

## سهام امید و انتظار درمان در احساس بهبود مراجعان

# The Contribution of Hope and Expectancy of Treatment on Clients' Improvement Feeling

**Farah LotfiKashani, PhD**

Associate Professor

Islamic Azad University

Roudehen Branch

Roudehen, Iran

**Shahram Vaziri, PhD**

Associate Professor

Islamic Azad University

Roudehen Branch

Roudehen, Iran

**شهرام وزیری**

دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی

واحد رودهن، رودهن، ایران

**فرح لطفی کاشانی**

دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی

واحد رودهن، رودهن، ایران

**Shokoh Sadat Mohammadi**

MA in Clinical Psychology

**شکوه سادات محمدی**

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی

### چکیده

هدف این پژوهش تعیین سهم امید و انتظار درمان در احساس بهبود مراجعان بود. برای این منظور در پژوهشی توصیفی از نوع همبستگی، از بین مراجعه‌کنندگان به مراکز خدمات مشاوره و روان‌شناسی شهر تهران، ۱۶۰ نفر را، که حداقل دو جلسه از روان‌درمانی آن‌ها گذشته بود، به صورت نمونه‌برداری هدفمند انتخاب و با استفاده از پرسشنامه واحدهای ذهنی امید و انتظار درمان و احساس بهبود ارزیابی کردیم. نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری نشان داد که امید و انتظار درمان ۹۳/۵ درصد واریانس احساس بهبود، ۸۷/۳ درصد واریانس آشفتگی نشانه، ۹۳/۱ درصد واریانس روابط بین فردی و ۹۰/۹ درصد واریانس کنش‌وری نقش اجتماعی را تبیین می‌کند. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که امید و انتظار درمان سهم معنادار در احساس بهبودی مراجعان دارد.

**واژه‌های کلیدی:** امید و انتظار درمان، احساس بهبود

### Abstract

The aim of this study was to determine the contribution of hope and expectancy of treatment on clients' improvement feeling. For this purpose, in a descriptive study, 160 clients who had completed at least two sessions of psychotherapy were selected by purposive sampling method from psychotherapy and counseling centers in Tehran. They were then tested by Subjective Units of Hope and Expectancy of Treatment and Improvement Questionnaire. The results of multivariate regression analysis showed that hope and expectancy explained 93.5, 87.3, 93.1, and 90.9 percent of the variance respectively in improvement feeling, symptom distress, interpersonal relationships and social-role functioning. This study confirmed the significant contribution of hope and expectancy of treatment on clients' improvement feeling.

**Keywords:** hope and expectancy of treatment, improvement feeling

received: 8 May 2017

accepted: 19 August 2017

Contact information: lotfikashani@irau.ac.ir

دریافت: ۹۶/۲/۱۸

پذیرش: ۹۶/۵/۲۸

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی کودکان با نیازهای خاص است.

مقدمه

روان‌درمانگری کاربرد آگاهانه و عمدی روش‌های بالینی و مواضع بین فردی مبتنی بر اصول روان‌شناختی است که هدف آن کمک به افراد برای تغییر رفتار، شناخت، هیجان و سایر ویژگی‌های شخصی مراجعان به گونه‌ای است که آن را مطلوب می‌دانند و در مراجع حس بهبود ایجاد می‌کند. به منظور دستیابی به این اهداف و ایجاد حس بهبود در مراجعان روی‌آوردهای گوناگون روان‌درمانگری شکل گرفته است، که هر کدام چشم‌انداز متفاوتی برای تبیین این تغییرات گشوده است. اگرچه این روی‌آوردها چشم‌اندازهای کاملاً متفاوت و حتی متعارض دارند، پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی نسبتاً یکسان هر کدام از آن‌ها در تغییر احساس، رفتار و اندیشه مراجعان و ایجاد احساس بهبود در آن‌هاست (روزنروایگ، ۱۹۳۶). اثربخشی نسبتاً یکسان روی‌آوردهای مختلف روان‌درمانگری، به‌رغم وجود تفاوت‌های آشکار در تبیین شناخت، رفتار و احساس مراجعان، باعث شده تا در گستره روان‌درمانگری جبهه‌ای به نام روان‌درمانگری یکپارچه‌نگر<sup>۱</sup> پدید آید که در مجموع به جای تمرکز بر تفاوت‌ها به دنبال اشتراک و وحدت نظریه‌هاست (لطفی‌کاشانی و وزیری، ۱۳۹۵). اکنون سه جهت‌گیری در حیطه روان‌درمانگری یکپارچه‌نگر با عنوان یکپارچه‌نگری نظری<sup>۲</sup>، به‌گزینی<sup>۳</sup> و عوامل مشترک<sup>۴</sup> وجود دارد (آرکوییتس، ۱۹۸۹).

