

## تأثیر گروه‌درمانی امیدمحور، مبتنی بر نظریه امید اسنایدر بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان

زاهد مولایی<sup>۱</sup>، سهیلا آهنگرزاده رضایی<sup>۲</sup>، حمیدرضا خلخالی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۵/۱۲/۰۷ تاریخ پذیرش ۱۳۹۶/۰۲/۰۹

## چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** بیماری سرطان از جمله اختلالات مزمنی است که به‌شدت روی سلامت و در نتیجه کیفیت زندگی افراد تأثیرگذار است. بیماران مبتلا به سرطان استقلال و توانایی خود را برای شرکت مؤثر در خانواده و اجتماع از دست‌داده و احساس فقدان شایستگی و عدم اطمینان می‌کنند. این مطالعه، باهدف بررسی تأثیر گروه‌درمانی امید محور مبتنی بر نظریه امید اسنایدر، بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره) ارومیه در سال ۹۵-۱۳۹۴ انجام گردید.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر یک مطالعه تجربی از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی شده است که بر روی ۴۰ بیمار مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی امام خمینی ارومیه انجام شد. بیماران به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و سپس به‌طور تصادفی به دو گروه ۲۰ نفری مداخله و کنترل تقسیم شدند. مشارکت‌کنندگان گروه مداخله به مدت ۸ جلسه، هر هفته ۱ جلسه تحت آموزش گروهی بر مبنای نظریه امید اسنایدر قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌های جمعیت‌شناختی، امید اسنایدر و کیفیت زندگی مخصوص بیماران مبتلا به سرطان QLQ-C30 بود. داده‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های کای دو، تی مستقل و تی زوجی تحلیل گردید.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که گروه‌درمانی امید محور، باعث افزایش میانگین نمره‌های حیطه عملکردی و حیطه کیفیت زندگی در بیماران گروه مداخله شده است ( $P < 0.05$ ). ولی در حیطه علائم تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ( $P > 0.05$ ).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج مطالعه حاضر، امید درمانی تأثیر چشمگیری بر بهبود ابعاد مختلف کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در مردان و زنان مبتلا به سرطان دارد. بنابراین، مسئولین و مدیران سیستم بهداشتی کشور با استفاده از نتایج این پژوهش می‌توانند، با اجرای برنامه‌ها و راهکارهایی جهت ایجاد مداخلات گروه‌درمانی امید محور برای بیماران مبتلا به سرطان کیفیت زندگی آنان را در حیطه‌های مختلف ارتقاء دهند.

**کلیدواژه‌ها:** گروه‌درمانی امید محور، کیفیت زندگی، سرطان، امید، اسنایدر

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره پانزدهم، شماره ششم، پی‌درپی ۹۵، شهریور ۱۳۹۶، ص ۴۱۴-۴۰۴

آدرس مکانی: ارومیه، کیلومتر ۱۱ جاده سرو، پردیس نازلو، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه. تلفن: ۰۴۴-۳۲۷۵۴۹۱۶

Email: sorezayee@yahoo.com

## مقدمه

مرگ‌ومیر انسان‌ها بر اثر آن روی می‌دهد (۳، ۴). سازمان بهداشت جهانی مرگ‌های ناشی از سرطان را در سطح جهان در سال ۲۰۱۲، بیش از ۸،۲ میلیون نفر اعلام کرده بود که این آمار در سال ۲۰۱۴ به بیش از ۱۳ میلیون نفر افزایش یافته است (۵، ۶). طبق آخرین آمار منتشرشده از این سازمان حدود ۷۰ درصد از تمام مرگ‌های ناشی از سرطان مربوط به کشورهای درحال توسعه می‌باشد و انتظار می‌رود تا سال ۲۰۲۰ به بیش از ۱۵ میلیون نفر در سال برسد (۴، ۷). میزان شیوع سرطان در سراسر جهان در سال ۲۰۱۲، به ۱۴

امروزه بیماری‌های مزمن از جمله سرطان به‌عنوان یک واقعیت تلخ و عامل تنش‌زای مهم، زندگی میلیون‌ها فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۱). بر طبق آخرین بررسی‌های آماری در ایران، سرطان بعد از بیماری‌های قلبی و عروقی و حوادث غیرعمدی، سومین عامل مرگ‌ومیر محسوب می‌شود (۲). باوجود پیشرفت‌های قابل‌توجه در علم پزشکی، سرطان به‌عنوان یکی از مهم‌ترین بیماری‌های قرن حاضر، سومین علت مرگ‌ومیر در سراسر دنیا بوده و حدود ۱۲ درصد

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد روان پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

<sup>۲</sup> استادیار آموزش پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> دانشیار آمار حیاتی، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

گروه‌درمانی امید محور یکی از جدیدترین رویکردهای درمانی است که می‌تواند در ارتقاء سطح کیفیت زندگی در بیماران صعب‌العلاج و مزمن، نقش مهمی داشته باشد. این روش درمانی بر اساس تئوری امید اسنایدر<sup>۲</sup> (۲۰۰۰-۱۹۹۴) شکل گرفته است (۱۸، ۱۹). اسنایدر و همکاران (۱۹۹۱) بیان کرده‌اند که مداخلات امید درمانی راه مؤثری برای بهبود کیفیت زندگی در بیماری‌های مزمن است. از نظر این محققین، افزایش امید باعث افزایش سطح خود مراقبتی، کیفیت زندگی و ارتقای سلامت عمومی در این دسته از بیماران می‌شود، و امید درمانی باهدف قرار دادن ارتقای امید موجب افزایش امید در بیماران مبتلا به سرطان می‌شود (۲۰).

امید مکانیسم مقابله‌ای مؤثری را برای بیماران مبتلا به سرطان فراهم نموده و آنان را در مراحل مختلف بیماری از تشخیص تا مرحله نهایی یاری می‌رساند (۲۱) و به‌عنوان یک عنصر ضروری برای مقابله با استرس و سازگاری نقش مهمی در فرایند بهبودی از سرطان دارد (۲۲، ۲۳).

امید نیروی انرژی‌دهنده ذهنی و ساختاری از ادراک و احساس کلی است که مبتنی بر انتظارات مثبت از آینده می‌باشد و بر اساس آن فرد اعتقاد دارد که شرایط کنونی وی گذرا و موقتی بوده و نیازها و اهداف او در آینده قابل‌دستیابی خواهد بود (۲۴-۲۶). امید با سلامت روانی و جسمی که با انواع مقیاس‌ها مانند پاسخ مثبت به مداخله‌ی پزشکی، سلامت ذهنی، خلق مثبت، پرهیز از رویدادهای پرفشار زندگی، نشاط و شادکامی در امور زندگی و حل مشکل اندازه‌گیری می‌شود، همبستگی مثبت دارد و آن‌ها را پیش‌بینی می‌کند (۱۷).

