

مقاله پژوهشی

سلامت جامعه

دوره هیجدهم، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۳

نقش مهارت‌های حل مسئله، راهبردهای مقابله‌ای و خلق‌وخو در پیش‌بینی تاب‌آوری پرستاران شهر تبریز

زیبا پورصادق^{۱*}، علی‌نقی اقدسی^۲، تورج هاشمی^۳، سیدمحمود طباطبائی^۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۴/۱۸

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۴/۲۵

خلاصه

مقدمه: شناسایی عوامل ارتقا دهنده میزان تاب‌آوری افراد، بسیار ضروری است. این پژوهش با هدف تعیین نقش مهارت‌های حل مسئله، راهبردهای مقابله‌ای و خلق‌وخو در پیش‌بینی تاب‌آوری پرستاران شهر تبریز انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش توصیفی - همبستگی جامعه آماری پژوهش دربرگیرنده کلیه پرستاران شهر تبریز (۲۴۲۶ نفر) در سال ۱۴۰۰ بود که از این میان تعداد ۵۰۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. به منظور گردآوری اطلاعات از پرسشنامه‌های حل مسئله (Heppner و krauskopf، ۱۹۸۷)، راهبردهای مقابله‌ای (Lazarus و Folkman، ۱۹۸۸)، خلق و خو (Buss و Plomin، ۱۹۸۴) و تاب‌آوری (Conner و Davidson، ۲۰۰۳) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از روش ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد اعتماد به حل مسائل ($r=0/468, p=0/001$)، سبک گرایش - اجتناب ($r=0/141, p=0/001$) و سبک کنترل شخصی ($r=0/727, p=0/001$)، راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار ($r=0/244, p=0/001$)، جامعه‌پذیری ($p=0/001$)، $r=0/359$ و سطح فعالیت ($r=0/136, p=0/001$) رابطه مثبت و معنی‌داری با تاب‌آوری دارند و بین تمهیح‌پذیری ($p=0/001$)، $r=-0/141$) با تاب‌آوری رابطه منفی وجود دارد و متغیرهای مذکور توانایی پیش‌بینی ۲۳٪ واریانس تاب‌آوری پرستاران را دارند. نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه مهارت‌های حل مسئله، راهبردهای مقابله‌ای و خلق‌وخو توانایی پیش‌بینی تاب‌آوری را دارند؛ لذا، ارائه برنامه‌های مداخله‌ای به منظور ارتقای تاب‌آوری پرستاران پیشنهاد می‌شود.

واژه‌های کلیدی: حل مسئله، راهبردهای مقابله‌ای، خلق‌وخو، تاب‌آوری، پرستاران

۱ - دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

۲ - استادیار، گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: pourssadegh.28144@gmail.com، تلفن: ۰۹۱۴۶۴۰۰۷۴۶

۳ - استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

۴ - دانشیار، علوم اعصاب شناختی، گروه فیزیولوژی پزشکی، واحد علوم پزشکی تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

مقدمه

تاب آوری از جمله عواملی است که با توانمندی روانشناختی پرستاران ارتباط دارد. تاب آوری، ضمن آنکه منجر به عملکرد حرفه ای بهتر برای پرستاران می شود، یکی از ویژگی هایی است که به آنان در سازگاری با استرس های محیط کارشان نیز کمک می کند. بدین ترتیب، سلامت کاری آنان را نیز ارتقا می دهد [۱]. تاب آوری به اطمینان فرد به توانایی هایش برای غلبه بر تنش، داشتن توانایی های مقابله ای، حرمت خود، ثبات عاطفی و ویژگی های فردی که حمایت اجتماعی از طرف دیگران را افزایش می دهد، اشاره دارد [۲،۳]. افراد دارای تاب آوری بالا، حسی قوی برای پیشرفت دارند، اعتماد به نفس شان بالاست، در شرایط بحرانی، آرامش خود را حفظ می کنند و از قدرت پیش بینی خوبی برخوردارند. این افراد از زوایای متعددی به مشکلات می نگرند و با به کارگیری مهارت های حل مسئله در جستجوی دستیابی به بهترین راه حل ها برای مشکلات خود هستند [۴].

