

# بررسی اثربخشی مداخلات ارتقاء دهنده امید در بیماران

## مبتلا به سرطان شهرستان سنندج در سال ۱۳۸۶

### چکیده:

**مقدمه و هدف:** سرطان دسته‌ای از بیماری‌هاست که با رشد کنترل نشده سلولی و تهاجم به بافت‌های موضعی و متاستاز سیستمیک مشخص می‌شود. میزان بروز سرطان طی ۵۰ سال گذشته به طور یکنواخت افزایش پیدا کرده است. روحیه امیدوارانه از فاکتورهای بسیار مهم و از عناصر ضروری در بیماری سرطان است که اثرات زیادی در سازگاری بیماران با شرایط، به خصوص در طی دوران درد و محرومیت دارد. امید در افزایش کیفیت زندگی بیمار نقش به سزایی داشته و بر مراحل مختلف بیماری اثر گذار می‌باشد. هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی مداخلات ارتقاء دهنده امید در بیماران مبتلا به سرطان بود.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه یک کارآزمایی بالینی بود که در سال ۱۳۸۶ در بخش شیمی درمانی بیمارستان قدس سنندج بر روی ۵۰ نفر از بیماران مبتلا به سرطان انجام شد. بیماران به طور تصادفی به دو گروه مساوی مورد و شاهد تقسیم شدند. قبل و بعد از مداخله برای هر دو گروه پرسشنامه امید هرث تکمیل شد. مداخلات ارتقاء دهنده امید برای بیماران گروه مورد به صورت مباحثه عمیق و چهره به چهره و انفرادی و با روش یادگیری بر اساس حل مساله انجام شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری مجذور کای و آنالیز کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** بین میانگین نمرات امید بیماران گروه مورد و شاهد قبل از مداخلات ارتقاء دهنده امید اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد. بعد از انجام مداخلات ارتقاء دهنده امید بین میانگین نمرات امید دو گروه مورد و شاهد اختلاف معنی‌داری دیده شد ( $p=0/008$ ). میانگین نمرات امید در گروه مورد بعد از مداخله ۴/۳۲ نمره افزایش یافت و اختلاف معنی‌داری بین میانگین نمرات امید گروه مورد قبل و بعد از مداخله وجود داشت ( $p<0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** مداخلات ارتقاء دهنده امید در افزایش امید بیماران مؤثر است، بنابراین شایسته است به منظور ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان، رایج خدمات آموزشی و برنامه‌های ارتقاء دهنده امید با روش‌های مناسبی مانند یادگیری بر اساس حل مساله با مشارکت فعال بیمار در فرآیند بحث با برنامه‌ریزی مدون انجام پذیرد.

واژه‌های کلیدی: سرطان، امید، مداخلات ارتقاء دهنده

\* نسرین عبدی

\*\* دکتر محمدحسین تقدیسی

\*\*\* سیران نقدی

\* کارشناس ارشد آموزش بهداشت، دانشگاه آزاد

سنندج، دانشکده پرستاری و مامایی،

گروه پرستاری

\*\* دکترای آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، استاد

دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده بهداشت،

گروه خدمات بهداشتی و درمانی

\*\*\* دانشجوی کارشناس ارشد اقتصاد بهداشت،

دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده مدیریت و

خدمات بهداشتی، گروه اقتصاد بهداشت

تاریخ وصول: ۱۳۸۸/۶/۱۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۸/۷/۱۳

مؤلف مسئول: دکتر محمدحسین تقدیسی

پست الکترونیک: taghdisi\_m@yahoo.com

## مقدمه

سرطان دسته‌ای از بیماری‌هاست که با رشد کنترل نشده سلولی و تهاجم به بافت‌های موضعی و متاستاز سیستمیک مشخص می‌شود (۱). میزان بروز سرطان طی ۵۰ سال گذشته به طور یکنواخت افزایش پیدا کرده است. این افزایش نتیجه بالا رفتن میانگین سن جامعه و نیز افزایش مصرف سیگار و تغییر سبک زندگی می‌باشد (۲). تقریباً برای تمامی افراد مبتلا به سرطان، بیماری مشکلات فراوانی در ابعاد شخصی، خانوادگی و اجتماعی زندگی ایجاد می‌کند و به ایجاد احساس وابستگی، کاهش اعتماد به نفس و کنترل و افزایش احساس آسیب‌پذیری و گنجی، درد، علایم جسمانی و افکار خودکشی در افراد منجر می‌شود و عملکردهای روزانه و فعالیت‌های اجتماعی را دچار نابسامانی کرده و توانایی افراد برای انجام نقش‌های معمولی و مسئولیت‌ها تغییر می‌یابد (۳ و ۴).

