

## بررسی اثربخشی امیددرمانی گروهی بر کیفیت زندگی اعضای خانواده بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا

### Evaluating the Effectiveness of Group Hope Therapy on Quality of Life of Family Members of Patients with Schizophrenia

M. Dehestani, Ph.D.

دکتر مهدی دهستانی

استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور

دریافت مقاله: ۹۱/۱/۱۵

دریافت نسخه اصلاح‌شده: ۹۳/۴/۱۱

پذیرش مقاله: ۹۳/۵/۵

#### Abstract

The literature suggests that family caregivers of schizophrenic patients report poor quality of life. Lack of knowledge about how to face patients' condition and insufficient problem solving skills for solving problems that are caused by patients' condition are related to lower quality of life among family caregivers. The current study aimed to increase family caregivers' coping and problem solving skills and motivate caregivers to solve their problems by means of hope therapy. Thirty family caregivers of schizophrenic patients participated in the study. Fifteen caregivers were assigned to hope therapy group and 15 caregivers were assigned to control group.

#### چکیده

ادبیات پژوهش بیانگر این است که اعضای خانواده بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا کیفیت زندگی پایینی را گزارش می‌دهند. کمبود دانش در مورد نحوه مواجهه با شرایط بیمار و مهارت‌های حل مسئله ناکافی برای حل مشکلات ناشی از شرایط بیمار با سطح پایین‌تر کیفیت زندگی مراقبان در ارتباط است. پژوهش حاضر سعی داشت با استفاده از امیددرمانی مهارت‌های مقابله‌ای و مهارت‌های حل مسئله مراقبان و انگیزه آنان برای حل مشکلاتشان را افزایش دهد. سی عضو خانواده بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا در پژوهش حاضر شرکت کردند. امیددرمانی شامل ۸ جلسه (۴ هفته) بود. هر جلسه حدود ۲ ساعت طول می‌کشید.

Corresponding author: Payame Noor University  
Po Box 19395-4697 Tehran Iran.  
Email: [dehestani110@yahoo.com](mailto:dehestani110@yahoo.com)

نویسنده مسئول: دانشگاه پیام نور، بلوار ارتش، خیابان نخل،  
دانشکده ادبیات و علوم انسانی  
پست الکترونیکی: [dehestani110@yahoo.com](mailto:dehestani110@yahoo.com)

The hope therapy consisted of 8 sessions (4 weeks). Each session took two hours. Participants in hope therapy group were asked to complete measures of quality of life and hope before first session and again after completion of the program. In addition, control participants completed the same measures twice with the same interval time sequence.

It was found that participants in both groups did not significantly differ in quality of life and hope at baseline. Analyses of covariance showed that participants in hope therapy group reported higher score compared to control participants in vitality ( $p=.001$ ), general health perception ( $p=.001$ ), social role functioning ( $p=.006$ ) and mental health ( $p=.001$ ) at post intervention measurement. Other findings were not significant.

The findings indicated that hope therapy is an effective treatment for increasing caregivers' quality of life mainly in psychological aspects.

**Keywords:** Quality of Life, Hope Group Therapy, Schizophrenic Patients, Family Members.

از شرکت‌کنندگان در گروه امیددرمانی خواسته شد که به پرسش‌نامه‌هایی در زمینه کیفیت زندگی و امید پیش از شروع نخستین جلسه و پس از آخرین جلسه پاسخ دهند. علاوه بر این، شرکت‌کنندگان گروه کنترل به همان ابزارها در دو نوبت و با فاصله زمانی ۴ هفته پاسخ دادند.

نتایج نشان داد که دو گروه شرکت‌کنندگان تفاوت معناداری با یکدیگر در نمرات پایه کیفیت زندگی و امید نداشتند. تحلیل کورایانس نشان داد که شرکت‌کنندگان گروه امیددرمانی پس از پایان جلسات در مقایسه با گروه کنترل نمرات بالاتری در خرده‌مقیاس‌های سرزندگی ( $p=.001$ )، سلامت روانی ( $p=.024$ )، عملکرد اجتماعی ( $p=.006$ ) و سلامت عمومی ( $p=.001$ ) داشتند. سایر یافته‌ها معنادار نبود.

نتایج نشان داد که امیددرمانی گروهی درمانی مؤثر برای افزایش کیفیت زندگی مراقبان است، به خصوص در بعدهای روان‌شناختی.

**کلیدواژه‌ها:** کیفیت زندگی، امیددرمانی گروهی، بیماران اسکیزوفرن، اعضای خانواده.

## مقدمه

اسکیزوفرنی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی است که تقریباً در یک درصد افراد جامعه دیده می‌شود (دیهل و گلدبرگ، ۲۰۰۴). به دنبال موسسه‌زدایی از درمان بیماران اسکیزوفرنی، نقش اعضای خانواده در فراهم کردن مراقبت و حمایت از افراد دارای اختلالات روانی مورد توجه قرار گرفته است (چیمه، ملکوتی، پناغی، احمدآبادی، نجومی و تنکابنی، ۱۳۸۷). از این رو، امروزه

برنامه‌های بازتوانی سعی در افزایش دادن مشارکت خانواده در فرآیند درمان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی دارند (فارو، ماری، راتبون و وانگ، ۲۰۱۰). اگرچه افزایش مشارکت خانواده در درمان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی سودمند بوده است (فارو و همکاران، ۲۰۱۰) اما آسیب‌های روانی قابل ملاحظه‌ای را نیز برای خانواده‌ها به همراه داشته است.

