

اثربخشی امید درمانی گروهی در کاهش پریشانی روان‌شناختی زنان دچار سرطان پستان

فرح لطفی کاشانی^۱، شهرام وزیری^۲، سیده نرگس زین‌العابدینی^۳ و سیده نیلوفر زین‌العابدینی^{۴*}

دریافت مقاله: ۹۲/۵/۲؛ دریافت نسخه نهایی: ۹۲/۱۰/۱۷؛ پذیرش مقاله: ۹۲/۱۱/۲۱

چکیده

هدف: پژوهش حاضر تعیین میزان اثربخشی امیددرمانی گروهی بر کاهش پریشانی زنان دچار سرطان پستان بود. **روش:** روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه گواه و جامعه آماری زنان دچار سرطان پستان مرکز تحقیقات سرطان بیمارستان شهدای تجریش در سال ۱۳۹۲ بود. از میان آن‌ها ۳۰ نفر به‌صورت در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. ابزار پژوهش آزمون پریشانی کی ۱۰ کسلر، پارکر، کوپ، اپستاین، گروور و همکاران (۲۰۰۲) بود که در مورد هر دو گروه در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و ۳ ماه بعد در مرحله پیگیری و برنامه امید درمانی طی ۸ جلسه، هر جلسه ۹۰ دقیقه، هفته‌ای یک‌بار درمورد گروه آزمایش اجرا و برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد امیددرمانی گروهی پریشانی زنان دچار سرطان پستان را کاهش داده و این تاثیر پس از ۳ ماه در مرحله پیگیری پایدار مانده است. **نتیجه‌گیری:** چون راهبردهای گروه درمانی مبتنی بر امید سبب کاهش پریشانی زنان دچار سرطان پستان می‌شود، بنابراین می‌توان از این روش در مراکز آنکولوژی به‌عنوان درمان تکمیلی در کنار درمان‌های پزشکی سود جست.

کلیدواژه‌ها: امیددرمانی، پریشانی، سرطان پستان.

۱. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن

۳. کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات تهران

۴*. نویسنده مسئول، کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات تهران

مقدمه

با وجود پیشرفت‌های فراوان در عرصه علم پزشکی و توسعه دانش بشری در مهار و درمان انواع بیماری‌ها، سرطان هنوز هم به‌عنوان یکی از امراض جدی و در بسیاری موارد غیرقابل درمان به شمار می‌رود که متأسفانه جان بسیاری از انسان‌ها را تهدید می‌کند و خطر ابتلا به آن برای بخش قابل توجهی از جامعه بشری وجود دارد (کریستوفالینی، براگلیو، کورنری، جکسون، فریتس و همکاران، ۲۰۰۷). در حال حاضر بیش از ۷ میلیون نفر در جهان در اثر ابتلا به سرطان جان خود را از دست می‌دهند و پیش‌بینی می‌شود که تعداد موارد ابتلا تا سال ۲۰۲۰ سالانه از ۱۰ میلیون نفر به ۱۵ میلیون نفر برسد. سرطان ضمن ایجاد مشکلات معمولاً حاد جسمی برای سبب بروز مشکلات متعدد اجتماعی و روانی برای مبتلایان نیز می‌شود (مردانی حموله و شهرکی واحد، ۱۳۸۸). در این میان سرطان پستان به‌عنوان اولین سرطان شایع و دومین علت مرگ و میر ناشی از سرطان در بین زنان ایرانی است که سالانه ۷ هزار مورد جدید به بیماران قلبی افزوده می‌شود (حیاتی، شاهسواری و محمودی، ۱۳۸۸).

بر اساس گزارش کشوری ثبت موارد سرطانی در ایران، در طول ۴ دهه‌ی اخیر، افزایش میزان بروز سرطان پستان، این بیماری را در زمره‌ی بیشترین بدخیمی‌ها در میان زنان ایرانی قرار داده است و زنان ایرانی یک دهه زودتر از هم‌تایان‌شان در کشورهای پیشرفته به آن مبتلا شده‌اند. میزان بروز سرطان پستان در زنان ۵۰ ساله و بالاتر به‌سرعت در حال افزایش است. از ژانویه ۱۹۹۸ تا دسامبر ۲۰۰۵ میزان بروز سرطان پستان در زنان ایرانی، ۲۲ زن در هر صد هزار نفر در محدوده سنی ۸۵-۱۵ و بیشترین شیوع در محدوده سنی ۴۹-۴۰ سال بوده است (اقتدار، مقدسیان، ابراهیمی، مهدی پور زارع، موسوی، و همکاران، ۱۳۸۷).

بدیهی است زمانی که ابتلای فرد به سرطان تشخیص داده شود، می‌تواند بر ابعاد روان‌شناختی، عاطفی و جسمانی بیماران سرطانی و اعضای خانواده آنان تأثیرگذار باشد و بسیاری از ابعاد زندگی از جمله ابعاد جسمانی، روانی، معنوی و مالی آنان را تغییر دهد و همچنین بر روابط اجتماعی آنان تأثیرگذار باشد. (شمر، ۲۰۱۰). برخی بیماران در سازگاری با تشخیص سرطان مشکل دارند که این مساله بر پریشانی روانی و مسیر آینده بیماری آنان تأثیرگذار است (وزیری و لطفی کاشانی، ۲۰۱۱). یافته‌های برخی از پژوهشگران از جمله کربر، بوفارت، کلین، بری، لیمنز و همکاران (۲۰۱۴)؛ هیفانتیس، پاپادیمتریو، پتراکیس، فونتنزیلاس، ریپانا و همکاران (۲۰۱۳) نشان می‌دهد که شیوع افسردگی، پریشانی و به‌طور کلی مشکلات روان‌شناختی در بیماران سرطانی، ۲۵ تا ۳۰ درصد است. پژوهش‌های دیگری در شمال آمریکا حاکی از این است که در مسیر این بیماری از لحظه تشخیص تا درمان، زنده ماندن یا عود و همچنین مراحل درمان، وقوع پریشانی بین ۳۵ تا ۴۵ درصد متغیر است (آنس، والر، گراف، بالتز، فانگ و همکاران، ۲۰۱۳؛ کارلسون،

اثربخشی امید درمانی گروهی در کاهش پریشانی...

