

Developing a Causal Model of the Relationship Between Psychological Hardiness, Psychological Distress, Distress Tolerance with Nursing Stress Mediated by Cognitive Flexibility in Nurses with Fibromyalgia Syndrome

Saeed Enayatian¹, Ali Hosseinaei^{2*}, Sosan Rahimi³, Alireza Rajaei⁴

1- Department of Counseling, Ma.C., Islamic Azad University, Mashhad, Iran

ORCID: 0009-0000- 7945-4520

2- Department of Psychology and Counseling, Az.C., Islamic Azad University, Azadshahr, Iran

ORCID: 0000-0003-0090-7625

3- Department of Psychology, ToJ.C., Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran

ORCID: 0000-0002-3624-7529

4- Department of Psychology, ToJ.C., Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran

ORCID: 0000-0002-3806-1875

Ali Hosseinaei, Department of Psychology and Counseling, Az.C., Islamic Azad University, Azadshahr, Iran
Email: a_hosseinaei@iau.ac.ir

Received: 11 Sep 2025

Revised: 28 Dec 2025

Accepted: 1 Jan 2026

Abstract

Introduction: The purpose of this study was to investigate the causal model of the relationship between psychological hardiness, psychological distress, and distress tolerance with nursing stress, mediated by cognitive flexibility in nurses with fibromyalgia syndrome. Nurses with fibromyalgia syndrome are exposed to high levels of nursing stress due to the chronic nature of the disease and job pressures, and investigating the psychological mechanisms affecting it is of particular importance.

Methods: This research employed a descriptive-correlational design using structural equation modeling. The statistical population included 798 nurses with fibromyalgia syndrome in Imam Reza, Ghaem, Razavi, Farabi, Khatam Al-Anbia, and Hefadeh Shahrivar hospitals, and 268 were selected through purposive sampling. Data were collected using standardized questionnaires: Psychological Hardiness (Kobasa), Psychological Distress (Mason et al), Distress Tolerance (Simons & Gaher), Cognitive Flexibility (Dennis & Vander Wal), Nursing Stress Scale (Gray-Toft & Anderson) and the Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR).

Results: The results showed that psychological hardiness ($-0.46, p>0.01$) and distress tolerance ($-0.26, p>0.01$) had significant negative effects on nursing stress, whereas psychological distress ($0.33, p>0.01$) had a significant positive effect. In addition, cognitive flexibility played a significant mediating role ($-0.22, p>0.01$) in these relationships. The final model demonstrated good fit and was able to explain a substantial portion of the variance in nursing stress.

Conclusions: The findings emphasize the importance of examining the direct and indirect effects of psychological variables to improve resilience and reduce psychological stress in nurses with chronic diseases. This research can be a guide for designing intervention programs in healthcare settings.

Keywords: Psychological hardiness, Psychological distress, Distress tolerance, Nursing stress, Cognitive flexibility, Fibromyalgia syndrome

How to cite this article: Enayatian S, Hosseinaei A, Rahimi S, Rajaei A. Developing a Causal Model of the Relationship Between Psychological Hardiness, Psychological Distress, Distress Tolerance with Nursing Stress Mediated by Cognitive Flexibility in Nurses with Fibromyalgia Syndrome. Journal of Nursing Education (JNE). December 2025.p 102- 120 (in Persian)

ISSN/ © 2022 The Authors. Published by Iranian Nursing Association.This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).



تدوین مدل علی رابطه سرسختی روان‌شناختی، آشفتگی روان‌شناختی، تحمل‌پریشانی با استرس پرستاری با میانجی‌گری انعطاف‌پذیری شناختی در پرستاران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا

سعید عنایتیان^۱، علی حسینی^۲، سوسن رحیمی^۳، علیرضا رجایی^۴

۱- گروه مشاوره، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران ORCID: 0009-0000-7945-4520
 ۲- گروه روان‌شناسی و مشاوره، واحد آزادشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، آزادشهر، ایران ORCID: 0000-0003-0090-7625
 ۳- گروه روان‌شناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران ORCID: 0000-0002-3624-7529
 ۴- گروه روان‌شناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران ORCID: 0000-0002-3806-1875

*نویسنده مسئول: علی حسینی، گروه روان‌شناسی و مشاوره، واحد آزادشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، آزادشهر، ایران

ایمیل: a_hosseinaei@iau.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۰/۱۲

تاریخ بازبینی: ۱۴۰۴/۱۰/۷

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۶/۲۰

چکیده

مقدمه: پرستاران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا به دلیل ماهیت مزمن بیماری و فشارهای شغلی، در معرض سطوح بالایی از استرس پرستاری قرار دارند که بررسی سازوکارهای روان‌شناختی مؤثر بر آن، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. هدف پژوهش حاضر، بررسی مدل علی رابطه بین سرسختی روان‌شناختی، آشفتگی روان‌شناختی و تحمل‌پریشانی با استرس پرستاری با میانجی‌گری انعطاف‌پذیری شناختی در پرستاران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا بود.

روش کار: پژوهش به روش توصیفی-همبستگی و با استفاده از مدل‌یابی معادلات ساختاری انجام شد. جامعه آماری شامل ۷۹۸ نفر پرستاران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا در بیمارستان‌های امام رضا، قائم، رضوی، فارابی، خاتم‌الانبیا و هفده شهریور بود و ۲۶۸ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسشنامه‌های سرسختی روان‌شناختی کوباسا، آشفتگی روان‌شناختی ماسون و همکاران، تحمل‌پریشانی سیمونز و گاهر (DTS)، انعطاف‌پذیری شناختی دنیس و وندروال (CFI)، استرس پرستاری گری-تافت و اندرسون (ENSS) و پرسشنامه بازنگری شده فارسی سندرم فیبرومیالژیا (FIQR) بود.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که سرسختی روان‌شناختی ($p < ۰/۰۱$ ، $-۰/۴۶$) و تحمل‌پریشانی ($p < ۰/۰۱$ ، $-۰/۲۶$) تأثیر منفی و معنادار، و آشفتگی روان‌شناختی ($p < ۰/۰۱$ ، $۰/۳۳$) تأثیر مثبت و معناداری بر استرس پرستاری دارند. همچنین، انعطاف‌پذیری شناختی نقش میانجی‌گری معناداری ($p < ۰/۰۱$ ، $-۰/۲۲$) در روابط مذکور ایفا کرد. مدل نهایی از برازش مناسب برخوردار بود و توانست بخش قابل توجهی از واریانس استرس پرستاری را تبیین کند.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها بر اهمیت بررسی سنجش اثر مستقیم و غیرمستقیم، در متغیرهای روان‌شناختی جهت بهبود تاب‌آوری و کاهش فشار روانی پرستاران مبتلا به بیماری‌های مزمن تأکید دارند. این پژوهش می‌تواند راهنمایی برای طراحی برنامه‌های مداخله‌ای در محیط‌های درمانی باشد.

کلیدواژه‌ها: سرسختی روان‌شناختی، آشفتگی روان‌شناختی، تحمل‌پریشانی، استرس پرستاری، انعطاف‌پذیری شناختی، سندرم فیبرومیالژیا

مقدمه

پرستاران به عنوان یکی از اصلی ترین ارکان نظام سلامت، نقش حیاتی در حفظ، ارتقا روانی و محیطی ناشی از حجم بالای کار، شیفت های طولانی، مواجهه با مرگ و رنج بیماران و تعارضات بین فردی قرار دارند. استمرار این عوامل استرس زا موجب بروز پدیده های تحت عنوان استرس پرستاری می شود که به صورت احساس خستگی، تنش هیجانی، اضطراب و فرسودگی شغلی نمود پیدا می کند و نه تنها سلامت روان و عملکرد پرستاران را تهدید می نماید، بلکه مستقیماً بر کیفیت مراقبت از بیماران نیز اثرگذار است [۱].

در میان پرستاران، گروهی که خود با سندرم فیبرومیالژیا (Fibromyalgia syndrome) که نوعی بیماری مزمن با علائمی نظیر درد گسترده عضلانی، خستگی مفرط، اختلال خواب و مشکلات شناختی است، دست و پنجه نرم می کنند، در معرض آسیب پذیری بیشتری قرار دارند. سندرم فیبرومیالژیا، اختلال شایعی است که علائم اصلی آن، شامل: درد فشرده و مزمن در بدن؛ احساس خستگی زودرس و کاهش انرژی می باشد. سندرم فیبرومیالژیا طبق تعریف کالج روماتولوژی آمریکا در سال ۱۹۹۰، یک وضعیت درد مزمن گسترده با نقاط حساس مشخص در معاینه فیزیکی، که اغلب با مجموعه ای از علائم مانند خستگی، اختلال خواب، سردرد، سندرم روده تحریک پذیر و اختلالات خلقی همراه است [۲]. فیبرومیالژیا یک سندرم با علت ناشناخته است که به طور کلی بر اساس معیارهای کالج روماتولوژی آمریکا تشخیص داده می شود، که شامل درد مزمن و گسترده برای حداقل ۳ ماه و وجود ۱۱ نقطه از ۱۸ نقطه حساس است. شیوع جهانی فیبرومیالژیا بین ۰/۵ تا ۵ درصد است و زنان را بیشتر از مردان مبتلا می کند [۳]. فیبرومیالژیا زنان در دهه چهارم و پنجم زندگی را تحت تاثیر قرار می دهد و شیوع فیبرومیالژیا با افزایش سن افزایش می یابد [۴]. در ارتباط با مواردی که در فیبرومیالژیا بسیار مؤثر است مورد استرس پرستاری است که به فشارهای روانی و جسمی اشاره دارد که پرستاران در محیط کار خود تجربه می کنند اشاره دارد. این استرس می تواند ناشی از بار کاری زیاد، مسئولیت های سنگین و نیاز به تصمیم گیری های فوری، و همچنین احساس عدم کنترل بر موقعیت ها و کمبود حمایت باشد. نحوه اثر استرس پرستاری بر فیبرومیالژیا به این شکل است که استرس مزمن می تواند تأثیرات منفی بر روی سیستم عصبی

و سیستم ایمنی بدن داشته باشد [۵].

سرسختی روان شناختی به عنوان ترکیبی از نگرش ها و باورها تعریف شده است که به شخص انگیزه و جرات می دهد تا در روبرو شدن با شرایط استرس زا و سخت کارهای سخت و راهبردی را مورد استفاده قرار دهد و برای سازگاری با آن شرایط سرسختانه فعالیت کند تا از بین حوادثی که می تواند به طور بالقوه واجد پیامدهای فاجعه آمیز و ناخوشایند باشند راهی به سوی رشد فراهم آورد. سرسختی روان شناختی به عنوان یک مؤلفه شخصیتی دارای عناصر سه گانه کنترل، تعهد و مبارزه جویی است که به عنوان سپر مقاومت در مقابل اختلال های روان پزشکی و جسمانی مطرح شده اند [۶].

