www.edcbmj.ir e-ISSN: 2345-5284

Education Strategies in Medical Sciences (ESMS)

Journal homepage: www.edcbmj.ir/en e-ISSN: 2345-5284

Baqiyatallah University of Medical Sciences

The Effectiveness of Group Hope on the Hope and Quality of Life of Cancer Children

Sanaz Aghakhani[*1]

[1] *PhD in Health Psychology, Payam Noor University, International Branch*

**Corresponding author: Sanaz Aghakhani, PhD in Health Psychology, Payam Noor University, International Branch. Email: aghakhani.sanaz86@gmail.com*

Article Info

Keywords: *Group hope, hope, quality of life, cancerous children*

Abstract

Introduction: The purpose of this study was to determine the effectiveness of group counseling on the hope and quality of life of cancer patients.

Methods: This research was a semi-experimental research with pre-test, post-test and follow-up with the control group. The statistical population of the study was male and female cancer patients referring to Amir Kabir Hospital and Tabriz Cancer Society in 1395 who were looking for participation in group training sessions. A sample of 40 students was selected by random sampling and randomly assigned to two groups: Hope training (20 students) and control group without any interventional intervention (20 subjects). The data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, multivariate covariance analysis. Data analysis was done using SPSS software.

Results: The results of multivariate tests of covariance analysis indicated that the intervention group of group hope with a coefficient of 0.46 has a significant effect on quality of life and hope.

Conclusion: The results of multivariate tests of covariance analysis indicated that the intervention group of group hope with a coefficient of 0.46 has a significant effect on quality of life and hope. The findings also showed that group hope is effective in improving quality of life and hope and predicts 53% and 84% of its variance, respectively.

Copyright © 2020, Education Strategies in Medical Sciences (ESMS). This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله راهبردهای آموزش در علوم پزشکی
دوره ۱۰، شماره ۶، ۱۳۹۶
صفحات: ۵۴۲-۵۵۰

اثربخشی امیداموزی گروهی بر میزان امید و کیفیت زندگی کودکان سرطانی

ساناز آقاخانی [1]*

[1] دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه پیام نور، واحد بین الملل

* نویسنده مسوول: ساناز آقاخانی ، کارشناس ارشد، دکترای روانشناسی سلامت ، واحد بین الملل،دانشگاه پیام نور. ایمیل: aghakhani.sanaz86@gmail.com

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی امیداموزی گروهی بر میزان امید و کیفیت زندگی کودکان سرطانی انجام شده است.

روش‌ها: این پژوهش یک پژوهش نیمه آزمایشی با پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش کودکان سرطانی دختر و پسر مراجعه کننده به بیمارستان امیرکبیر و انجمن سرطان تبسم در سال ۱۳۹۵بودندکه که متقاضی شرکت در جلسات آموزش گروهی امید بودند. تعداد ۴۰ نفر به صورت روش نمونه¬گیری دردسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه، امیدآموزی (۲۰ نفر) و گروه گواه بدون هیچ گونه مداخله درمانی (۲۰ نفر) قرار داده شدند. ابزارهای مورد استفاده پرسشنامه کیفیت زندگی کودکان و مقیاس امید کودکان اسنایدر بود تحلیل داده¬ها با استفاده از فرمول های آمار توصیفی و آمار استنباطی یعنی تحلیل کواریانس چندمتغیره انجام شد. تحلیل داده¬ها با استفاده از نرم افزار آماری spss انجام شد.

یافته‌ها: نتایج آزمون¬های چندمتغیره تحلیل کواریانس، نشان داد، روش مداخله‌ای امید آموزی گروهی با ضریب اثربخشی ۰/۴۶ بر کیفیت زندگی و امید تاثیر معنادار دارد.

نتیجه‌گیری: نتایج آزمون¬های چندمتغیره تحلیل کواریانس، نشان داد، روش مداخله‌ای امید آموزی گروهی با ضریب اثربخشی ۰/۴۶ بر کیفیت زندگی و امید تاثیر معنادار دارد. همچنین یافته ها نشان داد، امیدآموزی گروهی بر افزایش کیفیت زندگی و امید موثر بوده و به ترتیب ۵۳ و ۸۴ درصد از واریانس آن را پیش¬بینی می¬کند.

واژگان کلیدی: امید آموزی گروهی، امید، کیفیت زندگی، کودکان سرطانی

مقدمه

یکی از بیماریهای مزمن سرطان است. علیرغم پیشرفت های پزشکی، توسعه درمان های سرطان و افزایش تعداد نجات یافتگان از سرطان، این بیماری از لحاظ احساس درماندگی و ترس عمیقی که در فرد ایجاد می¬کند بی همتاست. اضطراب یکی از مهمترین اختلالات روانشناختی در نوجوانان مبتلا به سرطان است.(۱) . تردیدی نیست که تشخیص بیماریهای تهدیدکننده حیات همچون سرطان اثرات متعددی بر کیفیت زندگی فرد می¬گذارد. بیماران سرطانی اضطراب وتنش های زیادی را همراه با تشخیص این بیماری، تجربه می¬کنند(۲).

