MEJDS. 2025; 15:85.

Published online 2025 Nov. **Original Article**

Investigating the Effectiveness of Life Therapy on Educated Reflection and Mental Security of Women with Multiple Sclerosis

Majidi M[1], *Norouzi A[2], Fakhri MK[3]

Author Address
1. PhD Student, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Sari Branch, Mazandaran, Iran;
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.
***Corresponding Author E-mail:** asg.noruzi@yahoo.com

Received: 2025 June 29; **Accepted:** 2025 July 20

Abstract

Background & Objectives: Multiple sclerosis (MS) is an autoimmune disease that affects the central nervous system, causing myelin destruction and damage to the axons of the brain and spinal cord. The involvement of the white and gray matter of the brain results in clinical signs and symptoms that lead to physical impairment, disability, and cognitive and psychological changes. MS is autoimmune in nature. This damage disrupts the ability of parts of the nervous system to transmit signals, resulting in a wide range of signs and symptoms, including physical, mental, and sometimes psychiatric problems. The prevalence of MS in women is two to three times higher than in men. Multiple sclerosis leads to disability and various sensory and motor disorders in the patient. It is associated with problems such as severity and frequency of disease relapse, low perceived social support, ineffective coping strategies, reduced life expectancy, emotional and economic problems, and mental disorders. The present study aimed to investigate the effectiveness of life therapy on learned helplessness and psychological security of women with multiple sclerosis.

Methods: This quasi-experimental study employed a pretest-posttest design with a 3-month follow-up, along with a control group. The statistical population of the study included all women with multiple sclerosis affiliated with the Mazandaran MS Association who registered between October 2022 and September 2023 and had received an MS diagnosis from a specialist. Among them, 24 people were selected using purposive sampling according to the inclusion criteria and randomly assigned to either the experimental or control group (12 people in each group). The inclusion criteria for the study subjects were as follows: personal consent to participate in the study, a diagnosis of multiple sclerosis confirmed by a neurologist, and an age between 30 and 50 years. The exclusion criteria for the subjects were absence of more than two sessions during the training and recurrence of the disease during the training period. The experimental group members were exposed to eight 90-minute sessions of a group life therapy program (Hassan Zadeh, 2022), and the control group did not receive any intervention. Data were collected using the learned helplessness questionnaire (Quinless & Nelson, 1988) and the mental security inventory (Maslow et al., 1952) in three stages: before the intervention, after the intervention, and three months after the intervention. After data collection, descriptive and inferential statistics were used to analyze the data. At the descriptive level, means and standard deviations, as well as graphs, were used. At the inferential level, analysis of variance with repeated measures and a Bonferroni post hoc test were employed. The research data were analyzed by SPSS software version 26. The significance level was set at 0.05.

Results: The results showed that the effect of group on the variables of learned helplessness ($p = 0.035$) and psychological security ($p=0.043$), as well as the interaction effect of time and group on the variables of learned helplessness ($p < 0.001$) and psychological security ($p<0.001$), was significant. In the variable of learned helplessness in the experimental group (life therapy), the difference between the mean scores of the pretest and posttest ($p<0.001$) and follow-up ($p<0.001$) was significant. Additionally, in the variable of psychological security in the experimental group (life therapy), the difference between the mean scores of the pretest and posttest ($p<0.001$) and follow-up ($p=0.002$) was significant. In addition, the difference between the mean posttest and follow-up scores in the variables of learned helplessness ($p=0.002$) and psychological security ($p=0.022$) was significant, indicating that the effect of life therapy on these variables was sustained during the 3-month follow-up period.

Conclusion: According to the results of the study, the use of non-pharmacological life therapy intervention is effective in reducing learned helplessness and increasing psychological security in women with multiple sclerosis, and improves their psychological problems. Therefore, the use of a life therapy program in treatment and counseling centers for women with multiple sclerosis is recommended.

Keywords: Life therapy, Learned helplessness, Psychological security, Multiple sclerosis.

Copyright © 2025, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۴؛ (۱۵):۸۵.

انتشار برخط آبان ۱۴۰۴ مقاله پژوهشی اصیل

بررسی اثربخشی زندگی‌درمانی بر درماندگی آموخته‌شده و امنیت روانی زنان مبتلا به مولتیپل‌اسکلروزیس

محبوبه مجیدی[۱]، *اصغر نوروزی[۲]، محمدکاظم فخری[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، مازندران، ایران؛

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، مازندران، ایران؛

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، مازندران، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** asg.noruzi@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۸تیر۱۴۰۴؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۹تیر۱۴۰۴

چکیده

زمینه و هدف: مولتیپل‌اسکلروزیس (اماس) از بیماری‌های خودایمنی پیچیده‌ای است که سیستم عصبی مرکزی را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد و می‌تواند منجربه طیف گسترده‌ای از ناتوانی‌های جسمی و روانی شود. پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی زندگی‌درمانی بر درماندگی آموخته‌شده و امنیت روانی زنان مبتلا به مولتیپل‌اسکلروزیس انجام شد.

روش‌بررسی: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و دورهٔ پیگیری سه‌ماهه همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی زنان مبتلا به مولتیپل‌اسکروزیس در انجمن اماس مازندران تشکیل دادند که در محدودهٔ زمانی مهر۱۴۰۱ لغایت شهریور۱۴۰۲ ثبت‌نام انجام دادند و تشخیص اماس از متخصص دریافت کردند. از میان آن‌ها ۲۴ نفر داوطلب واجد شرایط باتوجه‌به ملاک‌های ورود به پژوهش با روش نمونه‌گیری هدفمند وارد مطالعه شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه دوازده نفر) قرار گرفتند. اعضای گروه آزمایش طی هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای برنامهٔ زندگی‌درمانی (حسن‌زاده، ۱۴۰۱) گروهی را دریافت کردند؛ اما برای گروه گواه هیچ مداخله‌ای ارائه نشد. داده‌ها بااستفاده از پرسش‌نامهٔ درماندگی آموخته‌شده (کوینلس و نلسون، ۱۹۸۸) و پرسش‌نامهٔ امنیت روانی (مازلو و همکاران، ۱۹۵۲) جمع‌آوری شد. تحلیل داده‌ها ازطریق آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در سطح معناداری ۰/۰۵ به‌کمک نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۶ انجام گرفت.

