

مدل ساختاری ذهن آگاهی، بدتنظیمی هیجانی، روان رنجور خویی و با وجدان بودن با سلامت روان پرستاران با نقش میانجی تحمل پریشانی در پاندمی کووید-۱۹

مریم صادق‌زاده^۱، کاظم شریعت‌نیا^{۲*}، نرگس رسولی^۳

تاریخ دریافت ۱۴۰۱/۱۲/۰۱ تاریخ پذیرش ۱۴۰۲/۰۳/۲۷

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: کروناویروس با تأثیر بر بعد روان‌شناختی و تنش روانی افراد، منجر به اختلالات روانی بسیاری شد که در این میان کادر درمان در خطر بالای ابتلا به اختلالات روانی در این دوره بودند که در پژوهش حاضر به دلیل ابتلای شدید کادر درمان، بالأخص پرستاران، پژوهشگران تصمیم گرفتند مطالعه‌ای باهدف ارائه مدل ساختاری ذهن آگاهی، بدتنظیمی هیجانی، روان رنجور خویی و با وجدان بودن با سلامت روان پرستاران با نقش میانجی تحمل پریشانی در شرایط کرونا انجام دهند.

مواد و روش کار: روش پژوهش حاضر از نوع همبستگی و تحلیل مسیر بود که ۲۴۹ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. مشارکت‌کنندگان پژوهش پرسشنامه ذهن آگاهی (براون و رایان، ۲۰۰۳)، پرسشنامه بدتنظیمی هیجانی (رومر و گراتز، ۲۰۰۴)، پرسشنامه تحمل پریشانی (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵)، سیاه پنج عاملی شخصیت (کاستا و مک‌کری، ۱۹۸۷) را تکمیل کردند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ و به علت وجود متغیر میانجی از تحلیل مسیر و از نرم‌افزار لیزرل استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج آزمون تحلیل مسیر نشان داد که مدل پژوهش از برازش بین متوسط تا مناسب برخوردار است. نتایج یافته‌ها نشان داد متغیرهای پیش‌بین (ذهن آگاهی، بدتنظیمی هیجان، روان رنجوری و با وجدان بودن) و میانجی (تحمل پریشانی) مدل توانستند ۶۸ درصد از واریانس متغیر ملاک سلامت روان را تبیین کنند. مطابق نتایج دو متغیر ذهن آگاهی و بدتنظیمی هیجان هم به‌طور مستقیم و هم با میانجی‌گری تحمل پریشانی بر سلامت روان پرستاران مؤثر بودند. روان رنجوری فقط به‌طور مستقیم بر سلامت روان مؤثر بود و وجدانی بودن تأثیری چه به‌صورت مستقیم و چه غیرمستقیم بر سلامت روان نداشت ($p > 0.05$).

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به اهمیت بهداشت روانی در محیط کار، استنباط می‌شود که ذهن آگاهی پایین، بدتنظیمی هیجان و ویژگی شخصیتی روان رنجوری بالا، با وجدان بودن پایین و عدم تحمل پریشانی در پرستاران، معضلات فراوانی داشته و ظاهراً موجب کاهش عملکرد بهینه فرد در محیط کار و برهم زدن سلامت روان در پرستاران می‌شود.

کلیدواژه‌ها: با وجدان بودن، کرونا، تحمل پریشانی، بدتنظیمی هیجان، ذهن آگاهی، روان رنجوری

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیست و یکم، شماره دوم، پی‌درپی ۱۶۳، اردیبهشت ۱۴۰۲، ص ۱۵۲-۱۴۱

آدرس مکاتبه: گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد آزادشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، آزادشهر، ایران، تلفن: ۰۹۱۲۶۷۷۲۹۷۴

Email: kazemshariatnia@yahoo.com

(۱) ترس و اضطراب ناشی از ابتلای احتمالی، بار روانی زیاد و مخربی ایجاد نمود که منجر به ناهنجاری‌های روحی و روانی، تضعیف سیستم ایمنی و کاهش توان بدن در مبارزه با بیماری‌ها در افراد جامعه من جمله تیم درمان (پرستاران، پزشکان) شد (۲) در این بین

مقدمه

در ۳۰ ژانویه ۲۰۲۰، سازمان جهانی بهداشت همه‌گیری کووید-۱۹ را به‌عنوان فوریت بهداشت عمومی با نگرانی بین‌المللی اعلام کرد

^۱ دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران

^۲ استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد آزادشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، آزادشهر، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار گروه روانشناسی، واحد کاشمر، دانشگاه آزاد اسلامی، کاشمر، ایران

سلامتی پرستاران بخش مرتبط با کرونا به دلیل ماهیت کاری آنان می‌تواند منجر به اختلالات روان‌شناختی^۱ و به خطر افتادن سلامت روان^۲ در پرستاران شود (۳).