نگاه مربوط به عوامل مشترک به دنبال استخراج و معرفی عناصر مشترک در بین روی‌آوردهای مختلف درمانگری است. بر اساس این روی‌آورد عواملی مشترک در فرایند درمان روی‌آوردهای مختلف وجود دارد که نقشی مؤثرتر از تفاوت‌های آشکار نظری و تکنیکی در ایجاد احساس بهبود در مراجعان بازی می‌کنند و به نظر می‌رسد حداقل به اندازه آن عوامل منحصر به فردی اهمیت دارد که یک نظریه را از دیگری متمایز می‌کند (کری<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴ / ۱۳۸۵). در کنار پژوهش‌های متعدد مرتبط با عوامل مشترک، لطفی‌کاشانی و وزیری (۱۳۹۵) چهار

عامل، رابطه درمانگری<sup>۶</sup>، ایجاد امید و انتظار درمان<sup>۷</sup>، آگاهی‌افزایی<sup>۸</sup> و نظم‌جویی رفتار<sup>۹</sup> را به عنوان عوامل مشترک و مؤثر در فرایند روان‌درمانگری معرفی کرده‌اند. از میان این چهار عامل، امید و انتظار درمان به عنوان نیروی انگیزشی به طور گسترده مورد توجه بوده است (فرانک، ۱۹۸۲، ۱۹۶۱؛ سلیگمن و سیکز میهالی، ۲۰۰۰). بیش از ۴۰ سال پیش، فرانک (۱۹۶۸، ۱۹۷۵) امید را فرایندی دانست که در همه روی‌آوردهای روان‌درمانگری مشترک است. او اعتقاد داشت در صورتی که درمانگر امیدهای کمک‌کننده به مراجع را در نظر نگیرد، مراجع حاضر به شرکت در درمان نمی‌شود و اگر هم حاضر شود روان‌درمانگری مدت زیادی دوام نخواهد آورد. به همین دلیل نقش امید در همه نظریه‌های روان‌درمانی برجسته است (لطفی‌کاشانی و وزیری، ۱۳۹۵). پژوهشگران (برای مثال اشنایدر و راند، ۲۰۰۵؛ اشنایدر و لویز، ۲۰۰۳؛ سلیگمن و سیکز میهالی، ۲۰۰۰) نشان داده‌اند که امید و انتظار درمان عامل انگیزشی و پایدارساز رفتار است و مانند دارونما تأثیر بیولوژیک دارد. پژوهش‌ها نشان می‌دهد درمان‌دگی و ناامیدی در انسان موجب کاهش اندورفین<sup>۱۰</sup> و انکفالین<sup>۱۱</sup> و افزایش کوله‌سیستوکینین<sup>۱۲</sup> می‌شود در حالی که امید و انتظار درمان مدارهای مغزی را فعال و اندورفین و انکفالین را آزاد می‌کند و احساس لذت در فرد پدید می‌آورد.

ایجاد امید و انتظار درمان در درون رابطه درمانی رخ می‌دهد اما ماهیت مستقل دارد. از موارد مهم و تأثیرگذار در امید، نشان دادن مهارت در مقام درمانگر است. نشان دادن توانایی و مهارت حرفه‌ای، لازمه اقناع درمان‌جو و پاسخ دادن به سوالات درونی اوست. برای قانع‌سازی و ایجاد امید و انتظار درمان، باید ابتدا درمان‌جو را از مهارت و توانایی خودمان آگاه کنیم. طبق نظر اوتمر<sup>۱۳</sup> و اوتمر<sup>۱۴</sup> (۱۳۹۵/۲۰۰۲) همدلی ایجادکننده این احساس است که شما به بیمارتان اهمیت می‌دهید، اما الزاماً تأییدکننده یا بیان‌کننده مهارت و توانایی شما در کمک به

1. integrative psychotherapy
2. theoretical integration
3. eclecticism
4. common factors
5. Corey, G.

6. therapeutic relationship
7. creating hope and expectancy of treatment
8. increasing consciousness
9. behavior regulation
10. endorphin

11. encephalin
12. cholecystokinin
13. Othmer, E.
14. Othmer, Z.

۲۰۱۴)، رضایت از زندگی<sup>۹</sup> (لندن، پولیچ، وودساید، کرکپاتریک و بیرن، ۲۰۰۰؛ مارکویس، پاس-ریبریو و لویز، ۲۰۱۱)، حمایت اجتماعی (اندرسون، گیاسالونه و ژورکیویز، ۲۰۰۷)، معنویت و مذهب<sup>۱۰</sup> (دیویس، ۲۰۰۵؛ کوریگان، مک کروکل، شل و کیدر، ۲۰۰۳)، تاب‌آوری<sup>۱۱</sup> (فیلیپس-سلیمی، هاس، کیتنر، موناهان و آرزو، ۲۰۰۷) و سلامت روانی<sup>۱۲</sup> (داگلی و دیگران، ۲۰۱۴؛ لندن و دیگران، ۲۰۰۰؛ هارت، ۱۹۹۲) مرتبط است. با توجه به اهمیت نقش امید به عنوان عامل مشترک در اثربخشی روی‌آوردهای مختلف روان‌درمانی، هدف این پژوهش تعیین سهم امید و انتظار درمان در احساس بهبود مراجعان بود.