با در نظر گرفتن تأثیر مداخلات ارتقاء دهنده امید به‌صورت گروهی و مزیت‌های روان‌درمانی گروهی مثل پیوستگی گروهی، بینش و یادگیری‌های ناشی از تعامل، گروه‌درمانی امید محور می‌تواند در ارتقاء سطح کیفیت زندگی در بیماران صعب‌العلاج و مزمن، نقش مهمی داشته باشد (۲۰، ۲۷). با توجه به افزایش شیوع سرطان و اهمیت و تأثیری که این بیماری در تمام ابعاد مختلف زندگی افراد مبتلا دارد و با روشن شدن نقش کلیدی امید در مراحل مختلف سرطان و با توجه به ماهیت بیماری و روش‌های درمانی آن، کیفیت زندگی و سلامت عمومی بیماران مبتلا به سرطان شدیداً تحت تأثیر قرار می‌گیرد. بنابراین مطالعه حاضر باهدف تعیین تأثیر گروه‌درمانی امید محور، مبتنی بر نظریه امید اسنایدر بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی-درمانی امام خمینی (ره) ارومیه اجرا شده است.

میلیون مورد جدید در هر سال افزایش یافت که طبق مطالعات انجام‌شده در سال ۲۰۱۴، انتظار می‌رود این میزان به بیش از ۲۲ میلیون نفر مورد جدید در هر سال در دو دهه‌ی آینده افزایش پیدا کند (۵). این سازمان میزان مرگ‌ومیر ناشی از سرطان در ایران را برابر ۲۳۳۰۰ نفر زن و ۳۰۲۰۰ نفر مرد در سال ۲۰۱۴ گزارش کرده است (۸).

کامیان و همکاران (۱۳۹۳) اعتقاد دارند که سرطان مسیر زندگی فرد را تغییر می‌دهد و مشکلات فراوانی در تمام ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی برای او ایجاد می‌کند. افسردگی، ناامیدی، خشم و خودکشی در این بیماران بسیار زیاد مشاهده شده است (۹). همچنین عبدالله زاده و همکارانش (۱۳۹۱) به این نتیجه رسیدند که سرطان به‌عنوان یک اختلال مزمن، سلامت و کیفیت زندگی مردم را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۰). با توجه به پیامدهای سرطان همچون بی‌اشتهایی، تهوع، استفراغ، تغییرات حسی حرکتی، ریزش مو و خستگی و عملکرد جنسی و فشارهای روانی ناشی از بیماری، اختلال در شغل، وضعیت اقتصادی، اجتماعی و زندگی خانوادگی، می‌توان بیان کرد که سرطان کیفیت زندگی و عملکرد فرد، خانواده و دیگر سیستم‌های مرتبط با خانواده را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۱، ۱۲).

مطالعات متعددی بر روی اثرات منفی سرطان بر روی ابعاد مختلف کیفیت زندگی تأکید کرده‌اند (۲، ۱۰، ۱۳). گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را این‌گونه تعریف می‌کند: "ادراک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگی و سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کند و در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایی است که کاملاً فردی بوده و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی‌شان استوار است" (۱۴).

باتملی و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۲) معتقد هستند که ارتقاء کیفیت زندگی می‌تواند به بهبود وضعیت فردی بیمار مبتلا به سرطان منجر شود (۱۵). از طرف دیگر مردانی و همکارانش (۱۳۸۹) به این نتیجه رسیدند که کاهش سلامت روانی در بیماران مبتلا به سرطان بر کیفیت زندگی آن‌ها اثر گذاشته و می‌تواند باعث از دست دادن شغل، ازهم‌گسیختگی خانواده، اختلال در ارتباطات بین فردی و عدم توانایی در انجام مسئولیت‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی گردد (۱۶). مطالعات نشان می‌دهد افراد امیدوار نسبت به افرادی که امید کم‌تری دارند دل‌بستگی ایمن‌تری دارند، تغذیه و مراقبت بهتری را دریافت کرده و از حمایت اجتماعی کافی برای انطباق با مشکلات برخوردار بوده‌اند (۱۷، ۱۸).

<sup>2</sup> Snyder

<sup>1</sup> Bottomley & et al

## مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه تجربی از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی شده است که بر روی ۴۰ بیمار مبتلا به سرطان جامعه مورد مطالعه در پژوهش حاضر تمامی بیماران مبتلا به سرطان مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره) ارومیه که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند بود. در این مطالعه نمونه‌گیری هدفمند بوده است و در تمام جامعه آماری، مقیاس سنجش امید اسنایدر اجرا شد. بدین صورت که از بین بیماران مبتلا به سرطان که جهت انجام درمان‌های تکمیلی مانند شیمی‌درمانی و رادیوتراپی به مرکز آموزشی درمانی امام خمینی مراجعه می‌کردند (به‌طور نمونه‌گیری در دسترس) ملاقات‌هایی صورت گرفت و اطلاعات اولیه در مورد مطالعه به بیماران داده شد و سپس در صورت کسب رضایت برای درج رضایت‌نامه و انجام فرایند پیش‌آزمون اقدام می‌شد. پیش‌آزمون که شامل پرسشنامه ۱۲ سؤالی امید اسنایدر بود به همراه پرسشنامه جمعیت شناختی به مراجعان داده شد. یک پیش‌آزمون گرفته شد و تا رسیدن تعداد نمونه‌ها به حدنصاب ۴۰ نفر این کار ادامه یافت. افرادی که نمره امید آن‌ها با استفاده از پرسشنامه امید اسنایدر ۲۰ و کم‌تر از ۲۰ بود و سایر معیارهای ورود به مطالعه از جمله: توانایی شرکت در جلسات گروه‌درمانی، حداقل توانایی خواندن و نوشتن، عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن جسمی به‌جز سرطان، عدم شرکت در کلاس‌های آموزشی به‌طور هم‌زمان و یا ۶ ماه قبل، سن بالای ۲۰ سال را داشتند انتخاب شدند سپس در همان مرحله نمونه‌های مورد پژوهش، پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی QLQ-C30، را نیز برای بار اول تکمیل نمودند و مجدداً نمونه‌های مورد پژوهش به روش تخصیص تصادفی ساده و با کمک اعداد زوج و فرد به دو گروه کنترل و مداخله (۲۰ نفر برای هر گروه) تقسیم شدند سپس گروه مداخله مجدداً به دو گروه مرد و زن تقسیم شدند. گروه مداخله به‌صورت هفتگی (۸ هفته و هر هفته ۱ جلسه) تحت آموزش گروهی بر مبنای نظریه امید اسنایدر قرار گرفتند. (گروه زنان با حضور محقق و یک همکار روان‌شناس خانم و گروه مردان نیز با حضور محقق و یک همکار روان‌شناس آقا تشکیل شد). محتوای جلسات گروه‌درمانی:

هر جلسه مشتمل بر چهار بخش بود در بخش اول ۱۵ دقیقه در مورد فعالیت‌ها و تکالیف هفته گذشته بحث شد و افراد ترغیب شدند تا به همدیگر در رفع مشکلات مربوط به آن تکالیف کمک کنند. در بخش دوم حدود ۱۵ دقیقه مهارت‌های مربوط به امید یاد داده شد. در بخش سوم که حدود ۳۰ دقیقه طول کشید شیوه‌های به‌کارگیری این مهارت در زندگی روزمره فرد بحث شد و مراجعان ترغیب شدند که مسائل را به‌صورت عینی و روشن مطرح کنند و به یکدیگر کمک کنند تا با استفاده از مهارت‌های امید آن‌ها را حل

کنند. در ۱۰ دقیقه پایانی جلسه نیز تکالیف مربوط به جلسه‌ی آتی ارائه شد.

محتوای آموزشی:

جلسه‌ی اول: آشنایی و معارفه با همدیگر، معرفی ساختار جلسات، اهداف برنامه‌ی آموزشی بر اساس نظریه امید بیان شد.

جلسه‌ی دوم: مروری بر مطالب جلسه قبل، تبیین چگونگی رشد امید و ضرورت وجود آن و تأثیر آن بر ناامیدی و غلبه بر مشکلات، افسردگی و احساس پوچی بحث شد. ضمن اینکه در این دو جلسه سعی شد تا رابطه درمانی لازم با هریک از مراجعان برقرار شود و فرایندها و پویایی‌های گروه مورد توجه قرار گیرد.

جلسه‌ی سوم: مروری بر مطالب جلسه قبل، هریک از مراجعان (در صورت تمایل) داستان زندگی خود را تعریف کردند هدف از این جلسه این بود که به اعضا در یافتن امید کمک شود.

جلسه‌ی چهارم: مروری بر مطالب جلسه قبل، بررسی تکالیف ارائه‌شده جلسه قبلی در گروه، تبیین داستان‌ها بر اساس سه مؤلفه اصلی نظریه امید و قالب‌بندی مجدد داستان‌ها ضمن اینکه سعی شد تا مواردی از امید و موفقیت‌های گذشته اعضا شناسایی شود (به‌منظور شناسایی عامل و گذرگاه‌های این موفقیت‌ها).

جلسه‌ی پنجم: مروری بر مطالب جلسه قبل، بررسی تکالیف ارائه‌شده در گروه، فهرستی از اتفاقات جاری و ابعاد مهم زندگی بیماران مطرح و میزان رضایت افراد از هر یک از این اتفاقات مشخص شد.

جلسه‌ی ششم: مروری بر مطالب جلسه قبل، بررسی تکالیف ارائه‌شده در گروه، افراد به انتخاب اهداف مناسب و مطرح کردن ویژگی‌های اهداف مناسب ترغیب شدند. هدف در این جلسه و دو جلسه قبل امید افزایی در اعضا بود و کمک شد تا اعضا پس از یافتن امید به افزایش آن بپردازند.

جلسه‌ی هفتم: از افراد خواسته شد برای رسیدن به اهداف تعیین‌شده راهکارها و مسیرهای مناسب را انتخاب کنند و به آن‌ها آموزش داده شد که مسیرهای رسیدن به اهداف را به گام‌های کوچک بشکنند و مسیرهای جانشین تعیین کنند. در این جلسه هدف حفظ و بقای امید در اعضای گروه بود.

جلسه‌ی هشتم: جمع‌بندی و بازخورد به گروه از کل جلسات، راهکارهایی برای ایجاد و حفظ عامل مطرح شد از جمله اینکه از افراد خواسته شد به خودگویی‌های مثبت و تصور ذهنی بپردازند تا به اهداف خود برسند و درنهایت سعی شد به آن‌ها یاد داده شود که خودشان یک امید درمانگر باشند و تفکر امیدوارانه را به‌صورت روزمره به‌کارگیرند به‌طوری‌که خودشان بتوانند اهداف و موانع آن‌ها را تعیین کنند عامل لازم برای دستیابی به آن هدف را در خود ایجاد و حفظ کنند و مسیرهای لازم را تشخیص دهند.

کیفیت زندگی، نمره بالاتر نشانگر وضعیت بهتر عملکرد و یا کیفیت زندگی بهتر است. درحالی‌که در حیطه علائم، نمره بالاتر بر بیشتر بودن آن علامت یا مشکل دلالت دارد (۳۱، ۳۲).

روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه QLQ-C30 در مطالعات قبلی بررسی شده است. مطالعه صفایی و همکاران (۱۳۸۴) بر روی ۱۳۲ بیمار نشان داد که بیشتر حیطه‌ها از پایایی مناسب ضریب آلفای کرونباخ بیشتر از ۷۰ درصد برخوردار بودند. و همچنین تمام حیطه‌های چند سؤالی دارای روایی مناسب بودند (۳۳). در مطالعه منتظری و همکاران (۱۳۷۸) پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ بین ۴۸ درصد تا ۹۵ درصد بود و روایی پرسشنامه با استفاده از روش هم‌خوانی بین مقیاس‌ها از نظر آماری همبستگی داشتند (۳۴).

برنامه درمانی بر اساس نظریه اسنایدر طراحی شد. گروه کنترل مراقبت‌های روتین مرکز را دریافت نمودند و سپس نمونه‌های موردپژوهش در گروه مداخله و کنترل دو ماه بعد از پایان جلسات در یک جلسه عمومی مجدداً پرسشنامه‌های امید و کیفیت زندگی را تکمیل کردند. به کلیه نمونه‌های موردپژوهش کتابچه‌های تفکر مثبت‌گرا و کتاب (مبانی امید و امید درمانی) جهت مطالعه در این زمینه اهدا گردید. نهایتاً داده‌های مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب کدبندی شده و وارد نرم‌افزار تحلیل آماری SPSS گردید و با استفاده از آمار توصیفی تحلیلی از جمله آزمون کای دو، تی زوجی، تی مستقل (پس از اطمینان از طبیعی بودن توزیع متغیرها، آزمون کولموگروف-اسمیرنوف<sup>۴</sup>) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه جمعیت شناختی، پرسشنامه امید اسنایدر و پرسشنامه کیفیت زندگی مخصوص بیماران مبتلا به سرطان QLQ-C30 بود.