عوامل بسیاری به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم ممکن است با سلامت روان پرستاران در ارتباط باشد به‌عنوان مثال تحمل پریشانی ممکن است این رابطه را به‌صورت غیرمستقیم تحت تأثیر قرار دهد. تحمل پریشانی به‌عنوان توانایی ذهنی یا عینی برای مقاوم ماندن در برابر حالت‌های درونی مضر و رویدادهای بیرونی ناسازگار تعریف شده است (۴) به نظر می‌رسد ذهن‌آگاهی با ظرفیت تحمل پریشانی مرتبط باشد (۵) نتایج تحقیقات بسیاری (۷ و ۶) تأییدکننده این مدعاست. به‌طور کلی ذهن‌آگاهی فرایندی شناختی است که طی آن افکار و احساسات پریشان‌کننده بدون قضاوت شخصی مورد مشاهده قرار می‌گیرند (۸) بر این اساس نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که ذهن‌آگاهی باعث بالارفتن تحمل پریشانی می‌شود به‌عنوان مثال پژوهشی که توسط کارپدتر^۳ و همکاران (۵) انجام شد، و نشان دادند که آموزش ذهن‌آگاهی موجب افزایش تحمل پریشانی و به دنبال آن بالارفتن سلامت روان می‌شود. همچنین در رابطه با ارتباط بدتنظیمی هیجان با تحمل پریشانی می‌توان گفت تنظیم‌هیجانی عبارت است از آگاهی، فهم و پذیرش هیجان‌ات، توانایی کنترل رفتارهای تکانشی، رفتاری مطابق با اهداف شخصی در موقعیت‌هایی که هیجان منفی تجربه می‌شود و توانایی استفاده از راهبردهای هیجانی منقطع و مناسب با موقعیت. که لازم به ذکر است که فقدان هریک از این موارد منجر به اختلال در این فرآیند می‌شود و موجب بدتنظیمی هیجانی می‌شود (۹ و ۱۰). همچنین پژوهش‌ها نشان داده است که افرادی که تحمل پریشانی پایین دارند احتمالاً بیش‌از‌حد در برابر استرس و پریشانی واکنش‌پذیر هستند، همچنین اعتقاد دارند که توانایی ضعیفی برای مقابله با پریشانی دارند و در نتیجه سلامت روان پایین‌تری دارند (۱۱، ۱۲، ۱۳).

همچنین افراد روان‌رنجور دارای تحمل پریشانی پایین بیش‌از‌حد و در برابر پریشانی واکنش‌پذیر هستند و اعتقاد دارند که توانایی ضعیفی برای مقابله با پریشانی دارند. ولی افراد با وجدان به خاطر حس مسئولیت آمادگی بیشتری برای حل مشکلات دارند و در انجام کارها ابتکار و اهتمام به خرج می‌دهند (۱۴). همچنین

مطالعه‌ای نشان داد که صفت وجدانی بودن بر میزان تجربه فرسایش عاطفی، اخلاق کاری و میزان استقامت و پشتکار تأثیر بسزایی دارد و میزان تحمل پریشانی آن‌ها در سطح بالایی قرار دارد تنش‌های روانی زیادتری را می‌توانند تحمل کنند (۱) و به دنبال آن این افراد از سلامت روان بالاتری برخوردار هستند و طبق مطالب بیان‌شده افراد با تحمل پریشانی پایین‌تر از سلامت روان پایین‌تری برخوردار هستند (۱۵).

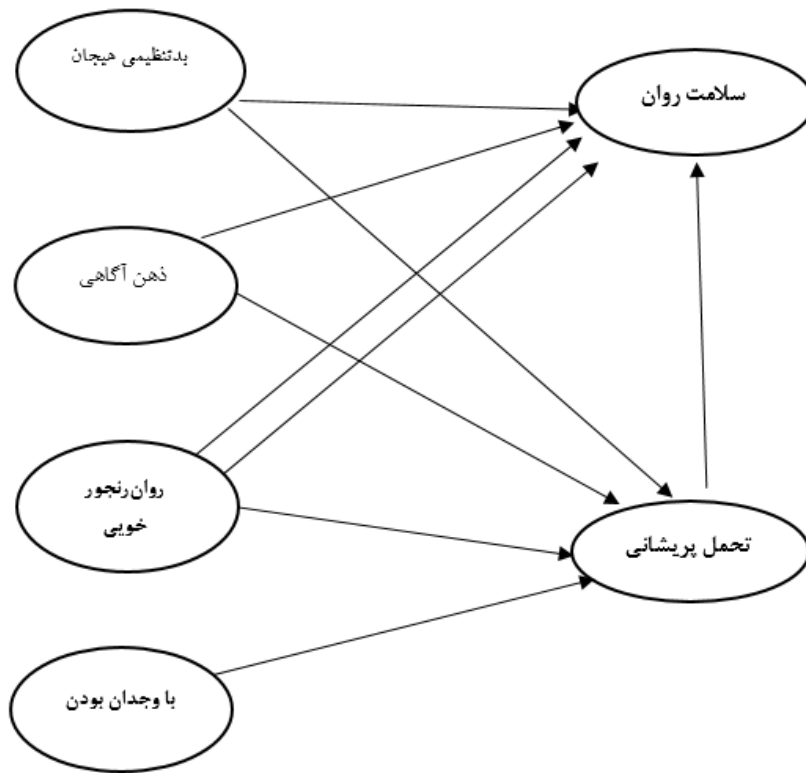
به نظر می‌رسد که متغیرهای ذهن‌آگاهی، بدتنظیمی هیجانی، روان‌رنجور خوبی و با وجدان بودن از جمله عوامل دخیل در سلامت روان هستند و از سویی با توجه به شیوع بالا و روزافزون بیماری کووید ۱۹، ناشناخته بودن بیماری کووید ۱۹ و برای افزایش تحمل پریشانی پرستاران در این شرایط و متعاقب آن کاهش عواقب جبران‌ناپذیر تحمل‌ناپذیری چنین شرایطی برای پرستاران ابتدا باید عوامل مرتبط با آن و سهم هر یک را شناسایی کرد و سپس از آن‌ها بهره برد و خلأ پژوهشی در این راستا مشهود است. لذا با توجه به مطالب گفته‌شده ذهن‌آگاهی، بدتنظیمی هیجانی، روان‌رنجور خوبی و با وجدان بودن ممکن است، به‌طور مستقیم با سلامت روان پرستاران ارتباط داشته باشند و یا این‌که عوامل ذهن‌آگاهی، بدتنظیمی هیجانی، روان‌رنجور خوبی و با وجدان بودن به‌واسطه تحمل پریشانی به‌صورت غیرمستقیم با سلامت روان پرستاران رابطه داشته باشد. با جمع‌بندی ادبیات و پیشینه پژوهش‌های مختلف در این زمینه، مدل نظری مانند شکل (۱) پیشنهاد می‌شود که ممکن است کمک‌کننده باشد. همچنین پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا مدل ساختاری ذهن‌آگاهی، بدتنظیمی هیجانی، روان‌رنجور خوبی و با وجدان بودن با سلامت روان پرستاران با نقش میانجی تحمل پریشانی برازش دارد؟ با توجه به مطالب ارائه‌شده، محققین، فرضیات زیر را تست خواهند نمود:

الف- متغیرهای ذهن‌آگاهی، بدتنظیمی هیجانی، روان‌رنجور خوبی و با وجدان بودن به‌طور مستقیم به سلامت روان تأثیر دارد.
ب- متغیر تحمل پریشانی در ارتباط با متغیرهای ذهن‌آگاهی، بدتنظیمی هیجانی، روان‌رنجور خوبی و با وجدان بودن با سلامت روان نقش میانجی دارد.

³ Carpenter JK

¹ psychological disorders

² mental health



شکل (۱): مدل مفهومی ذهن آگاهی، بدتنظیمی هیجانی، روان رنجور خوبی و با وجدان بودن با سلامت روان با نقش میانجی تحمل پریشانی

یا سؤال توضیح مناسب ارائه و در صورت امتناع یا عدم موافقت فرد به شرکت در تحقیق فرد دیگری انتخاب شد. ارائه و دریافت پرسشنامه توسط فرد محقق انجام شد.

جامعه پژوهش حاضر شامل پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهر بجنورد در سال ۱۴۰۰ بوده که تعداد کل آن‌ها ۷۰۰ نفر بوده است که با توجه به جدول کریستی مورگان تعداد ۲۴۹ نفر انتخاب شدند، این حجم نمونه از جامعه پرستاران به خاطر شرایط بحرانی کرونا در دسترس انتخاب شد، معیارهای ورودی این مطالعه اشتغال در یکی از بیمارستان‌های شهر بجنورد با حداقل یکسال تجربه کار بالینی پرستاری در بیمارستان و دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری، عدم داشتن برنامه پاره وقت، و رضایت جهت شرکت در پژوهش بود. معیارهای خروج از پژوهش عدم تکمیل کامل پرسشنامه در نظر گرفته شد.

- پرسشنامه ذهن آگاهی براون و رایان^۱: این پرسشنامه یک مقیاس ۱۵ سؤالی است که براون و رایان (۱۶) آن را به منظور سنجش سطح هشیاری و توجه نسبت به رویدادها و تجارب جاری زندگی طراحی کردند. سؤال‌های آزمون سازه ذهن آگاهی را در

مواد و روش کار

طرح پژوهشی حاضر از نوع همبستگی بوده که در آن روابط علی بین متغیرها در قالب الگویابی معادلات ساختاری مورد مطالعه قرار گرفت. جهت آغاز به کار پژوهش، ابتدا از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد، معرفی نامه برای دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی گرفته شد و با شرط اخذ کد اخلاق (IR.IAU.BOJNOURD.REC.1400.026) مجوز پژوهش در بیمارستان‌ها و همکاری کادر درمان گرفته شد. روش کار به این ترتیب بود که محقق پس از دسترسی به نمونه‌های مورد نظر و معرفی طرح و ارائه توضیحات در مورد اهداف پژوهش و کسب موافقت آگاهانه، شروع و پرسشنامه‌ها توزیع شد. اطلاعات جمع‌آوری شده حاصل از پرسشنامه بررسی و جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری LISREL نسخه ۹/۵ استفاده شد. روش جمع‌آوری اطلاعات، میدانی از نوع پرسشنامه‌ای می‌باشد. استفاده از شیوه‌های برقراری مناسب و اطمینان بخشیدن به پاسخگو جهت محرمانه بودن اطلاعات به بیان اهداف تحقیق پرداخته شد، در صورت وجود ابهام

