

اثربخشی امید درمانی گروهی بر افزایش تاب‌آوری و امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان

لیلا رزمی*، دکتر ساره بهزادی پور**، دکتر صدیقه طهماسبی***

چکیده:

زمینه و هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی امید درمانی گروهی بر تاب‌آوری و امید به زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان بود.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش از نوع نیمه تجربی و جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به کلینیک پستان درمانگاه شهید مطهری شهر شیراز در نیمه دوم سال ۱۳۹۴ بود و نمونه آماری پژوهش را دو گروه ۱۵ نفری در غالب گروه کنترل و آزمایش تشکیل می‌دادند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دویسون (۲۰۰۳)، پرسشنامه امید اسنایدر (۱۹۹۱) و بسته آموزشی امید درمانی اسنایدر بود. به منظور اجرای پژوهش ابتدا پرسشنامه تاب‌آوری و امید به زندگی بر روی بیماران مبتلا به سرطان پستان در گروه کنترل و آزمایش اجرا و سپس به گروه آزمایش برنامه امید درمانی ۸ جلسه‌ای، هر جلسه ۹۰ دقیقه داده شد و گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند. پس از آموزش نیز دوباره پرسشنامه تاب‌آوری و امید به زندگی بر روی دو گروه اجرا شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که امید درمانی گروهی قادر به تأثیرگذاری معناداری بر تاب‌آوری و امید به زندگی بیماران است.

نتیجه‌گیری: نتایج بیانگر این موضوع بود که به منظور بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان، ارائه خدمات آموزشی و برنامه‌های ارتقاء دهنده امید می‌تواند اثرات مفیدی داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: امید درمانی، تاب‌آوری، امید به زندگی

زمینه و هدف

نویسنده پاسخگو: دکتر ساره بهزادی پور

تلفن: ۰۷۱۳-۶۴۷۲۵۷۰

E-mail: sarebehzadi@gmail.com

* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز

** استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز

*** دانشیار گروه جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، بیمارستان فقیهی

تاریخ وصول: ۱۳۹۵/۰۳/۱۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۶/۳۱

در بیماران مبتلا به سرطان امید به عنوان یکی از مهمترین و مؤثرترین مکانیسم مقابله‌ای در مبارزه بر علیه سرطان در طول دوران درمان می‌باشد.^۹ از ویژگی‌های مهم امید به زندگی می‌توان به جهت‌یابی آینده، انتظارات مثبت، هدفمندی، واقع‌گرایی، تنظیم اهداف و ارتباطات درونی اشاره نمود می‌توان گفت امید به زندگی در بردارنده تصورات و توجه افراد به آینده است و با این تصور که احتمال دارد نتایج مثبت حاصل گردد، باعث تلاش بیمار می‌شود.^{۱۰} اسنایدر ۲۰۰۰، امید را به عنوان یکی از منابع تاب‌آوری در نظر می‌گیرند که در زمان‌هایی که فرد دچار استرس و یأس می‌شود، می‌تواند تأثیر مثبتی بر سلامت و بهزیستی فرد داشته باشد.^{۱۱}

مطالعات بسیاری حاکی از تأثیر مداخلات روانشناختی بر اثربخشی درمان‌های جسمانی، سرطان دارد.^{۱۱} امید درمانی نیز به عنوان یک نوع روان‌درمانی تأثیر معناداری بر روی بسیاری از مؤلفه‌های روانشناختی و جسمانی همراه با سرطان دارد.^{۱۲-۱۴}

اسنایدر بنیانگذار نظریه و درمان مبتنی امید، امید را به عنوان سازه‌ای شامل دو مفهوم بدین صورت تعریف می‌کند: "توانایی طراحی گذرگاه‌هایی به سوی اهداف مطلوب به رغم موانع موجود و کارگزار یا عامل انگیزش لازم برای استفاده از این گذرگاه‌ها" امید درمانی که از نظریه امید اسنایدر و اندیشه‌های برگرفته شده از درمان شناختی-رفتاری، درمان راه حل محور و درمان داستانی یا روایتی است^{۱۵} و بر این هدف استوار است که به درمان جویان کمک کند تا اهداف را فرمول‌بندی کرده و گذرگاه‌های متعددی برای رسیدن به آنها بسازند، خود را برای دنبال کردن اهداف برانگیزانند و موانع را به صورت چالش‌هایی برای غلبه از نو چارچوب‌بندی کنند. هدف این درمان افزایش تفکر مبتنی بر امیدواری و تقویت فعالیت‌های مبتنی بر پیگیری هدف می‌باشد و بتوانند این اصول را در زندگی خود به کار گیرند.^{۱۶} تفکر امیدوارانه و سرطان به دو طریق به هم مربوط می‌شوند، اول اینکه افراد امیدوار بیشتر بر مشکل متمرکز می‌شوند و در حل آن فعالانه‌تر عمل می‌کنند و احتمالاً بیشتر به رفتارهای غربالگری سرطان مانند ماموگرافی یا آزمون پستان توسط خودشان می‌پردازند. به علاوه، افرادی که امیدوارانه می‌اندیشند، در مواجهه با تشخیص و درمان سرطان پریشانی کمتر و تطابق بیشتری از خود نشان می‌دهند.^{۱۷} پژوهش فرهادی و همکارانش در سال ۲۰۱۴ حاکی از

