

تأثیر آموزش امیددرمانی بر امید به زندگی و سلامت عمومی بیماران مبتلا به سرطان

پژوهشگران: معصومه موحدی^{۱*}، یزدان موحدی^۲، علی فرهادی^۳

(۱) دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
(۲) دانشجوی دکتری تخصصی علوم اعصاب شناختی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران
(۳) گروه پزشکی اجتماعی، استادیار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۱۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۴/۱۰

چکیده

مقدمه: سرطان دسته ای از بیماریهاست که با رشد کنترل نشده و تهاجم به بافت های موضعی و متاستاز مشخص می شود. روحیه امیدوارانه از عوامل بسیار مهم و از عناصر ضروری در بیماران سرطانی است که اثرات زیادی بر سازگاری بیماران با شرایط زندگی، به خصوص در زمان درد و محرومیت دارد. امید می تواند در افزایش سلامت عمومی بیماران سرطانی سهم به سزایی داشته و در مراحل مختلف بیماری تأثیرگذار باشد. **هدف:** این پژوهش با هدف تعیین تأثیر آموزش امید درمانی بر امید به زندگی و سلامت عمومی در بیماران مبتلا به سرطان صورت گرفته است. **روش کار:** این پژوهش، مطالعه ای از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل می باشد. جامعه آماری شامل افراد مبتلا به سرطان بودند که در بیمارستان شفا اهواز تحت درمان قرار داشتند. روش نمونه گیری بصورت تصادفی ساده بود. ابتدا از کلیه افراد آزمون امید به زندگی و سلامت عمومی به عمل آمد؛ سپس تعداد ۳۰ نفر از جامعه فوق که نمره کمتری را در این آزمونها کسب کرده بودند، انتخاب شدند. آموزش امید درمانی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای اجرا شد. پس از اتمام جلسات، پس آزمون بر روی دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد. **نتایج:** تحلیل داده ها نشان داد که بین میانگین نمره های پس آزمون گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی دار وجود دارد ($p < 0/01$)، به نحوی که آموزش امید درمانی موجب ارتقای امید به زندگی و سلامت عمومی در گروه آزمایش شده است ($p < 0/01$). **نتیجه گیری:** به منظور بهبود 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 می تواند اثرات مفیدی بر جای گذارد.

کلید واژه ها: آموزش بیماران، امید، بهداشت و تندرستی، سرطان

مقدمه

مطالعات نشان می دهند که بیماری سرطان نتایج منفی متعددی را در این بیماران به وجود می آورد؛ از جمله: کاهش سلامت عمومی، کاهش کیفیت زندگی و ناامیدی که در این میان اضطراب، افسردگی و ناامیدی شیوع بیشتری دارند (۴).

با توجه به تعریف سازمانی جهانی بهداشت از سلامتی که آن را حالت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری و ناتوانی می داند (۵)، می توان گفت برای تأمین سلامتی توجه به جزء روانی آن که از دیگر اجزای سلامتی جدا شدنی نیست، ضروری می باشد.

یکی از شاخه های روانشناسی سلامت، ایمنی شناسی روانی - عصبی است که به بررسی تأثیر عوامل روانشناختی بر دستگاه ایمنی بدن و افزایش خطر بیماری

سرطان با تغییر شکل غیرطبیعی سلول ها و از دست رفتن تمایز سلولی مشخص می شود که موجب می شود سلولها به طور غیرطبیعی تکثیر یافته و در محیط اطراف به رشد نامنظم خود ادامه دهند. در واقع سرطان یک بیماری با یک علت خاص نیست؛ بلکه به گروهی از بیماری ها با علائم، تظاهرات، درمان و پیش آگهی های مختلف اشاره دارد (۱). مواجهه با سرطان به خودی خود می تواند به عنوان یک حادثه تنش زا، جنبه های مختلف سلامت فردی بیمار از جمله سلامت جسمی، روانی و خانوادگی وی را به مخاطره بیندازد. بیماران مبتلا به انواع سرطان دارای درجات بالایی از اختلالات روانی می باشند که دامنه این اختلالات از افسردگی، اضطراب، عدم سازگاری با بیماری و کاهش اعتماد به نفس تا اختلالات عاطفی و ترس از عود بیماری و مرگ متفاوت است (۳،۲).