امروزه به علت پیشرفت در روش های درمانی میزان بقاء کودکان مبتلا به سرطان افزایش یافته است. اما همچنان پیش آگهی، امید به زندگی و کیفیت زندگی این کودکان نامشخص می باشد و می توان این عوامل را از عمده ترین دلایل بروز استرس در والدین ذکر نمود(۳). مسائلی نظیر مشکلات روانی اجتماعی، تنش درروابط والدین، مشکلات مالی، انزوای اجتماعی، تغییر در وظایف شغلی و خانوادگی، الگوهای تفریحی و کمبود وقت خانواده جهت پرداختن به کودکان سالم به عنوان دیگر عوامل تنش زا در خانواده های دارای کودکان مبتلا به سرطان معرفی شده اند. نگرش سیستمی در مورد خانواده چنین بیان می کند که تغییر در یک بخش از سیستم خانواده، کل سیستم را متاثر خواهد ساخت و ارتباط درونی سیستم خانواده طوری به هم گره خورده است که تغییر در یک قسمت باعث تغییر غیر قابل اجتناب درتمام سیستم می شود(۴). امید انسان را به حرکت وا می دارد تا به هدف خویش برسد. امید که از معرفت و شناخت حاصل می شود، اساس همه تلاش های مفید و پرثمر انسانی است (۵). امید ممکن است پربارترین عبارت کوتاه تمام زمان ها باشد، همه آن را می خواهند؛ افراد کمی می توانند توضیح دهند که امید چیست(۷). امید به عنوان تغییر شکل مثبت و روند پویایی تعریف شده است که به والدین کمک می کند تا زندگی شان را در مورد تجربه شان با ناتوانی های فرزندان شان از نو چارچوب دهند (۸). امید یک شیوه فکر کردن در مورد اهداف است. به طور اخص، امید به معنای یک آرزو یا خواسته برای چیزی که انتظار برآورده شدن آن هست، می باشد(۹). اگر چه مناقشه هایی در پیشینه ادبیاتی وجود دارد مبنی بر اینکه امید به طور برجسته یک سازه شناختی یا هیجانی است، اکثر صاحب نظران معتقدند که هر دو سازه ی شناختی و هیجانی در تجربه امید دخیل هستند. به عنوان مثال شوری و همکاران (۱۰) امید را روندی توصیف کرده اند که طی آن هیجانات در پی ارزیابی شناختی صورت می گیرد و سپس در کنش متقابل با ارزیابی های آینده قرار می گیرد. این امر بدین معناست که افکار و احساس ها هر دو در روند تجربه امید موثرند.

به نظر اسنایدر امید عبارت است از «توانایی درک شده برای تولید راه هایی به سمت اهداف خوشایند، همراه با انگیزه درک شده برای استفاده از آن راه ها تا فرد به هدف مورد نظر برسد(۱۱). در این چهارچوب دو عاملی، عامل به حس کارآمدی (یا قصد و اراده) در حرکت به سمت اهداف فردی و راهبردها به طرح برنامه و راه ها برای دستیابی به اهداف دلخواه برمی گردد(۱۲).

سرطان به خاطر مواجهه با مرگ آن‌ها را به یک حالت پوچی و بیهودگی معنایی نسبت به زندگی رسانده است و باعث کاهش اعتماد به نفس و افزایش احساس آسیب‌پذیری و کاهش امید و کاهش کیفیت زندگی این بیماران شده است(۱۳). در یافته های قبلی میتوان این نتیجه را گرفت که امید درمانی نسبت به دارو درمانی، تغییرات بیشتری را در ابعاد روان شناختی و اجتماعی کیفیت زندگی بیماران دارد. تردیدی نیست که تشخیص بیماریهای تهدیدکننده حیات همچون سرطان اثرات متعددی بر کیفیت زندگی فرد میگذارد و بیماران سرطانی اضطراب و تنش¬های زیادی را همراه با تشخیص این بیماری، تجربه میکنند(۱۴). امروزه به علت پیشرفت در روش های درمانی میزان بقاء کودکان مبتلا به سرطان افزایش یافته است. اما همچنان پیش آگهی، امید به زندگی و کیفیت زندگی این کودکان نامشخص می–باشد و می توان این عوامل را از عمده ترین دلایل بروز استرس در والدین ذکر نمود. مسائلی نظیر مشکلات روانی اجتماعی، تنش درروابط والدین، مشکلات مالی، انزوای اجتماعی، تغییر در وظایف شغلی و خانوادگی، الگوهای تفریحی و کمبود وقت خانواده جهت پرداختن به کودکان سالم به عنوان دیگر عوامل تنش زا در خانواده های دارای کودکان مبتلا به سرطان معرفی شده اند(۱۵).نگرش سیستمی در مورد خانواده چنین بیان می کند که تغییر در یک بخش از سیستم خانواده، کل سیستم را متاثر خواهد ساخت و ارتباط درونی سیستم خانواده طوری به هم گره خورده است که تغییر در یک قسمت باعث تغییر غیر قابل اجتناب درتمام سیستم می شود . تشخیص و درمان سرطان، تاثیرات منفی را درمحیط خانواده به همراه دارد .بنابراین در این پژوهش به بررسی اثر بخشی امید آموزی گروهی بر میزان امید و کیفیت زندگی کودکان سرطانی پرداخته شده است.