سرطان یکی از بیماری‌های مزمنی است که تهدیدکننده زندگی به حساب آمده و بشر پیوسته خود را در معرض آن احساس می‌کند. از این میان شیوع بالای سرطان پستان در سنین پایین در ایران و مشکلات ناشی از این بیماری از گسترده رو به رشدی برخوردار است و یکی از عوامل نگران‌کننده سلامتی در زنان محسوب می‌شود.^۱ در طول چهار دهه اخیر، افزایش میزان بروز سرطان پستان، آن را در زمره بیشترین بدخیمی‌ها در میان زنان ایرانی قرار داده است و زنان ایرانی را یک دهه زودتر از همتایانشان در کشورهای پیشرفته تحت تأثیر قرار می‌دهد.^۲

تشخیص سرطان به دلیل ماهیت چالش‌انگیز و پیامدهای نامشخص آن، از بدو تشخیص و در طول پیگیری‌های درمانی بیش از هر بیماری دیگری تجربه‌ای بسیار ناخوشایند و غیرقابل باور برای هر فرد است که باعث می‌شود شغل، وضعیت اقتصادی - اجتماعی و زندگی خانوادگی بیمار دچار اختلال شود.^۳ مواجهه با سرطان و درمان آن به مانند بسیاری از بیماری‌های مزمن (Chronic) و تهدید کننده حیات، می‌تواند بر جنبه‌های متفاوت سلامت فردی بیمار از جمله سلامت جسمی و روانی تأثیرگذار باشد، برای مثال بیماران مبتلا به انواع سرطان دارای درجات بالایی از مشکلات و اختلالات روانشناختی می‌باشند که دامنه آن از استرس، افسردگی، اضطراب، پایین آمدن کیفیت زندگی و ترس از عود بیماری و مرگ متفاوت است.^{۴،۵} حداقل نیمی از افراد مبتلا به سرطان پستان ادعا دارند که بسیاری از علایم روانشناختی ذکر شده را تجربه می‌کنند.^۶

مرور ادبیات در این حوزه حاکی از این است که فاکتورهای بیرونی مانند افزایش حمایت‌های اجتماعی و فاکتورهای درونی مانند امید و تاب‌آوری می‌توانند نقش مهمی در کاهش مشکلات روانشناختی و جسمانی این گروه افراد داشته باشد.^۷

تاب‌آوری یکی از موضوعات مطالعه شده در روانشناسی مثبت‌نگر به توانایی انسان برای سازگاری در برابر بیماری‌ها، درد و رنج ناشی از گرفتاری‌ها و عوامل تنش‌زای با اهمیت در جریان زندگی اشاره دارد. تاب‌آوری عاملی است که به افراد در مواجهه و سازگاری با شرایط سخت و استرس‌زای زندگی کمک می‌کند و آنها را در برابر اختلالات روانی و مشکلات زندگی محافظت می‌کند. افراد تاب‌آور، سازگاری فردی بالایی با عوامل استرس‌زای محیطی در زندگیشان دارند.^۸

بعد از انتخاب گروه‌های نهایی پژوهش، از آزمودنی‌های دو گروه خواسته شد که در یک جلسه توجیهی شرکت کنند. در این جلسه با تشریح اهداف پژوهش سعی شد که انگیزه و موافقت لازم مراجعان برای شرکت در پژوهش جلب شود. فرم موافقت برای همکاری (رضایت نامه) در پژوهش توسط مراجعان تکمیل شد و به مراجعان اطمینان داده شد که کلیه مطالب ارائه شده در جلسات آموزشی و نتایج پرسشنامه‌ها محرمانه خواهد بود. بعد از جمع‌آوری داده‌ها، برای تجزیه و تحلیل از تحلیل کوواریانس استفاده شد و سطح معناداری برابر با پنج درصد در نظر گرفته شد. داده‌ها با نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ تحلیل شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون

Resilience Conner & Davidson Inventory

پرسشنامه تاب‌آوری توسط کانر و دیویدسون ۲۰۰۳، جهت اندازه‌گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید، تهیه شده است که محمدی در سال ۱۳۸۴ آن را برای استفاده در ایران انطباق داده است. این پرسشنامه ابزار خوبی است که می‌تواند افراد تاب‌آور را از افراد غیرتاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیر بالینی جدا کند. این مقیاس ۲۵ گویه‌ای می‌باشد و بر اساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره تاب‌آوری فرد در این مقیاس صفر و حداکثر نمره وی ۱۰۰ می‌باشد. نقطه برش آن برای افراد عادی ۸۰/۴ می‌باشد. برای تعیین روایی این مقیاس نخست همبستگی هر گویه با نمره کل مقوله محاسبه و سپس از روی تحلیل عامل بهره گرفته شد. محاسبه همبستگی هر نمره با نمره کل به ۰ تا ۰/۶۴ جز گویه ۳، ضریب‌های بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد. سپس گویه‌های مقیاس به روش مؤلفه‌های اصلی مورد تحلیل عاملی قرار گرفتند. پایایی این آزمون به کمک ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۷ بدست آمده است.^{۲۱} پایایی پرسشنامه در این پژوهش با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برآورد شد که برابر با ۰/۸۵ بود.