مراقبان این دسته از بیماران ممکن است احساس تنهایی کرده، و به این بیندیشند که قادر به دنبال کردن اهداف و فعالیت‌های خود در زندگی نیستند، و ممکن است به خاطر عدم حمایت از سوی دوستان، خانواده و مراقبان بهداشتی احساس ناتوانی شدید کنند (بیگل و شولز، ۱۹۹۹). احساس ناکامی در حفظ پایبندی بیمار به درمان دارویی (بیگل و شولز، ۱۹۹۹)، سازش با رفتارهای بین‌فردی مختل بیمار (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۵)، و نیز خستگی از نظارت دائم بر عضو بیمار فشار روانی زیادی به مراقبان وارد می‌نماید (مک دانل، ۲۰۰۳). علاوه بر این، معمولاً مراقبان اضطراب زیادی از اقدام به خودکشی بیمار دارند (مک دانل، ۲۰۰۳). بنابراین مراقبت از فرد مبتلا به اسکیزوفرنیا به یک چالش واقعی برای خانواده‌ها تبدیل شده است.

عوامل متعددی منجر به آسیب‌پذیری خانواده‌های دارای بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی می‌شود. برای مثال، این دسته از خانواده‌ها از منابع حمایتی موجود، روش مدیریت رفتارهای بیمار و چگونگی روبه‌رو شدن با احساس گناه، سردرگمی، اندوه و برانگیختگی احساسی خود، آگاهی کافی ندارند که این عدم آگاهی منجر به فرسودگی و کیفیت پایین زندگی در بین اعضای خانواده می‌شود (سولومن، ۲۰۰۰؛ عمرانی‌فرد، افشار، محرابی و اسداللهی، ۱۳۸۶). تحقیقات انجام‌شده در این زمینه حاکی از این است که کیفیت زندگی این دسته از مراقبان مشابه کیفیت زندگی در بیماران‌شان و پایین‌تر از میزان آن در جمعیت عمومی است (اودلله، اهارى، صالح، توفیق، ۲۰۰۵). فرآیندهای درمانی و مداخله‌ای که سعی در آموزش مشکلات پیش روی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و آموزش مهارت‌های حل مسئله و مدیریت استرس به خانواده‌های این بیماران دارند با کیفیت زندگی این دسته از خانواده‌ها و کاهش میزان عود بیماری در اعضای مبتلا به اسکیزوفرنی در این خانواده‌ها ارتباط دارند (روزنهان و سلیگمن، ۱۳۸۷).

یکی از متغیرهای مؤثر که می‌تواند منجر به افزایش کیفیت زندگی شود، امید است. امید به عنوان یک جزء مهم در رشد روان‌شناختی محسوب می‌شود (ویس و اسپریداکوس، ۲۰۱۱). اسنایدر امید را یک سازه شناختی تعریف می‌کند که بازتاب‌دهنده انگیزه و گنجایش افراد در جهت رسیدن به اهداف شخصی است (اسنایدر، ۱۹۹۴؛ اسنایدر، رند و سیگمن، ۲۰۰۲). امیددرمانی 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 به صورت چالش‌هایی برای غلبه از نو چارچوب‌بندی کنند (اسنایدر و لوپز، ۲۰۰۹). به عبارت دیگر، امیددرمانی یک برنامه

درمانی است که منجر به افزایش تفکر امیدوارانه و تقویت فعالیت‌های مربوط به پیگیری هدف طراحی می‌شود (علاءالدینی، کجباف، مولوی، ۱۳۸۷). تحقیقات نشان داده که امیددرمانی یکی از روش‌های اثربخش در افزایش کیفیت زندگی است (چیونس و گراب مایر، ۲۰۰۸؛ قزلسفلو و اثباتی، ۲۰۱۳). در واقع کیفیت زندگی تفاوت میان تجارب واقعی و آرزوهای فرد است، هرچه این تفاوت بیشتر باشد کیفیت زندگی پایین‌تر خواهد بود (جنیس و همکاران، ۲۰۱۳). بنابراین امید و امیدواری به کم کردن این تفاوت می‌تواند با افزایش کیفیت زندگی فرد در ارتباط باشد. علاوه بر این، این طور به نظر می‌رسد که افرادی با امید بالا در مقایسه با افرادی با امید کم، دانش بیشتری در مورد موضوع‌های مرتبط با سلامت روانی دارند، به‌طور مؤثرتری با مشکل یا بیماری - در حالت حاد آن - مقابله می‌کنند، از بیماری زودتر بهبود می‌یابند، و دستورهای پزشکی را بهتر رعایت می‌کنند (جیاونس و گراب مایر، ۲۰۰۸). علاوه بر این، این دسته از افراد افسردگی کمتر و اعتماد به نفس بیشتری را نسبت به سایر افراد گزارش می‌کنند (جیاونس و گراب مایر، ۲۰۰۸). علاوه بر این سایر پژوهش‌های انجام شده نیز حاکی از ارتباط مثبت امید و درمان‌های مرتبط با آن بر افزایش کیفیت زندگی افراد (بهادری، ۱۳۹۰؛ لویید و همکاران، ۲۰۰۹) و افزایش تاب‌آوری و خلاقیت آنان در برابر مشکلات پیش رو می‌باشد (بهادری، ۱۳۹۰).