¹ Brown & Ryan mindfulness questionnaire

می‌باشد که ۴ خرده‌مقیاس آن به عناوین تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به‌وسیله هیجان‌ات منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی است که تحمل آشفتگی را براساس توانمندی فرد برای تحمل آشفتگی هیجانی، ارزیابی ذهن‌آشفتگی، میزان توجه به هیجان‌ات منفی در صورت وقوع و اقدام‌های تنظیم‌کننده برای تسکین حالت آشفتگی مورد سنجش قرار می‌دهند. گزینه‌های این مقیاس بر اساس مقیاس لیکرت نمره گزارش می‌شوند، نمره یک به معنای توافق کامل با گزینه مورد نظر و نمره ۵ به معنای عدم توافق کامل با گزینه مورد نظر می‌باشد، در خارج از کشور، روایی و اعتبار مقیاس تحمل پریشانی توسط ویلوکس^۵ (۲۰۱۹) بررسی شده‌است که همسانی درونی مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش شده است (۲۱). در پژوهش اسجلام^۶ (۲۰۲۰)، جهت بررسی همسانی درونی مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده و ضریب ۰/۸۸ به دست آمده است (۲۲). این پرسشنامه برای اولین بار در ایران در مطالعه علوی، مدرس‌غروی، ایزدی و صالحی (۲۳) در دانشگاه فردوسی و علوم پزشکی مشهد مورد استفاده گرفته که در نتیجه آن پایایی همسانی درونی بالایی را برای کل خرده‌مقیاس ۰/۷۱ و پایایی متوسطی برای خرده‌مقیاس‌ها نشان داد که عبارتند از ۰/۵۴ برای خرده‌مقیاس تحمل، ۰/۴۲ برای خرده‌مقیاس جذب، ۰/۵۶ برای خرده‌مقیاس ارزیابی و ۰/۵۸ برای خرده‌مقیاس تنظیم‌افزایش در تحمل به دست آمد (۲۳).

- پرسشنامه پنج‌عاملی شخصیت^۷: پرسشنامه اولین بار توسط مک‌کری و کاستا^۸ در سال ۱۹۸۷ (۲۴) ساخته شد. فرم کوتاه (NEO-FFI) شامل ۶۰ ماده است. در این سیاهه ۵ رگه روان‌رنجور خوبی (N)، که شامل ماده‌های ۱، ۶، ۱۱، ۱۶، ۲۱، ۲۶، ۳۱، ۳۶، ۴۱، ۴۶، ۵۱ و ۵۶، برون‌گرایی (E)، شامل ماده‌های ۲، ۷، ۱۲، ۱۷، ۲۲، ۲۷، ۳۲، ۳۷، ۴۲، ۴۷، ۵۲، ۵۷، گشودگی به تجربه (O)، شامل ماده‌های ۳، ۸، ۱۳، ۱۸، ۲۳، ۲۸، ۳۳، ۳۸، ۴۳، ۴۸، ۵۳ و ۵۸، با وجدان بودن (A)، شامل ۴، ۹، ۱۴، ۱۹، ۲۴، ۲۹، ۳۴ و وظیفه‌شناسی (C)، شامل ماده‌های ۵، ۱۰، ۱۵، ۲۰، ۲۵، ۳۰، ۳۵، ۴۰، ۴۵، ۵۰، ۵۵ و ۶۰ را اندازه می‌گیرد. پاسخدهی به این پرسشنامه در قالب لیکرتی ۵ درجه‌ای (کاملاً مخالف، بی‌تفاوت، نظری ندارم، موافق، کاملاً موافق) امکان‌پذیر است (۲۵). نمره‌گذاری فرم کوتاه این پرسشنامه در تمام مواد یکسان نیست. به این معنی که در نمره‌گذاری برخی از مواد فرم کوتاه سیاهه، به کاملاً مخالف نمره ۴،

مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت از نمره یک برای «تقریباً همیشه» تا نمره ۶ برای «تقریباً هرگز» می‌سنجد (۱۶). این مقیاس یک نمره کلی برای ذهن‌آگاهی به دست می‌دهد که دامنه آن از ۱۵ تا ۹۰ متغیر بوده، نمره بالاتر نشان‌دهنده ذهن‌آگاهی بیشتر است. همسانی درونی سؤال‌های آزمون براساس ضریب آلفای کرونباخ از ۰/۸۰ تا ۰/۸۷ گزارش شده است. روایی مقیاس با توجه به همبستگی منفی آن با ابزارهای سنجش افسردگی و اضطراب و همبستگی مثبت با ابزارهای سنجش عاطفه مثبت و حرمت خود، کافی گزارش شده است. ضریب پایایی بازآزمایی این مقیاس نیز در فاصله زمانی یک ماهه ثابت گزارش شده است (۱۶). آلفای کرونباخ برای پرسش‌های نسخه فارسی این مقیاس در یک نمونه ۷۲۳ نفری از دانشجویان ۰/۸۱ محاسبه شده است (۱۷).

