journal homepage: www.sjfm.ir

Iranian Journal of Forensic Medicine

Iran J Forensic Med. 2026 Jun;32(1):63-70 Volume 32, Issue 1, Spring 2026 Research Article

The Effectiveness of Group Hope Therapy on Hope and Resilience of Patients With Brain Tumor

Fariba Faghani[1] MD, Nahid Kazemi[2] PhD, Ali Riazi[1] MD, Rojin Abbasi[1] MD

[1] School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
[2] School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

***Correspondence to:** Ali Riazi, Email: ali_riazi9@yahoo.com

ARTICLE INFO

Article history:
Received: August 30, 2025
Accepted: January 25, 2026
Online Published: May 4, 2025

Keywords:
Quality of life
Life expectancy
Resilience
Group hope Therapy
Brain tumor

HIGHLIGHTS

1. Hope therapy, by focusing on hope-oriented thought processes, can lead to better utilization of problem-solving abilities and an increase in hope and resilience.
2. Hope and resilience increase in adolescents who undergo hope-therapy interventions compared to those who do not receive such interventions.

ABSTRACT

Introduction: Most of the researches related to life expectancy are about cancer patients, because this disease is considered as a threat to hope. Therefore, dealing with a type of psychotherapy that makes hope the main goal was important for cancer patients. The present study was conducted with the aim of determining the effect of group hope therapy on resilience and life expectancy in teenagers with brain tumors.

Methods: The present study was of a descriptive type before and after the intervention. The statistical population includes all teenagers diagnosed with brain tumor who underwent surgery between 2019 and 2020. Adolescents participating in the research were divided into case and control groups and at the end the results of the two groups were compared.

Results: The results of the study showed that the group of adolescents suffering from brain tumor who underwent hope therapy group training, compared to the adolescents who did not undergo training, obtained more fruitful results in terms of resilience and life expectancy, and these variables were significantly improved.

Conclusion: Based on the results of this study, it is suggested that before and after surgery, adolescents and their families receive psychological support and psychological treatment methods.

How to cite: Faghani F, Kazemi N, Riazi A, Abbasi R. The effectiveness of group hope therapy on hope and resilience of patients with brain tumor. Iran J Forensic Med. 2026;32(1):63-70.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-10]

Copyright © 2026 The Author(s); Published by Legal Medicine Research Center. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

www.sjfm.ir

مجله
پزشکی قانونی ایران

مرکز تحقیقات پزشکی قانونی

دوره ۳۲، شماره ۱، بهار ۱۴۰۵، صفحات ۶۳ تا ۷۰

مقاله پژوهشی

اثربخشی امیددرمانی گروهی بر امید به زندگی و تاب‌آوری در نوجوانان مبتلا به تومور مغزی

فریبا فغانی[۱] MD، ناهید کاظمی[۲] PhD، علی ریاضی[۱] MD، رژین عباسی[۱] MD

[۱] دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
[۲] دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

*نویسنده مسئول: علی ریاضی، پست الکترونیک: ali_riazi9@yahoo.com

اطلاعات مقاله

تاریخچه مقاله:
دریافت: ۱۴۰۴/۰۶/۰۸
پذیرش: ۱۴۰۴/۱۱/۰۵
انتشار برخط: ۱۴۰۴/۰۲/۱۴

واژگان کلیدی:
امید به زندگی
تاب‌آوری
امیددرمانی گروهی
تومور مغزی

نکات ویژه

۱- امیددرمانی با تمرکز بر فرایندهای تفکر امیدبخش می‌تواند موجب استفاده بهتر از توانایی‌های حل مسئله و افزایش امید و تابآوری شود.
۲- امید و تاب‌آوری در نوجوانانی که تحت مداخله امیددرمانی قرار گرفتند، در مقایسه با آنها که مداخله‌ای دریافت نکردند افزایش می‌یابد.

چکیده

مقدمه: بیشتر پژوهش‌های مرتبط با امید به زندگی بر بیماران مبتلا به سرطان متمرکز بوده‌اند، زیرا این بیماری به‌عنوان تهدیدی برای امید در نظر گرفته می‌شود. ازاین‌رو، استفاده از نوعی روان‌درمانی که امید را به‌عنوان هدف اصلی خود قرار می‌دهد، برای این بیماران اهمیت دارد. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر امیددرمانی گروهی بر تاب‌آوری و امید به زندگی در نوجوانان مبتلا به تومور مغزی انجام شد.

روش بررسی: مطالعه حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی، با ارزیابی قبل و بعد از مداخله بود. جامعه آماری شامل تمامی نوجوانان مبتلا به تومور مغزی بود که در فاصله سال‌های ۲۰۱۸ تا ۲۰۲۰ تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند. نوجوانان شرکت‌کننده در پژوهش به دو گروه مورد و کنترل تقسیم شدند و در پایان، نتایج دو گروه با یکدیگر مقایسه شد.

