مجله علوم پزشکی رازی دوره ۲۷، شماره ۵، مرداد ۱۳۹۹ http://rjms.iums.ac.ir

مقاله پژوهشی

اثربخشی بسته آموزشی غلبه بر درماندگی آموخته شده بر سلامت روان در زنان مبتلا به سرطان پستان

زیبا شکورصفت صدیقی: دانشجوی دکتری تخصصی پژوهش محور، روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران

پرویز شریفی درآمدی: استاد، گروه روان شناسی استثنایی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران (* نویسنده مسئول)
dr-sharifidaramadi@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: بیماران مبتلا به سرطان پستان به دلیل نوع بیماری و فرایند درمان احساس درماندگی نموده و کاهش شدید سلامت روان را نشان می دهند. در این پژوهش به تدوین بسته آموزشی غلبه بر درماندگی آموخته شده و اثر بخشی آن بر سلامت روان در زنان مبتلا به سرطان پستان پرداخته شد.

روش کار: پژوهش حاضر با روش نیمه آزمایشی و طرح پیش آزمون–پس آزمون با گروه کنترل انجام شد. روش نمونه گیری بصورت هدفمند و حجم نمونه شامل ۳۰ نفر از زنان مبتلا به سرطان پستان (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) بود. اعضای گروه آزمایش در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش غلبه بر درماندگی آموخته شده شرکت کردند. جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه سلامت روان (GHQ-28) استفاده شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده گردید.

یافته‌ها: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد آموزش غلبه بر درماندگی باعث بهبود سلامت روان در زنان مبتلا به سرطان پستان شده است (F=۵۶/۱۹۱، p=۰/۰۰۰). علاوه بر این، نتایج نشان داد آموزش غلبه بر درماندگی موجب بهبود مؤلفه‌های سلامت روانی همچون علائم جسمانی (F=۶/۹۰۶، p=۰/۰۱۵)، اضطراب (F=۱۰/۳۰۷، p=۰/۰۰۴)، عملکرد اجتماعی (F=۱۱/۶۷۸، p=۰/۰۰۲) و افسردگی اساسی (F=۳۲/۳۷۸، p=۰/۰۰۰) می‌شود.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، استفاده از بسته غلبه بر درماندگی آموخته شده می‌تواند نقش مهمی در بهبود سلامت روانی زنان مبتلا به سرطان پستان داشته باشد.

کلیدواژه‌ها
درماندگی آموخته شده،
سلامت روان،
سرطان پستان،
زنان

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۳/۱۷
تاریخ چاپ: ۹۹/۰۵/۰۷

تعارض منافع: گزارش نشده است.
منبع حمایت کننده: حامی مالی نداشته است.

شیوه استناد به این مقاله:
Shakoorseffet Sedighi Z, Sharifi-Daramadi P. Effectiveness of an educational package to overcome learned helplessness (LH) on mental health in women with breast cancer. Razi J Med Sci. 2020;27(5):49-61.

*انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 3.0 صورت گرفته است.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]

Razi Journal of Medical Sciences. 2020;27(5):49-61. http://rjms.iums.ac.ir

Original Article

Effectiveness of an educational package to overcome learned helplessness (LH) on mental health in women with breast cancer

Ziba Shakoorseffet Sedighi, PhD Student of General Psychology, Azad University, Shahroud, Iran
Parviz Sharifi-Daramadi, Professor, Department of Psychology, Allame-tabatabei University, Tehran, Iran
(*Corresponding author) dr-sharifidaramadi@yahoo.com

Abstract

Background: Patients with breast cancer feel helpless due to the type of disease and the treatment process and show a sharp decline in mental health.
The purpose of the study was to develop an educational package to overcome learned helplessness (LH) and its effectiveness on mental health in women with breast cancer.
Breast cancer is one of the most common types of cancer in women, which has more severe psychological and emotional effects than other types of cancer. Breast cancer accounts for about 30 percent of cancers in women which this number will increase to 11 million in 2030. There are many challenges during the treatment period include changes in medical care, fear of relapse, changing life roles, long-term effects of treatment (can be physical or psychological), loss of supports, lack of family and friends emotional support, can all be one of the main reasons for the decline in mental health in these patients. Diagnosing breast cancer is a very unpleasant and unbelievable experience for any person that can disrupt family life. Fear of death, severe stress and financial anxiety lead to the onset and increase in the severity of disorders such as depression. And physical health directly affects mental health status and overall quality of life. In this regard, identify and investigate the causes of mental health decline to provide therapeutic intervention not only affects the quality of life of individuals but also effects on their survival rate and increases their ability to fight disease. Examination of mental health factors in these patients shows that learned helplessness is an important factor that can weak the protection of a person's mental system against severe stress. Learned helplessness is an important and fundamental factor that makes people with cancer feel incapable of this problem and cannot properly use strategies and support resources.
Methods: The purpose was to develop a training package to overcome helplessness of women with breast cancer in two stages.
This study was a Simi-experimental pretest - posttest with control group. The study sample was selected by purposive sampling method and consist of 30 women with breast cancer who randomly assigned to experimental (15 subjects) and control (15 subjects) groups. Then, the participants in the experimental group participated in 12 sessions of 90 min of educational package to overcome learned helplessness. Then, the data were analyzed using statistical tests such as MANCOVA and ANCOVA.
In the qualitative part of the study, the population of the experienced experts in sciences, managers and experts in the field of psychological intervention is positive. In the quantitative section, the population of the present study was the woman with breast cancer admitted to the Cancer Research Center and patients of Vali Aasr Clinic in Imam Khomeini Hospital. In the qualitative section of sampling method, the number of interviews, in other words, the sample size, depends on the theoretical saturation of the questions in question, so that if the investigator concludes that the answers given or the interviews conducted, they are closely resembled with informed individuals, leading to

Keywords
Helplessness,
Mental health,
Breast cancer,
Women

Received: 06/06/2020
Published: 28/07/2020

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]