پرسشنامه امیدواری اسنایدر دارای ۱۲ سؤال است و به صورت خود سنجی اجرا می‌شود. هدف این پرسشنامه ارزیابی میزان امید به زندگی در افراد می‌باشد شیوه نمره‌گذاری آن بر اساس طیف لیکرت ۴ گزینه‌ای بوده که گزینه‌ها و نیز امتیاز مربوط به هر گزینه از ۱- ۴ ارائه می‌گردد، (۱= قطعاً غلط، ۲= اکثر موارد غلط، ۳= اکثر موارد درست، ۴= قطعاً درست). روایی و پایایی پرسشنامه امید در بیشتر تحقیقات از جمله در مطالعات اسنایدر و لویز<sup>۳</sup> ۲۰۰۷ تأیید شده است. پایایی آزمون ۸۰ درصد و در دوره‌های بیشتر از ۸ تا ۱۰ هفته از این میزان نیز بالاتر است (۲۸). ضریب پایایی این پرسشنامه در مطالعه‌ی شعاع کاظمی و جاوید (۱۳۸۸) با استفاده از آلفای کرونباخ بین ۷۰ درصد الی ۷۴ درصد محاسبه شده است (۲۹). همچنین ضریب پایایی در مطالعه کرمانی و همکاران (۱۳۹۰) با استفاده از آلفای کرونباخ ۸۶ درصد و ضریب ملاک ۷۰ درصد نشان‌دهنده‌ی همسانی درونی بالای هر یک از سؤال‌ها با کل مقیاس و اعتبار قابل‌قبول این پرسشنامه می‌باشد (۳۰).

پرسشنامه کیفیت زندگی QLQ-C30 حاوی ۳۰ سؤال است که در یک طیف لیکرتی ۱ تا ۴ گزینه‌ای کیفیت زندگی بیماران را در حیطه‌های عملکردی، علائم و یک حیطه کلی کیفیت زندگی و سلامت عمومی اندازه‌گیری می‌کند. نمره هر حیطه در گستره‌ای بین صفر تا صد تعیین می‌شود. در حیطه‌های عملکردی و حیطه کلی

## یافته‌ها

جدول (۱): مقایسه مشخصات جمعیت شناختی کیفی شرکت‌کننده در دو گروه مورد مطالعه قبل از مداخله

متغیر	سطوح متغیر	کنترل		مداخله	
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
جنس	مرد	۱۵(۷۵)	۱۵(۷۵)	۱۵(۷۵)	۱۵(۷۵)
	زن	۵(۲۵)	۵(۲۵)	۵(۲۵)	۵(۲۵)
نوع سکونت	شهر	۱۴(۷۰)	۱۴(۷۰)	۱۴(۸۰)	۱۴(۸۰)
	روستا	۶(۳۰)	۶(۳۰)	۴(۲۰)	۴(۲۰)
وضعیت تأهل	مجرد	۷(۳۵)	۷(۳۵)	۶(۳۰)	۶(۳۰)
	متأهل	۱۳(۶۵)	۱۳(۶۵)	۱۴(۷۰)	۱۴(۷۰)

<sup>۴</sup> kolmogorov smirnov test

<sup>۳</sup> Lopez

			شیمی درمانی	
$X^2=10/96$	۱۳(۶۵)	۷(۳۵)	پرتودرمانی	نوع درمان
df=۳	۴(۲۰)	۱(۵)	جراحی	
P=۰/۰۱	۲(۱۰)	۲(۱۰)	توأم	
			CLL	
	۱۰(۵۰)	۴(۲۰)	AML	نوع سرطان
$X^2=5/65$	۴(۲۰)	۵(۲۵)	BERST	
df=۵	۱(۵)	۲(۱۰)	ALL	
P=۰/۳۳	۲(۱۰)	۱(۵)	CML	
	۱(۵)	۲(۱۰)	گوارشی	
			شاغل	شغل
$X^2=1/09$	۱۳(۶۵)	۱۰(۵۰)	بازنشسته	
df=۳	۲(۱۰)	۳(۱۵)	بیکار	
P=۰/۷۷	۲(۱۰)	۲(۱۰)	خانه‌دار	
			کم‌تر از ۱/۵ میلیون تومان	وضعیت اقتصادی
$X^2=0/10$	۱۳(۶۵)	۱۲(۶۰)	۱/۵ میلیون تا ۳ میلیون	
df=۱	۷(۳۵)	۸(۴۰)		
P=۰/۷۴				
			باسواد و زیر دیپلم	تحصیلات
$X^2=0/10$	۱۲(۶۰)	۱۳(۶۵)	دیپلم و بالاتر	
df=۱	۸(۴۰)	۷(۳۵)		
P=۰/۷۴				
			همسر و فرزندان	زندگی
$X^2=0/47$	۱۳(۶۵)	۱۵(۷۵)	پدر و مادر	
df=۱	۷(۳۵)	۵(۲۵)		
P=۰/۴۹				
			کم	فعالیت جسمی
$X^2=0/47$	۱۳(۶۵)	۱۵(۷۵)	متوسط و متوسط به بالا	
df=۱	۷(۳۵)	۵(۲۵)		
P=۰/۴۹				
			کم	میزان مسئولیت
$X^2=1/02$	۵(۲۵)	۸(۴۰)	متوسط و متوسط به بالا	
df=۱	۱۵(۷۵)	۱۲(۶۰)		
P=۰/۳۱				

**جدول (۲): مقایسه مشخصات جمعیت شناختی کمی شرکت‌کننده در دو گروه مورد مطالعه قبل از مداخله**

آزمون آماری تی مستقل	مداخله		متغیر
	کنترل	میانگین و انحراف معیار	
t=1/90	کنترل	مداخله	سن (سال)
df=38	۴۳/۵۰±۱۰/۲۲	۳۶/۵۵±۱۲/۲۳	
P=۰/۰۶			
t=0/283	کنترل	مداخله	مدت درمان (ماه)
df=38	۱۳/۶۵±۹/۹۶	۱۲/۷۵±۱۰/۱۵	
P=۰/۷۷			

t=۰/۰۱				
df=۳۸	۱۴/۵۵±۹/۵۴	۱۴/۶۰±۹/۷۰	مدت ابتلا (ماه)	
P=۰/۹۸				

و ۶۲/۵ درصد از آن‌ها با سواد و زیر دیپلم بودند. در مقایسه مشخصات جمعیت شناختی کیفی مورد مطالعه بر اساس آزمون کای اسکوئر (χ<sup>2</sup>) دو گروه تفاوت معنا داری با هم نداشتند و همسان بودند (P<۰/۰۵). فقط در نوع درمان رابطه آماری معنی دار بود و در دو گروه ناهمگن بودند. جدول (۱ و ۲).

