقبین بیماران کلیوی تحت همودیالیز

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

عبدالحسین فرهادی ^{id}

غلامرضا منشئی* ^{id}

زهرا یوسفی ^{id}

smanshaee@yahoo.com

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۲/۱۰/۰۸

دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۰۴

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷

<http://Aftj.ir>

دوره ۴ | شماره ۵ پایانی ۴۷۷-۴۶۵

زمستان ۱۴۰۲

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:
درون متن:

(فرهادی و همکاران، ۱۴۰۲)

در فهرست منابع:

فرهادی، عبدالحسین، منشئی، غلامرضا، و یوسفی، زهرا. (۱۴۰۲). مقایسه‌ی اثربخشی آموزش تاب‌آوری خانواده، با آموزش امید به شیوه‌ی شناختی-معنوی، بر تاب‌آوری خانواده در مراقبین بیماران کلیوی تحت همودیالیز. *خانواده درمانی کاربردی*. ۴(۵)، ۴۶۵-۴۷۷.

چکیده

هدف: هدف از این پژوهش مقایسه‌ی اثربخشی آموزش تاب‌آوری خانواده، با آموزش امید به شیوه‌ی شناختی-معنوی، بر تاب‌آوری خانواده در مراقبین بیماران کلیوی تحت همودیالیز بود. **روش پژوهش:** روش پژوهش از نوع آزمایشی با دو گروه آزمایش و گواه با طرح پیش-آزمون و پس‌آزمون و پیگیری ۴۵ روزه بود، جامعه‌ی آماری، کلیه مراقبین بیماران کلیوی تحت همودیالیز شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بود که در این پژوهش ۶۰ نفر از مراقبین به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و به صورت تصادفی به سه گروه آموزش تاب‌آوری خانواده (۲۰ نفر)، آموزش امید به شیوه‌ی شناختی-معنوی (اسدی و همکاران، ۲۰۲۲) (۲۰ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر) تقسیم شدند، افراد شرکت‌کننده در پژوهش در سه مرحله به پرسشنامه‌ی تاب‌آوری خانواده سیکسیبی (۲۰۰۵) پاسخ دادند. یافته‌ها: داده‌های گردآوری شده در دوسطح آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرنی) تحلیل شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار spss ورژن ۲۴ استفاده شد. تحلیل داده‌ها نشان داد که در مرحله پیگیری آموزش امید به شیوه‌ی شناختی-معنوی و آموزش تاب‌آوری خانواده بر تاب‌آوری خانواده (F=۲۳/۰۴ و P=۰/۰۰۱) و ابعاد حل مسئله (F=۲۱/۱۱ و P=۰/۰۰۱)، معنویت، (F=۴/۳۸ و P=۰/۰۰۳) و پذیرش (F=۱۰/۸۵ و P=۰/۰۰۱) تاثیر معناداری داشته است. نتایج آزمون تعقیبی نشان داد آموزش تاب‌آوری خانواده بر تاب‌آوری خانواده و ابعاد آن اثر معنادارتری داشته اند (p<۰/۰۱). نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان از آموزش امید به شیوه‌ی شناختی-معنوی و آموزش تاب‌آوری خانواده برای افزایش میزان تاب‌آوری خانواده در بیماران کلیوی تحت همودیالیز استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: تاب‌آوری خانواده، امید، شناختی-معنوی، مراقبین بیمار، بیماران همودیالیز.

مقدمه

بیماری مزمن کلیوی یک سندروم بالینی ثانویه است که با تغییر برگشت ناپذیر، تدریجی و پیشرونده در ساختار و عملکرد کلیه‌ها مشخص می‌شود (صادقیان، شاه‌قلیان و دشتی-دهکردی، ۱۳۹۶). بیماری مزمن کلیوی به عنوان شانزدهمین علت اصلی مرگ و میر در جهان شناخته می‌شود که بین ۸ تا ۱۶ درصد از جمعیت کل جهان را تحت تاثیر قرار می‌دهد. روش‌های درمانی مختلفی برای درمان نارسایی کلیوی مزمن به کار برده می‌شود که از این بین همودیالیز^۱ رایج‌ترین روش درمان برای بیماران کلیوی است (کاظمی‌دلویی، شهبابی‌زاده، نصری و ثمری، ۱۴۰۰). بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی نه تنها با مشکلات متعددی در زندگی خود رو به رو هستند بلکه افرادی که به مراقبت از آن‌ها می‌پردازند در ابعاد مختلف زندگی شغلی، خانوادگی، روانشناختی، اجتماعی و مالی با مشکلاتی مواجه هستند. مراقبت بی‌وقفه و طولانی مدت در نگهداری و مراقبت از افراد ناتوان و نیازمند سبب فشار مسئولیتی زیادی بر روی مراقبین می‌گردد که این امر می‌تواند باعث مشکلات روانشناختی و جسمانی متعددی مانند اضطراب بالا، استرس مداوم، احساس درماندگی و افسردگی در زندگی، احساس خستگی و فرسودگی شدید، پایین بودن سطح سلامت روان و کیفیت زندگی در مراقبین شود (بنی‌هاشمی، حاتمی، حسنی و صاحبی، ۱۳۹۹). به هر حال همواره جمعیت‌های خاص در زمینه بهبود سازه‌های روانشناختی مثبت مورد توجه بوده‌اند (زارع، منشی و کشتی‌آرای، ۱۴۰۰).

در همین راستا طی سال‌های اخیر، در ارتباط با مراقبینی که به نگهداری و مراقبت از افراد با ناتوانی خاص می‌پردازند مفهوم تاب‌آوری خانواده^۲ برجسته شده است (بلک و لوبو، ۲۰۰۸). تاب‌آوری خانواده به عنوان یک مفهوم پژوهشی نسبتاً جدید، ریشه در مؤلفه تاب‌آوری دارد (پترسون، ۲۰۰۲). تاب‌آوری خانواده به عنوان یک پدیده مثبت می‌تواند منجر به رشد و پیشرفت مثبت و مناسب عملکرد خانواده شود و بر این پیش فرض مبتنی است که رویدادها و چالش‌های استرس‌زا در زندگی بر کل خانواده تاثیر می‌گذارد و به همین دلیل منابع، ظرفیت و توانمندی خانواده نقش میانجی و اثرگذار در سازگاری یا عدم سازگاری افراد خانواده و کلیت خانواده دارد (والش، ۲۰۰۲) این سازه می‌تواند در طول زمان بر اثر مشکلات گوناگون از جمله سلامت جسمانی به خطر بیفتد و زوجین یا یکی از آن‌ها را دچار دلزدگی زناشویی نماید (احمدی مهر، یوسفی و گلپور، ۲۰۲۰). تاب‌آوری خانواده در برگیرنده ظرفیت خانواده برای رو به رو شدن با چالش‌ها و مشکلات زندگی و حل سازگاران این چالش‌ها و کاهش مشکلات از طریق استفاده از منابع خانواده، ساختارهای موجود در خانواده و روابط درون خانوادگی است (سیمون، مورفی و اسمیت، ۲۰۰۵). به هر حال بین تاب‌آوری خانوادگی^۳ و مشکلات روان‌شناختی رابطه معنی‌دار و منفی مشاهده شده است (بکوار، ۲۰۱۲). شواهد نشان داده است که تاب‌آوری در بهبود و ارتقای رشد روان‌شناختی در موقعیت ناگوار موثر است (آنگار، ۲۰۱۶). به طور کلی مراقبینی که از سطح تاب‌آوری خانوادگی بالاتری برخوردار هستند کمتر دچار فرسودگی می‌شوند و از کیفیت زندگی بهتری نیز بهره‌مند می‌باشند (سیکسبای، ۲۰۱۶). کاهش تاب‌آوری خانواده در