یافته‌ها: نتایج مطالعه نشان داد نوجوانان مبتلا به تومور مغزی که در جلسات آموزش امیددرمانی گروهی شرکت کرده بودند، در مقایسه با نوجوانانی که این آموزش را دریافت نکرده بودند، نتایج مطلوب‌تری از نظر تاب‌آوری و امید به زندگی به دست آوردند و این متغیرها به‌طور معناداری بهبود یافتند.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج این مطالعه، پیشنهاد می‌شود نوجوانان مبتلا به تومور مغزی و خانواده‌های آنان، پیش و پس از عمل جراحی، از حمایت‌های روان‌شناختی و روش‌های درمان روان‌شناختی بهره‌مند شوند.

مقدمه

تومورهای مغزی می‌توانند بدخیم (اولیه و متاستاتیک) یا خوش‌خیم باشند. تومورهای اولیه مغز از داخل مغز منشأ می‌گیرند و توانایی گسترش در بافت مغز و تهاجم به آن را دارند. تومورهای متاستاتیک مغز از اندام‌ها یا بافت‌های خارج از مغز منشأ می‌گیرند و اگرچه در کودکان و نوجوانان کمتر شایع هستند [۱]، در مجموع شایع‌ترین نوع تومورهای مغزی محسوب می‌شوند که حدود ۲۰ تا ۴۰ درصد تومورهای مغزی را تشکیل می‌دهند [۲]. تومورهای خوش‌خیم، فاقد سلول‌های سرطانی هستند، معمولاً رشد آهسته‌ای دارند، دارای مرزهای مشخص هستند و به بافت‌های اطراف تهاجم نمی‌کنند. در حالی که تومورهای بدخیم مغزی سرطانی بوده، رشد سریع‌تری دارند و می‌توانند به بافت‌ها و ساختارهای اطراف تهاجم کنند [۳].

داده‌های جهانی مربوط به تومورهای مغزی نشان داده‌اند که برای دستیابی به یک نمای اپیدمیولوژیک دقیق‌تر از کودکان و نوجوانان مبتلا به تومورهای مغزی، لازم است تومورهای خوش‌خیم مغزی، از جمله مواردی که هنگام پذیرش از نظر ماهیت نامشخص یا غیرقابل تعیین هستند نیز در آمارها لحاظ

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-10]

شوند. در نهایت، بر اساس داده‌های منتشرشده، میزان بروز خام تومورهای خوش‌خیم مغزی بین ۰/۵ تا ۷/۳ مورد در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر-سال برآورد شده است [۴].

تعداد سالانه موارد جدید سرطان در کودکان و افراد جوان ۰ تا ۱۹ سال در سراسر جهان حدود ۴۰۰,۰۰۰ مورد برآورد می‌شود [۵,۶]. تومورهای سیستم عصبی مرکزی شایع‌ترین تومورهای جامد در کودکان کمتر از ۱۴ سال هستند و در گروه سنی ۰ تا ۱۹ سال، حدود ۱۰ تا ۳۷ درصد تمام سرطان‌ها را تشکیل می‌دهند. بیشترین و کمترین میزان بروز به‌ترتیب در گروه‌های سنی ۵ تا ۹ سال و ۱۵ تا ۱۹ سال گزارش شده است [۷].

داشتن کودک مبتلا به تومورمغزی، تجربه‌ای بسیار دشوار و ناخوشایند برای والدین محسوب می‌شود [۸]. به دلیل ماهیت مزمن تومور مغزی، کودکان مبتلا به سرطان و والدین آنها با مشکلات متعددی مواجه می‌شوند [۹]. تومور مغزی دوران کودکی می‌تواند کیفیت زندگی، سلامت روانی و جسمانی، فعالیت‌های روزمره، پایداری خانواده و نقش هر یک از اعضای خانواده را تحت تأثیر قرار دهد [۱۰]. ازاین‌رو، کودک مبتلا به سرطان به تاب‌آوری و مراقبت‌های روان‌شناختی نیاز دارد.

یکی از مناسب‌ترین راهبردها برای مقابله با بیماری، تاب‌آوری است [۱۱]. تاب‌آوری به افراد کمک می‌کند تا راهبردها و مهارت‌های مقابله‌ای متفاوتی را کسب کنند. تاب‌آوری نشان‌دهنده توانایی فرد برای مقابله با رویدادهای ناخوشایند و بازیابی خود پس از آنهاست. گروه‌درمانی یکی از روش‌های متعددی است که می‌تواند به ارتقای تاب‌آوری کمک کند [۱۲]. گروه‌درمانی به‌عنوان یک رویکرد درمانی برای ارتقای سلامت روان و کاهش مشکلات روان‌شناختی مورد استفاده قرار می‌گیرد [۱۳]. این اهداف از طریق کاوش شناختی و هیجانی تعاملات بین اعضای گروه و همچنین تعاملات آنان با درمانگران محقق می‌شود [۱۴]. همچنین می‌تواند به کاهش موانع دفاعی و احساس انزوا کمک کند [۱۵].