## روش

این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. در این پژوهش متغیر پیش‌بین احساس بهبود و متغیر ملاک امید و انتظار درمان در نظر گرفته شد. جامعه آماری شامل افرادی بود که در سال ۱۳۹۵ در مراکز رسمی خدمات مشاوره و روان‌شناسی شهر تهران به روان‌شناس یا مشاور مراجعه کرده بودند. ضروری بود که اطلاعات مرتبط با اهداف پژوهش از جامعه مراجعان مراکز خدمات درمانی دریافت شود و مراجعان دارای مشکل روان‌شناختی، تنها افرادی بودند که دستیابی به چنین اطلاعاتی درباره‌شان میسر بود. با روش نمونه‌برداری هدفمند، ابتدا از فهرست اسامی مراکز خدمات روان‌شناسی و مشاوره در تهران برحسب منطقه شهرداری، در سایت سازمان نظام روان‌شناسی، ۱۳ مرکز (از هر منطقه یک مرکز) به صورت تصادفی و نمونه‌ها به صورت هدفمند از این مراکز انتخاب شد. در صورتی که هر یک از این مراکز در یک‌سال گذشته فعال نبود، مرکز دیگری به تصادف جایگزین شد. با توجه به این‌که در این پژوهش از دو پرسشنامه با ۱۴ ماده استفاده شد، با در نظر گرفتن ۱۰ مشاهده به ازای هر متغیر مستقل (هالینسکی<sup>۱۳</sup> و فلت<sup>۱۴</sup>، ۱۹۷۰ نقل از هومن، ۱۳۸۴)، حداقل حجم نمونه ۱۴۰ نفر محاسبه شد و با

کاهش رنج او نیست. لازم است مراجع متقاعد شود که درمانگر صلاحیت پرداختن به مشکل او و کنترل آن را دارد. فرانک (۱۹۷۵) امید و دلگرمی را از اساسی‌ترین عوامل مؤثر در اثربخشی درمان دانسته است. فرض اساسی او این بود که در همه اشکال روان‌درمانگری یک مشکل مشترک، یعنی تضعیف روحیه<sup>۱</sup>، نداشتن حس احترام به خود<sup>۲</sup>، احساس ذهنی نداشتن شایستگی<sup>۳</sup>، بیگانگی<sup>۴</sup>، ناامیدی<sup>۵</sup> و درماندگی<sup>۶</sup> وجود دارد. و همه اشکال روان‌درمانگری، به‌رغم داشتن شیوه‌های مختلف، در روحیه دادن مراجع یا دلگرمی دادن به مراجع مشترک‌اند.

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که امید باعث ایجاد تغییرات مثبت در سیستم اعصاب مرکزی (هوی، سولدو و مندز، ۲۰۱۳؛ فوز، ۲۰۱۲) و ارتقای سلامت (شی‌یر و کارور، ۲۰۰۱) و در حکم میانجی روان‌شناختی به کاهش علائم اضطرابی منجر می‌شود، باور مهار و سطح دخالت فرد را در زندگی افزایش می‌دهد (لطفی کاشانی، وزیری، موسوی و اکبری، ۱۳۸۹) و با کاهش پریشانی (لطفی کاشانی و دیگران، ۲۰۱۴)، کمک می‌کند بیماران نشانه‌های افسردگی، اضطراب و درد کمتری داشته باشند (برندس و دیگران، ۲۰۱۰). در افراد امیدوار بهزیستی جسمانی و روانی (کاواردیم، اوزر و بوزاک، ۲۰۱۳) و مقابله با رنج و ابهام (چیونس، فلدمن، وودوارد و اشنایدر، ۲۰۰۶؛ مک‌لمنت و چوچینوو، ۲۰۰۸) بیشتر است.

اهمیت امید در سلامت عملکرد انسان به طور فزاینده در آثار روان‌درمانی مطرح شده و از تأثیر مثبت امید در سلامت جسمانی و روانی به عنوان یکی از عوامل کلیدی روان‌درمانی در روی‌آوردهای روان‌درمانی یاد می‌شود (اوهارا، ۲۰۱۱). امید عاملی بسیار مهم در فرایند بهبود افراد دچار مشکلات روان‌شناختی است (آنتونی، ۱۹۹۳) و بررسی‌ها نشان می‌دهد که با متغیرهایی همچون بهزیستی<sup>۷</sup> (دیویس، ۲۰۰۵)، کیفیت زندگی<sup>۸</sup> (دال، آنرسلردال، هنستاد و نودسن، ۲۰۰۴)، حرمت خود (پروان و دیگران، ۲۰۱۵)، روابط بین فردی (لو، کویین و زنگ،

1. demoralization
2. loss of self-esteem
3. subjective feelings of incompetence
4. alienation
5. hopelessness

6. helplessness
7. well-being
8. quality of life
9. life satisfaction
10. spirituality and/or religion

11. resiliency
12. mental health
13. Halinska, R. S.
14. Feldt, L. S.