۱. Hemodialysis

۲. Family resilience

۳. Resilience

مراقبین افراد دارای مشکلات خاص، یکی از چالش‌های امروز روان‌درمانی می‌باشد و یافتن راهی برای افزایش سطح تاب‌آوری خانواده در مراقبین، نیازمند توجه بیشتری است (ونشورز، کائس، ورهوفستد، گوبرفرت و آلدرفر، ۲۰۱۵). در این راستا رویکردهای درمانی بسیاری ایجاد شده و به کار گرفته شده‌اند، از روش‌های درمانی و آموزشی که به نظر می‌رسد می‌تواند نقش موثری ایفا کنند، آموزش امید به روش شناختی-معنوی، و آموزش تاب‌آوری خانواده را می‌توان نام برد (کیانی، حاجیونی، قلی‌زاده و عباسی، ۱۳۹۷). آموزش امید به شیوه شناختی-معنوی از ادغام مداخلات درمانی شناختی، معنویت درمانی و امید درمانی تشکیل شده است. درمان شناختی-رفتاری به عنوان یک رویکرد درمانی شواهد-محور بر بازسازی ساختارهای فکری تأکید دارد و بر چهار محور تغییرات شناختی، مهارت‌های رفتاری، مهارت‌های ارتباطی، و مهارت حل مسأله و حل تعارض مبتنی است (هادجی، ۲۰۰۶). تلفیق این درمان با درمان‌هایی همچون معنا درمانی و درمان‌های مبتنی بر معنویت می‌تواند نتایج موثرتری ببار آورد (صالحیان، یدالله زاده و رنجبری، ۲۰۲۱). در همین راستا باقری‌زنجانی اصل منفرد و انتصار فومنی (۱۳۹۵) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که آموزش امید درمانی باعث افزایش تاب‌آوری زنان شده است، رزمی، بهزادی‌پور و طهماسبی (۱۳۹۵) نشان دادند که امید درمانی بر بهبود کیفیت زندگی بیماران سرطانی اثر معنادار دارد. محورهای این درمان در هر چهار محور مبتنی بر بهبود امید، اصلاح بدبینی، بهبود معنا در جهت افزایش امید و هدف‌گذاری جهت بهبود خوش‌بینی و امید است.

با این وجود علیرغم اثربخش بودن آموزش‌های مثبت‌نگر لازم است تا به آموزش‌هایی که مبتنی بر فرهنگ و یکپارچه و جامع‌نگر و بر اساس مشکلات جمعیت‌های خاص از جمله مراقبین بیماران کلیوی است نیز توجه شود. با فهم نیازهای این دسته از مراقبان می‌توان آموزش‌های روانی منطبق با رنج‌های آنان را تنظیم کرد. بدین سبب محققین در پژوهش حاضر به تدوین بسته مداخله آموزشی مبتنی بر تاب‌آوری خانواده ویژه مراقبین بیماران کلیوی را طراحی کردند؛ بنابراین این بسته آموزشی حاصل یک پژوهش کیفی از نوع پدیدارشناسی است که هدف آن فهم نیازهای آموزشی مراقبین بیماران کلیوی برای پاسخگویی به نیازهای آموزش روانی آنان بود. این بسته پس از طی مراحل تدوین بسته اعتباریابی محتوایی شد. محتوای این بسته محورهایی در زمینه‌ی مدیریت هیجان، مهربانی به خود، مقابله با مسایل، چگونگی بهبود ارتباطات خانوادگی، چگونگی حل تعارضات، تغییر نقش‌ها و حفظ صمیمیت، چگونگی هدفمندی مبتنی بر حفظ روحیه مقاومت و آگاهی از هیجانات و مدیریت آنها را در بر می‌گرفت. به هر حال نمی‌توان این نکته را نادیده گرفت که مراقبین بیماران مزمن از جمله بیماران همودیالیز در بافت خانواده، بر اثر سنگین باری مراقبت از بیمار در کنار سایر امور خانوادگی ممکن است دچار ضعف در تاب‌آوری شوند و بهبود تاب‌آوری آنان در بافت خانواده می‌تواند کلید راهگشایی برای بهبود وضعیت آنان باشد از سوی دیگر مروری بر پژوهش‌های چاپ شده موجود بیانگر آن است که بسته تاب‌آوری خانوادگی ویژه‌ی مراقبین بیماران همودیالیز طراحی نشده بنابراین لازم است تا حلال پژوهشی در این زمینه رفع شود. این پژوهش به این مهم پرداخت تا از این رهگذر بسته‌ای بومی و برآمده از تجارب این مراقبین فراهم گردد و بهتر بتواند به نیازهای روانی آنان پاسخ دهد. این بسته مسیر پژوهش‌های بیشتر در این زمینه را هموار می‌سازد همچنین این بسته می‌تواند راهگشای مداخلات روانی برای مشاوران و درمان‌گرانی باشد که با این گروه از افراد کار می‌کنند. همچنین نتایج این پژوهش در

جهت مستندسازی آزمایشی یک بسته‌ی آموزشی ویژه‌ی مراقبین بیماران همودیالیز موثر است. بنابراین این پژوهش به این سوال پاسخ داد:

آیا آموزش تاب‌آوری خانواده، در مقایسه با آموزش امید به شیوه‌ی شناختی-معنوی، بر تاب‌آوری خانواده و ابعاد آن در مراقبین بیماران کلیوی تحت همودیالیز در مرحله‌ی پیگیری اثر معنادار دارد؟