مهارت حل مسئله به عنوان فرایند چندبعدی و تعاملی مستلزم به کارگیری راهبردهای هدفمندی می باشد که شخص توسط آنها مشکل را تعریف می کند، راه حل هایی می یابد، از راهبردهای حل مسئله استفاده کرده و بر آنها نظارت می نماید [۵]. تحقیقات اخیر نشان داده اند که مهارت های حل مسئله با تاب آوری ارتباط معنی داری دارند [۶]. به عنوان مثال، Almeida و Benevides نشان دادند که تاب آوری با مهارت های حل مسئله همبستگی مثبتی دارد [۷]. مهارت های حل مسئله زمانی ناکارآمد محسوب می شوند که با جهت گیری منفی نسبت به مسئله، تکانشگری، تعلل، اجتناب شدید و به کارگیری راهبردهای مقابله ای غیرانطباقی همراه باشند [۸]. راهبردهای مقابله ای، مجموعه ای از تلاش های رفتاری و شناختی می باشند که به طور مداوم در حال تغییر هستند تا شخص با به کارگیری آنها از عهده خواسته های خاص بیرونی یا درونی که خارج از توانایی وی ارزیابی می شوند، برآید [۹]. برخی از بررسی ها نقش راهبردهای مقابله ای را به عنوان عاملی مؤثر در کارکردهای تاب آوری افراد تأیید کرده اند [۱۰]؛ برای نمونه، De la Fuente و همکاران، نشان دادند که ارتباط

علی مثبت و معنی داری بین تاب آوری با راهبردهای مقابله ای مسئله مدار وجود دارد [۱۱]. Diann نیز نشان داد که به کارگیری هرچه بیشتر دانشجویان زن از سبک های مقابله ای هیجان مدار با سطح تاب آوری کمتری ارتباط دارد [۱۲].

خلق و خو عامل مؤثر دیگری است که رشد و توسعه تاب آوری به واسطه آن انجام می شود [۱۲]. Plomin و Buss سه خلق و خو را تحت عنوان تهییج پذیری، فعالیت و جامعه پذیری به عنوان عناصر اصلی شخصیت معرفی کردند. خلق و خو عموماً ژنتیکی است و محیط تأثیر نسبتاً کمی بر آن دارد. این خلق و خواها با هم ترکیب می شوند تا الگوهای شخصیت یا صفات برتر معروف، مانند درون گرایی یا برون گرایی را تشکیل دهند [۱۳]. در خصوص بررسی ارتباط خلق و خو با تاب آوری مطالعات زیادی صورت نگرفته است. یکی از معدود مطالعات صورت گرفته، Farah Bijari و همکاران، نشان دادند که بین تاب آوری با روان رنجورخویی رابطه معنی دار منفی و بین تاب آوری با توافق پذیری، برون گرایی و وجدان گرایی رابطه معنی دار مثبت وجود دارد، اما بین تاب آوری و تجربه پذیری رابطه معنی دار یافت نشد [۱۴].

با توجه به اینکه تاکنون در خصوص پیش بینی تاب آوری بر اساس مهارت های حل مسئله، راهبردهای مقابله ای و خلق و خو به ویژه در جمعیت پرستاران مطالعه ای در کشور ما انجام نشده، این پژوهش با هدف تعیین نقش مهارت های حل مسئله، راهبردهای مقابله ای و خلق و خو در پیش بینی تاب آوری پرستاران شهر تبریز در سال ۱۴۰۰ انجام شد.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر توصیفی - همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش دربرگیرنده کلیه پرستاران شهر تبریز در سال ۱۴۰۰ بود. با توجه به اینکه در مطالعات همبستگی حوزه علوم اجتماعی به ازای هر متغیر پیش بین می بایست حدود ۱۵ مشارکت کننده وجود داشته باشد [۱۵]؛ لذا با عنایت داشتن ۵ متغیر در این پژوهش، تعداد ۵۰ نفر با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. بر اساس گزارش معاونت درمان و آموزش پزشکی شهر

تبریز شامل ۲۶ بیمارستان و ۲۴۲۶ پرستار بود که از بیمارستان های دولتی و خصوصی انتخاب شدند. بیمارستان ها به عنوان طبقات در نظر گرفته شدند. تعداد نمونه اختصاص یافته از هر بیمارستان متناسب با حجم نمونه پرستاران انتخاب شدند.