والر، گراف، گیس دیویس و بالتز، ۲۰۱۳). بیش از ۵۸ درصد از بیماران در طول درمان سطوح قابل ملاحظه‌ای از پریشانی را تجربه می‌کنند (فیشبک، مایر، رینهولز، نهرینگ، شواب و همکاران، ۲۰۱۳). در نمونه‌گیری که از بیماران دچار سرطان اردنی به‌عمل آمد شیوع پریشانی ۷۰ درصد بود. در آمریکای شمالی و چندین کشور اروپایی، خاورمیانه، آمریکای جنوبی و آسیا نیز آمار مشابهی برای میزان پریشانی مبتلایان به سرطان گزارش شده است (بالتز و کارلسون، ۲۰۰۶).

این بیماری باعث بروز عارضه‌های روانی متعدد می‌شود که تاثیر عمیقی بر سرعت روند پیشرفت سرطان دارد. میدگارد، رورث و استلتر ۲۰۰۵ بر این باورند زمانی که افراد به بیماری‌هایی مانند سرطان که زندگی را تهدید می‌کند مبتلا می‌شوند، سطح بالایی از آشفتگی روانی^۱ را تجربه می‌کنند که این امر نیز منجر به علائم افسردگی و اضطراب در آنان می‌شود. به نظر می‌رسد میانجی‌های روان‌شناختی، می‌توانند نقش قابل توجهی در درمان سرطان‌ها و پیامدهای آن داشته باشد (وزیری، لطفی، موسوی و اکبری، ۱۳۸۹ الف). چنان‌چه بارا و اشپیگل (۲۰۱۴) معتقدند روان‌درمانی میزان بقای عمر بیماران دچار سرطان را افزایش می‌دهد.

در زمینه عوارض ناشی از نفس بیماری و عوارض ناشی از درمان بیماری سرطان نکته مهم در این سنجش‌ها، ارزیابی این شاخص‌ها از دیدگاه و نگاه بیمار است. در واقع این بیمار است که تعیین می‌کند چه احساس و چه برداشتی نسبت به توانایی‌های جسمی و روحی خود دارد و عوارضی را که ارزیابی می‌کند چگونه باید متحمل شود. این اندازه‌گیری به گروه‌های بالینی کمک می‌کند تا ضمن دریافت احساسات و عواطف بیمار، اگر لازم باشد در درمان خود تجدیدنظر کنند و یا در کنار درمان، مداخلات دیگری را که به نظر می‌رسد لازم است، اعمال نمایند (کهرازی، دانش و آزادفلاح، ۱۳۹۰).

از سوی دیگر، شولبرگ، داد، هنریکسن و راستوئن (۲۰۱۱) ذکر کرده‌اند که سرطان نسبت به سایر ناخوشی‌های مزمن بیشترین تاثیر را بر امید داشته باشد. بیشتر پژوهش‌های مربوط به امید نیز در مورد بیماران سرطانی است. چرا که این بیماری عامل تهدیدکننده امید است. از این رو پرداختن به نوعی از روان‌درمانی که امید را هدف اصلی تغییر قرار دهد، برای مبتلایان به سرطان و نزدیکان آن‌ها حائز اهمیت خواهد بود. در بین درمان‌های روان‌شناختی، امیددرمانی اسنایدر تنها درمانی است که امید را به‌عنوان هدف اصلی درمان مدنظر قرار داده است (روبن و تینتی، ۲۰۱۲). اسنایدر^۲ (۲۰۰۱-۱۹۷۴) بنیان‌گذار نظریه و درمان مبتنی امید، امید را به‌عنوان سازه‌ای شامل دو مفهوم این‌گونه تعریف می‌کند: "توانایی طراحی گذرگاه‌هایی به‌سوی اهداف مطلوب به رغم موانع موجود و کارگزار یا عامل انگیزش لازم برای استفاده از این گذرگاه‌ها". امیددرمانی که

1. psychological distress

2. Snyder

از نظریه امید اسنایدر و اندیشه‌های برگرفته‌شده از درمان‌شناختی-رفتاری، درمان راه حل محور درمان داستانی یا روایتی است (گارسپا و سیسون، ۲۰۱۲) بر این هدف استوار است که به درمان جویان کمک کند تا اهداف را فرمول‌بندی کنند 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 تعریف کنند (کار، ۱۳۸۵).

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. به‌علاوه، افرادی که امیدوارانه می‌اندیشند، در مواجهه با تشخیص و درمان سرطان پریشانی کمتر و تطابق بیشتری از خود نشان می‌دهند (کوپوک، اوون، زاگارسکاس و اشمیت، ۲۰۱۰). با توجه به مبانی و پیشینه پژوهش، انجام پژوهش حاضر ضروری به نظر می‌رسد تا در کنار درمان‌های پزشکی، سودمندی گروه‌درمانی مبتنی بر امید در نمونه‌ای از جمعیت بیماران سرطانی کشورمان نیز بررسی و مشخص شود که از این طریق بتوان با امیدوار کردن این بیماران بهبودی آنان را تسریع کرد. بنابراین، پژوهش حاضر انجام شد تا به سؤال‌های زیر پاسخ دهد.