duplication of responses or interviews, and there are no new data, the interviews are enough and thus stop. In the quantitative section, 30 people were selected based on inclusion (age of the participants should be 20 to 50 years, being literate, lack of participation in other psychological periods in the past and present, at least 2 months past from the diagnosis and lack of disability or physical and mental illness preventing the presence of the patients) and exclusion criteria (absence of more than 2 sessions of participation in the sessions, any incapacity associated with the attendance of participants, and lack of willingness to continue receiving interventions) were selected purposefully.
Instruments for gathering data were General Health Questionnaire (GHQ-28). This questionnaire has been developed to identify non-psychiatric disorders. It is used to diagnose mild mental disorders and to screen for non-psychotic psychological disorders in different societies and different situation, The text of the questionnaire is about boredom, discomfort and general health. This questionnaire with emphasis on psychological, physical and social issues at the present time and in this way, the person's symptoms and health conditions are evaluated.
Results: The results of MANCOVA indicated that training to overcome learned helplessness improved mental health (F=56.191, p=0.000) in women with breast cancer. In addition, the results showed that the study intervention have significant impact on the components of mental health such as, physical function (F=6.906, p=0.000), anxiety (F=10.307, p=0.004), disruption in social functioning (F=11.678, p=0.002) and major depression (F=32.378, p=0.000).
Conclusion: Based on research findings, using of educational package to overcome learned helplessness could have important role in improving the mental health of women with breast cancer. By concerning the explanation of effectiveness of the skills of overcoming learned helplessness and effectiveness on helplessness in women with breast cancer could reduce physical function and anxiety and disruption in social functioning and major depression. In deed by practicing on this skills, these kind of people will not have an inferiority style of depression that will activated when dealing with a negative life event and will not believe that the result is a negative event, and they will not do anything to change it. Since these patients are tired of the treatment process and the disease progresses more, they could learn how they will get out of feeling afraid. These studies often carried out in the context of positive psychotherapy, all show the effect and effectiveness of this approach on reducing helplessness and increasing mental health in a variety of ways. In general, despite the limitations of the study, the results showed that if the patients are helped to learn for accepting their feelings at the beginning of the illness and also learn to be aware of their mental awareness and thoughts and behavior in the present moment , and be able to separate himself from mental experiences (mind reading, catastrophizing, extreme generalization) and recognize their values and adopt an adaptive attributional style, they will be very resilient against the stresses of cancer in the way of improving mental health

Conflicts of interest: None
Funding: None

Cite this article as:

Shakoorseffet Sedighi Z, Sharifi-Daramadi P. Effectiveness of an educational package to overcome learned helplessness (LH) on mental health in women with breast cancer. Razi J Med Sci. 2020;27(5):49-61.

*This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]

مقدمه

سرطان پستان یکی از رایج ترین انواع سرطان در زنان است (۱) که تأثیرات شدید روانی و عاطفی نسبت به سایر انواع سرطان‌ها دارد (۲). سرطان پستان ۲۲/۹ درصد از سرطان‌های مهاجم در زنان و ۱۶ درصد از همه سرطان‌های زنان را تشکیل می دهد (۳). با توجه به گزارش سازمان بهداشت جهانی (WHO)، سرطان پستان حدود ۳۰ درصد از سرطان‌ها را در بین زنان شامل می‌شود که این تعداد در سال ۲۰۳۰ به ۱۱ میلیون افزایش خواهد یافت (۴). در جوامع غربی تخمین زده می‌شود که یکی از نه زن، قبل از ۸۵ سالگی مبتلا به سرطان پستان باشد (۵). تعداد کل بیماران مبتلا به سرطان پستان در ایران حدود ۴۰،۰۰۰ است و هر سال بیش از ۷،۰۰۰ بیمار اضافه می‌شوند (۶). با توجه به گسترش این عوامل بالقوه در سال‌های اخیر، بروز سرطان پستان افزایش یافته است (۷) ، اما میزان مرگ و میر برای سرطان پستان به دلیل تشخیص تومور و پیشرفت در درمان بهبود یافته است (۸).

چالش‌ها در طی دوره درمان شامل تغییر در مراقبت های پزشکی، ترس از عود، تغییر نقش‌های زندگی، اثرات طولانی مدت درمان (که می تواند فیزیکی و روانی باشد)، از دست دادن درک حمایت از ارائه دهندگان و کمبود حمایت عاطفی خانواده و دوستان می‌تواند همگی از دلایل عمده کاهش سلامت روان در این بیماران باشد (۹). تشخیص سرطان پستان یک تجربه بسیار ناخوشایند و باور نکردنی برای هر فرد است که می‌تواند زندگی خانوادگی را مختل کند (۱۰, ۱۱). در همین حال، ترس از مرگ (۱۲) ، نگرانی از عود بیماری (۱۳, ۱۴)، استرس‌های شدید (۱۵) و نگرانی های مالی (۱۶) منجر به ظهور و افزایش شدت اختلالات روانپزشکی مانند افسردگی می‌شود (۱۷). در واقع باید دانست که سلامت جسمانی به طور مستقیم بر وضعیت سلامت روان و کیفیت کلی زندگی تاثیر می‌گذارد. در بیماری‌های مزمن از جمله سرطان علائم فیزیکی به وسیله ارائه دهندگان خدمات بهداشتی شناسایی و درمان می‌شوند؛ اما سلامت روان و عواقب اجتماعی بیماری کمتر مدنظر قرار گرفته می‌شود (۱۸). کاهش سلامت روان در میان بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن حتی بیشتر است. یافته های پیمایش بین المللی در سال ۲۰۱۰ نشان می دهد که ۱۰/۱ درصد افرادی که مبتلا به سرطان بوده و درمان شده اند سلامت روان پایینی را گزارش می کنند که این تقریبا دو برابر جمعیت عادی با ۵/۹ درصد بوده است (۱۹). مطالعات دیگر نیزنشان می‌دهد افرادی که بیماریشان در سرطان درمان شده بیش از دو برابر احتمال ابتلا به مشکلات روانی ناخوشایند را در مقایسه با بزرگسالان بدون سرطان دارند(۲۰). این مقدار در افرادی که درمان نشده حتی بسیار بالاتر می باشد به طوری که افرادی که سرطان و سایر بیماری های مزمن را دارند، خطر ابتلا به ناتوانی روانی در آن ها تقریبا ۶ برابر بیشتر از بزرگسالان بدون سرطان است (۲۱). یافته‌های مطالعه-ای در ایران نیز نشان می‌دهد که ۴۲/۳ درصد از بیماران مبتلا به سرطان پستان از افسردگی متوسط تا شدید رنج می برند (۲۲). بنابراین تاثیر عدم سلامت روان بر پیشرفت سرطان، به گونه ای است که بیش از ۷۰ درصد از پزشکان و ۸۵ درصد از بیماران معتقدند که خلق و عدم سلامت روانشناختی آن ها بر پیشرفت سرطان تأثیر می گذارد (۲۳).

در این راستا شناسایی و بررسی علل کاهش سلامت روان در راستای ارائه مداخلات درمانی نه تنها کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر قرار می دهد، بلکه بر میزان بقای آنها تأثیر می گذارد و توانایی آنها برای مقابله با بیماری ها را افزایش می دهد (۲۴). از آنجایی که اکثر افراد مبتلا به سرطان پستان پیش از این مبتلا به افسردگی و بیماری های روانی نبوده اند ممکن است عوامل وابسته به بیماری باعث کاهش سلامت روان در آن ها کاهش باشد. بررسی عوامل کاهنده سلامت روان در این بیماران نشان می‌دهد که درماندگی آموخته شده عامل مهمی بوده که می تواند سیستم روانی فرد را در برابر استرس های شدیدی که دریافت می‌نماید، تضعیف کند(۲۵). درماندگی آموخته شده عامل مهم و اساسی است که باعث می شود افراد مبتلا به سرطان خود را در برابر این مشکل ناتوان دانسته و نتوانند از راهبردها و منابع حمایتی به درستی استفاده نمایند(۲۶). در واقع درماندگی آموخته شده حالتی است که در آن فرد به علت شوک ناشی از حوادث غیرقابل کنترل خود را ناتوان ادراک می نماید (۲۷).