روش‌های روان‌درمانی که موجب افزایش امید در بیماران می‌شوند، می‌توانند به بهبود کیفیت زندگی آنان منجر شوند. به همین دلیل امیددرمانی با هدف اصلی ارتقای امید در بیماران طراحی شده است [۱۶]. از آنجا که این بیماران اغلب تصور می‌کنند سرطان یا تومور مغزی معادل مرگ است، ممکن است در درک معنا و ارزش‌های زندگی خود با مشکل مواجه شوند. به نظر می‌رسد درمانی که صرفاً بر راه‌حل متمرکز باشد، برای این بیماران کافی نباشد. بنابراین، برای تقویت جلسات امیددرمانی و افزایش اثربخشی آنها، بهتر است این جلسات همراه با یک رویکرد وجودی مانند معنادرمانی اجرا شوند [۱۷,۱۸].

میزان بقای اکثر سرطان‌های کودکان طی چهار دهه گذشته به شکل قابل‌توجهی افزایش یافته است. در حال حاضر، درمان موفق برای بسیاری از کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان یک پیامد محتمل محسوب می‌شود. در کشورهای توسعه‌یافته، میزان بقای پنج‌ساله در حال حاضر نزدیک به ۸۰ درصد است و بسته به سن و نوع تشخیص، بین ۳۹ تا ۹۷ درصد متغیر است، به‌طوری‌که اکثریت قابل‌توجهی از این بیماران از بدخیمی اولیه خود بهبود می‌یابند [۱۸]. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر مداخله امیددرمانی گروهی بر تاب‌آوری و امید به زندگی بیماران مبتلا به تومور مغزی در اصفهان، ایران، انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه یک کارآزمایی بالینی تصادفی‌سازی‌شده، کنترل‌شده و موازی با طراحی پیش‌آزمون-پس‌آزمون بود. این پژوهش بر روی ۳۰ بیمار ۱۲ تا ۲۰ ساله مبتلا به تومور مغزی در اصفهان، در سال ۱۴۰۵ انجام شد. نوجوانان مبتلا به تومورمغزی به روش سرشماری انتخاب شدند و ۱۵ بیمار در گروه کنترل و ۱۵ بیمار در گروه مداخله قرار گرفتند. نوجوانان با استفاده از تابعRANDBETWEEN در نرم‌افزار

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-10]

Excel Microsoft, Redmond, WA, USA به‌صورت تصادفی به دو گروه تقسیم شدند.

معیارهای ورود شامل مصرف نکردن داروهای روان‌پزشکی یا مواد دخانی، نداشتن بیماری دیگر در کودک، زندگی مشترک والدین، شرکت نکردن در برنامه‌های مشابه طی ماه گذشته و نداشتن سابقه فوت یکی از بستگان نزدیک طی شش ماه گذشته بود. معیارهای خروج نیز شامل تشخیص بیماری دیگری در کودک در طول مطالعه و غیبت در بیش از یک جلسه مداخله بود.

ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی، مقیاس تاب‌آوری کانر–دیویدسون (CD-RISC) و مقیاس امید بزرگسالان اسنایدر (AHS) بود.

مقیاس تاب‌آوری کانر–دیویدسون (CD-RISC)

تاب‌آوری را می‌توان به‌عنوان شاخصی از توانایی مقابله با استرس در نظر گرفت. از این رو می‌تواند یکی از اهداف مهم درمان در اضطراب، افسردگی و واکنش‌های ناشی از استرس باشد. مقیاس تاب‌آوری کانر–دیویدسون (CD-RISC) شامل ۲۵ گویه است که هریک براساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای از ۰ تا ۴ امتیازدهی می‌شوند. نمرات بالاتر نشان‌دهنده سطح بیشتر تاب‌آوری هستند.

مقیاس امید بزرگسالان اسنایدر (AHS)

این مقیاس یک ابزار خودارزیابی است. ابزار ارزیابی شامل پرسش‌نامه‌ای با ۱۲ سؤال است که ۶ سؤال بر تفکر مسیرها (Pathways Thinking) و ۶ سؤال دیگر بر تفکر عاملیت یا عامل بودن (Agency Thinking) تمرکز دارند. سؤالات مربوط به مسیرها، توانایی شناختی فرد برای یافتن راه‌ها و گام‌های خلاقانه برای دستیابی به هدف را ارزیابی می‌کنند. سؤالات به عاملیت، به جنبه انگیزشی، احساس توانمندی و باور فرد نسبت به تلاش برای دستیابی به هدف مربوط می‌شوند.