یافته‌ها: اثر تعامل زمان و گروه و اثر گروه بر متغیرهای درماندگی آموخته‌شده و امنیت روانی معنادار بود($p<۰/۰۵$). همچنین در گروه آزمایش (زندگی‌درمانی)، در متغیرهای درماندگی آموخته‌شده و امنیت روانی، تفاوت بین میانگین نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری و تفاوت بین میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری، معنادار بود ($p<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: باتوجه به یافته‌های پژوهش، زندگی‌درمانی بر کاهش درماندگی آموخته‌شده و افزایش امنیت روانی در زنان مبتلا به مولتیپل‌اسکلروزیس سودمند است و اثر آن در طول دورهٔ زمانی سه‌ماهه پایداری دارد.

کلیدواژه‌ها: زندگی‌درمانی، درماندگی آموخته‌شده، امنیت روانی، مولتیپل‌اسکلروزیس.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۴، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار- غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

۱ مقدمه

مولتیپل‌اسکلروزیس[1] (اماس)، از بیماری‌های مزمنی است که امروزه شیوع فراوانی دارد. این بیماری سبب درگیرشدن سیستم عصبی فرد می‌شود و به‌دلیل ایجاد التهاب و نابودکردن میلین، سیستم عصبی را تخریب می‌کند (۱). نرخ شیوع بیماری مولتیپل‌اسکلروزیس در زنان سه‌برابر درمقایسه با مردان مشاهده می‌شود (۲). اینکه بیماری اماس به چه دلیلی اتفاق می‌افتد، همچنان به‌طورکامل مشخص نشده است؛ اما چندین عامل محیطی و ژنتیکی در ایجاد بیماری دخیل است (۳). علاوه‌بر مشکلات جسمانی که بیماران مبتلا با آن درگیر هستند، مشکلات روان‌شناختی نیز برای مبتلایان بسیار برجسته است (۲)؛ ازجملهٔ این مشکلات می‌توان به درماندگی آموخته‌شده[2] و امنیت روانی[3] اشاره کرد.

درماندگی آموخته‌شده در ابتدا توسط مارتین سلیگمن[4] معرفی شد. هنگامی که عملکرد فرد تأثیری بر پیرامون خود نمی‌گذارد و این درماندگی ادامه‌دار باشد، او تبدیل به فردی منفعل می‌شود که ناشی‌از احساس ناتوان‌بودن در کنترل اتفاقات اطراف خود است؛ درنهایت از تلاش برای حل مشکلات باز می‌ماند و مشکل را رها می‌کند و درماندگی آموخته‌شده ایجاد می‌شود (۴). درزمان درماندگی آموخته‌شده، فرد قادر نیست هیچ کنترلی بر پیرامون زندگی خود داشته باشد و اگر به این باور برسد که نمی‌تواند جنبه‌های متعدد زندگی خود را کنترل کند، به‌دور است که عملکرد خود را برای کنترل زندگی و خانواده و جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند، تغییر دهد؛ لذا وقتی درماندگی آموخته‌شده در فرد ایجاد می‌شود، راه را بر هر امید و تلاشی می‌بندد و نتیجهٔ حرکت در ذهن به شکست‌های پیاپی منتهی خواهد شد (۵). درماندگی آموخته‌شده سبب می‌شود فرد برای تغییردادن اوضاع زندگی خود کوشش نکند و از شرایط فعلی خویش راضی باشد؛ درنتیجه، اگر او بخواهد نقش خود را به‌خوبی در جامعه پیاده کند، در آغاز امر باید از درماندگی آموخته‌شده رهایی یابد. افرادی که از درماندگی آموخته‌شده رنج می‌برند، باور دارند حوادث از کنترل آن‌ها خارج است و موفقیت خیلی بالاتر از توانمندی آن‌ها قرار دارد؛ این فرایند در لحظه اتفاق نمی‌افتد؛ بلکه به‌دنبال تجربهٔ شکست‌های متعدد ایجاد می‌شود (۶).

ازسوی‌دیگر، به‌دلیل مزمن‌بودن بیماری اماس، آرامش فرد مختل می‌شود و اضطراب[5] و بی‌قراری و ناآرامی جایگزین آن خواهد شد؛ در نتیجه فرد کاهش امنیت روانی را احساس می‌کند. برآورده‌شدن بسیاری از نیازهای انسان در گروی دارابودن امنیت است؛ آن‌طورکه آبراهام مزلو[6] احساس امنیت را بلافاصله بعد از ارضای نیازهای اساسی در سلسله‌مراتب نیازها[7] بیان کرد (به‌نقل از ۷). امنیت روانی نوعی آرامش روانی است که از اطمینان فرد در برآورده‌ساختن نیازها و خواسته‌هایش و اطمینان از اینکه هیچ‌چیز قادر به تهدید سلامت او نیست، ناشی می‌شود (۸). امنیت درحقیقت، به‌معنای رفع‌کردن خطر به‌صورت استفادهٔ بهینه از فرصت‌ها است؛ لذا دو عنصر اساسی به نام‌های تهدید و فرصت را در بر دارد و ایجادشدن امنیت در گروی آزادشدن نسبی از تهدیدها و به‌کارگیری فرصت‌ها است. در امنیت روانی فرد قادر است احساساتش را بدون هیچ ترسی از پیامدهای منفی نشان دهد (۹). امنیت روانی، به ادراکات فرد از عواقب بودن در رابطه‌های بین‌فردی اشاره دارد؛ درنتیجه رابطه را ایمن یا خطرناک ارزیابی می‌کند. این امر به افراد یک گروه اجتماعی مانند خانواده امکان می‌دهد رفتارهایشان را تنظیم کنند و بدون هیچ احساس خطری، به ارتقای خود یا تغییرات شخصی در بافت گروه دست یابند. بدیهی است درصورت نبودن احساس امنیت، فرد دغدغه‌های زیادی را درخصوص احساس شایستگی در رابطه، اشتباهات احتمالی و مشارکت مؤثر خواهد داشت (۱۰).