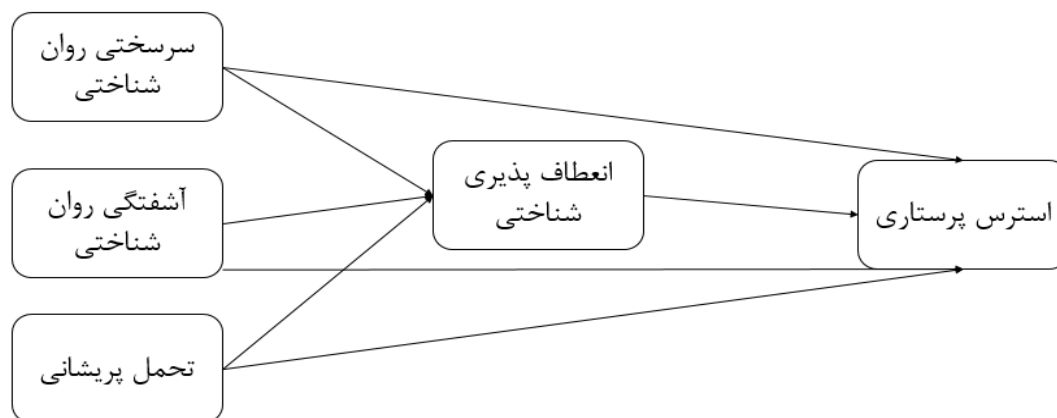
آشفته گی روان شناختی به طور گسترده به عنوان حالتی از رنج عاطفی تعریف می شود که با علائم افسردگی و اضطراب مشخص می شود. همچنین با علائم جسمی دیگری مانند بی خوابی، سردرد و کمبود انرژی که احتمالاً در مناطق مختلف متفاوت است. بیماران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا سطوح بیش از حد آشفته گی روان شناختی را تجربه می کنند: ۲۰ تا ۸۰٪ اضطراب و ۱۳ تا ۶۴٪ افسردگی را تجربه می کنند [۷].

تحمل پریشانی به طور کلی به ظرفیت درک شده فرد برای مقاومت در برابر حالات عاطفی منفی و یا دیگر حالت های تنفرآمیز و عمل رفتاری تحمل حالات درونی آزاردهنده ناشی از برخی از عوامل استرس زا اشاره دارد. از آنجایی که سندرم فیبرومیالژیا یک اختلال مزمن است که با درد گسترده، خستگی، و مشکلات خواب مشخص می شود، این وضعیت ممکن است که با سطوح بالای استرس و پریشانی مرتبط باشد [۸].

تحمل پریشانی به چندین جنبه اشاره دارد که به وضوح بر روی چالش های پرستاران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا تأثیر می گذارد: (۱) درد مزمن: وجود درد مداوم باعث افزایش احساس پریشانی می شود، زیرا این شرایط فیزیکی ممکن است مانع از انجام فعالیت های روزمره و شغلی شود. (۲) خستگی فیزیکی و روانی: خستگی می تواند در سطح جسمی و روانی، منجر به احساس پریشانی بالاتر و کاهش تمرکز در محیط کار گردد. (۳) استرس محیط کار: چالش های ناشی از فشار کار در محیط های بیمارستانی، از جمله نیاز به پاسخگویی سریع و مدیریت بحران، می تواند بار اضافی بر

تعامل این متغیرها با متغیر میانجی انعطاف‌پذیری شناختی می‌تواند بینش تازه‌ای در تبیین سازوکارهای روان‌شناختی محافظت‌کننده یا آسیب‌زا فراهم آورد. از سوی دیگر، فقدان مدل‌های علی مبتنی بر داده‌های تجربی در جمعیت پرستاران مبتلا به فیبرومیالژیا، خلأی در ادبیات پژوهشی ایجاد کرده است. هدف این پژوهش تدوین و آزمون یک مدل علی برای تبیین رابطه سرسختی روان‌شناختی، آشفتگی روان‌شناختی و تحمل پریشانی با استرس پرستاری با نقش میانجی انعطاف‌پذیری شناختی در پرستاران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا بود به این علت که زمینه‌ساز مداخلات روان‌شناختی مؤثر و مبتنی بر شواهد در محیط‌های بالینی شود. پژوهش Barnard و همکاران نشان می‌دهد سرسختی روانی به‌طور غیرمستقیم و مثبت بر سلامت روانی آن‌ها از طریق مجموعه توانایی‌های قوی تأثیر می‌گذارد [۱۱]. پژوهش Patti و Watson نشان می‌دهد استرس ادراک شده از محیط آموزشی در عوامل تأثیرگذار آشفتگی روان‌شناختی نقش دارد [۱۲]. پژوهش Güzel و همکاران نشان می‌دهد رابطه مثبت و معناداری بین تحمل پریشانی و کار هیجانی به دست آمد [۱۳].

روان پرستاران بگذارد و این بار بدون مدیریت مناسب، به پریشانی بیشتر منجر می‌شود [۹]. انعطاف‌پذیری شناختی به توانایی فرد در تغییر و تطبیق فکرها و رفتارهای خود در پاسخ به موقعیت‌ها و نیازهای جدید اشاره دارد. این مفهوم شامل قابلیت‌هایی است که بر اساس آن، فرد می‌تواند از نظر شناختی انعطاف‌پذیر شود که عبارت هستند از: (۱) تغییر دیدگاه: افراد با انعطاف‌پذیری شناختی می‌توانند از زاویه‌های مختلف به یک مسئله نگاه کنند و نگرش‌های متنوع را در نظر بگیرند. (۲) حل مسئله: این توانایی به افراد کمک می‌کند تا در مواجهه با چالش‌ها و موقعیت‌های غیرمنتظره استراتژی‌های جدیدی ارائه دهند. افزایش میزان استرس شغلی در پرستاران، به‌ویژه در میان افرادی که خود با بیماری‌های مزمن مانند سندرم فیبرومیالژیا مواجه هستند، تهدیدی جدی برای کیفیت مراقبت‌های بالینی و سلامت روان کارکنان نظام سلامت محسوب می‌شود [۱۰]. با توجه به اینکه متغیرهایی همچون سرسختی روان‌شناختی، آشفتگی روان‌شناختی و تحمل پریشانی نقش مهمی در تنظیم هیجانی و مقابله با فشارهای محیطی دارند، بررسی



شکل ۱. مدل مفهومی سرسختی روان‌شناختی، آشفتگی روان‌شناختی، تحمل پریشانی با استرس پرستاری با میانجی‌گری انعطاف‌پذیری شناختی در پرستاران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا

معیار ورود به پژوهش شامل پرستار بودن، داشتن حداقل پنج سال سابقه کار پرستاری بوده و تشخیص قطعی سندرم فیبرومیالژیا بر اساس مدارک پزشکی و تأیید متخصص روماتولوژی انجام شده بود. روان‌پزشک در این مطالعه صرفاً وضعیت روان‌شناختی را بررسی کرده است و ابزار FIQR تنها برای سنجش شدت و تأثیر بیماری پس از تشخیص

روش کار

این پژوهش با توجه به هدف از نوع پژوهش‌های بنیادی می‌باشد. روش پژوهش همبستگی-توصیفی از نوع تحقیقات گذشته‌نگر است و روش تجزیه تحلیل اطلاعات پژوهش معادلات ساختاری است. در این نوع پژوهش رابطه میان متغیر بر اساس هدف پژوهش، تحلیل می‌شود.

قطعی به کار رفته است ملاک خروج از پژوهش مشتمل بر داشتن بیماری دیگر به طور همزمان و عدم علاقه آزمودنی در شرکت و یا ادامه مطالعه خواهد بود. بدین ترتیب گروه اصلی پژوهش را پرستاران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا در بیمارستان های خصوصی و غیر خصوصی شهر مشهد تشکیل دادند.

این پژوهش در بهار و تابستان سال ۱۴۰۴ و در بیمارستان های امام رضا، قائم، رضوی، فارابی، خاتم الانبیا و هفده شهریور شهر مشهد انجام شد. در گام اول باید ذکر کرد که جامعه کلی پرستاران تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مشهد ۱۱۰۰۰ نفر گزارش شده بود. بر طبق گزارش دانشگاه علوم پزشکی مشهد، جامعه پرستاران شهر مشهد برابر با ۱۱ هزار نفر بوده و تعداد افراد جامعه پرستاران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا برابر با ۷۹۸ نفر زن و مرد بوده است و بر اساس جدول کرجسی و مورگان [۱۴] حجم نمونه مورد نیاز برابر با ۲۵۹ نفر بودند که در گروه پرستاران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا از طریق فراخوان جمع آوری شدند و ۳۱۲ نفر به پرسشنامه غربالگری پاسخ دادند و از این تعداد ۲۶۸ نفر واجد شرایط بودند و این افراد نمونه به دلیل خاص بودن اختلال با نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. فراخوان صرفاً برای شناسایی اولیه پرستاران دارای علائم احتمالی فیبرومیالژیا به کار رفت. انتخاب نهایی شرکت کنندگان پس از بررسی معیارهای ورود و خروج و بر اساس تشخیص قطعی، به صورت نمونه گیری هدفمند انجام شد. اگرچه حجم نمونه مطابق با جدول مورگان تعیین شده است، اما کفایت آن بر اساس قواعد PLS-SEM نیز مورد تأیید است و تحلیل ها با رویکرد مدلسازی معادلات ساختاری انجام شده است. بر اساس قواعد مدل سازی معادلات ساختاری با رویکرد PLS، از جمله قاعده ۱۰ برابر و نیز معیارهای توان آماری، حداقل حجم نمونه مورد نیاز برای این پژوهش بین ۵۰ تا ۲۰۰ نفر برآورد می شود. با توجه به حجم نمونه ۲۶۸ نفر، کفایت نمونه برای تحلیل مدل در نرم افزار Smart PLS کاملاً تأیید می شود. در گام دوم سایر پرسشنامه هایی که به صورت آنلاین ساخته شده بود در اختیار افراد نمونه منتخب قرار گرفت و ۲۶۸ نفر به پرسشنامه ها پاسخ دادند. در گام سوم اطلاعات حاصل از پرسشنامه ها برای تجزیه تحلیل توصیفی و استنباطی و استفاده از آزمون های آماری نظیر میانگین، انحراف معیار، کجی و کشیدگی و ضرایب رگرسیون به نرم

افزار SPSS ۲۷ منتقل شد و در گام چهارم برای ترسیم مدل و بررسی برازش و وجاهت مدل، ضرایب استاندارد و غیراستاندارد و اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای پژوهش بر یکدیگر از نرم افزار Smart PLS استفاده شد. و در گام پنجم نتایج مورد بحث و بررسی و تبیین قرار گرفتند. در این پژوهش ۷۰ نفر مرد (۲۶/۱۲٪) و ۱۹۸ نفر (۷۳/۸۸٪) زن شرکت کردند. میانگین سنی گروه مردان برابر با ۳۰/۰۹ بوده و میانگین سنی گروه زنان برابر ۲۸/۴۰ بوده است. جمعیت افراد مجرد برابر با ۱۱۷ نفر بوده (۴۳/۶۶٪) و افراد متأهل برابر با ۱۵۱ نفر (۵۶/۳۴٪) بوده است که در مجموع ۲۶۸ نفر را تشکیل می دهند. ابزار مورد استفاده در پژوهش به شرح زیر است:

پرسشنامه سرسختی روان شناختی (Psychological Toughness Questionnaire) Kobasa et al (ness Questionnaire): این پرسشنامه که در سال ۱۹۸۲ تدوین شده و دارای ۲۰ عبارت بوده و ۳ زمینه اصلی تعهد (۱ تا ۹)، کنترل (۱۰ تا ۱۶) و چالش (۱۷ تا ۲۰) می باشد و هدف آن ارزیابی میزان سرسختی و عوامل آن در افراد می باشد. شیوه نمره دهی پرسشنامه سرسختی بدین صورت است که گزینه های هرگز، به ندرت، گاهی اوقات و اغلب اوقات به ترتیب نمرات ۴، ۳، ۲ و ۱ کسب خواهد نمود. جمع کل نمرات این سؤالات به عنوان امتیاز سرسختی آزمودنی در نظر گرفته می شود و هر چه این نمره بالاتر باشد، بیانگر سرسختی بالاتر پاسخ دهنده است و برعکس. برای اندازه گیری امتیاز مربوط به هر عامل، امتیازات سؤالات آن بعد با هم جمع می شود و همچنین نمره دهی به شکل مستقیم است. نمره کل در این پرسشنامه حداکثر نمره ۸۰، و حداقل نمره صفر می باشد [۱۵]. حاتمی و رزنه و همکاران در مطالعه خود نشان می دهند که مؤلفه های سرسختی یعنی تعهد، کنترل و چالش هر یک به ترتیب از ضریب پایایی ۰/۸۷، ۰/۸۰ و ۰/۸۶ و این ضرایب برای کل صفت سرسختی ۰/۷۵ محاسبه شده است [۱۶]. جمع نمرات مقیاس ها با هم شاخص سرسختی در نظر گرفته می شود. هرچه نمره بالاتر باشد، سرسختی بیشتر است. روایی سازه ابزار مطلوب و پایایی مقیاس ها به روش آلفای کرونباخ از ۰/۶۰ تا ۰/۷۰ گزارش شده است. روایی همگرایی این سازه از طریق شاخص AVE بررسی شد و مقدار آن برابر با ۰/۷۵ بود که بالاتر از حد معیار ۰/۵۰ است. روایی واگرایی این پرسشنامه نیز با استفاده از

AVE این سازه برابر با ۱ به دست آمده که تأییدکننده‌ی روایی همگرایی بسیار بالاست. همچنین، مقدار HTMT آن در تمامی مقایسه‌ها کمتر از ۰/۹۰ بود و روایی واگرایی سازه با سایر متغیرها تأیید شد. همچنین در پژوهش حاضر برای سنجش پایایی پرسشنامه آشفتگی روان‌شناختی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار آن ۰/۸۶ به دست آمد.

پرسشنامه تحمل‌پریشانی (Distress Tolerance Questionnaire) Simons & Gaher (naire): این پرسشنامه در سال ۲۰۰۵ تدوین شده است، یک شاخص خودسنجی تحمل‌پریشانی هیجانی است. این مقیاس دارای ۱۵ سوال است که چهار خرده‌مقیاس تحمل با سوالات ۱، ۳ و ۵؛ جذب با سوالات ۲، ۴ و ۱۵؛ ارزیابی با سوالات ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲؛ تنظیم با سوالات ۸، ۱۳ و ۱۴ را اندازه‌گیری می‌کند. تمامی پرسش‌ها به شکل مستقیم نمردهی می‌شوند و فقط پرسش شماره ۶ معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالاتر بیانگر سطوح بالای تحمل‌پریشانی است. نمره کل در این پرسشنامه با حداکثر نمره ۷۵، و حداقل نمره ۱۵ می‌باشد [۱۹]. عزیزی و زارعی، میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۶۷ و اعتبار بازآزمایی این پرسشنامه را نیز ۰/۷۹ گزارش کردند [۲۰]. مقدار AVE این پرسشنامه برابر با ۰/۵۸ بوده که نشان‌دهنده‌ی روایی همگرا می‌باشد. همچنین در بررسی روایی واگرا، مقادیر HTMT کمتر از ۰/۹۰ گزارش شد و طبق شاخص فورنل-لاکر نیز این سازه با سایر متغیرها تمایز ساختاری مناسب دارد. همچنین در پژوهش حاضر برای سنجش پایایی پرسشنامه تحمل‌پریشانی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار آن ۰/۷۹ به دست آمد.

پرسشنامه استرس پرستاری (Nursing Stress Questionnaire) Gray-Toft & Anderson (naire): این پرسشنامه در سال ۱۹۸۱ تدوین شده است، زیرمقیاس‌های این پرسشنامه شامل مرگ و مردن، تعارض با پزشکان، عدم کفایت آمادگی، نقص در حمایت، تعارض با پرستاران دیگر، بار کاری، و عدم اطمینان از درمان می‌باشد. پرسشنامه دارای ۵۷ گویه می‌باشد. در این پرسشنامه نمره‌دهی به شکل مستقیم است. نمرات بالا بیانگر سطوح بالاتر استرس پرستاری است. نمره کل در این پرسشنامه با حداکثر نمره ۲۸۵، و حداقل نمره ۵۷ می‌باشد [۲۱]. در مطالعه حاتمیان و حاتمیان پایایی پرسشنامه بر اساس یک مطالعه مقدماتی بر روی نمونه ۳۰ نفری پایایی پرسشنامه ۰/۸۴ محاسبه شد. همچنین در پژوهش مذکور، دامنه اعتبار زیر مقیاس‌ها از $\alpha=0/88$

معیار HTMT بررسی شد و مقدار همبستگی آن با سایر سازه‌ها زیر ۰/۹۰ بود که نشان‌دهنده‌ی روایی واگرایی قابل قبول است. همچنین، نتایج حاصل از روش فورنل و لاکر نیز تأییدکننده تمایز این سازه با سایر متغیرها بودند. همچنین در پژوهش حاضر برای سنجش پایایی پرسشنامه سرسختی روان‌شناختی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار آن ۰/۸۹ به دست آمد.

پرسشنامه آشفتگی روان‌شناختی (Psychological Distress Questionnaire) Mason et al: این پرسشنامه که در سال ۲۰۰۱ تدوین شده است، شامل ۱۴ گویه است که با هدف بررسی و ارزیابی میزان آشفتگی شناختی در افراد معرفی شده است. نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت بلی، خیر است. به این صورت که هر پاسخ بلی ۱ امتیاز و هر پاسخ خیر نمره صفر می‌گیرد. به منظور نمره‌گذاری پرسشنامه به هر گزینه بلی ۱ امتیاز و به هر گزینه خیر ۰ امتیاز می‌گیرند و نمره‌دهی تمام پرسش‌ها مستقیم است. نمرات بالاتر بیانگر سطوح بالاتر آشفتگی روان‌شناختی است. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه امتیاز همه سوالات پرسشنامه را با هم جمع می‌شوند. این عدد دامنه‌ای از ۰ تا ۱۴ خواهد داشت. این پرسشنامه بخشی از پرسشنامه تجارب و عواطف آکسفورد-لیورپول می‌باشد که توسط ماسون و همکاران و به منظور سنجش صفات اسکیزوتایپی در نمونه‌های بالینی و غیربالینی ساخته شده است. پرسش‌نامه دارای ۵ مقیاس فرعی است که عبارتند از: تجارب غیرمعمول (عقاید و ادراکات انحرافی)، آشفتگی شناختی، بی‌لذتی درونگرایانه و ناپیرویی تکانشی (رفتار غیراجتماعی) و گرایش به انزوا. نمره کل در این پرسشنامه با حداکثر نمره ۱۴، و حداقل نمره صفر می‌باشد [۱۷]. در پژوهش یعقوبی و همکاران به منظور بررسی روایی همزمان، از اجرای همزمان مقیاس شخصیتی اسکیزوتایپی استفاده شد. بدین منظور ۸۱ نفر از نمونه تحقیقی که به طور تصادفی انتخاب شده بودند همزمان به سوالات دو پرسشنامه جواب دادند. نتایج تحلیل با استفاده از روش همبستگی پیرسون نشان داد که همبستگی بین این دو پرسشنامه ۰/۸۹ می‌باشد. برای تعیین پایایی بازآزمایی، تعداد ۴۳ نفر به صورت نمونه‌گیری داوطلب انتخاب و سپس در فاصله ۴ هفته دوباره آزمایش شدند. ضریب پایایی خرده‌مقیاس آشفتگی شناختی به دست آمده است و ضرایب در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بودند [۱۸]. در پژوهش حاضر مقدار

(تعارض با سرپرستاران) تا $\alpha=0/65$ (تبعیض) بود. تحلیل عاملی زیر مقیاس تبعیض نشان داد که تبعیض جنسیتی پراگندگی (واریانس) بیشتری نسبت به مورد دیگر یعنی تبعیض نژادی دارد [۲۲]. مقدار AVE به دست آمده برای این سازه نیز ۱ بوده و روایی همگرا را تأیید می کند. نتایج حاصل از معیار HTMT و روش فورنل و لاکر نیز مؤید وجود روایی و اگرایی مناسب بودند. همچنین در پژوهش حاضر برای سنجش پایایی پرسشنامه استرس پرستاری از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار آن ۰/۹۱ به دست آمد.

پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی (Cognitive Flexibility Questionnaire) Dennis & Vander wal: که در سال ۲۰۱۰ تدوین شده است، یک ابزار خودگزارشی کوتاه ۲۰ سوالی با طیف لیکرت ۷ درجه ای است که برای سنجش نوعی از انعطاف پذیری شناختی که در موفقیت فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمدتر لازم است، به کار می رود. سه خرده مقیاس جایگزین ها با سوالات ۳، ۵، ۶، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۸، ۱۹ و ۲۰؛ کنترل ۱، ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱، ۱۵ و ۱۷؛ جایگزین هایی برای رفتارهای انسانی با سوالات ۸ و ۱۰ را اندازه گیری می کند. در این پرسشنامه نمره گذاری به شکل مستقیم انجام می شود. نمرات بالا بیانگر سطوح بالای انعطاف پذیری شناختی است. نمره کل در این پرسشنامه با حداکثر نمره ۱۴۰، و حداقل نمره ۲۰ می باشد [۲۳]. سلطانی و همکاران ضریب بازآزمایی کل مقیاس را ۰/۷۱ و ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ گزارش نموده اند. در پژوهش حاضر، مقدار AVE این سازه برابر با ۱ است که نشان دهنده همبستگی بسیار بالای بخش های ابزار است [۲۴]. روایی و اگرایی این پرسشنامه نیز با معیار HTMT تأیید شده و مقادیر کمتر از ۰/۹۰ بودند. در پژوهش حاضر، برای سنجش پایایی پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار آن ۰/۸۸ به دست آمد.

