

هائیه بیجاری^۱ - دکتر بهرام علی قنبری هاشم آبادی^۲ - دکتر حمیدرضا آقا محمدیان شعریاف^۳ - دکتر فاطمه همایی شاندریز^۴

تاریخ دریافت مقاله: ۸۷/۱/۱۸

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۸/۳/۱۱

بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امیدرمانی بر افزایش میزان امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان

چکیده

این پژوهش با هدف اصلی بررسی اثربخشی گروه درمانی^۵ مبتنی بر رویکرد امیدرمانی^۶ بر افزایش امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان انجام پذیرفت. با توجه به ارتباط میان امید، افسردگی و سرطان، بررسی اثربخشی این شیوه درمان بر کاهش افسردگی را نیز به عنوان هدف دوم در نظر گرفتیم. پژوهش حاضر کاربردی و از نوع نیمه آزمایشی (طرح گروه کنترل نابرابر) می باشد. با استفاده از روش نمونه گیری مبتنی بر هدف یا در دسترس از میان مراجعه کنندگانی که به درمانگاه های پستان شهر مشهد مراجعه کرده بودند، با توجه به ملاک های در نظر گرفته شده ۲۰ نفر را انتخاب کرده و آنها را به دو گروه آزمایشی و گواه تقسیم کردیم (۱۰ نفر برای هر گروه). سپس آزمون های امید شنایدر با ضریب پایایی ۰/۸۹ و افسردگی بک با ضریب پایایی ۰/۸۶ از هر دو گروه گرفته شد. نتایج تحلیل آماری آزمون T در پیش آزمون، تفاوت معناداری را در میزان امید به زندگی و افسردگی نشان نداد. سپس، در گروه آزمایش مداخله گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امیدرمانی اجرا شد. بعد از اتمام دوره ۸ جلسه هفتگی درمان (دو ماه و هر جلسه دو ساعت) در گروه آزمایش، به منظور سنجش میزان تغییر متغیرهای وابسته (میزان امید به زندگی و افسردگی)، مجدداً آزمون های امید شنایدر و افسردگی بک به عنوان پس آزمون در هر دو گروه اجرا شد. نتایج تحلیل های آماری آزمون T به تأیید فرضیه اول و فرضیه دوم انجامید. بدین ترتیب، گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید

۱- کارشناس ارشد روان شناسی بالینی (ha_bi80@um.ac.ir)

۲- استادیار گروه روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد (ghanbarih@um.ac.ir)

۳- استاد گروه روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد

۴- استادیار گروه رادیوتراپی و انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

5. Group therapy

6. Hope therapy

درمانی در مقایسه با گروه گواه به‌طور معناداری موجب افزایش امید به زندگی و کاهش افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان می‌شود.
واژه‌های کلیدی: گروه‌درمانی، امیددرمانی، امید به زندگی، افسردگی

مقدمه

سرطان^۱، اصطلاحی که بیش از ۲۰۰ نوع بیماری نئوپلاستیک را در بر می‌گیرد، قدمتی دیرینه دارد؛ به‌طوری که بیماری‌های بدخیم قبل از پیدایش بشر وجود داشته‌اند و تأثیر آنها نه تنها بر حیوانات، بلکه بر روی زندگی گیاهان نیز شناخته شده است. وقوع سرطان از حدود ۲۵۰۰ سال قبل از میلاد مسیح مورد توجه قرار گرفته است (بوچارد^۲، ۱۹۸۱؛ به نقل از ایراجیان، ۱۳۷۸).

امروزه سرطان یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی در سراسر جهان محسوب می‌شود و اگر شیوع آن به همین نحو افزایش یابد، بنا به تخمین سازمان ملل از هر ۵ نفر ۱ نفر حتماً به یکی از اشکال سرطان مبتلا می‌گردد. آمار مبتلایان به سرطان در ایران نیز از همین قاعده پیروی می‌کند. سرطان بعد از بیماری‌های قلبی-عروقی دومین علت مرگ و میر در آمریکا و سومین علت مرگ در ایران است (ایلخانی، ۱۳۷۰).

در بین انواع سرطان، سرطان پستان^۳ شایع‌ترین نوع در زنان می‌باشد؛ آمارهای موجود نشان می‌دهند که خطر ابتلا به سرطان پستان در زنان ۱ به ۸ است (مؤسسه ملی سرطان^۴، ۲۰۰۰؛ به نقل از اشنایدر و پترسون^۵، ۲۰۰۰). این بیماری حدود یک سوم کل سرطان‌های زنان را شامل می‌شود علت اساسی مرگ در زنان سنین ۴۵-۳۵ است. بر اساس گزارش اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها در مورد وضعیت بروز انواع سرطان در ایران در سال ۱۳۷۵، شایع‌ترین سرطان در زنان ایرانی، سرطان پستان با شیوع ۱۸/۹ درصد بوده است و بیشترین میزان بروز آن نیز در سنین ۴۴-۳۵ سالگی می‌باشد (ایراجیان، ۱۳۷۸).