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از دارا بودن حداقل سن بین ۲۰ الی ۵۵، حداقل ۲ سال سابقه کار، حداقل تحصیلات کارشناسی، وضعیت استخدامی رسمی و پیمانی. در حالی که عدم تکمیل پرسشنامه ها معیار خروج از پژوهش بود. نمونه گیری درون طبقات بدین شکل بود که پژوهشگر پس از دریافت مجوز از دانشگاه آزاد اسلامی و مراجعه و هماهنگی با سرپرستاران بخش ها، فهرستی از پرستاران هر بخش را تهیه و به شیوه قرعه کشی تعدادی پرستار متناسب با حجم نمونه انتخاب کرد. محققان در پایان هر شیفت به بخش ها مراجعه و پرسشنامه ها را در اختیار پرستاران قرار داده و آنها را جمع آوری کردند. در مدت ۲ ماه تمام داده ها گردآوری شدند و حضور پژوهشگر در بیمارستان و تاکید مکرر به پرستاران باعث شد که آنها به صورت کامل و دقیق به سوالات پاسخ دهند. به منظور رعایت اصول اخلاقی، فرم موافقت برای همکاری در پژوهش توسط آنها تکمیل شد و پژوهشگران به آنها اطمینان دادند که کلیه مطالب ارائه شده در نتایج پرسشنامه ها محرمانه خواهد بود.

از ابزارهای زیر جهت گردآوری اطلاعات استفاده شد:

ویژگی های جمعیت شناختی: شامل جنسیت، سن و سابقه کار.

پرسشنامه حل مسئله (Problem solving)

(questionnaire). این پرسشنامه توسط Heppner و krauskopf در سال ۱۹۸۷ برای سنجش درک پاسخ دهنده از رفتارهای حل مسئله طراحی شده است و دارای ۳۵ سؤال و سه خرده مقیاس اعتماد به حل مسائل، سبک گرایش - اجتناب و کنترل شخصی است که در یک مقیاس لیکرت شش درجه ای (کاملاً موافقم=۱) تا (کاملاً مخالفم=۶) نمره گذاری می شود. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۳۵ تا ۲۱۰ قرار دارد و کسب نمرات بالاتر بیانگر استفاده بیشتر شخص از رفتارهای

حل مسئله است [۱۶]. Huang و Flores [به نقل از ۵]، روایی همگرای این پرسشنامه را با محاسبه همبستگی آن با پرسشنامه سبک های مقابله ای Lazarus و Folkman تأیید کرده اند. در مطالعه A'rabiyan و Abual-Ma'ali همسانی درونی کل این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ و خرده مقیاس های اعتماد به حل مسائل، سبک گرایش - اجتناب و کنترل شخصی به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۷۲ و ۰/۶۵ گزارش شده است [۵]. در این پژوهش پایایی کل پرسشنامه با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و برای خرده مقیاس های اعتماد به حل مسائل، سبک گرایش - اجتناب و کنترل شخصی به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۷۵ و ۰/۷۰ بدست آمد.

پرسشنامه راهبردهای مقابله ای (Coping strategies)

(questionnaire). این پرسشنامه توسط Lazarus و

Folkman در سال ۱۹۸۸ برای سنجش راهبردهای مقابله ای طراحی شد و دارای ۶۶ سؤال و ۸ خرده مقیاس به شرح زیر است: مقابله مستقیم؛ دوری گزینی یا فاصله گیری، خویشن داری، جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت پذیری، گریز - اجتناب، مسئله گشایی برنامه ریزی شده، ارزیابی مجدد مثبت. همچنین، این خرده مقیاس ها در قالب دو خرده مقیاس کلی راهبرد هیجان مدار و راهبرد مسئله مدار خلاصه می شوند. این پرسشنامه در یک مقیاس لیکرت سه درجه ای (اصلاً=۰) تا (زیاد=۳) نمره گذاری می شود. دامنه نمرات این پرسشنامه بین صفر تا ۱۹۸ است و کسب نمرات بالاتر بیانگر استفاده بیشتر

شخص از راهبردهای مقابله ای است [۱۷]. Lazarus و

Folkman روایی کیفی و پایایی آن را به وسیله ضریب آلفای

کرونباخ بالای ۰/۷۰ گزارش کردند [۱۷]. Nedaei و همکاران، پایایی کل این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و برای خرده مقیاس های راهبرد هیجان مدار و راهبرد مسئله مدار به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۲ گزارش کردند. در این پژوهش پایایی کل پرسشنامه راهبردهای مقابله ای با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و برای خرده مقیاس های راهبردهای هیجان مدار و مسئله مدار به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۵ بدست آمد [۱۸].