روش بررسی:

در این پژوهش، ابتدا از روش اسنادی یا کتابخانه ای استفاده شده است که با مطالعه کتاب ها و مقالات و پژوهش ها به منظور تدوین چارچوب نظری در جهت پاسخ به مساله در نظر گرفته شده و در روش میدانی براساس روش پژوهش پیمایشی به جمع آوری اطلاعات پرداخته خواهد شد. به همین منظور مقیاس امید کودکان اسنایدر (۱۹۹۱، نقل از اسنایدر و پترسون، ۲۰۰۰) و پرسشنامه کیفیت زندگی کودکان (دکتر کیناقان ، ۲۰۰۵، جنهیلور

، ۲۰۰۸) که توسط گروه کیداسکرین اروپا ، ۲۰۰۵ تهیه شده است، استفاده شد و در سطح عملیاتی با هدف معرفی زمینه های تجربی بخش نظری پژوهش توسط آزمودنی های گروه های آزمایش و کنترل در هر مرحله پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری در گروههای آزمایش بر روی گروه آزمایش تکمیل گردید.ضمناً برای جلوگیری از اثر هاله ای این مطالعه دو سره کور انجام شد و از تأثیر مثبت کاذب و منفی کاذب روی پاسخ ها جلوگیری شد. پژوهش حاضر شبه آزمایشی، با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل انجام بود. جامعه آماری در پژوهش حاضر شامل کلیه کودکان سرطانی دختر و پسر مراجعه کننده به بیمارستان امیرکبیر و انجمن سرطان تبسم بودند. نمونه پژوهش شامل۴۰ نفر کودک مبتلا به سرطان است که با روش گزینش تصادفی ۲۰ نفر در گروه کنترل و ۲۰ نفر در گروه آموزش گروهی امید قرار گرفتند، این نمونه ها از روش نمونه گیری تصادفی از بین کودکان مبتلا به سرطان مراجعه کننده به بیمارستان امیرکبیر و انجمن سرطان تبسم انتخاب شدند. ابتدا پیش آزمون بر روی آن ها اجرا گردید، پس براساس نمونه گیری هدفمند کودکانی که امید آن ها نمره ۹ یا پایین تر کسب نمودند را جزء ۱۵٪ کم امید قرار گرفتند و نمراتشان حداقل۱ انحراف معیار از میانگین کل پایین تر بودند به عنوان نمونه انتخاب شدند و کودکانی که کیفیت زندگی آن ها از نقطه برش ۱۰۴ به پایین بودند، انتخاب شدند که از میان آن ها به روش نمونه گیری تصادفی ۲ گروه انتخاب شدند.سن آن ها بین ۷ تا ۱۸ سال بوده، حداقل کلاس اول و حداکثر دیپلم می باشند و حتما سواد خواندن و نوشتن داشتند، در زمان انجام پژوهش در حال مداوای بیماری و در حال انجام درمان بودند.

۸ جلسه آموزش امید (بر روی گروه آزمایش ۲) مجددا آزمون های امید و کودکان و کیفیت زندگی کودکان در جلسه آخر روی اعضاء گروه ها اجرا گردید. سپس بعد از ۱ ماه از اجرای پس آزمون مجدداً همان آزمون‌ها به منظور بررسی ماندگاری اثر آموزش بر روی کودکان گروه‌های آزمایش ۱ و ۲ اجرا گردید. ملاحظات اخلاقی پژوهش عبارت بودند از: محرمانه بودن اطلاعات آزمودنی ها، کسب رضایت شخصی از، آزمودنی هایی که به سوالات پاسخگو بودند، استفاده نکردن از نام و اطلاعات شرکت کنندگان در تحلیل داده ها و اینکه تجزیه و تحلیل به صورت گروهی انجام شود.

۴- به گروه گواه اطمینان داده شد که پس از جلسات دو گروه آزمایش به آن ها نیز ۸ جلسه امید آموزی گروهی یا آموزش گروهی برنامه ریزی عصب- زبان شناختی ارائه خواهد شد.

طرح پژوهش به قرار زیر است:

جدول :۱ پیکره طرح پژوهش

گروه‌ها	پیش آزمون	متغیر مستقل	پس آزمون	پیگیری
E1	T1	X	T2	T3
E2	T1	Y	T2	T3
C	T1	-	T2	-

مقیاس امید کودکان در حیطه های زندگی

این مقیاس یک مقیاس ۳۰ سوالی امید کودکان اسنایدر (اسنایدر، ۲۰۰۶) برای کودکان و نوجوانان طراحی شده شامل خواه مقیاس امید کودکان، حیطه تکالیف مدرسه، حیطه خانواده، حیطه ایمنی، حیطه تفریح و بازی است(بهاری، ۱۳۹۰). برای پاسخ دادن به سوالات خرده مقیاس امید کودکان، پیوستاری از ۱ (هیچ وقت) تا ۶ (همیشه) و برای دیگر خواه مقیاس ها بیوستاری از ۱ (کاملا غلط) تا ۶ (کاملا درست) در نظر گرفته شده است. نمره امید، حاصل جمع این ۴ خرده مقیاس است. بنابراین مجموع نمرات بین ۳۶ تا ۱۸۰ قرار می گیرد (۱۶). یک مقیاس شش ماده ایی است که اراده، راهیابی و امید کلی را در کودکان و نوجوانان می سنجد. دو-ریوز و همکاران (۲۰۱۲) بیان داشته اند در حال حاضر یکی از پر استفاده ترین مقیاس اندازه گیری امید نوجوانان که دارای تعاریف عملیاتی واضح و روشن است، عناصر تفکر رهیاب و هم تفکر عاملیتی را به دست می آورد. این مقیاس در ابتدا برای کودکان ۷ تا ۱۶ ساله تهیه شد ولی مطالعات اعتباریابی بعدی نشان داد که مقیاس فوق برای جوانان تا سن ۱۹ سال هم مناسب می باشد. در پژوهشی که توسط گلزاری (۱۳۸۶) بر روی ۶۶۰ دانش آموز دختر در استان تهران انجام شد، پایای مقیاس امید اسنایدر با روش همسانی درونی مورد بررسی قرار گرفت و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد(۱۷).