هر سؤال براساس مقیاس لیکرت ازیک تا ۸ امتیازدهی می‌شود. به‌طوری‌که نمره یک نشان‌دهنده کمترین میزان انطباق و نمره ۸ نشان‌دهنده بیشترین میزان انطباق با عبارت موردنظر است. این مقیاس در نهایت سه نمره ارائه می‌کند: یک نمره کلی امید که حاصل ترکیب سؤالات عاملیت و

▼ جدول ۱- پروتکل امیددرمانی

جلسه	اهداف	مؤلفه آموزشی	تکلیف
۱	آشنایی با نظریه امید	تعریف هدف و موانع، یافتن راه‌هایی برای رسیدن به اهداف، راهبردهایی برای حفظ انگیزه	فهرستی از اهداف مهمی که به تعویق افتاده‌اند تهیه کنید.
۲	هیجان‌ها ناشی از مسدود شدن یا دستیابی به اهداف هستند	اهداف مسدودشده در برابر اراده ما قرار می‌گیرند، در حالی که دستیابی به اهداف، نیروی اراده را تقویت می‌کند.	یک هدف را انتخاب کنید که می‌خواهید طی شش هفته آینده بر آن تمرکز کنید.
۳	اهداف عینی و مشخص	اهمیت تعیین اهداف عینی و دارای نقطه پایان. هدف باید دست‌یافتنی و قابل اندازه‌گیری باشد.	اهداف خود را به‌صورت مشخص و دارای نقطه پایان تعیین کنید. برای اهداف خود یک چارچوب عملی در نظر بگیرید. هدف اصلی را به اهداف کوچک‌تر تقسیم کنید.
۴	قدرت ذهنی / جسمی	اهمیت گفتگوی مثبت با خود برای دستیابی به اهداف	گفتگوهای درونی خود را ثبت کنید. شروع به تغییر گفتگوهای منفی با خود کنید. موقعیت را بر اساس توانایی‌های خود بازتعریف کنید.
۵	ترسیم نمودار هدف	مراحل دستیابی به اهداف باید از طریق تجسم اهداف فرعی مشخص شوند. این امر بخشی از راهبردهای «قدرت مسیر» است.	نموداری برای هدف خود ترسیم کنید. مهارت‌های موردنیاز برای پیمودن مسیر دستیابی به هدف را شناسایی کنید. هر روز زمانی را به تجسم انجام مراحل و دستیابی نهایی به هدف اختصاص دهید.
۶	نیروی اراده جسمانی	تغذیه سالم و عادات مناسب ورزشی باعث افزایش نیروی اراده جسمانی می‌شوند.	عادات غذایی و ورزشی خود را ارزیابی کنید. اهداف خود را دوباره بررسی کنید و مطمئن شوید که پیگیری آنها همچنان برای شما اهمیت دارد.
۷	موانع	معرفی عوامل مسدودکننده و موانع دستیابی به اهداف	بر روی موانع کار کنید. گزارشی از میزان پیشرفت در دستیابی به هدف انتخاب‌شده تهیه کنید.
۸	لغزش و عود	چگونه می‌توان از تبدیل لغزش‌های موقت به عود کامل جلوگیری کرد؟	ارزیابی نهایی، توزیع برگه‌های ارجاع میان همه اعضا، اعلام برگزاری جلسه پیگیری دو ماه بعد

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-10]

مسیرهاست و دو نمره جداگانه برای هر یک از این دو مؤلفه. نمره کل می‌تواند بین ۸ تا ۶۴ متغیر باشد. هرچه نمره بالاتر باشد، میزان امید فرد بیشتر است.

جدول ۲- خصوصیات دموگرافیک نوجوانان مبتلا به تومورمغزی

متغیرها	گروه کنترل (تعداد=۱۵)	گروه مداخله (تعداد=۱۵)	سطح معناداری
کودک			
جنسیت، پسر/ دختر، تعداد (درصد)	۸ (۵۳)/ ۷ (۴۷)	۶ (۴۰)/ ۹ (۶۰)	۰/۰۸۹
سن، (سال)، (میانگین ± انحراف معیار)	۱۶/۹۸ ± ۳/۴۲	۱۶/۴۷ ± ۳/۹۵	۰/۱۲۳
نوع تومور، تعداد (درصد)			
آستروسیتوم پیلوسیتیک	۲ (۱۳/۳)	۲ (۱۳/۴)	۰/۳۴۵
آستروسیتوم آناپلاستیک	۱ (۶/۶)	۱ (۶/۶)	
اپاندیموما	۲ (۱۳/۳)	۳ (۲۰)	
گلیوم ساقه مغز	۳ (۲۰)	۴ (۲۶/۷)	
مدولوبلاستوما	۵ (۳۳/۴)	۴ (۲۶/۷)	
کرانیوفارنژیوما	۱ (۶/۷)	۱ (۶/۶)	
گانگلیوگلیوما	۱ (۶/۷)	۰	
مادر			
سن، (سال)، (میانگین ± انحراف معیار)	۳۹/۴۹ ± ۹/۱۳	۳۸/۱۲ ± ۷/۲۴	۰/۹۸۰
تحصیلات، تعداد (درصد)			
ابتدایی	۴ (۲۶/۷)	۵ (۳۳/۴)	۰/۲۵۶
دبیرستان	۸ (۵۳/۳)	۱۰ (۵۳/۲)	
دانشگاه	۳ (۲۰)	۲ (۱۳/۴)	