سرطان، تغییرات، فشارها و تأثیرات متفاوتی بر زندگی بیمار و خانواده وی می‌گذارد. پاسخ به سرطان به مواردی از جمله بیمار و ساختار روان‌شناختی وی، خانواده و محیط اجتماعی، ناتوانی‌ها و بدشکلی‌های ایجاد شده بستگی دارد و می‌تواند بر تمام سطوح فعالیت‌های بیمار اثر بگذارد (لاکمن و سورنسن^۶، ۱۹۹۶). بحران‌های ناشی از سرطان سبب عدم تعادل و ناهماهنگی فکر، جسم و روح می‌شود. اما بیشترین

1. Cancer
2. Bouchard
3. Breast Cancer
4. National Cancer Institute (NCI)
5. Snyder & Peterson
6. Luckman & Sorensen

حالت در این دوره برای بیمار حس یأس و ناامیدی^۱ است (سوکن و کارسون^۲، ۱۹۸۷). در مطالعه‌ای که توسط ایروینگ^۳، اشنايدر و کراوسون^۴ در سال ۱۹۹۸ بر روی زنان دانشجو صورت گرفت، مشخص شد آزمودنی‌هایی که بر اساس نمراتشان در مقیاس امید در دسته افراد امیدوار قرار داشتند، در مواجهه با نوعی تکلیف تصویری تشخیص و درمان سرطان نسبت به آزمودنی‌های ناامید از سبک‌های کنار آمدن امیدوارانه‌تری استفاده کردند.

از واکنش‌های احتمالی دیگر در مقابل سرطان، افسردگی است. این واکنش ممکن است بلافاصله پس از بیماری یا مدتی پس از شروع آن رخ دهد. افسردگی برای بیماران سرطانی بسیار زیان‌بار است، زیرا مستلزم تسلیم در برابر بیماری است. افراد افسرده دیگر برای زنده ماندن تلاش نمی‌کنند و فرصت‌های بهتر زندگی کردن در باقیمانده عمر را از دست می‌دهند (دی‌ماتئو^۵، ۱۳۷۸).

سادوک و سادوک^۶ (۱۳۸۲) برای افسردگی ملاک‌هایی از جمله کاهش علاقه، گریه زیاد، احساس بلاتصمیمی و از دست دادن انرژی را ذکر کرده‌اند که در افراد ناامید نیز وجود دارد. همچنین، امید با شاخص‌های آسیب‌شناسی روانی فعلی شخص به‌طور کلی و با افسردگی موجود وی به‌طور خاص، همبستگی منفی دارد. امید، سلامت جسمی و روانی را آن‌گونه که با انواع شاخص‌ها از جمله سلامت خودگزارشی، پاسخ مثبت به مداخلات پزشکی، سلامت ذهنی، خلق مثبت، نیرومندی ایمن‌شناختی، کنار آمدن مؤثر (ارزیابی مجدد، حل مسئله، اجتناب از رویدادهای فشارزای زندگی، جستجوی حمایت اجتماعی) و رفتار ارتقا دهنده سلامت مشخص شده‌اند، پیش‌بینی می‌کند (پترسون، ۲۰۰۰). از این رو، به نظر می‌رسد مداخلات روان‌شناختی بتوانند گامی مؤثر در جهت افزایش امید و همچنین، کاهش افسردگی مبتلایان به سرطان بردارند.

روان‌شناسی بالینی به‌طور سنتی بر کمبودها و ناتوانی روانی تأکید داشته است و انعطاف‌پذیری، تدبیر و توان مراجعان را برای ارزیابی تغییر، به‌ندرت مدنظر قرار داده است. اما در چند دهه اخیر، روان‌شناسی مثبت‌گرا^۷ و روان‌شناسی سلامت^۸ به افزایش شادمانی و سلامت و مطالعه علمی در مورد نقش

-
1. Hopelessness
 2. Soeken & Carson
 3. Irving
 4. Crowson
 5. Dematteo
 6. Sadock & Sadock
 7. Positive Psychology
 8. Health Psychology

نیرومندی‌های شخصی و سامانه‌های اجتماعی مثبت در ارتقای سلامت بهینه تأکید دارند. مضامین اصلی روان‌شناسی مثبت‌گرا شامل شادمانی، امید، خلاقیت و خرد می‌باشند (کار^۱، ۱۳۸۵). یکی از شاخه‌های روان‌شناسی سلامت، ایمنی‌شناسی روانی عصبی^۲ است که به بررسی تأثیر عوامل روان‌شناختی بر دستگاه ایمنی بدن و افزایش خطر بیماری می‌پردازد. یافته‌های اساسی در این حوزه این است که شخصیت، رفتار، هیجان و شناخت همگی می‌توانند پاسخ ایمنی بدن را تغییر داده و از این رو، خطر ابتلا به بیماری را تغییر دهند. این حوزه امیدوار است که روان‌درمانی بتواند برای پیشگیری و درمان بیماری‌های جسمانی مفید واقع شود (سارافینو^۳، ۱۳۸۴). در مطالعه‌ای که توسط ایروین^۴ و همکاران در سال ۱۹۸۷ انجام شده بود، معلوم شد که فعالیت سلول‌های کشنده طبیعی دستگاه ایمنی بدن زنانی که به تازگی رویدادهای مهمی از جمله مرگ همسرشان را تجربه کرده بودند، کمتر است. هر چه زن افسرده‌تر بود، عملکرد دستگاه ایمنی ضعیف‌تر بود (به نقل از سبحانی فرد، ۱۳۸۰).