تشخیص سرطان و درمان‌های بعد از آن مثل شیمی درمانی و رادیوتراپی برای بسیاری از بیماران باعث ترس و اضطراب می‌شود که مربوط به عدم کنترل درد و رنج، تردید و بلا تکلیفی است و این مسایل اغلب باعث کاهش و یا از بین رفتن امید در بیماران می‌شود (۵). امید یکی از عناصر ضروری در زندگی بیماران سرطانی است و اثرات زیادی در سازگاری بیماران با شرایط به خصوص در طی دوران درد و محرومیت دارد. فاکتور امید در افزایش کیفیت زندگی بیمار نقش به‌سزایی داشته و بر مراحل مختلف بیماری اثرگذار می‌باشد (۶). تجزیه و تحلیل

هستی‌شناسی و معرفت‌شناسی امید را مفهومی پویا بین امید و ناامیدی می‌داند. با استفاده از تحلیل مفاهیم، هفت ویژگی مهم برای امید در نظر گرفته شده است: جهت‌یابی آینده، انتظارات مثبت، هدف‌مندی، فعالیت، واقع‌گرایی، تنظیم اهداف و ارتباطات درونی (۷). امید به عنوان یک نیروی درونی تعریف شده است که می‌تواند باعث غنای زندگی شود و بیماران را قادر می‌سازد که چشم‌اندازی فراتر از وضعیت کنونی و نابسامان درد و رنج خود را ببینند. فقدان امید و هدف‌دار نبودن زندگی منجر به کاهش کیفیت زندگی در بیمار و ایجاد باورهای یأس‌آور می‌شود (۸ و ۹).

بیماری‌های مزمن نظیر؛ ایدز، سرطان و بیماری‌های قلبی - عروقی زندگی را با بحران مواجه می‌سازند، دید بیماران را به خودشان تغییر می‌دهند، خانواده را با مشقت روبرو ساخته و پویایی خانواده را مختل می‌سازند. افرادی که با بیماری مزمن دست و پنجه نرم می‌کنند نیازهای فیزیولوژیک، روان‌شناختی، اجتماعی و عاطفی متفاوتی با افراد سالم دارند. یافتن شیوه‌های ارضای این نیازها بخشی از فرآیند مقابله با بیماری است. ممکن است ضمن رسیدگی به نیازهای جسمانی بیمار، نیازهای عاطفی و اجتماعی او نادیده گرفته شوند، برای همین گروه‌های مراقبت چند رشته‌ای ساماندهی شده‌اند تا ماهیت پیچیده مراقبت از این بیماران به خوبی شناخته شود. با توجه به الگوهایی که مطرح شدند، سودمندترین انتخاب، چه در زمینه بهبود بیمار و چه در زمینه ارضای نیازهای او،

پرسشنامه میزان امید هرث ۰/۸۱ و پرسشنامه شاخص امید هرث ۰/۶۷ بود. با توجه به این نتایج و قابلیت استفاده این پرسشنامه‌ها در کشور ایران و گروه‌های مختلف از جمله؛ مراقبت‌های تسکین بخش، در مطالعه حاضر از ابزار پرسشنامه شاخص امید هرث استفاده شد. در این پرسشنامه نگرش بیماران نسبت به زندگی، هدف‌مندی، احساس تنهایی و ترس، توانایی مواجهه با مشکلات، اعتقادات درونی، احساس درونی، توانایی دریافت و ابراز عشق، شادی و احساس بیماران در مورد ارزش‌مندی زندگی مورد سنجش قرار گرفته است. پرسشنامه‌های طراحی شده قبل از هر گونه مداخله‌ای در بیماران هر دو گروه مورد و شاهد به وسیله پژوهشگر تکمیل شد. بعد از گذشت یک ماه مداخلات ارتقاء دهنده امید برای بیماران گروه مورد انجام شد. مداخلات به مدت یک ماه، هر هفته دو بار و هر بار یک ساعت جداگانه و به صورت مصاحبه عمیق فردی و چهره به چهره و با به کارگیری روش آموزشی یادگیری بر اساس حل مساله انجام شد.