باتوجه‌به مشکلاتی که افراد مبتلا به اماس با آن روبه‌رو هستند، در کنار درمان‌های دارویی، ممکن است درمان‌های روان‌شناختی مفید واقع شود. از درمان‌هایی که به‌نظر می‌رسد می‌تواند برای این قشر آسیب‌دیده مؤثر باشد، زندگی‌درمانی[8] است. زندگی‌درمانی یعنی فرایند یادگیری عمیق و ایجاد تغییر در اساس زندگی و نیز ایجادشدن شور و شوق برای زندگی‌کردن که به‌صورت مستقیم به معنا و مفهوم زندگی اشاره دارد. زندگی‌درمانی درحقیقت، مفهومی پویا و وسیع از سلامتی است. مدل سلامتی بیان می‌کند که زندگی مطلوب، تمامی جنبه‌های فیزیکی، عاطفی‌روانی، اجتماعی، معنوی و شغلی فرد را در بر می‌گیرد (۱۱). هدف زندگی‌درمانی، کمک‌کردن به دیگران برای رسیدن به بینش و آگاهی دربارهٔ زندگی، چالش‌های زندگی، ضرورت و الزامات مربوط به زندگی است. درمانگر در زندگی‌درمانی، به مُراجع یاری می‌رساند تا وقت را هدر ندهد، هر دم زندگی را غنیمت بداند و آن را برای زیستن، بودن، شکوفایی و کمال در نظر داشته باشد و سازگاری صحیح با چالش‌های زندگی را پیش گیرد (۱۲). تاکنون پژوهش‌هایی درخصوص سودمندی زندگی‌درمانی برای متغیرهای روان‌شناختی و در جوامع متعدد انجام شده است؛ ازجمله می‌توان به اثربخشی زندگی‌درمانی بر سرمایهٔ روان‌شناختی[9] (۱۴-۱۲) و انعطاف‌پذیری شناختی[10] (۱۲) و درماندگی روان‌شناختی[11] (۱۴) اشاره کرد.

نتایج حاصل از پژوهش حاضر علاوه‌بر مستدل‌کردن تأثیرات زندگی‌درمانی، قادر به ارائهٔ راهکارهایی درجهت ارتقای این قبیل روش‌های درمانی خواهد بود؛ ضمن‌آنکه انجام تحقیقاتی با موضوع اثربخشی زندگی‌درمانی بر درماندگی آموخته‌شده و امنیت روانی در افراد مبتلا به مولتیپل‌اسکلروزیس مشاهده نمی‌شود. ازآنجاکه شیوع اماس در زنان بیشتر از مردان است و نرخ بیشتر شکایت‌های جسمی و اختلالاتی نظیر افسردگی[12] و اضطراب در زنان مبتلا به مولتیپل‌اسکلروزیس درمقایسه با مردان فراوانی بیشتری دارد (۱۵)، همچنین به‌دلیل مشتاق‌بودن بیشتر زنان و تمایل نشان‌دادن آنان در شرکت در برنامه‌های آموزشی و درمانی، این پژوهش روی زنان مبتلا

---

1. Multiple Sclerosis
2. Learned helplessness
3. Mental security
4. Martin Seligman
5. Anxiety
6. Abraham Maslow
7. Hierarchy of needs
8. Life Therapy
9. Psychological capital
10. Cognitive flexibility
11. Psychological helplessness
12. Depression

به مولتیپل‌اسکلروزیس انجام شد. درمجموع، پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی زندگی‌درمانی بر درماندگی آموخته‌شده و امنیت روانی در زنان مبتلا به مولتیپل‌اسکلروزیس صورت گرفت.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را زنان مبتلا به مولتیپل‌اسکلروزیس تشکیل دادند که در انجمن اماس مازندارن از مهر۱۴۰۱ لغایت شهریور۱۴۰۲ ثبت‌نام کردند و تعداد آن‌ها ۷۲ نفر گزارش شد. باتوجه‌به اندازهٔ اثر، متوسط حجم نمونهٔ لازم براساس محاسبات نرم‌افزار G*Power برای هر گروه دوازده نفر مدنظر قرار گرفت؛ این تعداد از بین داوطلبان واجد شرایط جامعهٔ پژوهش، به‌شکل داوطلبانه وارد مطالعه شدند و به‌طور تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: رضایت شخصی برای شرکت در پژوهش؛ ابتلا به بیماری مولتیپل‌اسکلروزیس براساس تشخیص پزشک متخصص مغز و اعصاب؛ سن در محدودهٔ ۳۰ الی ۵۰ سال. ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها از پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه در طول آموزش و عود مجدد بیماری در طول دورهٔ آموزش بود.

به‌منظور رعایت‌کردن اصول اخلاقی، پس از توضیح درخصوص پژوهش و مداخلهٔ مدنظر، به سؤالات احتمالی شرکت‌کنندگان پاسخ داده شد. بعد از دریافت رضایت آگاهانهٔ داوطلبان، در پایان پژوهش، مداخله برای گروه گواه نیز اجرا شد و نتایج حاصل از پژوهش در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت.

گروه آزمایش طی مدت هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای هفته‌ای یک جلسه مداخلهٔ زندگی‌درمانی را به‌شکل گروهی دریافت کرد. مداخلهٔ اعمال‌شده برای گروه آزمایش، اجرای برنامهٔ زندگی‌درمانی بااقتباس از برنامهٔ حسن‌زاده ارائه‌شده در سال ۱۴۰۱ بود (۱۶). خلاصهٔ جلسات در جدول ۱ مشاهده می‌شود. برای گروه گواه مداخله‌ای صورت نگرفت. قبل و بعد از اجرای برنامهٔ زندگی‌درمانی و نیز سه ماه پس از انجام مداخله (زمان پیگیری)، از دو گروه خواسته شد به سؤالات پرسش‌نامهٔ درماندگی آموخته‌شده[1] (۱۷) و پرسش‌نامهٔ امنیت روانی[2] (۱۸) پاسخ دهند. روایی محتوایی برنامهٔ زندگی‌درمانی به‌کاررفته در پژوهش حاضر، توسط پنج نفر از متخصصان روان‌شناسی دانشگاه آزاد واحد ساری به‌تأیید رسید و سپس در این پژوهش استفاده شد.