رلایف^۵ (۱۹۹۲) ذکر کرده است که به‌نظر می‌رسد سرطان نسبت به سایر ناخوشی‌های مزمن بیشترین تأثیر را روی امید داشته باشد. بیشتر تحقیقات مربوط به امید نیز در مورد بیماران سرطانی است، چرا که این بیماری عامل تهدید کننده امید محسوب می‌شود. از این رو، پرداختن به نوعی از روان‌درمانی که امید را هدف اصلی تغییر قرار دهد، برای مبتلایان به سرطان حائز اهمیت خواهد بود. در پژوهشی که چیونس، فلدمن، گام، مایکل^۶ و اشنایدر در سال ۲۰۰۵ انجام دادند، ۳۲ شرکت کننده که به‌صورت تصادفی از لیست انتظار کلینیک روان‌شناسی (هیچ‌کدام از آزمودنی‌ها تشخیص اختلال روانی دریافت نکرده بودند) انتخاب شدند و هدف از آن پژوهش، بررسی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر رویکرد امیددرمانی بر مؤلفه‌های امید، معنای زندگی، عزت نفس، افسردگی و اضطراب بود و نتایج نشان داد که مداخله مورد نظر با معناداری آماری ($p < 0.05$) باعث افزایش امید، معنای زندگی، عزت نفس و کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب شده بود.

در بین درمان‌های روان‌شناختی، امیددرمانی اشنایدر تنها درمانی است که امید را به‌عنوان هدف اصلی درمان مدنظر قرار داده است. اشنایدر (۲۰۰۱-۱۹۷۴)، بنیان‌گذار نظریه امید و درمان مبتنی بر آن، امید را

1. Carr
2. Psychoneuroimmunology
3. Sarafino
4. Irwin
5. Roligh
6. Cheavens, Feldman, Gum & Michael

به‌عنوان سازه‌ای شامل دو مفهوم این‌گونه تعریف می‌کند: "توانایی طراحی گذرگاه‌هایی^۱ به‌سوی اهداف مطلوب به رغم موانع موجود و کارگزار^۲ یا عامل انگیزش لازم برای استفاده از این گذرگاه‌ها". امیددرمانی از نظریهٔ امید‌شنایدر و اندیشه‌های برگرفته شده از درمان شناختی-رفتاری^۳، درمان راه‌حل‌مدار^۴ و درمان داستانی یا روایتی^۵ مشتق می‌شود (اشنایدر و پترسون، ۲۰۰۰) و بر این هدف استوار است که به درمان‌جویان کمک کند تا اهداف را فرمول‌بندی کرده و گذرگاه‌های متعددی برای رسیدن به آنها بسازند، خود را برای دنبال کردن اهداف برانگیزانند و موانع را به‌صورت چالش‌هایی برای غلبه از نو چارچوب‌بندی کنند (کار، ۱۳۸۵).

تفکر امیدوارانه و سرطان به دو طریق به هم مربوط می‌شوند. اول اینکه افراد امیدوار بیشتر بر مشکل متمرکز شده و در حل آن فعالانه‌تر عمل می‌کنند. آنها احتمال بیشتری دارد که رفتارهای غربال‌گری^۶ سرطان مانند ماموگرافی^۷ یا تست پستان توسط خودشان را انجام دهند. به‌علاوه، افرادی که امیدوارانه می‌اندیشند، در مواجهه با تشخیص و درمان سرطان پریشانی کمتر و تطابق بیشتری از خودشان نشان می‌دهند (اشنایدر، چیونس و مایکل، ۱۹۹۹).

در مراحل درمان نیز افراد امیدوار در تحمل درمان‌های طولانی و دردناک و عوارض شیمی‌درمانی یا پرتودرمانی از خود مقاومت بیشتری نشان می‌دهند و احتمال بیشتری دارد که درمان را پی‌گیری کنند. این بیماران با نشانه‌هایی که از درمان ناشی می‌شود، مثل از دست دادن موها، اضافه وزن، خستگی، حالت تهوع و استفراغ بهتر کنار آمده و در صورت عود مجدد سرطان پستان نیز احتمال بیشتری دارد که در پی درمان‌های اضافی لازم برآیند (رولاند^۸، ۱۹۹۸).

در مرحلهٔ بهبود نیز افراد امیدوارتر افکار مثبت‌تری راجع به زندگی‌شان دارند و گرایش بیشتری به شناسایی جنبه‌های مثبت موقعیت‌های تروماتیک از خودشان نشان می‌دهند (افلک و تنن^۹، ۱۹۹۶). یک بیمار سرطان پستان امیدوار که در مرحله بهبودی است، سریع‌تر با این حقیقت کنار می‌آید که هدف حفظ ظاهر اصلی دیگر قابل دسترسی نیست و می‌تواند از طریق برنامه‌ریزی در جهت جراحی پلاستیک برای

1. Pathways
2. Agency
3. Cognitive-Behavior Therapy
4. Solution-focused Therapy
5. Narrative Therapy
6. Screening
7. Mammography
8. Rowland
9. Affleck & Tennen

برگرداندن ظاهر اصلی و یا پذیرفتن ظاهر جدیدش تلاش کند. حتی اگر سرطان در مراحل پیشرفته باشد و امیدی برای بهبود وجود نداشته باشد، باز هم بیماران امیدوارتر می‌توانند اهداف دیگری مانند صرف وقت بیشتر با خانواده و لذت بردن از فرصت باقیمانده و... را برای خود تنظیم کنند (اشنایدر و پترسون، ۲۰۰۰).