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]

بنظر می‌رسد احساس درماندگی آن ها برای مقابله با این بیماری علت اصلی کاهش سلامت روان باشد. برخی از پژوهش ها حتی پا را فراتر نهاده و ارتباط بین درماندگی اموخته شده و سرطان را به صورت چرخه‌ای در نظر می‌گیرند؛ به طوری که در این چرخه فرض بر آن است که تغییرات در شیوه جدید زندگی و افزایش استرس در محیط باعث می‌شود که احساس کنند نمی‌توانند با استرس مقابله کرده و این ناتوانی در فرد منجر به افزایش درماندگی آموخته شده می‌شود (۲۸). پیامد این احساس درماندگی آموخته شده باعث افت خلق روانی فرد و در نتیجه ترشح غیرطبیعی کورتیزول و آدرنالین می‌شود. این مسئله به شدت سیستم ایمنی بدن را تضعیف نموده و می تواند منجر به سرطان گردد (۲۷). در ادامه اسنادهای فرد پیرامون ناتوانی در مقابله با استرس را در خود تایید نموده و در نتیجه کاهش سلامت روان و افزایش اختلالات روانی را در آن ها دو چندان می‌نماید (۲۸). عنصر محوری در چرخه یاد شده چیزی نیست جزء احساس درماندگی که هرگونه مداخله متمرکز بر آن می‌تواند توان مقابله بیمار را افزایش داده و سلامت روان وی را بازگرداند (۲۹). در واقع می توان گفت که این بیماری‌ها نیستند که می‌توانند افراد را از پای درآورند بلکه احساس ناتوانی فردی است که موجب مستولی شدن بیماری و در نتیجه ازدست دادن متابع حمایتی برای مقابله با بیماری می‌شود (۳۰). با توجه به آنچه گفته شد به نظر می‌رسد مداخله مبتنی بر غلبه بر درماندگی آموخته شده می‌تواند تاثیر عمده‌ای بر سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان پستان داشته باشد. هرچند در ارتباط با این مداخله مطالعه ای علمی در این حوزه انجام نشده است اما شواهد نشان می‌دهد که درماندگی آموخته شده می‌تواند عامل مهمی در ارتباط با افت سلامت روان باشد (۳۱, ۳۲). با توجه به لزوم کاهش درماندگی آموخته شده در بیماران مبتلا به سرطان پستان، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی بسته آموزشی غلبه بر درماندگی آموخته شده بر سلامت روان در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد.

روش کار

در بخش تدوین بسته آموزشیِ غلبه بر درماندگی آموخته شده، روش پژوهش حاضر از نوع تحقیق کیفی مبتنی بر تحلیل محتوا بود. علاوه بر این، به منظور بررسی اثربخشی روش تدوین شده بر سلامت روان در زنان مبتلا به سرطان پستان از روش نیمه آزمایشی و طرح پیش آزمون – پس آزمون با گروه گواه استفاده شد. در بخش تدوین برنامه، جامعه آماری شامل خبرگان مجرب دانشگاه‌ها، مدیران و صاحب نظران حوزه مداخلات روانشناسی مثبت بود. در این بخش، تعداد افراد مورد مصاحبه و یا به عبارت دیگر، حجم نمونه، به اشباع نظریِ (Theoretical saturation) سوالات مورد بررسی بستگی داشت؛ به طوری که وقتی محقق به این نتیجه رسید پاسخ‌های داده شده و یا مصاحبه‌های انجام شده با افراد مطلع، به اندازه‌ای به همدیگر شباهت دارند که منجر به تکراری شدن پاسخ‌ها و یا مصاحبه‌ها شده است و داده‌های جدیدی در آنها وجود ندارد، به مصاحبه با صاحب‌نظران پایان داد. در این پژوهش، تعداد نمونه‌های انتخاب‌شده 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.

متن مصاحبه های گردآوری شده برای تعیین عوامل و مولفه های موثر جهت غلبه بر درماندگی آموخته شده پنج تم اصلی و ۱۳ دسته مفهومی را نشان می‌دهد. پنج تم اصلی و ۱۳ دسته مفهومی عبارت بودند از: بازآموزی اسنادی (مهارت های مثبت اندیشی، سبک های اسنادی سازگارانه)؛ بازسازی شناختی (فاجعه انگاری، تعمیم افراطی، ذهن خوانی)؛ مدیریت هدف (معنا در زندگی، چشم انداز آینده، تعیین و پیگیری‌های هدفمند)؛ ایمن سازی در برابر استرس (راهبردهای مقابله‌ای و تاب آوری) و پذیرندگی (ذهن آگاهی، انعطاف پذیری شناختی، پذیرش و تعهد). این دسته بندی نهایی به عنوان ملاک تدوین جلسات مداخله مورد استفاده قرار گرفت. در این پژوهش از پایایی باز آزمایی و پایایی بین کدگذاران برای ارزیابی مصاحبه‌ها استفاده شد. در پایایی بازآزمایی تعداد کل کدها در دو فاصله زمانی ده روزه برابر ۱۸۲ و تعداد کل توافقات در این دو فاصله زمانی برابر ۷۳ و تعدادکل عدم توافقات در این دو زمان برابر ۳۵ بود. درصد پایایی بازآزمایی مصاحبه‌های این پژوهش، ۸۰ درصد محاسبه شد و از

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]

آنجا که این درصد بیشتر از ۶۰٪ است بنابراین، می‌توان گفت مصاحبه‌های این پژوهش از پایایی لازم برخوردار هستند. 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 است و از آنجایی که این درصد بیشتر از ۶۰٪ می‌باشد، نشان دهنده پایایی بالای مصاحبه های این پژوهش است. به منظور بررسی روایی پروتکل نهایی پژوهش از روش روایی محتوایی استفاده شد. برای این منظور پس از لیست نمودن تمام آیتم‌های جلسات، سادگی و وضوح هریک از آیتم‌ها و همچنین ضروری بودن آن‌ها در قالب پرسشنامه ای از متخصصان مربوطه پرسیده شد. برای این منظور دو روش کیفی و کمی در نظر گرفته شد. در بررسی کیفی محتوا از متخصصان خواسته شده تا پس از بررسی کیفی ابزار، نظر خودرا ارائه دهند که براساس آن موارد اصلاح شدند. برای بررسی روایی محتوایی به شکل کمی، از ضریب نسبی روایی محتوا (CVR) استفاده گردید. پس از محاسبه ضریب (CVR)، مقدار آن برابر با ۰/۷۸ به دست آمد که نشان دهنده روایی محتوایی خوب پروتکل است. به لحاظ محتوایی، جلسات نهایی تدوین شده پس از بررسی و تایید متخصصان به منظور اجرا در بین اعضای گروه آزمایش در جدول ۱ آمده است.