- بدتنظیمی هیجان^۱: پرسشنامه بدتنظیمی هیجانی سنجش ۳۶ آیتی بوده که توسط رومر و گراتز^۲ (۱۸) در سال ۲۰۰۴ برای ارزیابی دشواری در تنظیم هیجان تدوین شده است. تحلیل عاملی وجود ۶ عامل عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی، عدم‌وضوح هیجانی را نشان داد. گستره پاسخ‌ها در مقیاس لیکرت ۱ تا ۵ قرار می‌گیرد. ۱ به معنای تقریباً هرگز (۰ تا ۱۰ درصد)، ۲ به معنای گاهی اوقات (۱۱ تا ۳۵ درصد)، ۳ به معنای نیمی از مواقع (۳۳ تا ۳۵ درصد)، ۴ به معنای اکثر اوقات (۳۳ تا ۰ درصد) و ۵ به معنای تقریباً همیشه (۹۱ تا ۱۰۰). نمرات بیشتر به معنای دشواری بیشتر در تنظیم هیجانی هستند. مقیاس دارای نمره کلی از جمع نمرات تمامی سؤالات و همچنین ۶ نمره مربوط به خرده مقیاس‌هاست. نتایج حاکی از آن است که این مقیاس از همسانی درونی ۰/۹۳ برخوردار است (۱۸). بر اساس داده‌های حاصل از یافته‌های عزیزی، میرزایی و شمس (۱۳۸۹) میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه معادل ۰/۹۲ گزارش شده است. همچنین برای ارزیابی اعتبار پرسشنامه، با همبسته کردن نمره آن با نمره پرسشنامه هیجان‌خواهی زاکرمن، مشخص شد همبستگی معناداری مساوی ۰/۲۶ بین آن‌ها وجود دارد (۱۹).

- پرسشنامه تحمل پریشانی^۳: پرسشنامه تحمل پریشانی، یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که توسط سیمونز و گاهر^۴ (۲۰) ساخته شده است، این پرسشنامه دارای ۱۵ گزینه

⁵ Veilleux JC

⁶ Schlam TR

⁷ Personal Attitudes Questionnaire (NEO)

⁸ McCrae RR, Costa PT Jr.

¹ Emotional Disorder Questionnaire (DERS)

² Roemer L, & Gratz KL.

³ Distress Tolerance Questionnaire (DTS)

⁴ Simons JS, Gaher RM.

مخالقم نمره ۳، بی‌تفاوت نمره ۲، موافقم نمره ۱ و کاملاً موافقم نمره ۰ تعلق می‌گیرد. در حالی که برخی دیگر از ماده‌های (۱، ۴۶، ۱۲، ۲۷، ۴۲، ۵۷، ۳، ۸، ۱۸، ۲۳، ۳۳، ۳۸، ۴۸، ۹، ۱۴، ۲۴، ۲۹، ۳۹، ۴۴، ۵۴، ۱۵، ۳۰، ۴۵ و ۵۵) این فرم کوتاه به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند (۲۶).

پرسشنامه پنج عاملی شخصیت توسط مک‌کری و کاستا (۲۴) روی ۲۰۸ نفر از دانشجویان آمریکایی به فاصله سه ماه اجرا شد که ضرایب اعتبار به ترتیب برای نوروزگرایی ۰/۸۳، برون‌گرایی ۰/۷۵، گشودگی به تجربه ۰/۸۰، توافق‌جویی ۰/۷۹ و وظیفه‌شناسی ۰/۷۹ به دست آمده است (۲۶). یک مطالعه طولانی ۶ ساله روی ابعاد روان‌رنجور خوبی، برون‌گرایی و گشودگی به تجربه، ضریب‌های اعتبار ۰/۶۸ تا ۰/۸۳ را در گزارش‌های شخصی و نیز در گزارش‌های زوج‌ها نشان داده است. ضریب اعتبار دو عامل با وجدان بودن و وظیفه‌شناسی به فاصله دو سال به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۶۳ بوده است. همچنین برآورد کاستا و مک‌کری از روایی‌سازه این ابزار در سال ۱۹۹۹، ۰/۸۴ بوده است. در مطالعه فرشی (۲۶) ضریب همسانی درونی کل این سیاهه در حدود ۰/۷۰ و ضرایب آلفای کرونباخ ابعاد نوروزگرایی، برون‌گردی، توافق‌جویی، وظیفه‌شناسی و گشودگی به تجربه به ترتیب برابر با ۰/۸۶، ۰/۷۳، ۰/۸۰، ۰/۸۷ و ۰/۴۵ به دست آمد. در ایران نیز این پرسشنامه برای اجرا در بین دانشجویان ترجمه و آماده شد، روایی هم‌زمان بین فرم کوتاه و بلند این سیاهه را برای پنج عامل بین ۰/۴۱ تا ۰/۷۱، اعتبار را بین ۰/۶۵ تا ۰/۸۶ و آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌ها را بین ۰/۵۴ تا ۰/۷۹ گزارش کرده است (۲۷).