جدول ۱. شرح مختصری از جلسات زندگی‌درمانی (۱۶)

جلسه	هدف	محتوا
اول	برقراری اتحاد درمانی و آشناکردن افراد با موضوع و هدف پژوهش و اجرای پیش‌آزمون	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، عنوان‌کردن قوانین و ارائهٔ کلیات پژوهش
دوم	توضیح‌دادن مفاهیم مرتبط با روان‌شناسی زندگی و دیدگاه‌های مختلف مرتبط با حیات	طراح‌کردن سؤالاتی دربارهٔ مفهوم و معنای زندگی، اهداف زندگی، امید و انتظار درمان و کاهش مانع‌های موجود در زندگی
سوم	کمک‌کردن برای شناسایی اهداف زندگی و اولویت‌بندی اهداف شرکت‌کنندگان	بحث و بازخورد درزمینهٔ احساسات افکار اعضای گروه، بررسی اهداف کوتاه‌مدت و میان‌مدت و بلندمدت، آموزش ماتریس آیزن‌هاور و ارائهٔ تکلیف درزمینهٔ فرم تصمیم‌گیری و اهداف زندگی
چهارم	توضیح دربارهٔ مفهوم اشتیاق به زندگی و نقش آن در سلامت روان	بحث دربارهٔ تکالیف جلسهٔ قبل و ارائهٔ تکالیفی درزمینهٔ فرم تصمیم‌گیری و اهداف زندگی
پنجم	توضیح مفاهیم مرتبط با امیدواری به‌عنوان شعلهٔ ضروری زندگی	بحث دربارهٔ تکالیف جلسهٔ قبل، گفت‌وگو درخصوص امید و امیدواری، نقش امید در زندگی و ویژگی افراد امیدوار
ششم	توضیح درخصوص مفاهیم مدیریت زندگی و چرخهٔ زندگی	بحث درزمینهٔ تکالیف جلسهٔ قبل و آموزش مفاهیم مدیریت زندگی و چرخهٔ زندگی
هفتم	بیان مفاهیمی دربارهٔ رضایت از زندگی و مثبت‌اندیشی و فضاسازی در زندگی	بحث دربارهٔ تکالیف جلسهٔ قبل، آموزش مفاهیم رضایت از زندگی، مثبت‌اندیشی و فضاسازی در زندگی
هشتم	جمع‌بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون	بحث درخصوص تکالیف جلسات پیشین، جمع‌بندی مطالب، ارائهٔ بازخورد به اعضای گروه و پس‌آزمون

برای بررسی درماندگی آموخته‌شده و امنیت روانی، دو ابزار استاندارد زیر به‌کار رفت.

ـ پرسش‌نامهٔ درماندگی آموخته‌شده: این پرسش‌نامه توسط کوینلس و نلسون در سال ۱۹۸۸ ساخته شد که هدف آن، مشخص‌کردن حیطه‌های خاص درماندگی آموخته‌شده در افراد است (۱۷). در این پرسش‌نامه، فرد دربارهٔ ۲۷ گزاره، موقعیت خود را در طیف لیکرت چهاردرجه‌ای از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۴ بیان می‌کند. کمترین نمره ۲۷ و بیشترین نمرهٔ کسب‌شده ۱۰۸ است. هرچه نمره بیشتر باشد، نشان‌دهندهٔ وجود درماندگی آموخته‌شدهٔ بیشتر است (۱۷). روایی سازهٔ پرسش‌نامه با مقیاس عزت‌نفس کوپراسمیت[3] ۰/۶۲ بود. در تحلیل داده‌های پرسش‌نامه، مقدار ضریب KMO[4](شاخص کفایت نمونه‌گیری) ۰/۸۵ و مقدار آزمون بارتلت

[1]. Learned Helplessness Questionnaire
[2]. Mental Security Inventory
[3]. Cooper Smith Self-Esteem Scale
[4]. Kaiser-Meyer-Olkin

(شاخص کفایت ماتریس همبستگی) ۳۲۳۷/۳۰ محاسبه شد که در سطح $p<۰/۰۰۱$ معنادار بود. پایایی پرسش‌نامه به‌وسیلهٔ آلفای کرونباخ توسط سازندگان پرسش‌نامه، ۰/۸۶ به‌دست آمد (۱۷). در ایران، انتظاری و سلیمانی به بررسی هنجاریابی پرسش‌نامهٔ درماندگی آموخته‌شده پرداختند. نتایج مشخص کرد، پرسش‌نامهٔ درماندگی آموخته‌شده دارای پایایی درونی پذیرفتنی با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ است. ضریب بازآزمایی دوهفته‌ای مقیاس ۰/۷۲ به‌دست آمد. روایی هم‌زمان نیز همبستگی ۰/۳۶ این پرسش‌نامه را با سیاههٔ افسردگی بک[1] نشان داد (۱۹).

ـ پرسش‌نامهٔ امنیت روانی: پرسش‌نامهٔ امنیت روانی (فرم کوتاه) در سال ۱۹۵۲ توسط مازلو و همکاران به‌منظور ارزیابی وضعیت روانی و خانوادگی تهیه شد (۱۸). این پرسش‌نامه دارای هیجده گویه است که احساسات فرد را در امور زندگی هدف بررسی قرار می‌دهد. چهار خرده‌مقیاس به نام‌های اطمینان به خود (سؤالات ۱تا۷)، احساس ناخشنودی (سؤالات ۸تا۱۰)، ناسازگاری محیطی (سؤالات ۱۱تا۱۵) و دید مردم نسبت به فرد (سؤالات ۱۶تا۱۸) است. نمره‌گذاری آن به‌صورت طیف لیکرت دودرجه‌ای (بلی‌ـ خیر) است. آزمودنی باید به سؤالات ۱تا۷ و ۱۲تا۱۶ پاسخ بله و به سؤالات ۸تا۱۱ و ۱۷، ۱۸ پاسخ خیر بدهد. اگر باتوجه‌به کلید عمل کند به‌ازای هر گویه نمرهٔ ۱ دریافت خواهد کرد (۱۸). در پژوهش مازلو و همکاران، پایایی پرسش‌نامه به‌روش آلفای کرونباخ برای عامل‌های آزمون احساس امنیت روانی بین ۰/۳۶تا۰/۶۴ و برای کل مقیاس ۰/۷۸ محاسبه شد. برای تعیین روایی، روایی سازه به‌کار رفت که مقدار ۰/۹۲ بود (۱۸). در ایران در پژوهش شمس و خلیجیان، روایی محتوایی پرسش‌نامه بااستناد به نظرات متخصصان بررسی شد و با مقدار ۰/۷۵ به‌تأیید رسید. پایایی به‌روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به‌دست آمد که نشان‌دهندهٔ پایایی مطلوب بود (۲۰).