پرسشنامه امید اسنایدر

Snyder Hope Inventory

این پرسشنامه که توسط اسنایدر و همکارانش در سال ۱۹۹۱ برای سنجش امید ساخته شد، دارای ۱۲ عبارت است و به صورت خودسنجی اجرا می‌شود و برای تکمیل آن ۲ تا ۵

اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر معنا و امید بر کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان و خانواده‌های آنها بود.^{۱۸} پژوهش لطفی کاشانی و همکارانش در سال ۲۰۱۴، حاکی از اثربخشی امید درمانی بر کاهش استرس در زنان مبتلا به سرطان پستان دارد.^{۱۳} پژوهش بیجاری و همکارانش در سال ۱۳۸۸ نشان داده است که امید درمانی به شیوه گروهی باعث افزایش امید و بهزیستی روان شناختی بیماران می‌شود.^{۱۹}

با توجه به مبانی و پیشینه پژوهش، انجام پژوهش حاضر ضروری به نظر می‌رسد تا در کنار درمان‌های پزشکی، اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر امید در نمونه‌ای از جمعیت بیماران سرطانی نیز بررسی گردد و به این سوال پاسخ داده شود که آیا امید درمانی گروهی موجب افزایش امید و تاب‌آوری در زنان مبتلا به سرطان پستان می‌شود؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر کارآزمایی بالینی نیمه تجربی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل است. در این طرح آموزش امید درمانی با تأکید بر نظریه اسنایدر به عنوان متغیر مستقل و تاب‌آوری و امید به زندگی به عنوان متغیرهای وابسته مورد بررسی قرار گرفته است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به کلینیک پستان درمانگاه شهید مطهری شهرستان شیراز در نیمه دوم سال ۱۳۹۴ بود که ۳۰ نفر به شیوه هدفمند انتخاب و همتاسازی (براساس سن و تحصیلات، تأهل) شدند و به صورت تخصیص تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری قرار گرفتند که یکی به عنوان گروه آزمایش و دیگری به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شده است. به عقیده دل‌اور در روش نیمه آزمایشی حداقل هر کدام از گروه‌های مداخله و کنترل می‌تواند ۱۵ نفر در نظر گرفته شود.^{۲۰} در گروه کنترل همه ۱۵ نمونه انتخاب شده تا پایان پژوهش، شرکت داشتند. اما در گروه مداخله قبل از گروه درمانی ۱۸ نفر نمونه داشتند که تنها ۱۵ نفر باقی ماند بودند. شرط ورود به پژوهش دامنه سنی ۱۸-۶۰ و تحصیلات دیپلم به بالا، عدم شرکت در درمان‌های روانشناختی، روانپزشکی و آموزشی همزمان و توانایی شرکت در جلسات گروه بود. از نظر زمان تشخیص بیماری و این که افراد در چه مرحله‌ای از بیماری قرار داشتند، کنترل و محدودیتی وجود نداشت.

و شکستن اهداف بزرگ به خرده هدف‌ها، توسط درمانگر بیان می‌شود.

جلسه چهارم: در این جلسه، انگیزش جسمانی، انگیزش روانی یا نیروی اراده ذهنی بیان می‌شود و درباره خودگویی‌ها بحث می‌گردد و هم چنین تأثیر خودگویی‌ها، چگونگی شناسایی منابع خودگویی‌ها، مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد.

جلسه پنجم: توانایی مسیریابی برای رسیدن به هدف بیان می‌شود و راه کارهایی برای تقویت توانایی مسیر، نظیر داشتن مسیرهای متعدد برای رسیدن به هدف و فهرست برداری از آنها و تجسم کردن موفقیت توسط درمانگر بیان می‌گردد.

جلسه ششم: دیاگرام هدف از سوی اعضا ارائه داده شد. درباره میزان پیشرفت به سوی هدف و این که هر کدام از این اعضاء در پایان جلسات می‌خواهند در چه مرحله‌ای از پیشرفت باشند، صحبت شد.

جلسه هفتم: در این جلسه، راهکارهای مختلف برای برخورد با موانع رسیدن به هدف از جمله داشتن راه‌های مختلف برای رسیدن به هدفداشتن هدف در حوزه‌های مختلف زندگی توسط درمانگر بیان می‌شود.

جلسه هشتم: در جلسه پایانی، درباره امکان عود یا لغزش اعضای گروه صحبت شد و در ادامه، پس از آزمون در مورد اعضای گروه اجرا و به تمامی سوالات اعضا نیز پاسخ داده شد.

