

Prediction of Psychological Helplessness and Fault Tolerance Based on Emotional Alexithymia in Women with Breast Cancer

Zahra Barari Baziarkhili¹, Sedigheh Ebrahimi²

Abstract

Background & Aims: Cancer is a chronic disease that has been increasingly considered by researchers, and breast cancer is one of the most common cancer types in the world, accounting for 50% of deaths. In Iran, breast cancer (22 per 100,000) is the most common cancer among women. In addition, breast cancer affects Iranian women about a decade earlier than in western countries. Cancer-related crisis causes imbalance and disharmony in the thoughts, body, and soul, but the most common condition for the patient is alexithymia during this period. Emotions are a set of schemas based on information processing and include symbolic and non-symbolic processes and visualizations. One of the most important factors to consider in patients with breast cancer is psychological helplessness. Various studies show that people with specific diseases have lower mental health. Many of them suffer from anxiety, anger, sadness, social isolation, and depression, which together cause the person to become psychologically helpless. Another psychological variable that is associated with or can affect cancer is fault tolerance. Failure occurs when a person fails to achieve the desired goal. Failure is generally understood as a state of inhibition in satisfying the motive or interference in goal response or in the mediating action that leads to that goal. Fault tolerance refers to a person's ability to show resilience in the face of repeated failure and a hostile environment. Failure to find local and foreign researches on women with breast cancer makes it necessary to research in this area and determine whether psychological helplessness and fault tolerance can be predicted based on alexithymia in women with breast cancer.

Materials & Methods: This cross-sectional predictive correlational study was performed on 230 women with breast cancer who were referred to the specialized surgery and cancer clinic of Dr. Mousavi Hospital in Gorgan and the comprehensive cancer center of Imam Khomeini Hospital in Sari in 2018. The instruments used to collect data included the demographic questionnaire, the Toronto Emotional Dysfunction Questionnaire, the Psychological Helplessness Questionnaire, and the Fault Tolerance Questionnaire. The data were then analyzed using Pearson correlation coefficient and stepwise regression in SPSS version 16. The confidence level was considered at $P < 0.01$.

Results: Regarding the alexithymia variable, 3.25% of the patients had difficulty identifying emotions and regarding the psychological helplessness variable, 7.78% of the patients had symptoms of high anxiety, and regarding fault intolerance variable, 6.17% of the patients had symptoms of intolerance of injustice. There was a direct relationship between the variables of alexithymia and the subscales of depression ($P < 0.003$), anxiety

¹. Department of Psychology, Islamic Azad University, Ayatollah Amoli Branch, Amol, Iran
author) Tel: 09300305103 Email: zahrabarari49@gmail.com

(Corresponding

². Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Ayatollah Amoli Branch, Amol, Iran

($P < 0.002$), stress ($P < 0.001$), and psychological helplessness ($P < 0.000$). It can also be said that there was a direct relationship between alexithymia and subscales of intolerance of emotional failure ($P < 0.001$), sadness intolerance ($P < 0.001$), intolerance of failure ($P < 0.005$), and intolerance of injustice ($P < 0.002$). Alexithymia was also able to predict psychological helplessness ($P < 0.000$), and fault tolerance ($P < 0.001$).

Conclusion: The overall result of the study showed a significant direct correlation between alexithymia, psychological helplessness, and fault intolerance, in a way that an increase in alexithymia score increased depression, anxiety, and stress of women with breast cancer, and alexithymia was directly correlated with fault intolerance, meaning that with increasing alexithymia score in women with breast cancer, the ability to tolerate discomfort, injustice, and lack of progress decreased in these women. According to these results, it is necessary to teach emotion regulation strategies along with using other treatment methods to reduce stress, depression, and anxiety and increase resilience and fault tolerance of women with breast cancer.

Keywords: Alexithymia, Psychological Helplessness, Fault Tolerance, Breast Cancer

Conflict of Interest: No

How to Cite: Barari Baziarkhili Z, Brahimi S. Prediction of Psychological Helplessness and Fault Tolerance Based on Emotional Alexithymia in Women with Breast Cancer. *Iran Journal of Nursing*. 2021; 34(129): 96-108.

Received: 18 Jan 2021

Accepted: 19 Apr 2021

پیش بینی درماندگی روان‌شناختی و تحمل ناکامی بر اساس نارسایی هیجانی در زنان مبتلا به سرطان پستان

زهرا براری بازیاخیلی^۱، صدیقه ابراهیمی^۲

چکیده

زمینه و هدف: سرطان به عنوان یک بیماری مزمن، به طور فزاینده‌ای مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است و از میان همه انواع سرطان‌ها، سرطان سینه یکی از شایع‌ترین انواع سرطان در جهان است. این مطالعه با هدف پیش بینی درماندگی روان‌شناختی و تحمل ناکامی بر اساس نارسایی هیجانی در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد.

روش بررسی: مطالعه از نوع همبستگی پیش بین بود. جامعه آماری کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان استان گلستان و مازندران بودند. روش نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به معیارهای ورود به مطالعه انجام شد. ابزار مورد استفاده، پرسشنامه نارسایی هیجانی (Emotional insufficiency)، درماندگی روانشناختی (DASS) و عدم تحمل ناکامی (Intolerance of failure) بود. داده‌های جمع‌آوری شده در بهمن ماه ۱۳۹۷، با استفاده از SPSS نسخه ۱۶ در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی در قالب جدول و شاخص‌های عددی توصیف و سپس برای رسیدن به اهداف و پاسخ به سؤالات پژوهش آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون جهت تجزیه و تحلیل مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها: در متغیر نارسایی هیجانی ۳/۲۵ درصد از بیماران مورد پژوهش دشواری در شناسایی احساسات داشتند و در متغیر درماندگی روانشناختی ۷/۷۸ درصد از بیماران علائم اضطراب بالا داشتند و در متغیر عدم تحمل ناکامی ۶/۱۷ درصد از بیماران علائم عدم تحمل بی‌عدالتی داشتند. بین متغیر نارسایی هیجانی و خرده‌مقیاس‌های افسردگی ($P < ۰/۰۰۳$)، اضطراب ($P < ۰/۰۰۲$)، و استرس ($P < ۰/۰۰۱$)، درماندگی روانشناختی ($P < ۰/۰۰۰$) رابطه مستقیم وجود دارد. همچنین می‌توان گفت که بین نارسایی هیجانی و خرده‌مقیاس‌های عدم تحمل ناکامی عاطفی ($P < ۰/۰۰۱$)، عدم تحمل ناراحتی ($P < ۰/۰۰۱$)، عدم تحمل ناکامی در پیشرفت ($P < ۰/۰۰۵$) و عدم تحمل بی‌عدالتی ($P < ۰/۰۰۲$)، رابطه مستقیم وجود دارد. همچنین نارسایی هیجانی توانست درماندگی روانشناختی ($P < ۰/۰۰۰$) و تحمل ناکامی ($P < ۰/۰۰۱$) را پیش‌بینی نماید.