از ۴۰ بیمار مبتلا به سرطان ۳۰ بیمار مرد (۷۵ درصد) و ۱۰ بیمار زن (۲۵ درصد) بودند و میانگین سنی مشارکت‌کنندگان ۳۹/۶۵±۱۱/۲ سال بود. همچنین ۲۷ بیمار (۶۷/۵ درصد) متأهل و ۱۳ بیمار (۳۲/۵ درصد) مجرد بودند و تعداد ۲۳ بیمار (۵۷/۵ درصد) شاغل بوده و ۳۰ نفر از بیماران (۷۵ درصد) در شهر سکونت داشتند

### جدول (۳): مقایسه میانگین نمرات حیطة عملکردی بیماران مبتلا به سرطان در بین دو گروه کنترل و مداخله، قبل و بعد از مداخله

حیطه عملکردی (۰-۱۰۰)	کنترل	گروه مداخله	تفاضل کنترل- مداخله	آزمون آماری
	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	تی مستقل
قبل از مداخله	۴۲/۰۸±۱۰/۰۴	۴۱/۵۱±۱۰/۱۹	-۰/۵۶±۳/۱۹	t=۰/۱۷ df=۳۸ P=۰/۸۶
بعد از مداخله	۳۹/۴۰±۷/۹۵	۵۰/۸۸±۱۲/۹۱	۱۱/۴۸±۳/۳۹	t=۳/۲۸ df=۳۸ P=۰/۰۰۲
تفاضل بعد از قبل	-۲/۶۸±۷/۵۶	۹/۳۶±۱۲/۰۸	۱۲/۰۵±۳/۱۸	t=۳/۷۷ df=۳۸ P=۰/۰۰۱

از آنجایی که مقدار خطای پذیرفته شده کم تر از ۰/۰۵ می باشد بنابراین تفاضل نمرات پس آزمون از پیش آزمون در دو گروه متفاوت می باشد به طوری که تفاضل نمرات نشان می دهد عملکرد کلی گروه مداخله بعد از گروه درمانی امید محور بهتر شده است.

بر اساس جدول شماره ۳ نتایج حاصل از آزمون تی مستقل بر اساس تفاضل نمرات پس آزمون از پیش آزمون در دو گروه نشان می دهد مقدار t به دست آمده ۳/۷۷ می باشد که در درجه آزادی ۳۸ قرار دارد و سطح معنی داری به دست آمده (P= ۰/۰۰۱) می باشد

### جدول (۴): مقایسه میانگین نمرات حیطة علائم بیماران مبتلا به سرطان در بین دو گروه کنترل و مداخله، قبل و بعد از مداخله

حیطه علائم (۰-۱۰۰)	کنترل	گروه مداخله	تفاضل کنترل- مداخله	آزمون آماری
	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	تی مستقل
قبل از مداخله	۶۰/۵۱±۶/۸۲	۵۸/۷۱±۱۰/۰۸	-۱/۷۹±۲/۷۲	t=۰/۶۵ df=۳۸ P=۰/۵۱
بعد از مداخله	۶۲/۴۳±۸/۴۹	۵۹/۷۴±۹/۹۸	-۲/۶۹±۲/۹۳	t=۰/۹۱۸ df=۳۸ P=۰/۳۶
تفاضل بعد از قبل	۱/۹۲±۷/۲۹	۱/۰۲±۱۰/۸۵	-۰/۸۹±۲/۹۲	t=۰/۳۰ df=۳۸ P=۰/۷۶

بر اساس جدول شماره ۴ نتایج حاصل از آزمون تی مستقل بر اساس تفاضل نمرات پس آزمون از پیش آزمون در دو گروه نشان می‌دهد مقدار t به دست آمده ۰/۳۰ می‌باشد که در درجه آزادی ۳۸ قرار دارد و سطح معنی‌داری به دست آمده (P= ۰/۷۶) می‌باشد. از آنجایی (P>۰/۰۵) می‌باشد بنابراین تفاضل نمرات نشان می‌دهد گروه درمانی امید محور تأثیری در حیطة علائم بیماران نداشته است.

**جدول (۵):** مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی و سلامت عمومی بیماران مبتلا به سرطان در بین دو گروه کنترل و مداخله، قبل و بعد از مداخله

آزمون آماری تی مستقل	از مداخله		گروه کنترل میانگین و انحراف معیار	کیفیت زندگی (۱۰۰-۰)
	تفاضل کنترل- مداخله	گروه مداخله میانگین و انحراف معیار		
t=۰/۵۵ df=۳۸ P=۰/۵۸	-۱/۶۶±۲/۹۹	۳۰/۴۱±۹/۴۷	۳۲/۰۸±۹/۴۷	قبل از مداخله
t=۳/۴۴ df=۳۸ P=۰/۰۰۱	۷/۹۱±۲/۳۰	۳۹/۵۸±۷/۵۸	۳۱/۶۶±۶/۹۴	بعد از مداخله
t=۳/۰۳ df=۳۸ P=۰/۰۰۴	۹/۵۸±۳/۱۶	۹/۱۶±۱۲/۰۶	-۰/۴۱±۷/۳۹	تفاضل بعد از قبل