در بین درمانهای روانشناختی، امیددرمانی اسنایدر (Snyder Hope Therapy) تنها درمانی است که امید را به عنوان هدف اصلی درمان مدنظر قرار داده است. اسنایدر، بنیانگذار نظریه امید و درمان مبتنی بر آن، امید را به عنوان سازه ای شامل دو مفهوم "توانایی طراحی گذرگاه هایی (Pathways) به سوی اهداف مطلوب به رغم موانع موجود و عامل (Agency) یا انگیزش لازم برای استفاده از این گذرگاه ها" تعریف کرده است (۱۰).

سرطان و تفکر امیدوارانه به دو طریق به هم مرتبط می شوند. اولاً، افراد امیدوار بیشتر بر مشکل متمرکز شده و در حل آن فعالانه تر عمل می کنند. آنها به احتمال بیشتری رفتارهای غربالگری سرطان را انجام می دهند. ثانیاً، افرادی که امیدوارانه می اندیشند در مواجهه با تشخیص و درمان سرطان، پریشانی کمتر و تطابق بیشتری نشان می دهند (۱۱). از سویی، در طی درمان، افرادی که از امید بالاتری برخوردارند در تحمل درمان های طولانی و دردناک مقاومت بیشتری نشان می دهند (۱۲). ارتقای امید، که از عوامل معنادار شدن زندگی است، به افراد کمک می کند تا با بیماری سرطان سازگار شوند، رنج روانی خود را کاهش داده و کیفیت زندگی و سلامت عمومی خود را افزایش دهند (۱۳).

از نظر برگ (Berg) و بنزین (Benzein)، امید به زندگی از نظر فیزیولوژیکی و عاطفی به بیماران کمک می کند تا بتوانند بحران بیماری را تحمل کنند (۱۴). ارتقای امید به عنوان یک عامل مهم در پیش بینی سیر بیماری نیز مورد توجه قرار گرفته است (۱۵).

نتایج مطالعات و پژوهش های اسنایدر (Snyder) بر روی بیماران جسمی و روانی نشان می دهد که بسیاری از این بیماری ها در واکنش به از دست دادن امید رخ می دهند و امیددرمانی می تواند سلامت عمومی و کیفیت زندگی بیماران را بهبود بخشد (۱۶). عبدی و همکاران نیز طی پژوهشی نشان دادند که مداخلات روانشناختی امیددرمانی موجب ارتقای امید به زندگی در بیماران سرطانی می شود (۱۷). نتایج مطالعه اسنایدر (Snyder) و همکاران نشان داد که مداخلات امیددرمانی می تواند

می پردازد. یافته های اساسی در این حوزه نشان می دهد که شخصیت، رفتار، هیجان و شناخت، همگی می توانند پاسخ ایمنی بدن و خطر ابتلا به بیماری را تغییر دهند. پژوهشگران امیدوارند که روان درمانی بتواند برای پیشگیری و درمان بیماریهای جسمانی مفید و مؤثر واقع شود (۶).

بیماران جسمی مزمن از جمله افراد مبتلا به بیماری سرطان متوجه می شوند که امید، بخش مهم و ناخودآگاه افکار و احساساتشان را شامل می شود. بیشتر تحقیقات در مورد امید، بر روی بیماران مبتلا به سرطان اجرا شده است زیرا بیماران سرطانی به دنبال قطعی شدن تشخیص بیماری خود، آن را به عنوان یک عامل تهدید کننده تلقی می کنند (۷).

از سویی، امید به زندگی به عنوان یک نیروی درونی تعریف شده است که می تواند باعث غنای زندگی شود و بیماران را قادر سازد که چشم اندازی فراتر از وضعیت کنونی و نابسامان درد و رنج خود را ببینند. فقدان امید به زندگی و هدف دار نبودن زندگی منجر به کاهش کیفیت آن و ایجاد باورهای یأس آور می شود (۸). جهت یابی آینده، انتظارات مثبت، هدفمندی، واقع گرایی، تنظیم اهداف و ارتباطات درونی از ویژگی های مهم امید به زندگی هستند. برعکس ناامیدی به عنوان تحمل وضعیت فائق نیامدنی تعریف می شود که در آن دستیابی به هیچ هدفی مورد انتظار نیست و با افسردگی، آرزوی مرگ و خودکشی ارتباط دارد. از تعاریف چنین برمی آید که امید به زندگی دربردارنده تصورات و توجه افراد به آینده است و با این تصور که احتمال دارد نتایج مثبت حاصل گردد، باعث تلاش بیمار می شود (۷).

افرادی که مبتلا به بیماریهای مزمن هستند نیازهای فیزیولوژیکی، روانشناختی و عاطفی متفاوتی دارند؛ ارضای اینگونه نیازها بخشی از درمان محسوب می شود. بنابراین سودمندترین انتخاب، چه در زمینه بهبود بیماری و چه در زمینه ارضای نیازهایشان، مداخلاتی هستند که علاوه بر درمانهای جسمی، درمانهای روانشناختی را نیز در نظر بگیرند (۹).

