اثربخشی روان درمانی گروهی امید محور بر بهبود ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران مبتلا به سرطان

علی فرهادی[1]، یزدان موحدی[2]، معصومه موحدی[3]

۱- استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.

۲- دانشجوی دکترای تخصصی علوم اعصاب شناختی-گرایش مغز و شناخت، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

۳- کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.

یافته / دوره شانزدهم / شماره ۱ / بهار ۹۳ / مسلسل ۵۹

چکیده

دریافت مقاله: ۹۳/۱/۵ ، پذیرش مقاله: ۹۳/۲/۳

مقدمه: امید از عوامل بسیار مهم و از عناصر ضروری در بیماران سرطانی است که اثرات زیادی در سازگاری بیماران با شرایط زندگی، به خصوص در زمان درد و محرومیت دارد. امید در افزایش کیفیت زندگی بیمار سهم به سزایی داشته و در مراحل مختلف بیماری تاثیرگذار می باشد. هدف از این مطالعه بررسی اثربخشی مداخلات ارتقاء دهنده امید در بیماران مبتلا به سرطان بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه یک کارآزمایی بالینی بود که در سال ۱۳۹۰، در بیمارستان شفای اهواز بر روی ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به سرطان انجام شد. قبل و بعد از مداخله برای هر دو گروه آزمایش و کنترل پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت تکمیل شد (هر گروه ۱۵ بیمار). مداخلات ارتقاء دهنده امید برای بیماران گروه آزمایش به صورت مباحثه عمیق و چهره به چهره و با روش یادگیری بر اساس حل مسئله انجام شد. داده ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: تحلیل داده ها نشان داد که بین میانگین نمره های پس آزمون گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری وجود داشت($P <۰/۰۱$)، به نحوی که آموزش روان درمانی گروهی امید محور موجب بهبود ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در گروه آزمایش شده است.

بحث و نتیجه‌گیری: مداخلات ارتقاء دهنده امید در افزایش امید بیماران می باشد. بنابراین بجاست که به منظور افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان، ارائه خدمات آموزشی و برنامه های ارتقاء دهنده امید با روشهای مناسب مانند یادگیری بر اساس حل مسئله یا مشارکت فعال بیمار در فرایند بحث با برنامه ریزی مدون انجام گیرد.

واژه‌های کلیدی: امید درمانی، کیفیت زندگی، سرطان.

آدرس مکاتبه: خرم‌آباد، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، مرکز مشاوره.

پست الکترونیک: masumemovahedi@yahoo.com

مقدمه

علی رغم پیشرفتهای قابل ملاحظه در علم پزشکی، سرطان همچنان به عنوان یکی از بیماریهای قرن حاضر و دومین علت مرگ و میر بعد از بیماریهای قلبی و عروقی است. از سویی، پیش بینی می شود که تعداد موارد جدید ابتلا تا سال ۲۰۲۰ ، سالانه از ۱۰ میلیون به ۱۵ میلیون نفر برسد (۱). در این میان مشکلات روانشناختی بیماران مبتلا به سرطان بر کیفیت زندگی و حتی طول عمر آنان نیز اثر می گذارد (۲).

بیش از دو دهه است که در کنار معیارها و شاخص های پزشکی در درمان بیماران مبتلا به سرطان، شاخص دیگری تحت عنوان "کیفیت زندگی وابسته به سلامت" مطرح شده است (۳). کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی است که سازمان جهانی بهداشت، آن را اینگونه تعریف کرده است "درک هر فرد از زندگی، ارزشها، اهداف، استانداردها، و علایق فردی می باشد"(۴). زمانی که یک فرد در زندگی، احساس رضایت و بهزیستی داشته باشد و از بیمار بودن خود احساس نارضایتی نداشته باشد، انرژی بیشتری برای مراقبت از خود دارد، و زمانی که فرد به خوبی از خود مراقبت کند، روز به روز احساس بهتری خواهد داشت و سالم تر خواهد ماند. علاوه بر این کیفیت زندگی وی نیز بهتر خواهد شد و این چرخه مثبت تقویت کننده همچنان ادامه می یابد (۵،۶).

در مجموع کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان در دو حوزه اندازه گیری می شود: (الف) در زمینه عملکرد بیماران (ب) در زمینه عوارض ناشی از خود بیماری و عوارض ناشی از درمان سرطان. نکته مهم در این زمینه ارزیابی این شاخص ها از دیدگاه خود بیمار است (۷).