با توجه به مطالب ارائه شده و روشن شدن نقش کلیدی امید در مراحل مختلف سرطان از جمله غربالگری، تشخیص، درمان، بهبودی و همچنین، شیوع بالا و در حال افزایش سرطان پستان و حساسیت نقش جمعیت در خطر (زنان) در خانواده و اجتماع، در این پژوهش اثربخشی امیددرمانی بر افزایش امید به زندگی و کاهش افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان شهر مشهد مورد مطالعه قرار گرفته است.

با توجه به این که روان‌درمانی فردی محدودیت‌هایی از جمله هزینه بالا، کمبود درمان‌گران با کفایت و آموزش دیده و همچنین، میزان زمان مورد نیاز را دارد و با در نظر گرفتن مزیت‌های روان‌درمانی گروهی مثل پیوستگی گروهی، بینش و یادگیری‌های ناشی از تعامل، عمومیت به معنی داشتن درد مشترک و تسهیل تخلیه هیجانی، رویکرد درمانی خاص به صورت گروهی در مورد مراجعان به کار گرفته شد (صاحبی و جمعه‌پور، ۱۳۸۱).

فرضیه‌های پژوهش

فرضیه اول: گروه‌درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری موجب افزایش میزان امید به زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان می‌شود.

فرضیه دوم: گروه‌درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری موجب کاهش افسردگی در زنان مبتلا به سرطان پستان می‌شود.

روش پژوهش

جامعه آماری، حجم نمونه، روش نمونه‌گیری، اجرا و تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل زنان مبتلا به سرطان پستان بودند که برای انجام درمان‌های تکمیلی (شیمی‌درمانی و رادیوتراپی) در تابستان و پاییز ۱۳۸۶ به درمانگاه‌های پستان شهر مشهد مراجعه کرده‌اند. انتخاب نمونه مورد پژوهش به صورت مبتنی بر هدف یا در دسترس انجام شد. در ابتدا فرمی شامل اطلاعات شخصی و اطلاعات مربوط به بیماری تهیه شد و در اختیار چند نفر از انکولوژیست‌های بیمارستان‌های امید و قائم قرار گرفت. از آنها خواسته شد فرم‌ها را در اختیار بیماران مراجعه کننده قرار دهند تا در صورت تمایل نسبت به پُر کردن آن اقدام نمایند. پس از گذشت ۱ ماه پیشرفتی در تکمیل

فرم‌ها حاصل نشد؛ از این رو، با انجام هماهنگی‌های لازم با مسئولان بیمارستان‌های فوق و مراجعه به کلینیک‌های شیمی‌درمانی سطح شهر پس از ۲ ماه مراجعه مکرر و بررسی بیش از ۸۰ پرونده، با توجه به ملاک‌های در نظر گرفته شده (داشتن تحصیلات بالاتر از راهنمایی، تأهل، گذشتن ۱ تا ۴ ماه از زمان جراحی، وجود ریزش مو ناشی از شیمی‌درمانی، غیرمتاستاتیک بودن سرطان و نداشتن بیماری جسمی همزمان) به‌منظور همسان‌سازی دو گروه، ۲۰ نفر انتخاب شده و سپس در دو گروه آزمایش و گواه (۱۰ نفر در هر گروه) قرار گرفتند. طبق نظر کاپلان^۱ و سادوک (۱۹۸۸) شرکت کنندگان در گروه می‌توانند از ۳ نفر تا ۱۵ نفر باشند؛ اما اکثر درمان‌گران ۱۲-۸ نفر را برای شرکت در گروه پیشنهاد کرده‌اند.

قبل از هر اقدامی آزمون‌های امید‌آشنایدر و افسردگی بک از هر دو گروه گرفته شد و با انجام آزمون آماری T مستقل از عدم وجود تفاوت معنادار در بین دو گروه آزمایش و کنترل اطمینان حاصل شد. سپس، مداخله‌ی درمانی به مدت ۱۶ ساعت که به‌صورت ۸ جلسه‌ی هفتگی گروه‌درمانی مبتنی بر رویکرد امید‌درمانی به‌منظور افزایش امید به زندگی و کاهش افسردگی طراحی شده بود، برای گروه آزمایش اجرا شد. به افراد گروه کنترل گفته شد که بعد از آزمون مرحله‌ی اول، ۲ ماه بعد نیز از آنها آزمون‌هایی گرفته خواهد شد و علاوه بر آن خواهند توانست در جلسات گروه‌درمانی اختیاری شرکت نمایند. درمان‌گران این پژوهش دارای تخصص دکترای مشاوره و کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی بودند. در پایان مرحله‌ی درمان، آزمون‌های ذکر شده مجدداً برای هر دو گروه تکرار شدند.

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی بوده که به‌صورت طرح گروه کنترل نابرابر اجرا شد. متغیر مستقل این پژوهش امید‌درمانی و متغیرهای وابسته میزان امید به زندگی و افسردگی می‌باشند. طبق نظر دلاور (۱۳۸۴)، یکی از روش‌های صحیح آماری که می‌توان برای تجزیه و تحلیل نتایج حاصل از اجرای این طرح به کار برد، عبارت است از تحلیل تفاوت ناشی از کم کردن نمره پیش آزمون هر آزمودنی از نمره پس آزمون او، پس از آن میانگین نمره‌های به‌دست آمده محاسبه شده و با استفاده از آزمون پارامتریک T مورد مقایسه قرار می‌گیرند.