ابتدا راهکارهای مورد نظر مانند؛ خوش بین بودن، پرورش ذهن به سمت مثبت‌گرایی، برقراری رابطه معنوی با خالق، شکرگذاری، توجه به طبیعت و لذت بردن از آن، کمک به دیگران و مشارکت در جمع و در جست و جوی خنده بودن به صورت طبقه‌بندی

1-Herth  
2-Herth Hope Index (HHI)  
3-Miller Hope Scale(MHS)  
4-Herth Hope Scale(HHS)

مداخلاتی هستند که نه فقط درمان جسمی، بلکه درمان روان‌شناختی و اجتماعی را هم مدنظر قرار می‌دهند(۱۱ و ۱۰).

مطالعه‌هایی در زمینه ارتقای امید در بیماران مبتلا به سرطان انجام گرفته است. از جمله هرث<sup>(۱)</sup> (۲۰۰۰) در مطالعه خود با ارایه مداخلات ارتقاء دهنده امید باعث بهبود کیفیت زندگی در گروه مداخله شد(۱۲)، لذا با توجه به اهمیت وضعیت روحی و روانی بیمار و فاکتور امید در بیماری سرطان، هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی مداخلات ارتقاء دهنده امید در بیماران مبتلا به سرطان بود.

#### مواد و روش‌ها

این مطالعه یک کارآزمایی بالینی اتفاقی شده بود که در سال ۱۳۸۶ در بخش شیمی درمانی بیمارستان قدس سنندج بر روی ۵۰ نفر از بیماران مبتلا به سرطان انجام شد. بیماران به روش بلوکی به دو گروه مورد و شاهد تقسیم شدند. در این پژوهش از پرسشنامه شاخص امید هرث<sup>(۲)</sup> استفاده شد. این ابزار به همراه پرسشنامه میزان امید میلر<sup>(۳)</sup> و پرسشنامه مقیاس امید هرث<sup>(۴)</sup> به وسیله عبّدی و همکاران(۱۳۸۶) در مطالعه‌ای تحت عنوان استانداردسازی پرسشنامه‌های امید در جمعیت فارسی زبان استانداردسازی شده است، که هر سه پرسشنامه از اعتبار و روایی خوبی برخوردار بودند(۱۳). پایایی درونی (به روش آلفای کرونباخ) پرسشنامه‌ها برای پرسشنامه مقیاس امید میلر ۰/۷۶،

شده به وسیله پژوهشگر با بیمار به بحث گذاشته شده و بیمار تشویق می‌شد که در جریان بحث قرار گیرد. به عنوان مثال؛ موضوعات و راهکارهایی در مورد برقراری رابطه معنوی با خالق و دعا و اثربخشی آن در ایجاد آرامش، امید و احساس بهبود با بیمار مطرح می‌شد. سپس بیمار نظرات و تجارب خود را در این زمینه مطرح می‌کرد. به این ترتیب بیمار در جریان فرآیند یک مباحثه عمیق قرار می‌گرفت که در آن مشارکت فعال داشت و برای بهبود شرایط خود احساس مسئولیت می‌کرد.

او تقلیل یافته و در رویارویی با بیماری پاسخ‌های مقابله‌ای کارآمدی را در خود فرا می‌خواند. برای بیماران گروه شاهد هیچ‌گونه مداخله آموزشی انجام نشد.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS<sup>(۱)</sup> و آزمون‌های آماری مجذور کای<sup>(۲)</sup> و آنالیز کوواریانس<sup>(۳)</sup> تجزیه و تحلیل شدند.

#### یافته‌ها

محدوده سنی افراد مورد مطالعه ۱۴ تا ۸۶ سال با میانگین ۵۳/۴۸ سال بود. ۶۰ درصد از افراد مورد بررسی مرد و ۴۰ درصد از آنها متأهل بودند. ۵۳/۸ درصد از بیماران بی‌سواد، ۵۳/۸ درصد ساکن شهر و ۴۲/۳ درصد درآمد متوسط داشتند. ۵۷/۷ درصد از افراد مورد بررسی سابقه ابتلا به هیچ‌گونه بیماری را ذکر نکرده‌اند. در پاسخ به ارزیابی بیمار از وضعیت سلامت خود که با خط کش سلامت سنجیده شده است، ۵۷/۷ درصد نمره کمتر از ۳۰، ۲۶/۹ درصد نمره بین ۳۰ تا ۵۰ و ۱۱/۵ درصد نمره بالای ۵۰ را برای سلامت خود انتخاب کرده‌اند. ۵۹/۶ درصد از افراد مورد بررسی سابقه مصرف دخانیات نداشته‌اند. بین میانگین نمرات امید بیماران گروه مورد و شاهد قبل از مداخلات ارتقاء دهنده امید اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد. بعد از انجام مداخلات ارتقاء