پرسشنامه خلق و خو (Euthanasia attitude scale). این

بالاتر بیانگر تاب آوری بیشتر شخص است. به علاوه، این پرسشنامه در یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (= کاملاً نادرست) تا (= همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود [۲۱]. Davidson و Conner پایایی آزمون - بازارآزمون مقیاس تاب آوری 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 تاب آوری با پرسشنامه سرسختی Kubasa ۰/۸۳ بدست آمده است؛ در حالی که همبستگی این مقیاس با استرس ادراک شده ۰/۷۶ - می‌باشد [۲۱]. پایایی این مقیاس توسط Keyhani و همکاران با روش همسانی درونی ۰/۶۶ و به روش دونیمه‌سازی ۰/۶۶ گزارش شد [۲۲]. در این پژوهش پایایی کل این مقیاس با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ بدست آمد.

در پژوهش حاضر داده‌ها با استفاده از روش آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (آزمون مجذور کای، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه) در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. سطح معنی‌داری اختلاف ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

انحراف معیار و میانگین سن شرکت‌کنندگان ۲۷/۴±۳۱/۵۳ سال بود. آزمون مجذور کای تفاوت معنی‌داری از نظر جنسیت، سن و سابقه کار در بین شرکت‌کنندگان نشان نداد (جدول ۱).

پرسشنامه توسط Buss و Plomin در سال ۱۹۸۴ به منظور اندازه‌گیری خلق و خوی افراد ساخته شد و دارای ۱۵ سؤال می‌باشد. پرسشنامه خلق و خو از ۵ خرده مقیاس جامعه‌پذیری، سطح فعالیت، درماندگی، اضطراب و خشم تشکیل شده است، که در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً موافقم=۱) تا (کاملاً مخالفم=۵) اندازه‌گیری می‌شود. سه خرده مقیاس (درماندگی، اضطراب و خشم) همگی خرده مقیاس‌های مؤلفه تهییج‌پذیری هستند. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۱۵ تا ۷۵ قرار دارد و کسب نمرات بالاتر بیانگر وضعیت خلق و خوی شخص (برای مثال، جامعه‌پذیری، سطح فعالیت، درماندگی، اضطراب و خشم بیشتر) است [۱۳]. Tang و همکاران، پایایی کل این پرسشنامه را بر اساس ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۹ و ۰/۹۲ محاسبه کردند و روایی آن را مطلوب ارزیابی نمودند [۱۹]. Neshatdoost و همکاران برای اولین بار به هنجاریابی این پرسشنامه پرداختند و اعتبار پرسشنامه خلق و خو را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ برآورد کردند. روایی محتوایی آن را نیز با روش کیفی مورد تأیید قرار دادند [۲۰]. در این پژوهش پایایی کل پرسشنامه خلق و خو با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ و برای خرده مقیاس‌های درماندگی، اضطراب و خشم به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۲ و ۰/۷۵ بدست آمد.

مقیاس تاب آوری کانر-دیویدسون (Conner-Davidson resilience scale). این مقیاس توسط Davidson و همکاران در سال ۲۰۰۳ برای سنجش میزان تاب آوری افراد ساخته شد و دارای ۲۵ سؤال و ۵ خرده مقیاس به شرح زیر می‌باشد: شایستگی / استحکام شخصی، اعتماد به غرایز شخصی، تحمل عواطف منفی، مهار و معنویت در افراد. دامنه نمرات این مقیاس بین ۲۵-۱۲۵ قرار دارد و کسب نمرات

جدول ۱- مقایسه جنسیت، سن و سابقه کار جمعیت شناختی پرستاران شهر تبریز در سال ۱۴۰۰ (تعداد= ۵۰۰)

متغیر	گروه	(درصد) فراوانی	p
جنسیت	مرد	۱۲۰ (۲۴)	۰/۵۵۵
	زن	۳۸۰ (۷۶)	
	کمتر از ۲۵ سال	۷۵ (۱۵)	
سن	۲۶ تا ۳۰ سال	۱۳۵ (۲۷)	۰/۴۶۹
	۳۱ تا ۴۰ سال	۱۴۶ (۲۹)	
	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)	۰/۶۴۰
	۱۱ تا ۲۰ سال	۱۴۵ (۲۹)	
	۲۱ تا ۳۰ سال	۱۴۲ (۲۸)	
	بیشتر از ۳۱ سال	۸ (۲)	

آزمون مجذور کای، $p < ۰/۰۵$ اختلاف معنی دار

در جدول ۲ آماره های توصیفی متغیرهای مهارت های حل مسئله، راهبردهای مقابله ای و خلق و خو، تاب آوری و خرده مقیاس های آنها درج شده است.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار متغیرهای مهارت های حل مسئله، راهبردهای مقابله ای و خلق و خو، تاب آوری و خرده مقیاس های آنها در بین پرستاران شهر تبریز در سال ۱۴۰۰ (تعداد= ۵۰۰)