نتیجه‌گیری کلی: نارسایی هیجانی با درماندگی روانشناختی و عدم تحمل ناکامی ارتباط داشتند، یعنی هر چه نارسایی هیجانی در زنان مبتلا به سرطان پستان بالاتر باشد، افسردگی، استرس و اضطراب در آنها افزایش یافته و میزان عدم تحمل ناکامی آنها افزایش می‌یابد. بر اساس نتایج جهت کاهش میزان درماندگی روانشناختی و کاهش عدم تحمل ناکامی، آموزش تنظیم هیجان پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: نارسایی هیجانی، درماندگی روان‌شناختی، تحمل ناکامی، سرطان پستان.

تعارض منافع: وجود ندارد.

تاریخ دریافت: ۹۹/۱۰/۲۹

تاریخ پذیرش: ۰۰/۱/۳۰

شماره تماس: ۰۹۳۰۰۳۰۵۱۰۳

^۱. گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد آیت اله املی، امل، ایران. (نویسنده مسئول)

Email: zahrabarari49@gmail.com

^۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد آیت اله املی، امل، ایران

مقدمه

سرطان به عنوان یک بیماری مزمن، به طور فزاینده‌ای مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است و از میان همه انواع سرطان‌ها، سرطان سینه یکی از شایع‌ترین انواع سرطان در جهان است^(۱) و ۵۰ درصد از مرگ ناشی از سرطان را سرطان سینه موجب می‌شود^(۲). در ایران سرطان سینه (۲۲ از هر ۱۰۰۰۰۰) رایج‌ترین سرطان در میان زنان گزارش شده است. علاوه بر این، سرطان سینه زنان ایرانی را حدود یک دهه زودتر از کشورهای غربی تحت تأثیر قرار می‌دهد^(۳). تشخیص سرطان سینه و درمان‌های متعاقب آن رویدادی استرس‌زا است و چالش‌ها و آشفتگی‌های بسیار زیادی در زنان به دنبال دارد و سرطان سینه نیز مانند هر نوع سرطان جنبه‌های مختلف سلامت روان را به مخاطره می‌اندازد و مانند سایر بیماری‌های مزمن، بهزیستی روانشناختی را کاهش می‌دهد^(۴). زنانی که تحت روش‌های درمانی ماستکتومی، شیمی درمانی و پرتو درمانی قرار گرفته‌اند، تنش روانی بیشتری را تحمل می‌کنند^(۵). افزایش شیوع سرطان در سال‌های اخیر و اثرات آن بر ابعاد مختلف جسمی-روانی و اجتماعی زندگی بشر سبب شده است که سرطان به عنوان مشکل عمده بهداشتی قرن شناخته شود^(۶). اما امروزه تنها زنده ماندن بیماران مدنظر نیست، بلکه بیماران خواهان یک زندگی با کیفیت مناسب هستند^(۷). نتایج پژوهش Rajandrom و همکاران نشان داد که اعمال جراحی و درمان فشرده طولانی مدت (مانند شیمی درمانی و رادیوتراپی) و عدم قطعیت در طول پیشرفت بیماری منجر به علائمی مانند اضطراب، ترس و افسردگی می‌شود^(۸).

بحران‌های ناشی از سرطان سبب عدم تعادل و ناهماهنگی فکر، جسم و روح شود، اما بیشترین حالت در این دوره برای بیمار نارسایی هیجانی است^(۹). هیجان‌ها دسته‌ای از طحاره‌های مبتنی بر پردازش اطلاعات و شامل فرآیندها و تجسم‌های نمادین و غیر نمادین^(۱۰) و نارسایی هیجانی نشان دهنده بی‌نظمی در عملکرد شناختی برای

تنظیم و تعدیل هیجان‌های ناراحت کننده است. این سازه یک مؤلفه عاطفی دارد که آگاهی اندک از هیجان‌ها را در بر می‌گیرد و یک مؤلفه شناختی دارد که سبک تفکر عملیاتی را شامل می‌شود^(۱۱). افراد با نارسایی هیجانی در بازشناسی، آشکارسازی، پردازش و نظم‌دهی هیجان‌ها با دشواری‌هایی مواجه هستند و در تمایز احساسات درونی از احساسات بدنی مشکل دارند^(۱۲). همچنین این افراد به دلیل مشکلاتی که در برقراری ارتباط با هیجان‌ها درونی خود و درک ضعیف از احساسات دیگران دارند نمی‌توانند روابط نزدیکی با دیگران داشته و آن را حفظ کنند و به طور مناسب از حمایت‌های اجتماعی به منظور محافظت از خود در برابر تأثیرات بالقوه از وقایع استرس‌آمیز استفاده کنند. بررسی‌ها نشان داده‌اند که نارسایی هیجانی به منزله یک عامل خطر بلند مدت برای عدم تعادل در سیستم عصبی خودکار و اعصاب و غدد است^(۱۳) و منجر به جلوگیری از تنظیم موفقیت‌آمیز هیجان‌ها منفی و در نتیجه افزایش هیجان‌ها منفی و تضعیف سیستم ایمنی می‌شود که ممکن است به ایجاد و تشدید بیماری‌های جسمی کمک کند^(۱۴). شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که بیماران دارای نارسایی هیجانی در شناسایی نشانگان جسمی و هیجانی شان مشکل دارند که این امر با تأخیر یا استفاده بیش از حد از حمایت‌های پزشکی و با پیش‌آگهی ضعیف مرتبط است^(۱۵).

