مجله علوم پزشکی زانکو/ دانشگاه علوم پزشکی کردستان/ زمستان ۱۳۹۸/ ۴۹-۳۳

مقاله پژوهشی
(Originalpaper)

اثربخشی آموزش غلبه بر درماندگی آموخته شده بر ارتقاء امید به زندگی و سلامت روان زنان مبتلا به سرطان پستان

زیبا شکور صفت صدیقی[1*]، دکتر پرویز شریفی درآمدی [2]
۱- دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شاهرود، شاهرود، ایران
۲- استاد گروه روان‌شناسی استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران
(مؤلف مسؤول): پست الکترونیک: zibasedighi@yahoo.com

چکیده

زمینه وهدف: هدف از مطالعه حاضر اثربخشی آموزش غلبه بر درماندگی آموخته‌شده بر ارتقاء امید به زندگی و سلامت روان در زنان مبتلا به سرطان پستان بود که در سال ۱۳۹۶ انجام گردید. با توجه به شیوع نسبتاً بالای این سرطان در زنان، به‌کارگیری راهبردهایی جهت توانمندسازی روان‌شناختی زنان مبتلا توصیه شده است. جامعه‌ی پژوهش حاضر، زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بخش درمانی مرکز تحقیقات سرطان وبیماران درمانگاه ولیعصر واقع در بیمارستان امام خمینی بوده است.

مواد و روش‌کار: روش پژوهش، نیمه آزمایشی و طرح آن، پیش‌آزمون-پس آزمون با گروه مداخله و کنترل بود. روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند شامل ۳۰ نفر بود که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار داده شدند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌ی امید به زندگی اشنایدر(Schneider Life Expectancy Questionnaire) و پرسش‌نامه سلامت عموم GHQ-28 (General health questionnaire) استفاده شد و به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. ۱۲جلسه مداخله به مدت یک ساعت در هفته در محلی واقع در تقاطع امیرآباد شمالی و خیابان فاطمی به صورت گروهی انجام گردید. پس از پایان جلسات از هر دو گروه خواسته خواهد شد تا مجدداً پرسش‌نامه را تکمیل نمایند.

یافته‌ها: به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج نشان داد میانگین علائم جسمانی (F=۶/۹۰۶، p=۰/۰۱۵)، اضطراب (F=۱۰/۳۰۷، p=۰/۰۰۴)، اختلال در عملکرد اجتماعی (F=۱۱/۶۷۸، p=۰/۰۰۲) و افسردگی‌اساسی (F=۳۲/۳۷۸، p=۰/۰۰۰)، تفکرعاملی (F=۶/۹۰۶، p=۰/۰۱۵) و تفکر راهبردی (F=۱۰/۳۰۷، p=۰/۰۰۴) در گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. با حذف تأثیر نمرات پیش‌آزمون بین میانگین تعدیل شده علائم جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی اساسی بر حسب گروه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

نتیجه‌گیری: به طور کلی بر اساس این یافته‌ها می‌توان گفت آموزش غلبه بر درماندگی آموخته‌شده در پس‌آزمون باعث کاهش علائم جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی اساسی و افزایش ابعاد امید به زندگی شده است.

واژه‌های کلیدی: درماندگی آموخته‌شده، سرطان پستان، سلامت روان، علایم جسمانی، اضطراب، عملکرد اجتماعی، امید به زندگی

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2024-10-12]

مقدمه

طبق تعریف مرکز بین‌المللی آمارهای بهداشتی امریکا[1] (۲۰۱۰) (۱) بیماری مزمن از جمله بیماری‌هایی است که برای مدتی طولانی فرد را درگیر کند و به سه ماه یا بیشتر طول بکشد. علی‌رغم پیشرفت علم پزشکی، بسیاری از قربانیان همچنان با چالش‌هایی در ارتباط با سلامت روانی و هیجانی دست و پنجه نرم می‌کنند (انجمن روانشناسی امریکا[2]، ۲۰۱۳ (۲). یکی از این بیماری‌های مزمن سرطان پستان است که از سرطان‌های رایج میان زنان بوده و طبق گزارش جامعه سرطان (۳) تقریباً از هر ۸ زن یک زن در امریکا به سرطان پستان مبتلا است. شواهد قابل توجهی وجود دارد مبنی بر اینکه سرطان پستان و درمان‌هایش با مشکلاتی در رابطه با تصویر بدنی[3]، تمایلات جنسی[4]، کارکرد جنسی و سطوح شدید هیجانات منفی و آزردگی روان‌شناختی[5] به ویژه علائم اضطراب و افسردگی مرتبط است (ریس، هاندورف و هایتورنویت[6]، ۲۰۱۸) (۴).

کوهن و هربرت[7] (۱۹۹۶) (۵) گزارش کردند که علاوه بر تغییرات جسمی مثل درد و ناتوانی، این بیماری ممکن است مفهوم خود بیمار[8]، طرح و نقشه‌های آینده، نقش‌های اجتماعی و محیط زندگی بیمار را نیز تهدید کند (۶). درد، خستگی، مشکلات روانی مانند اختلال در تصویر ذهنی به دلیل تغییر در ظاهر و عملکرد اعضاء بدن، طول مدت بیماری، از ویژگی‌های سرطان است (۷).

پاسخ‌های روانی عمومی بیمار معمولاً به صورت انکار، اضطراب، افسردگی، رفتار بازگشتی، عصبانیت، احساس گناه و توهمات مرگ و مردن می‌باشد (۸).

1- U S National Center for Health Statistics
2- American Psychological Association
3- Body image
4- Sexuality
5- Psychological distress
6- Reese, Handorf, Haythornthwaite
7- Cohen, Herbert
8- Self-concept

تعداد زیادی از بیماران که درمان جراحی و یا شیمی-درمانی می‌شوند ممکن است با مشکلات زیادی از قبیل تغییراتی در توانایی عملکردی روبه‌رو شوند و نیز طرز برخورد افراد جامعه و خانواده با آن‌هایی که عضوی از بدن خود را از دست داده‌اند مانند ماستکتومی (برداشتن پستان) و یا دارای علائم مربوط به سرطان مثل درد و یا تهوع است، تغییر یابد (۹). اختلال در خواب علایم دیگر بیماران سرطانی به دلیل عدم درک بیمار از سرطان است (وین-راویو[9] و همکاران، ۲۰۱۷) (۱۰).

سرطان باعث کاهش اعتماد به نفس وتغییرخلق، بیم و نگرانی، تشدید احساس اضطراب و طولانی شدن خلق افسرده بر عملکرد شخصی و روال عادی زندگی بیماران می‌شود (۱۱). در واقع نوع بیماری با ایجاد بی‌میلی نسبت به زندگی، احساس گناه، احساس ضعف و فقدان انرژی، احساس تنش و آشفتگی در بدن و حملات پانیک می‌تواند منجر به ایجاد مشکلات روان-شناختی از جمله اختلال اضطراب یا افسردگی شود (فیشر[10]، ۲۰۱۷) (۱۲).

آزردگی‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان ممکن است با افسردگی و اختلالات افسردگی و اضطراب و اختلالات اضطرابی، خشم، عزت نفس پایین و حمایت‌های اجتماعی و عاطفی پایین مرتبط باشد (۱۳). همچنین، با توجه به اهمیت ترس‌ها و نگرانی‌های مرتبط با عود بیماری و مرگ، مغشوش-شدن تصویر تن، تغییر در احساس زنانگی و جذابیت جنسی، ممکن است آزردگی‌های روان‌شناختی ناگهانی در پی این عوامل بروز پیدا کنند (پورتر[11] و همکاران، ۲۰۰۷) (۱۴).