(مولر، لمبرت و برلینگیم، ۱۹۹۸) است و نمره‌های تغییر در وضعیت او را جلسه به جلسه ردیابی می‌کند. این پرسشنامه به طور گسترده در مراکز مشاوره دانشگاه و سایر مراکز سلامت روانی برای ارزیابی پیشرفت مراجع در درمان استفاده می‌شود. در این پژوهش سه ماده در هریک از مقیاس‌ها، که بیشترین همبستگی را با نمره‌های کل هر مقیاس داشت، انتخاب و پرسشنامه احساس بهبود نامگذاری شد. فرم جدید با عنوان پرسشنامه احساس بهبود، ۹ ماده به شرح زیر داشت: در هفته گذشته چقدر احساس آشفتگی ذهنی (اضطراب، افسردگی) داشتید؟ در هفته گذشته چقدر احساس رنج کردید؟ در هفته گذشته چقدر احساس سرگردانی فکری می‌کردید؟ در هفته گذشته چقدر توانایی ایجاد ارتباط رضایت‌بخش با دیگران داشتید؟ در هفته گذشته چقدر رفتارهای خارج از کنترل داشتید؟ در هفته گذشته چقدر از بودن با دیگران لذت بردید؟ در هفته گذشته چقدر در انجام کار یا وظایف خودتان توانا بودید؟ در هفته گذشته چقدر توانایی دستیابی به اهداف را در خودتان احساس می‌کردید؟ در هفته گذشته چقدر در انجام تکالیف خود موفق بودید؟ اعتبار این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۹ و برای زیرمقیاس‌های آشفتگی نشانه، روابط بین فردی و کنش‌وری نقش اجتماعی به ترتیب ۰/۹۸، ۰/۹۶ و ۰/۹۹ و روایی آن در همبستگی با پرسشنامه ۴۵ ماده‌ای لمبرت، براساس نمونه ۴۳ نفری از دانشجویان، برای زیرمقیاس‌های آشفتگی نشانه، روابط بین فردی و کنش‌وری نقش اجتماعی به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۹۴ و ۰/۸۸ به دست آمد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل رگرسیون استفاده شد.

### یافته‌ها

همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، از کل شرکت‌کنندگان در پژوهش (۱۹۰ نفر) ۸۷ نفر (۵۴/۴ درصد) زن و ۷۳ نفر (۴۵/۶ درصد) مرد بودند. مشکلات ارتباطی (با ۲۷/۵ درصد) بیشترین دلیل مراجعه به مراکز درمانی بود. بعد از این

توجه به احتمال مخدوش بودن پاسخنامه‌ها ۱۶۰ نفر به عنوان نمونه پژوهشی بررسی شدند. برای نمونه‌برداری پنج پژوهشگر، که از موضوع و هدف پژوهش خبردار نبودند، به مراکز اعزام و بیرون در ورودی این مراکز مستقر شدند و به شیوه مصاحبه، بعد از معرفی خود به عنوان پژوهشگر، مراجعان را با پرسشنامه واحدهای ذهنی انتظار و امید درمان<sup>۱</sup> (لطفی‌کاشانی، وزیری و محمدی، ۱۳۹۴) و پرسشنامه احساس بهبود<sup>۲</sup> (برگرفته از لمبرت، لونن، آمپرس، هانسن و برلینگیم، ۱۹۹۴) آزمون کردند. فقط افرادی به سؤالات پرسشنامه پاسخ دادند که حداقل دومین جلسه درمان خود را به اتمام رسانده بودند و آن جلسه، جلسه آخر مراجعه آن‌ها نبود.

### پرسشنامه واحدهای ذهنی انتظار و امید درمان

(لطفی‌کاشانی و دیگران، ۱۳۹۴). این پرسشنامه در طیف ده درجه‌ای با پنج عبارت، شامل: دید مثبت به فرایند درمان پیدا کردم، به قابل حل بودن مشکل امیدوارتر شدم، به توانایی درمان‌گرم برای کمک به حل مشکل اعتماد بیشتری پیدا کردم، تغییراتی که در فرایند درمان تجربه کردم مرا امیدوارتر کرده است، معتقد شدم که درمان‌گر تخصص و دانش حل مشکل من را دارد، میزان امید و انتظار درمان را می‌سنجد. اعتبار این پرسشنامه با روش دونیمه‌سازی ۰/۸۱ به دست آمد. ضریب وابستگی یا توافق<sup>۳</sup> این پرسشنامه ۰/۷۹، نشان‌دهنده توافق بسیارخوب ارزیابان و روایی پرسشنامه است. اعتبار این پرسشنامه در این پژوهش با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۹ به دست آمد.

### پرسشنامه احساس بهبود. پرسشنامه پیامد<sup>۴</sup> را لمبرت و

دیگران (۱۹۹۴) با ۴۵ ماده به صورت مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از صفر (هرگز) تا ۴ (تقریباً همیشه) تهیه کرده‌اند و سه زیرمقیاس آشفتگی نشانه<sup>۵</sup>، روابط بین فردی<sup>۶</sup> و کنش‌وری نقش اجتماعی<sup>۷</sup> دارد. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که این پرسشنامه برای ارزیابی اثربخشی روان‌درمانی در طول زمان مؤثر (کادرا، لمبرت و اندروز، ۱۹۹۶) و ابزار مفیدی برای ارزیابی عملکرد مراجع

1. Subjective Units of Hope and Expectancy of Treatment Questionnaire
2. Improvement Questionnaire
3. contingency
4. Outcome Questionnaire 45 (OQ45)