زمانی که افراد با یک بیماری تهدیدکننده زندگی همچون سرطان رو به رو می‌شوند، درک آنها از زندگی دچار تغییر شده و حالات منفی روانشناختی را تجربه می‌کنند^(۱۶). به این ترتیب آنها، نارسایی‌های هیجانی و مشکلات عاطفی عمیقی را احساس می‌کنند که باعث فشارهای عصبی بر آنها شده و زمینه بروز اختلالات روانشناختی را هموار می‌کنند^(۱۷). بنابراین یکی از عوامل مهمی که باید در بیماران مبتلا به سرطان سینه به آن توجه کرد درماندگی روانشناختی است. به طور کلی، تشخیص سرطان، موجب بروز مشکلات هیجانی، عاطفی و درماندگی روانشناختی عمیقی در بیماران می‌شود. برخی

از دلایل بروز این مشکلات، معانی ضمنی این تشخیص در ذهن بیمار از قبیل احتمال بدشکلی بدنی، درد، مشکلات مالی و اجتماعی، از دست دادن میل جنسی، کاهش فعالیت اجتماعی، از هم گسیختگی ساختار خانواده، وابستگی به اطرافیان، عود مجدد بیماری، نگرانی درباره آینده مبهم، مرگ و فرایند مردن است^(۱۸). درماندگی روانشناختی یک اصطلاح کلی برای توصیف احساسات ناخوشایند است. به عبارت دیگر، آن یک ناراحتی روانی است که با فعالیت‌های فرد با زندگی روزانه تداخل دارد. درماندگی روانشناختی می‌تواند بر اساس دیدگاه‌های منفی از محیط زیست، دیگران و خود ایجاد شود. غم و اندوه، اضطراب، حواس پرتی و نشانه‌های بیماری‌های روانی تظاهرات درماندگی روانشناختی می‌باشند^(۱۹). پنج نشانه هشداردهنده درماندگی روانشناختی شامل کاهش تمرکز، تغییرات نابه سامانی وزنی، گرایش شدید به مصرف الکل یا استعمال سیگار، تمایل به تنهایی و انزوا طلبی، آسیب رساندن به خود باشد^(۲۰). ایرانیان دوست و همکاران در پژوهشی دریافته‌اند که ناگویی هیجانی بر افزایش درماندگی روان شناختی و روابط بین فردی اثرگذار می‌باشد^(۱۹).

سرطان بر ابعاد روانشناختی تأثیر گذاشته و با ایجاد درگیری ذهنی موجب کاهش کیفیت زیست روانی افراد بیمار می‌شود. یکی دیگر از متغیرهای روانی که با سرطان همبسته است و یا می‌تواند بر آن تأثیر گذار باشد تحمل ناکامی است^(۱۶). افرادی که توانایی تحمل ناکامی و قرار گرفتن در شرایط تنش زا را دارند، از لحاظ نگرش خودکارآمد هستند^(۲۰). ناکامی عموماً اینگونه درک می‌شود: حالت منع در ارضای انگیزه یا تداخلی در پاسخ هدف یا در عمل واسطه‌ای که منتهی به آن هدف می‌شود^(۲۱). تحمل ناکامی به قابلیت فرد در نشان دادن مقاومت در کوشش با وجود شکست مکرر و محیط خصومت آمیز اشاره می‌کند^(۲۲). تحمل ناکامی قابلیت فرد برای مقاومت در برابر ناکامی است، بدون اینکه در سازگاری روان شناختی فرد اشکالی ایجاد شود؛ یعنی

بدون اینکه به شیوه‌های ناپسند رفتاری دست بزند^(۲۳). فکر همکاران در پژوهشی دریافته‌اند که تحمل ناکامی توانایی مقاومت در برابر موانع و موقعیت‌های استرس‌زا را افزایش می‌دهد. تحمل ناکامی پایین، به رفتار ضد اجتماعی یا رفتار ناسازگار دیگری، مثل عصبانیت، اضطراب منتهی می‌شود که با سرزندگی و تاب آوری ارتباط معکوس دارد^(۲۴). بر اساس نظر کارشناسان افرادی که از درجه بالاتری از سلامت روانی برخوردارند در هنگام مواجهه با شرایط یا رویدادهایی که با ارزش‌های اساسی، اهداف و ترجیحاتشان در تعارض است، فلسفه تحمل را به کار می‌گیرند. این بدان معنی است که این دسته از افراد زمانی که در شرایط دشوار و توأم با ناکامی قرار می‌گیرند، تحمل را به عنوان وسیله‌ای در جهت دستیابی به اهداف مطلوبشان در پیش می‌گیرند^(۲۵).

عوارض روانشناختی سرطان می‌تواند نظام جامعه، فرد و خانواده را از منظر روانی، اجتماعی، اقتصادی شدیداً مختل کند. در گستره روان شناختی عوارضی همچون افسردگی، اضطراب، بی‌ثباتی هیجانی، فقدان انگیزش، و ضعف اعتماد به نفس و آشفتگی و درماندگی روانشناختی اشاره نمود. در مجموع، شواهد نشان می‌دهد تغییرات ناشی از درمان زنان مبتلا به سرطان پستان تأثیر منفی می‌گذارند و باعث می‌شوند تا این زنان احساس کنند مقبولیت و جذابیت قبلی خود را از دست داده‌اند و از همین رو آنها دچار افسردگی، نارسایی هیجانی، استرس و اضطراب و عدم تحمل ناکامی می‌شوند و اجتناب از دیگران خصوصاً در موقعیت‌های خصوصی و بی‌میلی برای نمایشگری خویش به انزوای اجتماعی و درماندگی روان شناختی آنها می‌افزاید. با توجه به آنچه گفته شد و نیافتن چنین پژوهشی بر روی زنان مبتلا به سرطان پستان در داخل و خارج از کشور، ضرورت می‌یابد پژوهشی در این زمینه انجام گیرد تا مشخص شود که آیا بین نارسایی هیجانی با درماندگی روان شناختی و تحمل ناکامی در زنان مبتلا به سرطان پستان رابطه معنی دار وجود دارد؟ این مطالعه با هدف پیش بینی درماندگی روان شناختی و