پرسشنامه بازنگری شده فارسی سندرم فیبرومیالژیا (Re-vised Fibromyalgia Syndrome Questionnaire) Bennet et al: این پرسشنامه در سال ۲۰۰۹ طراحی شده و دارای ۲۱ سوال می باشد. هدف ارزیابی تاثیر بیماری فیبرومیالژیا بر افراد از ابعاد مختلف (عملکرد، تاثیر کلی، علائم) می باشد. نمره گذاری پرسشنامه بصورت طیف لیکرت ۱۱ نقطه ای می باشد. این پرسشنامه دارای سه

زمینه عملکرد (۱ تا ۹)، تأثیر کلی (۱۰ تا ۱۱) و علائم (۱۲ تا ۲۱) می باشد. برای بدست آوردن امتیاز مربوط به هر بعد، مجموع امتیازات مربوط به تک تک سوالات آن بعد را با هم محاسبه می شود. نمرات بالاتر در هر بعد نشان دهنده تاثیر گذاری بالاتر بیماری فیبرومیالژیا بر آن بعد در فرد پاسخ دهنده خواهد بود و برعکس. نمره کل در این پرسشنامه با حداکثر نمره ۲۱۰، و حداقل نمره صفر می باشد. [۲۵]. در پژوهش مبینی و همکاران بعد از ترجمه پرسشنامه، ۴۴ بیمار مبتلا به فیبرومیالژیا توسط آن مورد ارزیابی قرار گرفتند. بیماران به صورت همزمان پرسشنامه اضطراب و افسردگی بیمارستانی و پرسشنامه کیفیت زندگی را پر کردند. یک هفته بعد پرسشنامه FIQR مجدداً تکمیل شد. قابلیت اعتماد توسط سازگاری داخلی، ضریب آلفای کرونباخ و ضریب ارتباط بین کلاس تعیین گردید. اعتبار ساختاری با ضریب ارتباط اسپیرمن و پیرسون ارزیابی شد. یافته ها نشان داد که از ۶۹ بیمار زن مبتلا به فیبرومیالژیا، اولیه، ۴۴ نفر با نمره پرسشنامه اضطراب و افسردگی بیمارستانی کمتر از ۱۵ انتخاب گردیدند. میانگین نمره FIQR در مرحله اول و دوم به ترتیب 52.85 ± 20.2 و 53.62 ± 18.3 بود. میانگین نمره FIQR در مرحله اول و دوم به ترتیب 52.85 ± 20.2 و 53.62 ± 18.3 بود. بررسی اعتبار ساختاری پرسشنامه با اجزای پرسشنامه های پرسشنامه کیفیت زندگی و پرسشنامه اضطراب و افسردگی بیمارستانی نشان داد اجزای FIQR با افسردگی و نمره ذهنی بیماران مرتبط می باشد (ارتباط با سطح ۰/۰۱). ضریب ارتباط داخل کلاس معادل -0.956 و 0.896 (۰/۹۲۹) $CI95\% = 0.929$ و ضریب پایایی برای حیطه های مختلف در ویزیت اول بر اساس آلفای کرونباخ معادل ۰/۹۳ بود. میزان همبستگی بین نمره نهایی مرحله اول و دوم برابر ۰/۸۲ بوده است [۲۶].

یافته ها

بر اساس اطلاعات جمعیت شناختی، مجموع شرکت کنندگان پژوهش ۲۶۸ نفر بودند. میانگین و انحراف سنی شرکت کنندگان برابر با $28/90 \pm 9/91$ سال بود. سایر ویژگی های جمعیت شناختی و توصیفی متغیرهای پژوهش شامل جنسیت و وضعیت تاهل در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان پژوهش

متغیر	فراوانی	درصد
جنسیت	مرد	۲۶/۲
	زن	۷۳/۸
وضعیت تاهل	مجرد	۴۳/۶
	متاهل	۵۶/۴

در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش و خرده مؤلفه‌های آنها آورده شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی نمرات آزمودنی‌ها در متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی	ضریب تحمل	VIF
نشانه‌های فیبرومیالژیا (عملکرد)	۴۵/۸۸	۷/۱۶	-۰/۷۶	-۰/۹۲	-	-
نشانه‌های فیبرومیالژیا (تأثیر کلی)	۱۰/۰۴	۲/۷۹	-۰/۰۲	-۰/۶۱	-	-
نشانه‌های فیبرومیالژیا (علائم)	۵۸/۳۲	۵/۹۵	-۰/۰۱	-۰/۶۹	-	-
تعهد	۲۴/۸۷	۶/۳۹	-۰/۰۴	-۰/۷۱	۱/۰۷	-۰/۹۳
کنترل	۲۰/۰۷	۴/۹۵	-۰/۷۳	-۰/۰۴	۱/۰۴	-۰/۹۵
چالش	۱۰/۲۹	۳/۷۷	-۰/۰۰۴	-۱/۰۶	۱/۰۴	-۰/۹۵
آشناختی روان‌شناختی	۷/۴۴	۳/۵۲	-۰/۰۱	-۰/۹۱	۱	۱
تحمل	۷/۸۸	۲/۷۳	-۰/۰۰۷	-۰/۸۲	۰/۵۴	-۰/۶۴
جذب	۸/۰۳	۳/۲۵	-۰/۳۶	-۰/۶۱	۲/۳۲	-۰/۴۳
تنظیم	۱۵/۱۶	۴/۱۶	-۰/۸۱	-۰/۸۷	۲/۲۰	-۰/۴۵
ارزیابی	۹/۰۵	۳/۱۴	-۰/۲۱	-۰/۱۰	۱/۲۱	-۰/۸۲
انعطاف‌پذیری شناختی	۷۲/۴۷	۱۱/۴۷	-۰/۷۸	-۰/۱۸	۱	۱
استرس پرستاری	۱۴۵/۸۲	۳۳/۱۰	-۰/۳۲	-۱/۲۱	۱	۱

منطبق بر نتایج جدول ۲ ارزش‌های کشیدگی و چولگی هیچیک از متغیرها از محدوده بین ۲- تا ۲+ فراتر نرفت. شاخص‌های کشیدگی و چولگی بین ۲- تا ۲+ بیانگر نداشتن انحراف چشمگیر از مفروضه منحنی نرمال بود. همچنین نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، مسئله هم خط بودن در بین متغیرهای پیش‌بین پژوهش رخ نداده است. برای همه

متغیرها، قبل از تحلیل نتایج، داده‌ها غربال شد و بررسی مفروضه تخطی نکردن از وجود داده‌های پرت متغیرها صورت گرفت و اطمینان به دست آمد که داده‌های پرت تأثیرگذار بر نتایج وجود نداشته باشد. همچنین قبل از انجام تحلیل‌های مدل‌سازی، ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای مطالعه شده در پژوهش محاسبه و در جدول ۳ گزارش شد.

جدول ۳. ضرایب همبستگی پیرسون متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱. تعهد	۱									
۲. کنترل	۰/۸۷۸*	۱								
۳. چالش	۰/۶۲۱*	۰/۷۴۱*	۱							
۴. آشفستگی	-۰/۴۳۲*	-۰/۲۰۳*	-۰/۵۲۴*	۱						
۵. تحمل	۰/۲۲۰*	۰/۳۶۰*	۰/۳۰۷*	-۰/۵۹۸*	۱					
۶. جذب	۰/۳۶۲*	۰/۴۰۳*	۰/۲۲۰*	-۰/۴۵۰*	۰/۵۱۶*	۱				
۷. تنظیم	۰/۴۲۸*	۰/۲۸۸*	۰/۳۳۰*	-۰/۴۲۹*	۰/۴۴۷*	۰/۷۲۹*	۱			
۸. ارزیابی	۰/۱۹۶*	۰/۵۹۵*	۰/۲۲۰*	-۰/۳۹۱*	۰/۴۰۶*	۰/۵۸۴*	۰/۶۷*	۱		
۹. انعطاف پذیری	۰/۲۲۲*	۰/۲۵۹*	۰/۴۰۷*	-۰/۶۲۱*	۰/۴۱۲*	۰/۳۹۶*	۰/۴۲۱*	۰/۵۱۵*	۱	
۱۰. استرس پرستاری	-۰/۱۹۰*	-۰/۵۵۳*	-۰/۵۸۴*	۰/۶۸۱*	-۰/۶۳۰*	-۰/۵۹۳*	-۰/۵۵۹*	-۰/۵۶۲*	-۰/۷۱۷*	۱

معنی داری در سطح ۰/۰۱ = *

توزیع داده‌ها غیر نرمال باشد. برای تحلیل مدل‌ها در روش معادلات ساختاری با رویکرد حداقل مربعات جزئی (PLS-SEM) ابتدا باید به بررسی برازش مدل و سپس آزمودن سوال پژوهش پرداخت. بررسی برازش مدل، در سه بخش برازش مدل‌های اندازه‌گیری، برازش مدل ساختاری و برازش مدل کلی انجام می‌شود که در بخش تحلیل داده‌ها بررسی و توضیح داده می‌شود.

برای بررسی برازش مدل اندازه‌گیری سه معیار پایایی، روایی همگرا و روایی واگرا استفاده می‌شود. برای سنجش پایایی مدل به بررسی پایایی ترکیبی (Composite Reliability) و آلفای کرونباخ پرداخته شده است. نتایج در جدول ۴ آورده شده است.

یافته‌های به دست آمده از تحلیل همبستگی پیرسون بین متغیرهای مطالعه شده در جدول ۳ نشان می‌دهد همه مولفه‌های سرسختی روان‌شناختی (تعهد، چالش و کنترل)، تحمل پریشانی (تحمل، جذب، تنظیم و ارزیابی) و انعطاف‌پذیری شناختی با استرس پرستاری همبستگی معنی‌دار و منفی دارند ($p > 0.01$). همچنین آشفستگی روان‌شناختی رابطه مثبت و معنی‌داری با استرس پرستاری داشت ($p > 0.01$).

برای برازش و آزمودن سوال کلی پژوهش از مدل‌های ساختاری از روش حداقل مربعات جزئی (Partial Least Squares) و نسخه سوم نرم افزار Smart PLS نسخه سوم استفاده شد. این روش بهترین ابزار برای تحلیل تحقیقاتی است که روابط بین متغیرها پیچیده، حجم نمونه اندک و

جدول ۴. گزارش معیارهای آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی

متغیرهای پژوهش	ضریب آلفای کرونباخ	ضریب پایایی ترکیبی
آشفستگی روان‌شناختی	۱	۱
استرس پرستاری	۱	۱
انعطاف‌پذیری شناختی	۱	۱
تحمل پریشانی	۰/۷۶	۰/۸۵
سرسختی روان‌شناختی	۰/۸۳	۰/۹۰

بررسی شد. معیار AVE نشان‌دهنده‌ی میانگین واریانس به اشتراک گذاشته شده بین هر سازه با شاخص‌های خود است. به بیان ساده‌تر، AVE میزان همبستگی یک سازه با شاخص‌های خود را نشان می‌دهد که هر چه این همبستگی بیشتر باشد، برازش نیز بیشتر است.