روش پژوهش

این پژوهش نیمه آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون، با گروه کنترل و پیگیری ۴۵ روزه بود. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مراقبان بیماران کلیوی تحت همودیالیز شهر اصفهان در سال ۹۹-۱۴۰۰ است. در این پژوهش ۶۰ نفر از مراقبین بیماران کلیوی تحت همودیالیز شهر اصفهان با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه ۲۰ نفره گمارده شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: (۱) مراقبت از بیمار مبتلا به دیالیز حداقل به مدت شش ماه، عدم ابتلا به اعتیاد که به شکل شفاهی ارزیابی می‌شد، و تمایل به شرکت در آموزش‌ها و ملاک‌های خروج عبارت بودند از: بیش از غیبت در یک جلسه، تمایل به ادامه ندادن جلسات پس از آغاز آموزش‌ها و تصمیم برای شرکت در دوره آموزش روانشناختی همزمان. گروه آزمایش اول ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش امید به شیوه شناختی-معنوی را دریافت کردند، گروه آزمایش دوم نیز ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش تاب‌آوری خانواده قرار گرفتند اما افراد گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکردند. در این مطالعه شرکت کنندگان پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، پرسشنامه تاب‌آوری خانواده را تکمیل کردند.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه تاب‌آوری خانواده. پرسشنامه تاب‌آوری اجتماعی خانواده سیکسبی (۲۰۰۵) این پرسشنامه ۶۶ ماده دارد که بصورت طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (۱=کاملاً مخالفم تا ۴=کاملاً موافقم) نمره گذاری می‌شود. بنابراین حداقل و حداکثر نمره کل پرسشنامه برابر ۶۶ و ۲۰۴ است. نمره بالا در این مقیاس، نشان دهنده‌ی تاب‌آوری بالای خانواده و کسب نمره پایین نشان دهنده این است که خانواده سطح پایینی از تاب‌آوری را دارا می‌باشد. در پژوهش سیکسبی (۲۰۰۵) نمره کل پایایی مقیاس ۰/۹۶ و هم‌چنین روایی ملاکی هم‌زمان با ابزار سنجش خانواده نسخه، و ابزار سنجش خانواده نسخه ۲ و شاخص معنای شخصی، خوب ارزیابی شد. حسنی و چاری (۱۳۹۲) در پژوهش خود گزارش کردند که تعداد مولفه‌ها در نسخه ایرانی و هنجاریابی شده آن از شش مولفه به سه مولفه کاهش یافته است که عبارت است از ارتباط و حل مسئله، معنویت و پذیرش مشکل، در پژوهش ذکر شده مقدار آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۹۲ و برای زیر مقیاس‌های آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۸ محاسبه شده است. از شش بعد ارتباط خانواده و حل مسئله، به کارگیری منابع اقتصادی و اجتماعی، حفظ یک چشم انداز مثبت، تماس (مرز) خانواده، معنویت خانواده و توانایی پذیرش دشواری‌ها (توانایی معنا سازی برای مصیبت) در این پژوهش سه بعد حل مسئله، معنویت خانواده و توانایی پذیرش دشواری‌ها وارد تحلیل‌های آماری شدند.

۲. آموزش امید و تاب‌آوری خانواده. به منظور اجرای پژوهش پس از گمارش آزمودنی‌های در دو گروه آزمایش و گواه، گروه اول آموزش امید به شیوه شناختی-معنوی محورهای این درمان مبتنی بر بهبود امید،

اصلاح بدبینی، بهبود معنا در جهت افزایش امید و هدف‌گذاری جهت بهبود خوش‌بینی و امید است. این بسته آموزشی توسط اسدی و همکاران (۱۳۹۹) تهیه و اعتباریابی شده است. گروه دوم آموزش تاب‌آوری خانواده را طی هشت جلسه نود دقیقه‌ای دریافت کردند محتوای این بسته محورهای در زمینه‌ی مدیریت هیجان، مهربانی به خود، مقابله با مسایل، چگونگی بهبود ارتباطات خانوادگی، چگونگی حل تعارضات، تغییر نقش‌ها و حفظ صمیمیت، چگونگی هدفمندی مبتنی بر حفظ روحیه مقاومت و آگاهی از هیجانات و مدیریت آن‌ها را در بر می‌گرفت. در حالیکه گروه گواه در لیست انتظار بودند آموزش‌های گروهی در هشت جلسه نود دقیقه‌ای ارائه شد. این جلسات در یکی از مراکز درمانی ویژه‌ی بیماران دیالیزی برگزار شد. جدول (۱) طرح‌های آموزشی را نشان می‌دهد.

جدول ۱. محتوای جلسات آموزشی پژوهش

جلسات	محتوای آموزش امید به شیوه‌ی شناختی-معنوی	بسته‌ی آموزشی تاب‌آوری خانواده (اسدی و همکاران، ۱۳۹۹)
اول	آشنایی اعضا گروه با یکدیگر و با مدرس گروه، با اهداف و برنامه و قوانین گروه، آشنایی مخاطبان با مبانی امید، و خصوصیات افراد امیدوار.	آشنایی اعضا گروه با یکدیگر و با مدرس گروه، برقراری رابطه درمانی، مشخص شدن اهداف و قوانین گروه، آشنایی با فواید تاب‌آوری خانواده
دوم	تاثیر امیدواری بر زندگی و شادمانی بیشتر، توضیحات مختصری در مورد امید درمانی.	آشنایی با شیوه‌های مبارزه و غلبه بر مشکلات پیش روی فرایند مراقبت، کاهش احساس شرم و سرزنش خود، تقویت احساس شفقت نسبت به خود و بیمار.
سوم	آشنایی با مفهوم نامیدی، علل ایجاد نامیدی، رابطه افسردگی و امید، نقش افکار غیرمنطقی در افراد نا امید، ارتباط افکار و احساس و رفتار.	آموزش شیوه‌های بهبودی معنا در زندگی، نقش ایمان و توکل بر خدا در بهبود معنا و پذیرش زندگی، اصلاح معنا به کمک نوع دوستی و بخشش خود و دیگران.
چهارم	تبیین تصحیح خطاهای شناختی و ارزیابی سطوح سه گانه تفکر، باورهای غیر منطقی در موقعیت‌های هیجانی و شیوه‌های اصلاح آن‌ها به کمک طرح A-B-C-D	آشنایی با چگونگی استفاده از شیوه‌ی توکل و نیایش و بخشش جهت بهبود بردباری با تاکید بر انجام اعمال مذهبی و دینی
پنجم	آموزش یافتن اهداف، امیديایی، عاملیت و مسیرهای فکری خوش‌بینانه و اثر آن بر زندگی.	آموزش شیوه‌های مدیریت مسائل مالی، آموزش ارتقا امنیت مالی و دریافت حمایت‌های اجتماعی.
ششم	چگونگی بهبود رضایت زندگی به کمک شیوه‌های بهبود رشد شخصی، بهبود معنا در زندگی، خودمختاری، پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران).	آموزش مهارت حل مسئله، ارتقا توانایی فرد در مدیریت تعارض، تقویت توانایی راه حل محور بودن مراقبین و دوری کردن از روش‌های اجتناب و تسلیم.
هفتم	آشنایی با تفکر مثبت، مدیریت موانع امیدواری، زیر سوال بردن افکار بدبینانه از طریق فنون شناخت درمانی.	آموزش شیوه‌های سازگارانه تنظیم هیجان، مدیریت شرایط استرس‌زا در حین انجام وظیفه مراقبت، آگاهی از ارتباط بین هیجانات، افکار و رفتار فرد مراقب.
هشتم	نقش توکل بر نیروی برتر، در کنار آمدن با تنش‌ها، ایجاد امید و دستیابی به اهداف، آشنایی با شکرگزاری و فنون آن در افزایش امیدواری.	آگاهی از شیوه‌های ناسازگار اجتناب و تسلیم در مواجهه با هیجانات منفی و چگونگی تنظیم هیجان به کمک ارتقای توانایی در ایجاد هیجانات مثبت.