این امر ممکن است حتی سال‌ها بعد از تشخیص و درمان سرطان رخ دهد (۱۵). طیف اختلالات روان-

9-Vin-Raviv
10- Fisher
11- Porter

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2024-10-12]

پزشکی و آزردگی‌های روان‌شناختی در بیماران سرطانی سال‌ها است که مورد مطالعه‌ی پژوهشگران زیادی قرار گرفته است. گوپالان[12] و همکاران (۲۰۱۸) (۱۶) پس از بررسی ۳۸۴ نفر بیمار مبتلا به سرطان دریافتند که ۱۶۰ نفر یعنی ۴۱/۷ درصد آن‌ها دارای اختلالات روان‌پزشکی بودند. ۲۲/۶ درصد اختلال اضطراب و ۱۰/۹ درصد اختلال افسردگی داشتند. همچنین در مطالعه آن‌ها ۶/۵ درصد مبتلا به دلیریوم و تعداد اندکی نیز هیپومانیا داشتند.

ژئو و همکاران (۲۰۱۸) (۱۷) پس از بررسی مجموعاً ۳۰۲ بیمار مبتلا به سرطان مشخص نمودند که ۲۹/۵ از افراد مبتلا، همزمان علائم افسردگی و ۲۰/۸ درصد نیز علائم اضطراب را نشان می‌دهند. در مطالعه دیگری نیک‌بخش[13] و همکاران (۲۰۱۴) (۱۸) نشان دادند که از نمونه مورد مطالعه‌شان ۴۴ نفر (۲۹/۳ درصد) دارای اضطراب خفیف، و ۲۵ بیمار (۱۶/۷) اضطراب شدید داشتند. همچنین بر اساس این مطالعه ۲۶/۷ درصد افسردگی خفیف و ۲۱/۳ درصد افسردگی شدید داشتند. مطالعه نیک‌بخش و همکاران (۲۰۱۴) مبین آن بود که بیماران مبتلا به سرطان پستان و معده بیشترین شیوع اضطراب و افسردگی را داشتند و شیوع بیشتر در بیمارانی بود که شیمی درمانی را به عنوان یک مداخله دریافت کرده بودند.

وارتولومی[14] و همکاران (۲۰۱۸) (۱۹) در یک بررسی جامع بر اساس یک مطالعه سیستماتیک روی ۱۳ پژوهش متشکل از ۱۶۵۹ بیمار مبتلا به سرطان نشان داد که افسردگی بین ۴/۷ تا ۷۸ درصد متغیر بود. همچنین نرخ اضطراب بین ۱۲/۵ تا ۷۱/۳ درصد در این بیماران متغیر است. مطالعات دیگر نیز شیوع نشانه‌های افسردگی در زنان مبتلا به سرطان را تا شش ماه پس از تشخیص بین ۷ الی ۴۶٪ و علائم اضطراب را بین ۳۲-۴۵٪ گزارش می‌دهند (۲۰).

با توجه به کاهش سلامت روان و امید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان باید به دنبال روش‌ها و راهبردهای افزایش آن باشیم. به نظر می‌رسد در این راستا استفاده از هرگونه راهبردی بسیار سخت و دشوار است چرا که این افراد به دلیل نوع بیماری‌شان توان مقابله خود را از دست داده و احساس درماندگی و ناامیدی دارند.

در اثر درماندگی آموخته شده، افراد می‌آموزند که حتی در شرایطی که می‌توانند اوضاع را کنترل نمایند و یا از شرایط نامطلوب اجتناب کنند، همچنان خود را به آن وضعیت عادت داده و تسلیم می‌شوند (۲۱). در واقع، فرد انتظار دارد که کارهایش به شکست بیانجامد و بنابراین، نمی‌تواند هیچ کاری برای جلوگیری از وقوع آن انجام دهد (۲۴-۲۲). براساس نظریه‌ی درمان آموخته‌شده، علت اصلی درماندگی رویدادهایی است که غیرقابل کنترل هستند و فرد نتایج را غیرقابل کنترل می‌داند (۲۵).

به همین دلیل هدف از مطالعه حاضر اثربخشی آموزش غلبه بر درماندگی آموخته‌شده بر ارتقاء امید و سلامت روان زنان مبتلا به سرطان پستان می‌باشد.

مواد و روش کار

این پژوهش در دو مرحله انجام شد. در راستای تدوین بسته‌ی فوق از روش تحقیق کیفی مبتنی بر تحلیل محتوا استفاده شد. به منظور تعیین اثربخشی آموزشی غلبه بر درماندگی آموخته شده بر ارتقاء امید به زندگی و سلامت روان زنان مبتلا به سرطان پستان روش نیمه‌آزمایشی دو گروهی (یک گروه به عنوان گروه آموزش غلبه بر درماندگی آموخته شده و یک

12- Gopalan
13- Nikbakhsh
14- Vartolomei

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2024-10-12]

گروه به عنوان گروه کنترل) دو مرحله‌ای (پیش‌آزمون- پس‌آزمون) استفاده شد.

در بخش کیفی این مطالعه جامعه آماری خبرگان مجرب دانشگاه‌ها، مدیران و صاحب‌نظران حوزه مداخلات روان‌شناسی مثبت بودند. در این بخش در روش‌های نمونه‌گیری، تعداد افراد مورد مصاحبه یا حجم نمونه، به اشباع نظری[۱۵] سوالات مورد بررسی بستگی دارد؛ به این ترتیب که بر طبق مطالعات انجام شده هرگاه محقق به این نتیجه برسد که پاسخ‌های داده شده به مصاحبه‌های انجام شده با افراد مطلع، به اندازه‌ای به همدیگر شباهت دارند که منجر به تکراری شدن پاسخ‌ها شده و داده‌های جدیدی در آن‌ها وجود ندارد، تعداد مصاحبه‌ها را کافی دانسته و دست از مصاحبه می‌کشد.

در این پژوهش، تعداد نمونه‌های انتخاب شده برابر با ۱۲ نفر بود. با انجام این تعداد مصاحبه، پژوهشگر به این نتیجه رسید که اطلاعات گردآوری شده به اشباع رسیده و نیازی به انجام مصاحبه بیشتر نیست.

در بخش کمّی، جامعه‌ی پژوهش، زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بخش درمانی مرکز تحقیقات سرطان و بیماران درمانگاه ولیعصر واقع در بیمارستان امام خمینی بودند. در بخش کمّی تعداد ۳۰ نفر بر اساس معیارهای ورود (سن شرکت‌کنندگان بین ۲۰ تا ۵۰ سال، داشتن سواد خواندن و نوشتن، عدم شرکت در دوره‌های روان‌شناختی دیگر درگذشته و حال، گذشت حداقل ۲ ماه از تشخیص بیماری و فقدان ناتوانی یا بیماری‌های جسمی و روانی که مانع حضور مبتلایان گردد) و خروج (غیبت بیش از ۲ جلسه از شرکت در جلسات، هرگونه ناتوانی که حضور شرکت‌کنندگان را با دشواری همراه سازد، عدم تمایل به ادامه دریافت مداخلات) به‌صورت هدفمند انتخاب شدند.