پس از این مرحله، برنامه تدوین شده در بین افراد

جدول ۱- جلسات مداخله غلبه بر درماندگی آموخته شده

نوبت جلسه	موضوع جلسه	شرح محتوی جلسات
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 درماندگی آموخته شده، شناسایی رفتارهای مرتبط با درماندگی از طریق بارش فکری اعضا، آموزش چرخه فکر- احساس- رفتار، تکلیف خانگی.
جلسه دوم	معنا در زندگی	مرور مطالب و بررسی تکالیف جلسه قبل، تعریف احساس معناداری و اهمیت آن در زندگی، توضیح مفهوم خودتعیین گری 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 هدف گذاری و اولویت‌بندی اهداف (اهداف کوتاه مدت و بلند مدت)، تاکید بر به کارگیری پاداش در جهت تقویت رفتارهای هدفمند
جلسه چهارم	چشم انداز زمان	مرور مطالب و بررسی تکالیف جلسه قبل، توضیح درباره مفهوم چشم انداز زمان، توضیح درباره ارتباط بین ساخت های روانی و نگرش افراد به زمان، توصیف انواع چشم اندازهای زمانی (گذشته مثبت، گذشته منفی، حال لذت گرا، حال جبرگرا، آینده منفی و آینده متعالی).
جلسه پنجم	مهارت‌های مثبت اندیشی	مرور مطالب و بررسی تکالیف جلسه قبل، توضیح مدل ABC (اتفاق- باور- پیامد)، شناسایی و بیان زنجیره های 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 اسنادی خوش‌بینانه	مرور مطالب و بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش سبک های اسنادی 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 خوش بینانه.
جلسه هفتم	اصلاح خطای شناختی فاجعه پنداری	مرور مطالب و بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش درباره خطای شناختی فاجعه پنداری، شناسایی و بیان افکار فاجعه پندار در موقعیت های مختلف توسط اعضا، آموزش تکنیک «جمع آوری شواهد» برای اصلاح خطای شناختی فاجعه پنداری.
جلسه هشتم	اصلاح خطای شناختی تعمیم افراطی و ذهن خوانی	آموزش درباره خطای شناختی تعمیم افراطی، توضیح ارتباط بین خطای تعمیم افراطی و هیجانات منفی، شناسایی و بیان تعمیم های افراطی در موقعیت های مختلف توسط اعضا و بیان حالات هیجانی مرتبط با آنها، آموزش نحوه به کارگیری تکنیک «جمع آوری شواهد» به منظور اصلاح خطای تعمیم افراطی، آموزش درباره خطای شناختی ذهن خوانی، توضیح ارتباط بین خطای ذهن خوانی و مشکلات روابط بین فردی، شناسایی و بیان خطاهای ذهن خوانی در موقعیت های مختلف توسط اعضا و بیان احساس های مرتبط با آنها، آموزش نحوه راستی آزمایی موارد خطای ذهن خوانی، آموزش زیر سوال بردن پایه‌های تعمیم افراطی با استفاده از طرح سوال‌های متضاد با تعمیم.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]

جدول ۱- ادامه

نوبت جلسه	موضوع جلسه	شرح محتوی جلسات
جلسه نهم	آموزش پذیرندگی	مرور مطالب و بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش درباره ذهن آگاهی، توضیح ارتباط بین ذهن آگاهی و درماندگی آموخته شده، آموزش پذیرش و 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 راه های متفاوت آن، آموزش تن آرامی و تنش زدایی ، آموزش به کارگیری گفتار درونی در هنگام مواجهه با رویدادهای استرس‌زا، آموزش تکنیک توجه برگردانی، آموزش چارچوب‌دهی مجدد به رویدادهای استرس‌زا.
جلسه یازدهم	آموزش تاب آوری	مرور مطالب و بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش مفهوم تاب آوری و نقش آن در درماندگی آموخته شده، معرفی منابع حمایتی فردی تاب آوری، تاکید بر خوش بینی و مثبت اندیشی به عنوان منابع حمایتی فردی، معرفی منابع حمایتی اجتماعی تاب آوری، 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	تمرین های گروهی و اجرای پس آزمون	بررسی تکالیف جلسه قبل، جمع بندی و مرور مطالب کل دوره، پاسخ به پرسش ها و ابهامات شرکت کنندگان، تمرین‌های ایفای نقش برای موارد و آموزش های 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 آموزش ها بعد از پایان دوره توسط اعضا، ارائه راه‌حل برای شیوه رفع موانع احتمالی، انجام پس آزمون.

جامعه آماری اجرا شد. در این بخش، جامعه آماری پژوهش حاضر، زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بخش درمانی مرکز تحقیقات سرطان و بیماران درمانگاه ولیعصر واقع در بیمارستان امام خمینی (ره) شهر تهران بود. در این بخش تعداد ۳۰ نفر بر اساس معیارهای ورود (دامنه سنی 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 ۲جلسه از شرکت درجلسات، هرگونه ناتوانی که حضور شرکت کنندگان را با دشواری همراه سازد، عدم تمایل به ادامه دریافت مداخلات) به صورت هدفمند انتخاب شدند. پس از نمونه‌گیری اولیه، ۳۰ نفر به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) جایگزین شدند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه سلامت عمومی (General- GHQ Health Questionaire) استفاده شد:

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28)- این پرسشنامه توسط گلدبرگ (Goldberg) (۳۳) به منظور شناسایی اختلالات روانی غیر روان پریشی 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 در موقعیت‌های مختلف استفاده می‌شود. این پرسشنامه تاکنون به‌طور گسترده در مطالعات زمینه یابی و طب عمومی و بیماران سرپایی و بستری استفاده شده است. متن پرسش نامه راجع به وضع کسالت و ناراحتی‌ها و سلامت عمومی فرد با تاکید بر مسائل روان‌شناختی، جسمانی و اجتماعی در زمان حال است و از این طریق علایم مرضی و حالت های تندرستی (سلامتی) فرد ارزیابی می‌شود. این پرسشنامه که فرم اصلی آن ۶۰ سوالی است مکرراً تجدید نظر شده و به تناسب شرایط و فرهنگ‌های مختلف فرم‌های کوتاه ۱۲، ۲۰، ۲۸، ۳۰، ۴۳ سوالی از آن تهیه شده است. گلدبرگ همبستگی نمرات GHQ و نتیجه ارزیابی بالینی شدت اختلالات را ۸۰٪ گزارش نمود (۳۴). در ایران فرم‌های ۱۲ و ۲۸ ماده‌ای آن – پس از تغییر گزینه‌ها - روی گروه‌هایی از بزرگسالان، کارمندان دولتی، دانشجویان و دانش‌آموزان راهنمایی و دبیرستان اجرا شده است. پایایی پرسش نامه نسخه فارسی ۲۸-GHQ دراین تحقیقات به ترتیب به میزان ۸۴٪، ۹۱٪، ۸۸٪، ۶۲٪، ۹۲٪، ۸۹٪ و ۸۲٪ گزارش کرده اند (۳۵). پس از جمع آوری پرسشنامه در غالب پیش آزمون و پس آزمون، یافته ها با استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیره تحلیل شد. برای رعایت موازین اخلاقی در پژوهش حاضر سعی شد رضایت بیماران برای حضور در پژوهش جلب شود و کلیه بیماران با

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]

رضایت آگاهانه در این مطالعه شرکت کردند. علاوه بر این به بیماران اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات کسب شده از آن ها محفوظ خواهد ماند و کسانی که تمایل داشتند از وضعیت روان‌شناختی خود مطلع شوند، صرفاً نمرات خودشان در اختیارشان قرار گرفت. لازم به ذکر است روش اجرای این مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود با کد اخلاق IR.IAU.SHAHROOD.REC.1397.030 مورد تأیید قرار گرفت.