روش اجرا. پس از کسب مجوز از معاونت پژوهشی دانشگاه و دریافت کد اخلاق محقق تحت نظارت استاد راهنما و مشاور به مراکز مراقبت از بیماران دیالیزی مراجعه کرده و پس از اطلاع رسانی و انتخاب آزمودنی‌ها و توزیع آنان در گروه‌های آزمایش و کنترل به آموزش آنان در یکی از مراکز همودیالیز پرداخت. کلیه آزمودنی‌ها در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری توسط ابزارهای پژوهش مورد ارزیابی قرار

گرفتند. به منظور رعایت موازین اخلاقی گروه کنترل نیز طی چند جلسه پس از اتمام دوره آموزش‌ها را دریافت کردند.

یافته‌ها

بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نشان داد در گروه آموزش تاب‌آوری خانواده، ۴ نفر (معادل ۲۶/۷ درصد) در گروه تحصیلی زیردیپلم، ۵ نفر (معادل ۳۳/۳ درصد) در گروه تحصیلی دیپلم، ۵ نفر (معادل ۳۳/۳ درصد) در گروه تحصیلی فوق دیپلم و ۱ نفر (معادل ۶/۷ درصد) در گروه تحصیلی لیسانس بوده‌اند. در گروه امید به شیوه شناختی-معنوی، ۴ نفر (معادل ۲۶/۷ درصد) در گروه تحصیلی زیردیپلم، ۴ نفر (معادل ۲۶/۷ درصد) در گروه تحصیلی فوق دیپلم، ۵ نفر (معادل ۳۳/۳ درصد) در گروه تحصیلی فوق دیپلم و ۲ نفر (معادل ۱۳/۳ درصد) در گروه تحصیلی لیسانس بوده‌اند. در گروه کنترل، ۳ نفر (معادل ۲۰ درصد) در گروه تحصیلی زیردیپلم، ۶ نفر (معادل ۴۰ درصد) در گروه تحصیلی دیپلم، ۴ نفر (معادل ۲۶/۷ درصد) در گروه تحصیلی فوق دیپلم و ۲ نفر (معادل ۱۳/۳ درصد) در گروه تحصیلی لیسانس بوده‌اند. نتایج آزمون خی دو نشان داد که بین فراوانی گروه‌های سنی در سه گروه پژوهش تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > 0/05$). جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد تاب‌آوری خانوادگی را در گروه‌های آزمایش نشان می‌دهد.

جدول ۲. آمار توصیفی متغیر تاب‌آوری خانواده بر اساس گروه

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
حل مسئله	گواه	۷۶/۷۳	۱۷/۴۹	۷۶/۴۶	۱۶/۴۷	۷۶/۵۴
	آموزشی امید	۷۵/۳۳	۱۶/۱۰	۷۷/۹۳	۱۶/۱۰	۷۸/۳۳
	تاب‌آوری خانواده	۷۴/۶۶	۱۶/۲۹	۸۰/۲۰	۱۶/۰۴	۸۰/۰۶
معنویت	گواه	۳۳/۰۶	۷/۶۹	۳۳/۴۰	۷/۴۵	۳۳/۳۳
	آموزشی امید	۳۲/۴۰	۶/۷۹	۳۵/۹۳	۶/۵۹	۳۶/۸۰
	تاب‌آوری خانواده	۳۱/۸۰	۷/۴۵	۳۴/۹۳	۶/۹۶	۳۴/۷۳
پذیرش	گواه	۱۵/۱۳	۲/۶۱	۱۵/۰۰	۳/۴۴	۱۴/۸۰
	آموزشی امید	۱۴/۷۳	۲/۷۸	۱۵/۶۶	۳/۱۳	۱۵/۵۳
	تاب‌آوری خانواده	۱۵/۶۶	۳/۶۵	۱۹/۱۳	۳/۸۸	۱۸/۶۰
تاب‌آوری	گواه	۱۲۴/۹۳	۲۶/۷۰	۱۲۴/۸۰	۲۵/۸۰	۱۲۴/۷۳
	آموزشی امید	۱۲۲/۴۶	۲۴/۸۱	۱۳۰/۴۰	۲۴/۲۷	۱۲۹/۸۰
	تاب‌آوری خانواده	۱۲۲/۱۳	۲۶/۲۸	۱۳۴/۰۶	۲۵/۰۰	۱۳۳/۶۰

انجام تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نیازمند رعایت شدن تعدادی از پیش‌فرض‌ها است. در ابتدا نتایج آزمون شایپرو و لیکز نشان داد که سطح معناداری برای متغیر تاب‌آوری خانواده بیشتر از ۰/۰۵ است، بنابراین این پیش‌فرض تایید شده است، سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ در آزمون لوین حکایت از تایید شدن فرض برابری واریانس‌های این متغیر دارد، همچنین نتایج آزمون باکس نشان داد بین کواریانس متغیرهای وابسته

در دو گروه تفاوت معنادار وجود ندارد. در ادامه نتایج آزمون موخلی یا پیش فرض کرویت است ارایه شده است.