پس از جمع‌آوری داده‌ها، آمار توصیفی و آمار استنباطی به‌منظور تجزیه‌وتحلیل داده‌ها به‌کار رفت. در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار و نمودار و در سطح استنباطی از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. داده‌های پژوهش توسط نرم‌افزار آماری SPSS نسخهٔ ۲۶ تجزیه‌وتحلیل شد. سطح معناداری ۰/۰۵ بود.

۳ یافته‌ها

میانگین (انحراف معیار) سنی در گروه آزمایش (زندگی‌درمانی) ۳۳/۰۹ (۱/۰۸) سال و در گروه گواه ۳۲/۵۱ (۱/۱۹) سال بود. میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و گواه در جدول ۲ نمایش داده شده است.

جدول ۲. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به‌تفکیک گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری

		گروه آزمایش (زندگی‌درمانی)	گروه گواه
		میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
درماندگی آموخته‌شده	پیش‌آزمون	۱۱۴/۷۵ (۲/۰۰)	۱۱۱/۶۶ (۲/۸۴)
	پس‌آزمون	۱۱۳/۷۵ (۲/۳۱)	۱۱۳/۰۰ (۲/۸۸)
	پیگیری	۱۱۱/۵۸ (۳/۲۸)	۱۱۴/۶۶ (۳/۱۵)
امنیت روانی	پیش‌آزمون	۱۱/۸۳ (۳/۲۱)	۱۱/۴۱ (۱/۱۴)
	پس‌آزمون	۱۲/۰۸ (۱/۷۰)	۱۰/۷۵ (۱/۶۷)
	پیگیری	۱۲/۴۱ (۱/۳۶)	۹/۸۳ (۱/۸۰)

پیش از استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، ابتدا پیش‌فرض‌های آن بررسی شد. به‌منظور ارزیابی پیش‌فرض نرمالیتی متغیرهای پژوهش، آزمون شاپیروـ ویلک به‌کار رفت. نتایج نشان داد، در متغیر درماندگی آموخته‌شده پیش‌آزمون ($p=۰/۱۱۵$)، پس‌آزمون ($p=۰/۳۱۱$) و پیگیری ($p=۰/۴۲۳$)، همچنین در متغیر امنیت روانی پیش‌آزمون ($p=۰/۱۰۹$)، پس‌آزمون ($p=۰/۱۴۴$) و پیگیری ($p=۰/۱۳۲$) بود؛ ازاین‌رو داده‌های دو گروه از توزیع نرمال برخوردار بود. نتایج حاصل از آزمون کرویت مشخص کرد، اثر زمان بر متغیرهای درماندگی آموخته‌شده ($p=۰/۲۱۸$) و امنیت روانی ($p=۰/۳۰۱$) معنادار بود؛ لذا در این متغیرها می‌توان پذیرفت، ماتریس واریانس‌کوواریانس خطای مربوط به متغیرهای وابستهٔ تبدیل‌شدهٔ نرمال، یک ماتریس همانی بود.

براساس نتایج جدول ۲، میانگین نمرات متغیر درماندگی آموخته‌شده در گروه آزمایش (زندگی‌درمانی) در پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با پیش‌آزمون کاهش یافت و میانگین نمرات متغیر امنیت روانی در گروه آزمایش (زندگی‌درمانی) در پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با پیش‌آزمون افزایش پیدا کرد.

در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسهٔ متغیرهای درماندگی آموخته‌شده و امنیت روانی در گروه‌های آزمایش (زندگی‌درمانی) و گواه نشان داده شده است. طبق نتایج جدول ۳، اثر تعامل زمان و گروه بر دو متغیر درماندگی آموخته‌شده و امنیت روانی ($p<۰/۰۰۱$) و اثر گروه بر دو متغیر درماندگی آموخته‌شده ($p=۰/۰۳۵$) و امنیت روانی ($p=۰/۰۴۳$) معنادار به‌دست آمد. این موضوع بیانگر آن بود که در متغیرهای مذکور بین گروه آزمایش

[1]. Beck Depression Inventory

(زندگی‌درمانی) و گروه گواه میانگین سه مرحله اندازه‌گیری (پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری) با یکدیگر تفاوت معناداری داشت. به‌منظور بررسی دقیق‌تر تفاوت بین مراحل سه‌گانه در گروه آزمایش (زندگی‌درمانی) از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج در جدول ۴ آورده شده است.

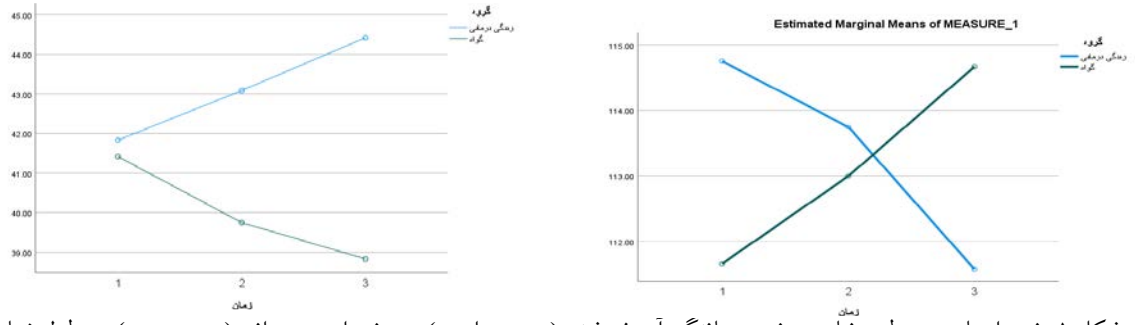
جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در بررسی تفاوت بین گروه آزمایش و گروه گواه در متغیرهای درماندگی آموخته‌شده و امنیت روانی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری

منبع	درماندگی آموخته‌شده			امنیت روانی			
	مقدار F	مقدار احتمال	مجذور اتا	درجهٔ آزادی	مقدار F	مقدار احتمال	مجذور اتا
اثر زمان	۰/۰۱۱	۰/۹۱۸	۰/۰۰۰	۲	۲/۵۸۸	۰/۵۷۱	۰/۰۵۰
اثر گروه	۱/۰۰۸	۰/۰۳۵	۰/۰۰۳	۱	۱۷۴/۲۲۲	۰/۰۴۳	۰/۱۵۹
اثر تعامل زمان و گروه	۱۱۴/۰۸۳	<۰/۰۰۱	۰/۹۵۸	۲	۱۴/۵۷۱	<۰/۰۰۱	۰/۳۹۸

