

Determining the Structural Causal Relationships of Problem Solving Skills, Coping Strategies and Temperament with Resilience with the Mediation of Psychological Disturbance among Nurses

Ziba Poursadegh¹, Ali Naghi Aghdasi^{2*}, Touraj Hashemi³, Seyed Mahmoud Tabatabaei⁴

1- PhD student of General Psychology, Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran. ORCID: 0009-0005-3161-7948

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran. ORCID: 0000-0003-2053-9786

3- Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran. ORCID: 0000-0002-8353-6104

4- Associate Professor, Cognitive Neuroscience, Faculty of Medical Sciences, Tabriz Medical Sciences Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran ORCID: 0000-0003-4379-3103

***Corresponding Author:** Ali Naghi Aghdasi. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran
E-mail: poursadegh.28144@gmail.com

Received: 7 Aug 2023

Revised: 20 Jan 2024

Accepted: 28 Jan 2024

Abstract

Introduction: The development of resilience is done through problem-solving, coping strategies, and mood, and regarding determining the role of structural causal relationships of problem-solving skills, coping strategies and temperament with resilience with the mediation of psychological disturbance, no study has been done between nurses. This research was conducted to determine the structural causal relationships of problem-solving skills, coping strategies, and temperament with resilience through the mediation of psychological disturbance in nurses.

Methods: This was descriptive-correlational research (structural equations) and the statistical population included all the nurses in Tabriz city in 2020-2021 and 500 people were selected by stratified random sampling. Information was collected using Heppner & Krauskopf problem-solving questionnaires (PSQ), Lazarus & Folkman coping strategies (CSQ), Buss & Plomin temperament (EAS), Connor-Davidson resilience (CD-RISC) and psychological disturbance Kessler et al. (PDQ). Data were analyzed using the structural equation analysis method in SPSS.23 and Smart PLS3 software.

Results: There was a direct causal relationship between problem-solving skills ($\beta=0.174$, $p=0.001$) and coping strategies ($\beta=0.188$, $p=0.002$) with resilience; while there was no direct causal relationship between temperament and resilience ($p=0.459$). Also, there was an indirect causal relationship between coping strategies ($\beta=0.143$, $p=0.001$) and temperament ($\beta=0.259$, $p=0.002$) with resilience mediated by psychological disturbance; but there was no indirect causal relationship between problem-solving skills ($\beta=-0.003$, $p=0.947$) and resilience with the mediation of psychological disturbance.

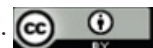
Conclusion: Considering that the relationship between coping strategies and mood with resilience is mediated by psychological disturbance; it seems that the results of this research help design interventions aimed at improving the resilience of nurses by considering the role of the discussed variables.

Keywords: Problem-Solving, Coping Strategy, Mood, Resilience, Psychological Disturbance

How to cite this article: Poursadegh Z, Aghdasi AN, Hashemi T, Tabatabai SM. Determining the Structural Causal Relationships of Problem Solving Skills, Coping Strategies and Temperament with Resilience with the Mediation of Psychological Disturbance among Nurses. Journal of Nursing Education (JNE). May 2020. p1-12 (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/>).



تعیین روابط علی ساختاری مهارت‌های حل مسئله، راهبردهای مقابله‌ای و خلق‌وخو با تاب‌آوری با میانجی‌گری آشفستگی روانشناختی در پرستاران

زیبا پور صادق^۱، علی نقی اقدسی^{۲*}، تورج هاشمی^۳، سیدمحمود طباطبائی^۴

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران ۷۹۴۸-۳۱۶۱-۰۰۰۵-۰۰۰۹ ORCID:

۲- استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران ۹۷۸۶-۲۰۵۳-۰۰۰۳-۰۰۰۰ ORCID:

۳- استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران ۶۱۰۴-۸۳۵۳-۰۰۰۰-۰۰۰۲ ORCID:

۴- دانشیار علوم اعصاب شناختی، دانشکده علوم پزشکی، واحد علوم پزشکی تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران ۳۱۰۳-۴۳۷۹-۰۰۰۰-۰۰۰۳ ORCID:

*نویسنده مسئول: علی نقی اقدسی، استادیار، گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

ایمیل: poursadegh.28144@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۱/۸

تاریخ بازبینی: ۱۴۰۲/۱۰/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۵/۱۶

چکیده

مقدمه: رشد تاب‌آوری به واسطه حل مسئله، راهبردهای مقابله‌ای و خلق‌وخو انجام می‌شود و درخصوص تعیین نقش روابط علی ساختاری مهارت‌های حل مسئله، راهبردهای مقابله‌ای و خلق‌وخو با تاب‌آوری با میانجی‌گری آشفستگی روانشناختی مطالعه‌ای در بین پرستاران صورت گرفته است. این پژوهش با هدف تعیین روابط علی ساختاری مهارت‌های حل مسئله، راهبردهای مقابله‌ای و خلق‌وخو با تاب‌آوری با میانجی‌گری آشفستگی روانشناختی در پرستاران انجام شد.

روش کار: این پژوهش توصیفی - همبستگی (معادلات ساختاری) بود و جامعه آماری آن دربرگیرنده کلیه پرستاران شهر تبریز در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود که تعداد ۵۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه‌های حل مسئله هینر و کراسکوف (PSQ)، راهبردهای مقابله‌ای لازاروس و فولکمن (CSQ)، خلق و خو باس و پلامین (EAS)، تاب‌آوری کانر - دیویدسون (CD-RISC) و آشفستگی روانشناختی کسلر و همکاران (PDQ) گردآوری شد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل معادلات ساختاری در نرم‌افزارهای SPSS.23 و Smart PLS3 تحلیل شدند.

یافته‌ها: بین مهارت‌های حل مسئله ($\beta=0/174, p=0/001$) و راهبردهای مقابله‌ای ($\beta=0/188, p=0/002$) با تاب‌آوری رابطه علی مستقیم وجود داشت؛ درحالی که بین خلق‌وخو با تاب‌آوری رابطه علی مستقیم وجود نداشت ($p=0/459$). همچنین، بین راهبردهای مقابله‌ای ($\beta=0/143, p=0/001$) و خلق‌وخو ($\beta=0/259, p=0/002$) با تاب‌آوری با میانجی‌گری آشفستگی روانشناختی رابطه علی غیرمستقیم وجود داشت؛ اما بین مهارت‌های حل مسئله ($\beta=0/003, p=0/947$) با تاب‌آوری با میانجی‌گری آشفستگی روانشناختی رابطه علی غیرمستقیم وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه رابطه راهبردهای مقابله‌ای و خلق‌وخو با تاب‌آوری را آشفستگی روانشناختی میانجی‌گری می‌کند؛ به نظر می‌رسد نتایج این پژوهش در طراحی مداخلاتی با هدف ارتقای تاب‌آوری پرستاران با در نظر گرفتن نقش متغیرهای مورد بحث کمک‌کننده باشد.