جدول ۳. نتایج بررسی پیش فرهای نرمالیتی عدم تفأئت معنادار واریانس‌ها، کواریانس‌ها و همگنی

ماتریس‌های کوواریانس خطا

مولفه	ردیف	آزمون	آزمون شاپیرو-ویلک		آزمون لوین	
			آماره	معناداری	آماره	معناداری
حل- مسئله	۱	پیش‌آزمون	۰/۹۵۶	۰/۰۸۳	۰/۰۳۳	۰/۹۶۷
	۲	پس‌آزمون	۰/۹۸۱	۰/۶۶۶	۰/۰۴۹	۰/۹۵۳
	۳	پیگیری	۰/۹۷۷	۰/۴۹۵	۰/۰۲۵	۰/۹۷۶
		آزمون باکس	آزمون ماکلی			
	۴	آماره	۳/۲۲۳	معناداری	آماره	معناداری
معنویت خانواده	۱	پیش‌آزمون	۰/۹۷۲	۰/۳۳۸	۰/۱۷۲	۰/۸۴۲
	۲	پس‌آزمون	۰/۹۵۹	۰/۱۱۰	۰/۲۱۸	۰/۸۴۸
	۳	پیگیری	۰/۹۶۵	۰/۱۹۴	۰/۱۳۹	۰/۸۷۱
	۴	آزمون باکس	آزمون ماکلی			
		آماره	۱۴/۹۸۶	معناداری	آماره	معناداری
پذیرش	۱	پیش‌آزمون	۰/۹۷۵	۰/۴۴۱	۰/۹۷۶	۰/۳۸۵
	۲	پس‌آزمون	۰/۹۶۲	۰/۱۴۲	۰/۲۰۰	۰/۸۱۹
	۳	پیگیری	۰/۹۷۷	۰/۵۱۵	۰/۷۲۲	۰/۴۹۲
	۴	آزمون باکس	آزمون ماکلی			
		آماره	۱۳/۵۳۰	معناداری	آماره	معناداری
تاب‌آوری کلی خانواده	۱	پیش‌آزمون	۰/۹۸۰	۰/۶۲۲	۰/۰۸۸	۰/۹۱۶
	۲	پس‌آزمون	۰/۹۸۵	۰/۸۱۰	۰/۱۴۳	۰/۸۶۸
	۳	پیگیری	۰/۹۷۸	۰/۵۵۷	۰/۰۰۹	۰/۹۹۲
	۴	آزمون باکس	آزمون ماکلی			
		آماره	۲۴/۷۴۸	معناداری	آماره	معناداری

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که در متغیر تاب‌آوری خانواده و ابعاد آن سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ بدست آمده است که بیانگر آن است که پیش فرض‌های آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری تایید شده است

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در متغیر تاب‌آوری خانواده برای زمان، تعامل زمان و نوع مداخله و بین‌گروهی

منبع تغییرات	نوع آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اتا
حل مسئله	زمان	۲۱۵/۳۹	۲	۱۰۷/۶۹	۵۵/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۵۶۹
	تعامل زمان و گروه	۱۶۴/۷۴	۴	۴۰/۹۴	۲۱/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۵۰۱
	بین‌گروهی	۱۴۵/۹۸	۲	۱۲۲/۹۹	۲۸/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۵۸۲
معنویت	زمان	۱۷۸/۵۳	۲	۸۹/۲۶	۲۰/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۳۲۴
	تعامل زمان و گروه	۷۷/۶۸	۴	۱۹/۴۲	۴/۳۸	۰/۰۰۳	۰/۱۷۳
	بین‌گروهی	۱۲۵/۲۵	۲	۶۲/۶۲	۷/۳۳	۰/۰۰۲	۰/۲۶۳
پذیرش	زمان	۵۰/۸۵	۲	۲۵/۴۳	۱۷/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۲۹۷
	تعامل زمان و گروه	۶۲/۱۶	۴	۱۵/۵۴	۱۰/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۳۴۱
	بین‌گروهی	۹۹/۰۳	۲	۴۹/۵۱	۳۰/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۵۹۸
تاب‌آوری خانواده	زمان	۱۲۲۷/۷۴	۲	۶۱۳/۸۷	۷۷/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۶۴۹
	تعامل زمان و گروه	۷۲۸/۴۷	۴	۱۸۲/۱۱	۲۳/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۵۲۳
	بین‌گروهی	۱۱۰۵/۳۴	۲	۵۵۲/۶۷	۳۶/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۶۴۳

در جدول فوق در بعد عامل زمان نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که بین سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد که بیانگر تغییر میانگین متغیرهای وابسته‌ی گروه‌های آزمایشی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و به پیگیری است ($F = 77/68, p < 0/001$). با توجه به یافته‌های جدول فوق تعامل عامل زمان و گروه نیز برای کلیه متغیرهای وابسته معنادار است. این یافته‌ها حاکی از تفاوت معنادار بین گروه‌های آموزش امید به شیوه شناختی-معنوی، آموزش تاب‌آوری خانواده و گروه گواه در سه مرحله اندازه‌گیری بوده است و حداقل یکی از دو مداخله بر تاب‌آوری خانواده در مراقبان بیماران کلیوی تحت همودپالیز نتیجه بخش بوده است ($F = 23/04, p < 0/001$). در ادامه به مقایسه گروه‌های آموزش امید به شیوه شناختی-معنوی، آموزش تاب‌آوری خانواده و گروه گواه در مرحله پس‌آزمون و تعیین تداوم اثربخشی یا مرحله پیگیری پرداخته شده است و نتایج آن در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵. مقایسه گروه‌های پژوهش در متغیر تاب‌آوری خانواده در مرحله پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مقایسه مراحل	عضویت گروهی	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	P
حل مسئله	پس‌آزمون با پیش‌گواه	امید به شیوه شناختی-معنوی با گواه	۲/۸۲	۰/۷۵۸	۰/۰۰۲
	آموزش تاب‌آوری خانواده با گواه	آموزش تاب‌آوری خانواده با گواه	۵/۷۳	۰/۷۵۹	۰/۰۰۱
		تاب‌آوری خانواده با آموزش امید	تاب‌آوری خانواده با آموزش امید	۲/۹۱	۰/۷۵۸

۴۷۳ مقایسه‌ی اثربخشی آموزش تاب‌آوری خانواده، با آموزش امید... | فرهادی و همکاران | خانواده درمانی کاربردی