جسمی به جز سرطان، دارا بودن سن ۳۰ تا ۶۰ سال و عدم شرکت در کلاسهای آموزشی روانشناختی به طور همزمان بود.

بعد از انتخاب گروه های نهایی پژوهش، از آزمودنی های 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 در پژوهش توسط مراجعان تکمیل شد و به مراجعان اطمینان داده شد که کلیه مطالب ارائه شده در جلسات آموزشی و نتایج پرسشنامه ها محرمانه خواهد بود. این پژوهش از تابستان تا پاییز ۹۲ به طول انجامید.

ابزار پژوهش عبارت بود از: (الف) پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) که در سال ۱۹۷۲ توسط گلدبرگ (Goldberg) ساخته شده و شامل ۲۸ سؤال در چهار خرده مقیاس نشانگان جسمانی، اضطراب، افسردگی و اختلال در عملکرد اجتماعی است. اعتبار (۰/۶۵) و پایایی (۰/۷۰-۰/۹۳) این مقیاس در ایران ارزیابی شده و تأیید شده است (۲۳). (ب) پرسشنامه امیدواری میلر (MHI): این آزمون از نوع تشخیصی می باشد و شامل ۴۸ جنبه از حالت های امیدواری و درماندگی بوده که ماده های قید شده در آن بر مبنای تظاهرات آشکار و پنهان رفتاری است. نحوه پاسخدهی به سؤالات این پرسشنامه به صورت طیف لیکرت از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف (۵ و ۴، ۳، ۲، ۱) می باشد. هر فرد با انتخاب جمله ای که درباره او صدق می کند، امتیازی کسب می کند و بدین ترتیب امیدواری یا درماندگی وی مورد ارزیابی قرار می گیرد. در پژوهشی که برای سنجش اعتبار این پرسشنامه با روش روایی محتوایی انجام شد، ضریب پایایی آن ۰/۷۵ به دست آمده است (۲۴). جهت تعیین سازگاری درونی ابزار در این پژوهش از تعیین ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار آن برابر ۰/۸۱ بود.

جلسات آموزشی امید درمانی بر اساس مطالعات اسنایدر (Snyder) و همکاران طراحی و اجرا شد (۲۵، ۲۶).

سلامت عمومی را افزایش داده و علائم آسیب شناسی روانی را کاهش دهد (۱۸). مهمت و روزین (Mehmet & Rozin) در پژوهش خود پی بردند که امید، به گونه ای پایدار با نشانه های افسردگی کمتر مرتبط است (۱۹). تیلور و براون (Taylor & Brown) نیز مؤثر بودن افکار امیدوارانه و باورهای مثبت بر سلامت عمومی را مورد تأیید قرار داده اند (۲۰).

نقش مداخلات روانشناختی در مدیریت استرس و سایر نشانه های روانی بیماران مبتلا به سرطان به گونه ای است که بعد از مداخلات روانشناختی، میزان اضطراب، استرس و افسردگی بیماران سرطانی به نحو چشمگیری کاهش پیدا کرده و عملکرد و روابط بین فردی آنها بهبود می یابد (۲۱). بررسی افراد مبتلا به سرطان نشان می دهد عوامل روانشناختی تسریع کننده شامل اضطراب، ترس، خشم، افسردگی و آشفتگی های روانی را می توان با بهره گیری از درمان های روانشناختی در این گروه از بیماران کاهش داد (۲۲).

مطابق تبیین های نظری بعمل آمده و یافته های پژوهشی ذکر شده، هدف اصلی پژوهش حاضر تعیین تأثیر آموزش امید درمانی بر امید به زندگی و سلامت عمومی در بیماران مبتلا به سرطان بود.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع طرحهای آزمایشی می باشد. به این منظور، ابتدا با مراجعه به بیمارستان شفا اهواز، بیماران مبتلا به سرطان بستری یا غیر بستری شناسایی و بررسی شدند. در مرحله بعدی افرادی که نمره آنها در آزمون سلامت عمومی و امید به زندگی پایین تر از نقطه برش بود (پایین تر از ۱۰) به عنوان نمونه انتخاب شدند. سپس این بیماران بصورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. مداخله درمانی مبتنی بر امید اجرا شد و سپس از هر دو گروه آزمایش و کنترل پس آزمون به عمل آمد (هر گروه ۱۵ نفر).