- سلامت عمومی روانی گلدبرگ^۱: این پرسشنامه برای اولین بار توسط گلدبرگ (۲۸) در سال (۱۹۷۹) به منظور تشخیص اختلالات خفیف روانی در موقعیت‌های مختلف بکار برده شده است و در تحقیقات گوناگون مورد آزمون قرار گرفته است. فرم ۲۸ ماده‌ای پرسشنامه سلامت عمومی دارای این مزیت است که برای تمام افراد جامعه طراحی شده است و با اجرای این پرسشنامه توانسته‌اند به گستره وسیعی از نتایج در جمعیت‌های مختلف دست یابند و وجود رابطه بین فرم اصلی پرسشنامه سلامت عمومی و فرم ردیابی اختصاری «آزمون سرندی» را با تشخیص روان‌پزشکی ثابت‌کنند و امکان درک رابطه بین خود گزارش‌دهی و برآورد بر مبنای مشاهدات بالینی را فراهم سازند. این پرسشنامه دارای چهار زیرمقیاس است: الف). نشانه‌های بدنی. ب). اضطراب و بی‌خوابی. ج). نارساکنشی ناتوانی در انجام فعالیت‌ها و بی‌اجتماعی. د). افسردگی شدید. و در هر چهار مقیاس ۷ وجود دارد که به صورت چهارگزینه‌ای می‌باشد.

زیرمقیاس اول (الف) شامل موادی درباره احساس خود نسبت به وضع سلامت خود و احساس خستگی آن‌ها است و نشانه‌های بدنی مثل احساس سلامتی، بیماری، و سردرد را در برمی‌گیرد. زیرمقیاس دوم (ب) شامل موادی است که با اضطراب و بی‌خوابی، احساس فشار و تنیدگی، ترس و وحشت بی‌دلیل و دلشوره در ارتباط است. زیرمقیاس سوم (ج) گستره‌توانایی افراد را در مقابله با خواسته‌های حرفه‌ای، مسائل زندگی و روزمره را می‌سنجد و احساس‌های آن‌ها را درباره چگونگی کنارآمدن با مشکلات زندگی نشان می‌دهد و مواردی مثل ناتوانی در انجام کارها و عدم رضایت از انجام کارها را در بر می‌گیرد. زیرمقیاس چهارم (د) احساساتی مثل بی‌ارزشی، ناامیدی و خودکشی را در بر می‌گیرد (۲۹).

سؤال ۱ تا ۷، علائم جسمانی، سؤال ۱۵ تا ۲۱، اختلال در عملکرد، سؤال ۲۲ تا ۲۸، افسردگی، سؤال ۸ تا ۱۴، اضطراب را اندازه‌گیری می‌کند. نحوه نمره‌گذاری در این پرسشنامه براساس لیکرت ۴ درجه‌ای (۳، ۲، ۱، ۰) می‌باشد. دادستان (۴۲) نمرات بین ۱۴ تا ۲۱ را در هر زیرمقیاس، و منبع آزمودنی را در آن عامل نشان می‌دهد. در این پژوهش دانشجویانی که نمره کل آن‌ها یک انحراف استاندارد بالاتر از میانگین (۴۲) باشد.

گلدنبرگ و همکاران (۲۸) همبستگی میان داده‌ها حاصل از اجرای پرسشنامه سلامت عمومی و چک‌لیست علائم روانی را بر روی ۲۴۴ آزمودنی به میزان ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند. براساس نتیجه این مطالعه اندازه شاخص‌های حساسیت، ویژگی میزان کلی با ارزیابی بالینی به ترتیب برابر ۰/۸۶ و ۰/۷۷ و ۰/۷۰ گزارش شده است. در ایران نیز طی پژوهشی ضریب همبستگی برای کل افراد زیرمقیاس‌های پرسشنامه را برابر ۰/۸۴ گزارش کردند (۲۹).

پایایی پرسشنامه‌ها با روش آلفای کرونباخ ارزیابی شد که ضریب آلفای کرونباخ برای ذهن‌آگاهی برابر با ۰/۹۳، روان‌رنجور خوبی برابر با ۰/۸۴، وجدانی بودن برابر با ۰/۸۶، بدنتنظیمی هیجانی برابر با ۰/۹۱، تحمل‌پریشانی برابر با ۰/۹۴ و سلامت روان برابر با ۰/۹۰ به دست آمد که نشان از تأیید پایایی پرسشنامه‌های پژوهش داشت. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، تمامی آزمودنی‌ها از آزادی کامل برای مشارکت در پژوهش برخوردار شدند، همچنین به آن‌ها اطمینان داده شد که نتایج این مطالعه کاملاً محرمانه بوده و داده‌های جمع‌آوری شده به صورت گروهی تحلیل خواهد شد.

یافته‌ها

از نظر جنسیت ۱۷۰ نفر (۶۸/۳ درصد) زن و ۷۹ نفر (۳۱/۷ درصد) مرد بودند. ۱۸۳ نفر (۷۳/۵ درصد) متأهل و ۶۶ نفر (۲۶/۵

¹ General Health Questionnaire (GHQ)

درصد) مجرد بودند. از نظر سن ۷۶ نفر (۳۰/۵ درصد) در طبقه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال، ۹۳ نفر (۳۷/۴ درصد) در طبقه سنی ۳۱ تا ۴۰ سال، ۶۷ نفر (۲۶/۹ درصد) در طبقه سنی ۴۱ تا ۵۰ سال و ۱۳ نفر (۵/۲ درصد) در طبقه سنی بیشتر از ۵۰ سال قرار داشتند. در جدول ۱

به توصیف متغیرهای اصلی با استفاده از آماره‌های میانگین و انحراف استاندارد پرداخته شد. مقادیر کجی و کشیدگی به‌منظور بررسی نرمال بودن نیز در جدول ۱ آمد.