کلیدواژه‌ها: حل مسئله، راهبرد مقابله، خلق‌وخو، تاب‌آوری، آشفستگی روانی

مقدمه

تاب‌آوری از جمله سازه‌هایی است که در سالهای اخیر توجه محققان بسیاری را در حوزه‌های روانشناسی به خود اختصاص داده است [۱]. تاب‌آوری به مهارت‌ها، خصوصیات و توانمندی‌هایی اشاره دارد که فرد را قادر می‌سازد با سختیها، مشکلات و چالشها سازگار شود. با این حال، تاب‌آوری صرفاً مقاومت در برابر شرایط تهدیدآمیز نیست [۲]، بلکه شرکت فعال و سازنده فرد در محیط است و نشان‌دهنده فرایند توانایی و سازگاری موفقیت‌آمیز افراد، علی‌رغم وجود استرس و موقعیت‌های تهدیدکننده می‌باشد [۳]. افرادی که از تاب‌آوری بالایی برخوردار هستند، حس قوی برای پیشرفت دارند، اعتمادبه‌نفس و خودباوری در آنها بالاست، در شرایط بحرانی، آرامش و خونسردی خود را حفظ می‌کنند و از قدرت پیشبینی خوبی برخوردار هستند، این افراد بیش از آنکه به صورت هیجانی با مشکلات روبرو شوند، تحمل زیادی در برابر شرایط از خود نشان می‌دهند و از زوایایی متعدد به مشکل مینگرند و از مهارت‌های حل مسئله در جستجوی راه‌حل‌های منطقی برای حل مسائل خود هستند [۴].

مهارت حل مسئله به عنوان یک فرایند شناختی و رفتاری معطوف به خود در نظر گرفته می‌شود که مستلزم به کارگیری راهبردهای ویژه و هدفمندی است که فرد به وسیله آنها مشکلات را تعریف میکند، تصمیم به اتخاذ راه‌حل می‌گیرد، از راهبردهای حل مسئله استفاده کرده و بر آنها نظارت می‌کند [۵]. برخی شواهد پژوهشی نشان داده‌اند که بین مهارت‌های حل مسئله با تاب‌آوری ارتباط معناداری وجود دارد [۶]. برای مثال، Ben-De Almeida و evides [۷] نشان دادند که بین تاب‌آوری با مهارت‌های حل مسئله همبستگی مثبت وجود دارد.

تاب‌آوری به عنوان موضوعی چندبعدی، متشکل از یادگیری مهارت‌های خاص همچون حل مسئله است که به افراد اجازه می‌دهد از راهبردهای مقابله‌ای موجود استفاده کنند و با وقایع تنش‌زای زندگی به خوبی مقابله کنند [۸]. راهبردهای مقابله‌ای مجموعه‌ای از تلاش‌های شناختی و رفتاری فرد هستند که در جهت تعبیر و تفسیر و اصلاح یک وضعیت تنش‌زا به کار می‌روند و منجر به کاهش رنج ناشی از آن میشوند [۹]. مطالعات اخیر نقش راهبردهای مقابله‌ای را به عنوان عاملی موثر در کارکردهای تاب‌آوری افراد مورد تایید

زیبا پورصادق و همکاران

قرار داده‌اند [۱۰]؛ برای مثال، De la Fuente و همکاران (۲۰۱۷)، نشان دادند که یک ارتباط علی مثبت و معنادار بین تاب‌آوری با راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌محور وجود دارد [۱۱]. Innes [۱۲]، نیز نشان داد که به‌کارگیری هرچه بیشتر دانشجویان زن از سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌محور با سطح تاب‌آوری کمتری ارتباط دارد.

عامل موثر دیگری که رشد تاب‌آوری به واسطه آن انجام می‌شود، خلق و خواست [۱۳] Buss و Plomin [۱۴]، سه خلق و خو تهییج‌پذیری، فعالیت و جامعه‌پذیری را مشخص کردند که به اعتقاد آنها عناصر اصلی شخصیت هستند. این خلق و خواست‌ها عمدتاً ارثی هستند و یادگیری حاصل از تعاملات محیطی و اجتماعی، تأثیر نسبتاً جزئی بر آنها دارد. تهییج‌پذیری خلق به سطح انگیزندگی یا تحریک‌پذیری اشاره دارد؛ خلق فعالیت بر حسب نیرو و بنیه جسمانی تعریف می‌شود و جامعه‌پذیری به میزان اولویت قائل شدن برای تماس داشتن و تعامل کردن با دیگران اطلاق میگردد. درخصوص بررسی ارتباط خلق و خو با تاب‌آوری مطالعات زیادی صورت نگرفته است. در یکی از معدود مطالعات صورت گرفته، فرح بیجاری و همکاران [۱۵]، نشان دادند که بین تاب‌آوری با روان‌رنجورخویی رابطه معنادار منفی وجود دارد و بین تاب‌آوری با توافق‌پذیری، برون‌گرایی و وجدان‌گرایی رابطه معنادار مثبت مشاهده شد، اما بین تاب‌آوری و تجربه‌پذیری رابطه معناداری یافت نشد.

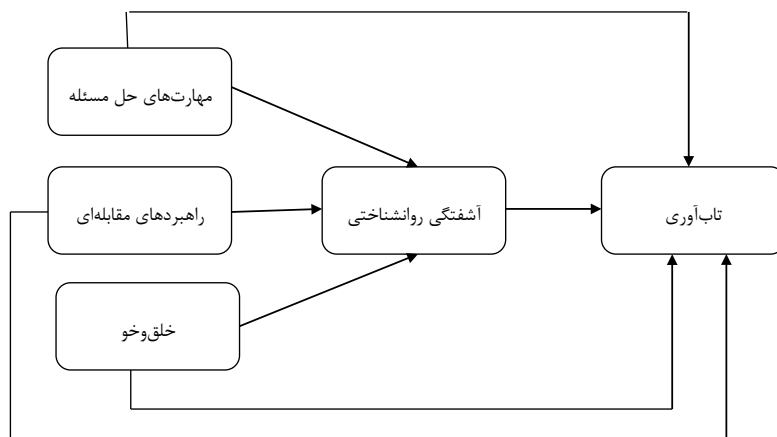
آخرین متغیر مورد بحث در این پژوهش آشفتگی روانشناختی است که به ندرت به عنوان مفهومی مجزا تعریف شده است و اصطلاحی مترادف با فشار، استرس و اضطراب است [۱۶]. آشفتگی روانشناختی تا حد زیادی به حالتی از درد و رنج عاطفی اشاره می‌کند که به عنوان واکنش فرد به استرس‌های بیرونی و درونی و ترکیبی از علائم روانی شامل استرس، افسردگی و اضطراب تعریف می‌شود، این علائم در بسیاری از موارد با علائم جسمی همراه هستند و تأثیرات منفی قابل توجهی بر عملکرد افراد برجای می‌گذارند [۱۶]. مطالعات اخیر ارتباط تاب‌آوری با پریشانی روانشناختی را مورد تایید قرار داده‌اند [۱۸، ۱۷]. به عنوان مثال، Yasien و همکاران [۱۹] دادند که بین پریشانی روانشناختی با تاب‌آوری مددکاران رابطه منفی وجود دارد.