مقیاس امید با مقیاس هایی که فرایندهای روان شناختی مشابهی را می سنجند، همبستگی بالای دارد. به عنوان مثال، نمره های مقیاس امید به میزان ۰/۵۰ تا ۰/۶۰ با مقیاس خوش بینی یشیر و کارور همبستگی دارد. همچنین نمرات این مقیاس با نمرات سیاهه افسردگی یک همبستگی منفی دارد (۰/۵۱- ۰/۴۲) به علاوه، طبق نظر متخصصان بالینی، روایی این مقیاس به روش روایی محتوا نیز مورد تأیید قرار گرفته است (بهاری، ۱۳۹۰). مارکوس، پی- ریبریو و لوپز (۲۰۰۷a) ویژگی های روان سنجی و ساختاری در گونه پرتغالی CHS یافتند که همانند گونه اصلی آن است، میانگین (۲۴/۱۰) و انحراف معیار (۴/۰۱) و آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و همچنین تعیین دو عامل: تفکر رهیاب و تفکر

عاملیتی– مدل امید (۱۸). پایایی این ابزار در مطالعه حاضر به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۵ برآورد شده است.

پرسشنامه کیفیت زندگی کودکان (who)

پرسشنامه کیفیت زندگی کودکان و نوجوانان با روش کلید اسکرین۱۵۲ می‌باشد. این پرسشنامه اولین نتایج رونکاوی مرتبط با پرسش نامه کیفیت زندگی و مرتبط با وضعیت سلامت عمومی کلید اسکرین ۵۲ را در کودکان و نوجوانان توضیح داده و تعمیم می بخشد. این پرسش نامه دارای ۵۲ سوال است که شامل ۱۰ مولفه می گردد.ده مولفه رفاه جسمی/ مادی (۵ سوال)، رفاه روانی (۶ سوال)، حالات و انگیزهش (۷ سوال)، درک از خود (۵ سوال)، خودمختاری (۵ سوال)، روابط بین والدین و شرایط زندگی (۶ سوال)، پشتیبانی اجتماعی و دوستان (۵ سوال)، محیط مدرسه (۶ سوالع)، پذیرش اجتماعی (۳ سوال)، منابع مالی (۳ سوال) می باشد. هر یک از سوالات بر اساس مقیاس لیکرت از ۱ تا ۵ نمره دهی می شوند. تمامی نمرات برای قرار گرفتن در مقیاس ۴ تا ۲۰ برای هر بعد، تبدیل می شوند و نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر است(۱۹).

آنالیزهایی با ویژگی های روانکاوی از جنبه ی مقیاس کرونباخ آلفا صورت گرفت که ضریب همبستگی ۰/۷۷ تا ۰/۸۹ را بین ابعاد آزمایشی کیندلر[2] و کلید اسکرین ۵۲ نشان می داد که جهت آزمایشاتی با ساختار یکسان و مشابه رقم بالایی بود، (r=۵۱/۰ —۶۸/۰) تمام ابعاد کلید اسکرین۵۲ حاکی از گرادیان مربوط به وضعیت اجتماعی اقتصادی بود ونیز اکثر ابعاد آزمایشات حاکی از یک گرادیان عدم سلامت روانی (شی). انسجام درونی ابعاد کید اسکرین۲۵ با استفاده از مقیاس آلفای کرونباخ محاسبه گردید. ضرایب ثابت آلفا ۰/۷ یا بیشتر مورد قبول واقع شد. ضرایب ثابت همبستگی بین ۰/۱ و ۰/۳ میزان کمی محسوب می شوند درحالیکه بین ۰/۳۱ و ۰/۵ متوسط محسوب می شود و بیش از ۰/۵ در سطح بالا محسوب می شود. مدت زمان تکمیل پرسشنامه کیفیت زندگی کودکان کید اسکرین۵۲ ، در مطالعه حاضر مدت زمان پاسخ دادن به مقیاس کیفیت زندگی کودکان در دامنه ۱۵ تا ۲۰ دقیقه محاسبه شد(۲۰).

به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از آماره میانگین به عنوان شاخص گرایش به مرکز و آماره انحراف استاندارد به عنوان شاخص پراکندگی از ضرایب کجی و کشیدگی یا ترسیم بصری نمودار توزیع نرمال برای اطمینان از طبیعی بودن توزیع نمرات و آزمون لوین به ترتیب برای اطمینان از تساوی واریانس و کوواریانس های میانگین نمرات در گروه آزمایش و گواه و نیز آزمون تحلیل کوواریانس دومتغییره برای تجزیه و تحلیل آماری داده ها و استنباط آماری آنها و نیز انتخاب سطح معناداری ۰/۰۱ یا ۰/۰۵ بهره گرفته شد. تحلیل اده‌ها با استفاده از نرم افزار spss انجام شد.