متغیر	خرده مقیاس	انحراف معیار \pm میانگین
مهارت های حل مسئله	اعتماد به حل مسائل	۳۷/۹۷ \pm ۱۱/۹۷
	سبک گرایش - اجتناب	۳۸/۲۳ \pm ۱۲/۲۱
	کنترل شخصی	۳۹/۰۷ \pm ۱۲/۸۰
راهبردهای مقابله ای	راهبرد هیجان مدار	۲۳/۸۴ \pm ۷/۴۳
	راهبرد مسئله مدار	۲۴/۶۵ \pm ۷/۶۵
خلق و خو	جامعه پذیری	۷/۸۸ \pm ۳/۲۳
	سطح فعالیت	۸/۶۴ \pm ۳/۰۷
	تهییج پذیری	۱۸/۱۵ \pm ۶/۳۹
تاب آوری	شایستگی / استحکام شخصی	۱۳/۳۵ \pm ۵/۰۵
	اعتماد به غرایز شخصی	۱۴/۴۵ \pm ۶/۱۲
	تحمل عواطف منفی	۹/۲۴ \pm ۵/۱۴
	مهار	۵/۸۸ \pm ۲/۵۰
	معنویت در افراد	۲/۱۶ \pm ۰/۸۸

اینکه مشخص شد پس ماندها، توزیعی تقریباً مستطیلی شکل داشتند و داده های پرت موجود در نمودار پراکندگی کمتر از آن است که به عنوان تخطی از این پیش فرض محسوب گردد، چرا که هیچ پس ماند استاندارد بزرگتری از ۳/۳ و کمتر از ۳/۳- وجود نداشت؛ لذا داده پرتی در توزیع داده ها وجود نداشت.

برای بررسی همبستگی حل مسئله، راهبردهای مقابله ای و خلق و خو با تاب آوری از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. از میان خرده مقیاس های حل مسئله، سه خرده مقیاس

پیش از استفاده از رگرسیون گام به گام پیش فرض های آن مورد بررسی قرار گرفتند؛ ابتدا مفروضه چندم خطی (استقلال متغیرها) بررسی شد. در پژوهش حاضر، شاخص Tolerance همه متغیرهای پیش بین بالاتر از ۱ و مقادیر VIF کلیه متغیرها کمتر از ۱۰ بود، بنابراین مفروضه چندم خطی رعایت شده است. در این پژوهش، با توجه به وجود پنج متغیر پیش بین و در نظر گرفتن، تعداد نمونه ۵۰۰ نفری، این پیش فرض برآورد شده است. پیش فرض داده های پرت را با استفاده از نمودار پراکندگی می توان نشان داد. با توجه به

خرده مقیاس های خلق و خو، دو خرده مقیاس جامعه پذیری و سطح فعالیت رابطه مثبت و معنی داری با تاب آوری و تهییج پذیری رابطه منفی و معنی داری با این متغیر داشت.

اعتماد به حل مسائل، سبک گرایش - اجتناب و سبک کنترل شخصی رابطه مثبت معنی داری با تاب آوری داشتند. از میان خرده مقیاس های راهبردهای مقابله ای، راهبرد مقابله ای مسئله مدار رابطه مثبت و معنی داری با تاب آوری داشت. از بین

جدول ۳- همبستگی حل مسئله، راهبردهای مقابله ای و خلق و خو با تاب آوری در پرستاران شهر تبریز در سال ۱۴۰۰ (تعداد= ۵۰۰)

متغیر	خرده مقیاس	ضریب همبستگی	P
حل مسئله	اعتماد به حل مسائل	۰/۴۶۸	۰/۰۰۱
	سبک گرایش - اجتناب	۰/۱۴۱	۰/۰۰۱
	کنترل شخصی	۰/۷۲۷	۰/۰۰۱
راهبردهای مقابله ای	راهبرد هیجان مدار	-۰/۰۲۴	۰/۶۷۱
	راهبرد مسئله مدار	۰/۲۴۴	۰/۰۰۱
	جامعه پذیری	۰/۳۵۹	۰/۰۰۱
خلق و خو	سطح فعالیت	۰/۱۳۶	۰/۰۰۱
	تهییج پذیری	-۰/۱۴۱	۰/۰۰۱

ضریب همبستگی پیرسون، * $p < 0.05$ اختلاف معنی دار

مدار چون تأثیر معنی داری بر تاب آوری نداشت از معادله حذف شد. در تبیین تاب آوری از روی حل مسئله، راهبردهای مقابله ای و خلق و خو مجموع متغیرهای پیش بین $R^2 = 0.232$ از واریانس متغیر ملاک را پیش بینی می نمود. میزان F برای کل متغیرهای پژوهش در سطح 0.05 معنی دار بود که نشان می دهد متغیرهای فوق بر تاب آوری اثر معنی داری دارند (جدول ۴).