5. symptom distress
6. interpersonal relationships
7. social-role functioning

جدول ۱

فراوانی مشکلات آزمودنی‌ها به تفکیک جنس

علل مراجعه به مراکز خدمات درمانی	زن (درصد)	مرد (درصد)	کل (درصد)
اختلال‌های خلقی	۲۱ (۰/۱۳۱)	۱۶ (۰/۱)	۳۷ (۰/۲۳۱)
اختلال‌های اضطرابی	۲۰ (۰/۱۲۵)	۲۱ (۰/۱۳۱)	۴۱ (۰/۲۵۶)
مشکلات جنسی	۸ (۰/۰۵)	۴ (۰/۰۲۵)	۱۲ (۰/۰۷۵)
مشکلات خواب	۲ (۰/۰۱۳)	۰	۲ (۰/۰۱۳)
مشکلات خوردن	۳ (۰/۰۱۹)	۰	۳ (۰/۰۱۹)
مشکلات ارتباطی	۲۰ (۰/۱۲۵)	۲۴ (۰/۱۵)	۴۴ (۰/۲۷۵)
مشکلات مرتبط با مسائل جسمانی	۳ (۰/۰۱۹)	۱ (۰/۰۰۶)	۴ (۰/۰۲۵)
پایین بودن اعتماد به نفس	۷ (۰/۰۴۴)	۴ (۰/۰۲۵)	۱۱ (۰/۰۶۹)
مشاوره ازدواج	۱ (۰/۰۰۶)	۱ (۰/۰۰۶)	۲ (۰/۰۱۳)
سوغ	۰	۲ (۰/۰۱۳)	۲ (۰/۰۱۳)
نامشخص	۲ (۰/۰۱۳)	۰	۲ (۰/۰۱۳)
جمع	۸۷ (۰/۵۴۴)	۷۳ (۰/۴۵۶)	۱۶۰

جدول ۲

میانگین، انحراف استاندارد و خلاصه مدل پیش‌بینی احساس بهبود براساس احساس امید

متغیر	M	SD	مدل	R	R <sup>۲</sup>	$\Delta R^2$	e	F
احساس بهبود	۴۴	۲۱/۷۰۸	۱	۰/۹۷	۰/۹۳۵	۰/۹۳۵	۵/۲۱۱	۲۱۰۱/۲۴*
آشفته‌گی نشانه	۱۳/۹۰	۸/۰۵۱	۱	۰/۹۴	۰/۸۷۴	۰/۸۷۳	۲/۷۲۴	۱۰۰۴/۹۹ *
روابط فردی	۱۴/۸۱	۷/۲۶	۱	۰/۹۷	۰/۹۳۱	۰/۹۳۱	۱/۷۸۶	۱۹۸۳/۶۹ *
کنش‌وری نقش اجتماعی	۱۵/۳	۶/۹۲۴	۱	۰/۹۶	۰/۹۰۹	۰/۹۰۹	۱/۹۱۴	۱۴۵۴/۱۶ *
احساس امید	۲۶/۸۰	۱۲/۰۹۳						

\*P<۰/۰۱

حاکمی از این است که احساس امید و انتظار ۹۳/۵ درصد واریانس احساس بهبود را پیش‌بینی می‌کنند. مجذور همبستگی محاسبه‌شده در سطح آلفای یک درصد معنادار است. با توجه به این که همبستگی بین آشفته‌گی نشانه و احساس امید ۰/۹۴ است، مقدار مجذور همبستگی اصلاح‌شده حاکمی از این است که احساس امید و انتظار ۸۷/۳ درصد واریانس آشفته‌گی نشانه را پیش‌بینی می‌کند. مجذور همبستگی محاسبه‌شده در سطح آلفای یک درصد معنادار است. همچنین همبستگی بین روابط فردی و احساس امید ۰/۹۷ است. مقدار مجذور همبستگی اصلاح‌شده حاکمی از این است که احساس امید و انتظار ۹۳/۱ درصد واریانس روابط فردی را پیش‌بینی می‌کند. همچنین نظر به این که همبستگی بین کنش‌وری نقش اجتماعی و احساس

مشکل به ترتیب اختلال‌های اضطرابی و اختلال‌های خلقی (با ۲۵/۶ و ۲۳/۱ درصد) بیشترین علت مراجعه در کل گروه بود. برای اجرای رگرسیون چندمتغیری پس از تأیید مفروضه‌های آن، با در نظر گرفتن امید و انتظار درمان به عنوان متغیر ملاک و احساس بهبود و مؤلفه‌های آن (آشفته‌گی نشانه، روابط فردی و کنش‌وری نقش اجتماعی) به عنوان متغیرهای پیش‌بین، برای تعیین سهم نسبی هریک از متغیرهای پیش‌بین از روش همزمان استفاده شد. در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش و خلاصه مدل پیش‌بینی احساس بهبود براساس احساس امید آمده است.