تحمل ناکامی بر اساس نارسایی هیجانی در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه مقطعی از نوع همبستگی پیش بین بر روی ۲۳۰ زن مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به کلینیک تخصصی جراحی و سرطان بیمارستان دکتر موسوی شهر گرگان و مرکز جامع سرطان بیمارستان امام خمینی (ره) ساری در سال ۱۳۹۷ انجام شد. حجم نمونه با توجه به مطالعات انجام شده تعیین شد. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: تشخیص سرطان پستان بر اساس ارزیابی متخصص رادیولوژی ماموگرافی، سونوگرافی و تصویربرداری پستان با توجه به پرونده بیمار، فاصله سنی ۶۰-۳۰ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، عدم ابتلا فعلی یا قبلی به بیماری‌های دیگر غیر از سرطان پستان، مصرف نکردن سیگار، الکل و مخدرها، مبتلا نبودن به بیماری‌های روانی شناخته شده به اظهار خود بیمار. پژوهشگر به منظور نمونه‌گیری، پس از کسب تأییدیه از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی، واحد آیت اله آملی (با کد اخلاق IR.IAU.AK.REC.1397.027) و اخذ معرفی نامه از دانشگاه علوم پزشکی ایران و با ارائه معرفی نامه کتبی به کلینیک تخصصی جراحی و سرطان بیمارستان دکتر موسوی شهر گرگان و مرکز جامع سرطان بیمارستان امام خمینی (ره) ساری مراجعه نموده و ضمن معرفی خود و کسب اجازه از واحد تحقیقات و پژوهش بیمارستان، اطلاعات کافی در مورد اهداف پژوهش و نحوه انجام کار را در اختیار زنان داوطلب پژوهش قرار داد و با کسب رضایت نامه کتبی آگاهانه به داوطلبان شرکت در پژوهش، نمونه‌گیری از افراد واجد شرایط به شکل در دسترس انجام شد.

در بخش اول پرسشنامه مشخصات فردی شامل (سن، تحصیلات، وضعیت تأهل و تعداد فرزند) مورد بررسی قرار می‌گرفت. بخش دوم شامل پرسشنامه نارسایی

هیجانی تورنتو (Toronto emotional failure) بود که این پرسشنامه توسط Bagbey در سال ۱۹۹۴ ساخته شده و دارای ۲۰ ماده است و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساس‌ها با ۷ ماده، دشواری در توصیف احساس‌ها با ۵ ماده و جهت‌گیری فکری بیرونی با ۸ ماده را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرتی از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) می‌سنجد. یک نمره کل نیز از جمع نمره‌های سه زیر مقیاس برای نارسایی هیجان کل محاسبه می‌شود. نمره‌ی آزمودنی در هر یک از سه خرده مقیاس با جمع عبارات متعلق به تمامی عبارات آن خرده مقیاس حاصل می‌آید. کسب نمره بالاتر در این مقیاس بیانگر افسردگی، اضطراب و استرس بیشتر است^(۱۰). بشارت در پژوهش خود، با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی، وجود سه عامل دشواری در شناسایی احساس‌ها، دشواری در توصیف احساس‌ها و جهت‌گیری فکری بیرونی را در نسخه فارسی مقیاس نارسایی هیجانی ۲۰ ماده‌ای تأیید کرده و ضرایب آلفای کرونباخ نیز برای نارسایی هیجانی کل و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساس‌ها، دشواری در توصیف احساس‌ها و جهت‌گیری فکری بیرونی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه کرده است که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. همچنین اعتبار ابزار با روش بازآزمایی در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته از $I=0/80$ تا $I=0/87$ برای نارسایی هیجانی کل و زیر مقیاس‌های مختلف گزارش شده است^(۲۶). ضرایب آلفای کرونباخ در این پژوهش برای نارسایی هیجانی کل و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساس‌ها، دشواری در توصیف احساس‌ها و جهت‌گیری فکری بیرونی به ترتیب ۰/۹۵، ۰/۸۹، ۰/۸۹ و ۰/۸۶ به دست آمد.

بخش سوم شامل پرسشنامه درماندگی روان‌شناختی (DASS) بود که سازندگان این پرسشنامه Loebund & Loebund بودند که در سال ۱۹۹۵ نسخه نهایی آن را عرضه کردند. مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس برای (DASS_42) برای سنجش افسردگی، اضطراب و فشار

عاملی بالاتر از ۰/۳۰ دارند و ریشه خطای میانگین مجذورات تقریباً برابر ۰/۰۴ است. بنابراین پرسشنامه با چهار عامل از برآزش قابل قبولی برخوردار است. همچنین همبستگی خرده مقیاس‌های تحمل ناکامی با نمره کل مقیاس بالاتر از ۰/۳۸ و در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشند^(۲۹). این مقیاس در ایران توسط بابارئسی و علی مهدی ترجمه و اعتباریابی شد^(۳۰). نتایج ضریب آلفای کرونباخ نشان داد که پایایی برای کل آزمودنی‌ها ۰/۸۴ و برای مولفه عدم تحمل ناراحتی ۰/۶۱، مولفه استحقاق ۰/۷۱، مولفه عدم تحمل عاطفی ۰/۵۰ و مولفه پیشرفت ۰/۵۲ است و آلفای کرونباخ محاسبه شده برای مقیاس کل ۰/۸۷ به دست آمد^(۳۱). ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در مطالعه حاضر ۰/۷۶ به دست آمد. اطلاعات پس از تکمیل وارد SPSS نسخه ۱۶ شده و سپس با آزمون آماری ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. مقادیر p کمتر از ۰/۰۱ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

نتایج نشان داد که بیشترین بیماران مورد پژوهش دارای سن بین ۵۰-۴۱ سال بود. ۴۲/۵ درصد از بیماران دارای تحصیلات کارشناسی بوده و ۹۰/۵ درصد بیماران متأهل و ۳۸/۳ درصد این بیماران دارای یک فرزند بودند (جدول شماره ۱).

روانی طراحی شده است و در یک طیف لیکرت ۴ درجه ای (۱= بسیار زیاد در مورد من درست است، ۴= به هیچ وجه در مورد من درست نیست) نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه شامل سه خرده مقیاس اضطراب، افسردگی و استرس است که هر کدام ۱۴ ماده دارند. نحوه پاسخ‌دهی به پرسش‌ها به صورت ۴ گزینه‌ای می‌باشد که به صورت خودسنجی تکمیل می‌گردد. دامنه پاسخ‌ها از "هیچ وقت" تا "همیشه" متغیر است. Loibund & Loibund آلفای کرونباخ سه خرده مقیاس افسردگی ۰/۹۱، ۰/۸۱ و ۰/۸۹ اضطراب و استرس را به ترتیب گزارش کرده‌اند^(۲۷). جهت تعیین پایایی پرسشنامه درماندگی روانشناختی از روش بازآزمایی استفاده گردید. و آلفای کرونباخ برای افسردگی ۰/۹۷، اضطراب ۰/۷۱ و استرس ۰/۷۴ به دست آمد؛ همچنین پایایی کل ابزار با ۰/۷۴ برابر بود^(۲۸). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های افسردگی ۰/۹۲، اضطراب ۰/۸۹ و استرس ۰/۸۱ برآورد شد.