یافته‌ها

مطابق با نتایج پژوهش حاضر، در گروه آزمایش، تعداد ۲ نفر و ۱۳/۳ درصد آزمودنی‌ها بین ۲۰-۱۷، ۴ نفر و ۳۶/۶ درصد آزمودنی‌ها بین ۳۰-۲۱، ۳ نفر و ۲۳/۳ درصد آزمودنی‌ها بین ۴۰-۳۱، ۲ نفر و ۱۶/۶ درصد آزمودنی‌ها بین ۴۱-۵۰ و ۱ نفر و ۱۰ درصد آزمودنی‌ها بین ۶۰-۵۱ سال بودند و در گروه کنترل، تعداد ۲ نفر و ۱۴/۲ درصد بین ۲۰-۱۷، ۵ نفر و ۳۵/۷ درصد بین ۳۰-۲۱، ۴ نفر و ۲۲/۲ درصد بین ۳۱-۴۰، ۳ نفر و ۱۶/۷ درصد بین ۵۰-۴۱ و ۱ نفر و ۱۰ درصد بین ۶۰-۵۱ سال بودند. همچنین در گروه آزمایش، تعداد ۹ نفر و ۶۰ درصد آزمودنی‌ها متأهل و ۶ نفر و ۴۰ درصد مجرد بوده‌اند و در گروه کنترل تعداد ۱۰ نفر و ۶۵ درصد متأهل و ۵ نفر و ۳۵ درصد مجرد بودند. علاوه بر این، در گروه آزمایش، از نظر سطح تحصیلات، تعداد ۳ نفر و ۱۹/۶ درصد آزمودنی‌ها

دقیقه وقت لازم است و طیف گزینه‌ها را از کاملاً درست تا کاملاً غلط در برمی‌گیرد، یعنی به گزینه کاملاً درست ۴، تا حدودی درست ۳، تا حدودی غلط ۲ و به گزینه کاملاً غلط نمره ۱ تعلق می‌گیرد، دامنه تغییرات این پرسشنامه بین ۸ تا ۳۲ می‌باشد. از این عبارات، ۴ عبارت برای سنجش تفکر عاملی، ۴ عبارت برای سنجش تفکر راهبردی و ۴ عبارت انحرافی است. بنابراین این پرسشنامه دو زیر مقیاس را در بر می‌گیرد: عامل و راهبرد. پژوهش‌های زیادی از پایایی و اعتبار این پرسشنامه به عنوان مقیاس اندازه‌گیری امید حمایت می‌کنند. همسانی درونی کل آزمون ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ است و اعتبار آزمون - بازآزمون ۰/۸۰ و در دوره‌های بیشتر از ۸ تا ۱۰ هفته، از این میزان نیز بالاتر است. همسانی درونی زیر مقیاس عاملی ۰/۷۱ تا ۰/۷۶ و زیر مقیاس راهبردی ۰/۶۳ تا ۰/۸۰ است.^{۱۳}

مراحل امید درمانی در کار با مراجعان

جلسات در درمانگاه توسط کارشناس ارشد روانشناسی بالینی به همراه دکتری روانشناسی برگزار گردید و پرسشنامه‌های مربوط به پس از آزمون یک هفته بعد از اتمام مداخله تکمیل شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش حاضر از آمار توصیفی و روش تحلیل کوواریانس استفاده گردید.

روان درمانی مبتنی بر نظریه امید اسنایدر طی ۸ جلسه هر جلسه ۹۰ دقیقه، هفته‌ای یک بار انجام شد.^{۱۳} شرح مختصری از جلسات آموزش امید درمانی که در درمانگاه مطهری تشکیل گردید، بصورت زیر است:

جلسه اول: این جلسه شامل معارفه و آشنایی اعضای گروه و درمان‌گر با یک دیگر می‌باشد. نظریه امید و مفاهیم شبه امید توسط درمانگر تعریف و لزوم داشتن اهداف در حوزه‌های مختلف زندگی، راه‌های رسیدن به هدف شرح داده شد.

جلسه دوم: مؤلفه‌های امید، مفهوم قدرت صبر، فواید فهرست کردن و اولویت‌بندی اهداف و شیوه‌های افزایش نیروی اراده از طریق تنظیم اهداف و رابطه تفکر و احساس برای اعضای گروه شرح داده شد.

جلسه سوم: هدف انتخابی و علت انتخاب آن از سوی اعضا بیان می‌شود و فرمول امید، راه کارهای تنظیم اهداف به شیوه عملی از جمله تنظیم اهداف عینی با در نظر گرفتن نقطه پایان، تنظیم اهداف عینی در چارچوب دستیابی به آنها

با توجه به جدول، میانگین تاب‌آوری در گروه آزمایش پس از دوره مداخله، افزایش یافته است.

فرضیه اول تحقیق حاضر به این گونه بیان شد که امید درمانی گروهی بر افزایش امید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان اثربخش است. به منظور بررسی فرضیه اول پژوهش، از تحلیل کوواریانس یک‌طرفه استفاده شد. قبل از انجام تحلیل، لازم بود از رعایت مفروضه‌های زیربنایی، اطمینان حاصل شود. بدین منظور مفروضه‌های یکسانی رگرسیون و یکسانی واریانس مورد بررسی قرار گرفتند.