همچون سلامت ذهنی، خلق مثبت، نشاط و شادکامی در امور زندگی و حل مشکل همبستگی مثبت دارد و آن‌ها را پیش‌بینی می‌کند و در حقیقت روی عملکرد فرد تأثیر مستقیم دارد (۱۷، ۱۹). نتایج مطالعه هاول و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۵) نشان دادند که آموزش جلسات گروه‌درمانی امید محور به مقدار قابل‌توجهی بر میزان عملکرد بیماران و درک احساس خوب بودن و سلامتی تأثیر دارد (۳۵) که در راستای نتایج مطالعه حاضر می‌باشد. همچنین نتایج مطالعه تمدن و همکاران (۱۳۹۴) در ایران نشان داد که امید درمانی گروهی می‌تواند قدرت تحمل سختی‌ها و مشکلات ناشی از بیماری را در بیماران مبتلا به سرطان خون افزایش دهد (۳۶) که با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد. نتایج مطالعه ابریکت و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۰۲) نشان داد که امید به‌عنوان عاملی برای غنای زندگی، افراد را قادر می‌سازد تا با چشم‌انداز فراتری وضعیت کنونی و نابسامانی، درد و رنج خود را ببینند و بتوانند آن را بهتر تحمل کنند (۳۷) که در راستای نتایج مطالعه حاضر می‌باشد. نتایج مطالعه‌شان و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۱۱) نشان داد که یک ارتباط قوی بین امیدواری با میزان خستگی در بیماران سرطانی وجود دارد به‌نحوی که بیمارانی که امیدواری بیشتری دارند احساس خستگی کم‌تری می‌کنند و عملکرد

بر اساس جدول شماره ۵ نتایج حاصل از آزمون تی مستقل بر اساس تفاضل نمرات پس آزمون از پیش آزمون در دو گروه نشان می‌دهد مقدار t به دست آمده ۳/۰۳ می‌باشد که در درجه آزادی ۳۸ قرار دارد و سطح معنی‌داری به دست آمده (P= ۰/۰۰۴) می‌باشد. از آنجایی که مقدار خطای پذیرفته‌شده کم‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد بنابراین تفاضل نمرات پس آزمون از پیش آزمون در دو گروه متفاوت می‌باشد به‌طوری‌که تفاضل نمرات نشان می‌دهد کیفیت زندگی و سلامت عمومی گروه مداخله بعد از گروه‌درمانی بهتر شده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش باهدف تعیین تأثیر گروه‌درمانی امید محور مبتنی بر نظریه امید اسنایدر بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان صورت گرفت. در این مطالعه بین مشخصات جمعیت شناختی گروه کنترل و مداخله تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت، یعنی دو گروه از نظر مشخصات جمعیت شناختی همگن بودند. نتایج مطالعه حاضر تفاوت آماری بین میانگین نمرات حیطة عملکردی قبل از مداخله بین دو گروه نشان نداد، درحالی‌که میانگین نمرات بین دو گروه بعد از مداخله معنی‌دار بود. احساس امیدواری با مؤلفه‌هایی

<sup>3</sup> Shun & et al

<sup>1</sup> Howell & et al

<sup>2</sup> Ebright & et al

بهتری از نظر جسمی و اجتماعی دارند (۳۸) که با نتایج مطالعه حاضر همخوان می‌باشد.

در مورد حیطه علائم نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین میانگین نمرات حیطه علائم در ابتدا و انتهای مطالعه در بین هر دو گروه کنترل و مداخله تفاوت معنی‌دار آماری وجود نداشت. نتایج مطالعه راجاندریم و همکاران<sup>۴</sup> (۲۰۱۱) نشان داد که امیدواری باعث تخفیف علائم بیماری در مبتلایان به سرطان می‌شود (۳۹) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد. همچنین نتایج مطالعه برنج و همکاران<sup>۵</sup> (۲۰۱۰) نشان داد که امید و امیدواری ارتباط معکوسی با علائم بیماری از قبیل سرفه، درد و خستگی و علائم روانی از قبیل اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان دارد (۴۰) که در راستای نتایج مطالعه حاضر نمی‌باشد. علت این تفاوت در نتایج، می‌تواند مربوط به تفاوت در ابزار استفاده‌شده برای سنجش علائم و همچنین متفاوت بودن بافت فرهنگی منطقه یا تفاوت در تعداد جلسات آموزشی باشد.

نتایج مطالعه حاضر تفاوت آماری بین میانگین نمرات حیطه کیفیت زندگی و سلامت عمومی قبل از مداخله بین دو گروه نشان نداد، درحالی‌که میانگین نمرات بین دو گروه بعد از مداخله معنی‌دار بود.

نتایج مطالعه فرهادی و همکاران (۱۳۹۰) نشان داد که آموزش روان‌درمانی گروهی امید محور موجب بهبود ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران مبتلا به سرطان می‌گردد و امید‌درمانی تأثیر چشمگیری بر بهبود ابعاد مختلف کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در آنان دارد (۴۱) که در تأیید نتایج مطالعه حاضر می‌باشد. از طرف دیگر نتایج مطالعه مردانی حموله و همکاران (۱۳۸۷) نشان داد که کاهش سلامت روانی در بیماران سرطانی بر کیفیت زندگی آن‌ها اثر گذاشته و می‌تواند باعث از دست دادن شغل، ازهم‌گسیختگی خانواده، اختلال در ارتباطات بین فردی و عدم توانایی در انجام مسئولیت‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی گردد (۱۶). همچنین نتایج مطالعه باتملی و همکارانش (۲۰۰۲) نیز نشان داد که هر مداخله‌ای که بتواند باعث بالا رفتن کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان شود، می‌تواند به بهبود وضعیت فردی بیمار منجر شود (۱۵). همچنین مطالعه گریل و همکاران<sup>۶</sup> (۲۰۰۷) نشان داد که افراد امیدوار نسبت به افرادی که امید کم‌تری دارند دل‌بستگی ایمن‌تری دارند، تغذیه و مراقبت بهتری را دریافت کرده و از حمایت اجتماعی کافی برای انطباق با مشکلات برخوردار بوده‌اند (۱۸) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. از طرفی نتایج مطالعه اسنایدر و

همکاران (۱۹۹۱) نشان می‌دهد که مداخلات امید‌درمانی راه مؤثری برای بهبود کیفیت زندگی در بیماری‌های مزمن است و گروه‌درمانی امید محور یکی از جدیدترین رویکردهای درمانی است که می‌تواند در ارتقاء سطح کیفیت زندگی در بیماران صعب‌العلاج و مزمن، نقش مهمی داشته باشد (۲۰). آن‌ها در مطالعه‌ای دیگر به این نتیجه رسیدند که افزایش امید باعث افزایش سطح خود مراقبتی، کیفیت زندگی و ارتقای سلامت عمومی در این دسته از بیماران می‌شود (۱۹) که منطبق با نتایج مطالعه حاضر می‌باشد. نتایج مطالعه هرث و همکاران<sup>۷</sup> (۲۰۰۰) نیز نشان داد که با انجام مداخلات ارتقاء‌دهنده امید، سطح امید و کیفیت زندگی به‌طور قابل‌توجهی در بیماران مبتلا به سرطان افزایش یافت و تفاوت معنی‌داری بین امید و کیفیت زندگی در دو گروه کنترل و مداخله مشاهده شد (۲۷) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد.