پس از نمونه‌گیری اولیه ۳۰ نفر به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه سلامت روان[۱۶](GHQ-28) وپرسش‌نامه امید به زندگی اشنایدر استفاده شد. پرسش‌نامه (GHQ) ارائه‌دهنده‌ی میزان شناسایی اختلالات روانی غیر روان‌پریشی تدوین و تنظیم گردید که به طور وسیعی از آن برای تشخیص اختلالات خفیف روانی و غربالگری اختلالات روان‌شناختی غیر سایکوتیک (غیر روان‌پریش) در مراکز درمانی و سایر جوامع درموقعیت‌های مختلف استفاده می‌شود.

بنا به اظهار گلدبرگ (۱۹۷۲) پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28) درصدد یافتن ناراحتی‌های جدی نظیر اسکیزوفرنی یا افسردگی پسیکوتیک (روان‌پریشانه) نیست. متن پرسش‌نامه راجع به وضع کسالت و ناراحتی‌ها وسلامت عمومی فرد با تاکید بر مسائل روان‌شناختی، جسمانی و اجتماعی در زمان حال است و از این طریق علایم مرضی و حالت‌های تندرستی (سلامتی) فرد ارزیابی می‌شود. این پرسش‌نامه که فرم اصلی آن ۶۰ سوالی است مکرراً تجدیدنظر شده و به تناسب شرایط و فرهنگ‌های مختلف فرم‌های کوتاه ۱۲، ۲۰، ۲۸، ۳۰، ۴۳ سوالی از آن تهیه شده است (گلدبرگ و ویلیامز[۱۷]۱۹۸۸، به نقل از خزاییلی، ۱۳۷۵، هومن، ۱۳۷۶ و چونگ و اسپیرز (۱۹۹۴).

نتایج چند مطالعه دلالت بر وجود همبستگی قوی بین نتایج حاصل از پرسش‌نامه‌ای ۲۸ و ۶۰ ماده سوالی سلامت عمومی در تشخیص ناراحتی‌های روان‌شناختی دارد (مدینا مورا و همکاران ۱۹۸۳، بنجامین و همکاران

15- Theoretical saturation

16- Attributional Styles questionnaire (ASQ)

17- Wiliams

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2024-10-12]

۱۹۸۲) و نیز توان ارزیابی شدت اختلالات روان‌شناختی توسط GHQ-28 در حد لازم وجود دارد (رابینز و براکس، ۱۹۸۲، به نقل از هومن، ۱۳۷۶). گلدبرگ (۱۹۸۰) همبستگی نمرات GHQ-28 و نتیجه ارزیابی بالینی شدت اختلالات را ۸۰٪ گزارش نمود. خزایلی (۱۳۷۵) می‌نویسد به نظرگلدبرگ (به نقل ازآریا و همکاران، ۱۹۹۲) فرم‌های مختلف GHQ-28 دارای روایی و کارآیی بالایی هستند. در داخل کشور نیز تحقیقات متعددی روی جمعیت‌های مختلف آماری دانشجویان، دانش‌آموزان و کارمندان به عمل آمده است (برای نمونه، هومن ۱۳۷۶؛ پالاهنگ ۱۳۷۴؛ یعقوبی ۱۳۷۵؛ مجاهد ۱۳۷۴؛ یزدان پناه ۱۳۷۵؛ میرخشتی ۱۳۷۵؛ صولتی ۱۳۷۷ و شیرازی ۱۳۷۸، پایایی پرسش‌نامه نسخه فارسی GHQ-۲۸ دراین تحقیقات به ترتیب به میزان ۸۴٪، ۹۱٪، ۸۸٪، ۶۲٪، ۹۲٪، ۸۹٪ و ۸۲٪ گزارش کرده‌اند.

پرسش‌نامه امید به زندگی اشنایدر امید را که سازه‌ای بسیار نزدیک به خوش‌بینی است، به عنوان سازه‌ای شامل دو مولفه، مفهوم‌سازی کرده است: ۱- توانایی طراحی گذرگاه‌هایی به سوی هدف‌های مطلوب به رغم موانع موجود ۲-کارگزار انگیزش برای استفاده از این گذرگاه‌ها، امید مجموع این دو مولفه است.

طبق این مفهوم‌سازی، امید هنگامی نیرومند است که هدف‌های ارزشمندی را در برگیرد و با داشتن موانع چالش‌انگیز ولی برطرف‌شدنی، احتمال دستیابی به آنها درمیان مدت وجود داشته باشد. جایی که ما به رسیدن به هدف‌ها اطمینان داریم، امید غیرضروری است، جایی که مطمئن هستیم به هدف نخواهیم رسید، دراین صورت ناامید می‌شویم. طبق مفهوم‌سازی، هیجان‌های مثبت و منفی محصول جنبی تفکر هدف‌مند امید و ناامیدی هستند.

پرسش‌نامه امیدواری که توسط اشنایدر، هاریس، اندرسون، هولران، ایرونیک و همکاران (۱۹۹۱) تهیه شده است دارای ۱۲ سوال بوده وشیوه نمره‌گذاری آن براساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالف، نمره ۱ تا کاملاً موافق که نمره ۵ است به آن اطلاق می‌شود. از این عبارات، ۴ عبارت برای سنجش تفکر عاملی، ۴ عبارت برای سنجش تفکر راهبردی، ۴ عبارت انحرافی است.

اشنایدر و همکاران (۲۰۰۰) پایایی آن را از طریق بازآزمایی بعد از ۳ هفته ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند. لوپز و اشنایدر (۲۰۰۷) همسانی درونی مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ و ضریب اعتبار آن را با روش بازآزمایی ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. در روایی همزمان اشنایدر و همکاران (۱۹۹۱) همبستگی این پرسش‌نامه را با پرسش‌نامه افسردگی بک ۰/۴۴ – گزارش کرده‌اند. اعتبار ایرانی این پرسش‌نامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۰ و از طریق بازآزمایی پس از یک ماه ۰/۷۴ به دست آمده است (خلجی، ۱۳۸۶).

متن مصاحبه‌های گردآوری شده برای تعیین عوامل و مولفه‌های مؤثر جهت غلبه بر درماندگی آموخته شده پنج تم اصلی و ۱۳ دسته مفهومی را نشان می‌دهد. ۱۳ دسته مفهومی که بر اساس کدگذاری‌ها مشخص شدند عبارت بودند از: مهارت‌های مثبت اندیشی، سبک‌های اسنادی سازگاران، فاجعه‌انگاری، تعمیم افراطی، ذهن‌خوانی، معنا در زندگی، چشم‌انداز آینده، تعیین و پیگیری رفتارهای هدفمند، راهبردهای مقابله‌ای، تاب‌آوری، ذهن‌آگاهی، انعطاف‌پذیری شناختی، پذیرش و تعهد. این ۱۳ دسته مفهومی و پنج تم اصلی در جدول زیر گزارش شده است:

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2024-10-12]

جدول ۱: تم‌ها و دسته‌های مفهومی مستخرج از مصاحبه با متخصصان. مآخذ: نگارنده

تم اصلی	دسته مفهومی
بازآموزی اسنادی	مهارت‌های مثبت اندیشی سبک‌های اسنادی سازگارانه
بازسازی شناختی	فاجعه‌انگاری تعمیم افراطی ذهن‌خوانی
مدیریت هدف	معنا در زندگی چشم انداز آینده تعیین و پیگیری رفتارهای هدفمند
ایمن‌سازی در برابر استرس	راهبردهای مقابله ای تاب‌آوری
پذیرندگی	ذهن آگاهی انعطاف‌پذیری شناختی پذیرش و تعهد