آموزش جملات تأکیدی امیدبخش از دیگر مداخلات ارتقاء دهنده امید بود، به عنوان مثال؛ من به اندازه کافی برای مقاومت کردن قوی هستم. وقتی بیمار در جلسه‌های مختلف جملات تأکیدی مثبت و امیدبخش را تکرار می‌کرد، این باور در او ایجاد می‌شد که می‌تواند حتی در سخت‌ترین شرایط و با وجود بیماری با تکیه بر نیروی بی‌کران کائنات و قوت اراده با مشکلات مبارزه کند.

با توجه به این که خانواده بیماران اصلی‌ترین مراقبین بیمار هستند و بیشترین تعامل را با بیمار دارند، راهکارهای حمایتی نیز به خانواده بیماران آموزش داده شد. بیماری فرآیندی تعاملی و پویاست که در خلاء اجتماعی بروز نمی‌کند و غالباً به اشکال مختلف روی خانواده بیمار اثر می‌گذارد. وقتی بیمار احساس کند به عنوان عضوی جدانشدنی از یک مجموعه مورد علاقه است، به او اهمیت داده می‌شود و برایش ارزش و حرمت قایل هستند، اثرات تنش در

1-Statistical Package for Social Sciences  
2-Chi-Square Test  
3-Co Variance Analyze

دهنده امید بین میانگین نمرات امید دو گروه مورد و شاهد اختلاف معنی‌داری دیده شد ( $P=0/008$ ). میانگین نمرات امید در گروه مورد بعد از مداخله ۴/۳۲ نمره افزایش یافت و اختلاف معنی‌داری بین میانگین نمرات امید گروه مورد قبل و بعد از مداخله مشاهده شد ( $P<0/001$ ), در حالی که بین میانگین نمرات امید در گروه شاهد که هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکردند، در دو مرحله سنجش اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد (جدول ۱).

### بحث و نتیجه‌گیری

امید یک عامل مهم در جریان مراقبت از بیمار اعم از؛ اقدامات درمانی، توان‌بخشی و مراقبت‌های تسکینی است. امید عاملی است که باعث غنای زندگی می‌شود و افراد را قادر می‌سازد که چشم‌اندازی فراتر از وضعیت کنونی و نابسامان درد و رنج خود را ببینند (۱۴ و ۱). هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی مداخلات ارتقاء دهنده امید در بیماران مبتلا به سرطان بود.

میانگین نمرات امید در گروه مورد بعد از مداخله ۴/۳۲ نمره افزایش یافت و اختلاف معنی‌داری بین میانگین نمرات امید گروه مورد قبل و بعد از مداخله مشاهده شد. این نتیجه بیانگر اثربخش بودن مداخله ارتقاء دهنده امید در بیماران مبتلا به سرطان می‌باشد. در این مطالعه سعی بر آن بود که شادی، رقص و پایکوبی به عنوان یک ارزش در این بیماران زنده شود. از بیماران خواسته شد بدون توجه به وضعیت خود تا می‌توانند شاد باشند، بخندند و تسلیم غم و دردهایشان نشوند. اگر چه در این مطالعه اندازه‌گیری رفتار از اهداف پژوهش نبود، ولی حدود ۱۰ روز بعد از مداخلات یکی از بیماران از تأثیر شادی، رقص و امید در بهبود خود به وجد آمده بود و از آن به عنوان یک معجزه یاد می‌کرد. این مسئله مهر تأییدی بر اثر امید و معجزه روحیه شاد در درمان بیماری است. بیماران روحیه مبارزه جویانه‌ای نسبت به بیماری خود پیدا کردند.