نتایج آزمون لوین معنی‌دار نبوده و بنابراین فرض یکسانی واریانس‌ها برقرار است. در ادامه مفروضه یکسانی رگرسیون از طریق بررسی تعامل نمرات پیش‌آزمون و سطوح متغیر مستقل در تأثیرگذاری بر نمرات پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاکی از آن بود که این تعامل معنی‌دار نیست و بنابراین مفروضه‌ی مورد نظر برقرار است [F (۱ و ۲۶) = ۳/۸۳۲, P = ۰/۰۶۰].

با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر، بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر میانگین نمرات امید به زندگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد [F (۱, ۲۷) = ۲۲۸/۲۴۱, P = ۰/۰۰۱]. بررسی جدول میانگین‌ها نشان می‌دهد که میانگین نمرات امید به زندگی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش یافته است. همچنین بررسی مجذور اتای تفکیکی (اندازه اثر) حاکی از آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ۸۲ درصد از واریانس امید به زندگی را تبیین می‌کند که حاکی از تأثیرگذاری قابل قبول مداخله بر امید به زندگی آزمودنی‌هاست.

فرضیه دوم تحقیق نیز بدین گونه بیان شد که امید درمانی گروهی بر افزایش تاب‌آوری در بیماران مبتلا به سرطان پستان اثربخش است. به منظور بررسی فرضیه دوم پژوهش، از تحلیل کوواریانس یک‌راهه استفاده شد. قبل از انجام تحلیل، لازم بود از رعایت مفروضه‌های زیربنایی، اطمینان حاصل شود. بدین منظور مفروضه‌های یکسانی واریانس و یکسانی رگرسیون مورد بررسی قرار گرفتند.

نتایج آزمون لوین معنی‌دار نبوده و بنابراین فرض یکسانی واریانس‌ها برقرار است. در ادامه مفروضه یکسانی رگرسیون از طریق بررسی تعامل نمرات پیش‌آزمون و سطوح متغیر مستقل در تأثیرگذاری بر نمرات پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاکی از آن بود که این تعامل

سیکل، تعداد ۴ نفر و ۳۳/۳ درصد آزمودنی‌ها دیپلم، ۳ نفر و ۲۳/۳ درصد آزمودنی‌ها کاردانی، ۳ نفر و ۲۳/۳ درصد آزمودنی‌ها کارشناسی و ۲ نفر و ۱۳/۳ درصد آزمودنی‌ها کارشناسی ارشد یا بالاتر بوده‌اند. در گروه کنترل، از نظر سطح تحصیلات، تعداد ۲ نفر و ۱۷/۴ درصد آزمودنی‌ها دیپلم، ۳ نفر و ۲۲/۳ درصد آزمودنی‌ها کاردانی، ۴ نفر و ۲۴/۳ درصد آزمودنی‌ها کارشناسی و ۲ نفر و ۱۳/۳ درصد آزمودنی‌ها کارشناسی ارشد یا بالاتر بوده‌اند. در گروه آزمایش، تعداد ۶ نفر و ۴۳/۳ درصد آزمودنی‌ها دارای شغل آزاد، ۴ نفر و ۲۳/۳ درصد آزمودنی‌ها کارمند و بقیه یعنی ۵ نفر و ۳۳/۳ درصد آزمودنی‌ها خانه‌دار بوده‌اند. در گروه کنترل، تعداد ۶ نفر و ۴۱/۳ درصد آزمودنی‌ها دارای شغل آزاد، تعداد ۳ نفر و ۲۲/۳ درصد آزمودنی‌ها کارمند و بقیه یعنی ۵ نفر و ۳۳/۳ درصد آزمودنی‌ها خانه‌دار بوده‌اند.

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات امید به زندگی را به تفکیک برای گروه‌های آزمایش و گروه کنترل نشان می‌دهد.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمرات امید به زندگی به تفکیک گروه

گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد نمونه
کنترل	۲۰/۴۷	۳/۶۸	۱۵
آزمایش	۳۶/۲۷	۲/۱۹	۱۵
کل	۲۸/۳۷	۸/۵۷	۳۰

با توجه به جدول، میانگین امید به زندگی در گروه آزمایش پس از دوره مداخله، افزایش یافته است. جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات امید به زندگی آزمودنی‌ها را به تفکیک برای گروه‌های آزمایش و کنترل نشان می‌دهد.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات تاب‌آوری آزمودنی‌ها به تفکیک گروه

گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد نمونه
کنترل	۵۹/۱۳	۷/۳۵	۱۵
آزمایش	۸۰/۵۳	۸/۵۱	۱۵
کل	۷۰/۱۳	۱۳/۱۵	۳۰

معنی‌دار نیست و بنابراین مفروضه مورد نظر برقرار است
 $[F(1, 28) = 1/684, P = 0/231]$.