یافته‌ها

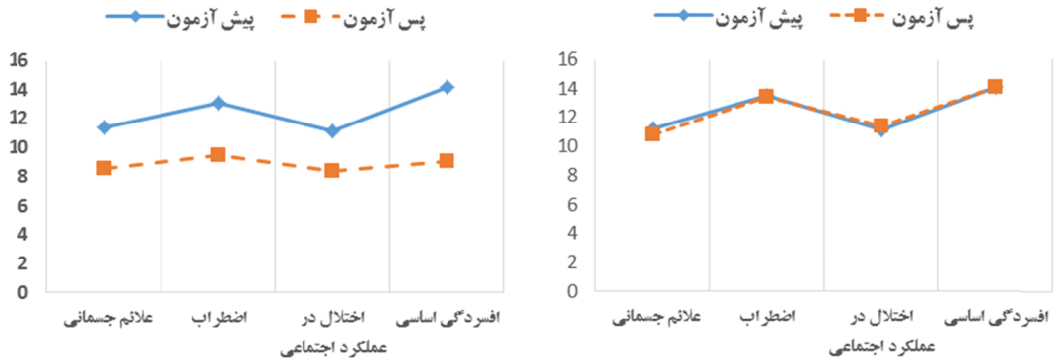
میانگین سنی گروه آزمایش و گواه به ترتیب ۳۶/۷۳ و ۳۶/۸۶ سال بود. به منظور بررسی همگنی گروه های آزمایش و کنترل به لحاظ سن از آزمون t مستقل استفاده شد. نتایج آزمون t نشان می‌دهد که بین سن دو گروه تفاوت معناداری از نظر میانگین سن وجود ندارد (t=۰/۵۳۴، p=۰/۵۹۸). در نتیجه، می‌توان گفت گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ سن به هم شبیه می‌باشند. یافته‌های توصیفی مربوط به نمرات پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای وابسته گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ آمده است.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد میانگین نمرات علائم جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی اساسی در پس آزمون نسبت به پیش آزمون کاهش یافته است؛ این در حالی است که در گروه کنترل تفاوت محسوسی مشاهده نمی‌شود. در ادامه نمودار مربوط به نتایج آزمون سلامت روان به تفکیک گزارش شده است:

به منظور بررسی اثربخشی آموزش غلبه بر درماندگی آموخته شده بر سلامت روانی زنان مبتلا به سرطان پستان از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. این تحلیل تفاوت بین میانگین نمرات سلامت روان برای گروه آزمایش (آموزش غلبه بر درماندگی آموخته شده) و کنترل بعد از تعدیل نمره‌های پیش آزمون را نشان می‌دهد. استفاده از این آزمون مستلزم پیش‌فرض‌هایی است که قبل از تحلیل استنباطی مورد

جدول ۲- یافته‌های توصیفی متغیر سلامت روان در دو گروه

متغیر	گروه آزمایش				گروه کنترل			
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
زیرمقیاس علائم جسمانی	۱۱,۴۰	۱,۹۶	۸,۵۳	۳,۰۲	۱۱,۲۰	۳,۲۸	۱۰,۸۰	۲,۶۰
زیرمقیاس اضطراب	۱۳,۱۳	۲,۳۶	۹,۴۷	۳,۵۴	۱۳,۵۳	۲,۵۳	۱۳,۴۰	۳,۳۶
زیرمقیاس اختلال در عملکرد اجتماعی	۱۱,۱۳	۲,۷۰	۸,۴۰	۲,۶۱	۱۱,۱۳	۲,۶۴	۱۱,۴۰	۱,۹۹
زیرمقیاس افسردگی اساسی	۱۴,۲۰	۳,۱۴	۹,۰۷	۲,۰۵	۱۴,۱۳	۲,۵۶	۱۴,۰۷	۳,۰۶
نمره کلی سلامت روانی	۴۹,۸۶	۴,۴۵	۳۵,۴۶	۵,۶۴	۵۰,۰۱	۵,۹۱	۴۹,۶۶	۴,۷۷



نمودار ۱- نمرات پیش آزمون و پس آزمون متغیر سلامت روان در دو گروه

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]

بررسی قرار گرفتند. به این منظور، یافته‌های آزمون کولموگروف - اسمیرنوف نشان می دهد که داده‌های هر دو گروه آزمایش و گواه در متغیرهای مورد بررسی در مراحل پیش و پس‌آزمون با منحنی نرمال تفاوت معناداری ندارد و توزیع داده‌ها نرمال است (p>۰/۰۵). همچنین، آزمون لوین جهت بررسی مفروضه برابری واریانس‌های خطا نشان داد مفروضه برابری واریانس‌های خطا برای متغیر سلامت روانی و زیرمقیاس‌های آن برقرار است (p>۰/۰۵). نتایج آزمون M باکس نیز به عنوان یکی دیگر از پیش فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در تمام سطوح متغیر مستقل (گروه‌ها) همگن یا برابر است (p=۰/۶۳۸؛ M=۱۲/۸۲۰ باکس؛ F=۰/۶۴۵). افزون بر این، تعامل بین متغیر همپراش و مستقل در دو گروه آزمایش و گواه معنادار نبود (p>۰/۰۵) که نشان می‌دهد پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون نیز برقرار است. بنابراین، با رعایت پیش‌فرض‌های آزمون پارامتری، استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس بلامانع است. نتایج آزمون‌های معناداری تحلیل کوواریانس در جدول ۳ منعکس شده است.

سطوح معناداری همه آزمون‌ها در جدول فوق نشان‌دهنده این است که بین گروه‌های آزمایش و گواه حداقل در یکی از متغیرهای وابسته به هم تفاوت معنادار دارند. برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، نتایج اثرات بین آزمودنی ها در جدول ۴ گزارش شده است. همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود بین میانگین علائم جسمانی (F=۱۳/۹۶، p=۰/۰۰۱)، اضطراب (F=۶/۵۵، p=۰/۰۱۷)، اختلال در عملکرد اجتماعی (F=۱۳/۹۶، p=۰/۰۰۱) و افسردگی اساسی (F=۱۳/۹۶، p=۰/۰۰۱) در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. این جدول نشان می دهد 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 پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد.