جدول (۱): آماره‌های توصیفی متغیرهای اصلی و مقادیر کجی و کشیدگی به‌منظور بررسی نرمال بودن

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
ذهن آگاهی	۴۶/۱۷	۷/۰۲	-۰/۵۲۹	۰/۳۷۸
روان رنجور خویی	۲۵/۵۵	۶/۵۴	۰/۳۰۶	۰/۲۹۵
وجدانی بودن	۴۶/۴۹	۶/۰۸	۰/۵۵۷	۰/۰۷۸
بدتنظیمی هیجان	۶۱/۵۷	۱۶/۹۴	۰/۷۶۴	-۰/۰۰۳
تحمل پریشانی	۴۳/۴۱	۹/۱۰	-۰/۲۷۲	-۰/۰۴۳
سلامت روان	۷۷/۷۶	۹/۶۷	-۰/۷۳۱	۰/۴۰۷

برابر با ۴/۱۷ به دست آمد و بر اساس معیار ۵ برای ضریب مردیا، می‌توان نتیجه گرفت مفروضه توزیع نرمال چندمتغیره برقرار بود. در جداول ۲ با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون به بررسی همبستگی بین متغیرهای پژوهش پرداخته شد. مفروضه عدم همخطی چندگانه بین متغیرهای مؤثر بر سلامت روان با شاخص عامل تورم واریانس (VIF) بررسی شد.

نتایج جدول ۱ نشان داد مقادیر کجی و کشیدگی تمامی متغیرها در دامنه ۲- تا ۲+ بود و در نتیجه متغیرها تقریباً نرمال بوده و انحراف شدیدی از توزیع نرمال در داده‌های پژوهش مشاهده نشد. نرمال بودن چندمتغیره که پیش‌فرض آزمون مدل‌سازی معادلات ساختاری بود با ضریب مردیا بررسی شد که ضریب مردیا

جدول (۲): ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرهای اصلی و شاخص عامل تورم واریانس به‌منظور سنجش همخطی

متغیرها	ذهن آگاهی	بدتنظیمی هیجان	روان رنجور خویی	وجدانی بودن	تحمل پریشانی	سلامت روان	تورم واریانس
ذهن آگاهی	۱						۱/۶۰
بدتنظیمی هیجان	-۰/۵۸**	۱					۱/۷۹
روان رنجور خویی	-۰/۴۶**	۰/۵۵**	۱				۱/۷۰
وجدانی بودن	۰/۴۳**	-۰/۵۳**	-۰/۵۹**	۱			۲/۰۳
تحمل پریشانی	۰/۳۹**	-۰/۵۰**	-۰/۴۱**	۰/۳۶**	۱		۱/۴۱
سلامت روان	۰/۵۴**	-۰/۶۱**	-۰/۶۶**	۰/۵۴**	۰/۴۴**	۱	۱

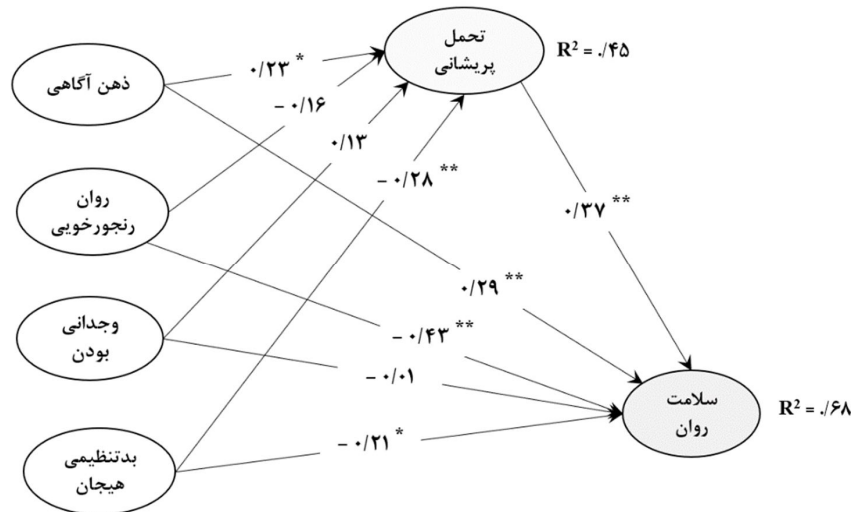
توجه: * = $p \leq 0.05$ و ** = $p \leq 0.01$

خوبی با سلامت روان، منفی بود. همچنین رابطه معنی‌داری بین چهار متغیر مستقل ذهن آگاهی، بدتنظیمی هیجان، روان رنجور خویی و با وجدان بودن با متغیر میانجی تحمل پریشانی وجود داشت ($p < 0.05$). مفروضه عدم همخطی بین متغیرهای مؤثر بر سلامت

نتایج جدول ۲ نشان داد رابطه معنی‌داری بین همه متغیرها با سلامت روان وجود دارد ($p < 0.05$). بر این اساس رابطه با جهت مثبت بین ذهن آگاهی، وجدانی بودن و تحمل پریشانی با سلامت روان مشاهده شد و جهت رابطه بین بدتنظیمی هیجان و روان رنجور

ساختاری در نرم افزار لیزرل آزمون شد. شکل ۲ مدل تجربی در حالت ضرایب استاندارد شده است و معنی داری روابط اصلی با علامت ستاره مشخص شده است. یک ستاره یعنی رابطه در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنی دار است ($p < 0.05$) و دو ستاره یعنی در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنی دار است ($p < 0.01$).