برای پیش بینی تاب آوری از روی متغیرهای حل مسئله، راهبردهای مقابله ای و خلق و خو از رگرسیون چندگانه به صورت گام به گام استفاده شد. در گام اول، اعتماد به حل مسائل، سبک گرایش - اجتناب و کنترل شخصی و در گام های بعدی راهبرد مسئله مدار و جامعه پذیری، سطح فعالیت و تهییج پذیری وارد معادله شده و معنی داری خود را در طی این دو گام حفظ کردند. متغیر راهبرد مقابله ای هیجان

جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس رگرسیون چندگانه ملاک از روی متغیرهای پیش بین حل مسئله، راهبردهای مقابله ای و خلق و خو در پرستاران شهر تبریز در سال ۱۴۰۰ (تعداد= ۵۰۰)

مدل	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	R	R ²	ΔR^2	S. E
رگرسیون	۳۰۶۵۹/۱۴۳	۹	۳۴۰۶/۵۷۱	۱۶/۴۸۰	* ۰/۰۰۱	۰/۴۸۲	۰/۲۳۲	۰/۲۱۸	۱۴/۳۷۷
باقیمانده	۱۰۱۲۸۵/۰۵۷	۴۹۰	۲۰۶/۷۰۴						
کل	۱۳۱۹۴۴/۲۰۰	۴۹۹							

* $p < 0.05$ اختلاف معنی دار

راهبرد مسئله مدار، جامعه پذیری، سطح فعالیت و تهییج پذیری بر تاب آوری معنی دار است (جدول ۵).

در ادامه ضرایب رگرسیون استاندارد نشده و استاندارد شده و معنی داری این ضرایب گزارش شده است. اثر اعتماد به حل مسائل، سبک گرایش - اجتناب، کنترل شخصی،

جدول ۵- ضرایب رگرسیون استاندارد شده و بررسی معنی داری این ضرایب در پرستاران شهر تبریز در سال ۱۴۰۰ (تعداد= ۵۰۰)

متغیرها	B	خطای استاندارد	Beta	t	P
عرض از مبدا	۳۲/۷۸۹	۵/۸۴۸		۵/۶۰۷	* ۰/۰۰۱
اعتماد به حل مسائل	۰/۶۱۴	۰/۳۱۳	۰/۱۲۸	۱/۹۶۴	* ۰/۰۴۰
سبک گرایش - اجتناب	۰/۱۵۳	۰/۰۶۸	۰/۱۰۴	۲/۲۳۰	* ۰/۰۲۶

* ۰/۰۱۰	۲/۵۶۹	۰/۱۱۷	۰/۰۶۷	۰/۱۷۳	کنترل شخصی
* ۰/۰۳۴	۲/۱۲۷	۰/۱۲۲	۰/۲۶۰	۰/۵۲۲	راهبرد مسئله مدار
۰/۷۷۰	-۰/۲۹۲	-۰/۰۲۷	۰/۴۳۷	-۰/۱۲۸	راهبرد هیجان مدار
* ۰/۰۰۴	۲/۹۲۸	۰/۲۴۳	۰/۳۶۵	۱/۰۷۰	جامعه‌پذیری
* ۰/۰۰۱	۳/۲۲۵	۰/۱۳۷	۰/۱۹۶	۰/۶۳۱	سطح فعالیت
* ۰/۰۰۱	-۸/۱۶۸	-۰/۳۸۲	۰/۰۷۹	-۰/۶۴۸	تهییج‌پذیری

* $p < 0.05$ اختلاف معنی‌دار

بحث

مطابق با اولین بخش از یافته‌های این پژوهش مشخص شد که هر سه مؤلفه مهارت‌های حل مسئله با تاب‌آوری رابطه مثبت و معنی‌داری داشته و توانایی پیش‌بینی تاب‌آوری پرستاران را دارند. این یافته با نتایج مطالعات De Almeida و Benevides [۷]، A'rabiyan و Abual-Ma'ali [۵] و Ramazanpour و همکاران [۶] مبنی بر ارتباط مثبت مهارت‌های حل مسئله با تاب‌آوری همسو است.