همانطور که در جدول فوق ملاحظه می‌گردد این دسته‌بندی نهایی به عنوان ملاک تدوین جلسات مداخله مورد استفاده قرار گرفت. در این پژوهش از پایایی بازآزمایی و پایایی بین کدگذاران برای ارزیابی مصاحبه‌ها استفاده شد. در این روش از فرمول زیر می‌توان به سنجش پایایی پرداخت:

$$\text{درصد پایایی} = \frac{2 \times \text{تعداد توافقات}}{\text{تعداد کل داده ها}} \times \%100$$

در پایایی بازآزمایی تعداد کل کدها در دو فاصله زمانی ۱۰ روزه برابر ۱۸۲ و تعداد کل توافقات در این دو فاصله زمانی برابر ۷۳ و تعداد کل عدم توافقات در این دو زمان برابر ۳۵ بود. درصد پایایی بازآزمایی مصاحبه‌های این پژوهش ۸۰ درصد محاسبه شد و از آنجا که این درصد بیشتر از ۶۰٪ بود، مصاحبه‌های پژوهش از پایایی لازم برخوردار بود.

در روش پایایی بین کدگزاران نیز تعداد کل کدها که محقق و محقق همکار استخراج کرده بودند ۱۶۸ و تعداد توافقات ۶۸ و تعداد عدم توافق ۲۹ بود. بنابراین درصد پایایی کل بین کدگذاران برای مصاحبه‌های انجام گرفته ۸۰ بود و از آنجایی که این درصد بیشتر از ۶۰٪ می‌باشد، نشان‌دهنده پایایی بالای مصاحبه‌های این پژوهش بود. در زیر جلسات نهایی تدوین شده پس از بررسی و تایید متخصصان به لحاظ محتوایی گزارش شده است:

به منظور بررسی روایی پروتکل نهایی پژوهش از روش روایی محتوایی استفاده شد. برای این منظور پس از لیست نمودن تمام بخش‌های جلسات، سادگی و وضوح هریک از بخش‌ها و همچنین ضروری بودن آن‌ها در قالب پرسش‌نامه‌ای از متخصصان مربوطه پرسیده شد. برای این منظور دو روش کیفی و کمّی در نظر گرفته شد. در بررسی کیفی محتوا از متخصصان خواسته شده تا پس از بررسی کیفی ابزار، نظر خود را ارائه دهند که براساس آن موارد اصلاح شدند.

برای بررسی روایی محتوایی به شکل کمّی، از ضریب نسبی روایی محتوا (CVR) استفاده گردید. پس از محاسبه ضریب (CVR)، مقدار آن برابر با ۰/۷۸ به دست آمد که نشان‌دهنده روایی محتوایی خوب پروتکل بود. پس از تدوین پروتکل در فاز دوم مطالعه

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2024-10-12]

۳۰ نفر در دوگروه آزمایش و کنترل تخصیص داده شدند. سپس برای گروه آزمایش پروتکل مربوطه در ۱۲ جلسه هفته‌ای ۲ بار به مدت ۱ ساعت برگزار گردید. پس از جمع‌آوری پرسش‌نامه در غالب پیش-آزمون و پس‌آزمون یافته‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیره تحلیل شد.

برنامه مداخله غلبه بر درماندگی آموخته شده: برنامه‌ی مداخله بر درماندگی آموخته‌شده براساس مبنای نظری سبک‌های اسنادی و سبک‌های تبیینی و سبک‌های مثبت‌گویی با خود تدوین شده است.

جدول ۱: جلسات مداخله‌ی غلبه بر درماندگی آموخته شده

جلسه اول	معرفی گروه و درمانگر و هدف پژوهش و اجرای پیش آزمون	معرفی پژوهشگر، ساختار، اهداف و قوانین گروه، تعیین زمان جلسات، توضیح درباره مفهوم درماندگی‌آموخته‌شده، شناسایی رفتارهای مرتبط با درماندگی از طریق بارش فکری اعضا، آموزش چرخه فکر- احساس- رفتار. دادن تکلیف.
جلسه دوم	معنا در زندگی	مرور مطالب و بررسی تکالیف جلسه قبل، تعریف احساس معناداری و اهمیت آن در زندگی، توضیح مفهوم خودتعیین‌گری و ارتباط آن با معنا، آموزش درباره افراد و معناهای متفاوت، صحبت اعضا درباره تجربیات و خاطرات مرتبط با معنا.
جلسه سوم	رفتار هدفمند	مرور مطالب و بررسی تکالیف جلسه قبل، بیان ارتباط بین معنا و هدف در زندگی، تاکید بر جایگاه و ضرورت هدف گذاری، آموزش مدل SWOT ، توضیح تفاوت‌های بین انواع سه‌گانه هدف (چرایی، چیستی و چگونگی)، آموزش نحوه هدف‌گذاری و اولویت‌بندی اهداف، تاکید بر به‌کارگیری پاداش در جهت تقویت رفتارهای هدفمند.
جلسه چهارم	چشم انداز زمان	مرور مطالب و بررسی تکالیف جلسه قبل، توضیح درباره مفهوم چشم‌انداز زمان، توضیح درباره ارتباط بین ساخت‌های روانی و نگرش افراد به زمان، توصیف انواع چشم‌اندازهای زمانی (گذشته مثبت، گذشته منفی، حال لذت‌گرا، حال جبرگرا، آینده منفی و آینده متعالی).
جلسه پنجم	مهارت‌های مثبت‌اندیشی	مرور مطالب و بررسی تکالیف جلسه قبل، توضیح مدل ABC (اتفاق- باور- پیامد) ، شناسایی و بیان زنجیره‌های فعلی اتفاق- باور- پیامد توسط اعضا، آشنایی با مفهوم گفتار درونی و نقش آن در جهت‌دهی به افکار و احساسات، شناسایی گفتارهای درونی منفی و آموزش جایگزینی آن‌ها با موارد مثبت.
جلسه ششم	سبک‌های اسنادی‌خوش‌بینانه	مرور مطالب و بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش سبک‌های‌اسنادی مختلف و بیان نقش آن‌ها در ایجاد درماندگی آموخته شده، آموزش تغییر سبک اسنادی فرد از پایدار به ناپایدار، آموزش تغییر سبک اسنادی فرد از کلی به اختصاصی، آموزش تغییر سبک اسنادی فرد از بیرونی به درونی، به کارگیری تکنیک گفتار درونی مثبت برای استقرار اسنادهای خوش‌بینانه.
جلسه هفتم	اصلاح خطای شناختی فاجعه‌پنداری	مرور مطالب و بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش درباره خطای‌شناختی فاجعه‌پنداری، شناسایی و بیان افکار فاجعه‌پندار در موقعیت‌های مختلف توسط اعضا، آموزش تکنیک «جمع‌آوری شواهد» برای اصلاح خطای‌شناختی فاجعه‌پنداری.
جلسه هشتم	اصلاح خطای شناختی تعمیم افراطی و ذهن‌خوانی	آموزش درباره خطای‌شناختی تعمیم‌افراطی، توضیح ارتباط بین خطای‌تعمیم‌افراطی و هیجانات منفی، شناسایی و بیان تعمیم‌های افراطی در موقعیت‌های مختلف توسط اعضا و بیان حالات هیجانی مرتبط با آن‌ها، آموزش نحوه به‌کارگیری تکنیک «جمع‌آوری شواهد» به‌منظور اصلاح خطای‌تعمیم افراطی، آموزش درباره‌ی خطای شناختی ذهن‌خوانی، توضیح ارتباط بین خطای ذهن‌خوانی ومشکلات روابط بین فردی، شناسایی و بیان خطاهای ذهن‌خوانی در موقعیت‌های مختلف توسط اعضا و بیان