به طور کلی بر اساس این یافته ها می‌توان گفت آموزش غلبه بر درماندگی آموخته شده در پس آزمون باعث کاهش زیرمقیاس‌های علائم جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی، افسردگی اساسی و نمره کلی سلامت روانی شده است. با توجه به اندازه اثر می‌توان گفت این میزان قابل توجه بوده و بیشترین تاثیر آموزش غلبه بر درماندگی آموخته شده بر افسردگی بوده است.

جدول ۳- نتایج آزمون‌های معناداری تحلیل کوواریانس چند متغیره

	ارزش	F	فرضیهdf	خطاdf	سطح معناداری
اثر پیلایی	۰,۷۶۰	۱۶,۵۹۵	۴,۰۰۰	۲۱,۰۰۰	۰,۰۰۰
لامبادای ویلکز	۰,۲۴۰	۱۶,۵۹۵	۴,۰۰۰	۲۱,۰۰۰	۰,۰۰۰
اثر هتلینگ	۳,۱۶۱	۱۶,۵۹۵	۴,۰۰۰	۲۱,۰۰۰	۰,۰۰۰
بزرگترین ریشه خطا	۳,۱۶۱	۱۶,۵۹۵	۴,۰۰۰	۲۱,۰۰۰	۰,۰۰۰

جدول ٤- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره برای متغیر سلامت روان و زیرمقیاس‌های آن

	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	زیرمقیاس علائم جسمانی	۴۰,۶۲۵	۱	۴۰,۶۲۵	۶,۹۰۶	۰,۰۱۵	۰,۲۲۳
	زیرمقیاس اضطراب	۱۰۶,۷۳۷	۱	۱۰۶,۷۳۷	۱۰,۳۰۷	۰,۰۰۴	۰,۳۰۰
	زیرمقیاس اختلال در عملکرد اجتماعی	۶۳,۶۲۵	۱	۶۳,۶۲۵	۱۱,۶۷۸	۰,۰۰۲	۰,۳۲۷
	زیرمقیاس افسردگی اساسی	۱۹۴,۴۲۹	۱	۱۹۴,۴۲۹	۳۲,۳۷۸	۰,۰۰۰	۰,۵۷۴
	نمره کلی سلامت روانی	۱۵۰۵,۴۲۷	۱	۱۵۰۵,۴۲۷	۵۶,۱۹۱	۰,۰۰۰	۰,۶۷۵

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]

بحث و نتیجه‌گیری

آموزش غلبه بر درماندگی آموخته شده در پس آزمون باعث بهبود سلامت روانی و زیرمقیاس‌های علائم جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی شده است. بیشترین تاثیر آموزش غلبه بر درماندگی آموخته شده بر افسردگی بوده است. بررسی مطالعات پیشین نشان می دهد که به طور ویژه درمانی برای غلبه بر درماندگی آموخته شده طراحی و مورد استفاده قرار نگرفته است اما می‌توان یافته‌های این پژوهش را با مطالعاتی که بر اساس نظریه درماندگی آموخته شده سعی در کاهش مشکلات سلامت روانی داشته اند، همخوان دانست. این پژوهش‌ها که مبتنی بر روان‌درمانی مثبت صورت گرفته اند همگی مبین اثربخشی این رویکرد بر کاهش اختلالات روانی و افزایش سلامت روان در ابعاد مختلف هستند. بنابراین یافته های به دست آمده در این مطالعه را نیزمی‌توان با پژوهش‌های دوکری و اسپتو (۳۶)، پیزنت (۳۷)، پرویر و همکاران (۳۸)، برکهارت و همکاران (۳۹) همخوان دانست.

می‌توان گفت آنچه که در مرحله نخست این درمان حائز اهمیت است توجه نمودن به افکار و احساسات مثبت و عدم اجتناب از آن است. این مسئله در بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان به هنگام مواجه با مشکلات کمتر دیده می شود و به همین دلیل است که آنها راهبردهای اجتنابی را تجربه می‌نمایند (۴۰). در واقع در درمان غلبه بر درماندگی آموخته شده راهبردهایی وجود دارد که فرد را به پویایی رسانده و مانع از انفعال در وی و تسلیم شدن در برابر مشکلات و نارضایتی هایش می‌شود. به نظر می رسد برخی از بیماران مبتلا به سرطان به دلیل ناامیدی شدیدشان از هرگونه حرکت و بازبینی خویش خودداری نموده و به گونه‌ای انفعالی خود را اسیر تقدیر می‌دانند (۴۱). این مسئله باعث می‌گردد آن‌ها همواره خود را دور از بهبودی و سلامتی بدانند و رسیدن به آن را نیز برای خود غیرممکن تصور کنند (۴۲). در نتیجه آن‌ها عدم رضایت و کاهش خلق را در خود احساس می‌نمایند. در این درمان فرد روی آنچه که باعث تجارب عاطفی ناخوشایند و منفی است متمرکز شده و آن را به صورت دلخواه خود تغییر می دهد. به نظر می‌رسد برخی از بیماران مبتلا به سرطان پستان به ویژه آن هایی که سلامت روان کمتری را تجربه می کنند آن قدر در خود احساس ضعف و ناتوانی می‌کنند که کمتر دست به چنین فرآیندی بزنند (۴۳). در واقع نا امیدی و عدم عزت نفس در آن‌ها باعث می‌گردد تا توان تغییر و اصلاح تجارب عاطفی ناخوشایند و منفی را در خود نبینند این افراد کنترل‌اندکی بر افکار و ذهن خود داشته و نمی‌توانند توجه و تمرکزشان را تحت کنترل قرار دهند. همچنین آن ها نمی‌توانند ارزیابی هایشان را از مسائل تغییر دهند و تعبیر و تفسیر های بدبینانه‌ی پایدار و مقاومی دارند که آن ها را از هرگونه ارزیابی مجدد باز می‌دارد (۴۴). آن‌ها از دامنه‌ی پاسخ‌های محدودی برخوردارند و در مواجهه با مشکلات و مسائل خود به شکلی ثابت و سطحی پاسخ می‌دهند. تمامی این مشکلات در درمان غلبه بر درماندگی آموخته شده با توجه به گام های اصلی که در ادامه به آن ها اشاره می‌شود، مرتفع خواهد شد. بنابراین کاملا قابل انتظار است که بتوانیم با روش درمانی غلبه بر درماندگی آموخته شده، سلامت روان را در این افراد افزایش دهیم.