۱. آیا امیددرمانی گروهی پریشانی زنان دچار سرطان پستان را کاهش می‌دهد؟

۲. آیا تأثیر امیددرمانی گروهی بعد از ۳ ماه بر پریشانی زنان دچار سرطان پستان پایدار می‌ماند؟

روش

این مطالعه مداخله‌ای به‌روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه گواه انجام شد. جامعه آماری شامل زنان دچار سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان شهدای تجریش در سال ۱۳۹۲ بود که ۳۰ نفر از آن‌ها به‌صورت نمونه در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه جایگزین شد. شرط ورود به پژوهش دامنه سنی ۶۵-۱۸ سال و تحصیلات سیکل به بالا بود. از نظر زمان تشخیص بیماری و این‌که افراد در چه مرحله‌ای از بیماری قرار داشتند کنترل و محدودیتی وجود نداشت.

ابزار پژوهش

۱. پرسش‌نامه پریشانی روان‌شناختی کسلر^۱ (کی ده). این پرسش‌نامه که وضعیت روانی بیمار را طی یک ماه اخیر بررسی می‌کند، توسط کسلر، بارکر، کوپ، اپستین، گروور و همکاران (۲۰۰۳) به‌صورت ۱۰ سؤال تنظیم شد. پاسخ سؤالات، به‌صورت ۵ گزینه‌ای تمام اوقات = ۴،

1. Kessler psychological distress questionnaire (KPDQ)

اثربخشی امید درمانی گروهی در کاهش پریشانی...

بیشتر اوقات = ۳، بعضی اوقات = ۲، به ندرت = ۱ و هیچ وقت = ۰ است که بین ۴-۰ نمره گذاری می شود و حداکثر نمره در آن برابر ۴۰ است. وزیری و لطفی کاشانی (۱۳۹۰) در پژوهشی پایایی پرسش نامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش کرده اند. در پژوهش حاضر پایایی این پرسش نامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد.

۲. روان درمانی مبتنی بر نظریه امید (امید درمانی). کیمپی، اشل، شاهار (۲۰۱۳) معتقدند افراد امیدوار در رویارویی با شرایط استرس زا به صورت فعال تری برخورد می کنند و از راهبردهای مقابله ای مؤثرتری استفاده می کنند. به عقیده او امید درمانی به مراجعین کمک می کند تا خود را برای دنبال کردن اهداف برانگیزند و موانع را به صورت چالش هایی برای غلبه بر آنها، از نو بازآزمایی کنند. در این پژوهش روان درمانی مبتنی بر نظریه امید اشنايدر طی ۸ جلسه هر جلسه ۹۰ دقیقه، هفته ای یکبار انجام شد. محتوای جلسات هفتگی را گفت و گو و بیان افکار و احساسات، بحث گروهی، تمرین و ارائه تکلیف تشکیل می داد. در انتهای هر جلسه درمان گر از سوی اعضا بازخورد دریافت کرد. شرح جلسات اجرای مداخله به ترتیب زیر بود.

جلسه اول. این جلسه شامل معارفه و آشنایی اعضای گروه و درمان گر با یکدیگر بود. در این جلسه قوانین گروه و ساختار جلسات برای اعضای گروه، هدف هر یک از اعضا از شرکت در گروه و انتظار از دوره بیان شد. نظریه امید و مفاهیم شبه امید مانند خوش خیالی، خوش باوری توسط درمان گر تعریف و لزوم داشتن هدف در حوزه های مختلف زندگی، راه های رسیدن به هدف و داشتن انگیزه لازم برای پیگیری اهداف شرح داده شد.

جلسه دوم. در این جلسه، مولفه های امید، مفهوم قدرت صبر، فواید فهرست کردن و اولویت بندی اهداف و شیوه های افزایش نیروی اراده از طریق تنظیم اهداف و رابطه تفکر و احساس، مفهوم پیوستار پیشرفت و لزوم ارزیابی مجدد اهداف برای اعضای گروه شرح داده شد.

جلسه سوم. در این جلسه، هدف انتخابی و علت انتخاب آن از سوی اعضا بیان شد 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 و شکستن اهداف بزرگ به خرده هدفها، توسط درمان گر بیان شد و در مورد هر یک از راه کارها و فواید آنها به طور جداگانه با کمک اعضا بحث شد.

جلسه چهارم. در این جلسه، دو حوزه اصلی انگیزش و انرژی روانی از جمله انگیزش جسمانی، انگیزش روانی یا نیروی اراده ذهنی بیان شد و درباره خودگویی ها به عنوان یکی از عوامل مهم نیروی اراده ذهنی بحث شد و هم چنین تاثیر خودگویی ها، چگونگی شناسایی منابع خودگویی ها، دلایل کاربرد خودگویی های منفی و راه کارهای تغییر خودگویی های منفی توسط اعضا مورد بحث و بررسی قرار گرفت. سپس درمان گر به رفع موانع ذهنی امید پرداخت.

جلسه پنجم. توانایی مسیریابی برای رسیدن به هدف بیان شد و راه‌کارهایی برای تقویت توانایی مسیر نظیر داشتن مسیرهای متعدد برای رسیدن به هدف و فهرست‌برداری از آن‌ها و تجسم‌کردن موفقیت در طی‌کردن مسیر آموزش داده شد و فواید فهرست‌برداری از مسیرها و فواید مجسم‌سازی توسط درمان‌گر بیان شد.