روش اجرا پژوهش به این صورت بود که مشاور طی یک آگهی در محل مرکز درمانی کودکان سرطانی (بیمارستان امیرکبیر) و انجمن سرطان (تبسم) مبنی بر برگزاری یک سری جلسات امید، آموزی گروهی از بیماران ۷ تا ۱۸ سال برای حضور در جلسات اقدام کرد. در این آگهی به معرفی مختصری از عناوین جلسات امید آموزی گروهی که قرار بود به بیماران ۷ تا ۱۸ سال ارائه گردد نظیر تکنیک های کمک به افراد برای یافتن امید در خود از قبیل کاربرد فنون راه حل مدار آشنایی افراد با مراحل ششگانه هدف گزینی، رفع موانع ذهنی امید، تقویت اجزاء امید، و مهارت های ارتباطی، اداره تعارضات افراد، حفظ امید در افراد و... و همچنین شرایط افرادی که می توانستند در این جلسات درمانی شرکت کنند .

پس در همان آگهی تاریخ برگزاری مصاحبه مقدماتی بیماران مشخص شد. مصاحبه ای که انجام شد یک مصاحبه نیمه ساخت یافته (براساس ملاک های انتخاب وتوضیح ساختار جلسات) از بیماران بود. پس از بیماران مراجعه کننده تعداد ۴۰ بیمار انتخاب و به روش جایگزینی تصادفی در سه گروه، دو گروه آزمایشی (گروه ۱ امید آموزی گروهی) (گروه ۲ آموزش گروهی ان ال پی) و گروه گواه (هر گروه ۲۰ نفر) قرار داده می شوند. ابتدا یک پیش آزمون از هردو گروه گرفته شد، پس مرحله مداخله از جلسه اول تا هشتم برای افراد گروه آزمایش انجام شد و در پایان پس از گذشت ۳ روز از آخرین مداخله ازهر دو گروه پس آزمون گرفته شد. لازم به ذکر ست که همه جلسات با حضور درمانگر انجام شد. مراحل مداخله براساس توصیف عملی جلسات امید درمانی به شیوه اسنایدر و همکاران و ورشینگتون (نقل از بهاری، ۱۳۸۸) اجرا گردید و مراحل مداخله براساس توصیف عملی جلسات برنامه ریزی عصب –زبان شناختی به شیوه بند لروگریندر (۱۹۷۹، به نقل از دیلتز ۲۰۳) اجرا گردید. موضوعاتی که طی یک پیش جلسه و هشت جلسه که هفته ای یک بار به مدت هر جلسه ۱/۵ ساعت انجام شد.

یافته ها

در جدول شماره۱، میانگین و انحراف استاندارد سن افراد حاضر در نمونه نشان داده شده است.

جدول ۱: میانگین سنی آزمودنی‌ها در گروه آزمایش و گروه گواه

[1]- KIDS CREEN 52

[2]- KINDLR

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
گروه آزمایشی (امیدآموزی)	۱۰/۳۰	۲/۳۶
گروه گواه	۱۰/۴۵	۲/۳۲

نتایج مندرج در جدول شماره۱ نشان می‌دهد که میانگین سنی افراد حاضر در گروه آزمایش ۱۰/۳ سال و در گروه گواه ۱۰/۴ سال می‌باشد. برای بررسی شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش از فرمول های میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۲ نشان داده ده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد نمرات امید به زندگی و کیفیت زندگی

		پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
متغیر وابسته	**گروه**	**میانگین**	**انحراف استاندارد**	**میانگین**	**انحراف استاندارد**	**میانگین**	**انحراف استاندارد**
امید	امیدآموزی	۱۱.۹۵	۲.۷۶	۲۷.۱۰	۴.۰۲	۲۶.۸۵	۴.۹۵
	گواه	۱۱.۹۵	۲.۷۶	۱۱.۸۵	۳.۱۶	–	–
کیفیت زندگی	امیدآموزی	۹۵.۸۵	۱۴.۸۹	۱۱۵.۳۰	۱۶.۰۰	۱۱۶.۹۵	۱۵.۰۹
	گواه	۱۰۰.۳۰	۱۵.۴۷	۱۰۱.۴۰	۱۵.۲۲	–	–

یافته‌ها نشان می‌دهد پس از تعدیل نمرات گروه‌های آزمایشی و گواه میانگین نمرات امید و کیفیت زندگی دوگروه با هم تفاوت دارند که این بیانگر آن است که اثر امیدآموزی موجب افزایش امید و کیفیت زندگی در پس‌آزمون شده است. لذا برای پاسخ به این پرسش که آیا این تغییرات و افزایش نمرات معنی‌دار است یا خیر لازم است داده‌ها مورد تحلیل استنباطی قرار بگیرند.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس اثر امید آموزی بر متغیرهای وابسته