افزون بر این، می‌توان تفاوت مشاهده شده در میانگین دو گروه در مرحله پس آزمون را به تغییر سبک‌های تبیینی زنان مبتلا به سرطان پستان در اثر اجرای برنامه آموزشی نسبت داد. در تبیین این یافته می‌توان اظهار داشت زنان مبتلا به سرطان پستان پیش از اجرای برنامه آموزشی از سبک اسنادی بدبینانه برخوردار بودند به طوری که وقایع ناخوشایند را درونی، پایدار و کلی و برعکس وقایع خوشایند را به صورت بیرونی، ناپایدار و اختصاصی تبیین می‌کردند. به دنبال استفاده از این سبک‌های تبیینی، دچار درماندگی می‌شدند که آثار این درماندگی بر اساس نتایج مطالعات مختلف به صورت اختلال‌ها و نارسایی‌های شناختی، هیجان و عاطفی بروز می‌کند. پدیدآیی این اختلالات و نارسایی‌ها موجب کاهش میزان سلامت روانی در افراد دارای سبک اسنادی بدبینانه می‌شود و از آنجایی که افراد دارای این سبک به هنگام بروز مشکلات در سلامتی، به پیامدهای رفتار خود اعتقادی ندارند، به میزان کم‌تری در جهت بهبود سلامت روانی خود تلاش می‌کنند و این مسئله ماندگاری مشکلات و اختلالات روان‌شناختی را در پی دارد.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]

به طورکلی با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت آموزش غلبه بر درماندگی آموخته شده دارای چند گام و مولفه اساسی است که تاکید بر آن‌ها در گام‌های مختلف باعث می‌گردد فرد مشکل و بیماری خود را پذیرفته و غم، اندوه و افسردگی کمتر و در نتیجه کیفیت زندگی بهتری را ادراک نماید. در این روش هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام یا درحقیقت به فرد تحمیل شود. در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد درمورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و ...) افزایش یابد و متقابلاً" اعمال کنترلی ناموثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آ ن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها، به‌طورکامل پذیرفت. در افراد با راهبردهای ناکارآمد این تجارب ذهنی شامل مواردی چون دوگانگی عاطفی، ناکامی،اندوه مزمن، تنهایی، از دست دادن امید به زندگی و احساس عدم تداوم نسل، احساس خجالت، شرمساری، احساس گناه، احساس خشم می‌باشد. بنابراین در گام نخست بیماران مبتلا به سرطان یاد گرفتند که باید این احساسات را بدون واکنشی در بدو امر بپذیرند. در قدم دوم بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال(با توجه به دیدگاه زمان و معنا در زندگی) افزوده می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد. در مرحله سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا ساخته(جداسازی شناختی، عدم ذهن خوانی، فاجعه انگاری و تعمیم افراطی) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. سپس کمک به فرد تا اینکه ارزش های شخصی اصلی خود را در گذشته و حال بشناسد(سبک های اسنادی سازگاران) و به طور واضح مشخص سازد و آن ها را به اهداف رفتاری خاص برای آینده تبدیل کند. این تجارب ذهنی در کنار ایمن سازی فرد در برابر استرس از طریق بهبود راهبردهای مقابله ای می‌توانند افکار واکنش‌های مساله محور فرد نسبت به موقعیت‌ها را تحت تاثیر قرار دهد. اولین نتیجه مستقیم اینگونه مداخله کاهش افکار منفی و در نتیجه اسنادهای مثبت در راستای بهبود سلامت روان خواهد بود.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، کاهش حجم نمونه بود که روایی بیرونی نتایج پژوهش حاضر را کاهش می‌دهد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر، عدم بررسی عوامل مداخله کننده‌ای است که می‌تواند بر سلامت روانی زنان مبتلا به سرطان پستان تأثیرگذار باشد. برای مثال می‌توان به اثرات سبک‌های اسنادی سایر اعضای خانواده بر این گروه از زنان اشاره کرد. علاوه بر این، عدم آشنایی پژوهشگر این مطالعه با مشکلات جسمی همراه با بیماری سرطان پستان، محدودیت خاص پژوهشگر بود. به عنوان پیشنهاد کاربردی، از آنجا که ابتلا به بیماری‌های مزمنی همچون سرطان پستان، سلامت روان‌شناختی بیماران مبتلا را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد، توجه همه جانبه و جامع به سلامت جسمانی و روانی در پروتکل‌ها و برنامه‌های مراقبت از این بیماران لازم و ضروری به نظر می‌رسد. در چارچوب یافته‌های پژوهش حاضر یکی از پیشنهادها اضافه کردن مداخلات روان‌شناختی از جمله آموزش غلبه بر درماندگی آموخته شده به منظور بهبود سلامت روانی بیماران مبتلا به سرطان پستان است. به عنوان پیشنهاد پژوهشی لازم است در مطالعات آتی با حجم نمونه بیشتر برگزار شود و متغیرهای مداخله کننده به عنوان متغیر همپراش کنترل شوند.

تقدیر و تشکر

از کلیه کارکنان و بیماران مرکز تحقیقات سرطان و بیماران درمانگاه ولیعصر واقع در بیمارستان امام خمینی (ره) شهر تهران که نهایت همکاری را برای شرکت در این مطالعه داشتند، سپاسگزاریم.

References

1. Moghadam F, Jaaemi M, Soltani H, Esmaili R. Survey of Social Adjustment of Women With Breast Cancer Under Chemotherapy In Boukan In 1394. Razi J Med Sci. 2017;24(161):13-20.

2. Sharif Nia H, Pahlevan Sharif S, Lehto Rh, Boyle C, Yaghoobzadeh A, Kaveh O, et al.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]