جدول ۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره امید در بیماران قبل و بعد از مداخله

| گروه          | نمره امید | قبل<br>انحراف معیار ± میانگین | بعد<br>انحراف معیار ± میانگین | سطح معنی‌داری |
|---------------|-----------|-------------------------------|-------------------------------|---------------|
| مورد          | ۴/۳۲      | ۲۸/۶۰ ± ۴/۵۹                  | ۳۲/۹۲ ± ۴/۵۲                  | $p < 0/001$   |
| شاهد          | ۴/۳۲      | ۲۸/۲۴ ± ۴/۶۱                  | ۲۹/۲۸ ± ۴/۸۳                  | NS*           |
| سطح معنی‌داری |           | NS*                           | ۰/۰۰۸                         |               |

\*NS: Not Significant

ناتوانی و مرگ، هر یک برای بیمار و خانواده او اشکال سازگاری مخصوص به خود را دارد. برای ایجاد سازگاری شخص باید از همه نظر در موقعیت متعادلی قرار داشته باشد تا بتواند خود را با درمان، زندگی، سلامتی، بیماری و مشکلات موجود سازگار کند. داشتن برنامه منظم و دقیق برای بیماران مبتلا به سرطان به آنها کمک می‌کند تا بتوانند در مقابل واکنش‌های خود سازگاری نشان دهند(۱۷).

من هونگ و راو(۲۰۰۷)<sup>(۳)</sup> میزان امید و منابعی را که باعث تقویت امید می‌شود مورد مطالعه قرار داده است. در این مطالعه تعریف بیمار از امید، فاکتورهایی که عامل تغییر میزان امید می‌شود و نقش‌هایی که خدمات و گروه‌های رسمی می‌توانند برای القاء تدریجی امید برای بیماران ارایه دهند بررسی شده است. نتایج این مطالعه نشان دهنده گوناگونی تعریف امید در افراد می‌باشد. حمایت اطرافیان، مذهب، پذیرش بیماری، آگاهی کامل در مورد خود و شناخت وضعیت خود به بهترین شکل نسبت به دیگران چهار فاکتوری است که در ارتقاء امید بیماران بسیار کمک کننده می‌باشد. همچنین نبودن اعضای خانواده در کنار بیمار باعث کاهش امید آنان می‌شود(۱۸).

هرث(۲۰۰۰) در مطالعه‌ای با عنوان افزایش امید در اولین مراحل عود سرطان، مداخلاتی را برای افزایش امید در این بیماران انجام داد که تفاوت

تأثیر مداخلات ارتقاء دهنده امید در بسیاری از مطالعه‌ها به اثبات رسیده است. دوگلیو همکاران<sup>(۱)</sup>(۲۰۰۷) اثربخشی مداخلات و حمایت‌های روانی اجتماعی که برنامه زندگی با امید نام دارد را در افزایش امید و کیفیت زندگی و زندگی اجتماعی بیماران مبتلا به سرطان در مراحل پایانی زندگی مورد بررسی قرار داد. گروه مورد برنامه‌های زندگی با امید را دریافت کردند که شامل دیدن یک فیلم در مورد امید که برنده جایزه بین‌المللی بود و همچنین انتخاب یک فعالیت امیدبخش در کار از میان ۳ فعالیت در یک دوره زمانی یک هفته‌ای بود. گروه شاهد فقط مراقبت‌های استاندارد معمول را دریافت می‌کردند. بعد از یک هفته امید و کیفیت زندگی برای هر دو گروه اندازه‌گیری شد. گروه مورد که برنامه زندگی با امید را دریافت کرده بودند به طور معنی‌داری امید بیشتری را نشان دادند(۱۵).

فیلدر<sup>(۲)</sup>(۲۰۰۴) در مطالعه‌ای امید و سازگاری را در بیماران مبتلا به انواع مختلف سرطان مورد بررسی قرار داد و ارتباط مثبتی بین امید و استفاده از مهارت‌های سازگاری مشاهده کرد. یافته‌ها نشان داد که سطح امید، صرف نظر از جنس، سن، تأهل، میزان تحصیلات و محل تومور بالا بود و به طور معنی‌داری با میزان سازگاری بیماران ارتباط مثبتی داشت(۱۶). سازگاری جریانی است که به پاسخ افراد نسبت به آنچه که در اطراف آنها پیش می‌آید، داده می‌شود. سازگاری با سرطان خیلی مشکل است. تمام مراحل سرطان از ابتدایی‌ترین مرحله تا درمان، رژیم غذایی،

1-Duggleby et al  
2-Felder  
3-Mun Hong & Row

آموزشی و برنامه‌های ارتقاء دهنده امید با روش‌های مناسبی مانند یادگیری بر اساس حل مساله با مشارکت فعال بیمار در فرآیند بحث با برنامه‌ریزی مدون انجام پذیرد.