همانطور که در جدول ۴ مشخص است همه متغیرها از پایایی بالایی در مدل برخوردارند. پایایی ترکیبی و ضریب آلفای کرونباخ در مورد همه متغیرها بالاتر از ۰/۷ است. در نتیجه، نتایج پژوهش حاضر در مورد این دو معیار برازش مناسب مدل را تأیید می‌کند. روایی پرسشنامه توسط دو معیار روایی همگرا و واگرا که مختص مدل‌سازی معادلات ساختاری است،

جدول ۵: ماتریس روایی واگرا بر اساس معیار فورنل-لارکر

سازه‌ها	۱	۲	۳	۴	۵
۱- آشفتگی روان‌شناختی	۱				
۲- استرس پرستاری	۰/۷۱	۱			
۳- انعطاف‌پذیری شناختی	-۰/۶۲	-۰/۷۱	۱		
۴- تحمل پریشانی	-۰/۶۱	-۰/۷۶	۰/۵۷	۰/۷۷	
۵- سرسختی روان‌شناختی	-۰/۴۸	-۰/۷۹	۰/۵۰	۰/۶۴	۰/۸۹

آن‌ها که در خانه‌های زیرین و چپ قطر اصلی ترتیب داده شده‌اند، بیشتر است [۲۷]. از این‌رو، می‌توان اظهار داشت در پژوهش حاضر، سازه‌ها در مدل، تعامل بیشتری با شاخص‌های خود دارند تا با سازه‌های دیگر. به بیان دیگر، روایی واگرایی مدل در حد مناسبی است و این نتایج نشان‌دهنده اعتبار و قابلیت اعتماد به مدل اندازه‌گیری ما هستند.

با توجه به نتایج جدول ۵، AVE همه سازه‌ها بالاتر از ۰/۵ است و در نتیجه، روایی همگرایی مدل تأیید می‌شود و این امر نشان‌دهنده مناسب بودن برازش مدل‌های اندازه‌گیری است. همچنین، همان‌گونه که از جدول ۵ برگرفته از روش Fornell & Larcker مشخص است، مقدار جذر AVE متغیرها در پژوهش حاضر که در خانه‌های موجود در قطر اصلی ماتریس قرار گرفته‌اند، از مقدار همبستگی میان

جدول ۶: ماتریس نرخ نسبت همبستگی‌های هتروتریت-مونوتریت (HTMT) برای بررسی روایی واگرا

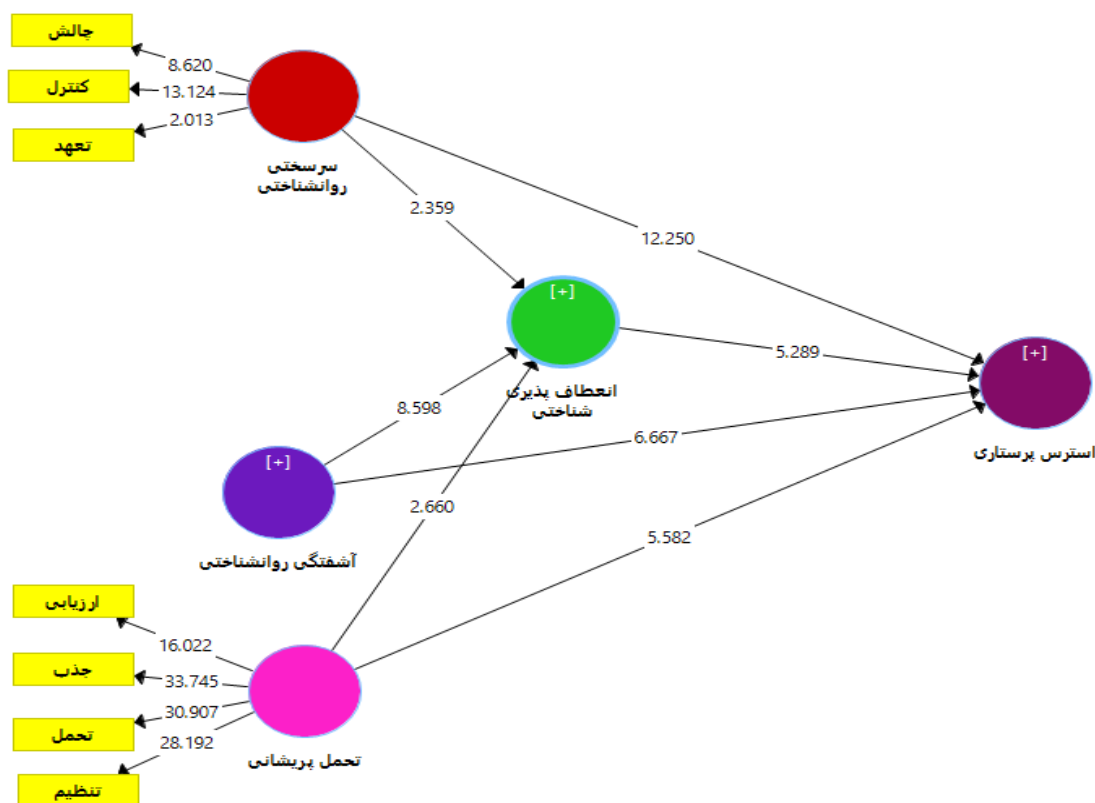
سازه‌ها	۱	۲	۳	۴	۵
۱- آشفتگی روان‌شناختی	-				
۲- استرس پرستاری	۰/۷۲	-			
۳- انعطاف‌پذیری شناختی	۰/۶۲	۰/۷۱	-		
۴- تحمل پریشانی	۰/۶۹	۰/۸۷	۰/۶۵	-	
۵- سرسختی روان‌شناختی	۰/۶۷	۰/۷۹	۰/۷۷	۰/۶۷	-

ساختاری در روش (PLS) بررسی شد که در دو حالت اعداد معنی‌داری (T-values) و تخمین استاندارد (Standardized Estimation) نتایج درج شد. در ابتدا، برای تأیید فرضیه‌های پژوهش از فرمان بوت استرپینگ (Bootstrapping) نرم افزار اسمارت پی ال اس استفاده شد که خروجی حاصل ضرایب t را نشان می‌دهد (شکل ۱). وقتی مقادیر t در بازه‌ی

همچنین شاخص Heterotrait-Monotrait Ratio of Correlations (HTMT) برای بررسی روایی واگرایی پژوهش در جدول ۶ نیز نشان داد که همه شاخص‌ها کمتر از ۰/۹۰ هستند و پیش فرض روایی همگرا براساس شاخص هتروتریت-مونوتریت (HTMT) رعایت شده است. در مرحله بعدی، روابط میان متغیرها با استفاده از مدل

t بین سازه‌های اصلی پژوهش، همگی بالای ۱/۹۶ هستند که مبین پذیرش فرضیه‌های پژوهش است.

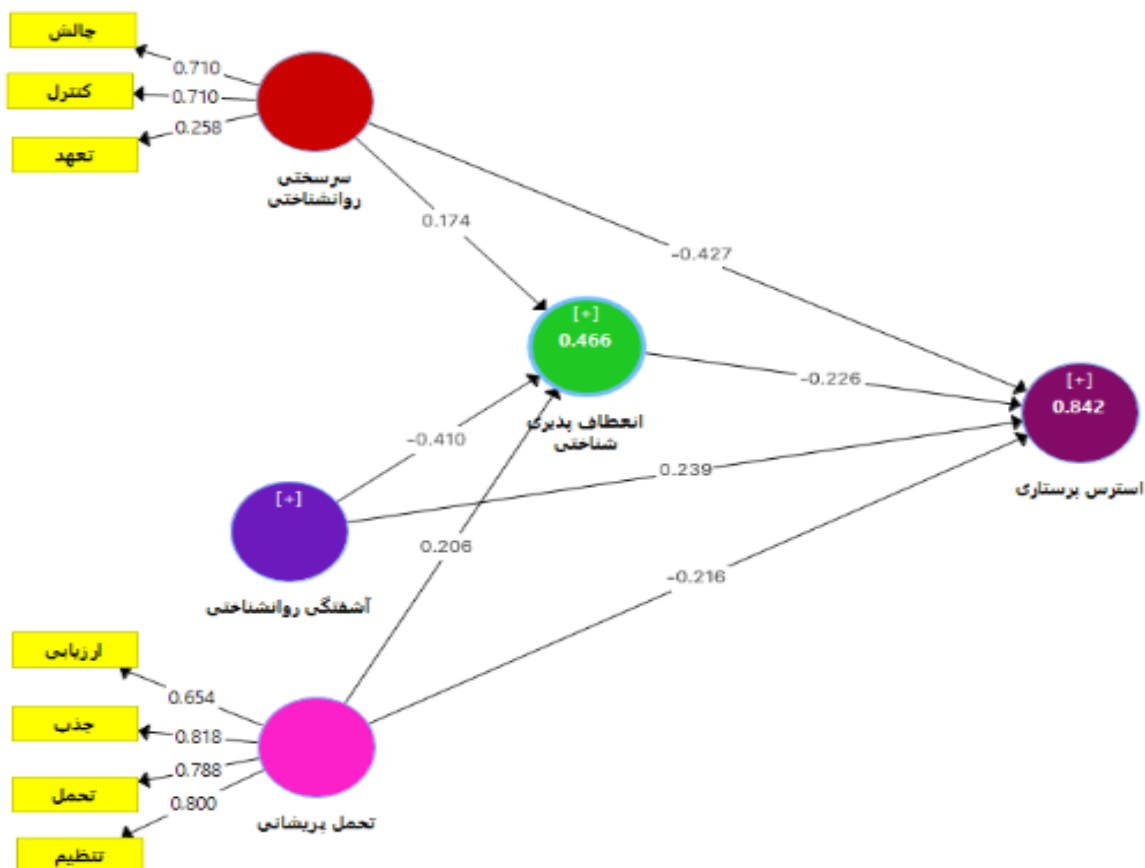
بیشتر از ۱/۹۶ و کمتر از ۱/۹۶- باشند، بیانگر معنی‌دار بودن پارامتر مربوطه و متعاقباً تأیید فرضیه‌های پژوهش است. همانگونه که در شکل شماره «۲» مشخص است، ضرایب



شکل ۲. اجرای مدل در حالت اعداد معنی‌داری

روانشناختی، آشفته‌گی روانشناختی و تحمل پریشانی بر استرس پرستاری دارد. بطوری که تأثیر غیر مستقیم سرسختی روانشناختی بر استرس پرستاری -0.04 (-0.22) $\times 0.17$ ، تأثیر غیر مستقیم آشفته‌گی روانشناختی بر استرس پرستاری -0.23 (-0.41) $\times 0.09$ درصد و تأثیر غیر مستقیم تحمل پریشانی بر استرس پرستاری -0.05 (-0.23) $\times 0.21$

بعد از تخمین استاندارد، با استفاده از نرم‌افزار Smart PLS رابطه علت و معلولی بین سازه‌های پژوهش سنجیده شد. همانطور که در شکل شماره «۳» (اجرای مدل در حالت تخمین استاندارد) نمایان است، رابطه بین پنج سازه اصلی پژوهش معنی‌دار و مستقیم است؛ بدین ترتیب اثر سرسختی روانشناختی بر استرس پرستاری منفی و معنی‌دار، اثر تحمل پریشانی بر استرس پرستاری منفی و معنی‌دار، اثر انعطاف‌پذیری شناختی بر استرس پرستاری منفی و معنی‌دار و اثر آشفته‌گی روانشناختی بر استرس پرستاری مثبت و معنی‌دار است که مجموع متغیرهای فوق 0.84 درصد واریانس استرس پرستاری را تبیین کردند. همچنین اثر سرسختی روانشناختی و تحمل پریشانی بر انعطاف‌پذیری شناختی مثبت و معنی‌دار و اثر آشفته‌گی روانشناختی بر انعطاف‌پذیری شناختی منفی و معنی‌دار است. ضرایب علی‌مسیره‌های بین پنج سازه اصلی پژوهش نشان از تأثیر مستقیم و غیرمستقیم (از طریق متغیر میانجی انعطاف‌پذیری شناختی) سرسختی