از این رو می‌توان امیددرمانی را به عنوان روشی ثمربخش دانست که نه تنها به افراد کمک می‌کند که برای مشکلات خود به دنبال راه‌حل‌های مناسب بگردند، بلکه آن‌ها را به سمت استفاده کاربردی از این راه‌حل‌ها هدایت می‌کند. این روش می‌تواند به خانواده‌هایی که دارای بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی هستند کمک نماید تا در برابر شرایط پیش‌آماده در زندگی خود که ناشی از مراقبت از بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی است، به دنبال راه‌حل‌های مناسب گشته و انگیزه آن‌ها را برای به‌کارگیری راه‌حل‌های انتخاب شده افزایش دهد. با این حال، تاکنون از این روش برای افزایش کیفیت زندگی خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی استفاده نشده است. هدف از پژوهش حاضر آموزش امیددرمانی به اعضای خانواده بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و بررسی اثربخشی این روش در میزان بهبود کیفیت زندگی این دسته از افراد است.

### روش پژوهش

پژوهش حاضر یک کارآزمایی بالینی از نوع مطالعه شبه‌تجربی (دارای گروه کنترل همراه با گمارش تصادفی و پیش‌آزمون و پس‌آزمون) است. جامعه آماری شامل خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی می‌باشد که در فاصله زمانی بین اول فروردین‌ماه تا اول آذرماه سال ۸۹ در بیمارستان روان‌پزشکی قدس بستری شده بودند. پس از تکمیل پرسش‌نامه کیفیت زندگی و مقیاس امید بزرگسالان توسط مراجعه‌کنندگان، ۴۰ نفر از مراقبان که از نظر کیفیت زندگی در وضعیت نامطلوبی

قرار داشتند، از میان اعضای درجه ۱ (همسر، پدر، مادر و یا خواهر و برادر آن‌ها که نقش مراقب برای بیمار را داشتند) به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود از: داشتن عضوی در خانواده که مبتلا به بیماری اسکیزوفرنیا باشد، داشتن سن بین ۲۰ تا ۶۰ سال و داشتن حداقل مدرک تحصیلی در سطح راهنمایی. از تعداد ۴۰ فرد که معیارهای ورود به پژوهش حاضر را داشتند در خواست شد که در این پژوهش شرکت نمایند. از این تعداد، پیش از شروع آزمایش ۱۰ نفر از شرکت‌کنندگان به دلایل مختلف از جمله وضع وخیم بیمار (۴ نفر)، عدم سکونت در شهر محل اجرای آزمایش (۳ نفر)، فوت بیمار (۱ نفر) و دلایل شخصی (۲ نفر)، از شرکت در پژوهش خودداری کردند. از تعداد ۳۰ نفر افراد باقی‌مانده، ۱۵ نفر به صورت کاملاً تصادفی در گروه آزمایش و ۱۵ نفر هم در گروه کنترل قرار گرفتند.

### ابزار پژوهش

**پرسش‌نامه کیفیت زندگی:** پرسش‌نامه کیفیت زندگی (SF-36) دارای ۳۶ سؤال و ۸ خرده‌مقیاس است که به آسانی نمره‌گذاری می‌شود. این پرسش‌نامه برای سنجش جنبه‌های جسمانی، اجتماعی و روانی در دو گروه بیمار و افراد سالم به کار گرفته می‌شود. خرده‌مقیاس‌های این پرسش‌نامه عبارتند از: عملکرد جسمانی، کارکرد نقش جسمی، سرزندگی، سلامت روانی، عملکرد اجتماعی، درد، سلامت عمومی و کیفیت زندگی. این پرسش‌نامه می‌تواند توسط خود شخص یا به کمک مصاحبه‌کننده تکمیل شود. در پژوهش‌های انجام شده در جمعیت عمومی، روایی و پایایی بسیار مناسبی برای آن گزارش شده است (وار، اسنو، کوسینسکی، و گاندک، ۱۹۹۳؛ مک هورنی، وار، لو، و شربورن، ۱۹۹۴). برازیر و همکاران (۱۹۹۲) ضرایب همسانی درونی ۸ خرده‌مقیاس این پرسش‌نامه را بین ۷۳ تا ۹۳ درصد گزارش کرده‌اند. در مطالعه جنکینسون این ضرایب بین ۷۶ تا ۹۰ درصد گزارش شده است (جنکینسون، ۱۹۹۹). پایایی این پرسش‌نامه در پژوهش‌های مختلف مناسب گزارش شده است (منتظری، گشتاسبی و سادات، ۱۳۸۴). روایی این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر برابر با ۰/۸۴ بود.