منابع تغییرات	**متغیرهای وابسته**	**مجموع مجذورات**	**درجه آزادی**	**میانگین مجذورات**	**F**	**معنی داری**	**اندازه اثر**	**توان آزمون**
اثر گروه	کیفیت زندگی	۱۶۵۴.۱۳۷	۱	۱۶۵۴.۱۳۷	۲۵.۸۲۵	۰.۰۰۰۱	۰.۵۱۵	۱.۰۰۰
	رفاه فیزیکی	۶۸.۲۴۱	۱	۶۸.۲۴۱	۲۲.۲۴۱	۰.۰۰۰۱	۰.۴۷۹	۰.۹۹۴
	رفاه روانی	۱۴۸.۶۶۴	۱	۱۴۸.۶۶۴	۶۵.۹۴۴	۰.۰۰۰۱	۰.۷۳۳	۱.۰۰۰
	احساسات و عواطف	۹۷.۱۱۰	۱	۹۷.۱۱۰	۲۳.۳۶۲	۰.۰۰۰۱	۰.۴۹۳	۰.۹۹۶
	درک از خود	۱.۶۰۵	۱	۱.۶۰۵	۰.۴۴۵	۰.۵۱۱	۰.۰۱۸	۰.۰۹۸
	خودمختاری	۵۵.۴۸۵	۱	۵۵.۴۸۵	۹.۶۱۷	۰.۰۰۵	۰.۲۸۶	۰.۸۴۵
	روابط والدین	۵۸.۱۲۸	۱	۵۸.۱۲۸	۱۷.۴۷۶	۰.۰۰۰۱	۰.۴۲۱	۰.۹۸۰
	حمایت اجتماعی	۴۲.۰۱۹	۱	۴۲.۰۱۹	۶.۰۱۲	۰.۰۲۲	۰.۲۰۰	۰.۶۵۳
	محیط مدرسه	۹۰.۰۰۷	۱	۹۰.۰۰۷	۳۶.۹۵۶	۰.۰۰۰۱	۰.۶۰۶	۱.۰۰۰
	پذیرش اجتماعی	۴.۶۹۴	۱	۴.۶۹۴	۶.۹۷۷	۰.۰۱۴	۰.۲۲۵	۰.۷۱۷
	منابع مالی	۰.۰۷۴	۱	۰.۰۷۴	۰.۰۲۴	۰.۸۷۷	۰.۰۰۱	۰.۰۵۳
	امید	۱۴۵۷.۲۳۴	۱	۱۴۵۷.۲۳۴	۱۴۵.۲۵۶	۰.۰۰۰۱	۰.۸۵۸	۱.۰۰۰
	قدرت اراده	۳۷۸.۹۸۸	۱	۳۷۸.۹۸۸	۱۱۲.۰۲۷	۰.۰۰۰۱	۰.۸۲۴	۱.۰۰۰
	قدرت راهیابی	۳۴۹.۹۱۸	۱	۳۴۹.۹۱۸	۹۶.۶۴۷	۰.۰۰۰۱	۰.۸۰۱	۱.۰۰۰
خطا	کیفیت زندگی	۱۵۳۷.۲۵۵	۲۴	۶۴.۰۵۲				
	رفاه فیزیکی	۷۴.۳۱۲	۲۴	۳.۰۹۶				
	رفاه روانی	۵۴.۱۰۵	۲۴	۲.۲۵۴				
	احساسات و عواطف	۹۹.۷۶۳	۲۴	۴.۱۵۷				
	درک از خود	۸۶.۵۷۶	۲۴	۳.۶۰۷				
	خودمختاری	۱۳۸.۴۶۸	۲۴	۵.۷۶۹				
	روابط والدین	۷۹.۸۲۷	۲۴	۳.۳۲۶				
	حمایت اجتماعی	۱۶۷.۷۴۳	۲۴	۹.۹۸۹				
	محیط مدرسه	۵۸.۴۵۲	۲۴	۲.۴۳۶				

	پذیرش اجتماعی	۱۶.۱۴۶	۲۴	۰.۶۷۳
	منابع مالی	۷۳.۰۹۲	۲۴	۳.۰۴۵
	امید	۲۴۰.۷۷۲	۲۴	۱۰.۰۳۲
	قدرت اراده	۸۱.۱۹۲	۲۴	۳.۳۸۳
	قدرت راهیابی	۸۶.۸۹۴	۲۴	۳.۶۲۱
مجموع	کیفیت زندگی	۴۸۰۷۹۲.۰۰۰	۴۰	
	رفاه فیزیکی	۳۵۹۴.۰۰۰	۴۰	
	رفاه روانی	۷۰۸۹.۰۰۰	۴۰	
	احساسات و عواطف	۷۰۰۷.۰۰۰	۴۰	
	درک از خود	۴۹۰۶.۰۰۰	۴۰	
	خودمختاری	۴۶۷۳.۰۰۰	۴۰	
	روابط والدین	۱۲۳۸۷.۰۰۰	۴۰	
	حمایت اجتماعی	۵۷۵۹.۰۰۰	۴۰	
	محیط مدرسه	۱۱۰۰۱.۰۰۰	۴۰	
	پذیرش اجتماعی	۲۲۱.۰۰۰	۴۰	
	منابع مالی	۲۲۴۴.۰۰۰	۴۰	
	امید	۱۷۹۹۵.۰۰۰	۴۰	
	قدرت اراده	۴۹.۷۸.۰۰۰	۴۰	
	قدرت راهیابی	۴۱۴۱.۰۰۰	۴۰	