بخش چهارم پرسشنامه عدم تحمل ناکامی (Intolerance of failure) این پرسشنامه توسط Harrington ساخته شد. پرسشنامه تحمل ناکامی دارای ۳۵ گویه است. نمرات پایین نشان دهنده تحمل ناکامی بالا است. پایایی این پرسشنامه توسط سازنده آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ محاسبه شد^(۲۹). نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد شاخص‌های مقیاس تحمل ناکامی بر روی عوامل از قبل طراحی شده توسط سازنده آن بار

جدول شماره ۱: شاخص‌های فردی شرکت‌کنندگان در مطالعه

متغیر	گروه	تعداد	درصد
سن	۳۰-۴۰	۳۳	۲۶/۶
	۴۱-۵۰	۱۰۱	۴۰
	۵۱-۶۰	۹۶	۳۳/۴
تحصیلات	دیپلم	۷۹	۳۴/۵
	لیسانس	۹۸	۴۲/۵
	فوق لیسانس	۴۹	۲۱
	دکتری	۴	۲
وضعیت تأهل	مجرد	۲۲	۹/۵

متأهل	۲۰۸	۹۰/۵
بدون فرزند	۲۷	۱۱/۷
۱ فرزند	۸۸	۳۸/۳
۲ فرزند	۵۷	۲۴/۸
۳ فرزند و بیشتر	۵۸	۲۵/۲

نتایج پژوهش همچنین نشان دهنده آن بود که در متغیر نارسایی هیجانی ۳/۲۵ درصد از بیماران مورد پژوهش دشواری در شناسایی احساسات داشتند و در متغیر درماندگی روانشناختی ۷/۷۸ درصد از بیماران علائم اضطراب بالا داشتند و در متغیر عدم تحمل ناکامی ۶/۱۷ درصد از بیماران علائم عدم تحمل بی‌عدالتی داشتند (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات نارسایی هیجانی، درماندگی روانشناختی و عدم تحمل ناکامی

متغیر	حداقل	میانگین	انحراف معیار
نارسایی هیجانی	دشواری در شناسایی احساسات	۲۰/۲۷	۳/۲۵
	دشواری در توصیف احساسات	۱۷/۴۷	۲/۴۶
	تفکر عینی	۲۷/۲۴	۲/۴۲
	نمره کل نارسایی هیجانی	۶۴/۹۸	۵/۱۷
درماندگی روانشناختی	افسردگی	۴۶/۰۵	۷/۰۹
	اضطراب	۳۹/۵۲	۷/۷۸
	استرس	۳۲/۷۹	۶/۲۹
	نمره کل درماندگی روانشناختی	۴۷/۵۰۰	۴/۱۹۵
عدم تحمل ناکامی	عدم تحمل عاطفی	۲۳/۵۶	۴/۵۸
	عدم تحمل ناراحتی	۱۹/۳۷	۳/۹۳
	عدم تحمل پیشرفت	۲۳/۱۲	۴/۵۲
	عدم تحمل بی‌عدالتی	۴۹/۴۳	۶/۱۷
	نمره کل عدم تحمل ناکامی	۴۹/۱۲	۸/۴۰

و عدم تحمل بی‌عدالتی رابطه مستقیم وجود دارد، و به عبارتی با افزایش نارسایی هیجانی در زنان مبتلا به سرطان پستان، میزان عدم تحمل ناکامی آنها افزایش می‌یابد. پیش از اجرای رگرسیون، مفروضه‌ی همخطی بین متغیرهای پژوهش از طریق دو شاخص عامل تورم واریانس و شاخص تحمل بررسی گردید که میزان آنها به ترتیب برابر ۱/۲۰۷ و ۰/۸۹۳ بود که چون عامل تورم واریانس کمتر از ۱۰ و مقدار شاخص تحمل بیشتر از ۰/۰۱ بود می‌توان نسبت به نبود هم خطی اطمینان حاصل کرد (جدول شماره ۳).

نتایج همبستگی بین متغیرهای پژوهش نشان داد که ارتباط بین متغیرها در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بوده، بنابراین با ۹۹ درصد اطمینان این نتیجه حاصل شد که بین متغیر نارسایی هیجانی و خرده مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس درماندگی روانشناختی رابطه مستقیم وجود دارد، و به عبارتی با افزایش نارسایی هیجانی در زنان مبتلا به سرطان پستان، میزان درماندگی روانشناختی در آنان افزایش می‌یابد و بالعکس. همچنین می‌توان گفت که بین نارسایی هیجانی و خرده مقیاس‌های عدم تحمل ناکامی عاطفی، عدم تحمل ناراحتی، تحمل عدم پیشرفت

جدول شماره ۳: همبستگی بین نارسایی هیجانی با عدم تحمل ناکامی و درماندگی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان

P	ضریب پیرسون	متغیرها
۰/۰۰۳	**۰/۵۲۱	نارسایی هیجانی- افسردگی
۰/۰۰۲	**۰/۵۸۶	نارسایی هیجانی- اضطراب
۰/۰۰۱	**۰/۶۲۷	نارسایی هیجانی- استرس
۰/۰۰۱	**۰/۶۱۲	نارسایی هیجانی- تحمل عاطفی
۰/۰۰۱	**۰/۳۸۸	نارسایی هیجانی- تحمل ناراحتی
۰/۰۰۵	**۰/۳۹۵	نارسایی هیجانی- تحمل پیشرفت
۰/۰۰۲	**۰/۲۰۵	نارسایی هیجانی- تحمل بی عدالتی

نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که نارسایی هیجانی، ۳۰ درصد از واریانس اضطراب از خرده مقیاس‌های درماندگی روانشناختی و ۹/۳ درصد از واریانس عدم تحمل بی عدالتی را پیش بینی می‌کند (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۴: نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری گام به گام برای پیش بینی درماندگی روانشناختی و عدم تحمل ناکامی