یکی از دلایل بررسی موضوع تاب‌آوری این است که مشکلاتی نظیر به‌کارگیری مهارت‌های حل مسئله

با تاب‌آوری با میانجی‌گری آشفته‌نگی روانشناختی مطالعه‌ای صورت نگرفته است؛ لذا این پژوهش با هدف تعیین روابط علی ساختاری مهارت‌های حل مسئله، راهبردهای مقابله‌ای و خلق‌وخو با تاب‌آوری با میانجی‌گری آشفته‌نگی روانشناختی در پرستاران انجام شد و مدل مفهومی پژوهش در نمودار ۱ ترسیم شد

ناکارآمد، راهبردهای مقابله‌ای غیرانطباقی و خلق‌وخو کاهش یافته ناشی از نبود تاب‌آوری در بین افراد باعث تحمیل هزینه‌های غیرضروری و گزاف و از دست رفتن سرمایه‌های انسانی در محیط‌های شغلی پرستاری می‌شود [۴]. با توجه به اینکه تاکنون درخصوص تعیین روابط علی ساختاری مهارت‌های حل مسئله، راهبردهای مقابله‌ای و خلق‌وخو

نمودار ۱. مدل مفهومی پژوهش



سن بین ۲۰ الی ۵۵، حداقل ۲ سال سابقه کار، حداقل تحصیلات کارشناسی، استخدام رسمی و پیمانی؛ در حالی که عدم موافقت پرستاران برای شرکت در پژوهش و همچنین عدم تکمیل پرسشنامه‌ها، معیارهای خروج از پژوهش را تشکیل میدادند. به منظور اجرای پژوهش، پژوهشگر پس از مراجعه و هماهنگی با سرپرستاران بخش‌ها، فهرستی از پرستاران را تهیه و به شیوه قرعه‌کشی تعدادی پرستار متناسب با حجم نمونه انتخاب کرد. پرستاران در پایان هر شیفت به بخش‌ها مراجعه و پرسشنامه‌ها را در اختیار پرستاران قرار داده و در شیفت بعدی آنها را جمع‌آوری میکردند. در مدت ۲ ماه تمام داده‌ها گردآوری شد و حضور پژوهشگر در بیمارستان و تاکید مکرر به پرستاران باعث شد که آنها به صورت کامل و دقیق به سئوالات پاسخ دهند. از ابزارهای زیر جهت گردآوری اطلاعات استفاده شد: از ابزارهای زیر جهت گردآوری اطلاعات استفاده شد: **ویژگی‌های جمعیت شناختی**. که شامل جنسیت، سن و سابقه کار بود.

پرسشنامه حل مسئله (Problem solving questionnaire). این پرسشنامه توسط Heppner و krauskopf در سال ۱۹۸۷ برای سنجش درک پاسخ‌دهنده

روش کار

پژوهش حاضر به لحاظ هدف، بنیادی / توسعه‌ای بوده، با توجه به شیوه گردآوری اطلاعات اسنادی - پیمایشی و با توجه به ماهیت در زمره مطالعات توصیفی - همبستگی و به لحاظ اینکه در پی تعیین نقش متغیر میانجی بود، از نوع تحلیل معادلات ساختاری بود. جامعه آماری این پژوهش دربرگیرنده کلیه پرستاران شهر تبریز در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بود. با توجه به اینکه برای اعتبار معادلات ساختاری در مطالعات علوم اجتماعی به ازای هر متغیر پیشین میبایست حدود ۱۵ مشارکتکننده وجود داشته باشد [۲۰]؛ لذا در این پژوهش تعداد ۵۰۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند که براساس گزارش معاونت درمان و آموزش پزشکی شهر تبریز شامل ۲۶ بیمارستان و ۲۴۲۶ پرستار بود که از بیمارستانهای دولتی و خصوصی انتخاب شدند. تعداد نمونه اختصاصیافته از هر بیمارستان متناسب با جمعیت پرستاران آن بیمارستان نبود و براساس انتساب بهینه متناسب با اندازه طبقه تقسیم‌بندی اعمال شد.

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از دارا بودن حداقل

زیبا پورصادق و همکاران

۱۹۸۴ به منظور اندازه‌گیری خلق و خوی افراد ساخته شده است و دارای ۱۵ سؤال می‌باشد. پرسشنامه خلق و خوی از ۵ خرده‌مقیاس جامعه‌پذیری، سطح فعالیت، درماندگی، اضطراب و خشم تشکیل شده است، که در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (۱-۵) اندازه‌گیری می‌شود. سئوال‌ات ۱، ۷، ۱۱ و ۱۲ منعکس‌کننده سطح جامعه‌پذیری؛ سئوال‌ات ۲، ۳، ۴، ۶ و ۱۲ بیانگر سطح فعالیت؛ سئوال‌ات ۴، ۸ و ۱۴ بازتابی از گرایش کلی نسبت به تجربه یک واکنش نسبت به درماندگی و سئوال‌ات ۳، ۱۰ و ۱۵ نیز اضطراب را اندازه‌گیری می‌کنند. سئوال‌ات ۵، ۹ و ۱۳ خصیصه خشم را می‌سنجند. سه خرده‌مقیاس (درماندگی، اضطراب و خشم) همگی خرده‌مقیاس‌های مؤلفه تهیج‌پذیری هستند [۱۴]. Tang و همکاران [۲۴]، پایایی کل این پرسشنامه را در براساس ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۹ و ۰/۹۲ محاسبه کردند و روایی آن را مطلوب ارزیابی کردند. نشاط دوست و همکاران [۲۵]، برای اولین بار به هنجاریابی این پرسشنامه پرداختند و اعتبار پرسشنامه خلق و خوی را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ برآورد کردند و روایی محتوایی آن را با روش کیفی مورد تایید قرار دادند. در این پژوهش پایایی کل پرسشنامه خلق و خوی با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به دست آمد

مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون (Conner-Da-vidson resilience scale). این مقیاس توسط Conner و Davidson در سال ۲۰۰۳ برای سنجش میزان تاب‌آوری افراد ساخته شده است و دارای ۲۵ سؤال و ۵ خرده‌مقیاس به شرح زیر می‌باشد: شایستگی / استحکام شخصی (۲۴-۱۲-۱۱-۲۵-۱۰-۲۳-۱۷-۱۶)، اعتماد به‌خود (۲۰-۱۸-۱۵-۱۴-۷-۶-۱۹-۱۴)، تحمل عواطف منفی (۱-۴-۵-۲-۸)، مهارت (۲۲-۱۳-۲۱) و معنویت در افراد (۳-۹). دامنه نمرات این مقیاس بین ۲۵-۱۲۵ قرار دارد و در یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (۰=کاملاً نادرست) تا (۴=همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود [۲۶]. Conner و Davidson [۲۶]، پایایی آزمون-بازآزمون مقیاس تاب‌آوری را بر روی ۲۴ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و اختلال استرس پس از سانحه ۰/۸۷ گزارش کردند. روایی همگرای این مقیاس با محاسبه همبستگی آن با پرسشنامه سرسختی Kubasa روی ۳۰ نفر از بیماران روانپزشکی بررسی شده و همبستگی مقیاس تاب‌آوری با پرسشنامه سرسختی Kubasa ۰/۸۳ به