جلسه ششم. دی‌گرام هدف از سوی اعضا ارائه داده شد. درباره میزان پیشرفت به‌سوی هدف و این‌که هرکدام از این اعضا در پایان جلسات می‌خواهند در چه مرحله‌ای از پیشرفت باشند صحبت شد و دو راه‌کار برای افزایش سطح نیروی اراده جسمانی اعم از اصلاح رژیم غذایی و ورزش منظم و فواید آن‌ها ارائه شد.

جلسه هفتم. در این جلسه، راه‌کارهای مختلف برای برخورد با موانع رسیدن به هدف از جمله داشتن راه‌های مختلف برای رسیدن به هدف، فکرکردن به موانع قبل از پیش‌آمدن آن‌ها، برداشتن مانع، دور زدن موانع، تعیین اهداف موازی، لذت‌بردن از مسیر رسیدن به هدف، داشتن هدف در حوزه‌های مختلف زندگی توسط درمان‌گر بیان شد.

جلسه هشتم. در جلسه پایانی، درباره امکان عود یا لغزش اعضای گروه صحبت شد و در ادامه، پس‌آزمون در مورد اعضای گروه اجرا و به تمامی سؤالات اعضا نیز پاسخ داده شد.

شیوه اجرا. نمونه‌های منتخب پس از کسب اطلاعات کامل از روش انجام مطالعه و اهداف آن و رضایت کتبی، در کاربندی پژوهش وارد شدند. قبل از شروع فرایند درمان و پایان آن، هر دو گروه با پرسش‌نامه ارزیابی پریشانی روان‌شناختی کسلر ارزیابی شدند. روان‌رمانی با تاکید بر امید درمانی به‌صورت گروهی برای اعضای گروه آزمایش در پژوهشکده سرطان دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه شهید بهشتی برگزار شد. در گروه گواه مداخله‌ای صورت نگرفت. پس از ۳ ماه در مرحله پیگیری مجدداً پرسش‌نامه ارزیابی پریشانی روان‌شناختی کسلر اجرا شد. در این پژوهش، متناسب با متغیرهای مورد مطالعه و نوع داده‌های جمع‌آوری‌شده و با توجه به ماهیت مقیاس اندازه‌گیری که از نوع فاصله‌ای است برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کواریانس استفاده شد.

یافته‌ها

آزمودنی‌ها شامل ۳۰ زن دچار سرطان پستان در دامنه سنی ۱۸ تا ۶۵ سال و ۳ نفر از آن‌ها مجرد و بقیه متأهل بودند. تحصیلات ۵ نفر در مقطع کاردانی، ۸ نفر در مقطع کارشناسی، ۱۷ نفر در مقطع دیپلم به پایین بود.

جدول ۱. مولفه‌های توصیفی نمره‌های پریشانی دو گروه بیمار دچار سرطان پستان

انحراف معیار	گروه گواه		گروه آزمایشی		
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
۴/۷۱	۱۲/۳۷	۴/۵۱	۱۲/۲۷	پیش‌آزمون	
۶/۹۸	۱۲/۸۷	۵/۱۱	۸/۸۰	پس‌آزمون	
۷/۰۱	۱۲/۸۰	۵/۶۹	۸/۳۳	پیگیری	

طبق جدول ۱ تفاوت نمره‌های دو گروه در مرحله پیش‌آزمون در پریشانی بارز نیست. اما در مرحله پس‌آزمون و پیگیری این تفاوت مشهود است. برای بررسی اثربخشی مداخله و معنی‌داری تفاوت مشاهده‌شده، از تحلیل کواریانس استفاده شد. پیش‌فرض‌های لازم جهت انجام تحلیل کواریانس شامل توزیع طبیعی متغیرها از طریق آزمون کولموگروف-اسمیرنوف ($p=0/20$)، همگنی واریانس با $F=0/444$ ، $p=0/51$ تایید شد. ($Sta=0/109$)

جدول ۲. خلاصه تحلیل کواریانس نمره‌های دو گروه بیمار دچار سرطان پستان

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	توان آزمون	ضریب اتا
پریشانی زنان	پیش‌آزمون	۳۲۵/۳۷۶	۱	۳۲۵/۳۷۶	۱۲/۱۵۵**	۰/۹۲	۰/۳۱
	گروه	۱۲۱/۰۴۱	۱	۱۲۱/۰۴۱	۴/۵۲۲*	۰/۵۴	۰/۱۴
	خطا	۷۲۲/۷۵۷	۲۷	۲۶/۷۶۹			

* $P < 0/05$ ** $P < 0/01$

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود تفاوت پریشانی بین زنان گروه آزمایش که تحت گروه‌درمانی مبتنی بر امید قرار گرفته‌اند و گروه گواه که تحت مداخله قرار نگرفته‌اند، معنی‌دار است. بنابراین نتیجه می‌شود "امیددرمانی پریشانی زنان دچار سرطان پستان را کاهش می‌دهد".