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسهٔ میانگین متغیرها در گروه آزمایش (زندگی‌درمانی) در سه مرحله اندازه‌گیری

متغیر	گروه	مرحله (i)	مرحله (j)	اختلاف میانگین	خطای معیار	p
درماندگی آموخته‌شده	گواه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۳/۲۷	۱/۶۷	<۰/۰۰۱
			پیگیری	-۵/۵۹	۱/۱۶	<۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	پیگیری	-۱/۷۳	۰/۵۴	۰/۰۳۳
	آزمایش (زندگی‌درمانی)	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۸/۹۳	۱/۷۷	<۰/۰۰۱
			پیگیری	۱۰/۶۷	۱/۵۹	<۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	پیگیری	۲/۸۰	۱/۳۴	۰/۰۰۲
امنیت روانی	گواه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۵/۲۱	۱/۱۴	<۰/۰۰۱
			پیگیری	۱۱/۴۳	۱/۴۴	<۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	پیگیری	۵/۲۲	۱/۲۵	۰/۰۰۲
	آزمایش (زندگی‌درمانی)	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۱/۵۰	۱/۱۶	<۰/۰۰۱
			پیگیری	۶/۷۲	۲/۳۹	۰/۰۰۲
		پس‌آزمون	پیگیری	-۴/۵۱	۱/۳۳	۰/۰۲۲

در جدول ۴، مقایسهٔ زوجی برای بررسی تفاوت بین نمرات متغیرهای درماندگی آموخته‌شده و امنیت روانی در طی مراحل آموزش، برای هریک از گروه‌های آزمایش (زندگی‌درمانی) و گواه مشاهده می‌شود. طبق نتایج به‌دست‌آمده، در متغیر درماندگی آموخته‌شده در گروه آزمایش (زندگی‌درمانی) تفاوت بین میانگین نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون (p<۰/۰۰۱) و پیگیری (p<۰/۰۰۱) معنادار بود. با مقایسهٔ میانگین نمرات در سه مرحله مشاهده شد، برای گروه آزمایش (زندگی‌درمانی) در پس‌آزمون و پیگیری، درماندگی آموخته‌شده درمقایسه با پیش‌آزمون به‌طور معناداری کاهش یافت؛ این امر نشان‌دهندهٔ اثربخشی زندگی‌درمانی بر درماندگی آموخته‌شده بود؛ همچنین در متغیر امنیت روانی در گروه آزمایش (زندگی‌درمانی)، تفاوت بین میانگین نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون (p<۰/۰۰۱) و پیگیری (p=۰/۰۰۲) معنادار بود. با مقایسهٔ میانگین نمرات در سه مرحله مشخص شد، برای گروه آزمایش (زندگی‌درمانی) در پس‌آزمون و پیگیری امنیت روانی درمقایسه با پیش‌آزمون به‌طور معناداری افزایش یافت. به‌علاوه، تفاوت بین میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای درماندگی آموخته‌شده (p=۰/۰۰۲) و امنیت روانی (p=۰/۰۲۲) معنادار بود که نشان داد اثر زندگی‌درمانی بر این متغیرها در دورهٔ پیگیری سه‌ماهه حفظ شد.



شکل ۱. نمودارهای مربوط به نتایج متغیر درماندگی آموخته‌شده (سمت راست) و متغیر امنیت روانی (سمت چپ) در طول زمان

۴ بحث

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی زندگی‌درمانی بر درماندگی آموخته‌شده و امنیت روانی زنان مبتلا به مولتیپل‌اسکلروزیس صورت پذیرفت. اولین یافتهٔ پژوهش بیانگر اثربخشی زندگی‌درمانی بر کاهش درماندگی آموخته‌شده در زنان مبتلا به مولتیپل‌اسکلروزیس بود. یافتهٔ حاصل با پژوهش قدیری و مشکبید حقیقی همسوست. آن‌ها دریافتند، آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود درماندگی روان‌شناختی و ارتقای سرمایهٔ روان‌شناختی بیماران مبتلا به بیماری مزمن اثرگذار است (۱۴). در تبیین یافتهٔ به‌دست‌آمده می‌توان گفت، در جلسات زندگی‌درمانی، فرد توانسته است شناخت بیشتری از خود پیدا کند و ضعف‌ها و قوت‌های خویش را بشناسد و درجهت اصلاح نقاط ضعف و افزایش نقاط قوت خود، از عزت‌نفس و اعتمادبه‌نفس بیشتری برخوردار شود؛ همچنین شناخت خود و نقاط ضعف و قوت، به فرد کمک کرده است در رویارویی با مشکلات از شیوه‌های کارآمدتر و مناسب‌تر درجهت سازگاری خود با شرایط پیش رو، استفاده کند (۱۳). به‌دنبال جلسات زندگی‌درمانی، افراد دریافتند به‌منظور کاهش یا حذف پیامدهای ناخوشایند حاصل از استرس، تلاش کنند بر عامل استرس‌زا تسلط یابند و در موقعیت‌های استرس‌زا، شیوهٔ مسئله‌مدار را به‌کار برند و سازگاری فردی خود را ارتقا بخشند (۱۲). به‌علاوه برنامهٔ زندگی‌درمانی با آموزش مهارت‌های مدیریت زندگی و رضایت از زندگی و تلاش برای کسب خودپندارهٔ مثبت باعث شد فرد از مثبت‌اندیشی، امید و انتظار درمان و کاهش مانع‌های موجود در زندگی دربرابر بیماری خود استفاده کند (۱۴)؛ درحقیقت، اجرای مداخله به‌صورت گروهی، تأثیر مثبت بر کاهش درماندگی آموخته‌شده در افراد ایجاد کرد؛ زیرا جمع‌شدن در گروه مشابه سبب شد فرد متوجه شود دیگران نیز مشکلاتی مشابه با او دارند و از تجربیات یکدیگر درجهت مقابله با استرس و افزایش خودباوری استفاده کردند (۱۳). برنامهٔ زندگی‌درمانی کمک کرد، افراد با آموزش روش تصمیم‌گیری صحیح و مشخص‌کردن اهداف کوتاه‌مدت و میان‌مدت و بلندمدت و افزایش مقابله با مشکلات روزمره آشنا شوند و تفکر خلاق و انتقادی را به‌کار برند که راهکار و لازمهٔ دستیابی به راه‌حل مناسب برای بسیاری از مسائل استرس‌زا است (۱۲)؛ همچنین یادگیری مفاهیم رضایت از زندگی و مثبت‌اندیشی و فضاسازی در زندگی، بحث و گفت‌وگو دربارهٔ مفهوم دایرهٔ زندگی، بسیار سودمند بود؛ لذا با تغییر اهداف و اولویت‌های خود و نیل به اهداف جدید، افراد توانستند احساس قدرت درونی بیشتری داشته باشند (۱۱)؛ درنتیجه براساس این شیوه میزان تسلط درونی افراد، افزایش و میزان خودانتقادی منفی آن‌ها کاهش می‌یابد و درنهایت اولویت‌هایی در رأس و هدف زندگی قرار می‌گیرد که ناشی‌از قضاوت منصفانه درقبال خود خواهد بود (۱۶)؛ تمامی این امور منجربه کاهش درماندگی آموخته‌شده در فرد می‌شود. مؤلفهٔ درماندگی آموخته‌شده می‌تواند به‌صورت ناکارآمد در تداوم و عود و وخامت بیماری‌های مزمن نقش کلیدی داشته باشد (۵). ازآنجاکه عوامل روانی نقش مهمی در بیماری‌های مزمن ازجمله اماس دارد، ارائهٔ مداخلات روان‌شناختی به این جامعهٔ آماری نه‌تنها می‌تواند به‌عنوان درمانی مکمل باشد، بلکه با آموزش سبک زندگی کارآمد و بهزیستی روانی به بیماران مذکور، روند درمان را نیز تسریع می‌بخشد و باعث کاهش هزینه‌های درمان و استفاده از خدمات درمانی می‌شود.

یافتهٔ دیگر پژوهش حاضر بیانگر اثربخشی زندگی‌درمانی بر افزایش امنیت روانی زنان مبتلا به مولتیپل‌اسکلروزیس بود. ازآنجاکه تاکنون پژوهشی مبنی‌بر اثربخشی زندگی‌درمانی بر امنیت روانی در گروه خاصی انجام نشده است، این یافته همسویی مستقیم با پژوهش‌های پیشین ندارد؛ اما با یافته‌های به‌دست‌آمده از اثربخشی زندگی‌درمانی بر سرمایهٔ روان‌شناختی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در پژوهش‌های پیشین همسوست (۱۴ـ۱۲).

در تبیین یافتهٔ به‌دست‌آمده می‌توان گفت، زندگی‌درمانی، رویکردی جدید درمانی است که باهدف بهبود کیفیت زندگی افراد و کمک به آن‌ها برای مقابله با مشکلات و چالش‌های زندگی به‌کار می‌رود. این رویکرد بیشتر بر ایجاد تعادل در جنبه‌های مختلف زندگی فرد ازجمله جسمی و ذهنی و عاطفی تمرکز دارد و افراد را یاری کمک می‌کند با مشکلات خود کنار بیایند و به‌سوی زندگی سالم‌تر و شادتر حرکت کنند (۱۶). در زندگی‌درمانی بیان می‌شود این خود فرد است که برای زندگی خویش تصمیم می‌گیرد و به او در حین جلسات درمانی کمک شد بداند در زندگی چگونه تصمیم‌گیری کند و به توانایی تصمیم‌گیری خود اعتماد داشته باشد و مسئولیت آن را نیز بپذیرد (۱۴)؛ به‌عبارت‌دیگر فرد می‌آموزد بر تمایلات طبیعی به تمرکز بر فعالیت‌های فوری غلبه کند و به آنچه برایش ضرورت دارد بیندیشد، در هنگام بروز چالش در زندگی با آن به‌صورت مؤثر برخورد کند و بتواند به هدف‌گذاری خود نزدیک شود؛ همچنین استرس را کاهش دهد و زندگی خود را به‌نحو مطلوب مدیریت کرده و درراستای اهداف خود در زندگی حرکت کند. برنامهٔ زندگی‌درمانی سبب شد، افراد بیاموزند تصویر بزرگ‌تری را از زندگی مشاهده کنند و حوزه‌های اصلی زندگی خود را بشناسند و هم‌راستا و هم‌جهت با ارزش‌های فردی خود در رسیدن به اهداف و تحقق آن‌ها رفتار مناسب داشته باشند (۱۳). زندگی‌درمانی کمک می‌کند افراد دربرابر بیماری‌های مزمن و مشکلات و موانع در زندگی خود از مقاومت بیشتری برخوردار شوند. پافشاری و سماجت آن‌ها در رفع چالش‌های زندگی باعث سازگاری مؤثر آن‌ها با شرایط موجود می‌شود (۱۲). ممکن است انسان‌ها توسط اوضاع و احوال در شرایط خاصی از زندگی قرار بگیرند که خارج از کنترلشان باشد؛ اما اینکه چگونه ایشان آن شرایط را ارزش‌گذاری و تفسیر کنند و پاسخ دهند، یک موضوع انتخاب شخصی است (۱۱). به‌علاوه پذیرش شرایط فعلی خود در زندگی باعث می‌شود آن‌ها مشتاقانه، خوش‌بین و سالم‌تر باشند، احساس خوشبختی کنند و دایرهٔ زندگی خود را افزایش دهند؛ درنتیجه از میان راهکارهای موجود، بهترین راهکار را انتخاب می‌کنند و می‌آموزند بااستفاده از حل مسئله زندگی خویش را مدیریت کنند (۱۲).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر انتخاب زنان مبتلا به مولتیپل‌اسکلروزیس از انجمن اماس مازندران بود که تعمیم نتایج به شهرهای دیگر را بااحتیاط ممکن می‌سازد. پیشنهاد می‌شود، این پژوهش روی سایر اعضای خانوادهٔ زنان مبتلا به مولتیپل‌اسکلروزیس نیز انجام گیرد و نتایج حاصل با یافته‌های پژوهش حاضر مقایسه شود.

۵ نتیجه‌گیری

باتوجه‌به نتایج پژوهش حاضر نتیجه گرفته می‌شود، زندگی‌درمانی بر کاهش درماندگی آموخته‌شده و افزایش امنیت روانی در زنان مبتلا به مولتیپل‌اسکلروزیس سودمند است و اثر آن در طول دورهٔ زمانی سه‌ماهه پایداری دارد.