۰/۰۰۱	۰/۷۵۹	۳/۱۶	امید به شیوه شناختی-معنوی با گواه	پیگیری با پیش	
۰/۰۰۱	۰/۷۵۹	۵/۵۴	آموزش تاب‌آوری خانواده با گواه		
۰/۰۰۹	۰/۷۵۸	۲/۳۸	تاب‌آوری خانواده با آموزش امید		
۰/۰۰۱	۱/۰۶	۴/۰۵	امید به شیوه شناختی-معنوی با گواه	پس آزمون با پیش	معنویت
۰/۰۷۱	۱/۰۷	۲/۵۱	آموزش تاب‌آوری خانواده با گواه		
۰/۴۷۱	۱/۰۶	-۱/۵۴	تاب‌آوری خانواده با آموزش امید		
۰/۰۲۳	۱/۱۰	۳/۱۱	امید به شیوه شناختی-معنوی با گواه	پیگیری با پیش	
۰/۰۶۸	۱/۱۰	۲/۶۳	آموزش تاب‌آوری خانواده با گواه		
۱/۰۰	۱/۱۰	-۰/۴۸۰	تاب‌آوری خانواده با آموزش امید		
۰/۰۷۱	۰/۴۶۶	۱/۰۹	امید به شیوه شناختی-معنوی با گواه	پس آزمون با پیش	پذیرش
۰/۰۰۱	۰/۴۶۶	۳/۵۶	آموزش تاب‌آوری خانواده با گواه		
۰/۰۰۱	۰/۴۶۹	۲/۴۶	تاب‌آوری خانواده با آموزش امید		
۰/۳۴۶	۰/۷۲۳	۱/۱۶	امید به شیوه شناختی-معنوی با گواه	پیگیری با پیش	
۰/۰۰۱	۰/۷۲۴	۳/۲۲	آموزش تاب‌آوری خانواده با گواه		
۰/۰۲۱	۰/۷۲۸	۲/۰۶	تاب‌آوری خانواده با آموزش امید		
۰/۰۰۱	۱/۴۱	۷/۹۵	امید به شیوه شناختی-معنوی با گواه	پس آزمون با پیش	تاب‌آوری خانواده
۰/۰۰۱	۱/۴۱	۱۱/۹۳	آموزش تاب‌آوری خانواده با گواه		
۰/۰۲۲	۱/۴۱	۳/۹۸	تاب‌آوری خانواده با آموزش امید		
۰/۰۰۱	۱/۵۰	۷/۴۲	امید به شیوه شناختی-معنوی با گواه	پیگیری با پیش	
۰/۰۰۱	۱/۵۰	۱۱/۵۴	آموزش تاب‌آوری خانواده با گواه		
۰/۰۲۷	۱/۵۰	۴/۱۱	تاب‌آوری خانواده با آموزش امید		

همانگونه که مشاهده می‌شود هر دو آموزش نسبت به گروه گواه بر متغیرهای وابسته در طول زمان موثر بوده‌اند. همچنین آموزش تاب‌آوری خانواده اثر معناداری بر متغیرهای وابسته داشته است.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی آموزش امید به شیوه شناختی-معنوی و آموزش تاب‌آوری خانواده بر تاب‌آوری خانواده و ابعاد آن در مراقبان بیماران کلیوی تحت همودیالیز انجام شد. تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری نشان داد هر دو روش بر تاب‌آوری خانواده و ابعاد آن موثر بوده است. تا کنون پژوهشی با این عنوان به چاپ نرسیده است که این دو روش را با یکدیگر مقایسه نماید با این حال این نتایج در زمینه‌ی اثربخشی آموزش امید به شیوه‌ی شناختی-معنوی بر تاب‌آوری خانواده و ابعاد آن با یافته‌های اسدی و همکاران

(۱۳۹۹) که اثربخشی این روش را بر بهزیستی روان‌شناختی و نشخوارفکری والدین دارای کودک سرطانی نشان داده‌اند همسو است. در تبیین اثربخشی این روش بر تاب‌آوری خانواده و ابعاد آن می‌توان گفت از آنجا که تاب‌آوری خانواده به توانایی اعضای خانواده برای حفظ انسجام خانواده علیرغم وجود تعارضات اشاره دارد این تعارضات می‌تواند علل برون‌خانوادگی، درون‌خانوادگی و یا درون فردی داشته باشد با این حال خانواده توانایی دارد تا این تعارضات را به عنوان بخشی طبیعی از مسیر زندگی و فراز و نشیب‌های آن درک نماید و نیروهای خود را در راستای حل مسائل خانواده در ابعاد مختلف بسیج نماید و در نهایت بتواند خانواده را پایداری نگاه دارد (بلک و لوبر، ۲۰۰۸) بنابراین به نظر می‌رسد در آموزش امید به شیوه شناختی رفتاری مراقبین بیماران همودالیز آموزش‌های دیده و آموخته‌اند که به آنان کمک کرده تا بتوانند در بهبود تاب‌آوری خانواده موثر باشند از جمله آنان در این آموزش‌ها با مفهوم ناامیدی، علل ایجاد ناامیدی، رابطه افسردگی و امید، نقش افکار غیرمنطقی در افراد ناامید، ارتباط افکار و احساس و رفتار در واکنش به موقعیت‌های روزمره، آشنایی با خطاهای شناختی و اصلاح آن در حفظ امید، آشنایی با نقش نیروهای معنوی در حفظ امید و اصلاح باورها در راستای ارتقای معنویت آشنا شده‌اند و فنون آن را آموخته‌اند بنابراین انتظار می‌رود افزایش امیدواری، بهبود خوش‌بینی، اصلاح خطاهای شناختی مولد بدبینی به بهبود معنویت خانواده، پذیرش و حل مسائل و در کل بر ارتقای تاب‌آوری خانواده موثر بوده است.