معیارهای ورود شامل: تکمیل فرم رضایت آگاهانه، توانایی شرکت در جلسات درمانی گروه، حداقل تحصیلات دیپلم و حداکثر کارشناسی، عدم ابتلا به بیماریهای مزمن

جلسات در بیمارستان و توسط دو کارشناس ارشد روانشناسی برگزار گردید و پرسشنامه های مربوط به پس آزمون یک هفته بعد از اتمام مداخله تکمیل شد. برای تجزیه و تحلیل داده های پژوهش حاضر از آمار توصیفی و روش تحلیل کوواریانس استفاده گردید.

شرح مختصر جلسات آموزشی امید درمانی که در بیمارستان محل مراجعه این بیماران اجرا شد، به قرار زیر است:

در جلسه اول، ساختار جلسات و اهداف برنامه آموزشی معرفی شده و امید بر اساس نظریه اسنایدر (Snyder) تعریف شد؛ در جلسه دوم، تبیین چگونگی رشد امید و ضرورت وجود آن و تأثیر آن بر سلامت مورد بحث قرار گرفت، ضمن اینکه در این دو جلسه سعی شد تا رابطه درمانی لازم با هریک از مراجعان برقرار شود و فرآیندها و پویایی های گروه مورد توجه قرار می گرفت. در جلسه سوم، از هر یک از مراجعان خواسته شد تا داستان زندگی خود را به زبان خود برای گروه تعریف کنند و در جلسه چهارم این داستان ها بر اساس سه مؤلفه اصلی نظریه امید اسنایدر (Snyder): «هدف»، «عامل» و «گذرگاه ها» تبیین شده و مجدداً قالب بندی شدند. سعی شد تا مواردی از امید در زندگی هر یک از اعضاء شناسایی شده و موفقیت های گذشته به منظور شناسایی عامل و گذرگاه ها مورد توجه قرار گیرد. در جلسه پنجم، از اعضاء خواسته شد تا فهرستی از اتفاقات جاری و ابعاد مهم زندگی خود ارائه نموده و میزان اهمیت هر یک از آنها را مشخص نمایند. در جلسه ششم، ویژگی های اهداف مناسب بر اساس نظریه اسنایدر (Snyder) مطرح شد و سپس افراد برای تعیین اهداف در هر یک از حیطه های زندگی ترغیب شدند. در جلسه هفتم، ویژگی های گذرگاه های مناسب مطرح 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. مثلاً از افراد خواسته شد تا به تمرین

ذهنی آنچه که باید برای رسیدن به اهداف انجام دهند، بپردازند و در نهایت به آنها آموزش داده شد تا خود یک امید درمانگر باشند و تفکر امیدوارانه را به صورت روزمره به کار برند، به طوری که خودشان بتوانند اهداف و موانع را تعیین نموده، عامل لازم جهت دستیابی به آنها را در خود ایجاد و حفظ کنند و در نهایت گذرگاه های لازم را تشخیص دهند. ده روز بعد از مداخله مجدداً پرسشنامه ها تکمیل شدند. جهت گروه کنترل هیچ مداخله ای انجام نشد.

نتایج

میانگین و (انحراف معیار) سن گروه مداخله ۴۷/۳ و (۷/۵۱) و گروه کنترل ۴۵/۹ و (۶/۰۵) بود. در ارتباط با وضعیت تأهل نتایج نشان داد ۲۰ اکثریت افراد گروه آزمایش (۶۵٪) و گروه کنترل (۶۰٪) درصد متأهل بودند. در ارتباط با سطح تحصیلات، ۱۰ درصد افراد گروه آزمایش دارای تحصیلات دبیرستان، ۲۰ درصد دیپلم، ۵۰ درصد فوق دیپلم و ۲۰ درصد نیز لیسانس بودند. در گروه کنترل ۲۰ درصد دارای سطح تحصیلات دبیرستان، ۴۰ درصد دیپلم، ۲۰ درصد فوق دیپلم و ۲۰ درصد لیسانس بودند.