**مقیاس امید بزرگسالان:** مقیاس امید بزرگسالان بر اساس مدل شناختی اسنایدر که امید را یک احساس انگیزشی مثبت که بر مبنای دو سبک تفکر واسطه‌ای و سبک تفکر مسیرها می‌داند تدوین شده است (اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۱). این مقیاس دارای ۱۲ ماده است که هر کدام با استفاده از شیوه نمره‌گذاری لیکرتی (از ۱ تا ۸) پاسخ داده می‌شود. اسنایدر و همکاران (۱۹۹۱) روایی این مقیاس را مناسب و در حدود ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. بر اساس گزارش اسنایدر پایایی آزمون - بازآزمون این پرسش‌نامه در مدت سه هفته برابر با ۰/۸۵ و برای ۸ هفته برابر با ۰/۷۳ بود. روایی این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر برابر با ۰/۷۹ به دست آمد.

**جلسات گروهی امید برای آینده:** این برنامه بر اساس کارهای نظری اسنایدر (۱۹۹۴) و کارهای اجرایی اسنایدر، مک درموت، کوک، و راپوف (۲۰۰۲)، مک درموت و اسنایدر، (۱۹۹۹)، مک‌درموت و اسنایدر (۲۰۰۳) انجام شد. این برنامه شامل فرآیندهای گروهی، آموزش مهارت‌ها و آموزش روانی، فعالیت‌های ساختاریافته، ایفای نقش، و بحث‌های هدایت شده بود. ایجاد امید برای آینده برای کنترل توجه بزرگسالان، ایجاد پیوستگی گروهی، حمایت اجتماعی و بحث در مورد امید، مطرح کردن افکار و احساسات و مشارکت در فعالیت‌های جلسه به کار گرفته می‌شد.

در شرایط مداخله شرکت‌کنندگان گروه آزمایش، در ۸ جلسه دوساعته و ۲ بار در هفته در محل اجرای درمان حضور پیدا کردند. این جلسات شامل ۳ بخش بود: بخش اول ۳۰ دقیقه که به تکالیف جلسه قبل اختصاص داشت و افراد به بحث کردن پرداخته و برای کمک به یکدیگر تشویق می‌شدند. بخش دوم که ۱ ساعت به طول می‌انجامید و شامل آموزش روانی مربوط به حیطه‌های امیددرمانی بود که به تفکیک طی این چند جلسه کاملاً توضیح داده و مهارت‌های مورد نظر آموزش داده می‌شدند. هنگام آموزش، برای تفهیم بهتر امید به شرکت‌کنندگان از مثال‌های مربوط کمک گرفته شده و تلاش می‌شد تا شرکت‌کنندگان بتوانند در مورد روش‌های عملی به کار گرفتن مهارت‌ها با یکدیگر بحث کنند. در بخش آخر که حدود ۳۰ دقیقه به طول می‌انجامید، به سؤالات شرکت‌کنندگان پاسخ داده می‌شد، و با کمک گروه نتیجه‌گیری مختصری درباره محتوای جلسه صورت می‌گرفت و در نهایت تکالیف جلسه بعدی مشخص می‌شد.

### یافته‌ها

بر اساس داده‌های جمعیت‌شناختی ۸ نفر (۵۳/۳ درصد) از شرکت‌کنندگان گروه آزمایش مرد و ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) زن بوده‌اند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش برابر با ۳۸/۴ (SD=۱۲/۷۶) بود. در گروه کنترل، ۷ نفر (۵۳/۳ درصد) از شرکت‌کنندگان را مردان و ۸ نفر (۴۶/۷ درصد) را زنان تشکیل دادند. میانگین سنی این گروه برابر با ۴۰/۷۳ (SD=۹/۷۵) بود.

نتایج آزمون مقایسه میانگین‌های دو گروه مستقل نشان داد که تفاوت معناداری بین میانگین‌های سنی دو گروه آزمایش و کنترل وجود ندارد ( $t=-۰/۵۶$ ،  $p=۰/۵۷$ ). برای بررسی وجود تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر جنسیت از آزمون کای مربع استفاده شد که نتایج این آزمون حاکی از عدم وجود تفاوت معنادار میان جنسیت در دو گروه است ( $\chi^2=۰/۱۳$ ،  $p=۰/۷۱$ ). علاوه بر این نتایج آزمون  $t$  برای مقایسه نمرات پیش‌آزمون خرده‌مقیاس‌های کیفیت زندگی در دو گروه نشان داد که تفاوت معناداری در هیچ یک از خرده‌مقیاس‌های کیفیت زندگی بین دو گروه در پیش‌آزمون وجود ندارد (نتایج آزمون‌های  $t$  مستقل برای مقایسه دو گروه در جدول ۱ گزارش شده‌اند). بنابراین دو گروه تفاوت معناداری با یکدیگر پیش از آغاز مداخله نداشتند.