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2024-10-12]

		احساس‌های مرتبط با آن‌ها، آموزش نحوه راستی‌آزمایی موارد خطای ذهن‌خوانی، آموزش زیر سوال بردن پایه‌های تعمیم‌افراطی با استفاده ازطرح سوال‌های متضاد با تعمیم.
جلسه نهم	آموزش پذیرندگی	مرور مطالب و بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش درباره ذهن‌آگاهی، توضیح ارتباط بین ذهن‌آگاهی و درماندگی‌آموخته‌شده، آموزش پذیرش‌و تعهد و رفتار مسئولانه در قبال بیماری، کمک به مراجع برای پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف، توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن، آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها.
جلسه دهم	راهبردهای مقابله با استرس	مرور مطالب و بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش مفهوم مقابله با استرس و راه‌های متفاوت آن، آموزش تن‌آرامی و تنش‌زدایی، آموزش به کارگیری‌گفتار درونی در هنگام مواجهه با رویدادهای استرس‌زا، آموزش تکنیک توجه برگردانی، آموزش چهارچوب‌دهی مجدد به رویدادهای استرس‌زا.
جلسه یازدهم	آموزش تاب‌آوری	مرور مطالب و بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش مفهوم تاب‌آوری و نقش آن در درماندگی آموخته‌شده، معرفی منابع حمایتی فردی تاب‌آوری، تاکید بر خوش‌بینی و مثبت‌اندیشی به عنوان منابع حمایتی فردی، معرفی منابع حمایتی اجتماعی تاب‌آوری، تاکید بر سیستم حمایت اجتماعی و احساس تعلق به گروه به عنوان منابع حمایتی اجتماعی، تغییر نگرش اعضا نسبت به تغییر در جهت پذیرش آن.
جلسه دوازدهم	تمرین‌های گروهی و اجرای پس آزمون	بررسی تکالیف جلسه قبل، جمع‌بندی و مرور مطالب کل دوره، پاسخ به پرسش‌ها و ابهامات شرکت‌کنندگان، تمرین‌های ایفای نقش برای موارد و آموزش‌های مبهم‌تر، بیان تجربه‌های اعضا در انجام تکالیف و دستیابی به احساس بهتر در طی این دوره، شناسایی و بیان موانع احتمالی در مسیر به کارگیری آموزش‌ها بعد از پایان دوره توسط اعضا، ارائه راه‌حل برای شیوه رفع موانع احتمالی، انجام پس آزمون.

یافته‌ها

در این مطالعه گروه مداخله میانگین سنی ۳۶/۷۳ سال و همچنین در گروه کنترل میانگین سنی بیشتر بوده (۳۶/۸۶ سال) و چون دامنه‌ی این گروه نیز از ۲۰ سال تا ۵۰ سال متغیر بود؛ پس به منظور بررسی همگنی گروه‌های مداخله و کنترل به لحاظ سن از آزمون t مستقل استفاده شد. نتایج آزمون t برای گروه‌های مستقل نشان می‌دهد که بین سن دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد (t=۰/۵۳۴، p=۰/۵۹۸)؛ بنابراین، می‌توان گفت گروه‌های مداخله و کنترل از لحاظ سن به هم شبیه می‌باشند.

آزمون سلامت روان برای هر گروه در دو مرحله، قبل از اعمال متغیر مستقل و بعد از اعمال متغیر مستقل اجرا شده است. یافته‌های توصیفی در جدول ۲ آمده است. همانطور که ملاحظه می‌گردد میانگین وانحراف معیار در تمامی مولفه‌های سلامت روان در پس‌آزمون گروه مداخله بیشتر از پیش‌آزمون می‌باشد.

متغیر	گروه مداخله				گروه کنترل			
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
علائم جسمانی	11.40	1.96	8.53	3.02	11.20	3.28	10.80	2.60
اضطراب	13.13	2.36	9.47	3.54	13.53	2.53	13.40	3.36
اختلال در عملکرد اجتماعی	11.13	2.70	8.40	2.61	11.13	2.64	11.40	1.99

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2024-10-12]

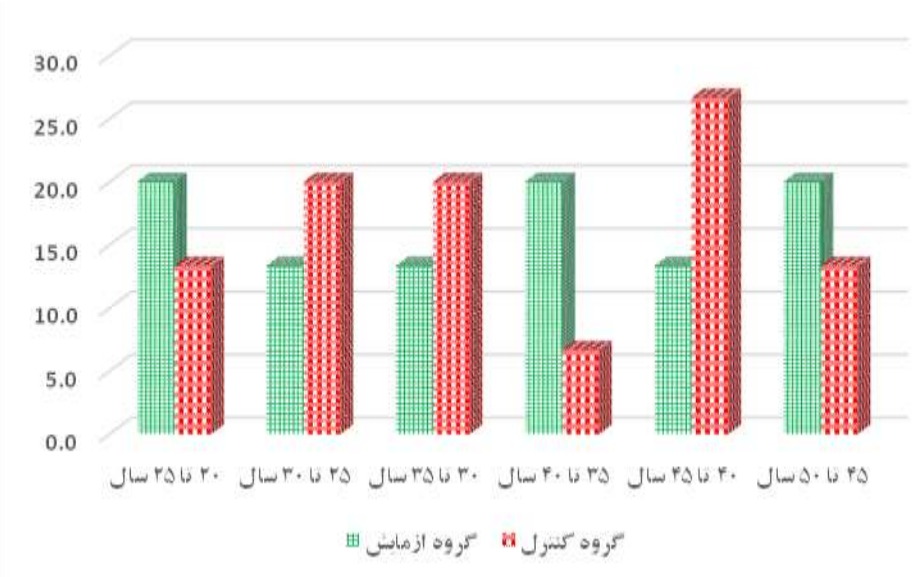
افسردگی اساسی	14.20	3.14	9.07	2.05	14.13	2.56	14.07	3.06
تفکر عاملی	9.80	2.73	11.33	2.69	9.27	2.69	9.47	2.13
تفکر راهبردی	9.40	3.89	11.40	3.98	9.87	4.52	9.60	2.97

و این در حالی است که در گروه کنترل تفاوت محسوسی مشاهده نمی‌شود. در ادامه نمودار مربوط به نتایج آزمون سلامت روان و امید به زندگی به تفکیک گزارش شده است:

جدول۳: میانگین، انحراف استاندارد، حداقل و حداکثر سن افراد گروه آزمایش و کنترل

		میانگین	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر
سن	آزمایش	۳۶.۷۳	۹.۵۸	۲۰	۵۰
	کنترل	۳۶.۸۶	۹.۴۵	۲۰	۵۰

به منظور بررسی همگنی گروه‌های آزمایش و کنترل به لحاظ سن از آزمون t مستقل استفاده شد. نتایج آزمون t برای گروه‌های مستقل نشان می‌دهد که بین سن دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد (t=۰/۵۳۴، p=۰/۵۹۸). لیکن می‌توان گفت گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ سن به هم شبیه می‌باشند. در ادامه نمودار مربوط به درصد فراوانی سن افراد نیز آمده است.