نتایج مربوط به میانگین و انحراف معیار نمرات سلامت عمومی و امید به زندگی دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل قبل و پس از مداخله در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

در جدول شماره ۱ میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش و کنترل مشاهده می شود. برای مشخص شدن معناداری تفاوت بین متغیرهای فوق از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

به همین منظور، ابتدا مفروضه های لازم جهت انجام تحلیل کوواریانس بررسی شد. بررسی همگنی واریانس ها نشان می دهد که معناداری آزمون لون در نمره کل سلامت عمومی و مقیاس های مربوط به آن شامل، ابعاد نشانگان جسمی، اضطراب، عملکرد اجتماعی و افسردگی و مقیاس امید به زندگی بیشتر از ۰/۰۵ است. بررسی همگنی شیب رگرسیون نیز از معنادار نبودن

می کنند، اهدافشان را با اطمینان بیشتری به دست می آورند و آنها را با اهداف سخت تر دیگری ارزیابی می کنند، اما کسانی که امیدواری کمتری دارند این گونه نیستند (۲۵). امید، عاملی 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 داشته باشند. از نتایج مثبت ارتقای امید می توان به معنی دار 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 (۲۷). از سویی با توجه به پیشرفت روشهای تشخیصی و درمانی، امید به زندگی در بیماران سرطانی رو به افزایش است (۲۸).

یافته دیگر مطالعه حاضر حاکی از تأثیر آموزش امید درمانی بر بهبود سلامت عمومی بیماران مبتلا به سرطان بود و این با یافته های تیلور (Taylor) و براون (Brown)، مهمت (Mehmet) و اسنایدر (Snyder) همخوان است (۲۰-۱۸).

نتایج مطالعات گروپمن (Groopman) و اسنایدر (Snyder) و رند (Rand) بر روی بیماران مبتلا به اختلالات جسمی مزمن، نشان داد که باور مثبت و انتظار می تواند اثرات مثبتی بر 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 (۲۹، ۳۰).

اسنایدر (Snyder) و لویز (Lopez) امید را به عنوان یک دارونما در درمان بیماریهای جسمی و روانی به کار برده اند و بیان کرده اند که آموزش امید درمانی باعث ایجاد تغییرات مثبت در فیزیولوژی انسان می گردد (۳۱).

امید، سلامت عمومی را آن گونه که با انواع شاخص ها، از جمله سلامت خود گزارشی، پاسخ مثبت به مداخلات پزشکی، سلامت ذهنی، خلق مثبت، نیرومندی ایمنی روانشناختی، کنار آمدن مؤثر و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت مشخص شده اند، پیش بینی می کند (۳۲). از نظر اسنایدر (Snyder) سه الگوی انسداد هدف وجود دارد که فرد را مستعد ابتلاء به بیماری می کند که

شرایط و پیش آزمون حمایت می کند. بنابراین از تحلیل کوواریانس برای تحلیل آماری استفاده شد.

جدول شماره ۲ نتایج مربوط به تحلیل کوواریانس یافته های پژوهش را نشان می دهد؛ با توجه به یافته های فوق و بعد از کنترل نمره پیش آزمون، نمره F برای سلامت عمومی و امید به زندگی معنادار بود ($p < 0/0001$). یعنی اینکه آموزش امید درمانی بر امید به زندگی و سلامت عمومی تأثیر داشته است. این موضوع نشان می دهد که آموزش امید درمانی باعث ارتقای امید به زندگی و سلامت عمومی در بیماران سرطانی می شود.

بحث و نتیجه گیری

یافته های پژوهش حاضر نشان داد که آموزش امید درمانی باعث افزایش امید به زندگی در بیماران سرطانی شده است و این یافته با نتایج پژوهش های عبدی و هرث (Herth) همخوان می باشد (۱۳، ۱۷). هرث (Herth) در مطالعه خود امید درمانی را بر روی بیماران مبتلا به سرطان انجام و نشان داد که این مداخله بر افزایش امید به زندگی و کیفیت زندگی بیماران سرطانی مؤثر است (۱۳).

همچنین، اسنایدر (Snyder) و همکاران بیان کرده اند که مداخلات امید درمانی راه مؤثری برای بهبود کیفیت زندگی در بیماری های 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 (۲۶). از نظر اسنایدر (Snyder) امید و معنای زندگی با یکدیگر رابطه دارند به طوری که امید را یکی از مؤلفه های معنا می داند. همچنین وجود راهبردهای رفتاری، به بیمار کمک می کند تا فعالانه اهداف تعیین شده را دنبال کند که این امر نیز به نوبه خود می تواند در افزایش امید به زندگی مؤثر باشد (۱۸).

در تبیین این یافته ها می توان گفت که امید به انسان اجازه می دهد تا بر موقعیت های استرس زا غلبه داشته باشد و او را قادر می سازد تا تلاش ثابتی را برای رسیدن به اهداف خود انجام دهد. انسان هایی که امید بیشتری دارند تلاش شان را صرف کسب اهداف بیشتر

سازی برای سازگاری با انواع مشکلات روانی برای این بیماران ضروری به نظر می‌رسد.