همچنین برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون k-S استفاده شد و چون مقدار آزمون در سطح 0/05 معنادار نبود، بنابراین فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها مورد تأیید قرار گرفت و در نتیجه استفاده از آزمون پارامتریک بلامانع بود. برای بررسی فرضیه اصلی پژوهش در رابطه با اثر امیددرمانی گروهی بر کیفیت زندگی خانواده‌های دارای بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا ابتدا از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد. میانگین نمرات دو گروه قبل و بعد از اجرای مداخله در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی قبل و پس از اجرای مداخله در گروه آزمایش و کنترل

معناداری	t	کنترل		آزمایش		
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
0/908	-0/117	15,3374	62,6667	15,8865	63,3333	عملکرد جسمانی پیش‌آزمون
		14,4995	64,3333	13,8185	64,6667	عملکرد جسمانی پس‌آزمون
0/880	-0/152	10,7817	56,7333	14,2388	57,4333	کارکرد نقش جسمی پیش‌آزمون
		11,1381	60,1833	13,1335	61,1500	کارکرد نقش جسمی پس‌آزمون
0/809	-0/244	16,2923	54,5400	18,8443	56,1106	کارکرد نقش هیجانی پیش‌آزمون
		16,2448	56,1600	14,7464	62,5120	کارکرد نقش هیجانی پس‌آزمون
0/732	-0/345	8,7366	61,9513	10,2981	60,743	سرزندگی پیش‌آزمون
		8,5138	62,5713	9,0886	67,2123	سرزندگی پس‌آزمون
0/526	-0/642	17,1214	61,000	15,2512	57,2000	سلامت روانی پیش‌آزمون
		18,4525	62,0667	14,2771	63,5333	سلامت روانی پس‌آزمون
0/871	-0/163	15,0069	65,9333	15,1686	65,0333	عملکرد اجتماعی پیش‌آزمون
		15,0625	66,6667	18,0915	72,8667	عملکرد اجتماعی پس‌آزمون
0/955	-0/056	15,0554	70,3333	17,2171	70,000	درد پیش‌آزمون
		13,556	71,3333	13,9897	73,000	درد پس‌آزمون
0/512	-0/664	7,4322	63,6667	6,9973	61,6667	سلامت عمومی پیش‌آزمون
		9,4868	64,0000	8,2085	70,6667	سلامت عمومی پس‌آزمون

با توجه به نتایج جدول مشاهده می‌شود که در هر دو گروه نمرات مربوط به کیفیت زندگی ۸ هفته پس از پیش‌آزمون افزایش یافته است. با این حال برای بررسی تفاوت‌های میان این افزایش‌ها از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ گزارش شده است. نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که بین آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و کنترل در خرده‌مقیاس‌های سرزندگی ( $F=187/627, p=0/001$ )، سلامت روانی ( $F=199/76, p=0/024$ )، عملکرد اجتماعی ( $F=114/266, p=0/006$ ) و سلامت عمومی ( $F=111/065, p=0/001$ ) تفاوت معناداری در نمرات پس‌آزمون، پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون وجود دارد.

علاوه بر این نمرات دو گروه در خرده‌مقیاس کارکرد نقش هیجانی به سمت معناداری گرایش داشت  
( $p=0/056$ ,  $F=110/561$ ).

جدول ۲: نتایج تحلیل کواریانس برای نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون  
مقیاس کیفیت زندگی در دو گروه آزمایش و کنترل

معناداری	F-value	درجه آزادی	متغیر وابسته
0/001	60/147	1	عملکرد جسمانی پیش‌آزمون
0/915	0/012	1	گروه
		27	خطا
0/001	103/067	1	کارکرد نقش جسمی پیش‌آزمون
0/861	0/031	1	گروه
		27	خطا
0/001	110/561	1	کارکرد نقش هیجانی پیش‌آزمون
0/056	3/992	1	گروه
		27	خطا
0/001	187/627	1	سرزندگی پیش‌آزمون
0/001	23/802	1	گروه
		27	خطا
0/001	199/76	1	سلامت روانی پیش‌آزمون
0/024	5/711	1	گروه
		27	خطا
0/001	114/266	1	عملکرد اجتماعی پیش‌آزمون
0/006	8/936	1	گروه
		27	خطا
0/001	101/392	1	درد پیش‌آزمون
0/421	0/667	1	گروه
		27	خطا
0/001	111/065	1	سلامت عمومی پیش‌آزمون
0/001	34/180	1	گروه
		27	خطا

با این وجود نمرات دو گروه آزمودنی‌ها در سایر خرده‌مقیاس‌ها (عملکرد جسمانی، کارکرد نقش جسمی و درد) در نمره پس‌آزمون تفاوت معناداری نداشت.

### نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر امیددرمانی در کیفیت زندگی خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که مراقبانی که در برنامه گروهی امیددرمانی شرکت کرده بودند پس از پایان جلسات از نظر میزان سرزندگی، سلامت روانی، عملکرد اجتماعی و

سلامت عمومی وضعیت بهتری نسبت به مراقبینی داشتند که در این جلسات شرکت نکرده بودند. علاوه بر این از نظر بعد هیجانی تفاوت دو گروه به سمت معناداری گرایش داشت ( $p=0/056$ ). با این حال دو گروه از نظر برخی از ابعاد کیفیت زندگی نظیر عملکرد جسمانی، کارکرد نقش جسمی و درد تفاوت معناداری با یکدیگر پس از انجام جلسات امیددرمانی در مقایسه با نمرات پیش‌آزمون نداشتند. این پژوهش یکی از نخستین پژوهش‌هایی است که سعی داشته است اثر امیددرمانی گروهی را روی مراقبان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا بررسی کند. همان‌طور که نتایج این پژوهش نشان می‌دهد، امیددرمانی گروهی می‌تواند جنبه‌های روانی و اجتماعی کیفیت زندگی را بهبود ببخشد. این نتایج همسو با سایر پژوهش‌های انجام شده روی سایر گروه‌ها است (برای مثال، چیانز و گام، ۲۰۱۰؛ نل، ۲۰۱۰؛ اسنایدر و مک درموت، ۲۰۰۳؛ جنیس و همکاران، ۲۰۱۳).

امیددرمانی با کمک به افراد برای تدوین هدف‌های جدید در زندگی، واقع‌پذیر کردن رسیدن به هدف‌های فردی و برانگیختن فرد برای تلاش در جهت رسیدن به اهداف فردی می‌تواند فاصله میان تجارب شخصی فرد و آرزوهایش را کاهش دهد (جنیس و همکاران، ۲۰۱۳). در کنار کمک به افراد برای انتخاب هدف‌های فردی، امیددرمانی گروهی به افراد کمک می‌کند تا هدف‌های قابل دستیابی را برای خود انتخاب نمایند؛ فرآیندی که موجب می‌شود دستیابی به این اهداف برای فرد امکان‌پذیر باشد. علاوه بر این، امید و امیدوار بودن با افزایش سطح خودباوری، افزایش راهکارهای مقابله‌ای کارآمد و انتخاب راه‌حل‌های مناسب و اجتناب از موقعیت‌های تنش‌زا می‌تواند با کیفیت زندگی بهتر ارتباط داشته باشد (فزلسفلو و اثباتی، ۲۰۱۳).

با این‌که نتایج این پژوهش نشان دهنده تأثیر مثبت امید و امیدواری بر ابعاد روانی و اجتماعی کیفیت زندگی است اما به نظر می‌رسد امیددرمانی گروهی منجر به افزایش معنادار ابعاد جسمانی کیفیت زندگی در مراقبان گروه آزمایش در مقایسه با مراقبان گروه کنترل نشده است. اگرچه پژوهش‌های اندکی در زمینه اثر امید بر ویژگی‌های جسمانی انجام شده است اما برخی از پژوهشگران بر این باورند که امیددرمانی می‌تواند تأثیر مستقیمی بر ویژگی‌های فیزیکی و فیزیولوژیکی افراد بگذارد (اسنایدر، رند و سیگمون، ۲۰۰۵). برای مثال یافته‌های اسنایدر، رند و سیگمون (۲۰۰۵) در پژوهش خود که روی بیمارانی با بیماری‌های مزمن جسمانی انجام شد، نشان دادند که امیدواری می‌تواند اثرات مثبتی بر سلامت جسمانی این بیماران داشته باشد. با این حال باید توجه داشت که ویژگی‌ها و اهداف افراد شرکت‌کننده در پژوهش‌های مختلف می‌تواند متفاوت باشد. برای مثال اهداف مهم بیمارانی با بیماری‌های مزمن جسمانی احتمالاً بیشتر بر افزایش کارکرد و فعالیت جسمانی آن‌ها متمرکز است.

بنابراین امیددرمانی در این گروه از بیماران آن‌ها را به سمت افزایش کارکرد جسمی و در نتیجه بهبود وضعیت جسمانی سوق می‌دهد. اما احتمالاً اهداف شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر بیشتر بر