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 شرایط و موقعیت‌های زندگی خود را کنترل نمایند و به جای اینکه از مشکلات خود اجتناب کنند، به دنبال راه‌حل مناسب برای آنها 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 برخوردارند [۴].

مطابق با دومین بخش از یافته‌های این پژوهش مشخص شد که از بین راهبردهای مقابله‌ای، تنها راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار با تاب‌آوری ارتباط مثبتی دارد و قادر به پیش‌بینی تاب‌آوری است. این یافته با نتایج حاصل از مطالعات Secades و همکاران [۱۰]، De la Fuente [۱۱] مبنی بر ارتباط علی مثبت و معنی‌دار بین تاب‌آوری با راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار همسو است و با نتایج پژوهش Innes [۶] مبنی بر همبستگی منفی سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار با تاب‌آوری ناهمسو می‌باشد زیرا در این پژوهش ارتباط معنی‌داری بین سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار با تاب‌آوری مشاهده نشد که علت این امر را می‌توان به تفاوت نمونه مورد مطالعه در

پژوهش حاضر (پرستاران) با نمونه متشکل از دانشجویان در مطالعه Innes [۶] نسبت داد.

تاب‌آوری موضوعی چندبعدی 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 نمایند. به عبارت بهتر، افراد دارای تاب‌آوری بالا، راهبردهای مؤثری را برای مقابله با موقعیت‌های مشکل‌آفرین که در مسیر زندگی روزانه با آنها مواجه می‌شوند، شناسایی و کشف می‌کنند [۴].

آخرین بخش از یافته‌های این پژوهش نشان داد که از بین مؤلفه‌های خلق و خو، دو خرده‌مقیاس جامعه‌پذیری و سطح فعالیت رابطه مثبت و معنی‌داری با تاب‌آوری و مؤلفه تهییج‌پذیری رابطه منفی و معنی‌داری با تاب‌آوری دارند. به علاوه، در این هر سه مؤلفه خلق و خو توانایی پیش‌بینی تاب‌آوری پرستاران را دارد. درخصوص این یافته پژوهش حاضر، مطالعه‌ای مشاهده نشد و این یافته به طور ضمنی در راستای مطالعه Farah Bijari و همکاران [۱۴] قرار می‌گیرد که نشان دادند رابطه منفی و معنی‌داری بین تاب‌آوری با روان‌رنجورخویی و تجربه‌پذیری وجود دارد. توسعه و رشد تاب‌آوری به واسطه خلق و خو انجام می‌شود. با این حال، اخیراً مشخص شده است که افراد با تاب‌آوری بالا و یا پایین، خلق و خوی متفاوتی دارند. برخی از خرده‌مقیاس‌های خلق و خو همچون جامعه‌پذیری، سطح فعالیت، تهییج‌پذیری (درماندگی، اضطراب و خشم) می‌تواند با تاب‌آوری رابطه معکوسی داشته باشند؛ 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. با توجه به اینکه مطالعه حاضر

پرستاران پیشنهاد می‌شود. به علاوه، به نظر می‌رسد که نتایج این پژوهش تلویحات مهمی در زمینه روابط همبستگی متغیرهای مورد بحث به همراه داشته باشد.

تعارض منافع

در این پژوهش هیچ گونه تعارض منافی گزارش نشد.

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری تخصصی مصوب شورای تخصصی پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی تبریز می‌باشد. نویسندگان بر خود لازم می‌بینند از کلیه شرکت کنندگان در این پژوهش تقدیر و تشکر به عمل آورند.

از نوع همبستگی بود، تعیین روابط علی و معلولی دقیق در این پژوهش میسر نبود، همچنین، به‌کارگیری ابزارهای گردآوری اطلاعات خودگزارشی و اجرای پژوهش فقط بر روی پرستاران شهر تبریز از جمله دیگر محدودیت‌های این پژوهش بودند. پیشنهاد می‌شود محققان از سایر ابزارهای گردآوری اطلاعات (برای مثال مصاحبه‌های رفتاری) استفاده کنند و از مطالعات معادلات ساختاری در بررسی رابطه علی ساختاری بین مهارت‌های حل مسئله، راهبردهای مقابله‌ای و خلق‌وخو با تاب‌آوری بهره بگیرند و همچنین موضوع مورد بحث را در بین پرستاران سایر شهرها انجام دهند.