شکل ۳. اجرای مدل در حالت تخمین استاندارد

نتایج اجرای مدل در دو حالت اعداد معنی‌داری و تخمین استاندارد، در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول ۷. نتایج مربوط به ضرایب استاندارد و آماره t

مسیرها	اثرات مستقیم	اثرات غیرمستقیم	اثرات کل	آماره t
آشفته‌گی روان‌شناختی -> استرس پرستاری	۰/۲۴	۰/۰۹	۰/۳۳	۶۶/۶۷**
آشفته‌گی روان‌شناختی -> انعطاف‌پذیری شناختی	-۰/۴۱		-۰/۴۱	۸/۵۹**
انعطاف‌پذیری شناختی -> استرس پرستاری	-۰/۲۲		-۰/۲۲	۵/۲۹**
تحمل پریشانی -> استرس پرستاری	-۰/۳۱	-۰/۰۵	-۰/۲۶	۵/۸۲**
تحمل پریشانی -> انعطاف‌پذیری شناختی	۰/۲۰		۰/۲۰	۲/۶۶*
سرسختی روان‌شناختی -> استرس پرستاری	-۰/۴۲	-۰/۰۴	-۰/۴۶	۱۲/۲۵**
سرسختی روان‌شناختی -> انعطاف‌پذیری شناختی	۰/۱۷		۰/۱۷	۲/۳۵*

معنی‌داری در سطح ۰/۰۵ = *

معنی‌داری در سطح ۰/۰۱ = **

جدول ۸. مقادیر ضریب تعیین (R^2) برای سازه‌های درون‌زای مدل

سازه درون‌زا	مقدار R^2	مقدار R^2 تعدیل‌شده	سطح قدرت تبیین
استرس پرستاری	۰/۸۴۲	۰/۸۴۰	بسیار قوی
انعطاف‌پذیری شناختی	۰/۴۶۶	۰/۴۶۰	متوسط

توضیح داده شده توسط گویه‌های هر سازه می‌باشد این مقدار در PLS معادل شاخص AVE بوده است که در جدول ۵ آمده‌اند و R^2 نیز مقادیر R^2 سازه درون‌زای مدل را نشان می‌دهد که در شکل شماره ۱ داخل دایره‌ها مربوط به میانگین دو متغیر انعطاف‌پذیری روانشناختی و استرس پرستاری نمایش داده شده است. Wetzels و همکاران در سال ۲۰۰۹ سه مقدار ۰/۰۱، ۰/۲۵ و ۰/۳۶ را به عنوان مقادیر ضعیف، متوسط و قوی برای GOF معرفی نموده‌اند [۲۸]. در این پژوهش، حاصل شدن مقدار ۰/۷۴ برای GOF نشان از برازش کلی قوی مدل پژوهش حاضر دارد. علاوه بر این سایر شاخص‌های برازش مدل نیز در جدول ۹ ارائه شده است.

براساس نتایج مندرج در جدول ۸، مقدار R^2 برای سازه «استرس پرستاری» نشان می‌دهد که ۸۴ درصد از واریانس این متغیر توسط متغیرهای مستقل و میانجی موجود در مدل تبیین می‌شود که نشان‌دهنده قدرت تبیین بسیار قوی مدل است. مقدار R^2 برای سازه «انعطاف‌پذیری شناختی» نیز حاکی از تبیین ۴۶ درصدی واریانس این متغیر میانجی توسط متغیرهای مستقل است که در سطح قدرت متوسط ارزیابی می‌شود.

در نهایت، برازش کلی مدل توسط معیار GOF نیز بررسی شد که فرمول آن در زیر آمده است:

$$GOF = \sqrt{\text{average (Commonality)} \times \text{average } (R^2)} \\ = \sqrt{0,65 \times 0,84} \approx 0,74$$

به طوری که Commonality برابر با میانگین واریانس

جدول ۹. شاخص‌های برازش مدل ساختاری

شاخص برازش	مقدار به دست آمده	مقدار مطلوب	وضعیت برازش
SRMR	۰/۰۷۲	< ۰/۰۸	برازش مطلوب
d_ULS	۱/۲۴۵	-	-
d_G	۰/۵۲۱	-	-
NFI	۰/۹۰۱	> ۰/۹۰	برازش مطلوب

پرستاری با میانجی‌گری انعطاف‌پذیری شناختی در پرستاران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا است. بر طبق اولین بخش از یافته‌ها، مشخص شد که سرسختی روان‌شناختی بر استرس پرستاری اثر مستقیم دارد. پژوهش Barnard و همکاران نشان می‌دهد سرسختی روانی به‌طور غیرمستقیم و مثبت بر سلامت روانی آن‌ها از طریق مجموعه توانایی‌های قوی تأثیر می‌گذارد [۱۱]. این یافته با یافته پژوهش حاضر همسو است. رابطه‌ی معنادار و منفی بین سرسختی روان‌شناختی و استرس پرستاری، نه‌فقط یک یافته آماری، بلکه بازتاب تجربه زیسته‌ی بسیاری از پرستاران در محیط‌های پر تنش

همان‌گونه که در جدول ۹ مشاهده می‌شود، شاخص‌های برازش مدل ساختاری در محدوده قابل قبول قرار دارند. مقدار SRMR برابر ۰/۰۶۲ بوده که کمتر از حد آستانه ۰/۰۸ است و نشان‌دهنده برازش مناسب مدل است. همچنین مقدار NFI برابر ۰/۹۰۱ محاسبه شده که بیش از مقدار مطلوب ۰/۹۰ است و حاکی از برازش قابل قبول مدل می‌باشد؛ سایر شاخص‌ها نیز در حدود قابل قبول گزارش شده‌اند.

بحث

هدف پژوهش حاضر تدوین مدل علی رابطه سرسختی روان‌شناختی، آشفته‌گی روان‌شناختی، تحمل پریشانی با استرس

عوامل بیرونی (مانند بار کاری) کافی نیست، بلکه لازم است به منابع درون‌روانی از جمله کاهش آشفتگی‌های هیجانی نیز توجه شود.

بر طبق سومین بخش از یافته‌ها، مشخص شد که تحمل پریشانی بر استرس پرستاری اثر مستقیم دارد. پژوهش Güzel و همکاران نشان می‌دهد رابطه مثبت و معناداری بین تحمل پریشانی و کار هیجانی به دست آمد [۱۳]. این یافته با یافته پژوهش حاضر همسو است. توانایی فرد در کنار آمدن با هیجانات ناخوشایند، بدون تلاش برای اجتناب یا سرکوب آن‌ها، نقش تعیین‌کننده‌ای در نحوه تجربه و مدیریت فشارهای شغلی دارد. همچنین در نظریه رفتاردرمانی دیالکتیک نیز تحمل پریشانی یکی از چهار مهارت اصلی برای کاهش پریشانی‌های هیجانی و بهبود عملکرد در موقعیت‌های پرتنش تلقی می‌شود [۳۰]. بنابراین، از منظر نظری، یافته این فرضیه با تمامی مدل‌های ذکرشده همسویی دارد. تحمل پریشانی مفهومی است که به توانایی ذهنی و روانی فرد برای تحمل احساساتی چون اضطراب، غم، خشم و سردرگمی اشاره دارد، بدون اینکه واکنش‌های تکانشی یا اجتنابی نشان دهد. در حرفه پرستاری، به‌ویژه در میان افرادی که از سندرم فیبرومیالژیا رنج می‌برند و هم‌زمان با درد جسمی مزمن و فشارهای هیجانی روبه‌رو هستند، این توانایی به آن‌ها کمک می‌کند که در موقعیت‌های دشوار، از مسیر مقابله مؤثر استفاده کرده و در دام فرسودگی هیجانی نیفتند که منجر به کاهش سطوح تحمل پریشانی آنان گردد. در نتیجه، تحمل پریشانی می‌تواند به‌عنوان یک عامل محافظتی در برابر استرس شغلی در پرستاران، به‌ویژه در بافت بیماری‌های مزمن مانند فیبرومیالژیا، عمل کند و نقش آن در مداخلات روان‌شناختی و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای قابل توجه است.

بر طبق چهارمین بخش از یافته‌ها، مشخص شد که سرسختی روان‌شناختی بر انعطاف‌پذیری شناختی اثر مستقیم دارد. پژوهش Kaya و Yağan نشان داد که انعطاف‌پذیری شناختی به طور مثبت سرسختی روان‌شناختی را پیش‌بینی می‌کند [۳۱]. این یافته با یافته پژوهش حاضر همسو است. از دیدگاه مدل‌های روان‌زیستی، افراد سرسخت به دلیل پاسخ‌های منظم‌تر در برابر تهدیدهای روانی، سیستم عصبی شناختی پایداری دارند که این ثبات زیربنای

درمانی است. طبق دیدگاه پرستاران مبتلا به فیبرومیالژیا، روشن است که کسانی که از درون، خود را متعهد، کنترل‌گر و پذیرای چالش می‌دانستند، در برابر فشارهای کاری تاب‌آوری بیشتری داشتند. سرسختی روان‌شناختی یک ویژگی درونی خاموش است که در شرایط سخت فعال می‌شود. یافته پژوهش حاضر، با نظریه کوباسا کاملاً همسوست [۱۵]. بر اساس این نظریه، سرسختی روان‌شناختی توان روانی افراد را برای مقابله با استرس افزایش داده و آن‌ها را در برابر پیامدهای منفی روانی محافظت می‌کند. این امر در نهایت، منجر به کاهش تجربه استرس می‌شود. بنابراین، مدل نظری و یافته آماری هر دو تأیید می‌کنند که سرسختی روان‌شناختی عاملی تعیین‌کننده در درک و تجربه استرس شغلی در پرستاران است، به‌ویژه در شرایطی که بیماری مزمن نیز بر دشواری‌های کاری افزوده است.