از رفتارهای حل مسئله طراحی شده است و دارای ۳۵ سؤال و سه خرده‌مقیاس اعتماد به حل مسائل، سبک گرایش-اجتناب و کنترل شخصی است که در یک مقیاس لیکرت شش درجه‌ای (کاملاً موافقم=۱) تا (کاملاً مخالفم=۶) نمره‌گذاری می‌شود و دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۳۵ تا ۲۱۰ قرار دارد. در این پرسشنامه سئوال‌ات ۲۶، ۳۰، ۳۲، ۳۴، ۲۱، ۳، ۴، ۱۱، ۱۴، ۱۵، ۱۷، ۲۱، ۲۵ به صورت معکوس نمره‌گذاری میشوند [۲۱]. Huang و Flores [به نقل از ۵]، روایی همگرای این پرسشنامه را با محاسبه همبستگی آن با پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای Lazarus و Folkman مورد تایید قرار دادند. در مطالعه اعراییان و ابوالعالی [۵] همسانی درونی کل این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ و در خرده‌مقیاس‌های اعتماد به حل مسائل، سبک گرایش-اجتناب و کنترل شخصی به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۷۲ و ۰/۶۵ گزارش کردند. در این پژوهش پایایی کل پرسشنامه حل مسئله با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد

پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای (Coping strategies questionnaire). این پرسشنامه توسط Lazarus و Folkman در سال ۱۹۸۸ برای سنجش راهبردهای مقابله‌ای طراحی شد و دارای ۶۶ سؤال و ۸ خرده‌مقیاس به شرح زیر است: مقابله مستقیم؛ دوری‌گزینی یا فاصله‌گیری؛ خویش‌تنداری؛ جستجوی حمایت اجتماعی؛ مسئولیت‌پذیری؛ گریز-اجتناب؛ مسئله‌گشایی برنامه‌ریزی‌شده؛ ارزیابی مجدد مثبت. همچنین، این خرده‌مقیاس‌ها در قالب دو خرده‌مقیاس کلی راهبرد هیجانمدار و راهبرد مسئلهمدار خلاصه می‌شوند. این پرسشنامه در یک مقیاس لیکرت سه درجه‌ای (اصلاً=۰) تا (زیاد=۳) نمره‌گذاری می‌شود و دامنه نمرات این پرسشنامه بین صفر تا ۱۹۸ است [۲۲]. Lazarus و Folkman [۲۲] روایی و پایایی این پرسشنامه را مطلوب ارزیابی کردند. ندائی و همکاران [۲۳]، پایایی کل این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و برای خرده‌مقیاس‌های راهبرد هیجانمدار و راهبرد مسئله‌مدار به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۲ گزارش کردند. در این پژوهش پایایی کل پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد

پرسشنامه خلق و خوی (Euthanasia attitude scale). این پرسشنامه توسط Plomin و Buss در سال

و Ojasanya [۲۹]، پایایی کل این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ محاسبه کردند. اکبری [۳۰] نیز در کشور ما پایایی کل این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ برآورد کرد. در این پژوهش پایایی کل پرسشنامه آشفتگی روانشناختی با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ به دست آمد.

به منظور رعایت اصول اخلاقی، فرم موافقت برای همکاری در پژوهش توسط آنها تکمیل شد و پژوهشگر به آنها اطمینان داد که کلیه مطالب ارائه شده در نتایج پرسشنامه‌ها محرمانه خواهد بود.

در این پژوهش سطح معنیداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد و داده‌ها با استفاده از روش آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (آزمون مجذور کای، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل معادلات ساختاری) در نرم‌افزارهای SPSS و Smart PIs3 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

در این پژوهش ۵۰۰ پرستار شرکت کردند که انحراف معیار و میانگین سنی آنها $27/31 \pm 4/53$ بود. آزمون مجذور کای تفاوت معنادری را بین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان نشان نداد ($p > 0/05$; جدول ۱)

دست آمده است، در حالی که همبستگی این مقیاس با استرس ادراک شده ۰/۷۶- می‌باشد. پایایی این مقیاس توسط کیهانی و همکاران [۲۷] با روش همسانی درونی ۰/۶۶ و به روش دونیمه سازی ۰/۶۶ گزارش شد. در این پژوهش پایایی کل مقیاس تاب‌آوری Conner و Davidson با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ به دست آمد.

پرسشنامه آشفتگی روانشناختی (Psychological disturbance questionnaire) این پرسشنامه توسط Kes-sler و همکاران در سال ۲۰۰۲ برای شناسایی اختلالات روانی در بین جمعیت عمومی در دو فرم ۱۰ سوالی و ۶ سوالی تهیه شد. به زغم اینکه، این پرسشنامه اختلال روانی خاصی را هدف قرار نمی‌دهد؛ اما بنا به گفته طراحان آن سطح اضطراب و افسردگی فرد را که در طی چند هفته اخیر تجربه کرده است، مشخص می‌سازد. در این پژوهش از فرم ۱۰ سوالی استفاده شد که سؤالات هر دو فرم در یک مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای (۰=هیچ وقت) تا (۴=همیشه) نمره‌گذاری می‌شود و دامنه نمرات این پرسشنامه بین صفر تا ۴۰ قرار دارد و نمرات بالاتر بیانگر آشفتگی روانشناختی بالاتر است. نمرات ۱۰ تا ۱۵ نشان‌دهنده پریشانی پایین، نمرات ۱۶ تا ۲۱ بیانگر پریشانی متوسط، نمرات ۲۲ تا ۲۹ نشان‌دهنده پریشانی بالا و نمرات ۳۰ تا ۵۰ نشان‌دهنده پریشانی خیلی بالا می‌باشد [۲۸]. Osamika

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی پرستاران پرستاران مورد مطالعه شهر تبریز

متغیر	گروه	فراوانی	درصد	مقدار احتمال
جنسیت	مرد	۱۲۰	۲۴	۰/۵۵۵
	زن	۳۸۰	۷۶	
سن	کمتر از ۲۵ سال	۷۵	۱۵	
	۲۶ تا ۳۰ سال	۱۳۵	۲۷	
	۳۱ تا ۴۰ سال	۱۴۶	۲۹	۰/۴۶۹
	۴۱ تا ۵۰ سال	۱۰۵	۲۱	
	بیشتر از ۵۱ سال سن	۳۹	۸	
	کمتر از ۵ سال	۸۵	۱۷	
سابقه کار	۶ تا ۱۰ سال	۱۲۰	۲۴	
	۱۱ تا ۲۰ سال	۱۴۵	۲۹	۰/۶۴۰
	۲۱ تا ۳۰ سال	۱۴۲	۲۸	
	بیشتر از ۳۱ سال	۸	۲	

آزمون مجذور کای، $p < 0/05$ * اختلاف معنادار

میانگین و انحراف معیار متغیرهای مهارت‌های حل مسئله، روانشناختی در بین پرستاران در جدول ۲ درج شده است. راهبردهای مقابله‌ای و خلق‌و‌خو، تاب‌آوری و آشفتگی

جدول ۲. آماره‌های توصیفی متغیرهای مهارت‌های حل مسئله، راهبردهای مقابله‌ای، خلق‌و‌خو، تاب‌آوری و آشفتگی روانشناختی و خرده مقیاس‌های آنها در پرستاران مورد مطالعه

متغیر	میانگین	انحراف معیار
مهارت‌های حل مسئله	۱۳۸/۰۲	۲۵/۳۷
راهبردهای مقابله‌ای	۶۸/۵۰	۱۰/۹۷
خلق‌و‌خو	۴۰/۶۹	۸/۹۸
تاب‌آوری	۴۷/۹۴	۱۹/۰۲
آشفتگی روانشناختی	۱۹/۹۶	۸/۵۳

در جدول ۳ ماتریس همبستگی متغیرهای مورد مطالعه درج شده است.