محور سلامت روانی و حل مشکلاتی تمرکز داشته است که در رابطه با بیمار هستند و کمتر بر اهداف جسمانی متمرکز بوده است. از این رو امیددرمانی در ابعاد جسمانی کیفیت زندگی شرکت‌کنندگان این پژوهش تأثیر قابل ملاحظه‌ای نگذاشته است زیرا احتمالاً شرکت‌کنندگان این پژوهش چنین اهدافی را برای خود تبیین نکرده بودند. با این حال، اطلاعات مربوط به اهداف تعیین شده بیماران در پژوهش حاضر جمع‌آوری نشده است و از این رو نمی‌توان با قطعیت در این زمینه تصمیم‌گیری کرد. این پژوهش یکی از نخستین پژوهش‌هایی است که برای بررسی اثر امیددرمانی بر مراقبان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی انجام شده است. پیش از این اکثر پژوهش‌ها روی بیماران با بیماری‌های مزمن انجام شده بود (برای مثال، قزلسفلو و اثباتی، ۲۰۱۳؛ اسنایدر، رند و سیگمون، ۲۰۰۵؛ جنیس و همکاران، ۲۰۱۳؛ چیوانز و گام، ۲۰۱۰) و نه مراقبان این دسته از بیماران. علاوه بر این، استفاده از دو گروه آزمایش و کنترل و اندازه‌گیری پیش‌آزمون و پس‌آزمون به بررسی اثر علی و معلولی کمک می‌کند. با وجود ویژگی‌های مثبت این پژوهش، این پژوهش محدودیت‌هایی دارد که توجه به آن‌ها در پژوهش‌های آینده می‌تواند به درک بهتر اثرات امیددرمانی کمک نماید. نخست، این پژوهش تنها در دو بازه زمانی پیش از شروع آزمایش و پس از خاتمه آزمایش اقدام به اندازه‌گیری کیفیت زندگی کرده است و هیچ اندازه‌گیری پیگیری انجام نشد.

بنابراین در مورد میزان ماندگاری اثرات امیددرمانی نمی‌توان اظهار نظر قطعی کرد. برای مثال این احتمال وجود دارد که اثرات امیددرمانی به مرور زمان و با مواجهه ناموفق فرد با مشکلات جدید در زندگی از میان برود. از سوی دیگر این احتمال نیز وجود دارد که استفاده موفقیت‌آمیز از آموخته‌های خود در جلسات امیددرمانی منجر به افزایش بیش از پیش امید و در نتیجه بهبود بیشتر کیفیت زندگی شود. از این رو پژوهش‌های آینده باید با اضافه کردن آزمون‌های پیگیری، میزان تداوم این شیوه درمانی را بررسی نمایند.

علاوه بر این، در پژوهش حاضر، تنها از گروه کنترل استفاده شد و اثرات امیددرمانی با گروه کنترل که هیچ درمانی دریافت نکرده بودند مقایسه شد و نه با اثرات درمان‌های دیگر. از این رو نمی‌توان در مورد بهتر بودن این روش درمانی نسبت به روش‌های درمانی متداول همانند درمان‌شناختی رفتاری اطلاعاتی ارائه داد. با این وجود، نتایج برخی از پژوهش‌ها که امیددرمانی را با درمان‌هایی هم‌چون درمان‌شناختی رفتاری مقایسه کرده‌اند، نشان‌دهنده تأثیر بهتر امیددرمانی در مقایسه با شناخت‌درمانی در افزایش کیفیت زندگی است (جنیس و همکاران، ۲۰۱۳). با وجود این محدودیت‌ها، نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که امیددرمانی می‌تواند منجر به افزایش کیفیت زندگی در مراقبان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی شود. پژوهش‌های آتی با استفاده از آزمون‌های پیگیری و مقایسه نتایج امیددرمانی با سایر روش‌های درمانی می‌تواند اطلاعات بیشتری در زمینه میزان اثرگذاری امیددرمانی فراهم نماید.

## منابع

- بهاری، ف. (۱۳۹۰)، مبانی امید و امیددرمانی (راهنمای امیدآفرینی)، تهران، دانژه.
- چیمه، ن.؛ ملکوتی، س.؛ پناغی، ل.؛ احمدآبادی، ز.؛ مولوی، نجومی، م. و احمدی-تنکابنی، ع. (۱۳۸۷). عوامل مؤثر بر فرسودگی و سلامت روانی مراقبین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*. ۴(۱۵): ۲۹۲-۲۷۷.
- روزنهران، د. و سلیگمن، م. (۱۳۸۷). آسیب‌شناسی روانی. ترجمه سیدمحمدی. جلد دوم. نشر ارسباران.
- علاءالدینی، ز.؛ کجاف، م. و مولوی، ح. (۱۳۸۷). بررسی اثربخشی امیددرمانی گروهی بر میزان امید و سلامت روانی. *فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی، زمستان، سال ۱، شماره ۴، صص ۷۶-۶۷*.
- عمرانی‌فرد، و.؛ افشار، ح.؛ محرابی، ط. و اسداللهی، ق. (۱۳۸۶). *ابعاد مختلف کیفیت زندگی در مبتلایان مبتلا به اسکیزوفرنیا. تحقیقات علوم رفتاری. دوره پنجم، ۳۲-۲۷*.
- منتظری، ع.؛ گشتاسبی، آ. و وحدانی‌نیا، م. (۱۳۸۴). ترجمه، تعیین پایایی و روایی گونه فارسی پرسش‌نامه *SF-36*. پایش، ۵ (۱): ۵۶-۴۹.