نداشتن زمان کافی برای پیگیری نتایج آموزش و استفاده از ابزارهای خودگزارش دهی از محدودیت های این پژوهش به حساب می‌آید.

پیشنهاد می‌گردد، در پژوهش هایی که با هدف حفظ و ارتقای امید و در نهایت ارتقاء سلامت در بیماران سرطانی انجام می‌شود مداخلاتی برای خانواده بیماران نیز طراحی و ارائه گردد. 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. همچنین پیشنهاد می‌گردد، در تحقیقات آتی، آموزش امیددرمانی را برای سایر بیماری های جسمانی انجام دهند.

تقدیر و تشکر

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

شامل مسدود شدن یک هدف مهم و اساسی، انتخاب اهدافی که رضایت بخش نیستند و انتظار تعمیم یافته برای شکست می‌باشد. همچنین از نظر او، از دست رفتن عامل با انسداد هدف و ناتوانی در ایجاد گذرگاه های مناسب می‌تواند فرد را مستعد افسردگی کند. در امیددرمانی سعی بر آن است که این الگوها اصلاح شود تا میزان افسردگی کمتر شده و آسیب پذیری نسبت به این اختلال کاهش یابد. به این منظور به افراد آموخته می‌شود تا ((اهداف))، ((گذرگاه ها)) و ((عامل)) بیشتری در خود ایجاد کنند و با تمرکز بر موفقیت های گذشته به تعمیم انتظار برای موفقیت بپردازند و در نتیجه از سلامت بیشتری بهره مند گردند(۲۶).

در تبیین این یافته ها می‌توان گفت که امید، دارای اثرات بیولوژیک است و می‌تواند بر روی کنترل درد و ناتوانی های جسمی بیماران تأثیر مثبتی داشته باشد. امید و باورهای مثبت باعث فعال شدن مدارهای مغزی و آزاد شدن آندورفین (Endorphine) و آنکفالین (Ankfaline) و در نتیجه موجب کاهش درد می‌شود. در وضعیت ضعف جسمانی و درد، درماندگی و ناامیدی در انسان تشدید می‌شود و در نتیجه، این مواد کمتر و کلوسیتوکینین (Klocytokinin) بیشتری در بدن آزاد می‌شود. این فرایند باعث ایجاد سیکل معیوب افزایش درد می‌شود. امید با ایجاد تغییر در بیولوژی بدن، باعث از بین بردن این چرخه معیوب می‌شود و واکنش های زنجیره ای درد را از بین می‌برد و در نتیجه موجب بروز احساس خوشایند در انسان می‌شود. این احساس به نوبه خود موجب آزاد شدن آندورفین (Endorphine) و آنکفالین (Ankfaline) بیشتر و کاهش درد می‌شود(۳۳).

با توجه به نتایج به دست آمده، شناخت و خامت مشکلات روانی بیماران مبتلا به سرطان و توجه به امیدواری و سلامت عمومی آنان، عنایت بیشتر وزارت بهداشت و درمان را در خصوص برنامه های درمانی جدی تر و گسترده تر، در سطح بیمارستان ها می‌طلبد. از طرف دیگر تأسیس و تقویت مؤسسات حمایت کننده و فرهنگ

جدول شماره (۱): میانگین و انحراف معیار نمرات سلامت عمومی و امید به زندگی در دو گروه آزمایش و کنترل قبل و پس از مداخله

گروه آزمایش		گروه کنترل		مؤلفه
پس آزمون M±SD	پیش آزمون M±SD	پس آزمون M±SD	پیش آزمون M±SD	متغیر
۷/۱۳±۲/۲۳	۸/۴۶±۱/۷۲	۵/۹۳±۱/۷۵	۷/۹۳±۱/۳۸	نشانگان جسمی
۱۰/۰۰±۱/۹۲	۹/۷۳±۲/۰۸	۵/۷۱±۱/۴۸	۹/۲۰±۱/۷۴	اضطراب
۹/۸۰±۱/۵۲	۹/۲۰±۱/۵۲	۵/۸۶±۱/۴۵	۸/۹۳±۱/۴۳	عملکرد اجتماعی
۱۰/۸۰±۰/۹۴	۱۰/۴۶±۱/۶۸	۶/۹۳±۱/۵۲	۱۰/۰۶±۱/۴۷	افسردگی
۳۷/۷۳±۳/۴۹	۳۷/۸۶±۴/۳۸	۲۴/۶۶±۳/۳۰	۳۶/۱۳±۳/۶۸	سلامت عمومی
۱۰۲/۶۰±۶/۴۴	۱۰۹/۸۶±۸/۰۶	۱۳۴/۰۶±۱۳/۰۷	۱۰۶/۹۳±۶/۴۹	امید به زندگی