نتایج نشان داد آموزش تاب‌آوری خانواده بر تاب‌آوری خانواده و سه بعد آن موثر بوده است؛ تا کنون پژوهشی چاپ شده در این زمینه انجام نشده است که بتوان همسویی و ناهمسویی آن را با سایر یافته‌ها بررسی کرد اما به هر ترتیب این روش مانند سایر روش‌ها موفق شده است تا سازه‌های روانشناختی مثبت خانوادگی را ارتقا دهد از جمله با یافته‌های پاداش، یوسفی، عابدی و ترکان (۱۳۹۹) در زمینه اثربخشی روش گاتمن، کریم‌نژاد و یوسفی (۱۳۹۷) که اثربخشی شفقت درمانی، باباصفری، آتش‌پور و یوسفی (۱۴۰۰) اثربخشی روش سیستمی ساختاری و راه-حل مدار، زارع، منشی و کشتی‌آرای (۱۴۰۰) اثربخشی غنی‌سازی روانی را بر سازه‌های خانوادگی نشان دادند؛ همچنین این یافته از نظر اثربخشی روش با یافته‌هایی که اثربخشی سایر روش‌های آموزشی روانشناختی را بر وضعیت بیماران همودالیز نشان داده‌اند همسو است برای مثال کاظمی دلویی، شهابی‌زاده، نصری و ثمری (۱۴۰۰) در زمینه اثربخشی روش درمان پذیرش و تعهد بر سلامت معنوی این دسته از بیماران همسو است. در تبیین اثربخشی این روش بر تاب‌آوری خانوادگی و ابعاد آن که در بخش پیشین به آن اشاره شد می‌توان گفت این روش حاوی سازوکارهایی بوده که به بهبود بیماران کلیوی کمک کرده است از جمله آشنایی با شیوه‌های مبارزه و غلبه بر مشکلات پیش‌روی مراقبت، تقویت احساس شفقت، چگونگی بهبود معنا در زندگی، اصلاح معنا به کمک نوع دوستی و بخشش خود و دیگران، آشنایی با شیوه‌های توکل، نیایش و بخش جهت بهبود بردباری، آموزش چگونگی مدیریت امور مالی مربوط به زندگی و پرستاری از بیمار و راه حل محور بودن به جای اجتناب و تسلیم؛ به نظر می‌رسد سازوکارهای مورد نظر کمک کرده‌اند تا خلق آزمودنی‌ها، مهارت‌های زندگی آنان و نحوه‌ی روبه‌رویی آنان با مسائل بهبود یابد همچنین ممکن است مسائلی که در زندگی روزمره با آن روبه‌رو بوده‌اند و حل آن به تعویق افتاده بهبود یابد و در نتیجه تاب‌آوری خانوادگی و ابعاد آن بهبود یابد.

در تبیین اثربخش‌تر بودن روش بهبود تاب‌آوری خانوادگی بر این سازه می‌توان علت را در تخصص مدار بودن آموزش‌ها بر سازه‌ی تاب‌آوری خانوادگی دانست و از سوی دیگر دقت در تدوین بسته و تنظیم محتوا، فنون و تکالیف در این روش دانست. این پژوهش همچون سایر پژوهش‌ها محدودیت‌هایی داشت از جمله اینکه آموزشگر و محقق یکسان بودند و انتخاب شرکت‌کنندگان به شکل غیر تصادفی بود. در کل به مشاوران توانبخشی بیماران همودیالیز پیشنهاد می‌گردد که این دو روش را به عنوان روش‌های موثر بر بهبود وضعیت روانشناختی پرستاران بیماران همودیالیز مد نظر قرار دهند.

موازن اخلاقی

در این پژوهش کلیه موازن اخلاقی نظیر رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات مشارکت‌کنندگان رعایت شده است.

سپاسگزاری

نویسندگان پژوهش حاضر از کلیه کسانی که آنان را در انجام این پژوهش یاری رساندند کمال سپاس و تشکر دارند از جمله مسئولین پژوهشی دانشگاه و مراقبین بیماران همودیالیز که در این دوره شرکت کردند.

مشارکت نویسندگان

در تدوین این مقاله همه نویسندگان در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها و نهایی سازی نقش داشتند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- اسدی، پروانه، و فرهادی، هادی، و گل پرور، محسن. (۱۴۰۰) اثربخشی بسته آموزشی مبتنی بر امید به شیوه شناختی معنوی بر بهزیستی روان شناختی و نشخوار فکری والدین دارای فرزند مبتلا به سرطان. مجله دانشکده پزشکی مشهد، ۶۴ (۳)، ۳۲۶۸-۳۲۵۳.
- باباصفیری، عباس، آتش پور، سیدحمید، و یوسفی، زهرا. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی تلفیق روش سیستمی ساختاری با روش راه حل محور بر تعارضات زناشویی، مرزها و مثلث سازی زوجین. خانواده درمانی کاربردی، ۲(۳)، ۲۱۷-۱۹۶.
- باقری زنجانی اصل منفرد، لایلا، انتصار فومنی، غلامحسین. (۱۳۹۵). اثر امید درمانی گروهی بر تاب‌آوری و امید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان شهر زنجان. فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت. ۵ (۴)، ۵۸-۶۴.

بنی هاشمی، سارا، حاتمی، محمد، حسنی، جعفر، و صاحبی، علی. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی‌شناختی، واقعیت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای مقابله‌ای، کیفیت زندگی و سلامت عمومی مراقبین بیماران مزمن. روان‌شناسی بالینی، ۱۲ (۱)، ۶۳-۷۶.

پاداش، زهرا، یوسفی، زهرا، عابدی، محمدرضا، و ترکان، هاجر. (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی مشاوره زناشویی به‌روش گاتمن بر میل به طلاق و دلزدگی زناشویی زنان متأهل متمایل به طلاق. مجله مطالعات ناتوانی، ۱۰، ۱۵۴-۱۵۴.

رزمی، لیلا، بهزادی پور، ساره، و طهماسبی، صدیقه. (۱۳۹۵). اثربخشی امید‌درمانی گروهی بر افزایش تاب‌آوری و امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. نشریه جراحی ایران، ۲۴ (۳)، ۶۰-۶۸.

زارع، فاطمه، منشئی، غلامرضا، و کشتی‌آرای، نرگس. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش غنی‌سازی کیفیت زندگی بر خودارزشمندی و سرمایه‌های روان‌شناختی زنان سرپرست خانوار. خانواده‌درمانی کاربردی، ۲ (۴)، ۳۱۰-۳۳۱.

صادقیان، ژاله، شاهقلیان، ناهید، دشتی، علیرضا. (۱۳۹۶). دیدگاه بیماران و پرستاران بخش همودیالیز در رابطه با رفتارهای مراقبتی. مجله پرستاری و مامایی، ۱۵ (۹): ۶۶۶-۶۵۹.

کاظمی دلویی، علی، شهابی زاده، فاطمه، نصری، مریم، و ثمری، علی اکبر. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد با و بدون تمرین‌های ورزشی توأم با ذهن-آگاهی بر سلامت معنوی بیماران همودیالیز. مجله علمی پژوهشی یافته، ۲۳، ۳۶-۴۷.

کیانی، جمیله، حاجیونی، علیرضا، قلی‌زاده، فاطمه، و عباسی، فرهاد. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش شناختی-رفتاری و امید‌درمانی بر کیفیت زندگی، امید به زندگی و تاب‌آوری بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۲۷ (۴)، ۱۴۸۲-۱۴۹۵.

یوسفی، زهرا، و کریم‌نژاد، زهرا. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش همسرمداری مبتنی بر شفقت بر بهبود روابط خانوادگی، تعارضات زناشویی، بخشش و صمیمیت زوجین ناشنوا و کم‌شنوای شهر اصفهان. مطالعات زن و خانواده، ۶ (۲)، ۱۹۹-۲۲۳.