همانطوری که در جدول شماره ۳ دیده می‌شود (۱۶۵۴.۱۳۷ = کیفیت زندگی) و (۱۴۵۷.۲۳۴ = امید) =F، ۰.۰۰۰۱=p، (۰.۵۱۵ = کیفیت زندگی) و (۰.۸۵۸= امید) = Eta) نشان می‌دهد بین دو گروه اثر اختلافی وجود دارد. به عبارت دیگر بین امید و کیفیت زندگی گروه آزمایش با گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد. اندازه Eta حاکی از این است که ۵۱ درصد از واریانس کیفیت زندگی و ۸۵ درصد از واریانس امید آزمودنی‌های شرکت کننده در گروه آزمایش را می‌توان به تائید آموزش گروهی امیدآموزی نسبت داد. علاوه براین اثرات امید آموزی بر درک از خود و منابع مالی معنی‌دار نبود. میزان توان آزمون بیاگر این است که با دقت ۰/۰۰۱ این اثربخش معنادار بوده و حجم نمونه برای اجرای درمان کافی بوده است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی امیداموزی گروهی بر میزان امید و کیفیت زندگی کودکان سرطانی انجام شد نتایج پژوهش نشان داد که آموزش امیدآموزی گروهی بر کیفیت زندگی و امید کودکان سرطانی تاثیر معنادار دارد. این یافته با نتایج پژوهش های(۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵ و۲۶). همچنین خسروی زاده (۱۳۸۹) در پژوهش خود که به بررسی ارزیابی رابطه بین امید و کیفیت زندگی در افراد متبلا به اچ ای وی بود به این نتایج دست یافته است که به طور کلی ایمد با کیفیت زندگی در بیماران اچ آی وی رابطه مثبت دارد. همچنین در مردان امید با هر شش بعد حمایت خانوادگی، روابط اجتماعی، احساسات منفی نسبت به خود، احساس نسبت به مرگ و خود بخشودگی، عملکرد جنسی، معنویت و مذهب رابطه مثبت داشته در حالی که نمرات زنان در این ابعاد ارتباط معنی داری را نشان نمی‌داد.

در تبیین اثربخشی آموزی گروهی در کیفیت زندگی می‌توان گفت، امید به زندگی انسان معنا می بخشد و هنگام هجوم مشکلات، ناملایمات، رنج ها و مصائب و ناگواری ها از فروپاشی روانی انسان جلوگیری می کنند. بدون امید زندگی بی معنا، تلاش ناموجه و اضطراب و افسردگی حضور موجه پیدا می کند و سیاهی و تاریکی افق آینده را می پوشانند. امید درمانی به مراجع کمک می کند تا هدف های روشن را تدوین کند، راه های دستیابی به اهداف را نومبنا سازی کند، خود را برای تعقیب اهداف برانگیزد و موانع را به صورت چالش هایی از نو باز تعبیر کند تا بر آن ها غلبه کند. هر فرد به یک عقیده مخصوص و تصور ذهنی از وضع خود دارد و به طریقی در ذهن خود آن را منعکس می سازد. این تصور ذهنی بر اثر تجارب شخصی وتاثیر دنیای خارج در او به وجود می آید و به نظر ثابت و پایدار از محیط و از شخص خود و از ارتباط خود با محیط به دست می آورد و برطبق آن مسایل زندگی را ارزیابی می کند و برای مقابله با آن ها به کوشش

می پردازد. در واقع شاید مهم ترین چیزی که ما درباره خودمان بیان می کنیم تغییرهایی از رفتارهای مان و محیطی باشد که در آن زندگی می کنیم. همچنین در پژوهش بررسی اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر افزایش امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان نتایج نشان داد که درمان مذکور، میزان امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان را به طور معنادری بیش از گروه گواه افزایش داده است و همچنین میزان افسردگی آزمودنی‌های گروه ازمایش هم به نحو معناداری نسبت به گروه گواه کاهش داشته است(۲۷).

نتیجه گیری

با توجه به یافته های پژوهش حاضر و با در نظر گرفتن نتایج پژوهش های پیشین می توان به طور کلی نتیجه گرفت که امید آموزی گروهی با تکیه بر اصول پایه ای و تکنیک های خود با تاثیرگذاری بر سطح ارتباط فرد با دیگران در جهت یک ارتباط موثر و تغییر باورها و نگرش های افراد در سطوح مختلف ذهن کودکان سرطانی می توانند حالت های سلامتی خود را کشف و الگوسازی کنند. حالات، عواطف و افکارشان تاثیر مستقیمی بر سلامتی شان می گذارند و برای بدنشان، دنیایی که در ذهنشان ایجاد می کنند دنیای «واقعی» است. می‌توان با تغییر دادن شیوه ای که در مورد تعیین احساس درونشان به کار می برند، برداشت هایشان را تغییر دهند و با کمک نظام های بازنمایی و ویژگی های جانبی، دنیای درونشان را طراحی می کنند. این کار، حق انتخاب و تسلط بر سلامتی اشان را به نحو گسترده ای در اختیارشان قرار می دهد. شاید کودکان سرطانی قادر به تغییر دادن رویدادهای زندگی نباشند، اما می توانند نوع واکنش شان در قبال این اتفاقات را تغییر و از این طریق استرس و ناامیدی خود را کاهش دهند. از مهارت های برقراری هم نوایی و تفاهم برای ایجاد و حفظ روابط دلگرم کننده با دیگران استفاده می کنند و از خط زمان ذهنی و اهداف ویژه برای ایجاد آینده ای که الهام بخش شان است استفاده می کنند و از سویی دیگر امید و کیفیت زندگی کودکان سرطانی را دست کاری می نماید و این پژوهش ها نشان می دهد که این مداخلات روانشناختی منجر به تغییراتی مثبت و افزایش در امید و کیفیت زندگی کودکان سرطانی می شود.

تشکرو قدردانی

بدینوسیله از استاد بزرگوار و ارجمندم جناب اقای دکتر فرشاد بهاری که با راهنمایی های ارزنده راه و رسم پژوهش را به من اموخت و در این مسیر یاری ام نمود تقدیر و تشکر می کنم . سپاس ویژه از مسئولین و کارکنان انجمن سرطان استان مرکزی که بی شک اگر همکاری این عزیزان نبود محققا این تحقیق به پایان نمی رسید. از تمام کودکان و خانواده هایی که با شرکت در این پژوهش امکان اجرای موضوع تحقیق را با حضور در جلسات فراهم کردند صمیمانه تشکر می کنم.