جدول ۳. خلاصه تحلیل کواریانس نمرات آزمودنی‌ها در آزمون پیگیری

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	توان آزمون	ضریب اتا
پریشانی زنان	پیش‌آزمون	۳۵۲/۸۲۱	۱	۳۵۲/۸۲۱	۱۲/۰۷۵**	۰/۹۱	۰/۳۰
	گروه	۱۴۶/۲۰۹	۱	۱۴۶/۲۰۹	۵/۰۰۴*	۰/۵۷	۰/۱۶
	خطا	۷۸۸/۹۱۳	۲۷	۲۹/۲۱۹			

* $P < 0/05$ ** $P < 0/01$

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود در مرحله پیگیری نیز، تفاوت بین زنان گروه آزمایش که تحت گروه‌درمانی مبتنی بر امید قرار گرفته‌اند و گروه گواه که تحت مداخله قرار نگرفته‌اند از نظر پریشانی معنی‌دار است. به‌عبارت دیگر ماندگاری و پایداری اثر مداخله امید‌درمانی گروهی در کاهش پریشانی زنان دچار سرطان پستان تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد امید‌درمانی بر کاهش پریشانی زنان دچار سرطان پستان موثر است. همچنین نتایج مرحله پیگیری، از تداوم تأثیر این مداخله حکایت داشت. این نتایج با یافته‌های پژوهشگران دیگر هم‌سو است. به‌عنوان مثال سالکرز، فلیر، برینکسما، رودبول، ویلم و همکاران (۲۰۱۳) نشان دادند بیمارانی که امیدوارترند، به سرطان و درمان آن به‌خوبی پاسخ می‌دهند؛ همچنین فویز (۲۰۱۰) در پژوهش خود دریافت که امید به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای موثر در کنار آمدن با یک بیماری دشوار تاثیرگذار است. برندس، کیف، سومرز، کوتادیا، پورتر و همکاران (۲۰۱۰) نشان دادند درمان امید محور همبستگی مثبت معنی‌داری با کاهش پریشانی و نشانگان بیماری در بیماران دچار سرطان ریه دارد. چیوانس، فلدمن، وودوارد و اسنایدر (۲۰۰۶) دریافتند که امید در پرورش توان‌بخشی و بازتوانی بیماران موثر است. پژوهش‌های دیگری نظیر هو و لم (۲۰۱۴)، کریستیانسون، ویز و فواد (۲۰۱۳)، مک کلمنت و چوچینوو (۲۰۰۸) نیز یافته موجود را تأیید می‌کنند. نتایج پژوهش کهرازی و همکاران (۱۳۹۰) نیز نشان داد درمانگری رفتاری شناختی باعث ایجاد امید و بهبودی و تفاوت معنی‌دار بیماران دچار سرطان گروه آزمایش در تمامی ابعاد مقیاس‌های کیفیت زندگی و همچنین وضعیت بهتر آن‌ها در ابعاد ایفای نقش، عملکرد هیجانی، شناختی و اجتماعی در مقایسه با گروه گواه می‌شود. همچنین نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش نصیری و جوکار (۱۳۸۷) و وزیری، لطفی کاشانی، موسوی و اکبری (۱۳۸۹ ب) هم‌سو است که نشان دادند امید به‌عنوان میانجی روان‌شناختی منجر به کاهش علائم اضطرابی شده و باور کنترل و سطح دخالت فرد دچار سرطان را در زندگی موجود افزایش می‌دهد.

در تبیین یافته پژوهش حاضر می‌توان به موارد زیر اشاره کرد. به اعتقاد فلدمن و اسنایدر (۲۰۰۵) در سال‌های اخیر، روان‌شناسان به سازه امید به‌عنوان یک نقطه قوت روان‌شناختی می‌نگرند و معتقدند که این سازه می‌تواند کمک زیادی به پرورش و ایجاد سلامت روانی کند. به اعتقاد تیمین و ویزینگ (۲۰۰۶) امید دارای دو مولفه شناختی و عاطفی است. مولفه شناختی شامل انتظار رخ‌دادن وقایعی در آینده و مولفه عاطفی شامل امید به این‌که این رویدادها، رویدادهایی مثبت و دارای پیامدهای مطلوبی باشند، است. مولفه عاطفی آن می‌تواند پیش‌بینی-

اثربخشی امید درمانی گروهی در کاهش پریشانی...

کننده وقوع رویدادهای مثبت در آینده و در نتیجه افزایش سلامت روانی باشد. یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند افرادی که از امیدواری بالاتری برخوردار بودند، عزت‌نفس زیادت‌تر (سونز و دوریز، ۲۰۱۲) و تعهد بیشتری به فعالیت‌هایی که به بهداشت و سلامتی بیشتر منجر می‌شوند نشان می‌دهند (دزاتر، کازالین، واچهولتز، لویکس، هکینگ و همکاران، ۲۰۱۳).

بزرگ‌سالانی که از درجات بالای امید بهره می‌برند، به دیگران به‌عنوان منابع حمایتی و پایگاه‌هایی می‌نگرند که می‌توانند به آن‌ها تکیه کنند (مارکز، پی ریبرو، لویز، ۲۰۱۱). هم‌چنین این افراد اعتقاد دارند که می‌توانند با چالش‌هایی که ممکن است در زندگی‌شان با آن‌ها روبه‌رو شوند، سازگار شوند، شادی بالاتری را تجربه می‌کنند و از زندگی‌شان رضایت بیشتری دارند (کینگ، هیکس، کرول و دلگاسیو، ۲۰۰۶). آن‌ها می‌توانند این گفتمان درونی را در خود رشد دهند که "من می‌توانم این کار را به پایان برسانم، من نباید شکست بخورم و ناامید شوم".