همان‌طور که نتایج بررسی‌ها و یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد، امید‌درمانی تأثیر چشمگیری بر بهبود ابعاد مختلف کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در مردان و زنان مبتلا به سرطان دارد. علاوه بر این نتایج بیشتر مطالعات انجام‌شده بیانگر آن است که انجام مداخلات امید محور در بیماران مبتلا به سرطان سبب کاهش اضطراب، بهبود مراقبت از خود و ایجاد حس امید و پذیرش و ارتقاء کیفیت زندگی در این بیماران می‌شود و نیاز آن‌ها را برای سازگاری با موقعیت جدید تقویت می‌نماید (۴۱، ۱۸، ۱۵). در مجموع می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که مداخلات امید محور در ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان مؤثر است. بنابراین، مسئولین و مدیران سیستم بهداشتی کشور با استفاده از نتایج این پژوهش می‌توانند، با اجرای برنامه‌ها و راهکارهایی جهت ایجاد مداخلات گروه‌درمانی امید محور برای بیماران مبتلا به سرطان کیفیت زندگی آنان را در حیطه‌های مختلف ارتقاء دهند.

#### محدودیت‌های مطالعه:

این مطالعه نیز همچون سایر مطالعات دیگر شامل محدودیت‌هایی بود از جمله:

با توجه به اینکه این تحقیق بر روی بیماران مبتلا به سرطان استان آذربایجان غربی در شهر ارومیه انجام گرفته است لذا با توجه به تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی سایر نقاط کشور، قابل‌تعمیم به استان‌های دیگر نمی‌باشد. بنابراین انجام پژوهشی مشابه با پژوهش حاضر در مراکز استان‌ها و سایر شهرستان‌ها پیشنهاد می‌شود. همچنین تفاوت‌های فردی، خستگی و بی‌حوصلگی و وضعیت روحی و روانی نمونه‌های موردپژوهش و خستگی جسمانی آن‌ها از جمله

<sup>6</sup> Grewal & et al

<sup>7</sup> Herth & et al

<sup>4</sup> Rajandram & et al

<sup>5</sup> Berendes & et al



می‌باشد. بدین‌وسیله پژوهشگران مراتب سپاس و قدردانی خود را از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه، کارکنان محترم مرکز آموزشی درمانی امام خمینی ارومیه و کلیه بیماران مبتلا به سرطان به خاطر همکاری صمیمانه در این مطالعه اعلام می‌دارند.

عواملی هستند که می‌توانند بر نحوه پاسخ‌دهی تأثیرگذار باشد که کنترل آن از عهده پژوهش‌گر خارج است.

### تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مصوب دانشگاه علوم پزشکی ارومیه با کد اخلاقی: Ir.umsu.۱۳۹۴،۳۱۹

### References:

1. Rauch PK, Muriel AC, Cassem NH. Parents with cancer: who's looking after the children? *JCO Clin Cancer Inform* 2003;21(9 suppl): 117s-21s.
2. Bahrami B, Bahrami A, Mashhadi A, Karashki H. The role of cognitive emotion-regulation strategies in the quality of life of cancer patients. *Med J MUMS* 2015;58(2): 98-105.
3. Elwyn TS, Fetters MD, Sasaki H, Tsuda T. Responsibility and cancer disclosure in Japan. *Soc Sci Med* 2002;54(2): 281-93.
4. Sheikholeslami F, Nia RN, Vardanjani AT, Rabiei L, Ali S, Vardanjani E, et al. Hope and religious beliefs in Iranian cancer patients. *JLSB* 2012;9(2): 1300-3.
5. Stewart B, Kleihues P. WHO-International Agency for Research on Cancer. *World Cancer Report*. Lyon: IARC press; 2003.
6. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *J Cancer Clin Trials* 2015;136(5): E359-E86.
7. WHO. 10 Facts On Cancer. World Health Organization; 2015.
8. WHO. Iran (Islamic Republic of) cancer. World Health Organization; 2014.
9. Kamian S, Taghdisi MH, Azam K, Estebarsari F. Evaluating Effectiveness of Spiritual Health Education on Increasing Hope among Breast Cancer Patients. *Iran J Health Educ Health Promot* 2014;2(3): 208-14.
10. Abdollahzadeh F, Sadat S, Rahmani A, Asvadi I. Quality of life in cancer patients and its related factors. *J Caring Sci* 2012;1(2): 109-14.
11. Hassanpour A, Azari E, editors. Quality of life and related factors in cancer patients. *Abstract Book of National congress of care in special diseases* Ahvaz: Ahvaz University of Medical Sciences; 2006. P.42.
12. Joonbakhsh F, Shirvani H, Pashae S. Quality of life in children with cancer reported by them and their mothers. *IRJABS* 2014;8(4): 486-88.
13. Montazeri A, Vahdaninia M, Harirchi I, Ebrahimi M, Khaleghi F, Jarvandi S. Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an eighteen months follow-up study. *BMC Cancer* 2008;8(1): 330-46.
14. WHO. WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. field trial version, December 1996. 1996.
15. Bottomley A. The cancer patient and quality of life. *Oncologist* 2002;7(2): 120-5.
16. Mardani Hamule M, Shahraki Vahed A. Relationship between mental health and quality of life in cancer patients. *SSU J* 2010;18(2): 111-7.
17. Ghasemi A, Abedi A, Baghban I. The impact of group education based on snyder's hop theory on the rate of happiness in elderly's life. *Knowledge Res Appl Psychol* 2009;11(38): 17-38.
18. Grewal PK, Porter JE. Hope theory: A framework for understanding suicidal action. *Death Stud* 2007;31(2): 131-54.
19. Snyder CR. *Handbook of hope: Theory, measures, and applications*. Academic Press; 2000.
20. Snyder C, Irving L, Anderson J. Hope and health-Measuring the will and ways In CR Snyder & DR Forsyth (Eds.), *Handbook of social and clinical psychology The health perspective* (pp. 285-305). Elmsford, New York: Pergamon Press; 1991.
21. Nikolaichuk CL, Jevne RF, Maguire TO. Structuring the meaning of hope in health and illness. *Soc Sci Med* 1999;48(5): 591-605.
22. Wiles R, Cott C, Gibson BE. Hope, expectations and recovery from illness: a narrative synthesis of