روش درمانی مبتنی بر نظریه‌ی امید‌درمانی شامل این تکنیک‌ها و مراحل بود: معرفی امید و جنبه‌های مختلف آن، معرفی اهداف و انواع آن به‌عنوان بخشی از فرایند افزایش امید، ایجاد ساختاری برای کشف اهداف، ارائه راهکار برای تنظیم اهداف واضح و عملی در سطوح مختلف، تهیه لیست اهداف، اولویت‌بندی آنها و انتخاب یک هدف برای کار در گروه، آشنایی با شیوه‌های افزایش انگیزه و نیروی

اراده روانی و جسمی در پی گیری اهداف، تغییر خودگویی های منفی، ساختن فیلم درونی با استفاده از تصویرسازی ذهنی مثبت گرایانه و ارائه جملات و حکایات امیدبخش جهت تقویت نیروی اراده ذهنی، تغییر رژیم غذایی و استفاده از فعالیت بدنی متناسب و منظم جهت تقویت نیروی اراده جسمی، استفاده از پیوستار پیشرفت برای ارزیابی فرایند پی گیری هدف و بازخورد، آشنایی با شیوه های غلبه بر موانع و چالش ها، ترسیم رابطه تفکر و احساس مثبت ناشی از رسیدن به هدف در افزایش امید.

لازم به ذکر است که محتوای جلسات هفتگی را گفتگو و بیان افکار و احساسات، بحث گروهی، تمرین و ارائه تکلیف تشکیل می داد.

ابزار پژوهش و پایایی^۱ و روایی^۲ آن

مقیاس امید اشنایدر: مقیاس ۱۲ سؤالی امید توسط اشنایدر (۱۹۹۱)، به نقل از اشنایدر و پترسون، (۲۰۰۰) برای سنین ۱۵ سال به بالا طراحی شده و شامل دو خرده مقیاس گذرگاه و انگیزش می باشد و مدت زمان کوتاهی (۲ تا ۵ دقیقه) برای پاسخ دادن به آن کفایت می کند. برای پاسخ دادن به هر سؤال، پیوستاری از ۱ (کاملاً غلط) تا ۴ (کاملاً درست) در نظر گرفته شده است. سؤالات ۳، ۵، ۷ و ۱۱ نمره گذاری نمی شوند و مربوط به حواس پرتی اند. سؤالات ۱، ۴، ۶، ۸ مربوط به خرده مقیاس گذرگاه و سؤالات ۲، ۹، ۱۰، ۱۲ مربوط به خرده مقیاس انگیزش می باشد. نمره امید حاصل جمع این دو خرده مقیاس است. بنابراین، مجموع نمرات می تواند بین ۸ تا ۳۲ قرار می گیرد. در پژوهشی که توسط گلزاری (۱۳۸۶) بر روی ۶۶۰ دانش آموز دختر در استان تهران انجام شد، پایایی مقیاس امید اشنایدر با روش همسانی درونی مورد بررسی قرار گرفت و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد. مقیاس امید با مقیاس هایی که فرایندهای روان شناختی مشابهی را می سنجند، همبستگی بالایی دارد. به عنوان مثال، نمره های مقیاس امید به میزان ۰/۵۰ تا ۰/۶۰ با مقیاس خوش بینی شیبر و کارور^۳ همبستگی دارد. همچنین، نمرات این مقیاس با نمرات سیاهه افسردگی بک^۴ همبستگی منفی دارد (۰/۵۱- و ۰/۴۲-). به علاوه، طبق نظر متخصصان بالینی، روایی این مقیاس به روش روایی محتوا نیز مورد تأیید قرار گرفته است.

1. Reliability
2. Validity
3. Scheier & Carver
4. The Beck Depression Inventory

سیاهه افسردگی بک: این آزمون ابتدا در سال ۱۹۶۱ از سوی بک^۱ معرفی شد، در سال ۱۹۷۱ مورد تجدید نظر قرار گرفت و در سال ۱۹۷۸ منتشر گردید. همچنین، این آزمون در مجموع از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود و از آزمودنی خواسته می‌شود شدت نشانه‌ها را بر اساس یک مقیاس از ۰ تا ۳ درجه بندی کند. آزمون از نوع خودسنجی بوده و برای تکمیل آن بین ۵ تا ۱۰ دقیقه زمان لازم است. برای درک ماده‌ها داشتن توانایی خواندن در سطح ۵ یا ۶ کلاس کافی است. دامنه نمره‌ها بین حداقل ۰ تا حداکثر ۶۳ قرار می‌گیرد. به‌طور معمول، نمره افراد افسرده از نظر بالینی و افراد ناسازگار غیر بیمار در دامنه ۱۲ تا ۴۰ قرار می‌گیرد. ضریب همسانی درونی این تست بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ با میانگین ۰/۸۶ است. ضرایب اعتبار حاصل از بازآزمایی بر حسب فاصله بین دفعات اجرا و نوع جمعیت در دامنه ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ قرار دارد. نتیجه ارزیابی روایی محتوایی، همزمان و تمیزی و تحلیل عاملی به‌طور کلی مطلوب بوده است. محتوای ماده‌های آن نیز بر اساس نظر متخصصان بالینی درباره نشانه‌های افسردگی با ملاحظات مربوط به DSM-IV تهیه شده است. به‌علاوه، این آزمون با مقیاس‌های مشابهی که افسردگی را می‌سنجد، همبستگی متوسطی را نشان می‌دهد. این مقیاس‌ها عبارتند از: مقیاس درجه‌بندی افسردگی هامیلتون (۰/۷۱)، مقیاس ناامیدی بک (۰/۶۸) و مقیاس استرس - اضطراب - افسردگی (۰/۸۸) (مارنات^۲، ۱۳۸۴).