مداخلات

بیماران گروه مداخله به مدت ۸ هفته، مداخله مبتنی بر پروتکل امیددرمانی را دریافت کردند (جدول ۱). هر جلسه شامل چهار بخش بود. در بخش نخست، بیماران به مدت ۳۰ دقیقه درباره فعالیت‌ها و تکالیف هفتگی خود بحث کردند. در بخش دوم، به مدت ۳۰ دقیقه آموزش روان‌شناختی ارائه شد. در این بخش، شرکت‌کنندگان هر هفته یک مهارت جدید مرتبط با امید را فراگرفتند. این مهارت‌ها در سه حوزه قرار داشتند:

اهداف، تفکر عاملیت و تفکر مسیرها

در بخش سوم که حدود ۵۰ دقیقه طول کشید، روش‌های به‌کارگیری مهارت‌های آموخته‌شده در زندگی روزمره مورد بحث قرارگرفت. در ۱۰ دقیقه پایانی هر جلسه نیز تکالیف جلسه بعد معرفی شد. هدف از این تکالیف کمک به بیماران برای به‌کارگیری مهارت‌های جدید در زندگی روزمره بود. پس از پایان مداخله، پس‌آزمون برای هر دو گروه انجام شد.

در این مطالعه، از روش‌های آمار توصیفی شامل میانگین (انحراف معیار) برای متغیرهای کمی، توزیع (درصد) فراوانی برای متغیرهای کیفی استفاده شد. داده‌ها با استفاده از

جدول ۳- تحلیل کوواریانس اثربخشی امیددرمانی بر امید به زندگی و تاب‌آوری

	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آزمون F	سطح معنادار	اندازه اثر
امید به زندگی						
اثر پیش‌آزمون	۱۷/۱۲	۱	۱۷/۱۲	۵/۱۳	۰/۰۳۷	۰/۲۳۲
بین‌گروهی	۵۳/۸۱	۱	۵۳/۸۱	۱۶/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۵۳۴
خطا	۵۷/۹۲	۲۸	۴/۴۷			
کل	۱۳۲	۳۰				
تاب آوری						
اثر پیش‌آزمون	۳۲۴/۴۳	۱	۳۲۴/۴۳	۱۳/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۴۵۷
بین‌گروهی	۴۶۷/۸۸	۱	۴۶۷/۸۸	۱۹/۴۵	۰/۰۰۰۱	۰/۳۲۱
خطا	۶۵۴/۷۶	۲۸	۶/۲۱			
کل	۵۴۶	۳۰				

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-10]

نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) و آزمون آماری تحلیل کوواریانس تحلیل شدند.

این مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران، تأیید شد. پژوهشگر هدف مطالعه را برای بیماران توضیح داد و به آنان اطمینان داد که اطلاعاتشان محرمانه و ناشناس باقی خواهد ماند. همچنین به آنها اطمینان داده شد که شرکت در این مطالعه کاملاً داوطلبانه است و حضور یا غیبت در پژوهش هیچ مشکلی برای آنان ایجاد نخواهد کرد. همچنین کلیه شرکت‌کنندگان فرم رضایت آگاهانه را به‌صورت کتبی تکمیل کردند.

یافته‌ها

در این مطالعه، دو گروه از نظر جنسیت و سن همگن بودند (P>۰/۰۵). همچنین گروه‌های مداخله و کنترل از نظر میانگین سن مادران و سطح تحصیلات آنها مشابه بودند (P>۰/۰۵) (جدول ۲).

براساس آزمون نرمال بودن داده‌ها (آزمون کولموگروف–اسمیرنوف)، مقدار Z در هر دو گروه بیشتر از ۰،۰۵ بود. بنابراین، توزیع داده‌ها نرمال در نظر گرفته شد. نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به اثربخشی امیددرمانی بر امید به زندگی در (جدول ۳) ارائه شده و میانگین نمرات امید و تاب‌آوری بیماران قبل و بعد از مداخله در دو گروه مقایسه شد. برای بررسی اثرات مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر امیددرمانی، از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

امید: مقدار F برآوردشده برای تفاوت بین گروه‌ها برابر با ۱۶،۸۱ بود و درجات آزادی ۱ و ۲۸ به دست آمد که از نظر آماری معنادار نبود (P>۰/۰۵). بنابراین، می‌توان بیان کرد که افزایش مشاهده‌شده در نمرات امید به زندگی معنادار بوده؛ به این معنا که امیددرمانی در افزایش امید به زندگی بیماران مؤثر است.