جدول شماره (۲): نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به تأثیر آموزش امید درمانی بر ارتقای امید به زندگی و سلامت عمومی

متغیر	متغیر	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری	مجدورات
خرده مقیاس نشانگان جسمی	پیش آزمون گروه آزمایش	۵۷/۱۹۱	۳۴/۹۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶۴
خرده مقیاس اضطراب	پیش آزمون گروه آزمایش	۴۷/۶۹	۲۶/۵۳	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷۵
خرده مقیاس عملکرد اجتماعی	پیش آزمون گروه آزمایش	۱۶/۱۴	۹/۴۷	۰/۰۰۰۱	۰/۲۶۰
خرده مقیاس افسردگی	پیش آزمون گروه آزمایش	۲۱/۵۴	۲۶/۷۰	۰/۰۰۰۱	۰/۴۹۷
سلامت عمومی	پیش آزمون گروه آزمایش	۱۸۹/۵۷	۳۸/۰۰	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸۵
امید به زندگی	پیش آزمون گروه آزمایش	۴۱۷/۲۱	۴/۴۰	۰/۰۴۵	۰/۱۴۰
		۷۸۳۷/۰۸	۸۲/۷۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۵۴

References

- 1- Black JM, Jacobs EM, Luckmann J, editors. Medical-surgical nursing: clinical management for continuity of care. Translated by: Berahimi N, Hosainzadeh M, Shiri H, Jafari S, Kamrani Masoule F. Tehran: Abiz Publication; 2007:33-43. Persian.
- 2- Mardani Hamule M, Shahraki Vahed A. The assessment of relationship between mental health and quality of life in cancer patients. *Scientific Journal of Hamadan University of Medical Sciences and Health Services*. 2009; 16(2): 33-8. Persian.
- 3- Lee SJ, Fairclough D, Parsons SK, Soiffer RJ, Fisher DC, Schlossman RL. Recovery after stem-cell transplantation for hematologic diseases. *J Clin Oncol*. 2001; 19(1): 242-52.
- 4- Sharpiro SL, Lopez AM, Scharz GE. Quality of life and breast cancer relationship to psychosocial variable. *J clin psychol*. 2001; 5(1): 501-519.
- 5- Department of Mental Health and Substance Abuse of world Health Organization, Victorian Health Promotion Foundation, The University of Melbourne. Promoting mental health: concepts, emerging evidence and practice. Switherland: WHO; 2005. Available from: http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf
- 6- Sarafyno A. Health psychology. translated by: Mirzaee . Tehran: Roshd publication; 2005.
- 7- Raleigh hunt. Sources of hope in chronic illness. *Oncol Nurs Forum*. 1992; 19(3):443 - 448.
- Sanatani M, Schreier G, Still L. Level and direction of hope in cancer patients. *J ADV NURS*. 2008; 38(7): 267-74.
- 8- Anthony JC. Health Psychology .Translated by: mohammadi SH. Tehran: Virayesh; 2007.p.103-5. Persian.
- 9- Kar A. Positive psychology: science of happiness and human's capabilities. Translated by: Pasha Sharifi .Tehran: Sokhan; 2008 . Persian.
- 10- Snyder C R, Cheavens J, Michael ST. Hoping. In C.R. Snyder (ed.), *Coping: The psychology of what works*. 1999. New York: Oxford University Press.
- 11- 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.
- 12- Rowland JH. Breast cancer: Psychology aspects. In : Blechman EA, Brownell KD, editors. *Behavioral medicine and women: A comprehensive handbook*. New York: Guilford Press;1998.
- 13- Herth K. Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. *Journal Adv Nurs*. 2000; 32(6):1431-41.
- 14- Benzein EG, Berg AC. The level of and relation between hope, hopelessness and fatigue in patients and family members in palliative care. *Palliat Med*. 2005; 19(3): 234-40.
- 15- Herth KA, Cutcliffe JR. The concept of hope in nursing 3: hope and palliative care nursing. *Br J Nurs*. 2002 Jul 25-Aug 7;11(14):977-83.
- 16- Sotodeh-Asl N, Neshat-Dust H T, Kalantari M, Talebi H, Khosravi A R. 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. Persian.
- 17- Abedi N, Taghdisi MH, Naghdi S. The Effects of Hope promoting interventions and Cancer patients. A case study in sannandaj. *Journal of offers students*. 2007; 14(3): 13-21. Persian.
- 18- Snyder C R, Lehman K A, Kluck B, Monsson Y. Hope for Rehabilitation and vice versa. *Rehabilitation Psychology*. 2006.
- 19- Mehmet A, Rozien M. You've got to have hope: Studies show "hope therapy" fights depression. *Atlanta:News RX*;2009. P. 68.
- 20- Taylor S E, Brown J D. Illusion and well-being: a social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*. 1988; 103(17): 193-210.
- 21- Dolbeault S, Cayrou S, Bredart A, Viala AL, Desclaux B, Saltel P, et al. The effectiveness of a psycho-educational group after early stage breast cancer treatment: results of a randomized French study. *Psychooncology*. 2009; 18(6): 647-56.
- 22- Stein KD, Kaw C, Crammer C, Gansler T. The role of psychological functioning in the use of complementary and alternative methods among disease-free colorectal cancer survivors: a report from the American Cancer Societies studies of cancer survivors. *Cancer*. 2009. 15; 115(18 suppl): 4397-408.
- 23- Taghavi S M R. Validity and reliability of general health questionnaire. *Journal of Psychology*. 2001; 20(4): 32-40. Persian.
- 24- Jafari G A. Comparison of personality traits, hopes and worry of multiple patients and normal individuals in Ahwaz city. *General Psychology Thesis MA*. Ahwaz :Islamic Azad University;2004 . Persian.
- 25- Snyder CR, Irving L, Anderson JR. Hope and Health: Measuring the Will and Ways. In: Snyder CR, Forsyth DR, editors. *Handbook of Social and Clinical Psychology: The Health Perspective*. New York: Pergamon Press; 1991.p. 285-305.
- 26- Snyder C R. *Handbook of hope: theory, measures, and applications*. USA: Academic Press; 2000.
- 27- Farran CJ, Herth KA, Popovich JM. Hope and Hopelessness:Critical Clinical Constructs. 4 th ed. USA: SAGE Publications; 1995.P. 153-185 .
- 28- Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin*. 2012; 62(1): 10-29.
- 29- Groopman J. The anatomy of hope: how people prevail in the face illness. *Am Psychol*. 2005; 14(2): 79-91.
- 30- Snyder R, Rand KL. Hopelessness and health. In: Anderson N , editor. *Encyclopedia of health and behavior*. USA: Sage; 2005.
- 31- Snyder R, Lopez J. *Handbook of positive psychology*. USA: Oxford university press; 2001.
- 32- Abedi N, Svdany M, Faghihi AN, Hossein poor M. Effectiveness of education positive thinking with an emphasizing on verses the increased in life expectancy divorced women in Ahwaz city. *New findings in*
- 33- Seligman MEP, Csikszentmihalyi M. Positive psychology: An introduction. *Am Psychol*. 2000 Jan;55(1):5-14.