جدول ۳. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

معیار	مهارت‌های حل مسئله	راهبرد مقابله‌ای مسله محور	راهبرد مقابله‌ای هیجان محور	خلق و خو	آشفتگی روانشناختی	تاب‌آوری
مهارت‌های حل مسئله	۱					
راهبرد مسئله محور	۰/۱۲۵**	۱				
راهبرد هیجان محور	-۰/۱۴۸**	-۰/۰۴۰	۱			
خلق و خو	-۰/۰۸۳**	۰/۰۵۹	۰/۴۹۷**	۱		
آشفتگی روانشناختی	۰/۱۲۱**	-۰/۰۶۶	۰/۰۰۶	-۰/۰۸۱	۱	
تاب‌آوری	۰/۲۵۰**	۰/۲۴۴**	-۰/۰۲۴	۰/۵۶۵**	-۰/۰۹۵**	۱

ضریب همبستگی پیرسون، $p < ۰/۰۵$ * اختلاف معنادار

مدل اندازه‌گیری، برآزش مدل ساختاری و برآزش کلی مدل استفاده شد؛ بدین منظور برآزش مدل اندازه‌گیری با استفاده از پایایی مدل به روش ضریب آلفای کرونباخ (AI- $pha > 0.7$)، ضریب پایایی ترکیبی به روش تحلیل عاملی (CR > 0.7) و روایی همگرا (AVE > 0.5) تایید شد. مقدار مناسب برای آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی ۰/۷ و برای روایی همگرا ۰/۵ می‌باشد [۳۱]. برآزش مدل ساختاری نیز با استفاده از معیار R2 برای متغیرهای پنهان درونزا آشفتگی روانشناختی (۰/۵۱۱) و تاب‌آوری (۰/۲۳۸) تایید شد. سه مقدار ۰/۱۹، ۰/۳۳ و ۰/۶۷ به بالا به عنوان مقدار ملاک برای مقادیر ضعیف، متوسط و قوی R2 در نظر گرفته می‌شود

چنانچه در جدول ۳ ملاحظه می‌گردد، تاب‌آوری به غیر از راهبرد مقابله‌ای هیجان محور ($r = -۰/۰۲۴, p = ۰/۶۷۱$) با مهارت‌های حل مسئله ($r = ۰/۲۵۰, p = ۰/۰۰۱$) رابطه مثبت معنادار، راهبرد مقابله‌ای مسئله محور ($r = ۰/۲۴۴, p = ۰/۰۰۱$) رابطه مثبت معنادار، خلق و خو ($r = ۰/۵۶۵, p = ۰/۰۰۱$) رابطه مثبت معنادار و آشفتگی روانشناختی ($r = -۰/۰۹۵, p = ۰/۰۰۱$) رابطه منفی معنادار وجود دارد. نرمال بودن توزیع نمرات با استفاده از آزمون Kolmogorov Smirnov برای متغیرهای مهارت‌های حل مسئله، راهبردهای مقابله‌ای، خلق‌و‌خو، تاب‌آوری و آشفتگی روانشناختی در سطح ($p > ۰/۰۵$) تأیید شد. در این پژوهش، جهت بررسی برآزش مدل از برآزش

نشان‌دهنده برآزش بسیار مناسب مدل کلی می‌باشد. لذا، به منظور بررسی برآزش مدل ساختاری از آزمون t جهت تعیین معناداری ضرایب رگرسیونی و سطوح معناداری استفاده شد که نتایج آن در شکل ۲ ارائه شد

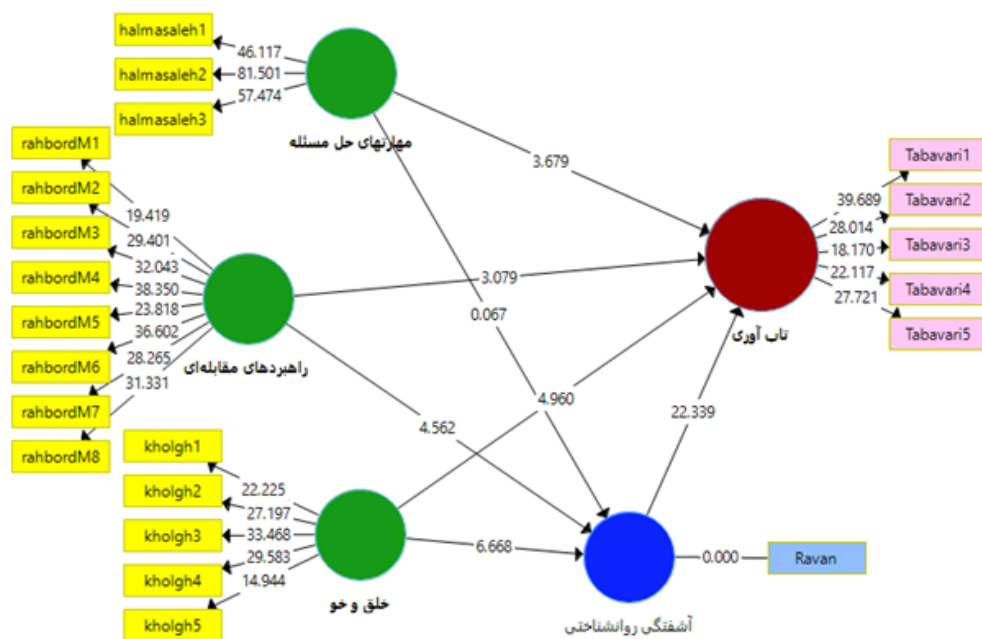
[۳۱]. برای بررسی برآزش مدل کلی از معیار GOF استفاده شد که سه مقدار $0/۰۱$ ، $0/۲۵$ و $0/۳۶$ به عنوان مقادیر ضعیف، متوسط و قوی برای GOF معرفی شده است [۳۱] و مقدار به دست آمده برای GOF به میزان $0/۵۰۲$