مطابق با یافته‌های این پژوهش، بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر میانگین تاب‌آوری تفاوت معنی‌داری وجود دارد $[F(27, 1) = 63/271, P = 0/001]$. بررسی جدول میانگین‌ها نشان می‌دهد که میانگین نمرات تاب‌آوری گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش یافته است. همچنین بررسی مجذور اتای تفکیکی (اندازه اثر) حاکی از آن است که امید درمانی گروهی، ۷۰ درصد از واریانس تاب‌آوری را تبیین می‌کند که حاکی از تأثیرگذاری قابل قبول مداخله بر تاب‌آوری آزمودنی‌هاست. بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می‌گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد امید درمانی بر افزایش امید و تاب‌آوری بیماران دارای سرطان پستان مؤثر است. فرضیه اول تحقیق این بود که امید درمانی گروهی بر افزایش امید در بیماران مبتلا به سرطان پستان اثربخش است. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر میانگین نمرات امید به زندگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بررسی جدول میانگین‌ها نشان داد که میانگین نمرات امید به زندگی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش یافته است. این نتایج با مطالعات قربانی،^{۲۲} علاءالدینی،^{۲۳} کاشانی،^{۱۴} همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت امید درمانی یک برنامه درمانی است که منظور افزایش تفکر امیدوارانه و تقویت فعالیت‌های مربوط به پیگیری هدف طراحی شده است. در این درمان، شرکت‌کنندگان ابتدا با اصول نظریه امید آشنا می‌شوند و سپس به آنها آموزش داده می‌شود که چگونه این اصول را در زندگی خود بکار گیرند. شرکت‌کنندگان یاد می‌گیرند که چگونه اهداف مهم، قابل دستیابی و قابل اندازه‌گیری را تعیین کنند، گذرگاه‌های متعدد برای حرکت به سمت این اهداف تعیین کنند، منابع انگیزشی و تأثیر متقابل هر مانع بر انگیزش را شناسایی کنند، پیشرفت به سمت هدف را بازنگری کنند، اهداف و گذرگاه‌ها را در صورت لزوم اصلاح کنند. این مداخله به صورت گروهی اجرا می‌شود، زیرا در نظریه اسنایدر فرض بر این است که تفکر امیدوارانه منعکس‌کننده یک فرآیند تبادلی است. خمیره اصلی امید درمانی آن است که به افراد کمک می‌کند تا بتوانند با اتکا به

توانمندی‌های خود به اهدافشان برسند.^{۲۳} بنابراین در یک چرخه هماهنگ بین هدف‌گزینی، برنامه‌ریزی، اجرا و دستیابی به هدف امید درمانی کمک کند بیمار به جای نگرستن به گذشته از دست رفته و تمرکز بر آینده نامطمئن، به زندگی اکنون که می‌تواند ثمربخش و همراه با نتایج رضایت‌بخش در آینده باشد، تمرکز کند. به نظر می‌رسد وقتی که بیمار بتواند به نوعی از توانایی مسیریابی برای رسیدن به هدف دست یابد و راه کارهایی نظیر داشتن مسیرهای متعدد برای رسیدن به هدف و فهرست برداری از آنها و تجسم کردن موفقیت را تجربه کند (این اتفاق در جلسه پنجم رخ می‌افتد)، در نهایت راه کارهای مختلف برای برخورد با موانع رسیدن به هدف از جمله داشتن راه‌های مختلف برای رسیدن به هدف، فکر کردن به موانع قبل از پیش آمدن آنها، برداشتن مانع، دور زدن موانع، تعیین اهداف موازی، لذت بردن از مسیر رسیدن به هدف، داشتن هدف در حوزه‌های مختلف زندگی می‌آموزد. این سیر تجربی عمل‌گرایی و کسب نتیجه نوعی بینش را در بیماران شکل می‌دهد که داشتن سرطان پستان به معنای نداشتن زندگی نیست. در پایان می‌توان بیان نمود امید به زندگی به عنوان یک نیروی درونی تعریف شده است که می‌تواند باعث غنای زندگی شود و بیماران را قادر سازد که چشم‌اندازی فراتر از وضعیت کنونی و نابسامان درد و رنج خود را ببینند فقدان امید به زندگی و هدف‌دار نبودن زندگی منجر به کاهش کیفیت آن و ایجاد باورهای یأس‌آور می‌شود و امید درمانی به افزایش امید در این بیماران کمک می‌کند و اینکه بیماری سرطان زندگی این بیماران را کمتر تحت‌الشعاع خود قرار دهد.