جدول ۲ نشان می‌دهد که همبستگی بین احساس بهبود و احساس امید ۰/۹۷ است. مقدار مجذور همبستگی اصلاح‌شده

جدول ۳

ضرایب رگرسیون پیش‌بینی هریک از متغیرهای بهبود براساس احساس امید

متغیر	ضرایب استاندارد نشده		ضرایب استاندارد شده	
	B	خطای استاندارد	$\beta$	T
ثابت	-۳/۹۹۹	۱/۱۲۹		-۳/۵۴۱
احساس امید	۱/۷۹۱	۰/۰۳۹	۰/۹۶۷	۴۵/۸۳۹*
ثابت	-۳/۵۹	۰/۵۹		-۶/۰۸۲
آشفته‌گی نشانه	۰/۶۴۷	۰/۰۲۰	۰/۹۳۵	۳۱/۷۰*
ثابت	-۱/۱۵۳	۰/۳۸۷		-۲/۹۷۸
روابط فردی	۰/۵۹۶	۰/۰۱۳	۰/۹۶۵	۴۴/۵۳۹*
ثابت	۰/۷۴۳	۰/۴۱۵		۱/۷۹۱
کنش‌وری نقش اجتماعی	۰/۵۴۷	۰/۰۱۴	۰/۹۵۴	۳۸/۱۳۳*

\* $P < .01$ 

مهم در فرایند بهبود افرادی است که مشکلات روان‌شناختی دارند (آنتونی، ۱۹۹۳). امید و انتظار درمان به عنوان عامل انگیزشی عمل می‌کند (اشنایدر و راند، ۲۰۰۵؛ سلیگمن و سیکزسمهالی، ۲۰۰۰) و در بهزیستی (دیویس، ۲۰۰۵)، رضایت از زندگی (لندن و دیگران، ۲۰۰۰)، معنویت و مذهب (دیویس، ۲۰۰۵؛ کوریگان و دیگران، ۲۰۰۳)، تاب‌آوری (فیلیس - سلیمی و دیگران، ۲۰۰۷) و سلامت روانی (هارت، ۱۹۹۲؛ لندن و دیگران، ۲۰۰۰) مؤثر است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد امیدوار بهزیستی جسمانی و روانی بهتری دارند (کاواردیم و دیگران، ۲۰۱۳) و مقابله مؤثرتری با رنج و ابهام (مک‌لمنت و چوچینوو، ۲۰۰۸) نشان می‌دهند و امید، به عنوان میانجی، در کاهش علائم اضطرابی و باور کنترل و سطح دخالت فرد در زندگی خود مؤثر است (لطفی‌کاشانی و دیگران، ۱۳۸۹)، پریشانی را کاهش می‌دهد (لطفی‌کاشانی و دیگران، ۲۰۱۴) و باعث می‌شود بیماران نشانگان افسردگی، اضطراب و درد کمتری را داشته باشند (برندس و دیگران، ۲۰۱۰).

امید و انتظار درمان به عنوان راهبرد مقابله‌ای مؤثر، در کنار آمدن با اتفاقات ناگوار و کیفیت زندگی تأثیرگذار است (فوز، ۲۰۱۲). فرد امیدوار اطلاعات بیشتری درباره شیوه‌های غلبه بر موانع کسب می‌کند و راه‌های متعددی برای رسیدن به اهداف می‌یابد (چپونس و دیگران، ۲۰۰۶) و رضایت از زندگی بیشتری را از خود نشان می‌دهد (مارکویس و دیگران، ۲۰۱۱). امید با این باور همراه است که مشکلات افراد برطرف‌شدنی است و آینده

امید ۰/۹۶ است، مقدار مجذور همبستگی اصلاح‌شده حاکی از این است که احساس امید و انتظار ۹۰/۹ درصد واریانس کنش‌وری نقش اجتماعی را پیش‌بینی می‌کند و مجذور همبستگی محاسبه‌شده در سطح آلفای یک درصد معنادار است. در جدول ۳ ضرایب رگرسیون پیش‌بینی هریک از متغیرهای بهبود براساس احساس امید آمده است.

جدول ۳ نشان می‌دهد که امید و انتظار درمان به طور معنادار احساس بهبود، آشفته‌گی نشانه، روابط بین فردی و کنش‌وری نقش اجتماعی را پیش‌بینی می‌کند.

## بحث

این پژوهش با هدف تعیین سهم امید و انتظار درمان در احساس بهبود مراجعان و تعیین سهم امید و انتظار درمان در آشفته‌گی نشانه، روابط میان فردی و کنش‌وری نقش اجتماعی انجام شد. نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری نشان داد که امید و انتظار درمان ۹۳/۵ درصد واریانس احساس بهبود، ۸۷/۳ درصد واریانس آشفته‌گی نشانه، ۹۳/۱ درصد واریانس روابط بین فردی و ۹۰/۹ درصد واریانس کنش‌وری نقش اجتماعی را پیش‌بینی می‌کند.