در پایان پیشنهاد می‌گردد که تحقیقاتی از طریق به کارگیری سایر ابزارهای سنجش فاکتور امید در بیماران مبتلا به سرطان و مقایسه نتایج آن با نتایج این پژوهش به عمل آید و هم چنین با توجه به این که خانواده‌ها اصلی‌ترین مراقبین برای بیماران هستند، در پژوهش‌هایی که با هدف حفظ و ارتقای امید و در نهایت ارتقای سلامت در بیماران 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 به نظر می‌رسد.

#### تقدیر و تشکر

بر خود لازم می‌دانیم از بیماران سرطانی شرکت کننده در پژوهش و خانواده آنها که صبورانه در پیشبرد این طرح با ما همکاری نمودند و هم‌چنین از کارکنان بخش شیمی‌درمانی بیمارستان قدس سنجند که در اجرای این طرح همکاری صمیمانه‌ای داشتند، تقدیر و تشکر نماییم.

معنی‌داری بین میزان امید در گروه مداخله و گروه کنترل و کیفیت زندگی دو گروه مداخله و کنترل مشاهده شد (۱۲).

نتایج این مطالعه‌ها نشانگر تأثیر مداخلات ارتقاء دهنده امید در بیماران مبتلا به سرطان می‌باشد و از جایگاه امید در مراقبت‌های تسکین بخش به عنوان یک فاکتور مهم حمایت می‌کند. نتایج پژوهش حاضر نیز با یافته‌های ذکر شده هم‌خوانی دارد. از نتایج دارا بودن امید، معنی‌دار شدن زندگی، انرژی برای کار، شادی و حفظ زندگی است. امید باعث فعالیت خود شخص و هم‌چنین کمک به فعال کردن سایر افراد می‌شود. از دیگر نتایج امید داشتن اعتماد به نفس، آرامش، انرژی برای برنامه‌ریزی و کار، انطباق و سازگاری با شرایط و برتری و تفوق می‌باشد (۱۹). بیماران با درجه‌های متفاوتی از امیدواری یعنی از ناامیدی کامل تا امیدواری و انتظار به همه چیز حتی معجزه به دنبال درمان هستند. از آنجا که مردم به دنبال پیشگویی خود کام بخش هستند، مایلند تا در جهت تحقق پیش‌بینی‌های خود حرکت کنند. بنابراین امید بیمار را باید ارتقاء داد و نشان دادن ایمان در بیمار، محکوم نکردن او و اجتناب از متوقع بودن و درک بیمار از سوی اطرافیان نیز باعث امیدواری بیمار می‌شود (۲۰).

در مجموع می‌توان چنین نتیجه‌گیری نمود که مداخلات ارتقاء دهنده امید در افزایش امید بیماران مؤثر است، بنابراین شایسته است به منظور ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان، ارائه خدمات

# The Effects of Hope Promoting Interventions on Cancer Patients. A Case Study in Sanandaj, Iran, in 2007

Abdi N<sup>\*</sup>,  
Taghdisi MH<sup>\*\*</sup>,  
Naghdi S<sup>\*\*\*</sup>.

<sup>\*</sup>MSc in Health Education, Department of Nursing, College of Nursing & Midwifery, Sanandaj Islamic Azad University, Kurdistan, Iran

<sup>\*\*</sup>Professor of Health Education, Department of Health, Faculty of Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>\*\*\*</sup>MSc in Health Economics, Department of Management and Medical Information, Faculty of Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 05/09/2009

Accepted: 05/10/2009

Corresponding Author: Taghdisi MH  
Email: taghdisi\_m@yahoo.com

## ABSTRACT:

**Introduction & Objective:** Cancer occurs when cells divide uncontrollably. These abnormal cells can invade nearby tissues or travel to distant sites by entering the bloodstream or the lymphatic system. Cancer Incidence rate in the last 50 years has been constantly increased. Hope is a significant factor and essential element in cancer disease treatment that has many effects on compatibility with conditions, especially in suffering and disappointing period's. Hope has a significant role in increasing the quality of life and effects different stages of the disease. The aim of this study was to increase and promote the hope factor in cancer patients.