از آن‌جا که بیماران دچار سرطان پستان پریشانی، استرس و اضطراب بالایی در طول دوره درمان و نیز بعد از آن تجربه می‌کنند، این موضوع، منجر به از دست‌رفتن امید به زندگی در آن‌ها می‌شود. امیددرمانی با هدف قراردادن ایجاد امید در بیماران دچار سرطان، موجب کاهش پریشانی آن‌ها می‌شود. چرا که ترتیب‌دادن اهداف در زندگی، توصیف مجدد آینده و معنی‌دار بودن زندگی که از مفاهیم عمده این درمان محسوب می‌شود، موجب افزایش آرامش و انرژی در بیماران سرطانی می‌شود (یانوس، رو، لیساکر، ۲۰۱۰). از سوی دیگر افراد امیدوار به‌جای تمرکز بر رویدادهای ناگوار، از آن‌ها درس می‌گیرند و در پی‌گیری اهداف آینده از آن استفاده می‌کنند (کاورادیم، اوزر، بزکوک، ۲۰۱۳). بر طبق آن‌چه اشاره شد آنان تعهد بیشتری در قبال سلامت روانی، رضایت از زندگی و سازگاری بیشتری در مواجهه با یک بیماری دشوار از خود نشان می‌دهند و در صدد دریافت کمک از منابع حمایتی متعدد برمی‌آیند و در نتیجه آن پریشانی و رنج روانی کمتری را تجربه می‌کنند.

علاوه بر این، امید هم‌بسته‌های زیست‌شناختی متعددی دارد مثل کارکرد موثر دستگاه ایمنی و ترشح اکسی‌توسین اندورفینی^۱ که به فرد کمک می‌کند که فشار و سختی را تحمل کند. بنابراین ترکیب روان‌شناختی و زیست‌شناختی امید در زنان دچار سرطان به افزایش کارآمدی، کنارآمدن موثر برای ارزیابی مجدد، حل مساله، اجتناب از رویدادهای فشارزای زندگی، جستجوی حمایت اجتماعی منجر می‌شود و پیش‌بینی کننده رفتار ارتقا دهنده سلامت است. نتایج پژوهش هوی، سولدو و مندز (۲۰۱۳) و آچنپام (۲۰۱۲) در مورد بیماران دچار اختلال‌های بدخیم، نشان داد که باور و انتظار مانند دارونماها می‌توانند اثرات بالقوه مثبتی بر دستگاه اعصاب مرکزی بگذارند. به‌همین دلیل، بیماران امیدوار به بهبود و سلامتی، به‌دلیل باور و انتظارات مثبت از

نتیجه‌ی درمان، با سرعت بیشتری بهبود یافته‌اند. در تأیید یافته‌ها پژوهشگرانی چون استوری، یوسف، لوتانز، باربوتو و بووارد (۲۰۱۳) امید را به‌عنوان یک دارونما در درمان بیماری‌های جسمانی و روانی مورد توجه قرار داده‌اند و بیان می‌کنند که امید باعث ایجاد تغییرات مثبت در جسم انسان می‌شود که علاوه بر بهبود سلامت جسمانی فرد دچار سرطان، به کاهش فشارهای روانی، پریشانی و اضطراب وی نیز می‌انجامد.

از این‌رو با توجه به نتیجه این پژوهش و سایر پژوهش‌های مبنی بر اثربخشی امیددرمانی در بیماری‌های مزمن، لازم است که به درمان‌های پزشکی اکتفا نشود و با تاسیس مراکز مشاوره و روان‌درمانی و استفاده از مداخلات روان‌شناختی در بیمارستان‌ها، در روند بهبود کیفیت زندگی و ابعاد گوناگون عملکرد این بیماران و در نتیجه درمان بیماری آن‌ها کمک موثری ارائه شود.

تقدیر و تشکر

با تشکر از مدیریت محترم مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه شهید بهشتی جناب آقای دکتر محمد اسماعیل اکبری و تمامی کارمندان فداکار بیمارستان شهدای تجریش که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند.

منابع

- اقتدار، سامره، مقدسیان، سیما، ابراهیمی، حسین، مهدی پور زارع، نسرین، موسوی، سید محسن، و جاسمی، مدینه. (۱۳۸۷). کیفیت زندگی و ابعاد آن در زنان دچار سرطان پستان مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات هماتولوژی و آنکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، *مجله پرستاری و مامایی* تبریز، ۳ (۱۲): ۱۱-۱۷
- حیاتی، فرخنده، شاهسواری، آرزو، و محمودی، محمود. (۱۳۸۸). بررسی ارتباط آسایش‌روانی با مشخصات فردی زنان دچار سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه-های علوم پزشکی شهر تهران، *فصلنامه بیماری‌های پستان/ایران*، ۲ (۱): ۲۸-۲۳.
- کار، آلان. (۱۳۸۵). *روان‌شناسی مثبت*. ترجمه حسن‌پاشا شریفی، حسن. چاپ اول، تهران: سخن. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۴).
- کهرآزنی، فرهاد، دانش، عصمت، و پرویز آزادفلاح. (۱۳۹۰). اثربخشی رفتاردرمانگری شناختی در بهبود کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*. تابستان، ۵ (۲) پیاپی ۱۸: ۲۳-۷
- مردانی حموله، مرجان، و شهرکی واحد، عزیز. (۱۳۸۸). بررسی رابطه سلامت‌روانی و کیفیت زندگی در بیماران دچار سرطان، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان*، ۱۶ (۲): ۳۳-۴۲.

اثربخشی امید درمانی گروهی در کاهش پریشانی...

وزیری، شهرام، لطفی کاشانی، فرح، موسوی، سید مهدی، و اکبری، محمد اسماعیل. (۱۳۸۹ الف). نقش امیدافزایی در بهبود سلامت روانی افراد دچار سرطان. خلاصه مقالات سومین کنگره بین المللی مراقبت‌های حمایتی و تسکینی در سرطان، ص ۱۲۱.