- qualitative research. *J Adv Nurs* 2008;64(6): 564-73.
23. Vellone E, Rega ML, Galletti C, Cohen MZ. Hope and related variables in Italian cancer patients. *Cancer Nurs* 2006;29(5): 356-66.
  24. Ahangarzadeh Rezaei S, Rasoli M, Sori H, Bakhtiari M. Testing and developing resilience model in adolescents with cancer. (Dissertation). Tehran: Shahid Beheshti University; 2014.
  25. Melges FT, Bowlby J. Types of hopelessness in psychopathological process. *Arch General Psychiatry* 1969;20(6): 690-9.
  26. Stotland E. The psychology of hope. Jossey-Bass San Francisco; 1969.
  27. Herth K. Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. *Aust J Adv Nurs* 2000;32(6): 1431-41.
  28. Lopez SJ, Snyder C. Positive psychological assessment., Washington: APA; 2004.
  29. Shooa K, Mehrangiz M, Javid M. Relationship Between Quality Of Life & Hope In Breast Cancer Patients After Surgery. *Iran J Breast Diseases* 2009;2(3-4): 20-7.
  30. Kermani Z, Karimkhoda panahi M, Heydari M. Snyder Hope Scale Psychometric Properties. *Int J Appl Psychol* 2011;5(3): 16.
  31. Khazaeli N, Golshiri P, Farajzadegan Z, Hemati S, Amouheidari A, Hakimian MR, et al. Evaluating the Validity and Reliability of Persian Version of The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire for Colorectal Cancer (EORTC QLQ-CR29). *J Isfahan Univ Med Sic* 2014;32(276).
  32. Safaee A, Moghimi Dehkordi B. Validation study of a quality of life (QOL) questionnaire for use in Iran. *Asian Pac J Cancer Prev* 2007;8(4): 543-6.
  33. Safaee A, Dehkordi Moghimi B, Tabatabaie S. Reliability and validity of the QLQ-C30 questionnaire in cancer patients. *Armaghane danesh* 2007;12(2): 79-88.
  34. Montazeri A, Harirchi I, Vahdani M, Khaleghi F, Jarvandi S, Ebrahimi M, et al. The EORTC breast cancer-specific quality of life questionnaire (EORTC QLQ-BR23): translation and validation study of the Iranian version. *Quality Life Res* 2000;9(2): 177-84.
  35. Howell AJ, Jacobson RM, Larsen DJ. Enhanced psychological health among chronic pain clients engaged in hope-focused group counseling. *Counsel Psychol* 2015;43(4): 586-613.
  36. Tamadon A, Askari M. Evaluate the Effectiveness of Hope Therapy on Improving Resilience of Patients whit Blood Cancer. *J UMP Soc Sci Technol Manag* 2015;3(3): 358-62.
  37. Ebright PR, Lyon B, editors. Understanding hope and factors that enhance hope in women with breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 2002; 29(3): 561-68.
  38. Shun S-C, Hsiao F-H, Lai Y-H, editors. Relationship between hope and fatigue characteristics in newly diagnosed outpatients with cancer. *Oncol Nurs Forum* 2011; 38(2): 81-6.
  39. Rajandram RK, Ho SM, Samman N, Chan N, McGrath C, Zwahlen RA. Interaction of hope and optimism with anxiety and depression in a specific group of cancer survivors: a preliminary study. *BMC Res Notes* 2011;4(1): 519-25.
  40. Berendes D, Keefe FJ, Somers TJ, Kothadia SM, Porter LS, Cheavens JS. Hope in the context of lung cancer: relationships of hope to symptoms and psychological distress. *J Pain Symptom Manag* 2010;40(2): 174-82.
  41. Farhadi A, Movahedi Y, Movahedi M. The effectiveness of hope- based group psychotherapy on the promotion of health related quality of life in patients with cancer. *Yafte*. 2014;16(1): 32-42.

## THE EFFECT OF HOPE-BASED GROUP THERAPY ON THE CANCER PATIENTS' QUALITY OF LIFE BASED ON SNYDER'S HOPE THEORY

Zahed Molaei<sup>1</sup>, Soheila Ahangarzadeh Rezaei<sup>2</sup>, Hamidreza Khalkhali<sup>3</sup>

Received: 26 Feb, 2017; Accepted: 29 Apr, 2017

### Abstract

**Background & Aims:** Cancer is a chronic disorder which extremely affects the individuals' health and quality of life. Cancer patients lose their independence and ability to be effectively present in family and community and fell lack of competence and confidence. The present study aims at analyzing the effect of hope-based group therapy on the cancer patients' quality of life in Urmia Imam Khomeini educational therapeutic center.

**Materials & Methods:** The present study is an experimental and a randomized clinical trial which is conducted on 40 cancer patients who have referred to the Imam Khomeini educational therapeutic center of Urmia. Patients were selected based on convenience sampling and then they were randomly divided into two intervention and control groups, each having 20 members. Participants of the intervention group were trained based on Snyder's hope theory during one session per week for 8 sessions. The data collection tools included a Demographic Questionnaire, Snyder's Hope Questionnaire and cancer-specific quality of life questionnaire QLQ-C30 and for data analysis descriptive and inferential statistics was used.

**Results:** The research findings showed that hope-based group therapy increases the mean scores of two components of Functional and quality of life in the intervention group ( $p < 0.05$ ) but there were not any meaningful differences in the symptoms component ( $P > 0.05$ ).

**Conclusion:** Based on the research findings, the authors concluded that hope therapy has a considerable effect on improving different aspects of male and female cancer patients' health-related quality of life. Therefore, by using the findings of the present research and implementing programs and strategies to intervene hope-based group therapy for cancer patients, officials and administrators of health system in Iran can improve these patients' quality of life in different domains.

**Keywords:** Hope-based group therapy, Quality of life, Cancer, Hope, Snyder

**Address:** Address Urmia University of Medical Sciences, School of Nursing and Midwifery, Nazlou Campus, 11 km Seru Road, Urmia

**Tel:** (+98) 4432754962

**Email:** sorezayee@yahoo.com

<sup>1</sup> MSc Student of Psychiatric Nursing, University of Medical Sciences, Urmia, Iran

<sup>2</sup> Assistant Professor, Nursing and Midwifery Faculty, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

(Corresponding Author)

<sup>3</sup> Associate Professor of Vital Statistics, Patient Safety Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran