

## بررسی رابطه نشخوارفکری و اضطراب مرگ با درماندگی آموخته شده مراقبان بیماران خاص (سرطان) با نقش میانجی تاب آوری

محدثه حجتی پور چهکنک<sup>۱</sup>، فرناز ابهر زنجانی<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه غیرانتفاعی اقبال لاهوری، مشهد

<sup>۲</sup> استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه غیرانتفاعی اقبال لاهوری، مشهد (نویسنده مسئول)

### چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه نشخوارفکری و اضطراب مرگ با درماندگی آموخته شده مراقبان بیماران خاص (سرطان) با نقش میانجی تاب آوری بود. این پژوهش همبستگی از نوع مدل معادلات ساختاری بود. جامعه آماری این پژوهش را ۴۱۶ نفر از مراقبان بیماران خاص (سرطان) در موسسه حمایتی-پژوهشی (مکسا) تشکیل دادند، که از طریق نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند ۲۰۰ نفر برای این پژوهش انتخاب شدند. سپس از آن‌ها خواسته شد پرسشنامه‌های نشخوارفکری (نولن هوکسیما و مارو، ۱۹۹۱)، اضطراب مرگ (تمپلر، ۱۹۷۰)، درماندگی آموخته شده (کوپلنس و نیلسون، ۱۹۹۸) و تاب‌آوری (کانر دیویدسون، ۲۰۰۳) را تکمیل نمایند. داده‌ها با استفاده از SPSS26 و PLS نسخه ۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته پژوهش نشان داد که اثر غیر مستقیم نشخوارفکری بر درماندگی آموخته شده با نقش میانجی تاب آوری تایید شد ولی اثر غیر مستقیم اضطراب مرگ بر درماندگی آموخته شده با نقش میانجی تاب آوری تایید نشد. بنابراین می‌توان گفت که تاب‌آوری میانجی مناسبی برای نشخوارفکری و درماندگی آموخته شده می‌باشد ولی در اضطراب مرگ مؤثر واقع نمی‌شود. بنابراین در نظر گرفتن متغیر اضطراب مرگ در طراحی پروتکل‌های روانشناختی برای مراقبان بیماران خاص (سرطان) ضروری است. همچنین برگزاری جلسات آموزشی برای ارتقا تاب آوری مراقبان خاص را در برنامه های روانشناختی مراقبان در نظر گرفته شود.

**واژه‌های کلیدی:** نشخوارفکری، اضطراب مرگ، درماندگی آموخته شده، تاب‌آوری، مراقبان بیماران خاص

## مقدمه

مراقبت از فرد مبتلا به بیماری مزمن، تنش زیادی برای مراقب و خانواده بیمار ایجاد می کند به نحوی که منجر به ایجاد مشکلات هیجانی و عاطفی عمیقی نظیر افسردگی، استرس و اضطراب در مراقبان بیمار و خانواده وی می شود (پارک<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). وقوع بیماری مزمن از جمله سرطان در یکی از افراد خانواده می تواند بحرانی برای کل خانواده به شمار آید و تمامی خانواده را تحت تأثیر قرار دهد. تشخیص، درمان، پیامدها و اثرات جانبی درمان و عود بیماری موجب واکنش های روانی نظیر استرس، اضطراب و افسردگی می شوند (کومپس و همکاران، ۲۰۱۵<sup>۲</sup>).

سرطان به عنوان یکی از بیماری های مزمن در جامعه ی بشری است که ابتلا به آن به عنوان یک تشخیص هولناک موجب اضطراب مرگ در بیماران می گردد (ممشلی و آلوستانی، ۱۳۹۸). در یک تعریف ساده اضطراب مرگ به حالتی گفته می شود که فرد احساس اضطراب، نگرانی یا ترس مربوط به مرگ یا مردن را تجربه می کند (بروجدی و مازندرانی، ۱۳۹۸). اضطراب پاسخی به یک خطر ناشناخته، درونی، نامشخص با منشأ ناخودآگاه و غیرقابل کنترل است که توسط عوامل مختلفی ایجاد می شود. در این میان انواع خاصی از اضطراب با توجه به منشأ آنها شناخته و نامگذاری شده است که اضطراب مرگ یکی از مهم ترین آنهاست. اضطراب مرگ مفهومی چند بعدی است و تعریف آن دشوار است و اغلب به عنوان «ترس از مرگ خود و دیگران» تعریف می شود (آقاجانی و همکاران، ۱۳۸۹). اضطراب مرگ به عنوان یک ترس غیرعادی و شدید از مرگ همراه با احساساتی مانند وحشت یا اضطراب که هنگام در نظر گرفتن روند مرگ یا رویدادهایی که پس از مرگ اتفاق می افتد ایجاد می شود، تعریف می شود. از آنجایی که مرگ هرگز اتفاق نیفتاده است و هیچ کس به وضوح آن را لمس نکرده است، همه در مورد آن اضطراب دارند (اوزگوس و همکاران، ۲۰۲۱<sup>۳</sup>).

نشخوار فکری از متغیرهای مهمی است که با علائم روحی و روانی بیماران مبتلا به سرطان در ارتباط است. نشخوار دائمی به عنوان اشتغال دائمی به یک اندیشه یا موضوع و طبقه ای از افکار آگاهانه و منفعلانه و تکراری است که بر علل و نتایج علائم تعریف می شود و مانع از حل مسئله سازگاران و افزایش افکار منفی می شود. افراد مبتلا به سرطان همواره دنبال قضاوت درباره افکار و احساس های خود هستند و این کلی افکار و احساسات را وقایع ذهنی پیچیده ای می دانند که همواره باقی خواهند ماند و این افکار را به عنوان قسمتی از خودشان یا انعکاسی از واقعیت در نظر می گیرند (طرفی عمید پور و همکاران، ۱۴۰۱). افرادی که درگیر نشخوار فکری مکرر هستند، احتمال بیشتری دارد که در مدت کوتاهی افسرده شوند (دجونگ و همکاران، ۲۰۱۶<sup>۴</sup>). به طور کلی نشخوار فکری مجموعه ای از افکار منفعلانه است که جنبه ی تکرارشونده دارد و مانع حل مسأله ی سازگاران شده و به افزایش عاطفه منفی می انجامد که این نوع تفکر در بررسی اختلالات هیجانی نظیر اختلالات اضطرابی مشاهده می شود (بابکوک و پاتوهوف، ۲۰۲۰<sup>۵</sup>). نشخوار فکری با افسردگی و اضطراب (رحمانی و منصوری، ۱۳۹۹)، خلق منفی، حل مسأله

Park

Compas

<sup>۲</sup> Ozguc<sup>۴</sup> Dejong

1 Babcock &amp; Potthoff

ضعیف، بازداری رفتار و استرس رابطه دارد (گازیلو و همکاران، ۲۰۲۰). نشخوارفکری در افراد بسته به محتوای آن منجر به پیامدهایی می شود. افراد افسرده، به دلیل تجربه ی فرایند خودتخریبی نشخوارفکری که تجربه می کنند، عموماً با حالتی از بی کفایتی و کاهش عزت نفس روبه رو خواهند شد. افراد اضطرابی، به دلیل تداوم حالت پرسش و پاسخی نشخوارفکری، کاهش اعتماد به نفس را در مرور زمان تجربه می کنند که کاهش سلامت روان را دربر می گیرد (کلارک، ۲۰۱۹).

در این راستا درماندگی آموخته شده عامل مهمی بوده که می تواند سیستم روانی فرد را در برابر استرس های شدیدی که دریافت می نماید تضعیف کند (زینال و همکاران، ۲۰۱۳). درماندگی آموخته شده عموماً به درک غیرقابل کنترل بودن رویدادها اشاره دارد و منفی ترین حالت ادراک از خود را نشان می دهد (مایر و سلیگمن، ۲۰۱۶). در حالت درماندگی آموخته شده، افراد نمی توانند هیچ کنترلی بر شرایط و محل زندگی شان داشته باشند و اگر معتقد شوند که نمی توانند بر جنبه های مختلف زندگی خود اعمال کنترل نمایند، تغییر رفتارشان برای کنترل زندگی خود، خانواده و جامعه ای که در آن زندگی می کنند، بعید به نظر می رسد. بنابراین وقتی در شخصی درماندگی آموخته شده شکل می گیرد، راه هر گونه امید و تلاش را سد می کند و نتیجه حرکت را در ذهن به شکست های مجدد ختم می کند. درماندگی آموخته شده موجب می شود که افراد برای تغییر زندگی خود تلاش نکنند و به وضعیت حاضر خود قانع و اکتفا کنند؛ بنابراین برای اینکه آنها بتوانند نقش های خود را در جامعه ایفا نمایند، می بایست ابتدا آنها را از درماندگی آموخته شده رها کنید (قنبری و همکاران، ۱۴۰۲).

اعتقاد به کشنده بودن بیماری، بی پناهی و درماندگی و نشخوارذهنی مضطربانه، بیماران سرطانی را رنج می دهد. یکی از شیوه های کمک به آنها در کنار آمدن با این پاسخ های هیجانی نامطلوب و تسکین و تخفیف نشانه ها و بالابردن کیفیت زندگی، توسل به مفاهیم روانشناسی مثبت نظیر تاب آوری، شادکامی، خوشبینی و امید بوده است (حیدریان و همکاران، ۱۳۹۵). اغلب مطالعات در زمینه مراقبین بیماران مبتلا به سرطان مشکل مختلفی از جمله کاهش سلامت روانی، جسمی، اجتماعی را به عنوان پیامدهای این نقش در نظر گرفتند. در چنین شرایطی یکی از راهبردهای مناسب برای ارتقای سلامت روان، تاب آوری است، که رایج ترین تعریف در زمینه تاب آوری، سازگاری مثبت به زعم وجود ناگواری هاست. محققین همچنین تاب آوری را به عنوان یک مفهوم دوبعدی یعنی اهمیت ناگواری و سازگاری مثبت در نظر گرفتند (توانایی و همکاران، ۱۳۹۷). تاب آوری ویژگی شخصیتی مثبتی است و یکی از سازه های بنیادی شخصیت است که دربرگیرنده قابلیت های فردی در رویارویی، عقب نشینی و ازسرگیری دوباره تلاش و مقابله با مشکلات است. شواهد مطالعات نشان دادند که افراد با تاب آوری بالا از نظر سلامت روانی هم در موقعیت رضایت بخشی قرار دارند و می توانند هیجانات خود را کنترل کنند و رفتار مناسب تری از خود بروز دهند که نتیجه آن سازگاری در زندگی خانوادگی و تأثیر مثبت در روابط بین فردی است (بادله شمشکی و همکاران، ۱۳۹۹).

با توجه به اینکه وجود بیماری مزمن در یکی از اعضای خانواده همه افراد را از نظر اقتصادی، جسمی و به ویژه روانی درگیر می کند افرادی که از بیمار دارای سرطان مراقبت می کنند دائماً دچار نشخوارهای فکری عذاب آور که یکی از آنها اضطراب مرگ ناشی از، از دست دادن بیمار و همچنین درماندگی آموخته شده حاصل از ناتوانی در تغییر شرایط و بهبودی کامل بیمار می -

شود. قصد ما از این پژوهش این است که به این قشر توجه هرچند ناچیز داشته باشیم و بدانیم آیا می توان با استفاده از تاب آوری و امید دادن به مراقبان بیماران خاص (سرطان) کمک کرد تا بتوانند این علائم منفی را کاهش دهند؟ مشاوران و کادر درمان نیز علاوه بر در نظر داشتن وضعیت بیمار باید شرایط و حال مراقبان بیمار را نیز در نظر داشته باشند. لذا این پژوهش با هدف بررسی رابطه نشخوارفکری و اضطراب مرگ با درماندگی آموخته شده مراقبان بیماران خاص (سرطان) با نقش میانجی تاب آوری طراحی شده است.

### روش کار:

با توجه به ماهیت عنوان و هدف این پژوهش از نوع مطالعات توصیفی و همبستگی بود. جامعه آماری شامل ۴۱۶ نفر از مراقبان بیماران خاص (سرطان) در مؤسسه حمایتی- پژوهشی (مکسا) در مشهد بود که پس از ارزیابی های روانی صورت گرفته از طریق بخش روانشناسی مؤسسه ۴ پرسشنامه در یک زمان در اختیار افراد قرار گرفت و حجم نمونه ی پژوهش حاضر شامل ۲۰۰ نفر (۱۶۶ زن و ۳۴ مرد) مراقب در رده سنی ۲۰-۵۰ سال به بالا را شامل می شود که طبق توصیه کلاین و جدول استاندارد مورگان برای حجم ۴۱۶ نفری حاضر ۲۰۰ نفر انتخاب شدند. روش نمونه گیری نیز از نوع غیر تصادفی و هدفمند بود.

### ابزار پژوهش

**پرسشنامه نشخوارفکری نولن هوکسیما و مارو (۱۹۹۱):** این پرسشنامه دارای ۲۲ گویه می باشد که نشخوارفکری را در ۳ بعد: بروز دادن (بازتاب)، در فکر فرو رفتن و افسردگی اندازه گیری می کند. مقدار اندازه گیری گویه های پرسشنامه براساس مقیاس ۴ گزینه ای لیکرت می باشد (هرگز=۱، همیشه=۴). اعتبار پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ در دامنه ی ۰/۸۰ تا ۰/۹۲ به دست آمده است (پاپاجورجیو و ولز؛<sup>۹</sup> ۲۰۰۳). این پرسشنامه برای اولین بار توسط باقری نژاد، صالحی فدردی و طباطبایی (۱۳۸۹) برپایه شواهد تجربی از پایایی درونی بالایی برخوردار بود و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۷ برای آن بدست آمد.

**پرسشنامه اضطراب مرگ تمپلر (۱۹۷۰):** این پرسشنامه دارای ۱۵ سوال ۲ گزینه ای (بله- خیر) است و در ابعاد اضطراب عمومی، مرگ و ترس از جراحی ها عمل می کند. همچنین از دیدگاه ساجینو و کلاین (۱۹۹۶)، این آزمون دارای ۵ بعد: ترس از مردن (سوالات ۱-۱۲-۱۴)، ترس از درد و بیماری (سوالات ۲-۴-۶-۱۳)، افکار مربوط به مرگ (سوالات ۵-۹-۱۱)، ترس از زمان گذرا و زندگی کوتاه (سوالات ۳-۷-۱۰)، ترس از آینده (سوالات ۸-۱۵) می باشد. لازم به ذکر است که سوالات ۲-۳-۵-۶-۷-۱۵ نمره دهی متفاوتی (معکوس) با دیگر سوالات دارند. ضریب اعتبار بازآزمایی مقیاس ۰/۸۳ و روایی همزمان آن براساس همبستگی با مقیاس اضطراب آشکار ۰/۲۷ و مقیاس افسردگی ۰/۴۰ گزارش شده است. رجبی و بحرانی (۱۳۸۰) اعتبار و روایی این پرسشنامه را در ایران بررسی کردند و بر این اساس ضریب همسانی درونی را ۰/۷۳ گزارش کرده اند.

**پرسشنامه درماندگی آموخته شده کوینلس و نیلسون (۱۹۸۸):** این پرسشنامه شامل ۲۷ گویه ی ۱۰ گزینه ای بر مبنای طیف لیکرت است و نمره گذاری آن از طیف ۱-۱۰ است، حداکثر نمره بدست آمده در این مقیاس ۲۷۰ و حداقل ۲۷ می باشد که ۵ عامل اصلی را بررسی می کند عبارت انداز: درونی- بیرونی، ثبات- بی ثباتی، کلی- خاص، توانایی کنترل- ناتوانی در کنترل

<sup>۹</sup> Papageorgiou & Wells

و نهایتاً عامل شرایط گزینش شخصی در موقعیت‌هایی است که فرد، در آن شرکت می‌کند. اعتبار این پرسشنامه در پژوهش شکری و همکاران (۱۳۸۳) ۰/۷۹ و پایایی و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۷ می‌باشد.

**پرسشنامه تاب‌آوری کانر دیویدسون (۲۰۰۳):** این پرسشنامه شامل ۲۵ گویه است که تاب‌آوری را در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (۱-۵) و نمرات ۱۲۵-۲۵ مورد پرسش قرار می‌دهد. پرسشنامه شامل ۵ بعد: هدفمندی (سوالات ۵-۱۱-۱۲-۱۷-۲۱-۲۲-۲۴-۲۵)، کنترل خود و توانایی حل مسأله (سوالات ۱-۴-۶-۷-۱۳-۱۴-۱۸-۱۹)، سرسختی (سوالات ۱۰-۱۶-۲۳)، اعتقاد (سوالات ۲-۳-۹)، خوشبینی (سوالات ۸-۱۵-۲۰) می‌باشد. هنجارسازی این مقیاس در ایران توسط محمدی، جزایری، رفیعی، جوکار و پورشهباز (۱۳۸۴) با آلفای کرونباخ ۰/۸۹ انجام شده است.

بعد از جمع‌آوری اطلاعات و داده‌های خام از پرسشنامه‌ها برای تجزیه و تحلیل به نرم افزار Spss منتقل شدند. تجزیه و تحلیل در قالب توصیفی و استنباطی انجام شد. در سطح توصیفی از شاخص‌های توصیفی که شامل جدول فراوانی، نمودار، شاخص‌های مرکزی مثل میانگین، شاخص‌های پراکندگی مانند واریانس، انحراف معیار استفاده شد. در بخش استنباطی از مدلسازی معادلات ساختاری برای بررسی مدل و بررسی فرضیه‌های پژوهش با استفاده از نرم افزار PLS نسخه ۳ انجام شد.

#### یافته‌ها:

در این مطالعه ۱۶۶ نفر (۸۳ درصد) زن و ۳۴ نفر (۱۷ درصد) مرد بودند. برای توصیف متغیرهای پژوهش از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی استفاده شد. نتایج در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱. ویژگی‌های توصیفی و شاخص‌های نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیر	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
اضطراب مرگ	۳	۱۵	۱۱/۲	۲/۵۹۴	-۹/۵	۶/۱۲
نشخوار فکری	۲۵	۸۲	۴۶/۱۶	۱۰/۹۹۵	۳/۹۶	۳/۲۴
درماندگی آموخته شده	۴۱	۲۰۰	۱۲۶/۷۸	۲۷/۱۳۶	۴/۲۵	۵/۴۷
تاب‌آوری	۲۸	۱۱۸	۵۸/۱۷	۱۵/۸۷۸	۱/۴۸	۱/۳۵

بر اساس نتایج توصیفی جدول (۱) نمره اضطراب مرگ در افراد مراقب بین ۳ تا ۱۵ با میانگین ۱۱/۲ بود که بیشتر از حد متوسط یعنی عدد ۸ است بنابراین می‌توان گفت که افراد درجه بالایی از اضطراب مرگ را دارا بودند. نمره نشخوار فکری در افراد بین ۲۵ تا ۸۲ با میانگین ۴۶/۱۶ بود که نشان می‌دهد این نمره بیشتر از ۲۲ و کمتر از ۸۸ بود بنابراین افراد نشخوار فکری متوسطی داشتند. نمره تاب‌آوری در افراد مراقب بین ۲۸ تا ۱۱۸ با میانگین ۵۸/۱۷ بود که نشان می‌دهد افراد دارای تاب‌آوری متوسط هستند. همچنین نمره درماندگی آموخته شده افراد بین ۴۱ تا ۲۰۰ با میانگین ۱۲۶/۷۸ بود که به حد متوسط یعنی عدد ۱۳۰ نزدیک است که نشان می‌دهد افراد مراقب درماندگی آموخته شده متوسطی دارند. همچنین، جدول ۱ نشان می‌دهد که اندازه شاخص‌های کجی و کشیدگی برای همه متغیرها بزرگتر از قدر مطلق ۱ و نشان دهنده نرمال نبودن توزیع متغیرها است. پس از اطمینان حاصل کردن از تحقق پیش فرض‌های مدلیابی معادلات ساختاری، شامل نرمال بودن توزیع متغیرها، خطی بودن روابط، معناداری همبستگی بین متغیرها با تحلیل همبستگی اسپیرمن و عدم همخطی چندگانه با تحلیل

رگرسیون، مدل مفهومی پژوهش با استفاده از تحلیل مدلیابی معادلات ساختاری با روش برآورد حداقل مربعات جزئی مورد آزمون قرار گرفت.

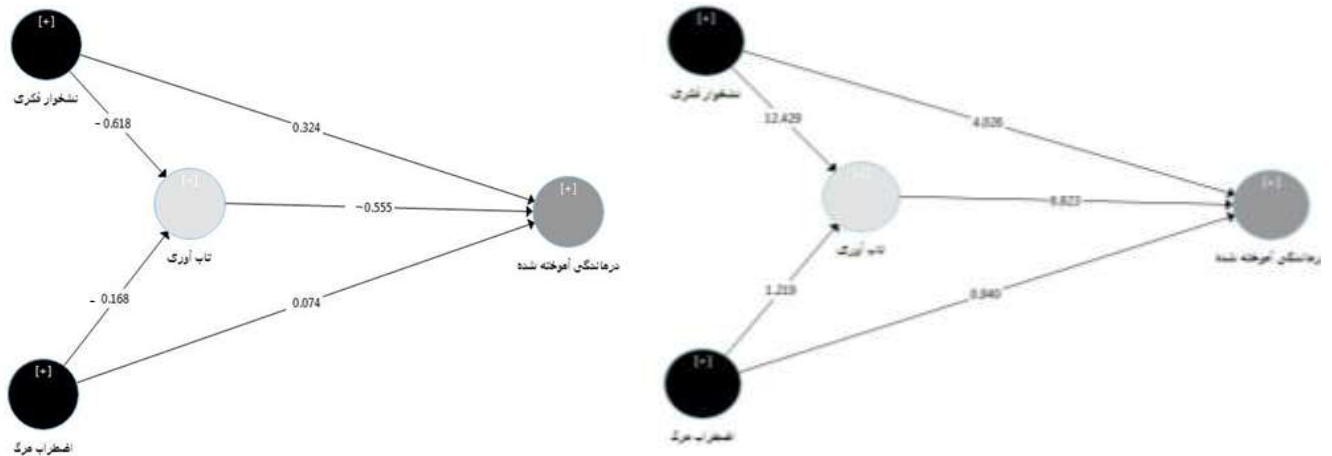
در مدل مفهومی پژوهش، متغیرهای پنهان اضطراب مرگ و نشخوار فکری به عنوان متغیر برونزاد، متغیر پنهان تاب آوری به عنوان متغیر میانجی گر و متغیر پنهان درماندگی آموخته شده به عنوان متغیر وابسته نهایی یا درونزاد در نظر گرفته شدند. مدل بر این اساس در محیط گرافیکی پی ال اس رسم و با استفاده از روش حداقل مربعات جزئی مورد تحلیل قرار گرفت. جدول ۲ شاخص های پایایی، همگرایی و واگرایی و جدول ۳ شاخص های مدل برازش پژوهش را نشان می دهد.

جدول ۲. شاخص های روایی و پایایی مدل برازش شده

روایی واگرا (معیار فورنل و لارکر)				روایی همگرا	پایایی		متغیر
۴	۳	۲	۱	AVE	ضریب پایایی ترکیبی	ضریب آلفای کرونباخ	
			۰/۳۴۹	۰/۶۲۵	۰/۷۳۵	۰/۸۱۷	۱- اضطراب مرگ
		۰/۷۴۵	۰/۳۱۸	۰/۷۴۷	۰/۹۳۸	۰/۹۳۰	۲- تاب آوری
	۰/۶۷۲	۰/۶۲۶	۰/۱۸۱	۰/۵۶۲	۰/۸۶۸	۰/۷۲۲	۳- درماندگی آموخته شده
۰/۶۱۱	۰/۵۱۴	۰/۶۵۹	۰/۲۴۳	۰/۸۴۷	۰/۹۲۰	۰/۹۱۰	۴- نشخوار فکری

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می شود ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی ترکیبی متغیرهای مدل از ۰/۷ بیشتر می باشد، بنابراین مدل پژوهش از پایایی مطلوبی برخوردار است. نتایج روایی همگرا حاکی از آن است که مدل پژوهش از روایی همگرا برخوردار است چون مقادیر میانگین واریانس استخراج شده بیشتر از ۰/۵ می باشند. مطابق نتایج جدول ۲ مقادیر روی قطر اصلی جدول فورنل و لارکر از مقادیر سطر زیرین خود بیشتر است لذا می توان گفت که روایی واگرایی مدل پژوهش مورد قبول است.

برازش مدل درونی (ساختاری) در شکل (۱) در حالت ضرایب و در شکل (۲) برازش مدل در حالت ضرایب قابل ملاحظه است. برازش مدل بیرونی (اندازه گیری) در جدول ۳ با شاخص های ضریب تعیین، شاخص استیون-کیزر ( $Q^2$ )، شاخص نیکویی برازش ارائه شده است.



شکل ۲: برازش مدل در حالت معناداری

(تمامی پارامترها، به جز ضریب مسیر اضطراب مرگ به تاب آوری و اضطراب مرگ به درماندگی آموخته شده، در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادارند)

جدول ۳. نتایج شاخص های برازش مدل اندازه گیری

Q <sup>2</sup>	GOF	R Square Adjusted	R Square	مدل
۰/۱۶	۰/۶۰۹	۰/۶۱۲	۰/۶۱۸	

بر اساس نتایج جدول (۳) مقدار GOF مدل برابر ۰/۶۰۹ به دست آمده و چون از ۰/۳۶ بیشتر است بنابراین از مدل پژوهش از برازش قوی برخوردار است. مقادیر ضریب تعیین تعدیل شده ۰/۶۱۲ نشان می دهد که مدل از برازش متوسط- قوی برخوردار است چون میزان ضریب تعیین بیشتر از مقدار ۰/۳۳ و کمتر از ۰/۶۷ می باشد. همانگونه که در جدول (۳) مشاهده می شود مدل از برازش متوسطی برخوردار است. چون مقادیر Q<sup>2</sup> بیشتر از ۰/۱۵ و کمتر از ۰/۳۵ می باشند. این نتایج نشان می دهد مدل پژوهش با داده های تجربی هماهنگی و برازش مطلوبی دارند. در ادامه، نتایج مربوط به اندازه و معناداری ضرایب مسیر مدل در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. اندازه و معناداری ضرایب مسیر مدل پژوهش

معنی داری	اندازه بحرانی	ضریب مسیر	مسیرهای مستقیم
۰/۰۰۱	۴/۰۲۶	۰/۳۲۴	نشخوار فکری → درماندگی آموخته شده
۰/۴۵۷	۰/۹۴۰	۰/۰۷۴	اضطراب مرگ → درماندگی آموخته شده
۰/۰۰۱	۶/۸۲۳	-۰/۵۵۵	تاب آوری → درماندگی آموخته شده
۰/۰۰۱	۱۲/۴۲۹	-۰/۶۱۸	نشخوار فکری → تاب آوری

اضطراب مرگ ← تاب آوری	-۰/۱۶۸	۱/۲۱۹	۰/۳۲۴
-----------------------	--------	-------	-------

نتایج جدول ۴ نشان می دهد نشخوار فکری و تاب آوری بر درماندگی آموخته شده تأثیر مستقیم و معناداری دارد اما اضطراب مرگ بر درماندگی آموخته شده تأثیر مستقیم و معنی داری ندارد. همچنین نشخوار فکری بر تاب آوری تأثیر مستقیم و معنی داری دارد اما اضطراب مرگ بر تاب آوری تأثیر مستقیم ندارد. این نتایج نشان می دهد که تمامی اثرات مستقیم درماندگی آموخته شده از طریق تاب آوری و نشخوار فکری صورت می پذیرد.

جدول ۴. اندازه و معناداری ضرایب مسیر غیر مستقیم مدل پژوهش

معنی داری	اندازه بحرانی	ضریب مسیر	مسیرهای مستقیم
۰/۰۹	۱/۱۹۱	۰/۰۹۳	اضطراب ← تاب آوری ← درماندگی آموخته شده
۰/۰۰۱	۵/۷۹۰	۰/۳۴۳	نشخوار فکری ← تاب آوری ← درماندگی آموخته شده

نتایج جدول ۵ نشان می دهد که اثر غیر مستقیم نشخوار فکری بر درماندگی آموخته شده از طریق تاب آوری معنادار بود اما اثر غیر مستقیم اضطراب مرگ بر درماندگی آموخته شده از طریق تاب آوری معنادار نبود.

### بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام این پژوهش، آزمون مدل ساختاری نشخوار فکری و اضطراب مرگ با درماندگی آموخته شده مراقبان بیماران خاص (سرطان) با نقش میانجی تاب آوری بود. نتایج این پژوهش نشان داد تمامی شاخص های برازش برای مدل اساسی پژوهش در دامنه خوب تا عالی قرار دارند؛ این نتایج به این معنی است که این مدل به خوبی روابط بین متغیرها را در جامعه (بر مبنای داده های تجربی و عینی) تبیین می کند. یافته های این پژوهش نشان داده است که اثر مستقیم نشخوار فکری بر درماندگی آموخته شده با ضریب مسیر استاندارد ۰/۳۲۴ معنی دار بود. بنابراین هر چه نمرات نشخوار فکری بالاتر باشد، آنها تحت درماندگی آموخته شده بالاتری قرار دارند که با یافته پژوهش دوستی و همکاران (۱۳۹۹) همسو بود. در تبیین این یافته می توان بیان کرد که نشخوار فکری و درماندگی آموخته شده هر دو از ابعاد منفی افسردگی هستند و رابطه معناداری با یکدیگر دارند. بر اساس تئوری درماندگی آموخته شده، دلیل اصلی درماندگی ناتوانی در کنترل وقایع و تصور فرد از غیرقابل کنترل بودن عواقب آن است. بنابراین افسردگی، اضطراب، ترس، ناامیدی و ... اندیشیدن عمیق با افکار باعث می شود که فرد نتواند وقایع و مشکلات موجود در خواب را کنترل کند (شکور و شیرقی، ۱۳۹۷).

در این پژوهش یافته ها بیانگر این بود که بین نشخوار فکری با درماندگی آموخته شده مراقبان بیماران خاص (سرطان) رابطه مستقیم معنادار وجود دارد که با نتایج پژوهش دوستی و همکاران (۱۳۹۹) همسو بود. در تبیین این یافته می توان بیان کرد که نشخوار فکری و درماندگی آموخته شده هر دو از ابعاد منفی افسردگی هستند و رابطه معناداری با یکدیگر دارند. بر اساس



تئوری درماندگی آموخته شده، دلیل اصلی درماندگی ناتوانی در کنترل وقایع و تصور فرد از غیرقابل کنترل بودن عواقب آن است. بنابراین افسردگی، اضطراب، ترس، ناامیدی و ... اندیشیدن عمیق با افکار باعث می شود که فرد نتواند وقایع و مشکلات موجود در خواب را کنترل کند (شکور و شیرقی، ۱۳۹۷). افرادی که رویدادهای مرکزی منفی دارند، در نتیجه نشخوار فکری، پریشانی عاطفی را تجربه می کنند، که هنوز یک تعریف منفی از معنای افکار آنهاست. طبق تحقیقات قبلی، نشخوار فکری مانع از تنظیم خود و اصلاح افکار و احساسات می شود. بنابراین نشخوار فکری در افرادی که نمی توانند افکار منفی را کنترل کنند زیاد است و بنابراین بین نشخوار فکری و درماندگی آموخته شده رابطه معناداری وجود دارد. می تواند منجر به مشکلات جدی درونی و بیرونی شود (کانگ و کانگ، ۲۰۲۴). برای اینکه مراقبان برخی از بیماران در بیمارستان ها بر درماندگی آموخته شده خود غلبه کنند، توصیه می شود راه حلی مسئله محور را طراحی کنند که نشخوار فکری را کاهش دهد.

یافته این پژوهش نشان داد که بین اضطراب مرگ با درماندگی آموخته شده مراقبان بیماران خاص (سرطان) رابطه مستقیم معنادار وجود ندارد، با نتایج پژوهش دیناروند (۱۳۹۹) همسو نبود. در تبیین این یافته می توان گفت که اضطراب مرگ از بدو تولد وجود دارد، در طول زندگی ادامه می یابد و ریشه همه ترس هاست، پس از اینکه بدانیم فرد دیگر وجود نخواهد داشت و ممکن است خود و دنیا را از دست بدهد، ایجاد خواهد شد. این بیماری با اضطراب ناشی از مرگ و بسیاری از ویژگی های بیماری های خاص همراه است که می تواند به عنوان تهدیدی برای وجود انسان تلقی شود. نظریه درماندگی آموخته شده از این واقعیت سرچشمه می گیرد که افراد با وجود ناامیدی مکرر قادر به تغییر وضعیت نیستند. به عبارت دیگر، درماندگی آموخته شده «درونی سازی علل پایدار پس از شکست» است. فقدان حس کنترل بر رویدادهای محیطی نیز می تواند به درماندگی آموخته شده منجر شود. به طور خاص، ناتوانی در کنترل رویداد بد، به جای خود رویداد بد، منجر به درماندگی آموخته شده می شود (یو و همکاران، ۲۰۲۳). بنابراین می توان نتیجه گرفت که اضطراب مرگ از نظر آینده سرطان در مراقبین این بیماران طبیعی است، اما در حدی نیست که استرس و ترس آنها را افزایش دهد. به همین دلیل متغیر اضطراب مرگ باید در طراحی پروتکل های روانشناختی مراقبین بیماران خاص (سرطان) لحاظ شود.

همچنین در این پژوهش نتایج نشان داد که بین تاب آوری با درماندگی آموخته شده مراقبان بیماران خاص (سرطان) رابطه مستقیم و منفی معنادار وجود دارد با پژوهش مرادی و همکاران (۱۴۰۰)، ابک (۲۰۲۱) و همایونی و همکاران (۱۴۰۰) همخوانی داشت. در تبیین این یافته می توان بیان کرد که هر چه افراد توانایی خود را در کنترل موقعیت ها و رویدادهای آسیب پذیر بیشتر کنند، بیشتر می توانند بر درماندگی آموخته شده غلبه کنند. با توجه به تعریف تاب آوری می توان نتیجه گرفت که عاملی است که به افراد در مواجهه و سازگاری با موقعیت های آسیب زا کمک می کند، بنابراین مراقبت از بیماران خاص (سرطان) یک رویداد آسیب زا تلقی می شود که تاب آوری را افزایش می دهد و منجر به رویارویی و سازگاری با آنها می شود. وضعیت تاب آوری فرد را تاب آور می کند و باعث می شود که فرد درماندگی روانی کمتری را تجربه کند (مرادی و همکاران، ۱۴۰۰). به این معنی که هر قدر میزان درماندگی آموخته شده در مراقبان بیماران خاص بالاتر باشد، میزان تاب آوری آنان کاهش می یابد و بالعکس با کاهش میزان درماندگی آموخته شده، تاب آوری افزایش می یابد. درماندگی آموخته شده در محیط روانشناختی پویا که در آن فشار روانی و استرس وجود ندارد کمتر رخ می دهد. علاوه بر این، در واقع این مراقبین هستند که با بهره گیری از وضعیت روحی مناسب خود تاب آور هستند و با انگیزه کافی به سفر ادامه می دهند و کمتر دچار ناامیدی می شوند. بدیهی است کسی که مراقبت از بیمار خود را بن بست می داند و فکر می کند که بهبود وضعیت روحی و مالی خود برای مراقبت از بیمار غیرممکن است، نمی تواند در مقابل عوامل ناگوار مقاومت کند. بیماری و مقاومت ضعیفی دارد. در واقع،

ساختارهای زیربنایی تاب آوری همان پیش‌بینی کننده‌های منفی درماندگی آموخته شده هستند. بر اساس گزارش‌های اخیر، به نظر قابل قبول است که درماندگی آموخته شده توسط تاب آوری پیش‌بینی شود (ابک، ۲۰۲۱).

در این پژوهش نقش میانجی تاب‌آوری بین نشخوارفکری با درماندگی آموخته شده مراقبان بیماران خاص (سرطان) تایید شد که با نتایج پژوهش حیدریان و همکاران (۱۳۹۵)، وطن خواه و همکاران (۱۳۹۷)، یانومی و ایوین (۲۰۲۱) همخوانی داشت. در تبیین این یافته، باید توجه داشت که مشکلات روانی که مراقبان و بیماران پس از سرطان تجربه می‌کنند شامل افزایش نشخوار فکری و کاهش استقامت است. بیماران سرطانی و مراقبان آنها به دلیل فرآیند سختی که در طول فرآیند درمان طی می‌کنند، معمولاً خستگی شدید جسمی و مالی را برای خود به همراه دارد و اغلب درگیر افکار ذهنی مانند عود بیماری و متاستاز سرطان می‌شوند. این وضعیت به مرور زمان حساسیت و هیجان آنها را افزایش می‌دهد و قدرت ذهنی آنها را در برخورد با مسائل روزمره کاهش می‌دهد. نتایج این مطالعات نشان داد که آموزش ذهن آگاهی در افزایش تاب آوری و کاهش نشخوار فکری مؤثر بوده است. آموزش بازسازی شناختی تأثیر بسزایی بر درماندگی آموخته شده و عزت نفس دارد. همچنین تأیید می‌شود که این شرایط جدید که باعث از بین رفتن تحرک بدن و تأثیر بر ظاهر، هویت و اعتماد به نفس بیماران می‌شود، در صورت حضور در محیط‌های اجتماعی، عمداً یا ناخواسته می‌تواند باعث ایجاد مشکلات روانی شود و منجر به مشکلات روانی دائمی شود. شغل ذهنی برای آنها برخی از این نگرانی‌ها برای بسیاری از بیماران و مراقبان آنها اجتناب ناپذیر است، اما روش‌هایی که آنها به این فشارها پاسخ می‌دهند ممکن است متفاوت باشد. یکی از عوامل اصلی نشخوار فکری و اضطراب این است که ذهن به سمت آینده حرکت می‌کند و رویدادها را پیش‌بینی می‌کند و وجود این امکان فرد را به سمت اضطراب و نگرانی سوق می‌دهد. با این حال، از آنجایی که نشان داده شده است تاب‌آوری یکی از متغیرهای نماینده است، می‌توان حدس زد که تاب‌آوری به‌عنوان عاملی عمل می‌کند که علائم منفی را کاهش می‌دهد، برای مثال، مراقبان برخی از بیماران با درماندگی آموخته‌شده بالا، آماده رویارویی با آینده خود نیستند. بیماران که حالات ذهنی منفی منجر به پیامدهای رفتاری منفی می‌شود (یانومی و ایوین، ۲۰۲۱). بنابراین، بر اساس نتایج مطالعات بررسی شده، این مطالعه تأثیر تعدیل کننده تاب آوری بین درماندگی آموخته شده و تغییرات ناشی از نشخوار فکری، ناراحتی جسمی، مشکلات زناشویی یا اختلالات جنسی، و تغییرات در فعالیت‌های روزانه، ترس یا نگرانی از تصویر بدن را تأیید می‌کند. عود بیماری و مرگ در حین پس از درمان از جمله علل نشخوار در بیماران است. این مشکل را می‌توان با عدم تحمل نظریه عدم قطعیت نیز توضیح داد، که بیان می‌کند که محدود کردن قدرت پیش‌بینی اساس نشخوار فکری و اضطراب است، به ویژه برای افرادی که تمایل بیشتری به کنترل دائمی رویدادهای بالقوه دارند. بنابراین، به طور غیرمستقیم، آموزش‌هایی مانند تمرکز حواس با تمرکز بر زمان حال به جای آینده و افزایش نظارت بر خود که احتمالاً منجر به کاهش قابل توجه علائم روانی می‌شود، به افزایش آگاهی بدن کمک می‌کند. از جمله اضطراب و بهبودی مراقبت می‌شود. بنابراین، توانایی و تاب آوری افراد در کنترل افکار مزاحم و منفی افزایش می‌یابد و می‌توان بر درماندگی آموخته شده غلبه کرد (حیدریان و همکاران، ۱۳۹۵).

همچنین نقش میانجی تاب آوری بین اضطراب مرگ با درماندگی آموخته شده مراقبان بیماران خاص (سرطان) تایید نشد. با نتایج پژوهش حاج حسینی و همکاران (۱۳۹۷)، بریتنی کی سامرز (۲۰۱۷) همسو نبود. در توضیح این یافته باید گفت، مراقبان بیماران خاص با تاب آوری روانی پایین ممکن است نشخوار فکری، افکار مزاحم و غیره را تجربه کنند. آنها توانایی کمتری در کنترل احساسات منفی مانند افسردگی، اضطراب، تنهایی، ناامیدی و غیره دارند. استراتژی‌های مؤثر را در برابر مشکلات به کار ببرید و از تلاش دست بردارید (ماستن، ۲۰۱۴). مراقبان بیماران خاص به دلیل تاب آوری پایین، نمی‌توانند بهتر با موقعیت‌های هیجانی مانند پریشانی، افسردگی، اضطراب، تنهایی و غم مرتبط با وضعیت بیمار کنار بیایند و در نتیجه

آنها نمی‌توانند احساسات منفی خود را کنترل کنند و آسیب بیشتری متحمل می‌شوند. بنابراین می‌توان امیدوار بود که با افزایش تاب‌آوری مراقبان بیماران خاص، آنها را در ایجاد حس کنترل بر مراقب، توانمند سازیم و فعالانه آنها را در برابر آسیب‌های روحی و روانی ناشی از مراقبت از بیمار و سلامت خود یاری کنیم. بنابراین افزایش تاب‌آوری می‌تواند منجر به افزایش مهارت‌های خود مدیریتی و افزایش تحمل افراد در برابر مشکلات و مشکلات شود (حاج حسینی و همکاران، ۱۳۹۷). ذکر این نکته ضروری است که تاکنون پژوهشی مشابه پژوهش حاضر صورت نگرفته است. با توجه به اینکه مراقبان بیماران خاص به ویژه اعضای خانواده‌ی آنها بسیار تحت فشار روحی، روانی و اقتصادی هستند در پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همچون کاهش حجم نمونه به دلیل عدم همکاری، همکاری پایین در پر کردن پرسشنامه‌ها روبه‌رو بودیم.

بر اساس نتایج این پژوهش توصیه می‌شود که بخش‌هایی را برای مراقبت معنوی در بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها برای کمک‌های جسمی و روحی به بیماران و مراقبان آنها راه اندازی شود. جلسات درمانی خودمراقبتی و ذهن‌آگاهی جهت پیشگیری برای مراقبان گذاشته شود. همچنین طراحی و هنجاریابی پرسشنامه‌هایی مشابه با توجه به فرهنگ و احساسات جوامع ایرانی. به وزارت بهداشت پیشنهاد می‌شود در هنگام پذیرش بیماران، مراقبان آنها را نیز در لیستی قرار داده سازماندهی منسجمی صورت بگیرد تا مراقبان بیمار از نظر روانی و جسمی تحت حمایت قرار بگیرند و یا به کمیته‌های امداد و خیریه‌ها برای برخورداری این افراد از حمایت‌های درمانی و روانشناسی معرفی شوند.

با توجه به اینکه قشر مراقبان بیماران خاص به ویژه که اعضای خانواده آنها باشند کمتر مورد توجه و بررسی قرار گرفتند، بسیار آسیب پذیر و نیازمند توجه هستند. این پژوهش برای اولین بار روی این افراد اجرا شد به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود متغیرهای اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی، متغیرهای روانشناختی مانند وسواس، اضطراب و ذهن‌آگاهی در تحقیقات آزمایشی و با پروتکل‌های درمانی مناسب برای مراقبان بیماران خاص سرطان همچنین طراحی پروتکل‌های درمانی مانند ذهن‌آگاهی، خود شفقت ورزی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشخوارفکری و میزان اثربخشی آن مورد بررسی در تحقيقات آتی قرار بگیرد.

## منابع

- آقاجانی مریم، ولی سعید، تولى ع، (۱۳۸۹). اضطراب مرگ در بین پرستاران در بخش های مراقبت ویژه و عمومی (۶۷) ۲۳: ۵۹-۶۸.
- باده شמושکی محمد تقی، میر بهبهانی نرگس بیگم، آریا خواه مائده، لطیفی زاده مهسا، جهانشاهی نگار. (۱۳۹۹). رابطه باورهای دینی با کیفیت زندگی و تاب‌آوری مادران کودکان سرطانی. مجله تحقیقات سلامت در جامعه. ۶ (۳): ۱۹-۱۰.
- بروجردی، فرانک و مازندرانی، سمیه. (۱۳۹۸). فراتحلیل مطالعات انجام شده بر اضطراب مرگ. فصلنامه اندازه گیری تربیتی، ۹ (۳۶)، ۱۱۹-۱۳۶.
- توانایی، امیرحسین، رجبی، محدثه، بیطرفان، مریم. (۱۳۹۷). بررسی رابطه تاب‌آوری و سلامت معنوی در مراقبین بیماران مبتلا به سرطان در مراحل انتهایی. مطالعات اسلامی در حوزه سلامت، ۲ (۱)، ۹۷-۱۰۶.
- حاج حسینی منصوره، سلیم احمدی ژاکو، اژه‌ای جواد، نقش زهرا، (۱۳۹۷). نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در ارتباط اضطراب مرگ و سلامت عمومی نوجوانان مهاجر عراقی متأثر از جنگ با داعش. ۲۲ (۳).

حیدریان آرزو، زهراکار کیانوش، محسن زاده فرشاد. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر میزان تاب‌آوری و کاهش نشخوار فکری بیماران زن مبتلا به سرطان پستان: کارآزمایی تصادفی شده. بیماری‌های پستان ایران. ۹ (۲): ۵۲-۵۹

حیدریان، آرزو، زهراکار، کیانوش، محسن‌زاده، فرشاد، (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر میزان تاب‌آوری و کاهش نشخوار فکری بیماران مبتلا به سرطان پستان: یک کارآزمایی تصادفی شده. فصلنامه بیماری‌های پستان ایران، ۹ (۲): ۵۲-۵۹.

دمیرچی، اسماعیل صدیقی، رضانی شکوفه (۱۳۹۵). اثربخشی درمان وجودی بر احساسات نهایی و اضطراب مرگ در سالمندان. روانشناسی پیری، ۲ (۱)، صفحه ۱۲-۱.

دوستی، حسینی نیا، قدرتی، ابراهیمی (۱۳۹۹). مقایسه نشخوار ذهنی، احساس درماندگی و بزرگنمایی در سنین مختلف و رابطه‌ی آنها با سبک‌های مقابله با استرس در بازدیدکنندگان یک وب سایت سنجش وضعیت روانی طی هفته‌ی اول شیوع کروناویروس. مقاله پژوهشی، ۲۱، ۲ (۸۰): ۱۱۴-۱۰۵.

دیناروند، (۱۳۹۹). بررسی اثر فراشناخت درمانی بر درماندگی آموخته شده، احساس تنهایی و اضطراب مرگ سالمندان دارای اختلال حرکتی. مقاله پژوهشی، کارشناسی ارشد، روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور، واحد شماره تهران جنوب. رحمانی نرگس، منصوری احمد، (۱۳۹۸). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشخوار فکری و رشد پس از سانحه زنان داغ‌دیده. مجله روانشناسی بالینی و شخصیت، ۱۷ (۱)، ۳۲-۲۳.

شکور صفت صدیقی زیبا، شریفی درامدی پرویز (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش غلبه بر درماندگی آموخته شده بر ارتقاء امید به زندگی و سلامت روان زنان مبتلا به سرطان پستان. مجله علوم پزشکی زانکو. ۲۰ (۶۷)، ۳۳-۴۹

طرفی عمید پور، شمس الدین، حیدرئی، علیرضا، مکوندی، بهنام، بختیارپور، سعید. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر ادراک از بیماری و نشخوار فکری در بیماران مبتلا به سرطان شهر اهواز. مجله علمی پزشکی جندی شاپور، ۲۱ (۴)، ۵۵۹-۵۴۸.

قنبری، پرویز، عارفی، مژگان، نادى، محمدعلی. (۱۴۰۲). اثربخشی بسته ترکیبی چشم‌انداز زمانی و ذهن‌آگاهی بر استقامت و اشتیاق تحصیلی دانش‌آموزان دچار درماندگی آموخته شده. فصلنامه پژوهش های نوین روانشناختی، ۱۸ (۷۱)، ۱۹۷-۲۰۸.

مرادی شیرین، محمدپور صالح، آهی قاسم (۱۴۰۰). نقش درماندگی روانشناختی و تاب‌آوری در کیفیت زندگی ناباوران زنان ناباور شهر مشهد. پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره، ۱۱ (۱ پیاپی ۲۱)، ۸۱-۱۰۰

ممشلی لیلا، آلوستانی سودابه، (۱۳۹۸). بررسی تأثیر معنادرمانی بر اضطراب مرگ بیماران سرطانی بیمارستان ۵ آذر گرگان. نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری، ۶ (۲)، ۱۱۴-۱۰۷.

همایونی بازل، رقیه و شکیبا، سارا و منظمی تبار، فریبا (۱۴۰۰). بررسی رابطه بین درماندگی آموخته شده و تاب‌آوری با سلامت روان در دانشجویان دانشگاه بوعلی سینا همدان، دومین همایش ملی زندگی دانشجویی با تاکید بر فراغت، تاب‌آوری و سلامت، همدان.

Kang, J., & Kang, M. J (2024). Effect of Adolescents' Perceived Parental Blame on Learned Helplessness: The Sequential Mediating Effects of Maladaptive Metacognitive Beliefs and Rumination. Human Ecology Research, 62(1), 101-120.

Babcock J. C, & Potthoff A. L, (2021). Effects of angry rumination and distraction in intimate partner violent men. Journal of interpersonal violence, 36 (23-24), 12-36 .

- Brittany Kay Sommers (2017). A Model of Distress Tolerance in Self-Damaging Behaviors Examining the Role of Emotional Reactivity and Lerner Helplessness .
- Compas B. E, Bemis H, Gerhardt C. A, Dunn M. J, Rodriguez E. M, Desjardins L, Vannatta K (2015). Mothers and fathers coping with their children's cancer: Individual and interpersonal processes. *Health Psychology*. 34 (8) ,783-793
- Dejong H, Fox E, Stein A (2016). Rumination and postnatal depression: A systematic review and a cognitive model .
- Masten A. s, (2014). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychology*. ۵۶,۲۲۷-۲۳۸ .
- Ozguc S, Kaplan Serin E, Tanriverdi D, (2021). Death Anxiety associated with Coronavirus (COVID-19) Disease: A Systematic Review and Meta Analysis. *Omega* 302228211050503. Advance online publication
- Park B, Kim S. Y, Shin J. Y, Sanson- Fisher R. W, Shin D. W, Cho J & Park J. H (2013). Prevalence and predictors of anxiety and depression among family caregivers of cancer patients: A nationwide survey of patient- family
- Xue, S., Gu, Q., Zhu, K., & Jiang, J (2023). Self-compassion buffers the impact of learned helplessness on adverse mental health during COVID-19 lockdown. *Journal of Affective Disorders*, 327, 285-291.
- Yunmi, P., & Aeeun, J (2021). The effect of airline service major students' employment stress on learned helplessness and employment preparation behavior: a moderated mediation model of resilience. *Перспективы науки и образования*, (5 (53)), 401-414.
- Zainal NZ, Booth S, Huppert FA (2013). The Efficacy of Mindfulness-Based stress Reduction on Mental Health of BreastCancer Patients: A Meta-Analysis. *Psycho-Oncology*. 22 (7) :1457-65