وزیری، شهرام، لطفی کاشانی، فرح، موسوی، سید مهدی، و اکبری، محمد اسماعیل. (۱۳۸۹ ب). نقش ایجاد آرمیدگی، آگاهی افزایی، و امیدافزایی در بهبود سلامت روانی افراد دچار سرطان. خلاصه مقالات سومین کنگره بین‌المللی مراقبت‌های حمایتی و تسکینی در سرطان، ص ۱۲۲.

وزیری، شهرام، و لطفی کاشانی، فرح. (۱۳۹۳). اعتبار و پایایی آزمون واحد پریشانی ذهنی وزیری. *مجله اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*. (زیر چاپ).

- Achenbaum, W. A. (2012). This chronic patient becomes a humanistic patient who helps clinicians. *Journal of Pain and Symptom Management*, 44 (5): 784- 788.
- Barrera, I., & Spiegel, D. (2014). Review of psychotherapeutic interventions on depression in cancer patients and their impact on disease progression. *International Review of Psychiatry*, 26 (1): 31- 43.
- Berendes, D., Keefe, F. J., Somers, T., Kothadia, S. M., Porter, L. S., & Cheavens, J. (2010). Hope in the context of lung cancer: relationships of hope to symptoms and psychological distress. *Journal of Pain and Symptom Manage*. 40 (2): 174- 182.
- Bultz, B. D. & Carlson, L. E. (2006). Emotional Distress: The sixth vital sign future directions in cancer care. *Psycho-Oncology*, 15, 93- 96.
- Carlson, L. E., Waller, A., Groff, S. L., Giese-Davis, J., & Bultz, B. D. (2013). What goes up does not always come down: patterns of distress, physical and psychosocial morbidity in people with cancer over a one year period. *Psycho-Oncology*, 22 (1): 168- 176.
- Cheavens, J. S., Feldman, D. B., Woodward, J. T., & Snyder, C. R. (2006). Hope in cognitive psychotherapies: On working with client strengths. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20 (2): 135- 145.
- Christianson, H. F., Weis, J. M., & Fouad, N. A. (2013). Cognitive Adaptation and quality of life in late-stage cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 31 (3): 266- 281.
- Coppock, T.E., Owen, J.J., Zagarskas, E., Schmidt, M. (2010). The relationship between therapist and client hope with therapy outcomes. *Journal of Psychotherapy Research*, 20(6): 619-626.
- Cristofanilli, M., Broglio, K.R., Guarneri, V., Jackson, S., Fritsche, H.A., Islam, R., Dawood, S., Reuben, J. M., Kau, S.W., Lara, J.M., Krishnamurthy, S., Ueno, N.T., Hortobagyi, G.N., & Valero, V. (2007). Circulating tumor cells in metastatic breast cancer: biologic staging beyond tumor burden. *Clinical Breast Cancer*. Feb; 7(6):471-9.
- Dezutter, J., Casalin, S., Wachholtz, A., Luyckx, K., Hekking, J., & Vandewiele, W. (2013). Meaning life: An important factor for the psychological well-

- being of chronically ill patients? *Journal of Rehabilitation Psychology*, 58 (4): 334- 341.
- Enns, A., Waller, A., Groff, S., Bults, B. D., Fung, T., & Carlson, L. E. (2013). Risk factors for continuous distress over a 12-month period in newly diagnosed cancer outpatients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 31 (5): 489-506.
- Feldman, D. B., & Snyder, C. R. (2005). Hope and the meaningful life: Theoretical and empirical associations between goal-directed thinking and life meaning. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 24 (3): 401– 421.
- Feuz, C. (2012). Hoping for the best while preparing for the worst. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*, 43 (3): 168- 174.
- Fischbeck, S., Maier, B. O., Reinholds, U., Nehring, C., Schwab, R., Beutel, M. E., & Weber, M. (2013). Assessing somatic, psychosocial, and spiritual distress of patients with advanced cancer. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 30 (4): 339- 346.
- Garcia, J. A., & Sisin, K. G. (2012). Locus of hope and subjective well-being. *International Journal of Research Studies in Psychology*, 1 (3): 53- 58.
- Hyphantis, T., Papadimitriou, I., Petrakis, D., Fountzilias, G., Repana, D., Assimakopoulos, K., Carvalho, A., & Pavlidis, N. (2013). Psychiatric manifestations, personality traits and health-related quality of life in cancer of unknown primary site. *Journal of Psycho-oncology*, 22 (9): 2009- 2015.
- Hou, W. K., & Lam, J. H. (2014). Resilience in the year after cancer diagnosis: a cross-lagged panel analysis of the reciprocity between psychological distress and well-being. *Journal of Behavioral Medicine*, 37 (3): 391- 401.
- Hoy, B. D., Suldo, S. M., & Mendez, L. R. (2013). Links between parent's and children's levels of gratitude, life satisfaction, and hope. *Journal of Happiness Studies*, 14 (4): 1343- 1361.
- Kavradim, S. T., Ozer, Z. C., & Bozcuk, H. (2013). Hope in people with cancer: a multivariate analysis from Turkey. *Journal of advanced nursing*, 69 (5): 1183- 1196.
- Kessler, R. C., Barker, P. R., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczec, D. K., Normand, S. L., Walters, E. E., & Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32 (6): 959- 976.
- Kessler, R. C., Barker, P. R., Colpe, L. J., Epstein, J. F., Gfroerer, J. C., Hiripi, E., Howes, M. J., Normand, S. L. T., Manderscheid, R. W., Walters, E. E., & Zaslavsky, A. M. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of General Psychiatry*, 60 (2): 184- 189.
- Kimhi, S., Eshel, Y., & Shahar, E. (2013). Optimism as a predictor of the effects of laboratory induced stress on fears and hope. *International Journal of Psychology*, 48 (4): 641- 648.
- King, L. A., Hicks, J. A., Krull, J., & Del Gaiso, A. K. (2006). Positive affect and the experience of meaning in life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90 (1): 179– 196.