Sig	F	Beta	R2	R	متغیر ملاک	متغیر پیش بین
۰/۰۰۰	۲۸/۲۶	۱/۴۴۵	۰/۲۷۲	۰/۵۲۳	افسردگی	نارسایی هیجانی
۰/۰۰۱	۲۹/۲۷	۱/۵۷۴	۰/۳۰۱	۰/۵۴۹	اضطراب	نارسایی هیجانی
۰/۰۰۱	۲۳/۶۶	۲/۵۹۲	۰/۲۸۰	۰/۵۲۹	استرس	نارسایی هیجانی
۰/۰۰۰	۲۱/۳۵	۰/۱۶۹	۰/۰۸۴	۰/۲۸۹	عدم تحمل عاطفی	نارسایی هیجانی
۰/۰۰۲	۳۰/۹۰	۰/۱۹۸	۰/۰۷۱	۰/۲۶۶	عدم تحمل ناراحتی	نارسایی هیجانی
۰/۰۰۱	۲۲/۷۱	۰/۱۹۲	۰/۰۷۵	۰/۲۵۷	عدم تحمل پیشرفت	نارسایی هیجانی
۰/۰۰۰	۲۱/۳۳	۰/۱۸۷	۰/۰۹۳	۰/۲۵۷	عدم تحمل بی عدالتی	نارسایی هیجانی

بحث و نتیجه گیری

همانطور که نتایج نشان داد نارسایی هیجانی، درماندگی روانشناختی و تحمل ناکامی را پیش بینی می‌کند. همچنین ضرایب همبستگی برآورد شده بین نارسایی هیجانی با درماندگی روانشناختی و عدم تحمل ناکامی زنان مبتلا به سرطان پستان، معنی دار به دست آمد. به عبارتی با افزایش نارسایی هیجانی احساس درماندگی روانشناختی و عدم تحمل ناکامی در زنان مبتلا به سرطان پستان افزایش می‌یابد.

با توجه به جنبه نوآوری پژوهش و اینکه، متغیرهای پژوهش حاضر تا کنون در جامعه آماری زنان مبتلا به سرطان پستان مورد بررسی قرار نگرفته، لذا پژوهش‌های مشابه با متغیرهای مورد بررسی در جوامع آماری دیگر در بحث همسویی و ناهمسویی ذکر خواهند شد. این نتایج با تحقیقات ایران دوست و همکاران^(۱۹) در زوجین

شهرستان بردسیر نشان دادند که بین ناگویی هیجانی و درماندگی روانشناختی در زوجین رابطه معنی دار وجود دارد همسو است. همچنین با یافته‌های Kojima و همکاران^(۱۴) در بین کارگران ژاپنی که بیان نمودند نارسایی هیجانی با تضعیف سیستم ایمنی به ایجاد و تشدید بیماری‌هایی از جمله ام. اس کمک می‌کند و نارسایی هیجانی یک پیش بینی کننده منفی برای خودکارآمدی می‌باشد، همراستا است. و نتایج پژوهش بشارت و همکاران^(۱۸) بر روی خواهران و برادران مبتلا به سرطان نشان داد که درماندگی روانشناختی با ویژگی‌های شخصیتی آسیب پرهیزی، پشتکار، خودراهبری و همکاری و همین طور با راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان رابطه دارند. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که رضایت افراد از زندگی تحت تأثیر هیجان‌ها است و از دیدگاه علوم شناختی هیجان‌ها دسته

روانشناختی و نارسایی و عدم تعادل در هیجان‌ها هستند و در موقعیت‌های مختلف زندگی نمی‌توانند از هیجان‌ات خود به صورت مفید استفاده نمایند و در مقابل به میزان زیادی از هیجان‌ات منفی برخوردارند و این امر موجب مشکلات دیگری از جمله درک منفی از خویش، نگرانی نسبت به روابط با دیگران و عملکرد اجتماعی نامناسب در آنها می‌شود که خود دلیلی بر افزایش درماندگی روانشناختی در آنان می‌باشد^(۳۳).

از سویی یافته‌های این پژوهش با نتایج تحقیق ابویی و امیری^(۳۴) بر روی کارمندان زندان یزد دریافتند که بین تحمل ناکامی و تنیدگی ادراک‌شده و نقص در تنظیم هیجان با افسردگی رابطه وجود دارد و تحمل ناکامی و تنیدگی ادراک‌شده به میزان زیادی افسردگی را تبیین می‌کنند، همسو است. و با نتایج پژوهش بهبودی و همکاران^(۳۵) بر روی زنان متأهل مراجعه کننده به فرهنگسراهای شرق تهران، که بیان نمودند ناگویی هیجانی با عدم تحمل ناکامی و نارضایتی زناشویی در زوجین متقاضی طلاق رابطه معنی‌دار دارد همسو بود. و با یافته‌های keough و همکاران^(۳۶) بر روی بیماران مبتلا به وسواس آلمان که بیان نمودند، تحمل ناکامی توانایی مقاومت در برابر موانع و موقعیت‌های استرس‌زا را افزایش می‌دهد همراستا بود. در تبیین ارتباط نارسایی هیجانی با عدم تحمل ناکامی می‌توان گفت که نارسایی هیجانی و عدم تمایل به ابراز هیجان‌ات سبب می‌شود تا زنان مبتلا به سرطان سینه در واکنش به شرایط ناگوار به درستی عمل نکرده و در مواجهه با شرایط استرس‌زا نتوانند سازگاری مناسبی از خود نشان دهند^(۳۷). در تبیین دیگر می‌توان بیان نمود که تحمل ناکامی نقش محوری در جهت دهی به تلاش‌ها و اقدامات دارند. فقدان تحمل ناکامی باعث ایجاد تنش، اضطراب، افسردگی، ناامیدی و درماندگی می‌شود و همین باعث کناره‌گیری، اضطراب، انعطاف ناپذیری روانشناختی و احساس مضاعف ناکامی می‌شود؛ اما زمانی که زنان مبتلا به سرطان پستان دارای ۱۰۵ تحمل ناکامی باشند، می‌توانند با انعطاف بیشتری با

ای از طراحواره‌های مبتنی بر پردازش اطلاعات هستند که در صورت بی‌نظمی در پردازش اطلاعات با بی‌نظمی در عملکرد شناختی برای تنظیم و تعدیل هیجان‌های ناراحت کننده همراه می‌شوند. به این بی‌نظمی هیجانی نارسایی هیجانی می‌گویند که به معنای آگاهی کم از هیجان‌ها است. بنابراین نارسایی هیجانی که پردازش اطلاعات شناختی فرد را مختل می‌کند، تفسیرهای فرد از زندگی را نیز محدود می‌کند و به دریافت صحیح وی از میزان رضایت از زندگی آسیب می‌زند^(۹) و در نهایت دچار احساس درماندگی روانشناختی می‌شود. همچنین در تبیین ارتباط معکوس نارسایی هیجانی، با داشتن مشکل در تشخیص هیجان‌های خوشایند و ناخوشایند، اغلب بر هیجان‌های زندگی خود برچسب ناخوشایند می‌زند. به همین دلیل اغلب بر نقاط ضعف خود و علائم بیماری تمرکز نموده و احساس ناامیدی و درماندگی را تجربه می‌کنند^(۳).