فرضیه دوم تحقیق این بود که امید درمانی گروهی بر افزایش تاب‌آوری در بیماران مبتلا به سرطان پستان اثربخش است. نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه برای بررسی تأثیر امید درمانی گروهی بر تاب‌آوری بیماران مبتلا به سرطان پستان را نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر میانگین تاب‌آوری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بررسی جدول میانگین‌ها نشان داد که میانگین نمرات تاب‌آوری گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش یافته است. این نتایج با مطالعات برآبادی^{۲۴} و ایشیباشی، اوتاوا و سوزوکی^{۲۵} همسو می‌باشد. نگاهی کوتاه به فرآیند امید رابطه تنگاتنگ آن را با تاب‌آوری نشان می‌دهد. امید درمانی به بیماران کمک می‌کند: ۱- هدف‌های روشن‌تری برای خود تعریف کنند

(پزشکی) مورد استفاده قرار گیرد و از این طریق سعی بر تسریع بهبودی بیماران شود. نتایج این مطالعه نشان داد که متغیرهای جسمی و روانی به مرتبط هستند، به گونه‌ای که با فراهم کردن شرایطی که بتوان بر سازه‌های روانشناختی تأثیر گذاشت، مشکلات ناشی از سلامت جسمانی کاهش می‌یابد. بنابراین فراهم کردن زمینه‌هایی که بتواند آموزش مناسبی را در اختیار بیماران قرار دهد، سلامت روانشناختی و جسمی بیماران به طور خاص و افراد جامعه را به طور عام افزایش می‌دهد. با توجه به تأثیر غیرقابل انکار شاخص‌های روانشناختی بر سطح بهبودی بیماری‌ها، پیشنهاد می‌شود مسئولین درمانی کشور، آموزش‌های بالینی کارکنان درمانی کشور (پرستاران و پزشکان) را در برنامه‌های منظم و مدام و هدفمند در دستور کار خود قرار دهند تا از این طریق بتوان مراکز درمانی اثرگذارتری نسبت به قبل در زمینه بهبود بیماران داشته باشیم. در پایان پیشنهاد می‌گردد، مداخلاتی برای خانواده بیماران نیز طراحی و ارائه گردد و آموزش کلیه کارکنان بهداشتی و درمانی در جهت کمک به بیماران برای کنار آمدن و سازگاری با مشکلات خود و القای امید به بیماران نیز ضروری بنظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

با تشکر فراوان از کادر محترم درمانی درمانگاه مطهری که در انجام این پژوهش حمایت‌های فراوانی انجام دادند.

۲- چگونگی ایجاد مسیرهای چندگانه برای رسیدن به هدف‌ها را یاد بگیرند و ۳- انرژی روانی لازم برای پیگیری هدف‌های دراز مدت را تولید کنند. درمانگران با این اقدامات ادراکات مراجع را از خود، با توجه به توانایی‌هایش در فعال کردن تفکر عامل و هدفمندی تغییر می‌دهند.^۷ نکته اساسی در امید درمانی این است که درمانگر، یاری‌گری امید بخش باشد و بدین منظور امید را الگوسازی کند و به مراجعان منتقل کند. بنابراین احتمالاً شاخصه اصلی تاب‌آوری به عنوان یک ویژگی شخصیتی داشتن اهداف روشن است. فرد تاب‌آوری به روشنی می‌داند که چرا باید تاب آورد و نهایت این تاب‌آوری چیست. اگر ویژگی اصلی امید درمانی برجسته کردن اهداف است. اینکه بعد از مبتلا شده به بیماری هنوز هم زندگی ارزش هدف‌گزینی را دارد. شاخصه فرد تاب‌آورد هدف‌گرایی نهادینه شده است. در اینجا به سادگی می‌توان تأثیر امید درمانی را بر افزایش تاب‌آوری بیماران درک کرد.

در پایان می‌توان عنوان نمود که امید، عاملی است که باعث غنای زندگی می‌شود و افراد را قادر می‌سازد که دیدی فراتر از وضعیت کنونی و نابسامانی و درد و رنج خود داشته باشند. از نتایج مثبت ارتقای امید می‌توان به معنی‌دار شدن زندگی، انرژی برای کار، حفظ شادی و حفظ زندگی، اعتماد به نفس، آرامش و سازگاری با شرایط و برتری و تفوق در زندگی اشاره نمود. از این رو پیشنهاد می‌شود که به منظور ارتقاء درمان بیماران مبتلا به سرطان سینه، برنامه‌های درمانی روانشناختی در کنار برنامه‌های درمانی جسمانی

Abstract:**The Effectiveness of Group Hope Therapy on Increasing the Resiliency and Hope of Life in Women with Breast Cancer***Razmi L. MA **, *Behzadi Pour S. Ph.D ***, *Tahmasebi S. MD ****

(Received: 5 June 2016 Accepted: 21 Sep 2016)

Introduction & Objective: The aim of this study was to evaluate the effectiveness of group hope therapy on increasing the resiliency and hope of life in with breast cancer.

Materials & Methods: This study was conducted by quasi-experimental method. The population included all women breast cancer inpatient in Shiraz Motahari hospital, and the sample consisted of 30 participants in a control group and experimental groups, who were selected by convenience sampling. For measuring variables Connor and Davidson resiliency questionnaire (2003), Snyder hope scale (1991) and hope therapy training package was used. To analysis of data univariate and multivariate analysis of covariance was used. Data was analyzed by SPSS 21.

Results: The results showed that group hope therapy can increasing the resiliency and hope of life in women with breast cancer.

Conclusions: To improve cancer patients' quality of life, presenting educational services and hope promoting program can be effective.