- Awadalla, A. W., Ohaeri, J. U., Salih, A. A., Tawfiq, A. M. (2005). Subjective quality of life of family caregivers of community living Sudanese psychiatric patients. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 40,755-63.
- Biegel, D. E. & Schulz, R. (1999). Caregiving and caregiver interventions in aging and mental illness. *Family Relations, Special Issue*, 48 (4), 345-354.
- Brazier, J. E., Harper, R., Jones, N. M. B, O'Cathain, A., Thomas, K. J., Usherwood, T., et al. (1992). Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *BMJ*, 305,160-164.
- Cheavens, J. Grabmeier, J. (2008) Hope therapy, may fight depression, Ohio State University, 18 Aug, at Medical News Today.
- Cheavens, JS., Gum, A. M. (2010). From here to where you want to be: Building the bridges with hope therapy in a case of major depression. In *Happiness, healing, enhancement: Your casebook collection for applying positive psychology in therapy*. Edited by: Burns GW. Hoboken, NJ: Wiley.
- Diehl T, Goldberg K.(2004). *Psychiatric nursing*. Philadelphia: Lippincott; 161-165.
- Ghezselflo, M., Esbati, M. (2013). Effectiveness of Hope-oriented Group Therapy on Improving Quality of Life in HIV+Male Patients 3<sup>rd</sup> World Congress on Psychology, Counseling and Guidance, *Social and Behavioral Sciences*, 84, 534-537.
- Jenkinson, C. (1999). Comparison of UK and US methods for weighting and scoring the SF-36 summary measures. *Journal of Public Health Medicine*, 21, 372-376.
- Lloyd, Sarah M, Cantell, Marja, Danie` le Pacaud, Crawford, Susan, Dewey, Deborah (2009). Brief Report: Hope, Perceived Maternal Empathy, Medical Regimen Adherence, and Glycemic Control in Adolescents with Type 1 Diabetes, *Journal of Pediatric Psychology* 34(9) pp. 1025-1029.
- McDermott, D., & Snyder, C. R. (1999). *Making hope happen*. Oakland, CA: New Harbinger.
- McDermott, D., Snyder, C.R. (2003). *The great big book of hope: help your children achieve their dreams*, Oakland ,CA: New Harbinger press.
- McDonnell, M.G. (2003). Burden in Schizophrenia Caregivers: Impact of Family Psychoeducation and Awareness of Patient Suicidality. *Family Process*, 42(1), 91-103.

- McHorney, C. A., Ware, J. E., Lu J. F., Sherbourne, C. D. (1994). The MOS 36-item short form health survey (SF-36). III. Test of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Medical Care*, 32, 40–66.
- Nations for Mental Health (2005). *Schizophrenia and Public Health*. World Health Organization. Available at [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/55.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/55.pdf), accessed November 17.
- Nel, J. (2010). Putting the lid on the divorce monster: Creating hope-filled narratives with storybook therapy. In *Happiness, healing, enhancement: Your casebook collection for applying positive psychology in therapy*. Edited by: Burns GW. Hoboken, NJ: Wiley; 76-87.
- Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J., Wong, W. (2010). Family intervention for schizophrenia. *Chochrane Database systematic Review*, 8(12).
- Snyder, C.R. (1994). *The psychology of hope: You can get there from here*. New York: Free press.
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle., C., Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 570-585.
- Snyder, C. R., Lopez, S. J. (2009). *Oxford handbook of positive psychology* New York: Oxford University Press.
- Snyder, C.R., McDermott, D., Cook, W., Rapoff, M. (2002). *Hope for the journey* (revised ed.). Clinton Corners, NY: Percheron.
- Snyder, C. R., Rand, K. L., Sigmon, D. R. (2002). Hope theory. In *Handbook of positive psychology*. Edited by: Snyder, C. R., Lopez, S. J. New York: Oxford University Press.
- Snyder, C. R., Rand, K. L., Sigmon, D. R. (2005). Hope theory: A member of the positive psychology family. In Snyder, C. R. and Lopez, S. J. (Eds.) *Handbook of positive psychology* (pp. 257–267), New York: Oxford University Press.
- Solomon, P. (2000). Interventions for families of individuals with schizophrenia maximizing outcomes for their relatives. *Diseas Management & Health Outcomes*, 8(4), 211- 221.
- Vilhauer, J., Cortes, J., Moali, N., Chung, S., Mirocha, J., Ishak, W. (2013). Improving Quality of Life for Patients with Major Depressive Disorder by Increasing Hope and Positive Expectations with Future Directed Therapy (FDT). *Innovation in Clinical Neuroscience*, 10 (3), 12-22.
- Ware, J. E., Snow, K. K., Kosinski, M. Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide*. New England Medical Centre, The Health Institute: Boston, MA.
- Weis, R., Speredakos, E. (2011). A Meta-Analysis of hope enhancement strategies in clinical and community settings. *Psychology of Well-Being: Theory, Research and Practice*, 1-5.