نمودار ۱: مقایسه‌ای سن در آزمودنی‌های پژوهش

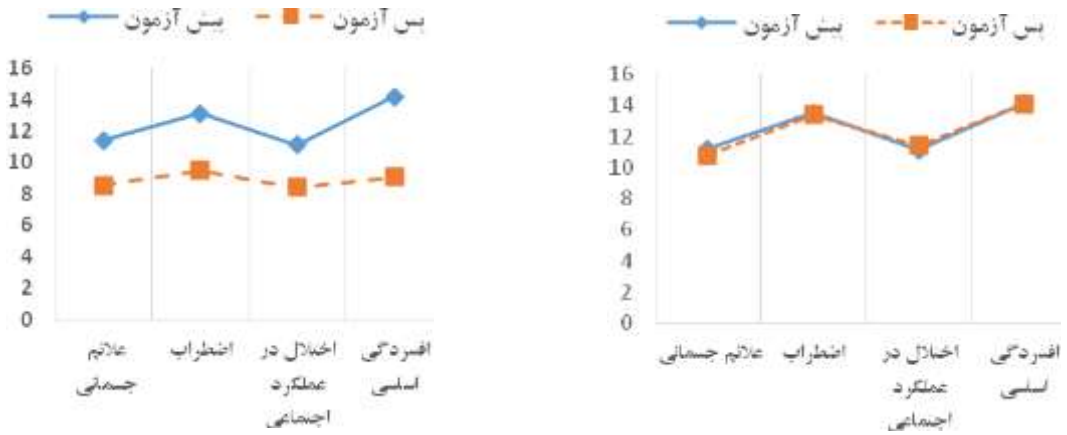
فراوانی و درصد فراوانی مربوط به سطح تحصیلات به تفکیک در جدول ۳ آمده است. براساس نتایج این جدول کمترین فراوانی در هر دو دکتری می‌باشد. بررسی مقایسه وضعیت تحصیلی در دو گروه آزمایش و کنترل با استفاده از آزمون خی ۲ نشان می‌دهد که دو گروه از لحاظ فراوانی وضعیت تحصیلی تفاوت معنی‌داری ندارند (χ^2=۰/۱۷۰؛ p=۰/۹۱۹). در ادامه نمودار تحصیلات نیز به تفکیک گروه آزمایش و کنترل گزارش شده است.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2024-10-12]

جدول ٤: فراوانی و درصد فراوانی تحصیلات در گوره آزمایش و کنترل

تحصیلات	آزمایش		کنترل	
	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی
دیپلم	۳	۲۰	۳	۲۰
فوق‌دیپلم	۳	۲۰	۲	۱۳.۳
لیسانس	۵	۳۳.۳	۴	۲۶.۷
فوق‌لیسانس	۳	۲۰	۴	۲۶.۷
دکتری	۱	۶.۷	۲	۱۳.۳
مجموع	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰

نمودار۲: مقایسه‌ای تحصیلات در آزمودنی‌های پژوهش



نمودار۳: نمودار پیش‌آزمون و پس‌آزمون سلامت روان در گروه مداخله و کنترل

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2024-10-12]

نمودار۴: پیش‌آزمون و پس‌آزمون امید به زندگی در دو گروه مداخله وکنترل

در ادامه جهت تحلیل استباطی از تحلیل کوواریانس استفاده شد. این تحلیل تفاوت بین میانگین نمرات سلامت روان و امید به زندگی برای گروه مداخله (آموزش غلبه بر درماندگی آموخته‌شده) و کنترل بعد از تعدیل نمره‌های پیش‌آزمون اولیه را نشان می‌دهد. نتایج تحلیل کوواریانس در جدول زیر منعکس شده است.

	ارزش	F	فرضیه df	خطا df	سطح معنی‌داری
اثر پیلایی	۰.۷۶۰	۱۶.۵۹۵	۴	۲۱	۰
لامبدای ویلکز	۰.۲۴۰	۱۶.۵۹۵	۴	۲۱	۰
اثر هتلینگ	۳.۱۶۱	۱۶.۵۹۵	۴	۲۱	۰
بزرگترین ریشه خطا	۳.۱۶۱	۱۶.۵۹۵	۴	۲۱	۰

سطوح معنی‌دار همه آزمون‌ها در جدول فوق نشان‌دهنده این است که بین گروه‌های مداخله و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای وابسته به هم تفاوت معنی-دار دارند. برای پی‌بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، نتایج اثرات بین آزمودنی‌ها در جدول زیر گزارش شده است.

	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی-داری	**میزان تاثیر**
گروه	علائم جسمانی	40.625	1	40.625	6.906	0.015	0.223
	اضطراب	106.737	1	106.737	10.307	0.004	0.300
	اختلال در عملکرد اجتماعی	63.625	1	63.625	11.678	0.002	0.327
	افسردگی اساسی	194.429	1	194.429	32.378	0.000	0.574

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2024-10-12]

تفکر عاملی	40.625	1	40.625	6.906	0.015	0.223
تفکر راهبردی	106.737	1	106.737	10.307	0.004	0.300

همانطور که در جدول بالا دیده می‌شود بین میانگین علائم جسمانی (F=۶/۹۰۶، p=۰/۰۱۵)، اضطراب (F=۱۰/۳۰۷، p=۰/۰۰۴)، اختلال در عملکرد اجتماعی (F=۱۱/۶۷۸، p=۰/۰۰۲) و افسردگی اساسی (F=۳۲/۳۷۸، p=۰/۰۰۰)، تفکر عاملی (F=۶/۹۰۶، p=۰/۰۱۵) و تفکر راهبردی (F=۱۰/۳۰۷، p=۰/۰۰۴) در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

این جدول نشان می‌دهد با حذف تاثیر نمرات پیش آزمون بین میانگین تعدیل شده علائم جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی اساسی بر حسب گروه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به طور کلی بر اساس این یافته‌ها می‌توان گفت آموزش غلبه بر درماندگی آموخته شده در پس آزمون باعث کاهش علائم جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی اساسی شده است. با توجه به اندازه تأثیر می‌توان گفت این میزان قابل توجه بوده و بیشترین تاثیر آموزش غلبه بر درماندگی آموخته شده بر افسردگی بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که آموزش غلبه بر درماندگی باعث افزایش سلامت روان و امید به زندگی می‌شود. از آن جایی که مطالعات پیشین بیانگر آن است که درمانی برای غلبه بر درماندگی آموخته‌شده مورد استفاده قرار نگرفته، می‌توان یافته‌های این پژوهش را با مطالعاتی که بر اساس نظریه درماندگی آموخته‌شده سعی در کاهش درماندگی داشته‌اند، هم-خوان دانست.