- Krebber, A. M., Buffart, L. M., Kleine, G., Bree, I. C., Leemans, C. R., Becker, A., Brug, J., & Leeuw, I. M. (2014). Prevalence of depression in cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments. *Journal of Psycho-oncology*, 23 (2): 121- 130.
- Marques, S., Pais-Ribeiro, J., & Lopez, S. H. (2011). The role of positive psychology constructs in predicting mental health and academic achievement in children and adolescents: A two-year longitudinal study. *Journal of happiness studies*, 12 (6): 1049- 1062.
- McClement, S. E., & Chochinov, H. (2008). Hope in advanced cancer patients. *European Journal of Cancer*, 44 (8): 1169- 1174.
- Owen, D. (1989). Nurses' perspectives on the meaning of hope in patients with cancer: a qualitative study. *Oncology Nursing Forum*, 16 (1), 75- 79.
- Reuben, D. B., & Tinetti, M. E. (2012). Goal-oriented care-an alternative health outcomes paradigm. *The new Journal of Medicine*, 366 (9): 777- 779.
- Schjolberg, T., Dodd, M., Henriksen, N., & Rustoen, T. (2011). Factors affecting hope in a sample of fatigued breast cancer out patients. *Journal of Palliative and Supportive care*, 9 (1): 63- 72.
- Schmer, C. E. (2010). *The effect of cancer diagnosis on hope and resilience: A correctional, longitudinal study*, dissertation of nursing, University of Missouri-Kansas.
- Snyder, C. (2005). Teaching: The lessons of hope. *Journal of Psychological and Clinical Psychology*, 24 (1): 72- 84.
- Soenens, B., & Duriez, B. (2012). Does conservatism have a self-esteem enhancing function? An examination of associations with contingent self-worth and ill-being in late adults. *Journal of personality and individual differences*, 52 (6): 728- 732.
- Story, S. P., Youssef, C. M., Luthans, F., Barbuto, J. E., & Bovaird, J. (2013). The contagion effect of global leader's positive psychological capital on follower. *International Journal of Human Resource Management*, 24 (13): 2534- 2553.
- Sulkers, E., Fleer, J., Brinksma, A., Roodbol, P., Kamps, W. A., Tissing, J. E., & Sanderman, R. (2013). Dispositional optimism in adolescents with cancer: Differential associations of optimism and pessimism with positive and negative aspects of well-being. *British Journal of Health Psychology*, 18 (3): 474- 489.
- Temane, Q. M., & Wissing, M. P. (2006). The role of spirituality as a mediator for psychological well-being across different contexts. *South African Journal of psychology*, 36 (3): 582- 597.
- Vaziri, S. h., & Lotfi Kashani, F. (2011). Sexuality after Breast Cancer: Need for Guideline. *Iranian Journal of Cancer Prevention*, 5 (1): 10- 15.
- Yanos, P., & Roe, D. (2010). The impact of illness identity on recovery from severe mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 13 (2): 73-93.

مقیاس سنجش پریشانی کسلر (K10)

لطفا هر یک از سؤالات را به دقت بخوانید و بر اساس راهنمای زیر پاسخ صحیح را علامت بزنید. هیچ وقت (۰)، خیلی کم (۱)، بعضی اوقات (۲)، بیشتر اوقات (۳)، همیشه و همه زمان ها (۴)

همیشه و همه زمان ها	بیشتر اوقات	بعضی اوقات	خیلی کم	هیچ وقت	پرسش ها
۴	۳	۲	۱	۰	۱. در ۴ هفته گذشته اغلب بدون هیچ دلیل مناسبی احساس خستگی می کردید؟
۴	۳	۲	۱	۰	۲. در ۴ هفته گذشته اغلب شما احساس می کردید که عصبی هستید؟
۴	۳	۲	۱	۰	۳. در ۴ هفته گذشته اغلب شما احساس می کردید آن قدر عصبی هستید که هیچ چیز نمی تواند شما را آرام کند؟
۴	۳	۲	۱	۰	۴. در ۴ هفته گذشته اغلب شما احساس ناامیدی می کردید؟
۴	۳	۲	۱	۰	۵. در ۴ هفته گذشته اغلب شما احساس ناآرامی و بی قراری می کردید؟
۴	۳	۲	۱	۰	۶. در ۴ هفته گذشته اغلب شما آن قدر بی قرار بودید که هیچ چیز نمی توانست شما را آرام کند؟
۴	۳	۲	۱	۰	۷. در ۴ هفته گذشته اغلب شما احساس افسردگی می کردید؟
۴	۳	۲	۱	۰	۸. در ۴ هفته گذشته اغلب شما احساس می کردید که برای انجام کاری باید سخت تلاش کنید؟ (کارها را به سختی و با تلاش انجام می دادید؟)
۴	۳	۲	۱	۰	۹. در ۴ هفته گذشته شما احساس می کردید که آن قدر غمگین و ناراحت هستید که هیچ چیز نمی تواند شما را شاد و یا تشویق کند؟
۴	۳	۲	۱	۰	۱۰. در ۴ هفته گذشته اغلب شما احساس بی ارزشی می کردید؟