تاب‌آوری: مقدار F برآوردشده برای تفاوت بین گروه‌ها برابر با ۱۹/۴۵ بود و درجات آزادی یک و ۲۸ به دست آمد که از نظر آماری معنادار نبود (P>۰/۰۵) می‌توان نتیجه گرفت که امیددرمانی موجب افزایش تاب‌آوری بیماران می‌شود.

مقایسه میانگین نمرات امید و تاب‌آوری بیماران در دو گروه، پیش و پس از مداخله در جدول ۴، نشان داده شده است.

▼ جدول ۴- مقایسه میانگین نمرات امید به زندگی و تاب‌آوری بیماران در دو گروه، پیش و پس از مداخله

متغیر		پیش از مداخله (میانگین±انحراف معیار)	پیش از مداخله (میانگین±انحراف معیار)	سطح معناداری
تاب‌آوری	گروه مداخله	۴۶/۲۶±۱۶/۸۲	۶۵/۴۱±۹/۱۴	۰/۰۰۰۱
	گروه کنترل	۴۷/۱۳±۱۶/۰۷	۴۸/۶±۹/۲۱	۰/۴۳۵
	سطح معناداری	۰/۴۳۲	۰/۰۰۱	
امید به زندگی	گروه مداخله	۳۷/۲±۱۱/۹۸	۵۷/۸۸±۹/۱۴	۰/۰۰۰۱
	گروه کنترل	۳۶±۱۱/۱۲	۳۸/۴۳±۱۰/۳۶	۰/۸۷۸
	سطح معناداری	۰/۱۵۶	۰/۰۰۲	

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر مداخله امیددرمانی گروهی در نوجوانان مبتلا به تومورمغزی طراحی و اجرا شد. نتایج نشان داد که نمرات امید و تاب‌آوری در نوجوانانی که تحت مداخله قرار گرفتند، در مقایسه با آنها که مداخله‌ای دریافت نکردند افزایش یافت. در مطالعه Almeida و همکاران [۱۹]، حمایت به‌عنوان مؤثرترین بُعد تاب‌آوری در مقابله با بیماری در نظر گرفته شد که با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی داشت.

یافته‌های این پژوهش با نتایج مطالعات ایرانی مانند سلیمی نیز همسو بود [۲۰]. او اثربخشی مداخلات ارتقادهنده امید در بیماران مبتلا به سرطان را بررسی کرد و بیجاری [۲۱] نیز تأثیر امیددرمانی گروهی بر افزایش امید و کاهش افسردگی در زنان مبتلا به سرطان پستان را مورد مطالعه قرار داد. تمامی این مطالعات تأیید کردند که امیددرمانی می‌تواند موجب افزایش امید شود.

تشویق شرکت‌کنندگان به بیان داستان‌های زندگی خود، یکی از پایه‌های مهم امیددرمانی است. داستان‌ها

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-10]

فرصت مناسبی برای درمانگران فراهم می‌کنند تا دیدگاه‌های امیدبخش را برجسته سازند. به‌ویژه دیدگاه‌هایی که ممکن است بر اثر غلبه سایر خاطرات یا افکار کمرنگ شده باشند [۲۲]. دو مورد از مهم‌ترین تکنیک‌های درمان شناختی ـ رفتاری، خودنظارتی و اصلاح تحریف‌های شناختی هستند که هر دو در امیددرمانی نیز به کار گرفته می‌شود. در زمینه خودنظارتی، بیماران می‌توانند از طریق بازخوردهایی که از درمانگر و سایر اعضای گروه دریافت می‌کنند، آگاهی بیشتری نسبت به افکار و رفتارهای خود پیدا کنند. درمورد اصلاح تحریف‌های شناختی نیز موضوعاتی مانند فاجعه‌سازی و بی‌اعتبار کردن جنبه‌های مثبت مورد بحث قرار گرفتند [۲۳]. بنابراین، بیماران دریافتند که برخی افکار روزمره آنان، مانند «بیماران مبتلا به سرطان محکوم به مرگ هستند»، صرفاً نوعی تحریف شناختی است و واقعیت محسوب نمی‌شود.