یافته‌های به دست آمده در این مطالعه را می‌توان با پژوهش‌های خدابخش و همکاران (۲۶) ، نامداری و همکاران (۲۷)، نیک‌منش و زندوکیلی (۱۳۹۴)، خدادادی، تولاییان و بلقان‌آبادی (۲۸) ، اسپینوال[18] و همکاران (۲۰۰۱) (۲۹)، دوکری و اسپتو[19] (۲۰۱۰) (۳۰)، پیزنت[20] (۲۰۱۱) (۳۱)، پرویر[21] و همکاران (۲۰۱۶) (۳۲)، ولنزون[22] و همکاران (۲۰۱۶) (۳۳)، برکهارت[23] و همکاران (۲۰۱۶) (۳۴)، گاندر[24] و همکاران ۲۰۱۶) (۳۵)، وود و تاریر[25](۲۰۱۰) (۳۶)، اوچو[26] و همکاران (۲۰۱۷ (۳۷) هم‌خوان دانست.

به نظر می‌رسدکه مباحث، فنون و تکالیف خانگی مطرح‌شده در برنامه‌های آموزش غلبه بر درماندگی آموخته‌شده و همچنین بحث گروهی در مورد آن، زمینه را برای تقویت احساس داشتن کنترل بر بدن، ذهن و زندگی و رویکرد "من می‌توانم" افراد افزایش داده است. این مهم‌ترین مساله برای افزایش امیدواری در افراد است.

یادگیری شیوه سازنده از طریق مقابله در جهت دستیابی به طرحواره‌های خود مثبت‌تر و سازنده‌تر که لازمه افزایش فعالیت‌های بارآور هستند، منابع حیاتی فرد را افزایش داده و در نتیجه مبنای شناختی را برای زندگی سالم ، زندگی خلاق و مستقل، مقاومت نشان دادن، خوشبینی و احساس تسلط، فراهم می‌کند (فریسچ، ۲۰۰۶)؛ بنابراین، اسنادهای مثبت فرد و داشتن

18-Aspinwall
19- Dockray, Steptoe
20- Pezent
21- Proyer
22- Wellenzohn
23- Burckhardt
24- Gander
25- Wood
26- Ochoa

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2024-10-12]

انعطاف‌پذیری و توان مقابله‌ای در کنار بازسازی شناختی باعث می‌شود که بیمار مبتلا به سرطان، نشانه‌های مستقیمی در مورد سطح تسلط و شایستگی خود به دست‌آورد و افزایش خودکارآمدی می‌تواند مانع مطلوبی برای ممانعت از ناامیدی باشد.

احساس حرکت در مسیر موفقیت به فرد کمک می‌کند تا از طریق کسب شایستگی در جنبه‌های مهم زندگی و برنامه‌ریزی برای موفقیت در این حیطه‌ها از طریق تکالیف خانگی مرتبط با زندگی واقعی، بر احساس شکست و روحیه ضعیف خود، تسلط یابد (فریسچ[۲۷]، ۲۰۰۶) (۳۸).

در تبیین دوم می‌توان گفت درمانگر به درمان‌جویان کمک می‌کند تا از سطح آسیب‌های کارکردی به سطح بهینه و مطلوب این کارکردها برسند و آموزش غلبه بردرماندگی به ویژه با تاکید بر مدیریت هدف باعث می‌شود فرد تجربه‌هایی را در زندگی حال و گذشته‌شان پیدا کند و این تجربه‌ها هر چقدر هم که کوتاه باشد می‌تواند اضطراب فردی را کاهش داده و فرد، ناامیدی کمتری را تجربه نماید (رویینی و فاوا[۲۸]، ۲۰۰۴) (۳۹) که نتیجه مستقیم آن احساس امیدواری بیشتر است.

در این راهبرد به منظور کمک به درمان‌جویان برای آگاهی بیشتر از موارد در زندگی‌شان، از نتایج حاصل از بخش مثبت زندگی الگوی کامل سلامت روانی استفاده می‌شود که نیز پسخوراند مثبتی برای افزایش سلامتی فردی است.

در تبیین سوم می‌توان گفت زمانی که درمانگر و درمان‌جویان پی بردند که کدام یک از افکار تحت تاثیر افکار منفی قرار گرفته و کدام یک تحت تأثیر این افکار قرار نگرفته، شرایط برای درمانگر فراهم شد که به درمان‌جویان کمک کند تا با بررسی شواهدی که مؤید باورهای رایج است و در عین حال با تشویق اعمال و رفتارهایی که احتمالاً موجب احساس مثبت می‌شود، به چالش با افکار معیوب یا رفع آن‌ها بپردازد.

درمانگر درباره‌ی ابعاد مدیریت هدف، کند و کاو و کشف خطاهای تفکر و تفسیرهای جایگزین، استفاده از روش‌هایی نظیر تغییر افکار مثبت، زمان‌بندی فعالیت‌هایی که احساس تسلط و کنترل یا لذت تولید می‌کنند، آموزش جرأت و جسارت و حل مسئله، معنا در زندگی و... گفتگو می‌کند.

27- Frisch
28- Ruini, C., & Fava

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2024-10-12]

References

1- Statistics. UNCfH. USA Health Statstics. US National Centre for Health Statstics: Washington, DC; 2010. 2010.
2- Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013.
3- Society AC. Cancer Facts & Figures for Hispanics: American Cancer Society.; 2009.
4- Reese JB, Handorf E, Haythornthwaite JA. Sexual quality of life, body image distress, and psychosocial outcomes in colorectal cancer: A longitudinal study. Supportive Care in Cancer. 2018;26(10):3431-40.
5- Cohen MZ, Kahn DL, Steeves RH, editors. Beyond body image: the experience of breast cancer. Oncology Nursing Forum; 1998.
6- Fillion L, Kovacs AH, Gagnon P, Endler NS. Validation of the shortened COPE for use with breast cancer patients undergoing radiation therapy. Current Psychology. 2002;21(1):17-34.
7- Laker-Oketta M, Butler L, Makanga P, Maurer T, Mbidde E, Martin J. Developing Media to Promote Community Awareness of Early Detection of Kaposi's Sarcoma in Africa. American Society of Clinical Oncology; 2018.
8- Fiss I, Bettag C, Schatlo B, von Eckardstein K, Tsogkas I, Schwarz A, et al. Prophylactic enlargement of the thecal sac volume by spinal expansion duroplasty in patients with unresectable malignant intramedullary tumors and metastases prior to radiotherapy. Neurosurgical review. 2018:1-7.
9- Smeltzer MP, Faris NR, Ray MA, Osarogiagbon RU. Association of pathologic nodal staging quality with survival among patients with non–small cell lung cancer after resection with curative intent. JAMA oncology. 2018;4(1):80-7.
10- Vin-Raviv N, Akinyemiju T, Galea S, Bovbjerg D. Sleep disorder diagnoses and clinical outcomes among hospitalized breast cancer patients: a nationwide inpatient sample study. Supportive Care in Cancer. 2018;26(6):1833-40.
11- Turner NC, Ro J, André F, Loi S, Verma S, Iwata H, et al. Palbociclib in hormone-receptor–positive advanced breast cancer. New England Journal of Medicine. 2015;373(3):209-19.
12- Fisher HM. Relationship Between Disengagement Coping During Primary Treatment for Non-Metastatic Breast Cancer and Long-Term Depressive Symptoms: The Role of Pain and Fatigue Interference. 2017.
13- Meyerowitz BE, Watkins IK, Sparks FC. Quality of life for breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy. The American journal of nursing. 1983;83(2):232-5.
14- Porter L, Baucom D, Gremore T, Kirby J, Keefe F, editors. Enhancing survivorship for couples facing breast cancer: A pilot study of a couple-based cognitive-behavioral intervention. PSYCHO-ONCOLOGY; 2007: JOHN WILEY & SONS LTD THE ATRIUM, SOUTHERN GATE, CHICHESTER PO19 8SQ, W ….
15- Spiegel P, Khalifa A, Mateen FJ. Cancer in refugees in Jordan and Syria between 2009 and 2012: challenges and the way forward in humanitarian emergencies. The lancet oncology. 2014;15(7):e290-e7.
16- Gopalan MR, Karunakaran V, Prabhakaran A, Jayakumar KL. Prevalence of psychiatric morbidity among cancer patients–hospital-based, cross-sectional survey. Indian journal of psychiatry. 2016;58(3):275.
17- Geue K, Brähler E, Faller H, Härter M, Schulz H, Weis J, et al. Prevalence of mental disorders and psychosocial distress in German adolescent and young adult cancer patients (AYA). Psycho-Oncology. 2018;27(7):1802-9.
18- Nikbakhsh N, Moudi S, Abbasian S, Khafri S. Prevalence of depression and anxiety among cancer patients. Caspian journal of internal medicine. 2014;5(3):167.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2024-10-12]