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه مهارت‌های حل مسئله،

راهبردهای مقابله‌ای و خلق‌وخو توانایی پیش‌بینی تاب‌آوری را دارند، ارائه برنامه‌های مداخله‌ای به منظور ارتقای تاب‌آوری

References

1. Poursadegh Z, Aghdasi A N, Hashemi T, Tabatabaei S M. Determining the Structural Causal Relationships of Problem Solving Skills, Coping Strategies and Temperament with Resilience with the Mediation of Psychological Disturbance among Nurses. JNE 2024;12(6):1-12.[Persian]
2. Cui Y, Shang YF. Literature review of psychological resilience. Health Vocational Educ 2020; 38(16):157-9.
3. Beheshti E, Zarqam M. Hajabi The Relationship between Resiliency and Practice of Religious Beliefs with Anxiety and Depression among Soldiers 2018;20(3):333-41.[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.
8. American Psychological Association. Resilience In APA dictionary of psychology. [cited 2022 June 6]. Available from: <http://www.apa.org/topics/resilience>.
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.
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(4):1039.
12. 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.
13. Buss AH, Plomin R. Temperment: Early devolping personality trats. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates;1984:44-47.
14. 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]
15. Gall MD, Borg WR, Gall JP. Educational research: an introduction. 13th ed. USA: Longman Publishing; 2021:451-52.
 16. Heppner PP, krauskopf CHJ. An information processing approach to personal problem solving. *The counseling psychologist* 1987;15(3):371-447.
 17. Lazarus RS, Folkman S. Stress, Appraisal and Coping. 1st ed. New York:Springer;1987:78-79.
 18. 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]
 19. 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.
 20. 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]
 21. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety* 2003;18(2):76-82.
 22. 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* 2015;14(10):857-865. [Persian]
 23. Pallanat J. SPSS Survival Manual: A Step by Step Guide to Data Analysis Using IBM Spss. 6th ed. McGraw- Hill Education;2016:29-30
 24. 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.

The Role of Problem Solving Skills, Coping Strategies, and Temperament in Predicting the Resilience of Nurses in Tabriz

Poursadegh Z¹, Aghdasi AN^{2*}, Hashemi T³, Tabatabai SM⁴

1- PhD Student of General Psychology, Dept. of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

2- Assistant Prof., Dept. of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran. (Corresponding Author) E-mail: poursadegh.28144@gmail.com, Tel: 09146400746.

3- Prof., Dept. of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

4- Associate Prof., Cognitive Neuroscience, Faculty of Medical Physiology, Tabriz Medical Sciences Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

Received: 6 July 2023

Accepted: 9 July 2025

Introduction: It is very important to identify factors that can improve people's resilience; therefore, this research was conducted with the aim of determining the role of problemsolving skills, coping strategies, and temperament in predicting the resilience of nurses in Tabriz City.

Materials and Methods: In this descriptive-correlational study, the statistical population included all the nurses (2426 people) of Tabriz City in 2019, out of which 500 people were selected using stratified random sampling method. In order to collect information, Problem Solving (Heppner and Krauskopf, 1987), Coping Strategies (Lazarus and Folkman, 1988), Temperament (Buss and Plomin, 1984) and Resilience (Conner and Davidson, 2003) Questionnaires were used. Data were analyzed using Pearson's correlation coefficient method and multiple regression analysis.

Results: The results showed that confidence in solving problems ($r=0.468$, $p=0.001$), tendency-avoidance style ($r=0.141$, $p=0.001$), personal control style ($r=0.727$, $p=0.001$), problem-oriented coping strategy ($r=0.244$, $p=0.001$), sociability ($r=0.359$, $p=0.001$), and activity level ($r=0.136$, $p=0.001$) have a positive and significant relationship with resilience, and there is a negative relationship between irritability ($r=-0.141$, $p=0.001$) and resilience; and the aforementioned variables have the ability to predict 23% of the variance of nurses' resilience.

Conclusion: Considering that problemsolving skills, coping strategies, and mood have the ability to predict resilience, it is suggested to provide intervention programs in order to improve the resilience of nurses.

Keywords: Problem solving, Coping strategies, Temperament, Resilience, Nurses

Please cite this article as follows:

Poursadegh Z, Aghdasi AN, Hashemi T, Tabatabai SM. The Role of Problem Solving Skills, Coping Strategies, and Temperament in Predicting the Resilience of Nurses in Tabriz. *Community Health Journal* 2025; 18(4): 52-61.

Funding: Personal funds.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Tabriz Islamic Azad University approved the study.