Effect of hope therapy training on life expectancy and general health in cancer patients

By: Movahedi M^{1*}, Movahedi Y², Farhadi A³

1) Ph.D Student in Health Psychology, Faculty of Psychology & Education, Kharazmi University, Tehran, Iran

2) Ph.D Student in Cognitive Neuroscience, Faculty of Education & Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran

3) Department of Social Medicine, Assistant professor, Faculty of Medicine, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran

Received: 2013/02/03

Accepted: 2013/07/01

Abstract

Introduction: Cancer is among diseases characterized with uncontrollable growth and invasion of tissues and metastasis. Hopeful spirit is important and essential factor in cancer patients that has many effects on patients' adaptability with life situation, especially in periods of pain and suffering. Hope has a significant role on promoting the general health of patient with cancer and affects various steps of disease.

Objective: This study aims to determine the effect of hope therapy training on promoting hope to live and general health in patients with cancer.

Method: This is an experimental study with pre and posttest with control group. Samples included cancer patients being treated in Shafa Hospital in Ahvaz. They were selected by simple random method. At first, all patients completed the general health and life expectation tests. Then, 30 patients who had the lowest scores in these tests were selected. The training of hope therapy was done in 8 sessions; each session lasted 90 minutes. After finishing sessions, posttest was administrated to experimental and control group.

Results: Data analysis showed a significant difference in mean scores of control and experimental group ($p < 0.01$), so the training of hope therapy leads to improving hope to live and general health in experimental group.

Conclusion: In order to improve cancer patients' quality of life, presenting educational services and hope promoting program with proper methods such problem based learning or patient active participation can be effective.

Keywords: Patients/ Education, Hope, Health, Neoplasm

*Corresponding Author: Masoumeh Movahedi, Tehran, Faculty of Psychology & Education

Email: Masumemovahedi@yahoo.com