همچنین می‌توان گفت وقتی اطلاعات هیجانی نتوانند در فرآیند پردازش شناختی، ادراک و ارزشیابی شوند، فرد از نظر عاطفی و شناختی دچار آشفتگی و درماندگی می‌شود. این ناتوانی، سازمان عواطف و شناخت‌های فرد را مختل می‌سازد. افزایش شاخص‌های درماندگی روانشناختی، افسردگی و اضطراب محصول نارسایی هیجانی محسوب می‌شود. تنظیم و مدیریت هیجان‌ها نیز به منزله عملی سازی هیجان‌ها (فرآیند گذار از پردازش به عمل) در دو سطح رفتارهای شخصی و تعامل‌های بین شخصی، دچار اختلال می‌شود. این اختلال، با افزایش درماندگی روانشناختی، سلامت روانی را تهدید و تضعیف می‌کند^(۱۰). در نارسایی هیجانی، توانایی آشکار سازی هیجان‌ها به صورت نمادین محدود است و در نتیجه، پیوند بین تجسم‌های نمادین هیجان‌ها با تصاویر ذهنی و لغات ضعیف می‌شود و از نظر شناختی کمتر مهار پذیر خواهند بود. این ناتوانی و اغتشاش می‌تواند همزمان با افزایش درماندگی روانشناختی در ارتباط قرار گیرد^(۱۱). زنان مبتلا به سرطان پستان اغلب دچار پریشانی

بیماری، روند طولانی مدت درمان و مسائل و مشکلات زندگی برخوردار کنند^(۳۴).

نتیجه کلی مطالعه نشان داد که بین نارسایی هیجانی با درماندگی روانشناختی و عدم تحمل ناکامی همبستگی معنی‌دار وجود داشت. که این همبستگی مستقیم بود یعنی با افزایش نمره نارسایی هیجانی، افسردگی، اضطراب و استرس زنان مبتلا به سرطان پستان افزایش پیدا می‌کرد و نارسایی هیجانی با عدم تحمل ناکامی همبستگی مستقیم داشت، به این معنی که با افزایش نمره نارسایی هیجانی زنان مبتلا به سرطان پستان، توانایی تحمل ناراحتی، بی‌عدالتی، عدم پیشرفت را نداشتند. با توجه به این نتایج به دست آمده، نیاز است که آموزش تنظیم هیجان در کنار سایر روش‌های درمانی جهت کاهش استرس، افسردگی و اضطراب و تاب‌آوری و تحمل ناکامی زنان مبتلا به سرطان پستان مورد استفاده قرار گیرد. یافته‌های این پژوهش می‌تواند مدیران پرستاری را در برگزاری کلاس‌های آموزش ضمن خدمت، اهمیت برنامه مراقبتی در رابطه با آموزش تنظیم هیجان به بیماران جهت کاهش اضطراب افسردگی و استرس و افزایش تاب‌آوری و تحمل ناکامی و کیفیت زندگی کمک نماید.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این مورد اشاره نمود، که متغیرهایی از جمله، زمان ابتلا، درجه سرطان، سابقه خانوادگی سرطان پستان در خانواده، نوع درمان، داشتن عمل جراحی در پژوهش حاضر لحاظ نگردید،

بنابراین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده به این نکات توجه شود تا به تعمیم پذیری نتایج کمک کند. همچنین این که فرد در هنگام تکمیل پرسشنامه چه حسی در مورد بیماری خود داشته باشد و یا چه اندازه مشکلات آن روز وی را آزرده باشد نیز می‌توانست بر پاسخ‌دهی اثرگذار باشد که کنترل آن خارج از اختیار پژوهشگر بود. از پیشنهاد‌های پژوهشی می‌توان به انجام این پژوهش در سایر شهرها و گروه‌های قومی و فرهنگی مختلف به منظور بررسی بیشتر تعمیم نتایج اشاره نمود. و با توجه به اینکه این مطالعه توصیفی بود پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مداخله‌ای در راستای کاهش اضطراب و بالا بردن میزان تحمل ناکامی و تاب‌آوری بیماران انجام شود.

تعارض منافع: نویسندگان هیچ گونه تعارض منافی را گزارش نکردند.

تقدیر و تشکر

این مقاله نتایج بر گرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد در دانشگاه آزاد اسلامی با شماره مجوز ۲۸۱۲۴ می‌باشد. از تمامی بیماران شرکت کننده در پژوهش حاضر که ما را در انجام رساندن این مهم یاری نموده‌اند، نهایت تشکر و قدردانی را داریم.

References

1. Chen PY, Chang HC. The coping process of patients with cancer European. *J Oncol Nurs*. 2014;16(3):224-31.
2. Elahi Nejad S, Makvand-Hosseini S, Sabahi P. Effect of Neurofeedback Therapy versus Group Reality Therapy on Anxiety and Depression Symptoms among Women with Breast Cancer: A Clinical Trial Study. *Iranian Quarterly Journal of Breast Disease*. 2019;11(4):39-52. [Persian]
3. Fallahchai R. Mediating Role of Supportive Dyadic Coping in the Association Between Stress and Marital Adjustment in Women Undergoing Treatment for Breast Cancer. *Iranian Quarterly Journal of Breast Disease*. 2018;11(3):21-31. [Persian]
4. Lerch MF, Thrane SE. Adolescents with chronic illness and the transition to self-management: A systematic review. *J Adolesc*. 2019;72:152-61.
5. Khalatbari J, Hemmat i SV, Mohammadi H. Effect of compassion-focused therapy on body image and marital satisfaction in women with breast cancer: A randomized educational trial study. *Iranian Journal of Breast Diseases*. 2018;11(3):8-20. [Persian]