جدول ۴. ضرایب رگرسیونی و سطوح معناداری مدل نهایی پژوهش

رابطه	ضریب تاثیر (β)	t	مقدار احتمال	جهت تاثیرگذاری
مهارت‌های حل مسئله < تاب‌آوری	0/۱۷۴	۳/۶۷۹	0/001	رابطه علی مستقیم دارد
راهبردهای مقابله‌ای < تاب‌آوری	0/۱۱۸	۳/0۷۹	0/002	رابطه علی مستقیم دارد
خلق‌و‌خو < تاب‌آوری	-0/۲۲۹	۴/۹۶۰	0/۴۵۹	رابطه علی مستقیم ندارد
مهارت‌های حل مسئله < آشنفتگی روانشناختی < تاب‌آوری	-0/003	0/066	0/۹۴۷	رابطه علی غیرمستقیم ندارد
راهبردهای مقابله‌ای < آشنفتگی روانشناختی < تاب‌آوری	0/۱۴۳	۴/۵۸۲	0/001	رابطه علی غیرمستقیم دارد
خلق‌و‌خو < آشنفتگی روانشناختی < تاب‌آوری	0/۲۵۹	۶/۳۱۱	0/001	رابطه علی غیرمستقیم دارد

($\beta=$ با تاب‌آوری با میانجی‌گری آشنفتگی روانشناختی رابطه علی غیرمستقیم وجود داشت؛ اما بین مهارت‌های حل مسئله ($\beta=0/۰۳$ ، $p=0/۹۴۷$) با تاب‌آوری با میانجی‌گری آشنفتگی روانشناختی رابطه علی غیرمستقیم وجود نداشت. در شکل ۲ مدل نهایی پژوهش به همراه ضرایب رگرسیونی و سطوح معناداری ارائه شد.

چنانچه در جدول ۴ ملاحظه می‌گردد، بین مهارت‌های حل مسئله ($\beta=0/۱۷۴$ ، $p=0/001$) و راهبردهای مقابله‌ای ($\beta=0/۱۱۸$ ، $p=0/002$) با تاب‌آوری رابطه علی مستقیم وجود داشت؛ درحالی که بین خلق‌و‌خو با تاب‌آوری رابطه علی مستقیم وجود نداشت ($p=0/۴۵۹$). همچنین، بین راهبردهای مقابله‌ای ($\beta=0/۱۴۳$ ، $p=0/001$) و خلق‌و‌خو ($\beta=0/۰۲$ ، $p=0/۰۰۲$)



شکل ۱. مدل نهایی روابط علی ساختاری مهارت‌های حل مسئله، راهبردهای مقابله‌ای و خلق‌و‌خو با تاب‌آوری با میانجی‌گری آشنفتگی روانشناختی

بحث

مطابق با اولین بخش از یافته‌های این پژوهش مشخص شد که از بین مهارت‌های حل مسئله با تاب‌آوری رابطه علی مستقیم وجود دارد. این یافته با نتایج حاصل از مطالعات حاصل از مطالعات Benevides و De Almeida [۷]، اعریبان و ابوالعالی [۵] و Ramazanpour و همکاران [۶]، مبنی بر ارتباط مثبت مهارت‌های حل مسئله با تاب‌آوری همسو است.

در تبیین ارتباط علی مستقیم مهارت‌های حل مسئله با تاب‌آوری میتوان بیان داشت که زمانی که افراد از سبک‌های حل مسئله انطباقی‌تری استفاده میکنند، تاب‌آوری بالاتری را تجربه میکنند؛ بدین معنا که هنگام روبرو شدن با مشکلات زندگی، احساس ضعف و ناامیدی نمیکنند و به خوبی قادر هستند تا کنترل شرایط و موقعیتهای زندگی خود را داشته باشند و به جای اینکه از مشکلات خود اجتناب کنند، به دنبال راه‌حل مناسب برای حل مشکل خود هستند و فعالانه شروع به حل مشکلات خود میکنند. به عبارت بهتر، چنین افرادی به علت بهره‌گیری از شیوه‌های حل مسئله مثبت‌تر، از تاب‌آوری بالاتری برخوردار هستند [۴]

مطابق با دومین بخش از یافته‌های این پژوهش مشخص شد که از بین راهبردهای مقابله‌ای با تاب‌آوری رابطه علی مستقیم وجود دارد. این یافته با نتایج حاصل از مطالعات Secades و همکاران [۱۰]، De la Fuente [۱۱]، مبنی بر ارتباط علی مثبت و معنادار بین تاب‌آوری با راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار همسو است و با نتایج پژوهش Innes [۱۲]، مبنی بر همبستگی منفی سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌محور با تاب‌آوری همسو می‌باشد.

در تبیین ارتباط علی مستقیم راهبردهای مقابله‌ای با تاب‌آوری میتوان بیان داشت که تاب‌آوری موضوعی چندبعدی است که متشکل از یادگیری مهارت‌های خاصی است که به افراد اجازه می‌دهد از راهبردهای مقابله‌ای موجود استفاده کنند و با وقایع تنش‌زای زندگی به خوبی مقابله کنند؛ به عبارت بهتر، افراد دارای تاب‌آوری بالا، راهبردهای مؤثرتری را برای مقابله با موقعیتهای مشکل‌آفرین که در مسیر زندگی روزانه با آنها مواجه میشوند، شناسایی و کشف میکنند [۴]. دیگر یافته این پژوهش نشان داد که بین خلق‌وخو با تاب‌آوری رابطه علی مستقیم وجود ندارد. درخصوص این

زیبا پورصادق و همکاران

یافته پژوهش حاضر، مطالعه‌ای مشاهده‌نشده و این یافته به طور ضمنی با مطالعه فرح بیجاری و همکاران [۱۵] در تضاد قرار می‌گیرد که نشان دادند رابطه منفی و معناداری بین تاب‌آوری با روان‌رنجورخویی و تجربه‌پذیری وجود دارد در تبیین عدم وجود ارتباط علی مستقیم خلق‌وخو با تاب‌آوری میتوان بیان داشت که برخی از خرده‌مقیاسهای خلق و خو همچون جامعه‌پذیری، سطح فعالیت، درماندگی، اضطراب و خشم می‌تواند با تاب‌آوری رابطه علی معکوس داشته باشد؛ به طوری که با افزایش درماندگی، اضطراب و خشم ممکن است سطح تاب‌آوری شخص کاهش یابد و یا با کاهش جامعه‌پذیری و سطح فعالیت، سطح تاب‌آوری شخص افزایش یابد