Key Words: Hope Therapy, Resiliency, Hope of Life

* *MA in Clinical Psychology, Department of Psychology, Shiraz Islamic University, Shiraz, Iran*

** *Assistant Professor of Psychology, Shiraz Islamic University, Shiraz, Iran*

*** *Associate Professor of General Surgery, Shiraz University of Medical Sciences, Shahid Faghihi Hospital, Shiraz, Iran*

References:

1. Makaryan F, Isaac R, Parnian T, Ramezani A, Abdeyazdan N, Hashemi F, Mkaryan Sh. Mental health in women, breast cancer survivor. *J of Medical School Esfahan*. 2011; 29: 173.
2. Pedram M, Mohammadi M, Naziri Gh, Aiinparast N. The effectiveness of cognitive behavioral group therapy on treatment anxiety, depression and hope creation in women with breast cancer *Scientific Journal Management System*, 1389; 1(4): 61-75.
3. Abdollah zadeh R, Moodi M, Allahyari A, Khanjani N. The Relationship between Spiritual Intelligence and Resiliency of Patients Suffering from Cancer in South Khorasan State. *Nvj*. 2015, 2(3): 15-24.
4. Maguire P, Psychological Aspects. In M Dixon (Ed.), *ABC of Breast Diseases* (2000). London: BMJ Books, 150-153.
5. Hyphantis T, Papadimitriou I, Petrakis, D, Fountzilias, G, Repana, D, Assimakopoulos K, Carvalho A, & Pavlidis N. Psychiatric manifestations, personality traits and health-related quality of life in cancer of unknown primary site. *Journal of Psycho-oncology*. 2013. 22 (9): 2009-2015.
6. Kornblith AB, Ligibel j. Psychosocial and sexual functioning of survivors of breast cancer. *Semni Oncol*. 2003, 30, 700-813.
7. Meng-Yao Li, Yi-Long Yang, Li Liu and Lie Wang. Effects of social support, hope and resilience on quality of life among Chinese bladder cancer patients: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes* (2016) 14: 73.
8. Hosseini Ghomi T, Salimi Bajestani H. The Effect of teaching resiliency on stress of mothers with children that have cancer in Imam Khomeini Hospital. *Q Health Psychol*. 2012; 4.
9. Ebright PR, Lyon B. Understanding hope and factors that enhance hope in women with breast cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2002; 29: 561-8.
10. Raleigh hunt. Sources of hope in chronic illness. *Oncol Nurs Forum*. 1992; 19(3): 443 - 448.
11. Antoni, M.H. Psychosocial intervention effects on adaptation, disease course and biobehavioral processes in cancer. *Brain, Behavior, and Immunity*, 2013; Volume 30, Supplement, 15 March 2013, Pages S88-S98.
12. Raleigh, E. Sources of hope in chronic illness. *Oncology Nursing Forum*, 1992; 19(3), 443-448.
13. Lotfi Kashani, F., Vaziri, SH., Esmail Akbari, M., Zeinolabedini, M., Sanaei, H. and Jamshidifar, Z. The Effectiveness of Creating Hope on Distress of Women with Breast Cancer. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 2014, 159, 201 - 205.
14. Lotfi kashani F., Vaziri S., Zine el Abidine S.N. Effectiveness of group hope therapy on decreasing psychological distress among with breast cancer. *Journal of Applied Psychology*, 2014, Vol. 7, No. 4 (28), Winter 2014, 45-58.
15. Snyder CR, Cheavens J, Michael S T. Hoping. In: Snyder CR, editor. *Coping: The psychology of what works*. New York: Oxford University Press; 1999. p. 205-231.
16. Coppock TE, Owen JJ, Zagarskas E, Schmidt M. The relationship between therapist and client hope with therapy outcomes. *Journal of Psychotherapy Research*. 2010; 20(6): 619-626.
17. Connor CR, Cassidy C. Predicting hopelessness: the interaction between optimism/pessimism and specific future expectancies. *J Cog Emo*. 2007; 21: 596-613.
18. Farhadi M, Reisi-Dehkordi N, Kalantari M, Zargham-Boroujen A. Efficacy of group meaning centered hopenotherapy of cancer patients and their families on patients' quality of life. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2014; Vol. 19(3).
19. Bijari H; Ghanbari B A, Aghamohammadian Sherbaf; HR, Homayi F. Effects of Hope-based Group Therapy on the promotion of hope in women with breast cancer. *Studies in Education and Psychology*. 1388; Vol10 (1).
20. Delavar A. *Applied Probability and Statistics in Psychology and Educational Sciences*. Tehran: Roshd; 2014.
21. Mohammadi M. survey of factors influences on resilience in person at risk of addiction (Dissertation). 2003, Rehabilitation UN.
22. Ghorbani M. The Effectiveness of Hope therapy on hope of Women with Breast Cancer, (Dissertation). 1391; Mashhad University.
23. Allaedini Z. The Effectiveness of Hope therapy on Depression in Isfahan University Student. (Dissertation), 1387, Isfahan UN.