6. Mousavi H, Bagherian R. Health literacy and breast cancer. *Quarterly Journal of Health Psychology*. 2019 22;8(31):91-102. [Persian]
7. O'Neil A, Stevenson CE, Williams ED, Mortimer D, Oldenburg B, Sanderson K. The health-related quality of life burden of co-morbid cardiovascular disease and major depressive disorder in Australia: findings from a population-based, cross-sectional study. *Quality of life research*. 2013;22(1):37-44.
8. Rajandram RK, Ho SM, Samman N, Chan N, McGrath C, Zwahlen RA. Interaction of hope and optimism with anxiety and depression in a specific group of cancer survivors: a preliminary study. *BMC research notes*. 2011;4(1):1-7.
9. Mahmoodi H, Karbalaee Bagheri Z. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on a Sense of Hope and Belief to the Just World in Patients with Breast Cancer. *Quarterly Journal of Health Psychology*. 2020;9(34):155-70. [Persian]
10. Taylor GJ, Bagby RM. An overview of the alexithymia construct. *The handbook of emotional intelligence*, 2000: 263-76. San Francisco: Jossey-Bass.
11. Sayadpour Z, Akbari M. The Role of Alexithymia and Rumination in Predicting the Life Satisfaction in Obesity Patients: *Iranian Psychologists*. 2018;15(57):59-69. [Persian]
12. Grabe HJ, Schwahn C, Barnow S, Spitzer C, John U, Freyberger HJ, Schminke U, Felix S, Völzke H. Alexithymia, hypertension, and subclinical atherosclerosis in the general population. *J Psychosom Res*. 2010;68(2):139-47.
13. Baiardini I, Abbà S, Ballauri M, Vuillermoz G, Braido F. Alexithymia and chronic diseases: the state of the art. *G Ital Med Lav Ergon*. 2011;33(1 Suppl A):A47-52.
14. Kojima M, Senda Y, Nagaya T, Tokudome S, Furukawa TA. Alexithymia, depression and social support among Japanese workers. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2003;72(6):307-14.
15. Rahmani Javanmard S, Khani MH. A study and comparison of Alexithymia, Distress tolerance, and Anger rumination among Women with Hypertension and Normal Women. *Quarterly Journal of Health Psychology*. 2017;6(23):136-50. [Persian]
16. Afsharpour S, Aghdasi A. A comparative study of the effectiveness of reality therapy and existential therapy on the resilience of women with breast cancer. *Women and Family Studies*. 2020;13(47):25-41. [Persian]
17. Mardanian Dehkordi L, Babashahi M. Evaluation of fatigue and its related factors in cancer patients undergoing chemotherapy. *Journal of Health and Care*. 2018;20(2):156-64. [Persian]
18. Basharpour S, Amani S, Narimani M. The effectiveness of Narrative Exposure Therapy on improving posttraumatic symptoms and interpersonal reactivity in patients with cancer. *Archives of Rehabilitation*. 2019;20(3):230-41. [Persian]
19. Irandoost R, Malihi Al-Zakerini S, Sohrabi Osmord F, Ahi Q. A Causal Model of Sexual Function Based on Sexual Dysfunctional Beliefs, Psychological Distress and Dimensions of Marital Intimacy. *The Women and Families Cultural-Educational*. 2019;13(45):135-52. [Persian]
20. Yoosefi N, Karimipoor B. Effectiveness of training the Mindfulness-Based Stress Reduction Program (MBSR) on the Self-Efficacy and Frustration Tolerance in Parents of physical-motor disabled children. *Psychology of Exceptional Individuals*. 2018;8(30):113-32. [Persian]
21. Nolen-Hoeksema S, McBride A, Larson J. Rumination and psychological distress among bereaved partners. *J Person Social Psychol*. 1997;72(4):855-862.
22. Khezri Moghadam N, Tashk A. The Effectiveness of Parent Management Training (PMT) on Frustration Tolerance and Adjustment of Adolescent Girls. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*. 2020;9(8):111-22. [Persian]
23. Domínguez LR, Gámez LC. Corporate reporting on risks: Evidence from Spanish companies. *Revista de Contabilidad*. 2014;17(2):116-29.
24. Keough ME, Riccardi CJ, Timpano KR, Mitchell MA, Schmidt NB. Anxiety symptomatology: The association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behavior therapy*. 2010;41(4):567-74.
25. Sharf RS. *Theories of psychotherapy & counseling: Concepts and cases*. Cengage Learning; 2015.
26. Besharat MA. Reliability and factorial validity of a Farsi version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychological reports*. 2007;101(1):209-20. [Persian]

27. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Therapy*. 1995;33(3):335-43.
28. Delshad Noughabi A, Ghorbany Moghadam I, Khavasi M, Raznahan R, Abbasi Mendi A, Mohsenikhah M. Evaluation of depression, anxiety and stress in hemodialysis patients in Gonabad city 2017. *The Horizon of Medical Sciences*. 2019;25(2):138-4. [Persian]
29. Harrington N. The frustration discomfort scale: Development and psychometric properties. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*. 2005;12(5):374-87.
30. Mahmoudpour A, Dehghanpour S, Vazifedan F. The prediction of distress tolerance based on attachment styles, frustration tolerance and religious attitude in divorced women. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*. 2020;9(4):93-102. [Persian]
31. Derakhtkar A, Safikhani A. Relationship between social support and coping strategy and frustration tolerance in students of Shiraz University. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*. 2019;8(10):125-32. [Persian]
32. Besharat M, Zamani Froshani N, Moafi A. The mediating role of cognitive emotion regulation strategies on the relationship between personality characteristics and psychological distress in siblings of children with cancer. *Journal of psychologicalscience*. 2017;16(62):179-97. [Persian]
33. Noli G, Cornicelli M, Marinari GM, Carlini F, Scopinaro N, Adami GF. Alexithymia and eating behaviour in severely obese patients. *J Human Nutr Dietet*. 2010;23(6):616-9.
34. Abooie B, Amiri M. Relationship between Perceived Stress, Frustration Tolerance, Cognitive Emotion Regulation with Depression Syndrome. *Middle East J Disabili Stud*. 2019;9:79. [Persian]
35. Behboudi M, Rostami R, Janghoo E. The role of ethical foundations and tolerance of failure in predicting marital adjustment of married women. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*. 2020;9(10):17-26. [Persian]