بر طبق دومین بخش از یافته‌ها، مشخص شد که آشفتگی روان‌شناختی بر استرس پرستاری اثر مستقیم دارد. پژوهش Watson و Patti نشان می‌دهد استرس ادراک شده از محیط آموزشی در عوامل تأثیرگذار آشفتگی روان‌شناختی نقش دارد [۱۲]. این یافته با یافته پژوهش حاضر همسو است. همچنین در نظریه شناختی-رفتاری، افکار خودکار منفی و تفسیرهای ناکارآمد ذهنی از موقعیت‌های شغلی، زمینه‌ساز بروز هیجانات منفی و افزایش استرس در افراد دارای آشفتگی روان‌شناختی است [۲۹]. بر این اساس، یافته فرضیه دوم با ساختار مفهومی و محتوای نظریه‌های مذکور کاملاً همسو و تقویت‌کننده است. ناتوانی در مهار و مدیریت هیجان‌های منفی، سبب می‌شود این هیجانات به‌صورت مزمن و کنترل‌نشده باقی بمانند و فرد در محیط کار به‌جای پاسخ‌های سازگارانه، دچار واکنش‌های فرسایشی و افزایش استرس شود. همچنین آشفتگی روانی مستقیماً با فعال‌سازی بیش از حد سیستم عصبی سمپاتیک و کاهش کارایی روان‌شناختی و زیستی در شرایط فشارزا همراه است. در پرستاران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا، این رابطه شدت بیشتری دارد؛ زیرا بیماری مزمن جسمانی، سطح تحمل روانی فرد را کاهش داده و او را در برابر اختلالات هیجانی و آشفتگی روانی آسیب‌پذیرتر می‌سازد. بنابراین، آشفتگی روان‌شناختی در این گروه از پرستاران نه تنها عاملی مستقل، بلکه تشدیدکننده‌ی پاسخ‌های استرسی در شرایط کاری است. در مجموع، برای کاهش استرس پرستاری، توجه صرف به

عملکرد شناختی منعطف است. در نهایت، تعامل سرسختی با انعطاف‌پذیری شناختی، به‌ویژه در پرستاران مبتلا به فیبرومیالژیا که با استرس شغلی و درد مزمن مواجه‌اند، نقشی کلیدی در سازگاری روانی دارد [۳۲]. در نتیجه یافته فرضیه، با نظریه‌های مذکور همسو است. سرسختی روان‌شناختی شامل سه مؤلفه اصلی «تعهد»، «کنترل» و «چالش‌پذیری» است. افرادی که این مؤلفه‌ها را در سطح بالا دارند، در مواجهه با شرایط فشارزا، خود را فعال، توانمند و متمرکز بر حل مسئله می‌دانند. چنین نگرشی، به‌طور طبیعی با ویژگی‌های انعطاف‌پذیری شناختی مانند تحمل ابهام، توان بازیابی افکار و استفاده از راهبردهای جایگزین در حل مسئله هم‌راستا است. بنابراین، می‌توان گفت سرسختی با تقویت ذهنیت‌پذیرنده، ساختار شناختی منعطف‌تری را در فرد شکل می‌دهد. سرسختی روان‌شناختی می‌تواند به‌عنوان زیربنای شناختی و هیجانی مهمی در شکل‌گیری و حفظ انعطاف‌پذیری شناختی نقش داشته باشد و آموزش مهارت‌های سرسختی می‌تواند ظرفیت‌های شناختی پرستاران را برای مقابله با فشارهای شغلی و بیماری‌های مزمن مثل فیبرومیالژیا افزایش دهد. بر طبق پنجمین بخش از یافته‌ها، مشخص شد که آشفتگی روان‌شناختی بر انعطاف‌پذیری شناختی اثر مستقیم دارد. پژوهش Yildirim و همکاران نشان داد معنای زندگی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تأثیرات معناداری بر رضایت شغلی، عملکرد شغلی و آشفتگی روان‌شناختی دارند [۳۳]. این یافته با یافته پژوهش حاضر همسو است. این یافته با نظریه‌های شناختی مانند نظریه بک همخوان است، که در آن افراد دچار آشفتگی روانی، دارای تفکر سخت‌گیرانه و انعطاف‌ناپذیرند و اغلب رویدادها را به شکل منفی و قطعی تفسیر می‌کنند [۳۴]. در نتیجه یافته فرضیه، با نظریه‌های مذکور همسو است. پرستارانی که سطح بالاتری از علائم روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی، تنش و نگرانی را تجربه می‌کنند، توانایی کمتری برای تغییر زاویه دید، بازنگری افکار و انطباق با شرایط جدید دارند. این رابطه منفی نشان می‌دهد که آشفتگی روانی، با محدودسازی عملکردهای اجرایی ذهن، ظرفیت شناختی لازم برای بازسازی شناختی و انعطاف در تفسیر موقعیت‌ها را تضعیف می‌کند. آشفتگی روان‌شناختی با فعال‌سازی بیش‌ازحد سیستم تهدید و افزایش بار شناختی، موجب کاهش دسترسی ذهن به منابع شناختی مؤثر می‌شود. افراد مضطرب یا افسرده

(دچار آشفتگی روان‌شناختی) معمولاً درگیر افکار خودکار منفی، نشخوار ذهنی، و سبک پردازش انعطاف‌ناپذیر هستند. این وضعیت موجب تثبیت ذهن در الگوهای فکری تکراری و ناکارآمد شده و مانع استفاده از دیدگاه‌های جایگزین یا تنظیم شناختی مؤثر می‌شود. به‌ویژه در محیط‌های بالینی پرتنش مانند پرستاری، این محدودیت شناختی ممکن است عملکرد حرفه‌ای و مهارت‌های بین‌فردی را تحت تأثیر قرار دهد. در بافت خاص پژوهش حاضر که شامل پرستاران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا است، این رابطه از اهمیت دوچندان برخوردار است؛ زیرا این افراد هم‌زمان با فشارهای حرفه‌ای، با درد مزمن و ناپایداری روانی مواجه‌اند. در چنین شرایطی، آشفتگی روان‌شناختی می‌تواند به‌طور مستقیم ظرفیت ذهنی آنان را برای بازسازی شناختی و حفظ انعطاف‌پذیری ذهنی تضعیف کرده و در نتیجه، سطح کلی عملکرد و سازگاری روانی را کاهش دهد. بر طبق ششمین بخش از یافته‌ها، مشخص شد که تحمل پریشانی بر انعطاف‌پذیری شناختی اثر مستقیم دارد. پژوهش امیرپور و صادقین نشان داد میان انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل پریشانی رابطه مثبت و معناداری برقرار است [۳۵]. این یافته با یافته پژوهش حاضر همسو است. پرستارانی که توان بیشتری برای تاب‌آوردن هیجانات منفی، تنش‌های درونی، اضطراب و ناراحتی‌های ذهنی دارند، از توانایی بالاتری در بازنگری شناختی، تغییر دیدگاه و مواجهه منعطف با مسائل برخوردارند. این یافته حاکی از آن است که تحمل مؤثر هیجانات منفی، بستر مناسبی برای حفظ یا ارتقاء کارکردهای شناختی سازگارانه در شرایط دشوار فراهم می‌کند. تحمل پریشانی به‌عنوان یک مهارت روان‌شناختی مهم، شامل توانایی فرد برای باقی‌ماندن در وضعیت هیجانی دشوار بدون اجتناب یا واکنش‌های تکانشی است. این ویژگی موجب می‌شود افراد به‌جای غرق شدن در ناراحتی یا رفتارهای دفاعی، بتوانند موقعیت را تحلیل کنند، افکار خود را تنظیم نمایند و از راهبردهای شناختی جایگزین استفاده کنند. این فرایند ذهنی، مستقیماً به رشد انعطاف‌پذیری شناختی منجر می‌شود؛ چرا که ذهن فرصت می‌یابد به‌جای فرار از درد، از مسیر درک، تفسیر مجدد و پذیرش فعال عبور کند. بر طبق یافته‌های بخش اصلی پژوهش، مشخص شد که انعطاف‌پذیری شناختی، نقش میانجی در رابطه سرسختی

شرایط بحرانی بسیار مؤثرتر عمل خواهد کرد. این افراد در برابر فشارها سریع فرو نمی‌ریزند و می‌توانند هیجاناتشان را هدایت کنند، نه اینکه توسط آن‌ها بلعیده شوند. در مسیر میانجی، انعطاف‌پذیری شناختی نقش کلیدی در پردازش مجدد واقعیت، ارزیابی مجدد موقعیت‌های استرس‌زا و تعدیل واکنش‌های شناختی ایفا می‌کند. استرس پرستاری تجربه‌ای فراتر از خستگی جسمی است؛ فشار روانی ناشی از مراقبت از بیماران، مواجهه با درد و مرگ، مسئولیت سنگین، کمبود نیرو و زمان. این استرس اگر مدیریت نشود، نه تنها بر سلامت روانی پرستار بلکه بر کیفیت مراقبت از بیمار هم تأثیر می‌گذارد. مدل پژوهش حاضر با توجه به بررسی روابط بین متغیرهای مربوطه، به درک اینکه چگونه ویژگی‌های درونی و ذهنی پرستار می‌تواند شدت این استرس را کاهش یا افزایش دهند، کمک می‌کند.

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که سرسختی روان‌شناختی و تحمل پریشانی نقش محافظتی مهمی در برابر استرس پرستاری دارند، در حالی که آشفتگی روان‌شناختی عاملی تشدیدکننده در افزایش استرس است. همچنین، انعطاف‌پذیری شناختی به عنوان یک متغیر میانجی توانست ارتباط میان این عوامل روان‌شناختی با استرس پرستاری را تبیین کند. این نتایج نشان می‌دهد که مداخلات مبتنی بر تقویت سرسختی روان‌شناختی، آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی و ارتقای انعطاف‌پذیری شناختی می‌تواند به کاهش استرس پرستاری، به‌ویژه در پرستاران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا، کمک کند. از سوی دیگر، شناسایی و کاهش منابع آشفتگی روان‌شناختی نیز می‌تواند گامی اساسی در بهبود سلامت روانی و افزایش بهره‌وری این قشر از کارکنان نظام سلامت باشد. بنابراین، مدل ارائه‌شده می‌تواند به عنوان یک الگوی نظری و عملی برای طراحی برنامه‌های روان‌شناختی و سازمانی در جهت کاهش استرس پرستاری مورد استفاده قرار گیرد.

سیاسگزاری

بدین‌وسیله نویسندگان از تمامی پرستارانی که در این پژوهش مشارکت کردند و تمامی دست‌اندرکاران این پژوهش سپاسگزاری می‌نمایند.