بر اهمیت امید در عملکرد سالم انسان و تأثیر مثبت امید بر سلامت جسمانی و روانی تأکید و معلوم شده که امید و انتظار درمان از عوامل کلیدی روان‌درمانی در روی‌آوردهای روان‌درمانی (اسپرانک، ۲۰۱۲؛ اوهارا، ۲۰۱۱) و عاملی بسیار

دارد و رفتار فرد را هنگام سختی، تغذیه و حمایت می کند. فرد امیدوار به عمل اقدام می کند و اقدام به عمل احتمال حمایت اجتماعی و جهت گیری آگاهانه را افزایش می دهد. وجود امید ما را نسبت به امکانات موجود در موقعیت و نیز امکانات خودمان هشیارتر می کند و این فرایند مقابله و کنارآیی موفقیت آمیز را دامن می زند. امید مسیری را برای فرد باز می کند تا نه تنها آینده بلکه خودش را در فرایند رسیدن به هدف نظارت کند. برخلاف این که امید را عاملی صرفاً آینده نگر دانسته اند، امید موجب زندگی آگاهانه در زمان حال می شود و زندگی آگاهانه به معنی داشتن توجه به همه عواملی است که بر اعمال، اهداف و ارزش های ما تأثیر می گذارد. بنابراین همان گونه که لطفی کاشانی و وزیر (۱۳۹۵) نشان دادند امید و انتظار درمان، نقش عامل تسهیل گر انگیزشی و تقویت کننده و تداوم دهنده رفتارهای مؤثر را در رسیدن به هدف دارد و موجب می شود فرد پذیرای اطلاعات جدید، تغییر فرضیه های کهنه، دیدن مسیر نادرست و اصلاح آن شود. در چهارچوب این روی آورد، با برقراری رابطه درمانی با مراجع، بازگویی افکار و فهم رفتار مراجع امکان پذیر و به او کمک می شود از جنبه هایی از احساسات و رفتار خود آگاه شود که قبلاً متوجه آن ها نبوده، و با آگاهی از وضع موجود و امکانات ممکن، انتظار و امید به درمان در او افزایش می یابد و با یادگیری شیوه های نظم بخشی عملکرد (رفتار، افکار و هیجان) در مسیر بهبود قرار می گیرد.

### منابع

- کار، آ. (۱۳۹۱). روان شناسی مثبت، علم شادمانی و نیرومندی های انسان. ترجمه ج. پاشاشریفی و ج. نجفی زند، با همکاری ب. ثنائی. تهران: سخن (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۰۴).
- کری، ج. (۱۳۸۵). نظریه و کاربرد مشاوره و روان درمانی. ترجمه ی. سیدمحمدی. تهران: ارسباران (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۰۴).
- لطفی کاشانی، ف. و وزیر، ش. (۱۳۹۵). روان درمانی چهار وجهی. تهران: ارسباران.
- لطفی کاشانی، ف.، وزیر، ش.، موسوی، م. و اکبری، م. ا. (۱۳۸۹). نقش امیدافزایی در بهبود سلامت روان افراد مبتلا به سرطان. سومین کنفرانس بین المللی مراقبت های حمایتی و تسکینی در سرطان.

آن ها می تواند بهتر شود، از این رو به عنوان نیروی انگیزشی موجب اقدام و پیگیری درمان و انجام تکالیف تعیین شده از سوی درمانگر به طور جدی می شود و این امر در افزایش احساس بهبود مؤثر می افتد.

همانگونه که یافته ها نشان داد، امید و انتظار درمان ۹۳ درصد واریانس روابط بین فردی را پیش بینی می کند. تلقی افراد امیدوار به درمان از دیگران، به صورت منابع حمایتی و پایگاه هایی است که می توانند به آن ها تکیه کنند (مارکویس و دیگران، ۲۰۱۱)، بنابراین رابطه مبتنی بر همدلی بیشتری ایجاد می کنند. امید با کیفیت روابط اجتماعی رابطه دارد و موجب بهبود روابط بین فردی (لو و دیگران، ۲۰۱۴) و حرمت خود (پروان و دیگران، ۲۰۱۵) می شود. امید تأثیر بسزایی در کنش وری نقش اجتماعی نیز دارد. افراد امیدوار به زندگی خوش بین هستند، هدف های مشخصی برای خود در زندگی دارند و همکاری و مسئولیت پذیری اجتماعی بیشتری نشان می دهند (اندرسون و دیگران، ۲۰۰۷).

امید مضمون فعالی، شامل داشتن هدف، قدرت برنامه ریزی یا قدرت راهیابی، و قدرت اراده برای دستیابی به هدف با در نظر گرفتن موانع رسیدن به هدف و رفع آن ها دارد (اشنایدر و لویز، ۲۰۰۳) و به درمان جویان کمک می کند هدف های روشنی را مشخص و مسیرهای متعددی را برای این هدف ها ایجاد کنند و برای تعقیب این اهداف برانگیخته شوند (کار، ۲۰۰۴ / ۱۳۹۱). پایداری موجود در متن امید، نیروی سوق دهنده در تفکر امیدوارانه و همان نیرویی است که شخص را به سوی هدف می کشاند. بسیاری از روان شناسان امیدواری را عاملی مهم در سلامت روانی و بهزیستی روان شناختی و جسمانی می دانند (اسچرانک، ۲۰۱۲). داگلی و دیگران (۲۰۱۴) نشان دادند شرکت کنندگانی که در مقیاس امیدواری نمره های بیشتری کسب می کنند سلامت روانی بیشتر و آشفستگی روان شناختی کمتری دارند.