منابع

1. Eiser,CH. Lawrence,E. children with cancer : the quality of life. ***ewjersey,USA***.(2014).8,79-93
2. Kristen,E.Robinson,BS.Cynthia,A.Gerhardt. Parent and family factors associated with child adjustment to pediatric cancer .***journal of pediatric psychology***.(2007).
3. Sharma.V, Sood.A ,loprinzi.C,Prasad,K .Stress Management and Resilience Training (SMART) program to decrease stress and enhance resilience among breast cancer survivors: ***a randomized trial.BMC Complement Altern Med. 2012 June; 12(Suppl 1). P: 211.***
4. Hossein Qomi, T and Solomon, H. The effects of maternal stress resilience training of children with cancer in Imam Khomeini: Tehran, ***Health Psychology***.(2012).۴(in persian)
5. Snyder, M. The discursive proportion of l'lOp€Z2l qualitative analysis of cancer patients speech,qualitaive health research 2007; 12(2).
6. Snyder, C.R. Mackkaloff. S. Handbook of hope: Theory, measures, and applications. (Edited by C.R. Snyder) ***ACADEMIC PRESS***.(2000): USA
7. Snyder, C.R. Hope theory: rainbows in the mind***. Psychol Inq***.(2002). 13(4):249-75.
8. Ong, A. D. Edwards, L.M., & Bergemen, C.S. (2006). Hope as a source of resilience
9. in later adulthood. ***Journal of Personality and Individual Differences***, 41: 1263-1273
10. Aslami, A***, "***the definition of positive thinking" positive delta.(2009). No. 10, p. 10 and 11. (in persian)
11. Taiba, N. The Effectiveness of Gestalt therapy on women's self-esteem increased life expectancy and education retired city behbehan,

Master's thesis advisers. Ahvaz Islamic Azad University, ***Science and Research***. (2008). (in persian)

12. Snyder C.R. Handbook of Hope: Theory, Measures, & Applications. ***Academic Press; 1 edition (May 8, 2003).***

13. Bahari, F, Fatehizade, M, Ahmed, S, H Bahrami, F. The effect of marital advice based on hope, forgiveness and a combination of both on the level of interpersonal cognitive distortions divorce***, Journal of Research in Behavioral Sciences***.(2010). Volume 8, Number 1, 33-25. (in persian)
14. Shoaa kazemi M, Momeni M. The effective protective intervention(Logo therapy) on recovery of Quality of life PTSD students in Bam city.1th congress of powerment & promotion women activity. Cross red 2009***Iranian Journal of Breast Diseases***.(2009). (in persian)
15. Heidari, AR & Jafari, F. Comparison of quality of life, social support and general health of HIV-infected people with normal people. ***New findings in psychology***,(2011): 60-47. (in persian)
16. Taylor, S. E. Cultural differences in the impact of social support on psychological and bio-logical stress responses. ***Psychological Science***. (2007). 18. 800-839.

17. Suarez, L., Ramirez, A.G., Villarreal, R., Marti, J., Mcalister, A., Talavera, G.A.,& et al. Social networks and cancer screening in four U.S. Hispanic groups. ***Am J Prev Med,(2000)19(1), 47-52.***

18. Mousavi SM, Montazeri A, Mohagheghi MA, Jarrahi AM, Harirchi I, Najafi M, et al. Breast cancer in Iran: an epidemiological review. ***Breast J.*** 2007;13(4): 383-91. (in persian)

19. Tsui.H.H,Meei.S.L,Tsung.S.T,Ghia .CL. The relationhip of Pain ,uncertainy,and hope in Taiwaneslung cancer patients.***Journal of pain and Symptom Management .2003;(26).835-842.*** (in persian)

20. Medina-Franco H, Abarca-Pérez L, Cortés-Gonzlez R, Soto-Germes S, Ulloa JA, Uribe N. Finneedle aspiration biopsy of breast lesions: institutional experience***. Rev Invest Clin 2005;57(3): 394-8.***

21. Dilts, R., Delozeier, J. Encyclopedia of systemic neuro linguistic programming and NLP newcoding. Scotts valley, APPROX; (2003).***NLp university press*** 3, P230.

22. Dlouhy, N, MR; Fzylty,M. Hassan Tabrizi, M. Metastatic cancer, genetic factors and fine-textured environments secondary. ***Tehran University Medical Journal,(2012): 7 (11): 671-683.***

23. Svardlavr, A, Aghaie, A and Joseph,A. Psychological theory and applications: neuro-linguistic programming: Venerable, the next generation, the venerable book.(2011).

24. Whitman GJ, Tracy J. Lu, Adejolu M, Krishnamurthy S, Sheppard D. Lymph Node Sonography. ***Ultrasound Clin 2011; 6(3): 369–80.***

25. Khoshnevis, F. Facts about current cancer in women &men Babul***, Aveeshen publisher*** 2006. (in persian)
26. Golzarie, M. Validation of a Scale hope Schneider, unpublished, ***Allameh Tabatabai University in Tehran***.(2007). (in persian)
27. Lopez, S. J., and snyder, C. R. the futur of psychology assessment: Makin‘g""a" difference. Positive psychological assessment: ***A handbook ofmodels and measures***, (2008). 461-468.
28. Zeighami, M, Sh.hoshmand, SH, Kooshyar, M M. Esmaeili, H. Quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. ***Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery***.(2009). 16. number 1. (in persian)