تشخیص و درمان بیماری سرطان، باعث اختلال در الگوی خواب و فعالیت، ایجاد علایم جسمانی و روانشناختی، اختلال در عملکرد شناختی، مشارکت اجتماعی و انجام فعالیت های شخصی می شود (۸،۹). بین بیماری سرطان و کیفیت زندگی ارتباط متقابلی وجود دارد و بیماریهای جسمانی و علایم آن به صورت مستقیم بر تمام ابعاد کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد (۱۰). امروزه، علاقه مندی فزاینده‌ای به ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، از جمله سرطان، افزایش چشمگیری پیدا کرده است و بهبود کیفیت زندگی و عملکرد روزانه این بیماران به یک هدف تبدیل شده است (۱۱). بیماران جسمی مزمن از جمله افراد مبتلا به بیماری سرطان متوجه می‌شوند که امید بخش مهم و ناخودآگاه افکار و احساساتشان را شامل می شود. بیشتر تحقیقات در مورد امید که در متون پزشکی و پرستاری دیده می شود، در مورد بیماران سرطانی است که این تشخیص را به عنوان یک فاکتور تهدید کننده برای امید خود مطرح نموده‌اند (۱۲).

در بین درمانهای روانشناختی، امیددرمانی اسنایدر تنها درمانی است که امید را به عنوان هدف اصلی درمان مد نظر قرار داده است. اسنایدر (۲۰۰۱-۱۹۷۴)، بنیانگذار نظریه امید و درمان مبتنی بر آن، امید را به عنوان سازه ای شامل دو مفهوم اینگونه تعریف کرده است: "توانایی طراحی گذرگاه‌هایی به سوی اهداف مطلوب به رغم موانع موجود و عامل یا انگیزش لازم برای استفاده از این گذرگاه ها" (۱۳).

سرطان و تفکر امیدوارانه به دو طریق به هم مربرط می‌شوند. اولاً، افراد امیدوار بیشتر بر مشکل متمرکز شده و در حل آن فعالانه تر عمل می‌کنند. آنها به احتمال بیشتری رفتارهای غربالگری سرطان را انجام می‌دهند. ثانیاً، افرادی که امیدوارانه می‌اندیشند، در مواجهه با تشخیص و درمان سرطان پریشانی کمتر و تطابق بیشتری از خود نشان می‌دهند (۱۴).

در طی درمان افرادی که از امید بالاتری برخوردارند در تحمل درمانهای طولانی و دردناک و عوارض شیمی درمانی و پرتو درمانی از خود مقاومت بیشتری نشان می دهند (۱۵). از سویی در مرحله بهبود، افراد امیدوار افکار مثبت تری درباره زندگی شان دارند و گرایش بیشتری به شناسایی جنبه های مثبت موقعیت های آسیب زا از خود نشان می دهند (۱۶). حتی اگر سرطان در مراحل پیشرفته باشد بیماران امیدوار می توانند اهداف دیگری مانند صرف وقت بیشتر با خانواده و لذت بردن از فرصت باقیمانده را برای خود تنظیم کنند (۱۷).

یافته های اسنایدر، آیرینگ و آندرسن (۱۹۹۱)، نشان می دهد که مداخلات امید درمانی یک راه موثر برای بهبود کیفیت زندگی در بیماریهای مزمن می باشد، و در پی ارتقای امید، شاهد افزایش سطح اقدامات خودمراقبتی، کیفیت زندگی و ارتقای سلامت عمومی در این بیماران هستیم (۱۸).

هال و همکاران در یک مطالعه نشان دادند که بعد از انجام مداخلات روانشناختی مثبت و ۸ هفته پیگیری بعد از آن کیفیت زندگی مبتلایان به بیماریهای مزمن بهبود پیدا می کند (۱۹). ستوده اصل و همکاران (۱۳۸۹)، نیز در مطالعه خود نشان دادند که امید درمانی نسبت به دارو درمانی تاثیر بیشتری بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون دارد (۲۰).

مبتنی بر تبیین های نظری بعمل آمده و یافته های پژوهشی ذکر شده، هدف اصلی این پژوهش بررسی اثربخشی روان درمانی گروهی امید محور بر بهبود ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران مبتلا به سرطان بود.

مواد و روش‌ها

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه پژوهش حاضر کلیه بیماران سرطانی بیمارستان شفا اهواز بود. بدین منظور، ابتدا با مراجعه به بیمارستان شفا اهواز، بیماران مبتلا به سرطان که بستری یا غیر بستری بودند شناسایی و بررسی شدند، و پس از جلب همکاری آنان مقیاس ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، در بین آنان توزیع گردید و سپس تعداد ۳۰ نفر از جامعه فوق که طبق معیار نقطه برش کیفیت زندگی در وضعیت غیر نرمالی بودند انتخاب شدند (۱۸ زن و ۱۲ مرد) و از آنجایی که در پژوهش های مداخله ای تعداد ۱۵ نفر برای هر گروه کفایت می کند (۲۱) پس از همتاسازی، از این تعداد به صورت تصادفی ۱۵ نفر برای گروه آزمایش و ۱۵ نفر برای گروه کنترل انتخاب شدند. مداخله درمانی مبتنی بر امید اجرا شد و سپس از هر دو گروه آزمایش و کنترل پس آزمون به عمل آمد.

ملاک های زیر برای شرکت افراد در پژوهش رعایت شدند:

- رضایت آگاهانه
- توانایی شرکت در جلسات درمانی گروه
- حداقل تحصیلات دیپلم و حداکثر کارشناسی
- نداشتن ابتلا به بیماریهای مزمن جسمی به جز سرطان
- سن آزمودنیها بین ۳۰ تا ۶۰ سال
- عدم شرکت در کلاسهای آموزشی روانشناختی به طور همزمان

ابزار پژوهش

برای ارزیابی ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در این پژوهش از پرسشنامه (SF-36) استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۳۶ گویه با ۸ زیر مقیاس مختلف سلامت، شامل سلامت عمومی ۵ گویه و دامنه نمرات بین ۰ تا ۵۰۰، عملکرد جسمانی ۱۰ گویه و دامنه نمرات بین ۰ تا ۱۰۰۰، محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی ۴ گویه و دامنه نمرات بین ۰ تا ۴۰۰، محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی ۳ گویه و دامنه نمرات بین ۰ تا ۳۰۰، درد بدنی ۲ گویه و

دامنه نمرات بین ۰ تا ۲۰۰، عملکرد اجتماعی ۲ گویه و دامنه نمرات بین ۰ تا۲۰۰، نشاط ۴ گویه و دامنه نمرات بین۰ تا ۴۰۰ و سلامت روانی ۵ گویه است که دامنه نمرات آن بین ۰ تا ۵۰۰ می‌باشد. سئوال شماره ۲ به هیچ کدام از خرده مقیاس ها تعلق ندارد و با نمره کل جمع می شود. نحوه نمره دهی با توجه به تعداد گزینه های هر گویه، تعیین می شود. برای مثال گویه اول پرسشنامه که شامل ۵ گزینه است در بهترین شرایط نمره ۱۰۰ و در بدترین شرایط نمره صفر را به خود اختصاص داده و گزینه های بین این دو ۷۵،۵۰ و ۲۵ نمره دارند.

روایی و پایایی این پرسشنامه توسط منتظری و همکاران در سال ۱۳۸۴ بررسی شده است، که در حد مطلوب بوده است (حداقل ضرایب استاندارد پایایی در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹) (۲۲).

جلسات درمانی بر اساس کارهای اسنایدر و همکاران (۱۹۹۱) و اسنایدر (۲۰۰۰) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای طراحی و اجرا شد (۱۸،۲۳).

شرح مختصر جلسات درمانی

به طور کلی در جلسه اول ساختار جلسات و اهداف برنامه آموزشی معرفی شده و امید بر اساس نظریه اسنایدر تعریف شد. در جلسه دوم به تبیین چگونگی رشد امید و ضرورت وجود آن و تأثیر آن بر بهزیستی مورد بحث قرار گرفت. ضمن اینکه در این دو جلسه سعی شد تا رابطه درمانی لازم با هریک از مراجعان برقرار شود و فرایندها و پویایی های گروه مورد توجه قرار گیرد. در جلسه سوم از هر یک از مراجعان خواسته شد تا داستان زندگی خود را به زبان خود برای گروه تعریف کند. در جلسه چهارم این داستانها بر اساس سه مؤلفه اصلی نظریه امید اسنایدر یعنی «هدف»، « عامل» و «گذرگاهها» تبیین شده و مجدداً قالب بندی شدند. ضمن اینکه سعی شد تا مواردی از امید در زندگی هر یک از اعضا شناسایی شده و موفقیت‌های گذشته به منظور شناسایی عامل و گذرگاهها مورد توجه قرار گیرد. در جلسه پنجم از اعضا خواسته شد تا لیستی از اتفاقات جاری و ابعاد مهم زندگی خود فراهم کرده و میزان اهمیت هر یک از آنها را مشخص نمایند. در جلسه ششم ویژگی‌های اهداف مناسب بر اساس نظریه اسنایدر مطرح شد و سپس افراد برای تعیین اهداف در هر یک از حیطه های زندگی ترغیب شدند. در جلسه هفتم ویژگی های گذرگاه‌های مناسب مطرح شده و از آنها خواسته شد تا برای رسیدن به اهداف تعیین شده راهکارهای مناسبی بیابند، سپس به آنها آموزش داده شد تا گذرگاه ها را به مجموعه ای از گام های کوچک بشکنند و گذرگاه های جانشین تعیین کنند. در جلسه هشتم راهکارهایی برای ایجاد و حفظ عامل مطرح شد، از جمله اینکه از افراد خواسته شد تا به تمرین ذهنی آنچه که باید برای رسیدن به اهداف انجام داد، بپردازند. و در نهایت به آنها آموزش داده شد تا خود یک امید درمانگر باشند و تفکر امیدوارانه را به صورت روزمره به کار ببرند، به طوری که خودشان بتوانند اهداف و موانع را تعیین کنند، عامل لازم را برای دستیابی به آنها را در خود ایجاد و حفظ کنند و گذرگاه های لازم را تشخیص دهند.

یافته‌ها

پس از اجرای برنامه درمانی از هر دو گروه پس آزمون بعمل آمد و سپس داده های مرتبط با پیش آزمون و پس آزمون استخراج شد.

در جدول ۱ نتایج مربوط به آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) دو گروه آزمایش و کنترل در شرایط پیش آزمون و پس آزمون نشان داده شده است. همانگونه که ملاحظه می شود بین میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش و کنترل تفاوت مشاهده می شود. برای

مشخص شدن معناداری تفاوت بین متغیرهای فوق از تحلیل کوواریانس استفاده شد. قبل از بررسی تحلیلی نتایج در رابطه با فرضیه های پژوهش، از برابری واریانس های متغیر وابسته در گروه های مورد مطالعه، توسط آزمون لوین و همچنین همگنی شیب های رگرسیون، به عنوان فرض های لازم برای استفاده از تحلیل کوواریانس، اطمینان حاصل شد که نتایج بدست آمده در جدول ۲ درج شده است.

مندرجات جدول شماره ۲ نشان می دهد که مفروضه همگنی واریانس ها با مقدار F=۰/۱۴۸ و p>۰/۰۵ برای کیفیت زندگی مرتبط با سلامت معنی دار نشده است. همچنین نتایج بررسی فرض همگنی شیب های رگرسیون که در جدول ۲ ارایه شده است با مقدار F=۱/۴۳ و P>۰/۰۵ برای کیفیت زندگی مرتبط با سلامت رابطه معنی داری را نشان نمی دهد. لذا، مفروضه همگنی شیب های رگرسیون نیز محقق شده است. با توجه به یافته های فوق، جهت بررسی تأثیر روان درمانی گروهی امید محور بر بهبود ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت از روش تحلیل کوواریانس بهره گرفته شد که نتایج حاصل از آن در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳ نتایج مربوط به تحلیل کواریانس یافته‌ها را نشان می‌دهد. با توجه به یافته‌های فوق و بعد از کنترل نمره پیش آزمون، نمره F برای مولفه‌های کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در مردان و زنان معنادار بوده است. این موضوع نشان می‌دهد که روان درمانی گروهی امید محور باعث بهبود ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران مبتلا به سرطان شده است.

جدول ۱. آمار توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در دو گروه کنترل و آزمایش در پیش آزمون و پس آزمون

	گروه	کنترل	گروه	آزمایش
کیفیت زندگی مرتبط با سلامت	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
	SD± M	SD± M	SD± M	SD± M
سلامت عمومی	۲۲۶/۶۶ ±۶۱/۵۷	۲۲۵/۰۰ ± ۵۸/۲۴	۲۲۸/۳۳ ±۷۱/۸۷	۳۴۰/۰۰ ±۸۲/۸۰
عملکرد جسمانی	۳۹۶/۶۶ ±۷۶/۶۸	۳۶۰/۰۰ ±۱۰۰/۳۵	۳۹۳/۳۳ ±۱۱۴/۷۴	۵۶۳/۳۳ ±۱۳۱/۵۶
محدودیت ایفای نقش بدلایل جسمانی	۱۴۰/۰۰ ±۸۲/۸۰	۱۴۶/۶۶ ±۷۴/۳۲	۱۳۳/۳۳ ±۱۰۴/۶۵	۲۷۳/۳۳ ±۱۰۳/۲۷
محدودیت ایفای نقش بدلایل عاطفی	۱۰۶/۶۶ ±۷۹/۸۸	۱۱۳/۳۳ ±۵۱/۶۳	۱۰۰/۰۰ ±۶۵/۴۶	۲۲۰/۰۰ ±۶۷/۶۱
نشاط	۱۶۸/۰۰ ±۴۵/۲۲	۱۷۰/۰۰ ±۴۷/۰۵	۱۶۶/۶۶ ±۶۳/۹۹	۳۲۶/۶۶ ±۴۵/۱۴
سلامت روانی	۲۰۵/۳۳ ±۶۲/۵۴	۲۰۹/۳۳ ±۷۰/۴۵	۲۰۲/۶۶ ±۷۰/۴۵	۳۷۸/۶۶ ±۶۰/۲۲
درد بدنی	۸۱/۶۶ ±۳۲/۳۳	۷۹/۶۶ ±۳۳/۰۸	۷۸/۳۳ ±۳۶/۶۷	۱۶۶/۳۳ ±۲۷/۴۱
عملکرد جسمانی	۱۲۳/۳۳ ±۱۱۰/۷۸	۸۰/۰۰ ±۳۱/۶۲	۹۶/۶۶ ±۳۱/۱۴	۱۷۵/۰۰ ±۲۶/۷۲

جدول ۲. نتایج بررسی فرض های همگنی واریانس و همگنی رگرسیون برای مقیاس کیفیت زندگی مرتبط با سلامت

متغیرها	همگنی واریانس		همگنی شیب ها	
	آزمون لوین	سطح معناداری	F	سطح معناداری
کیفیت زندگی مرتبط با سلامت	۰/۱۴۸	۰/۷۰۳	۱/۴۳	۰/۲۴۱

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به اثربخشی روان درمانی گروهی امید محور بر بهبود ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت

مولفه	جنسیت	متغیر	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
سلامت عمومی	مرد	پیش آزمون	۸۴۲۴/۰۶	۱/۶۸	۰/۲۳۶	۰/۱۵۲
		گروه	۳۶۴۵۶/۱۹	۶/۹۸	۰/۰۲۷	۰/۴۳۷
	زن	پیش آزمون	۹۷۳۶/۱۳	۱۳/۲۹	۰/۰۸۸	۰/۱۸۲
		گروه	۹۲۹۲۱/۳۸	۳۱/۷۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷۹
عملکرد جسمانی	مرد	پیش آزمون	۲۷۲۷۲/۷۲	۶/۴۳	۰/۰۳۲	۰/۴۱۷
		گروه	۱۹۰۹۲۴/۰۴	۴۵/۰۴	۰/۰۰۰۱	۰/۸۳۳

	زن	پیش آزمون	۱۸۲۴۰۵/۰۰	۲۳/۸۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱۴
		گروه	۱۷۸۳۶۴/۵۹	۲۳/۳۰	۰/۰۰۰۱	۰/۶۵۸
محدودیت ایفای نقش بدلایل جسمانی	مرد	پیش آزمون	۱۴۶۳/۴۱	۰/۱۴۱	۰/۷۱۶	۰/۰۱۵
		گروه	۶۴۵۳۵/۷۰	۶/۲۱	۰/۰۳۴	۰/۴۰۸
	زن	پیش آزمون	۵۵۲۱۱/۲۶	۱۴/۸۱	۰/۰۰۲	۰/۴۹۷
		گروه	۱۳۳۹۹/۷۶	۳۵/۹۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۰۶
محدودیت ایفای نقش بدلایل روانی	مرد	پیش آزمون	۱۴۳۶/۷۸	۰/۳۶۷	۰/۵۶۰	۰/۰۳۹
		گروه	۱۴۲۶۱/۶۴	۳/۶۴	۰/۰۴۹	۰/۲۸۸
	زن	پیش آزمون	۱۰۴۶/۵۱	۰/۲۳۱	۰/۶۳۷	۰/۰۱۵
		گروه	۳۶۵۸۹/۴۴	۸/۰۹	۰/۰۱۲	۰/۳۵۰
نشاط	مرد	پیش آزمون	۱۳۳/۱۲	۰/۰۷۵	۰/۷۹۱	۰/۰۰۸
		گروه	۴۶۸۵۴/۵۹	۲۶/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۷۴۵
	زن	پیش آزمون	۵۲/۸۶	۰/۰۲۱	۰/۸۸۶	۰/۰۰۱
		گروه	۱۴۷۰۱۰/۳۵	۵۹/۲۹	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹۸
سلامت روانی	مرد	پیش آزمون	۶۹۶/۵۹	۰/۴۴۷	۰/۵۲۱	۰/۰۴۷
		گروه	۱۹۱۵۸/۶۵	۱۲/۲۸	۰/۰۰۷	۰/۵۷۷
	زن	پیش آزمون	۲۶۸۷۴/۵۰	۶/۹۸	۰/۰۱۸	۰/۳۱۸
		گروه	۱۳۶۷۳۶/۷۵	۳۵/۵۱	۰/۰۰۰۱	۰/۷۰۳
درد بدنی	مرد	پیش آزمون	۲۷۰۷/۵۰	۸/۴۱	۰/۱۱۵	۰/۴۸۳
		گروه	۱۵۶۶۷/۲۵	۴۸/۶۷	۰/۰۰۰۱	۰/۸۴۴
	زن	پیش آزمون	۲۶۲۴/۳۲	۲/۸۰	۰/۰۳۴	۰/۱۵۸
		گروه	۳۰۵۵۹/۰۸	۳۲/۶۹	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸۶
عملکرد اجتماعی	مرد	پیش آزمون	۳۷۵۰/۰۰	۶/۲۳	۰/۰۳۴	۰/۴۰۹
		گروه	۲۰۸۲۳/۳۷	۳۴/۵۹	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹۴
	زن	پیش آزمون	۱/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۹۷۲	۰/۰۰۰۱
		گروه	۵۱۴۴۶/۸۴	۶۱/۷۴	۰/۰۰۰۱	۰/۸۰۵

بحث و نتیجه‌گیری

یافته های مطالعه حاضر نشان داد که امید درمانی تأثیر چشمگیری بر بهبود ابعاد مختلف کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در مردان و زنان مبتلا به سرطان دارد. که با نتایج برخی مطالعات (۱۸،۲۰،۲۴،۲۵) همخوان می باشد. مطالعات مختلفی نقش فاکتور امید را در بهبود کیفیت زندگی بیماران سرطانی نشان داده اند و همچنین نشان داده اند که امید بر مراحل مختلف بیماری تأثیر گذار می باشد (۲۶). یک مطالعه مروری در سال (۲۰۱۱) یازده مطالعه را نشان داد که امید درمانی را به عنوان یک متغیر پیش بین در شرایط سلامت روانی آزمایش کرده بودند و سه تا از این مطالعات بعضی از جنبه های کیفیت زندگی را به عنوان متغیر پیامد آزمایش کرده بودند (۲۷).

دوگلبی و همکاران (۲۰۰۷) اثربخشی مداخلات و حمایت‌های روانی اجتماعی که برنامه زندگی با امید نام دارد را در افزایش امید و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان در مراحل پایانی زندگی مورد بررسی قرار دادند، و سپس بعد از چند هفته امید و کیفیت زندگی برای هر دو گروه اندازه‌گیری شد. گروه آزمایش که برنامه زندگی با امید را دریافت کرده بودند به طور معنی داری امید و کیفیت زندگی مطلوب‌تری را گزارش کرده بودند (۲۸). هرث (۲۰۰۰) در مطالعه خود با عنوان افزایش امید در اولین مراحل عود سرطان، مداخلاتی را برای ارتقای امید و کیفیت زندگی در

این بیماران انجام داد که تفاوت معنی داری بین امید و کیفیت زندگی در دو گروه آزمایش و کنترل مشاهده کرد (۲۴).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که روان درمانی امید محور باعث ارتقای سلامت عمومی و سلامت روانی در مردان و زنان مبتلا به سرطان می شود، امید به عنوان پایه شخصیتی در نظر گرفته می شود و منبع زندگی انسان است. بعلاوه یک نیروی التیام بخش است که بهزیستی و تندرستی را افزایش می دهد. همچنین روشن شده است که امید با کارایی درمانی ارتباط دارد و اصولاً به عنوان یک عنصر ضروری برای بهبود بیماران در نظرگرفته می شود (۲۹). اسنایدر و لوپز (۲۰۰۱) امید را به عنوان یک دارونما در درمان بیماریهای جسمی و روانی به کار برده اند و بیان کرده اند که مداخلات امید محور باعث ایجاد تغییرات مثبت در فیزیولوژی انسان می گردد (۳۰). همسو با یافته های پژوهش حاضر، نتایج مطالعات گروپمن (۲۰۰۵) و اسنایدر و رند (۲۰۰۴) بر روی بیماران مبتلا به اختلالات جسمی مزمن، نشان داد که باور مثبت و انتظار می تواند اثرات مثبتی بر روی سیستم اعصاب مرکزی داشته باشد. به همین دلیل بیماران امیدوار به بهبودی و سلامتی، به دلیل باور و انتظارات مثبت از نتیجه درمان، با سرعت بیشتری بهبود یافته اند (۳۱،۲۵).

همچنین نتایج پژوهش حاضر، نشان داد که مداخلات امید محور باعث بهبود وضعیت عملکرد جسمانی و درد بدنی در مردان و زنان مبتلا به سرطان می‌شود. امروزه تأثیر چشمگیر مداخلات روانشناسی مثبت‌گرا در روند بیماری‌های جسمی مزمن مورد تأیید قرار گرفته است (۳۲). نتایج بررسی محققان دیگر نیز حاکی از اثر بخشی مداخلات روانی-اجتماعی در کاهش افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان است. بیماران سرطانی در ابعاد کیفیت زندگی (جسمانی، روانشناختی و اجتماعی) محدودیت‌هایی دارند و استفاده از مداخلات روانشناختی به همراه درمانهای پزشکی می تواند در بهبود کیفیت زندگی مؤثر باشد (۳۳).

از سویی، یکی از مشکلات عمده بیماران مبتلا به سرطان محدودیت در ایفای نقش است، که ممکن است به دلایل جسمانی یا روانی ایجاد شود. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که مداخلات امید محور باعث بهبود ایفای نقش بیماران سرطانی مرد و زن در بعد جسمانی و روانی می شود. بهره گیری از این نوع مداخلات امید محور باعث احساس کنترل و باور بر نقش تأثیر گذار فرد در سرنوشتش به عنوان یکی از مؤلفه های مهم هدف قرار می گیرد (۳۴).

نتیجه دیگر مطالعه حاضر، بهبود وضعیت نشاط و عملکرد اجتماعی در بیماران سرطانی مرد و زن بود، مطالعات انجام شده در بیماران مبتلا به سرطان نشان می دهد که شدت علایم و فشارهای روحی بر کیفیت زندگی تأثیر دارد. بیماری سرطان استقلال و توانایی فرد را برای شرکت مؤثر در خانواده و اجتماع تهدید می کند و او را به سوی احساس فقدان شایستگی و عدم اطمینان از خود سوق می دهد (۳۵). در تبیین این یافته ها می توان گفت، امید فاکتوری است که باعث غنای زندگی می شود و افراد را قادر می سازد که دیدی فراتر از وضعیت کنونی و نابسامانی و درد و رنج خود ببینند. از نتایج مثبت ارتقای امید معنی دار شدن زندگی، انرژی برای کار، حفظ شادی و حفظ زندگی، اعتماد به نفس و آرامش، و انطباق و سازگاری با شرایط و برتری و تفوق در زندگی را می‌توان نام برد (۳۶). مطالعه در زمینه های مختلف ناتوانی، از امید به عنوان یک متغیر پیش بینی کننده برای رضایت از زندگی استفاده کرده اند (۳۷)، و نیز به عنوان یک متغیر

مثبت روان‌شناختی که می تواند پیامدهای مثبت را که شامل رضایت بیشتر از زندگی است، پیش بینی کند (۳۸).

اسنایدر و همکاران (۱۹۹۱) بیان کرده اند که مداخلات امید درمانی راه مؤثری برای بهبود کیفیت زندگی در بیماریهای مزمن است. از نظر این محققین، افزایش امید باعث افزایش سطح خود مراقبتی، کیفیت زندگی و ارتقای سلامت عمومی در این دسته از بیماران می شود، و امید درمانی با هدف قرار دادن ارتقای امید موجب افزایش امید در بیماران سرطانی می شود (۱۸).

مبتنی بر یافته هایی که نشان از اهمیت مداخلات امید درمانی در زندگی بیماران سرطانی دارد، اسنایدر به پزشکان توصیه می کند که می توانند از فاکتور امید جهت درمان و ارتقای بهداشت روانی بیماران جسمی استفاده نمایند (۳۱).

علاوه بر اثرات روانشناختی فوق، امید همبسته های زیست شناختی متعددی دارد که شامل کارکرد مؤثر انتقال دهنده های عصبی سروتونین و آدرنالین، کارکرد مؤثر دستگاه ایمنی، پیوند فزاینده انتقال دهنده عصبی گابا و بازداری یادآوری رویدادهای فشار انگیز، افزایش اکسی توسین و افیون‌های درون زاد که به تحمل فشار کمک می‌کند می‌باشد (۱۳).

در مجموع می‌توان چنین نتیجه گیری کرد که مداخلات امید محور در ارتقای کیفیت زندگی بیماران سرطانی موثر است، بنابراین بجاست که به منظور ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان، ارایه خدمات آموزشی و برنامه های ارتقاء بخش با روش های مناسب آموزش داده شود.

پژوهش حاضر، شامل فقدان زمان کافی برای پیگیری نتایج درمان و عدم ارایه هر نوع مداخله درمانی در مورد گروه کنترل بود. هر چند افراد گروه کنترل با رضایت کامل در پژوهش حاضر شدند. پیشنهاد می شود پژوهش های بعدی به بررسی پایداری اثرات درمان در دوره های ۳ یا ۶ ماهه بپردازند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می دانند از کلیه بیمارانی که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند تقدیر و تشکر به عمل آورند.

References

1. Hasanpoor Dehkordi A, Azari S. Quality of life and related factor in cancer patients. Behbood. 2006; (10)2: 110-119. (In Persian)
2. Palmen JL, Fish MJ. Association between symptom distress and survival in out-patients seen in apalliative care. J Pain Symptom Manage. 2005; 29(6):565-571.
3. Ashwil J D. Nursing care of children principles and practice. Philadelphia: Saunders Company. 2001; 38-95.
4. Vedat I, Perinan G, Seref K. The relationship between disease future and quality of life in patientswith cancer. Cancer Nursing. 2001; 24(3): 490-495.
5. Troid H. Quality of life: definition, conceptualization and implications. Theoretical Surgery. 1991; 6(1): 138-142.
6. Smeltzer S, Bare BG. A textbook of medicalsurgical nursing. 10th Edition,Lippincott Co:Philadelphia. 2004; 13-57.
7. Distefano M, Riccardi S, Capelli G, Costantini B, Petrillo M, Ricci C. Quality of life and psychological distress in locally advanced cervical cancer patients administered pre- operative chemo radiotherapy. Gynecol Oncol. 2008; 111(1): 144 -150.
8. Groenvold M, Fayers PM, Petersen MA, Sprangers MA, Aaronson NK, Mouridsen HT. Breast cancer patients on adjuvant chemotherapy report a wide range of problems not identified by health-care staff. Breast Cancer Research and Treatment. 2007; 103 (2): 185-195.
9. Takahashi T, Hondo M, Nishimura K, Kitani A, Yamano T, Yanagita H. Evaluation of quality of life and psychological response in cancer patients treated with radiotherapy. Radiation Medicine. 2008; 26(7): 396-401.
10. Holzner B, Kemmler G, Sprener-unterweger B. Quality of life measurement in oncology-a matter of the assessment instrument? European Journal of Cancer. 2001; 37(4): 2349-2356.
11. Crakowski MS. Health-related quality of life outcomes in clinical research. American Journal of Epidemiology. 1999;24(2): 215-283.
12. Raleigh H."Sources of hope in choronic illness". Oncology - Nursin - forum. 1992; 19(3): PP 443-448.
13. Kar A. Positive psychology: science of happiness and human's capabilities, translated by Pasha Sharifi; Tehran: Sokhan publication, 2008: 125-188. (In Persian)
14. Snyder CR, Cheavens J, Michael ST. Hoping. In CR Snyder (ed), Coping: The psychology of what works. New York: Oxford University Press, 1999; 154-190.
15. Rowland JH. Breast cancer: Psychology aspects. In EA Blechman, KD Brownell (eds.), Behavioral medicine and women: A comprehensive handbook. New York: Guilford Press, 1998; 205-230.
16. Affleck G, Tennen H. Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositiona underpinnings. Journal of Personality. 1996; 64(6): 23-37.