یافته‌های پژوهش

فرضیه اول: گروه‌درمانی مبتنی بر رویکرد امیددرمانی در مقایسه با گروه کنترل به‌طور معناداری موجب افزایش میزان امید به زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان می‌شود. برای آزمون این فرضیه، از آزمون T برای گروه‌های مستقل استفاده می‌شود. به این منظور، از مقایسه میانگین تفاضل نمرات پیش آزمون و پس آزمون دو گروه در آزمون امید استفاده می‌شود. همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، T به‌دست آمده ۴/۹۹ می‌باشد که در سطح ۰/۰۰۰ با اطمینان بیش از ۹۹٪ معنادار بوده و بیان‌گر این است که فرض صفر رد شده و فرض خلاف (پژوهشی) تأیید می‌شود. بنابراین، گروه‌درمانی مبتنی بر رویکرد امیددرمانی در مقایسه با گروه گواه به‌طور معناداری موجب افزایش میزان امید به زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان می‌شود.

جدول (۱): آزمون T برای تعیین معناداری امید در دو گروه

1. Beck
2. Marnat

مؤلفه گروه	فراوانی	تفاضل میانگین	خطای استاندارد میانگین	انحراف استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد تفاوت	درجه آزادی	T	سطح معناداری
آزمایش	۱۰	۳/۴	۰/۵۴	۱/۷۱	۳/۳	۰/۶۶	۱۸	۴/۹۹	۰/۰۰۰
گواه	۱۰	۰/۱	۰/۳۷	۱/۱۹					

فرضیه دوم: گروه‌درمانی مبتنی بر رویکرد امیددرمانی در مقایسه با گروه کنترل به‌طور معناداری موجب کاهش افسردگی در زنان مبتلا به سرطان پستان می‌شود.

برای آزمون این فرضیه، از آزمون T برای گروه‌های مستقل استفاده می‌شود. به این منظور، از مقایسه میانگین تفاضل نمرات پیش آزمون و پس آزمون دو گروه در آزمون افسردگی بک استفاده می‌شود. همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، T به‌دست آمده ۱/۶۵ می‌باشد که در سطح ۰/۰۱ با اطمینان ۹۵٪ معنادار بوده ($p < 0/05$) و بیان‌گر این است که فرض صفر رد شده و فرض خلاف (پژوهشی) تأیید می‌شود. بنابراین، گروه‌درمانی مبتنی بر رویکرد امیددرمانی در مقایسه با گروه گواه به‌طور معناداری موجب کاهش میزان افسردگی در زنان مبتلا به سرطان پستان می‌شود.

جدول (۲): آزمون T برای تعیین معناداری افسردگی در دو گروه

مؤلفه گروه	فراوانی	تفاضل میانگین	خطای استاندارد میانگین	انحراف استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد تفاوت	درجه آزادی	T	سطح معناداری
آزمایش	۱۰	۵/۱	۱/۰۲	۳/۲۴	۴/۲	۲/۵۳	۱۸	۱/۶۵	۰/۰۱
گواه	۱۰	۰/۹	۲/۳۲	۷/۳۴					

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر گروه‌درمانی مبتنی بر رویکرد امیددرمانی بر افزایش میزان امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان به‌عنوان هدف اول و کاهش میزان افسردگی آنان به‌عنوان هدف دوم صورت گرفت. همان‌طور که از نتایج بررسی‌ها در جدول ۱ و ۲ بر می‌آید، درمان مذکور، میزان امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان را به‌طور معناداری بیش از گروه گواه افزایش داده است و همچنین، میزان افسردگی آزمودنی‌های گروه آزمایش هم به نحو معناداری نسبت به گروه گواه کاهش داشته است.