امیددرمانی با تمرکز بر فرایندهای تفکر امیدبخش می‌تواند موجب استفاده بهتر از توانایی‌های حل مسئله و افزایش امید و تاب‌آوری شود. در نتیجه، اعضای گروه هنگام مواجهه با چالش‌های خود، به‌جای رفتارهای اجتنابی، بیشتر از مهارت‌های حل مسئله استفاده می‌کنند.

مطالعه رحیمی‌پور و همکاران [۲۴] نشان داد که ناامیدی مطلق و ترس از آینده بر بیماران غلبه داشت. علاوه بر این، کاهش فعالیت‌های تفریحی خانوادگی به‌دلیل بیماری، بزرگ‌ترین مشکل اجتماعی گزارش‌شده بود. بنابراین، بیمارانی که تحت گروه‌درمانی مبتنی بر امید قرارگرفته بودند، از نظر انسجام خانوادگی، همکاری و تعریف خوشبینانه‌تر از شرایط، بهبود نشان دادند. بنابراین امیددرمانی بر کاهش افسردگی، اضطراب و استرس مؤثر است.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به حجم نمونه پایین نمونه‌ها و تک مرکزی بودن اشاره کرد که قابلیت تعمیم داده‌ها را با محدودیت موجه ساخته است.

نتیجه‌گیری

امیددرمانی به‌جای تمرکز بر ناتوانی‌ها، از رویکرد روان‌شناسی مثبت استفاده می‌کند. گفتگوی مثبت با خود، تجسم امیدبخش، رژیم غذایی سالم، ورزش و ارتباط با شبکه‌های حمایتی از جمله ویژگی‌های افراد امیدوار هستند. این مطالعه نشان داد که مداخلات گروه‌درمانی مبتنی بر امید، راهبردی مؤثر برای کمک به نوجوانان مبتلا به تومور مغزی در مقابله با بیماری است. استفاده از مداخله گروه‌درمانی مبتنی بر امید می‌تواند موجب افزایش تاب‌آوری، امید و توانایی آنان برای مقابله با مشکلات شود.

تأییدیه‌اخلاقی: پژوهش حاضر با کد اخلاق IR.MUI.MED.REC.1402.105 مورد تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان قرار گرفت.
تعارض منافع: هیچگونه تعارض منافعی از سوی نویسندگان اعلام نشده است.
سهم نویسندگان: تمام نویسندگان سهم یکسانی (۲۵ درصد) را در مقاله دارند. علی ریاضی؛ طراحی اولیه مطالعه و نظارت بر نگارش نهایی مقاله، فریبا فغانی؛ نگارش اولیه مقاله و تحلیل داده‌ها، ناهید کاظمی جمع‌آوری داده‌ها و رژین عباسی نگارش اولیه مقاله را به عهده داشت.
منابع مالی: این پژوهش مورد حمایت مالی قرارنگرفته است.

References

1. Tunthanathip T, Kanjanapradit K, Ratanalert S, Phuenpathom N, Oearsakul T, Kaewborisutsakul A. Multiple, Primary Brain Tumors with Diverse Origins and Different Localizations: Case Series and Review of the Literature. J Neurosci Rural Pract. 2018;9(4):593-607. doi: 10.4103/jnrp.jnrp_82_18.
2. Ostrom QT, Francis SS, Barnholtz-Sloan JS. Epidemiology of Brain and Other CNS Tumors. Curr Neurol Neurosci Rep. 2021;21(12):68. doi: 10.1007/s11910-021-01152-9.
3. Ostrom QT, Price M, Neff C, Cioffi G, Waite KA, Kruchko C, et al. CBTRUS Statistical Report: Primary Brain and Other Central Nervous System Tumors Diagnosed in the United States in 2015-2019. Neuro Oncol. 2022;24(Suppl 5):v1-v95. doi: 10.1093/neuonc/noac202.
4. Su Z, Lu J, Shi Y, Li T, Qi B, Guo Z. Global, regional, and national childhood brain and central nervous system cancer burden: an analysis based on the Global Burden of Disease Study. Trop Med Health. 2025;53(1):130. doi: 10.1186/s41182-025-00810-9.
5. Shanmugavadivel D, Liu JF, Ball-Gamble A, Polanco A, Vedhara K, Walker D, et al. The Childhood Cancer Diagnosis (CCD) Study: a UK observational study to describe referral pathways and quantify diagnostic intervals in children and young people with cancer. BMJ Open. 2022;12(2):e058744. doi: 10.1136/bmjopen-2021-058744.
6. Lewandowska A, Zych B, Papp K, Zrubcová D, Kadučáková H, Šupínová M, et al. Problems, Stressors