براساس یکی از مهمترین یافته‌های این پژوهش مشخص شد که بین مهارت‌های حل مسئله با تاب‌آوری با میانجی‌گری آشفستگی روانشناختی رابطه علی غیرمستقیم وجود ندارد. هرچند، درخصوص این یافته مطالعه مشابهی یافت نشد؛ اما، این یافته در راستای نتایج حاصل از تحقیق تقیلو و همکاران [۳۲]، قرار می‌گیرد که نشان دادند که بعد حل مسئله انطباقی بر آشفستگی روانشناختی اثر مستقیم و مثبت ندارد؛ درحالی که این یافته پژوهش حاضر با این بخش از بررسی تقیلو و همکاران [۳۲]، ناهمسو می‌باشد که نشان دادند بعد حل مسئله غیرانطباقی به صورت مستقیم و مثبت بر آشفستگی روانشناختی اثر دارد. این یافته پژوهش حاضر، با نتایج تحقیق سلیمانی و همکاران [۱۸]، مبنی بر همبستگی منفی تاب‌آوری با پروفایل آشفستگی روانشناختی نیز همراستا می‌باشد. در تبیین عدم وجود ارتباط علی غیر مستقیم مهارت‌های حل مسئله با تاب‌آوری با میانجی‌گری آشفستگی روانشناختی میتوان بیان داشت که تاب‌آوری به عنوان یک احساس بنیادی از کنترل، به فرد امکان ترسیم و دسترسی به فهرستی از مهارت‌های کارآمد حل مسئله را می‌دهد که این خود نقش مهمی در مواجهه با حوادث پرفشار زندگی به عنوان منبع مقاومت و سپر محافظ دارد [۷]. افراد دارای تاب‌آوری، انعطاف‌پذیر بوده، مطابق تغییرات محیطی، خود را سازگار می‌کنند و هنگام مواجهه با عوامل فشارزا، بهترین راه‌حل را شناسایی و به کار می‌گیرند. اما مطابق با یافته‌های این پژوهش مشخص شد که در ارتباط بین مهارت‌های حل مسئله با تاب‌آوری، آشفستگی روانشناختی نقش میانجی‌گری ندارد، لذا به نظر می‌رسد هنگامی که آشفستگی روانشناختی

تغییر نیابد، روابط بین مهارت‌های حل مسئله با تاب‌آوری تغییر پیدا نمی‌کند

مطابق با دیگر یافته این پژوهش مشخص شد که بین راهبردهای مقابله‌ای با تاب‌آوری با میانجی‌گری آشفتگی روانشناختی رابطه علی غیرمستقیم وجود دارد. هرچند، درخصوص این یافته پژوهش حاضر مطالعه مشابهی یافت نشد؛ با این حال، این یافته در راستای نتایج مطالعه سلیمانی و همکاران [۱۸] قرار می‌گیرد که نشان دادند بین پروفایل آشفتگی روانشناختی و سبک مقابله‌ای هیجانمدار و اجتنابی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد و متغیرهای سبک‌های مقابله‌ای هیجانمدار و تاب‌آوری توانایی پیشبینی پروفایل آشفتگی روانشناختی را دارند [۱۸].

در تبیین وجود ارتباط علی غیرمستقیم راهبردهای مقابله‌ای با تاب‌آوری با میانجی‌گری آشفتگی روانشناختی میتوان بیان داشت که تاب‌آوری، توانایی یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز علی‌رغم وجود استرس و موقعیت‌های تهدیدکننده می‌باشد که به واسطه گستره وسیعی از راهبردهای مقابله‌ای کارآمد، قدرت انتخاب راهبردهایی متناسب با عوامل تنش‌زای محیطی و توانایی اجرایی کردن چنین راهبردهایی انجام می‌شود [۳۳]. درنتیجه، به‌کارگیری راهبردهای مقابله‌ای انطباقی نقش مهمی در افزایش تاب‌آوری افراد دارند، که این نقش به واسطه آشفتگی روانشناختی میانجی‌گری می‌شود؛ بدین معنا که هنگامی که آشفتگی روانشناختی تغییر یابد، روابط بین تاب‌آوری نیز حداقل با یکی از خرده مقیاس‌های راهبردهای مقابله‌ای تغییر خواهد کرد.

آخرین یافته پژوهش حاضر نشان داد که بین خلق‌وخو با تاب‌آوری با میانجی‌گری آشفتگی روانشناختی رابطه علی غیرمستقیم وجود دارد. با توجه به اینکه درخصوص این یافته پژوهش حاضر، پژوهش مشابهی مشاهده نشد؛ لذا پژوهشگران صرفاً به تبیین این یافته مطالعه خود بسنده میکنند. در تبیین ارتباط علی غیرمستقیم خلق‌وخو با تاب‌آوری با میانجی‌گری آشفتگی روانشناختی اشاره به نظریه خلق و خوی Buss و Plomin، ضروری به نظر می‌رسد. مطابق با دیدگاه Buss و Plomin [۱۴]، عناصر اصلی شخصیت از سه خلق و خو تهییج‌پذیری، فعالیت و جامعه‌پذیری تشکیل شده است که عمدتاً آنها اثری هستند و یادگیری تأثیر نسبتاً جزئی بر آنها دارد. تحقیقات نیز نشان داده‌اند که خلق و خو نقش مهمی در رشد تاب‌آوری دارد

و خلق و خوی افراد مشخص مینماید که افراد چه میزان تاب‌آوری دارند [۱۵]؛ چنانچه، افراد دارای خلق و خوی بهتر، از تاب‌آوری بالاتری برخوردار هستند که به واسطه آشفتگی روانشناختی کمتر، تاب‌آوری آنها افزایش مییابد. به بیان بهتر، با درنظر گرفتن این نکته که رابطه بین خلق‌وخو با تاب‌آوری به واسطه آشفتگی روانشناختی میانجی‌گری میگردد، لذا ممکن است که روابط ساختاری بین خلق‌وخو با تاب‌آوری تغییر ییابد، چرا که نمرات آشفتگی روانشناختی تغییر یافته است

به‌کارگیری ابزارهای گردآوری اطلاعات خودگزارشی، عدم درنظر گرفتن سایر متغیرهای میانجی در رابطه بین مهارت‌های حل مسئله، راهبردهای مقابله‌ای و خلق‌وخو با تاب‌آوری و همچنین اجرای پژوهش صرفاً بر روی پرستاران شهر تبریز از جمله مهمترین محدودیت این پژوهش را تشکیل میدادند. پیشنهاد می‌شود مطالعات دیگری با استفاده از سایر متغیرهای میانجی (به عنوان مثال، تحمل پریشانی) در بررسی رابطه بین مهارت‌های حل مسئله، راهبردهای مقابله‌ای و خلق‌وخو با تاب‌آوری بر روی پرستاران سایر شهرها انجام شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به اینکه رابطه راهبردهای مقابله‌ای و خلق‌وخو با تاب‌آوری را آشفتگی روانشناختی میانجی‌گری می‌کند؛ به نظر می‌رسد نتایج این پژوهش در طراحی مداخلاتی با هدف ارتقای تاب‌آوری پرستاران با درنظرگرفتن نقش متغیرهای مورد بحث برای پرستاران کمک‌کننده باشد و باعث گردد توجه بیشتری به تحقیق و بررسی علمی بر روی روابط علی ساختاری پیشنهادی در این پژوهش مبذول گردد

سیاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری تخصصی مصوب در شورای تخصصی پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز مورخ ۱۳۹۹/۴/۲۸ می‌باشد. نویسندگان بر خود لازم مبینند از کلیه شرکتکنندگان در این پژوهش تقدیر و تشکر به عمل آورند