۶ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

مقالهٔ حاضر برگرفته از رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول در رشتهٔ روان‌شناسی عمومی در گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری است. به افراد شرکت‌کننده در پژوهش اطمینان داده شد اطلاعات کسب‌شده از آن‌ها محفوظ می‌ماند. فرم رضایت آگاهانه به تمام افراد داده شد. اعضا این فرم را امضا کردند و اثر انگشت خود را در زیر صفحهٔ فرم رضایت ثبت کردند.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دردسترس‌بودن داده‌ها

درصورت نیاز پژوهشگران به داده‌ای خاص، ازطریق ارسال درخواست به رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول، دردسترس قرار خواهد گرفت.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند، هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

بنا به اظهار نویسندگان مقاله، حمایت مالی از پژوهش وجود نداشت.

مشارکت نویسندگان

تمامی نویسندگان معیارهای استاندارد نویسندگی براساس پیشنهادات کمیتهٔ بین‌المللی ناشران مجلات پزشکی را داشتند و همگی به یک اندازه در نگارش مقاله سهیم بودند.

References

1. Stoiloudis P, Kesidou E, Bakirtzis C, Sintila SA, Konstantinidou N, Boziki M, et al. The role of diet and interventions on multiple sclerosis: a review. Nutrients. 2022;14(6):1150. https://doi.org/10.3390/nu14061150
2. Najafi P, Hadizadeh M, Cheong JPG, Mohafez H, Abdullah S, Poursadeghfard M. Effects of tele-pilates and tele-yoga on biochemicals, physical, and psychological parameters of females with multiple sclerosis. J Clin Med. 2023;12(4):1585. https://doi.org/10.3390/jcm12041585
3. Ruiz F, Vigne S, Pot C. Resolution of inflammation during multiple sclerosis. Semin Immunopathol. 2019;41(6):711–26. https://doi.org/10.1007/s00281-019-00765-0
4. Trindade IA, Mendes AL, Ferreira NB. The moderating effect of psychological flexibility on the link between learned helplessness and depression symptomatology: a preliminary study. J Contextual Behav Sci. 2020;15:68–72. http://dx.doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.12.001
5. Wen J, Huang S (Sam), Goh E. Effects of perceived constraints and negotiation on learned helplessness: a study of Chinese senior outbound tourists. Tour Manag. 2020;78:104059. https://doi.org/10.1016/j.tourman.2019.104059
6. Ghanbari P, Arefi M, Nadi MA. Efficacy of combined package of time perspective and mindfulness on the academic resilience and academic engagement of students with learned helplessness. Journal of Modern Psychological Researches. 2023;18(71):197–208. [Persian] https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_16931.html?lang=en
7. Heidarikebriti M, HajiBagheri A, Nemati L, Jalalvand A, Karimi E. The effectiveness of spiritual therapy on mental security and social health of students. Islamic Life Style with a Focus on Health. 2023;7(2):352–8. [Persian] https://www.islamiilife.com/article_184606.html?lang=en
8. Ameri MA, Fathi A, Sharifi Rahnmo S, Nouri I. The effectiveness of acceptance and commitment based therapy on psychosocial security, happiness and mental health of unattended women. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2021;19(2):358–68. [Persian] http://dx.doi.org/10.52547/rbs.19.2.358
9. Ketabzadeh Badr T, Hosseini S, Arefi M, Kakabaraei K, Chehri A. Explaining the model of family performance based on love through the mediation of psychological security between couples. Applied Family Therapy Journal. 2022;3(3):134–53. [Persian] https://doi.org/10.61838/kman.aftj.3.3.9
10. Kim HS, Kim HS. The impact of family violence, family functioning, and parental partner Dynamics on Korean juvenile delinquency. Child Psychiatry Hum Dev. 2008;39(4):439–53. https://doi.org/10.1007/s10578-008-0099-4
11. Zimmermann S, Van Der Hal E, Auerbach M, Brom D, Ben-Ezra L, Tischler R, et al. Life review therapy for holocaust survivors: two systematic case studies. Psychotherapy. 2022;59(4):521–32. https://doi.org/10.1037/pst0000419
12. Cheraghpour Khonakhdar R, Hasanzadeh R, Abbasi GH. Comparing the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and life therapy on cognitive flexibility and psychological capital in patients with dyspepsia without ulcers. Applied Research in Behavioral Sciences. 2024;56(15):20–36. [Persian] https://doi.org/10.30495/sbq.2023.709607
13. Babajani Gavzan J, Alhabib S, Mehdikhani M. The effectiveness of life therapy on psychological capital in mothers with hyperactive children. In: The 4th International Conference on Advanced Research in Management and Humanities [Internet]. 2024. [Persian] https://civilica.com/doc/2045091

14. Gadiri Niari M, Moshkabid Haghighi M. The effectiveness of life skills training on psychological helplessness and improving the psychological capital of patients with diabetes in Gilan Province. Journal of Psychology New Ideas. 2022;15(19):1-17. [Persian] http://jnip.ir/article-1-850-en.html
15. Hoseynzade Firozabad Y, Mohammad Abad MS, Aflak Seyr A. The study of relationship social support and psychological dimensions in MS patients. Journal of Health Breeze. 2015;4(2):1–12. [Persian] https://jfh.sari.iau.ir/article_652028.html?lang=en
16. Hassanzadeh R. Psychology of life (life therapy). Virayesh Pub; 2022. [Persian]
17. Quinless FW, McDERMOTT Nelson MA. Development of a measure of learned helplessness. Nurs Res. 1988;37(1):11–5. https://doi.org/10.1097/00006199-198801000-00003
18. Maslow AH, Birsh E, Honigmann I, McGrath F, Plason A, Stein M. Manual for the Security-Insecurity Inventory. Stanford University Press; 1952.
19. Entezari S, Soleimani M. The standardization of Learned Helplessness Scale: Persian Brief Form (LHS-PSF). J Clin Sport Neuropsychol. 2023;3(3):4. [Persian] https://jcsnp.ir/article-1-61-en.html
20. Shams Gh, Khalijian S. The effect of secure-base leadership components on the staff psychological safety: the role of leadership effectiveness. The Journal of New Thoughts on Education. 2014;9(4):34–55. [Persian] https://jontoe.alzahra.ac.ir/article_354_39a2488e3477c9847566bf55bc24a7a6.pdf?lang=en