3. Development and Psychometric Evaluation of A Persian Version of The Death Depression Scale-Revised: A Cross-Cultural Adaptation For Patients With Advanced Cancer. Jpn J Clin Oncol. 2017;47(8):713-9.
4. Baw S. World Cancer Report 2014: International Agency for Research on Cancer. Who; 2014.
5. Bener A, Alsulaiman R, Doodson L, Agathangelou T. Depression, Hopelessness and Social Support among Breast Cancer Patients: In Highly Endogamous Population. Asian Pac J Cancer Prev. 2017;18(7):1889-1896.
6. Health Aio, Welfare. Cancer in Australia: Actual Incidence and Mortality Data from 1982 To 2007 And Projections to 2010. Asia-Pac J Clin Oncol. 2011;7(4):325-38.
7. Shobiri E, Amiri M, Haghighat Mj, Piri M, Izadi B, Nazari S, Et Al. The Diagnostic Value of Impedance Imaging System in Patients with Breast Mass. J Kermanshah Univ Med Sci. 2016;19(7):427-35.
8. Qiu J, Chen W, Gao X, Xu Y, Tong H, Yang M, Et Al. A Randomized Controlled Trial of Group Cognitive Behavioral Therapy for Chinese Breast Cancer Patients with Major Depression. J Psychosom Obstetr Gynecol. 2013;34(2):60-7.
9. Maass Sw, Roorda C, Berendsen Aj, Verhaak Pf, De Bock GH. The Prevalence of Long-Term Symptoms of Depression and Anxiety after Breast Cancer Treatment: A Systematic Review. Maturitas. 2015;82(1):100-8.
10. Abrahams H, Gielissen M, Verhagen C, Knoop H. The Relationship of Fatigue in Breast Cancer Survivors with Quality of Life And Factors To Address In Psychological Interventions: A Systematic Review. Clin Psychol Rev. 2018.
11. Kim Y, Spillers Rl, Hall Dl. Quality of Life of Family Caregivers 5 Years after A Relative's Cancer Diagnosis: Follow-Up of The National Quality of Life Survey For Caregivers. Psycho-Oncology. 2012;21(3):273-81.
12. Wittenberg E, Borneman T, Koczywas M, Del Ferraro C, Ferrell B. Cancer Communication And Family Caregiver Quality of Life. Behav Sci. 2017;7(1):12.
13. Sherman DW, Norman R, Mcsherry CB. A Comparison of Death Anxiety and Quality of Life of Patients with Advanced Cancer or Aids And Their Family Caregivers. J Assoc Nurses Aids Care. 2010;21(2):99-112.
14. Fardell Je, Jones G, Smith Ab, Lebel S, Thewes B, Costa D, et al .Exploring The Screening Capacity of The Fear of Cancer Recurrence Inventory-Short Form For Clinical Levels of Fear of Cancer Recurrence. Psycho-Oncology. 2018;27(2):492-9.
15. Thewes B, Butow P, Zachariae R, Christensen S, Simard S, Gotay C. Fear Of Cancer Recurrence: A Systematic Literature Review of Self-Report Measures. Psycho-Oncology. 2012;21(6):571-87.
16. Kim-Fuchs C, Le CP, Pimentel MA, Shackleford D, Ferrari D, Angst E, et al. Chronic Stress Accelerates Pancreatic Cancer Growth and Invasion: A Critical Role for Beta-Adrenergic Signaling In The Pancreatic Microenvironment. Brain Behav Immun. 2014;40:40-7.
17. Delgado-Guay M, Ferrer J, Rieber AG, Rhondali W, Tayjasanant S, Ochoa J, et al. Financial Distress And Its Associations With Physical And Emotional Symptoms And Quality of Life Among Advanced Cancer Patients. Oncologist. 2015;20(9):1092-8.
18. Cvetković J. Breast Cancer Patients' Depression Prediction by Machine Learning Approach. Cancer Invest. 2017;35(8):569-72.
19. Reeves Wc, Strine TW, Pratt LA, Thompson W, Ahluwalia I, Dhingra Ss, et al. Mental Illness Surveillance Among Adults In The United States. Mmwr Surveill Summ. 2011;60(Suppl 3):1-29.
20. Weaver Ke, Forsythe Lp, Reeve Bb, Alfano Cm, Rodriguez Jl, Sabatino Sa ,Et Al. Mental And Physical Health–Related Quality of Life Among Us Cancer Survivors: Population Estimates from The 2010 National Health Interview Survey. Cancer Epidemiol Prev Biomark. 2012.
21. Brower V. Evidence Accumulating That Depression May Hinder Survival. J Te Natl Cancer Institute. 2014;106(1): 4-9.
22. Naughton MJ, Weaver KE. Physical and Mental Health among Cancer Survivors Considerations For Long-Term Care And Quality of Life. N Carolina Med J. 2014;75(4):283-6.
23. Jafari A, Goudarzian AH, Nesami MB. Depression in Women with Breast Cancer: A Systematic Review Of Cross-Sectional Studies In Iran. Asian Pac J Cancer Prev. 2018;19(1):1.
24. Smith HR. Depression in Cancer Patients: Pathogenesis, Implications and Treatment. Oncol Lett. 2015;9(4):1509-14.
25. Zainal Nz, Booth S, Huppert Fa. The Efficacy Of Mindfulness-Based Stress Reduction on Mental Health of Breast Cancer Patients: A Meta-Analysis. Psycho-Oncology. 2013;22(7):1457-65.
26. Larsson EW, Stern TA. Helplessness in The Helpers: Etiology And Management. Prim Care Compan CNS Disord. 2013;15(6): 82-106.
27. Melnyk D, Shepperd JA. Avoiding Risk Information about Breast Cancer. Ann Behav Med. 2012;44(2):216-24.
28. Maier Sf, Seligman Me. Learned Helplessness At Fifty: Insights From Neuroscience. Psychol Rev. 2016;123(4):349.
29. Satin JR, Linden W, Phillips MJ. Depression As A Predictor of Disease Progression And Mortality In Cancer Patients: A Meta-Analysis.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]

Cancer. 2009;115(22):5349-61.
30. Mikulincer M. Human Learned Helplessness: A Coping Perspective: Springer Science & Business Media; 2013.
31. Patten SB. Major Depression Epidemiology from A Diathesis-Stress Conceptualization .BMC Psychiatry. 2013;13(1):19.
32. Tajik Esmaeili A, Hashemi Razini H, Baheshmat Juybari S. The Role of Social Cognition In Psychopathology: Comparison of Theory of Mind And Attributional Style In Patients With Major Depression Disorder and Healthy Peers. Appl Psychol Res. 2015;6(3):157-68.
33. Taylor Jj, Neitzke Dj, Khouri G, Borckardt Jj, Acierno R, Tuerk Pw, et al. A Pilot Study to Investigate The Induction and Manipulation of Learned Helplessness In Healthy Adults. Psychiatry Res. 2014; 219(3):631-7.
34. Goldberg DP, Hillier VF. A Scaled Version of The General Health Questionnaire. Psychol Med. 1979;9(1):139-45.
35. Goldberg D, Williams P. A User's Guide to The General Health Questionnaire. 1988. Windsor: Nfer-Nelson. 1988.
36. Bashirian S, Saatiasr MH, Barati M, Shokri Z, Emdadi S, Fallah F, et al. Correlation Between Religious Attitude And Mental Health Among Hamadan Universities Students. J Torbat Heydariyeh Univ Med Sci. 2018;6(1):37-45.
37. Dockray S, Steptoe A. Chronotype and Diurnal Cortisol Profile In Working Women: Differences Between Work and Leisure Days. Psychoneuroendocrinology. 2011;36(5):649-55.
38. 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.
39. 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. Person Indiv Diff. 2016;94:189-93.
40. 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. J School Psychol. 2016;57:41-52.
41. Karabulutlu Ey, Bilici M, Çayır K, Tekin Sb, Kantarcı R. Coping, Anxiety And Depression In Turkish Patients With Cancer. Eur J General Med. 2010;7(3): 296-302.
42. Björklund M. Living with Head And Neck Cancer: A Health Promotion Perspective-A Qualitative Study: Nordic School of Public Health; 2010.
43. Leow MQH, Oon HHB. The Impact of Viral Warts on The Quality Of Life Of Patients. Dermatol Nurs. 2016;15(4):44-8.
44. Reid-Arndt SA, Cox CR. Stress, Coping and Cognitive Deficits In Women After Surgery for Breast Cancer. J Clin Psychol Med Sett. 2012;19(2):127-37.
45. Forti AMm, Cashwell CS, Henson R. Mindfulness and Quality of Life in Cancer Survivors: The Mediating Role of Self-Kindness And Alexithymia. J Ment Health Counsel. 2016;38(4):346-59.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]