References

- Asadi, P., Farhadi, H., & Golparvar, M. (2021). The effectiveness of a spiritually based hope educational package on the psychological well-being and cognitive rumination of parents with children diagnosed with cancer. *Mashhad University of Medical Sciences Journal*, 64(3), 3253-3268. (In Persian)
- Babasafari, A., Atashpour, S. H., & Yousefi, Z. (2021). Comparing the effectiveness of structural systemic therapy with solution-focused approach on marital conflicts, boundaries, and triangulation in couples. *Applied Family Therapy*, 2(3), 196-217. (In Persian)
- Bagheri Zanjani, L., Entesari Foomani, G. H. (2016). The effect of group hope therapy on resilience and hope in life among breast cancer patients in Zanjan. *Health Promotion Management*, 5(4), 58-64. (In Persian)
- Bani Hashemi, S., Hatami, M., Hosseini, J., & Sahabi, A. (2020). Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy, reality therapy, and acceptance and commitment therapy on coping strategies, quality of life, and general health of caregivers of chronic patients. *Clinical Psychology*, 12(1), 63-76. (In Persian)
- Becvar, D. S. (Ed.). (2012). *Handbook of Family Resilience*. London: Springer Science & Business Media.

- Black, K., & Lobo, M. (2008). A conceptual review of family resilience factors. *Journal of family nursing*, 14(1), 33-55.
- Hodge, D. R. (2006). Spiritually modified cognitive therapy: A review of the literature. *Social Work*, 51(2), 157-166.
- Kazemi Delavi, A., Shahabizadeh, F., Nasri, M., & Sameri, A. A. (2021). Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy with and without exercise mindfulness on the spiritual health of hemodialysis patients. *Found Findings*, 23, 36-47. (In Persian)
- Kiani, J., Hajian, A., Gholizadeh, F., & Abbasi, F. (2018). The effectiveness of cognitive-behavioral and hope therapy on the quality of life, hope for life, and resilience of patients with thalassemia major. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*, 27(4), 1482-1495. (In Persian)
- Padash, Z., Yousefi, Z., Abedi, M. R., & Torkan, H. (2020). The effectiveness of Gottman's marital counseling on the inclination to divorce and marital dissatisfaction in married women inclined to divorce. *Journal of Disability Studies*, 10, 154-154. (In Persian)
- Patterson, J. M. (2002). Understanding family resilience. *Journal of clinical psychology*, 58(3), 233-246.
- Razmi, L., Behzadi Pour, S., & Tahmasebi, S. (2016). The effectiveness of group hope therapy on increasing resilience and hope in life of women with breast cancer. *Iranian Journal of Surgery*, 24(3), 60-68. (In Persian)
- Sadeghian, Z., Shahgholian, N., & Dashti, A. (2017). Patients' and nurses' perspective on caring behaviors in the hemodialysis unit. *Journal of Nursing and Midwifery*, 15(9), 659-666. (In Persian)
- Salehian, M. H., Yadolazadeh, A., & Ranjbari, S. (2021). Comparison of the effect of cognitive-spiritual method of hope therapy and tai chi exercises on anxiety caused by corona disease in university students. *Pakistan Journal of Medical and Health Sciences*, 938-947.
- Simon, J. B., Murphy, J. J., & Smith, S. M. (2005). Understanding and fostering family resilience. *The family journal*, 13(4), 427-436.
- Sixbey, M., T. (2005). Development of the family resilience assessment scale to identify family resilience constructs. University of Florida, Doctoral dissertation.
- Ungar, M. (2016). Varied patterns of family resilience in challenging contexts. *Journal of marital and family therapy*, 42(1), 19-31.
- Van Schoors, M., Caes, L., Verhofstadt, L. L., Goubert, L., & Alderfer, M. A. (2015). Systematic review: Family resilience after pediatric cancer diagnosis. *Journal of Pediatric Psychology*, 40(9), 856-868.
- Walsh, F. (2015). *Strengthening Family Resilience* (3rd ed.). New York: The Guilford Press.
- Yousefi, Z., & Karimnejad, Z. (2017). The effectiveness of empathy-based spouse education on improving family relationships, marital conflicts, forgiveness, and intimacy of deaf and hard-of-hearing couples in Isfahan. *Women and Family Studies*, 6(2), 199-223. (In Persian)
- Zare, F., Manshei, G. R., & Kashti Aray, N. (2021). The effectiveness of quality of life enrichment education on self-esteem and psychological assets of women heads of household. *Applied Family Therapy*, 2(4), 310-331. (In Persian)

Comparison of the effectiveness of family resilience training, with cognitive-spiritual hope training, on family resilience in caregivers of kidney patients undergoing hemodialysis

Abdolhossein. Farhadi¹, Gholamreza. Manshaee^{2*} & Zahra. Yousefi³

Abstract

Aim: This research examines the capacity of resilience in the caregivers of kidney patients, and the impact of the care process on it. The purpose of this study was to compare the effectiveness of family resilience training with cognitive-spiritual hope training on family resilience in caregivers of kidney patients undergoing hemodialysis.

Method: The research method was an experimental type with two experimental and control groups with the present pre-test and post-test design, a quantitative one with a control group and a 45-day follow-up, and the statistical population consists of all caregivers of kidney patients undergoing hemodialysis. Isfahan city in 2020-21, in this research, 60 caregivers were selected through available sampling and were randomly divided into family resiliency training package (20 people) cognitive- spiritual hope training (20 people) and control (20 people) groups. The people participating in the research in three stages answered to the family resilience questionnaire (Sixbey, 2005). The collected data were analyzed at two levels of descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics in this study (variance analysis with repeated measurements and Bonferroni post hoc test). It was used for data analysis (by spss software version 24). **Results:** The data analysis showed that the cognitive-spiritual hope training had a significant effect on family resilience ($F= 23.04$, $P<0.001$), and its dimensions, problem solving ($F= 23.04$ $P<0.01$), spirituality ($F= 21.11$ $P<0.003$), acceptance ($F= 10.85$ $P<0.001$), but the family resilience training package was also significantly more effective on improving family resilience and had a more significant effect ($P< 0.01$). **Conclusion:** According to the findings of the present research, it is possible to use cognitive-spiritual hope training and family resilience training to increase the level of family resilience and its dimensions in kidney patients undergoing hemodialysis.

Keywords: family resilience, hope, cognitive-spiritual, caregivers, hemodialysis patients

1. Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan), Isfahan, Iran

2. *Corresponding author: Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan), Isfahan, Iran
Email: smanshaee@yahoo.com

3. Assistant professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan), Isfahan, Iran