در مجموع یافته های این پژوهش نشان می دهد امید و انتظار درمان، فارغ از رویکرد به کار رفته نقش مؤثری در اثربخشی درمان دارد. امید از نشانه های سلامت است و کیفیت انگیزشی

- the worst. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*, 43 (3), 168- 174.
- Frank, J. D. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In J. H. Harvey & M. M. Parks (Eds.), *The psychotherapy research and behavior change*. Washington: American Psychological Association.
- Frank, J. D. (1961). *Persuasion and Healing*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Frank, J. D. (1968). The role of hope in psychotherapy. *International Journal of Psychiatry*, 5, 383-395.
- Frank, J. D. (1975). The faith that heals. *Johns Hopkins Medical Journal*, 137, 127-131.
- Herth, K. (1992). Abbreviated instrument to measure hope: Development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17(10), 1251-1259.
- 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.
- Kadera, S. W., Lambert, M. J., & Andrews, A. A. (1996). How much therapy is really enough: A session-by-session analysis of the psychotherapy dose-effect relationship? *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5, 132-151.
- 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.
- Lambert, M. J., Lunnen, K., Umphress, V., Hansen, N., & Burlingame, G. M. (1994). *Administration and scoring manual for the Outcome Questionnaire (OQ-45.1)*. Salt Lake City: IHC Center for Behavioral Healthcare Efficacy.
- Landeen, J., Pawlick, J., Woodside, H., Kirkpatrick, H., & Byrne, C. (2000). Hope, quality of life, and symptom severity in individuals with schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23(4), 364-369.
- Lotfi Kashani, F., Vaziri, S., Akbari, E., Jamshidifar, Z., Sanaei, H., & Givi, F. (2014). Stress coping skills training and distress in women with breast cancer. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 159, 809-813.
- لطفی کاشانی، ف.، وزیری، ش. و محمدی، ش. ا. (۱۳۹۴). سهام امید و انتظار درمان در احساس بهبودی مراجعان. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن.
- هومن، ح. ع. (۱۳۸۴). مدل‌یابی معادلات ساختاری با کاربرد نرم‌افزار لیزرل. تهران: سمت.
- Andersson, L. M. Giacalone, R. A., & Jurkiewicz, C. L. (2007). On the relationship of hope and gratitude to corporate social responsibility. *Journal of Business Ethics*, 4, 401-409.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Arkowitz, H. (1989). The Role of Theory in Psychotherapy integration. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 8, 8-16.
- Berendes, D. K., 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 Management*, 40 (2), 174-182.
- Chevans, 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.
- Corrigan, P., McCorkle, B., Schell, B., & Kidder, K. (2003). Religion and spirituality in the lives of people with serious mental illness. *Community Mental Health Journal*, 39(6), 487-499.
- Davis, B. (2005). Mediators of the relationship between hope and well-being in older adults. *Clinical Nursing Research*, 14(3), 253-272.
- Duggleby, W. D., Williams, A., Holstlander, L., Thomas, R., Cooper, D., Hallstrom, L. K., Ghosh, S., & O-Rourke, H. (2014). Hope of rural women caregivers of persons with advanced cancer, guilt, self-efficacy and mental health. *Rural and Remote Health*, Retrieved March 23, 2016 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24579719>
- Feuz, C. (2012). Hoping for the best while preparing for



- Phillips-Salimi, C. R., Haase, J. E., Kintner, E. K., Monahan, P. O., & Azzouz, F. (2007). Psychometric properties of the Herth Hope Index in adolescents and young adults with cancer. *Journal of Nursing Measurement, 15*(1), 3-23.
- Rosenzweig, S. (1936). Ome Implicit Common Factors in Diverse Methods in *American Journal of Orthopsychiatry, 6*, 412-415.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (2001). Optimism, pessimism, and psychological well-being. In E. C. Chang (Ed.), *Optimism and Pessimism*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Schrank, B. W. (2012). Validation of the Integrative Hope Scale in people with psychosis. *Psychiatry Research, 198*(3), 395-399.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist, 55*, 5-14.
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2003). *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Snyder, C. R., & Rand, K. L. (2005). Hopelessness and Health. In N. Anderson (Ed.), *Encyclopedia of health and behavior*. Thousan Oaks, CA: Sage.
- Luo, B., Qin, H., & Zheng, M. (2014). Correlation between social relational quality and hope among patients with permanent colostomies. *Chinese Nursing Association, 1*(4), 405-409.
- 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.
- Mueller, R. M., Lambert, M. J., & Burlingame, G. M. (1998). Construct validity of the Outcome Questionnaire: A confirmatory factor analysis. *Journal of Personality Assessment, 70* (2), 248-262.
- O'Hara, D. J. (2011). Psychotherapy and the dialectics of hope and despair. *Counselling Psychology Quarterly, 24*(4), 323-329.
- Parvan, K. J., Jabbarzadeh Tabrizi, F., Rahmani, A., Ghojzadeh, M., Azadi, A., & Golchin, M. (2015). The relationship between hope and self-esteem in Patients with leukemia. *Journal of Caring Science, 4*(3), 217-233.