تضاد منافع

در این پژوهش هیچ گونه تضاد منافی توسط نویسندگان گزارش نشد

References

1. Sisto A, Vicinanza F, Leondina Campanozzi L, Ricci G, Tartaglioni D, Vittoradolfo Tambone V. Towards a transversal definition of psychological resilience: a literature review. *Medicina (Kaunas)*.2019;55(11):745. <https://doi.org/10.3390/medicina55110745>.
2. Findyartini A, Greviana N, Putera AM, Larope Sutanto, R, Yora Saki W, Felaza E. The relationships between resilience and student personal factors in an undergraduate medical program. *BMC Med Educ*. 2021; (21):113. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02547-5>.
3. Beheshti E, Zarqam Hajabi M. The Relationship between resiliency and practice of religious beliefs with anxiety and depression among soldiers.2018;20(3):333-341. (Persian)
4. Almodarresi MA, Firouzkouhi Berenjabadi M. Analysis of relationship between resilience with dimensions of work engagement. *Management Studies in Development and Evolution*.2017;25(83):1-24. (Persian)
5. A'rabiyan A, Abu al-Ma'ali KH. The explaining structural relationship between problem solving ability, resiliency and academic burnout in high school girl students. *Bi-Quarterly Journal of Educational and Scholastic Studies*.2018;7(1):140-163.(Persian)
6. Ramazanpour A, Javdan M, Zarei I, Haj Alizadeh K. Relationship between Social Support, Problem-Solving Skills, and Resilience with Hardiness among First-Grade High School Students in Sari. *Avicenna J Neuro Psycho Physiology*.2020;7(2):85-92. (Persian)
7. De Almeida Z, Benevides A. Social skills, coping, resilience and problem-solving in psychology university students. *Liberabit*.2018; 24(2):265-276. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2018.v24n2.07>.
8. American Psychological Association. Resilience In APA dictionary of psychology. <https://www.apa.org/topics/resilience> Accessed from 6 June;2022.
9. Wang Y, Chen Y. Research progress on cognitive orientation of suicide and its intervention. *China J Health Psychol*.2020;28(7):1105-12.
10. Secades XG , Molinero O, Salguero A , Barquín RR, de la Vega R, Márquez S. Relationship Between Resilience and Coping Strategies in Competitive Sport. *Percept Mot Skills*.2016;22(1):336-49. <https://doi.org/10.1177/0031512516631056>.
11. De la Fuente J, Fernández-Cabezas M, Cambil M, Vera MM, González-Torres MC, Artuch-Garde A. Artuch-Garde . Linear relationship between resilience, learning approaches, and coping strategies to predict achievement in undergraduate students. *Front Psychol*.2017; 8: 1039. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01039>.
12. Innes SI. The relationship between levels of resilience and coping styles in chiropractic students and perceived levels of stress and well-being. *J Chiropr Educ*.2017;31(1):1-7. <https://doi.org/10.7899/JCE-16-2>.
13. Diann S, Robert C, Lucie W, Caroline L, Robyn S, David W. The relationship between resilience and personality traits in doctors: implications for enhancing wellbeing. *Peer J*.2013;6(1):55-61. <https://doi.org/10.7717/peerj.216>.
14. Buss AH, Plomin R. Temperment: Early devolping personality trats. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates;1984.
15. Farah Bijari A, Peivastegar M, Sadat Sadr M. The relationship between resiliency with five dimensions of personality and clinical disorders (depression, anxiety and somatization) in female undergraduate students of Alzahra University. *Journal of Psychological Studies*.2015;11(3):58-77. (Persian)
16. Jeamjitvibool T, Duangchan C, Mousa A, Mahikul W. The association between resilience and psychological distress during the covid-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*.2022;19(22):14854. <https://doi.org/10.3390/ijerph192214854>.
17. McGarry S, Girdler S, McDonald A, Valentine J, Lee SL, Blair E, et al. Paediatric health-care professionals: relationships between psychological distress, resilience and coping skills. *J Pediatr Child Health*.2013;49:725-732. <https://doi.org/10.1111/jpc.12260>.
18. Soleimani E, Babaei K, Atadakht A. Investigating the differential role of psychological resilience and emotion-oriented and problem-oriented coping styles in predicting students' psychological disturbance profile and comparing it based on gender. *Culture in The Islamic University*.2017;2(19):233-250. (Persian)
19. Yasien S, Abdul Nasir J, Shaheen T. Relationship between psychological distress and resilience in rescue workers. *Saudi Med J*.2016;37(7):778-782.

- [https://doi.org/ 10.15537/smj.2016.7.15004](https://doi.org/10.15537/smj.2016.7.15004).
20. Gall MD, Borg WR, Gall JP. Educational research: an introduction. 13th ed. USA: Longman Publishing;2011: 451-452.
 21. Heppner PP, krauskopf CHJ. An information processing approach to personal problem solving. *The counseling psychologist*.1987;15(3):371-447. [https://doi.org/ 10.1177/0011000087153001](https://doi.org/10.1177/0011000087153001).
 22. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer;1988.
 23. Nedaei A, Paghoosh A, Sadeghi-Hosnijeh AH. Relationship between coping strategies and quality of life: mediating role of cognitive emotion regulation skills. *Journal of Clinical Psychology*.2016;8(4):35-48. (Persian)
 24. Tang WK, Mak KK, Kam PM, Ho JW, Chan DC, Suen TL. Reliability and validity of the euthanasia attitude scale (eas) for hong kong medical doctors. *Am J Hosp Palliat Care*.2010;27(5):320-4. [https://doi.org/ 10.1177/1049909109358407](https://doi.org/10.1177/1049909109358407).
 25. Neshatdoost HT; Noori NAT; Molavi H, Kalantari M, Mehrabi HA. Normativeness of temperament and Feeling Questionnaire. *Journal of Psychology*.2005;9(4):334-350. (Persian)
 26. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the connor-davidson resilience scale (cdrisc). *depression and anxiety*.2003;18(2):76-82. [https://doi.org /10.1002/da.10113](https://doi.org/10.1002/da.10113).
 27. Keyhani M, Taghvaei D, Rajabi A, Amirpour B. Internal Consistency and confirmatory factor analysis of the connor-davidson resilience scale (cd-risc) among nursing female. *Iranian Journal of Medical Education*.2005; 14(10):857-865. (Persian)
 28. Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SLT. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med*.2002;32(6):959-976. [https://doi.org / 10.1017/s0033291702006074](https://doi.org/10.1017/s0033291702006074).
 29. Osamika B, Ojasanya T. Influence of socio-demographic factors, perceived happiness and psychological distress on life satisfaction among civil servants in Ibadan metropolis, Nigeria. *Nigerian Journal of Psychological Research*.2109;15,115-129.
 30. Akbari B. Prediction of Psychological Disturbances in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder based on Mindfulness and Rumination. *J Child Ment Health*.2019;6(1):200-210.(Persian)
 31. Pallanat J. SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using ibm spss, 6th ed,. McGraw-Hill Education;2016,pp:29-30.
 32. Taghiloo S, Salehi M, Shokri O. Structural equation modeling in explaining the relation between personality, social problem solving and subjective well - being. *Journal title*.2010; 4(1):63-76. (Persian)
 33. Tabande F, Motahari H. The relationship between coping strategies and resilience in dormitory and non-dormitory students of Sirjan Islamic Azad University. *Proceedings of the 2th national conference on sustainable development in educational sciences and psychology, social and cultural studies, Tehran*;2014. (Persian)