اشنایدر و لوپز^۱ (۲۰۰۲) به پژوهش‌هایی از جمله پژوهش‌های لیرد^۲ (۱۹۹۲)، شییر و کارور (۱۹۹۳) و (۱۹۹۴)، اسپینگل^۳ (۱۹۹۶)، و ایروینگ (۱۹۹۸)، اشنایدر، براون و هاگمن (۱۹۹۹) اشاره داشته‌اند که نتایج آنها با پژوهش حاضر همسو می‌باشد. به‌عنوان مثال، پژوهش‌های کارور (۱۹۹۳) و (۱۹۹۴) نشان دادند که زنان خوش‌بین در مقایسه با زنان بدبین تشخیص سرطان را بیشتر پذیرفتند و کمتر از درمان اجتناب کردند. همچنین، آنها تطابق و پریشانی بیشتری را گزارش دادند. پژوهش‌های انجام شده در زمینه سایر بیماری‌های مزمن تهدید کننده زندگی نیز با یافته‌های پژوهش حاضر هم‌سو است. الیوت، ویتی، هریک و هافمن (۱۹۹۱) دریافتند بیماران دارای امید بیشتر که تحت عمل جراحی نخاع قرار گرفتند، بهتر با بیماری خود کنار آمده و افسردگی کمتری بروز دادند. پژوهش لیرد (۱۹۹۲) در مورد بیماران روماتیسمی و افلک و تنن (۱۹۹۶) در مورد مبتلایان به Fibromyalgia که یک بیماری دردناک و مزمن است نیز حاکی از این است که بیماران امیدوارتر تجربه مثبت‌تر و عملکرد بالاتری را گزارش دادند. پژوهش‌های دیگری چون ایروین و همکاران (۱۹۸۷)؛ اشنایدر، کراوسون و ایروینگ (۱۹۹۸) و چیونس، فلدمن، گام، مایکل و اشنایدر (۲۰۰۵) نیز تأیید کننده یافته‌های موجود می‌باشند. علی‌رغم محدودیت وجود پژوهش‌های مرتبط در داخل کشور نیز نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های محمدی شاه‌بلاغی (۱۳۷۳) و سبحانی فرد (۱۳۸۰) هم‌سو بود. به‌عنوان مثال، در پژوهش محمدی شاه‌بلاغی (۱۳۷۳) با عنوان «بررسی ارتباط امید و مؤثر بودن مقابله بیماران مبتلا به سرطان بستری در انستیتو سرطان تهران» که از نوع همبستگی توصیفی بود، نتایج نشان داد که ۱/۶۲ درصد بیماران از امید در سطح زیاد و ۹/۵۰ درصد از مؤثر بودن مقابله در حد متوسط و ۹/۲۵ درصد نیز از مؤثر بودن مقابله در حد زیاد برخوردار بودند. بین امید و متغیرهای دموگرافیک رابطه معنی‌داری وجود نداشت. ضریب همبستگی اسپیرمن نشان داد که بین امید و مؤثر بودن مقابله همبستگی مثبتی برابر ۰/۶۸ موجود بوده که از لحاظ آماری نیز معنی‌دار است.

در تبیین یافته‌های ذکر شده می‌توان به این موارد اشاره کرد: امیددرمانی با هدف قرار دادن امید موجب افزایش آن در بیماران سرطانی می‌شود. اوون^۴ (۱۹۸۹) خصوصیات از جمله ترتیب دادن اهداف در زندگی، ویژگی‌های فردی مثبت، توصیف مجدد آینده، معنی‌دار بودن زندگی، آرامش و انرژی را در بیماران سرطانی امیدوار برشمرده است. هرت^۵ (۱۹۸۹) نیز امیدواری را در بیماران سرطانی به‌عنوان عامل

1. Lopez
2. Laird
3. Spiegle
4. Owen
5. Herth

کلیدی جهت سازگاری عنوان کرده است. افراد امیدوار به جای تمرکز بر رویدادهای ناگوار، از آنها درس گرفته و در پی گیری اهداف آینده از آن استفاده می کنند. علاوه بر اثرات روان شناختی، امید همبسته های زیست شناختی متعددی نیز دارد شامل: کارکرد مؤثر انتقال دهنده های عصبی سروتونین و آدرنالین، کارکرد مؤثر دستگاه ایمنی، پیوند فزاینده انتقال دهنده عصبی گابا و بازداری یادآوری رویدادهای فشارانگیز، افزایش اکسی توسین و افیون های درونزاد که به تحمل فشار کمک می کند (کار، ۱۳۸۵). لیتل^۱ (۲۰۰۱؛ به نقل از شکوهی، ۱۳۸۱) عنوان داشته است که افسردگی با کمبود انتقال دهنده های عصبی سروتونین و آدرنالین مرتبط است؛ بنابراین، ترکیب تأثیرات روان شناختی و زیست شناختی افزایش امید در زنان مبتلا به سرطان پستان به افزایش کارآمدی، کنار آمدن مؤثر (ارزیابی مجدد، حل مسئله، اجتناب از رویدادهای فشارزای زندگی، جستجوی حمایت اجتماعی)، و کاهش افسردگی آنها منجر شده و رفتار ارتقا دهنده سلامت را پیش بینی می کند.

در انتها بایستی اشاره کرد گرچه بر پایه یافته های پژوهشی رویکرد حاضر از اثربخشی برخوردار می باشد، اما به کارگیری شیوه درمانی حاضر در قالب طرح های تک آزمودنی و آزمایشی با نمونه های بزرگتر ضروری می نماید. به علاوه، نتایج این پژوهش را بایستی با احتیاط تفسیر نمود. هر چند در جهت کنترل شرایط تا حد مقدور اقدامات لازم صورت گرفته است؛ اما در مورد آزمودنی های انسانی و درمان های روان شناختی کنترل همواره امری دشوار بوده است. عدم وجود مرحله پی گیری به علت محدودیت زمانی نیز محدودیت دیگر پژوهش حاضر می باشد. همچنین، پیشنهاد می شود روش درمانی حاضر در مورد مبتلایان به سرطان پستان از نوع متاستاتیک و انواع دیگر سرطان نیز انجام گیرد. به کارگیری رویکردهای دیگر روان درمانی از جمله معنادرمانی، واقعیت درمانی و... در مورد مبتلایان به سرطان خواهد توانست به غنای ادبیات پژوهشی در این زمینه بیفزاید.