تضاد منافع

این مقاله مستخرج از رساله دکتری تخصصی مشاوره با کد

روان‌شناختی، آشفتگی روان‌شناختی، تحمل پریشانی با استرس پرستاری دارد. دهقانی و بهاری که نشان دادند نقش میانجی جزئی انعطاف‌پذیری شناختی در رابطه بین استرس شغلی و بهزیستی روان‌شناختی مورد تایید قرار گرفت [۳۶]. این یافته با یافته پژوهش حاضر همسو است. پژوهش رضایی و همکاران نشان داد بین انعطاف‌پذیری شناختی و توانایی انطباق پرستاران با کاهش اضطراب درک شده ناشی از کرونا وجود ندارد [۳۷]. این یافته با یافته پژوهش حاضر ناهمسو است. احتمال می‌رود که چنین نوعی از ناهمسوئی، به دلیل تفاوت در جامعه مورد نظر، یا تفاوت در عملکرد در میان متغیرهای اضطراب پرستاری و استرس پرستاری باشد. از منظر مفهومی، این مدل نشان می‌دهد که سازوکار استرس پرستاری در پرستاران مبتلا به فیبرومیالژیا، نه صرفاً تابعی از فشارهای محیطی، بلکه نتیجه‌ی تعامل بین ویژگی‌های شخصیتی، وضعیت‌های هیجانی و ظرفیت‌های شناختی - معنایی افراد است. سه متغیر پیش‌بین به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم، از طریق متغیر میانجی، استرس پرستاری را تبیین می‌کنند. در این ساختار: سرسختی روان‌شناختی به‌عنوان یک عامل مقاومتی، توانایی فرد در مواجهه با فشارهای شغلی را از طریق ارتقاء انعطاف‌پذیری شناختی تقویت می‌کند. سرسختی روان‌شناختی به معنای «تسلیم نشدن در برابر سختی‌ها» است. پرستاری که علی‌رغم دردهای مزمن جسمانی و حجم کاری بالا، هنوز با انگیزه به بیماران رسیدگی می‌کند، به کار خود معنا می‌دهد و به جای تسلیم شدن، در بحران‌ها فعال‌تر عمل می‌کند. آشفتگی روان‌شناختی (شامل اضطراب، افسردگی و نگرانی) عملکرد شناختی و معنایی را مختل کرده و با کاهش ظرفیت‌های ذهنی، منجر به تشدید استرس پرستاری می‌شود. این متغیر، بازتابی از درون ناآرام انسان است؛ زمانی که پرستار، در کنار درد جسم، از اضطراب، غم، نگرانی درباره آینده، خستگی مزمن یا ناتوانی در کنترل احساسات رنج می‌برد. تحمل پریشانی به فرد امکان می‌دهد در شرایط دشوار، بدون فرار روانی یا هیجانی، تاب‌آور باقی بماند و از این طریق انعطاف‌پذیری شناختی بیشتری را حفظ کند. تحمل پریشانی یعنی توان ماندن با درد، ترس، ناامیدی یا ناراحتی، بدون اینکه فوراً بخواهیم از آن فرار کنیم. پرستاری که بتواند با هیجانات منفی کنار بیاید و به‌جای واکنش فوری و هیجانی، بماند، تنفس کند و راه حل پیدا کند، در

پژوهش مصوب در شورای تخصصی پژوهش گروه مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد و کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی واحد مشهد مورخ ۱۴۰۴/۲/۲۴ با کد اخلاق IR.IAU.MSHD.REC.1404.038 می باشد.

رساله ۱۱۱۲۴۸۴۰۶۵۰۸۰۰۵۹۱۰۰۴۶۱۶۳۳۵۰۲۸ می باشد که مورد تأیید کمیته اخلاق دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد واحد علوم پزشکی مشهد قرار گرفته است و هیچگونه حمایت مالی از آن صورت نگرفته است و هیچگونه تعارض منافی وجود ندارد. همچنین مقاله حاضر برگرفته از

References

- Li LZ, Yang P, Singer SJ, Pfeffer J, Mathur MB, Shanafelt T. Nurse burnout and patient safety, satisfaction, and quality of care: a systematic review and meta-analysis. *JAMA network open*. 2024;7(11):e2443059-. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.43059
- Srinivasan S, Maloney E, Wright B, Kennedy M, Kallail KJ, Rasker JJ, Häuser W, Wolfe F. The problematic nature of fibromyalgia diagnosis in the community. *ACR Open Rheumatology*. 2019;1(1):43-51. doi: 10.1002/acr2.1006.
- Kaki AM, Hazazi AA. Assessment of medical practitioners' knowledge of fibromyalgia in Saudi Arabia. *Saudi Journal of Anaesthesia*. 2018;12(2):178-82. doi: 10.4103/sja.SJA_458_17
- Sarzi-Puttini P, Giorgi V, Marotto D, Atzeni F. Fibromyalgia: an update on clinical characteristics, aetiopathogenesis and treatment. *Nature Reviews Rheumatology*. 2020;16(11):645-60. <https://doi.org/10.1038/s41584-020-00506-w>
- Ozcan F, Ünlü Z, Aslantekin Ş, Durgun ÖE. Evaluation of fibromyalgia in on-call healthcare workers. *Family Practice and Palliative Care*. 2024;9(2):40-6. <https://doi.org/10.22391/fppc.1363910>
- Bartone PT, McDonald K, Hansma BJ, Stermac-Stein J, Escobar ER, Stein SJ, Ryznar R. Development and validation of an improved hardiness measure. *European Journal of Psychological Assessment*. 2022;39(3):222-39. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000709>.
- Ghiggia A, Tesio V, Colonna F, Fusaro E, Geminiani GC, Castelli L. Stressful Life Events and Psychosomatic Symptoms in Fibromyalgia Syndrome and Rheumatoid Arthritis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2025;22(3):366. doi: 10.3390/ijerph22030366
- Reese ED, Conway CC, Anand D, Bauer DJ, Daughters SB. Distress tolerance trajectories following substance use treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2019;87(7):645. <https://doi.org/10.1037/ccp0000403>
- Pinto AM, Geenen R, Wager TD, Lumley MA, Häuser W, Kosek E, Ablin JN, Amris K, Branco J, Buskila D, Castelhana J. Emotion regulation and the salience network: a hypothetical integrative model of fibromyalgia. *Nature Reviews Rheumatology*. 2023;19(1):44-60. <https://doi.org/10.1038/s41584-022-00873-6>
- Kupis LB, Uddin LQ. Developmental neuroimaging of cognitive flexibility: update and future directions. *Annual Review of Developmental Psychology*. 2023;5(1):263-84. <https://doi.org/10.1146/annurev-devpsych-120221-035310>
- Barnard NB, Rothmann S, de Beer LT, Lubbe W. Sustainable employability of emergency nurses: The effects of precarious work and mental toughness on capabilities and mental health. *Journal of Nursing Management*. 2023;2023(1):8840756. <https://doi.org/10.1155/2023/8840756>
- Watson MF, Patti M. The relationship between nursing students' psychological distress and perceived stress and the nursing educational environment. *Nursing Education Perspectives*. 2025;46(1):19-24. doi: 10.1097/01.NEP.0000000000001281
- Güzel Ş, Dömbekci HA, Topuz VC, Yeşildal M. The Relationship between Distress Tolerance, Emotional Labor and Job Satisfaction in Private Hospital Workers. *JMMR (Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit)*. 2024;13(1):59-66. <https://doi.org/10.18196/jmmr.v13i1.131>
- Krejcie RV, Morgan DW. Table for determining sample size from a given population. *Educational and Psychological Measurement*. 1970;30(3):607-10. <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>
- Kobasa SC, Maddi SR, Kahn S. Hardiness and health: a prospective study. *Journal of personality and social psychology*. 1982;42(1):168. doi:

- 10.1037//0022-3514.42.1.168
16. Hatami Varzaneh A, Moeini H, Heidari Meymeh M. Investigating the relationship between basic psychological needs, psychological hardiness and stress coping styles with the success of female sales managers. *Psychological Researches in Management*. 2024;10(3):85-110. <https://doi.org/10.22034/jom.2024.2033513.1224> [In Persian]
17. Mason O, Claridge G, Jackson M. New scales for the assessment of schizotypy. *Personality and Individual differences*. 1995;18(1):7-13. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)00132-C](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)00132-C)
18. Yaghoubi H, Mohammadzadeh N, Ahmadi-Tahor-Soltani M. The relationship between psychotic-like traits and some demographic components in students. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2014;12(12):965-74. <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.17353165.1392.12.12.3.9> [In Persian]
19. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and emotion*. 2005;29(2):83-102. <https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3>
20. Azizi M, Zarei I. The effectiveness of dialectical behavioral therapy on self-harmful and distress tolerance in adolescents with a history of self-harmful behaviors. *Psychological Achievements*. 2023;30(1):145-62. <https://doi.org/10.22055/psy.2022.38177.2726> [In Persian]
21. Gray-Toft P, Anderson JG. The nursing stress scale: development of an instrument. *Journal of behavioral assessment*. 1981;3(1):11-23. <https://doi.org/10.1007/BF01321348>
22. Hatemian P, Hatemian P. The effect of psychological intervention based on emotion regulation on reducing job stress among nurses working in hospitals in Kermanshah: A case study of Imam Reza Hospital (AS). *Journal of Occupational Medicine*. 2020;12(2):29-35. <https://doi.org/10.18502/tkj.v12i2.4371> [In Persian]
23. Mohammad Karimi M, Rahimian Bogar I. The effectiveness of positivity training on students' cognitive flexibility and resilience. *Journal of Psychological Science*. 2025;24(145):119-37. doi: 10.52547/JPS.24.145.119 [In Persian]
24. Soltani E, Shareh H, Bahrainian SA, Farmani A. The mediating role of cognitive flexibility in correlation of coping styles and resilience with depression. *Pajooohandeh Journal*. 2013;18(2):88-96. <http://pajooohande.sbm.ac.ir/article-1-1518-en.html> [In Persian]
25. Bennett RM, Friend R, Jones KD, Ward R, Han BK, Ross RL. The revised fibromyalgia impact questionnaire (FIQR): validation and psychometric properties. *Arthritis research & therapy*. 2009;11(4):R120. <https://doi.org/10.1186/ar2783>
26. Mobini M, Mohammadpour R, Eliasi F, Hosseinian A, Abbaspour, Sh. Measuring the reliability and validity of the revised Persian Fibromyalgia Questionnaire in Iranian patients with fibromyalgia. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2016;25(133): 119-27. <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-6943-en.html> [In Persian]
27. Fornell C, Larcker DF. Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of marketing research*. 1981;18(1):39-50. <https://doi.org/10.1177/002224378101800104>
28. Wetzels M, Odekerken-Schröder G, Van Oppen C. Using PLS path modeling for assessing hierarchical construct models: Guidelines and empirical illustration. *MIS quarterly*. 2009;177-95. <https://doi.org/10.2307/20650284>
29. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research*. 2012;36(5):427-40. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
30. Linehan MM. Dialectical behavioral therapy: A cognitive behavioral approach to parasuicide. *Journal of Personality disorders*. 1987;1(4):328-33. <https://doi.org/10.1521/pedi.1987.1.4.328>
31. Yağan F, Kaya Z. Cognitive flexibility and psychological hardiness: examining the mediating role of positive humor styles and happiness in teachers. *Current Psychology*. 2023;42(34):29943-54. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-04024-8>
32. Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological bulletin*. 2007;133(4):581. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.581>
33. Yildirim M, Dilekçi Ü, Manap A. Mediating roles of meaning in life and psychological flexibility in the relationships between occupational stress and job satisfaction, job performance, and psychological distress in teachers. *Frontiers*

- in Psychology. 2024;15:1349726. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1349726>
34. Beck AT. Cognitive therapy and the emotional disorders. Penguin; 1976. CRID: 1970586434812352268
35. Amirpour B, Sadeghin R. The mediating role of cognitive flexibility in the relationship between existential anxiety and distress tolerance with corona disease anxiety among air defense soldiers. Military Psychology. 2023;13(52):123-46. <https://doi.org/10.1001.1.25885162.1401.13.52.6>. 6 [In Persian]
36. Dehghani FA, Bahari ZA. The mediating role of cognitive flexibility in the relationship between job stress and psychological wellbeing of nurses. Iran Journal of Nursing. 2021;34(133):16-27. <https://doi.org/10.32598/ijn.34.5.2> [In Persian]
37. Rezaei M, Hosseini M, Sajjadi M, Moslemi A. Cognitive flexibility, anxiety of nurses and variables affecting them in the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. Iran Journal of Nursing. 2024;36(145):504-15. <http://dx.doi.org/10.32598/ijn.36.145.3296.1> [In Persian]