17. Snyder CR , Peterson C. Handbook of hope: theory, measures & applications. San Diego: Academic Pres, 2000; 45-190.
18. Snyder CR, Irving L, Anderson JR. "Hope and Health: Measuring the Will and Ways", In: CR Snyder, DR Forsyth (Eds), Handbook of Social and Clinical Psychology: The Health Perspective. New York: Pergamon Press, 1991; 285-305.
19. Hall S, chochinov H, Harding R, Murray S, Richarson A, Higginson IJ. A Phase II randomized controlled trial assessing the feasibility, acceptability and potential effectiveness of dignity therapy for order people in care homes; study protocol. BMC Geriatr. 2009; 32(4): 24-99.
20. Sotodeh-Asl N, Neshat-Dust HT, Kalantari M, Talebi H, Khosravi AR. Comparison of Effectiveness of Two Methods of Hope Therapy and Drug Therapy on the Quality of Life in the Patients with Essential Hypertension. Journal of Clinical Psychology. 2010; 1(5): 27-34 (In Persian)
21. Delaware A. Research Methods in Psychology and Education. Publication of Virayesh. Tehran, 2006; 90-101. (In Persian)
22. Montazeri A, Goshtasbi A, Vahdaninia M. The Short Form Health Survey (SF-36) translation and validation study of the Iranian version. Payesh. 2005; 5(1): 49-56. (In Persian)
23. Snyder CR. Handbook of hope: theory, measures, and applications. Academic press, USA, 2000;32-173.
24. Herth K. Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. J Adv Nurse. 2000; 32(6): 1431-1441.
25. Groopman J. The anatomy of hope: how people prevail in the face illness. American psychologist. 2005; 14(2): 79-91.
26. Sanatani M, Schreier G, Still L. Level and direction of hope in cancer patients. Jornal of Advanced Nursing. 2008;38(12): 267-274.
27. Schrank B, Stanghellini G, Slade M. Hope in psychiatry: a review of the literature. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2011; 118(11): 421-433.
28. Duggleby WD, Degner L, Williams A, Wright K, Cooper D, Popkin D, et al. Living with hope: initial evaluation of a psychosocial hope intervention for older palliative home care patients. J Pain Symptom Manage. 2007; 33(7): 247-257.
29. Shirli W. Subjective well-being, hope, and needs of individuals with serious mental illness. Journal of Psychiatry Research. 2012; 14 (2): 1-6.
30. Snyder CR, Lopez J. Handbook of positive psychology US: Oxford university press , 2001;18-75.
31. Snyde CR, Rand KL. Hopelessness and health. In N Anderson (Ed), Encyclopedia of health and behavior, Thousand Oaks, CA Sage, 2004; 521-523.
32. Lechner SC, Antoni MH, Lydston D, LaPerriere A, Ishii M, Devieux J, Stanley H, Ironson G, Schneiderman N, Brondolo E, Tobin JN, Weis S. Cognitive–behavioral interventions improve quality of life in women with AIDS. Journal of

Psychosomatic Research. 2003; 54(4): 253-261.

33. Winnie KW. Anxiety depression and quality of life among Chinese breast cancer patients during adjuvant therapy. Eur J Cancer. 2009; 6(1): 4-47.
34. Sandoval GA, Brown AD, Sullivan T, Green E. Factors that influence patients' overall perceptions of quality of care. International Journal of Quality Health Care. 2006; 18(3): 266-274.
35. Perry K, Chang C. Quality of life assessment in women with breast Cancer. Health and Quality of Life Outcomes. 2007; 5(24): 1-14.
36. Farran CJ, Herth KA, Popovich JM. Hope and Hopelessness. Critical Clinical Constructs. 4th ed. USA: Thousand Oaks California, 1995; 153-185 .
37. Chen RK, Crewe NM. Life satisfaction among peoplewith progressive disabilities. Journal of Rehabilitation. 2011; 75(4): 50-58.
38. Kortte KB, Gilbert M, Gorman P, Wegene ST. Positive psychological variables in the prediction of life satisfaction after spinal cord injury. Rehabilitation Psychology. 2010; 55(1): 40-47.