19- Vartolomei L, Ferro M, Mirone V, Shariat SF, Vartolomei MD. Systematic review: depression and anxiety prevalence in bladder cancer patients. Bladder Cancer. 2018 (Preprint):1-8.
20- Gallagher MW, Long LJ, Richardson A, D'Souza JM. Resilience and Coping in Cancer Survivors: The Unique Effects of Optimism and Mastery. Cognitive Therapy and Research. 2018:1-13.
21- Ashong G, Rogers H, Botwe B, Anim-Sampong S. Effects of occupational stress and coping mechanisms adopted by radiographers in Ghana. Radiography. 2016;22(2):112-7.
22- Aguinis H, Gottfredson RK, Joo H. Using performance management to win the talent war. Business Horizons. 2012;55(6):609-16.
23- Valle MA, Varas S, Ruz GA. Job performance prediction in a call center using a naive Bayes classifier. Expert Systems with Applications. 2012;39(11):9939-45.
24- Chiang C-F, Hsieh T-S. The impacts of perceived organizational support and psychological empowerment on job performance: The mediating effects of organizational citizenship behavior. International journal of hospitality management. 2012;31(1):180-90.
25- Saremi S, Mirjalili SZ, Mirjalili SM. Evolutionary population dynamics and grey wolf optimizer. Neural Computing and Applications. 2015;26(5):1257-63.
26- Khodabash.R, Khosravi.Z, Shahangian. Sh, Effect of Positive Psychotherapy in Depression Symptoms and Character Strengths in Cancer Affected Patients.2015;1(1):35-50
27- Namdari K, Molavi H , Malekpoor.M, Kalantary.M,The effect of hope enhancing training on behavioral strengths in dysthymic patients, Psychology Dept., Isfahan University, Isfahan, Iran.2011;13(2):52-60.
28- Khodadadi Sangdeh.j, Tavalaeyan.A, Bolghan-Abadi.M, The effectiveness of positive group psychotherapy in increasing the happiness among mothers of children with special needs, Psychology F, 2014, Vol.1, No. 1, 53-62.
29- Aspinwall LG, Richter L, Hoffman RR. Understanding how optimism works: An examination of optimists' adaptive moderation of belief and behavior. Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice. 2001:217-38.
30- Dockray S, Steptoe A. Positive affect and psychobiological processes. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2010;35(1):69-75.
31- Pezent GD. Exploring the role of positive psychology constructs as protective factors against the impact of negative environmental variables on the subjective well-being of older adults: Texas A&M University; 2011.
32- Proyer RT, Gander F, Wellenzohn S, Ruch W. Nine beautiful things: A self-administered online positive psychology intervention on the beauty in nature, arts, and behaviors increases happiness and ameliorates depressive symptoms. Personality and Individual Differences. 2016;94:189-93.
33- Wellenzohn S, Proyer RT, Ruch W. How do positive psychology interventions work? A short-term placebo-controlled humor-based study on the role of the time focus. Personality and Individual Differences. 2016;96:1-6.
34- Burckhardt R, Manicavasagar V, Batterham PJ, Hadzi-Pavlovic D. A randomized controlled trial of strong minds: A school-based mental health program combining acceptance and commitment therapy and positive psychology. Journal of school psychology. 2016;57:41-52.
35- Gander F, Proyer RT, Ruch W. Positive psychology interventions addressing pleasure, engagement, meaning, positive relationships, and accomplishment increase well-being and ameliorate depressive symptoms: a randomized, placebo-controlled online study. Frontiers in psychology. 2016;7:686.
36- Wood AM, Tarrier N. Positive clinical psychology: A new vision and strategy for integrated research and practice. Clinical psychology review. 2010;30(7):819-29.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2024-10-12]

37- Ochoa C, Casellas-Grau A, Vives J, Font A, Borràs J-M. Positive psychotherapy for distressed cancer survivors: Posttraumatic growth facilitation reduces posttraumatic stress. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2017;17(1):28-37.
38- Frisch MB. Quality of life therapy. Hoboken: Wiley. 2006.
39- Ruini C, Fava GA. Clinical applications of well-being therapy. Positive psychology in practice. 2004:371-87.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2024-10-12]

Original paper

The Effectiveness of Training to Overcome the Learned Helplessness on Promoting Life Expectancy and the Mental Health in Women with Breast Cancer

Ziba Shakoor Sefat Sedighi[1*], **Parviz Sharifidaramadi** [2]
1- Ph.D. Student in Public Psychology, Psychology Department, Islamic Azad University, Shahrood Branch, Shahrood, Semnan, Iran.
2- Professor of Exceptional Children, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran
Corresponded Author: E-mail: zibasedighi@yahoo.com

Abstract
Background and Aim: According to the relatively high prevalence of this cancer among women, employing strategies for the psychological empowerment of women is recommended. The purpose of the study was to evaluate the effectiveness of training to overcome the learned helplessness on promoting life expectancy and the mental health in women with breast cancer in 2017
Material and Method: This quasi-experimental study was performed as pre-test and post-test on 30 women with breast cancer admitted to the Cancer Research Center of Valiasr Clinic in Imam Khomeini Hospital which were selected by random sampling method and placed in experimental and control groups. Data were collected by Schneider's life expectancy and general health questionnaires (GHQ-28). Twelve sessions of intervention were held for one hour per week at a site located at North Amirabad and Fatemi St. intersection. After the sessions, both groups were asked to complete the questionnaire again. Multivariate covariance analysis was used to analyze the data.
Results: The results showed significant differences in the mean of physical symptoms (F = 6.906, P = 0.015), anxiety (F = 10.307, P = 0.004), social dysfunction (F = 11.678, P=0.002), major depression (F = 32.378, P = 0.000), and factor thinking (F=6/906 P=0.015) and strategic thinking (F=10.307, P = 0.004) in the experimental and control groups. Indeed, there is a significant difference in the effect of pre-test scores between the moderated mean of physical symptoms, anxiety, social dysfunction and major depression, factor thinking, and strategic thinking in terms of group in the post-test.
Conclusion: Overall, based on these results, one can state that training to overcome the learned helplessness in post-test reduced physical symptoms, anxiety, social dysfunction and major depression and increased the life expectancy aspects.
Keywords: Learned Helplessness, Breast Cancer, Mental Health, Physical Symptom, Anxiety, Social Performance, Life Expectancy

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2024-10-12]