**Materials & Methods:** This is a controlled randomized trial study which was carried out at the chemotherapy section at Qods Hospital in Sanandaj, Iran, in 2007 on 50 cancer patients. The HHI questionnaire was used and completed both before and after the intervention on both the case and control groups (each group consisted of 25 patients). The Hope promoting intervention for patients in the case group was a face-to-face method and was individually conducted by the PBL method.

**Results:** There was no significant difference between the case and control group before the hope intervention promotion ( $p=0.78$ ). Significant difference was found after promoting the hope intervention in the mean score of both groups ( $p<0.008$ ). Mean score of the case group increased by 4.32 after the intervention. Significant difference was found between the hope mean score in the case group, before and after the intervention ( $p<0.000$ ).

**Conclusion:** The hope promoting interventions were effective in increasing hope in cancer patients. So, for cancer patients, increasing the quality of life, giving educational services, and hope promoting programs are needed, which should be accomplished by suitable methods, for instance, PBL or by patients active participation in the programming process.

**Keywords:** Cancer, Hope, Promoting Interventions.



## REFERENCES:

1. Holt J. Exploration of the concept of hope in the Dominican Republic. *J Adv Nurse* 2000, 32(5), 1116-25.
2. Phipps L, Woods C. *Medical-Surgical Nursing. Nursing cancer*. Translated by Afshin shorofi: Chehr publication; 1373;:12-7.
3. Courtens AM, Stevens FCJ, Crebolder HFIM, Philipsen H. Longitudinal study and quality of life and social support in cancer patients. *Cancer Nursing* 1996;(3):162-9.
4. Shell GA, Kirsch NL. Psychosocial issues outcomes, and quality of life. *in seotto oncology nursing*. 4<sup>th</sup> ed. St louis: Mosby abarcourt health sciences company; 2001;948-70.
5. Miller JI. When Prognosis Is Poor, Does False Hope Add to Leukemia Patients' Pain. *Journal of the national cancer institute* 1998;90(16): 1192-93.
6. Sanatani M, Schreier G, Still L. Level and direction of hope in cancer patients. *Jornal of Advanced Nursing*. 2008;38: 267\_74.
7. Benzein E, Saveman B. One step towards the understanding of hope: a concept analysis. *Int J Nurs Stud* 1998; 35: 322-9.
8. Herth K. Relationship of hope, coping styles. *Concurrent Lsses an Health* 1990; 13; 109-17.
9. Dufault K, Martocchio BE. Hope: its spheres and dimensions. *Nurs Clin North Am* 1985; 20: 379-91.
10. Anthony JC. *Health Psychology*. Translated by mohamadi shahnaz. Virayesh Publication. 1385:103-5.
11. Suzanne CS, Brenda GB. *Brunner and suddarth's textbook of medical-surgical nursing. Pain, Electrolytes, Shock ,cancer and End-of-Life Care*. Translated by ebrahimi nayere, 5<sup>th</sup> ed. Tehran: Salemi Publication; 1382; 78-90.
12. Herth K. Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer: *J Adv Nurse* 2000; 32(6): 1431-41.
13. Abdi N, Asadi Iari M. Standardization of hope scale in Iranian populations. *Congress on Supportive and palliative care in cancer*. Shahid Beheshti University of Medical Sciences: Iran. Tehran; 1388.
14. Ebright PR, Lyon B. Understanding hope and factors that enhance hope in women with breast cancer. *J Oncol Nurs Forum* 2002; 29; 561-8.
15. 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: 247-57.
16. Felder BE. Hope and coping in patients with cancer diagnoses. *J Cancer Nurs* 2004; 27: 320-4.
17. Salemi S ,Khanke H. *Compatibility and cancer*. 2<sup>nd</sup> ed. Tehran: Salemi Publication; 1377; 97-126.
18. Mun Hong IW, Row H. Hope among terminally ill patients in Singapore. *An Exploratory Study* 2007;45(3): 85-106.
19. Farran CJ, Herth KA, Popovich JM. *Hope and Hopelessness. Critical Clinical Constructs*. 4<sup>th</sup> ed. USA: Thousand Oaks California; 1995; 153-185 .
20. Alfred A. *Personality and psychotherapy*. 2<sup>nd</sup> ed. Tehran: Danje publication; 1382; 45-51.