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-10]

and Needs of Children and Adolescents with Cancer. Children (Basel). 2021;8(12):1173. doi: 10.3390/children8121173.
7. Damodharan S, Puccetti D. Pediatric Central Nervous System Tumor Overview and Emerging Treatment Considerations. Brain Sci. 2023;13(7):1106. doi: 10.3390/brainsci13071106.
8. Rocque BG, Cutillo A, Zimmerman K, Arynchyna A, Davies S, Landier W, et al. Distress and psychosocial risk in families with newly diagnosed pediatric brain tumors. J Neurosurg Pediatr. 2019;23(1):40-7. doi: 10.3171/2018.7.PEDS18297.
9. Liu T, Xu L, Shen Y, Chen Z, Yao J, Mo L. Parents' Distress and Demands for Children With Cancer-Related Cognitive Impairment in Western China: A Qualitative Study. Cancer Med. 2024;13(19):e70257. doi: 10.1002/cam4.70257.
10. Omer TY. Impact of Childhood Cancer on Family Functioning and Family Quality of Life in the Western Region of Saudi Arabia. Nurs Res Pract. 2024;2024:6667978. doi: 10.1155/2024/6667978.
11. Macía P, Barranco M, Gorbeña S, Álvarez-Fuentes E, Iraurgi I. Resilience and coping strategies in relation to mental health outcomes in people with cancer. PLoS One. 2021;16(5):e0252075. doi: 10.1371/journal.pone.0252075.
12. Sampogna G, Del Vecchio V, Giallonardo V, Luciano M, Albert U, Carmassi C, et al. What Is the Role of Resilience and Coping Strategies on the Mental Health of the General Population during the COVID-19 Pandemic? Results from the Italian Multicentric COMET Study. Brain Sci. 2021;11(9):1231. doi: 10.3390/brainsci11091231
13. Sequeira-Nazaré ER, Schmitz B. Shared Paths to Well-Being: The Impact of Group Therapy. Behav Sci (Basel). 2025;15(1):57. doi: 10.3390/bs15010057.
14. Seidman AJ, Wade NG, Geller J. The effects of group counseling and self-affirmation on stigma and group relationship development: A replication and extension. J Couns Psychol. 2022;69(5):701-10. doi: 10.1037/cou0000614.
15. Marmarosh CL, Sandage S, Wade N, Captari LE, Crabtree S. New horizons in group psychotherapy research and practice from third wave positive psychology: a practice-friendly review. Res Psychother. 2022;25(3):643. doi: 10.4081/ripppo.2022.643.
16. Azimian M, Arian M, Shojaei SF, Doostian Y, Ebrahimi Barmi B, Khanjani MS. The Effectiveness of Group Hope Therapy Training on the Quality of Life and Meaning of Life in Patients with Multiple Sclerosis and Their Family Caregivers. Iran J Psychiatry. 2021;16(3):260-70. doi: 10.18502/ijps.v16i3.6251.
17. Shekarabi-Ahari G, Younesi J, Borjali A, Ansari-Damavandi S. The effectiveness of group hope therapy on hope and depression of mothers with children suffering from cancer in Tehran. Iran J Cancer Prev. 2012;5(4):183-8.
18. Sultan I, Alfaar AS, Sultan Y, Salman Z, Qaddoumi I. Trends in childhood cancer: Incidence and survival analysis over 45 years of SEER data. PLoS One. 2025;20(1):e0314592. doi: 10.1371/journal.pone.0314592
19. Almeida DM. Resilience and Vulnerability to Daily Stressors Assessed via Diary Methods. Curr Dir Psychol Sci. 2005;14(2):64-8. doi: 10.1111/j.0963-7214.2005.00336.x.
20. Salimi H, Zadeh Fakhar HB, Hadizadeh M, Akbari M, Izadi N, MohamadiRad R, et al. Hope therapy in cancer patients: a systematic review. Support Care Cancer. 2022;30(6):4675-85. doi: 10.1007/s00520-022-06831-y.
21. Bijari H, Ghanbari HashemAbadi B, Aghamohammadian HR, Homayi Shandiz F. Effects of Hope-based Group Therapy on the promotion of hope in women with breast cancer. The Journal of Foundations of Education. 2009;10(1). [Persian]
22. Llewellyn-Beardsley J, Rennick-Egglestone S, Pollock K, Ali Y, Watson E, Franklin D, et al. 'Maybe I Shouldn't Talk': The Role of Power in the Telling of Mental Health Recovery Stories. Qual Health Res. 2022;32(12):1828-42. doi: 10.1177/10497323221118239.
23. Nakao M, Shirotsuki K, Sugaya N. Cognitive-behavioral therapy for management of mental health and stress-related disorders: Recent advances in techniques and technologies. Biopsychosoc Med. 2021;15(1):16. doi: 10.1186/s13030-021-00219-w.
24. Rahimipour M, Shahgholian N, Yazdani M. Effect of hope therapy on depression, anxiety, and stress among the patients undergoing hemodialysis. Iran J Nurs Midwifery Res. 2015;20(6):694-9. doi: 10.4103/1735-9066.170007.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-10]