منابع

ایراجیان، حمیده (۱۳۷۸). بررسی تأثیر تلقین و ماساژ پیشانی و شقیقه ها بر تهوع و استفراغ ناشی از شیمی درمانی در زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به درمانگاه های شیمی درمانی بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی تهران.

- ایلخانی، مهناز (۱۳۷۰). روش‌های مراقبتی در سرطان، تهران: انتشارات قاضی جهانی.
- دلاور، علی (۱۳۸۴). مبانی نظری و علمی پژوهشی در علوم انسانی و اجتماعی، تهران: انتشارات رشد.
- دیماثو، ام. رابین (۱۳۸۷). روان‌شناسی سلامت، ترجمه کاویانی، محمد و همکاران، زیر نظر هاشمیان، کیانوش، ج ۱، تهران: انتشارات سمت.
- سادوک، ویرجینیا و سادوک، بنیامین (۱۳۸۲). خلاصه روانپزشکی بالینی: علوم رفتاری-روانپزشکی بالینی، ترجمه رفیعی، حسن و سبحانیان، خسرو، تهران: انتشارات ارجمند.
- سارافینو، ادوارد پ. (۱۳۸۴). روان‌شناسی سلامت، ترجمه میرزایی، الهه و همکاران، تهران: انتشارات رشد.
- سبحانی فرد، طاهره (۱۳۸۰). بررسی اثر روان‌درمانی حمایتی در کاهش اختلالات روانی زنان مبتلا به سرطان پستان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهراء (س) تهران.
- شکوهی، مریم (۸۱-۱۳۸۰). مطالعه ارتباط برخی عوامل تغذیه‌ای با سرطان پستان در زنان مراجعه‌کننده به بیمارستان امام خمینی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران.
- صاحبی، علی و جمعه‌پور، حمیده (۱۳۸۲). شناخت درمانی گروهی: اصول و روش‌ها، فصلنامه تازه‌های روان‌درمانی (هیپنوتیزم)، شماره ۲۷ و ۲۸.
- کار، آلان (۱۳۸۵). روان‌شناسی مثبت: علم شادمانی و نیرومندی‌های انسان، ترجمه پاشاشریفی، حسن و همکاران، تهران: انتشارات سخن.
- گلزاری، محمود (۱۳۸۶). اعتباریابی مقیاس امید‌اشنایدر، (چاپ نشده)، دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
- مارنات، گری گراث (۱۳۸۴). راهنمای سنجش روانی، ترجمه پاشاشریفی، حسن و نیکخو، محمدرضا، تهران: انتشارات سخن.
- محمدی شاه‌بلاغی، فرحناز (۱۳۷۳). بررسی ارتباط امید و مؤثر بودن مقابله‌بیماران مبتلا به سرطان بستری در انستیتو سرطان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان.

نشاط دوست، حمیدطاهر؛ مظاهری، محمدعلی و اژه‌ای، جواد (۱۳۸۱). روش نگارش مقالات پژوهشی روانشناختی، مجله روانشناسی، سال ششم، شماره ۲.

Affleck, G. & Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinnings. *Journal of Personality*, 64.

Cheavens, J.S.; Feldman, D.B.; Gum, A.; Michael, S.T. & Snyder, C.R. (2005). Hope therapy in a community sample: A pilot investigation. *Social Indicators Research*, 77.

Elliott, T.R.; Witty, T.E.; Herrick, S. & Hoffman, J.T. (1991). Negotiating reality after physical loss: Hope, Depression and Disability. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61.

Herth, K. A. (1989). The relationship between level of hope and level of coping responses and other variables in patients with cancer, *Nephrology Nursing Journal*. 16(1).

Irving, L.M.; Snyder, C.R. & Crowson, J.J. (1998). Hope and coping with cancer by college women. *Journal of Personality*, 66.

Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. (1998). *Synopsis of psychiatry: behavioral Science/ clinical Psychiatry*. New York: Williams & Wilkins.

Luckman, J. & Sorensen, K.C. (1996). *Core principals & practice of medical surgical nursing*, 14th edition, Philadelphia, W. B. Saunder co.

Owen, D. (1989). Nurses: Perspective on the meaning of hope in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*. 1(16).

Peterson, C. (2000). *Optimistic explanatory style and health*. In J. Gillham (ed.) *The Science of Optimism and Hope*. Philadelphia, PA: Templeton Foundation Press.

Roleigh, E. (1992). Sources of hope in chronic illness. *Oncology Nursing Forum*. 3(16).

Rowland, J.H. (1998). *Breast cancer: Psychology aspects*. In E.A. Blechman & K.D. Brownell (eds.), *Behavioral medicine and women: A comprehensive handbook*. New York: Guilford Press.

Snyder, C.R., Cheavens, J. & Michael, S.T. (1999). *Hoping*. In C.R. Snyder (ed.), *Coping: The psychology of what works*. New York: Oxford University Press.

Snyder, C.R. & Peterson, C. (2000). *Handbook of hope: theory, measures & applications*. San Diego: Academic Press.

Snyder, C.R.; Lopez, S.J. (2001). *Handbook of Positive Psychology* US: Oxford University Press.

Soeken, K. & Carson, V. (1987). Responding to the spiritual needs of the chronically ill. *Nursing clinics of North America*. 3(22).