روان با شاخص عامل تورم واریانس آزمون شد و تمامی مقادیر نزدیک یا کمتر از معیار ۲ بود و نشان داد مسئله همخطی چندگانه وجود نداشت و همبستگی درونی شدیدی بین متغیرهای مؤثر سلامت روان وجود نداشت. مدل مفهومی پژوهش با استفاده از تکنیک مدل سازی معادلات



شکل (۲): مدل تجربی در حالت ضرایب استاندارد

شاخص RMSEA برابر با ۰/۰۷۲، نسبت خی دو بر درجه آزادی برابر با ۳/۲۴، شاخص GFI برابر با ۰/۸۹، CFI برابر با ۰/۹۲، NFI برابر با ۰/۹۳، IFI برابر با ۰/۹۰، PGFI برابر با ۰/۶۸ و AGFI برابر با ۰/۷۶ به دست آمد که نشان داد هیچکدام از شاخص های برازش مقدار ضعیفی ندارند، دو شاخص GFI و PGFI مقدار متوسطی دارند و شش شاخص برازش دیگر مقدار مطلوبی دارند که نشان داد مدل پژوهش از برازش نسبتاً مناسبی برخوردار بود. در جدول ۳ نتایج آزمون روابط مستقیم و غیرمستقیم آمده است.

شکل ۲ مدل اصلاح شده در حالت استاندارد است که معنی داری روابط با علامت ستاره مشخص شده است و مطابق نتایج ۶ مسیر مستقیم در مدل تأیید شد ($p < 0.05$). قوی ترین تأثیر در مدل مربوط به تأثیر روان رنجور خوبی بر سلامت روان با ضریب -0.43 و تحمل پریشانی بر سلامت روان با ضریب 0.37 بود. بررسی شاخص های برازش مدل نشان داد ضریب تعیین برای متغیر وابسته سلامت روان برابر با ۰/۶۸ به دست آمد و بر این اساس متغیرهای مستقل و میانجی توانستند ۶۸ درصد از واریانس سلامت روان را تبیین کنند که نشان از قدرت تبیین متوسط مدل دارد.

جدول (۳): نتایج آزمون روابط ساختاری در مدل (اثرات مستقیم و غیرمستقیم)

رابطه	ضریب استاندارد	مقدار t	مقدار p
ذهن آگاهی - < تحمل پریشانی	۰/۲۳	۲/۴۴	۰/۰۱۶
روان رنجور خوبی - < تحمل پریشانی	-۰/۱۶	۱/۴۸	۰/۱۴۰
وجدانی بودن - < تحمل پریشانی	۰/۱۳	۱/۳۰	۰/۱۹۶
بدتنظیمی هیجان - < تحمل پریشانی	-۰/۲۸	۳/۰۱	۰/۰۰۳

رابطه	ضریب استاندارد	مقدار t	مقدار p
ذهن آگاهی - سلامت روان	۰/۲۹	۳/۳۴	۰/۰۰۱
روان‌رنجور خوبی - سلامت روان	-۰/۴۳	۴/۲۶	<۰/۰۰۱
وجدانی بودن - سلامت روان	-۰/۰۱	۰/۱۰	۰/۹۲۰
بدتنظیمی هیجان - سلامت روان	-۰/۲۱	۲/۵۲	۰/۰۱۳
تحمل پریشانی - سلامت روان	۰/۳۷	۳/۹۲	<۰/۰۰۱
ذهن آگاهی - تحمل پریشانی - سلامت روان	۰/۰۸۵	۲/۸۵	۰/۰۰۵
روان‌رنجور خوبی - تحمل پریشانی - سلامت روان	-۰/۰۵۹	۱/۶۸	۰/۰۹۵
وجدانی بودن - تحمل پریشانی - سلامت روان	۰/۰۴۸	۱/۳۹	۰/۱۶۶
بدتنظیمی هیجان - تحمل پریشانی - سلامت روان	-۰/۱۰۴	۳/۴۶	<۰/۰۰۱

جدول ۱

شده و اگر این مسائل حل نشود، انسان ممکن است سعی در واپس‌روی افکار و احساساتش نموده و این موارد موجب ایجاد و افزایش پریشانی در انسان می‌گردد (۵). بعلاوه، می‌توان گفت با از میان رفتن تحریف‌های شناختی و افکار غیرمنطقی فرد دنیا را مثبت‌تر ارزیابی می‌نماید. لیکن افراد با تحمل پریشانی و ذهن‌آگاهی، خود را کمتر برآورد می‌کنند و این مسئله تنش را برای آن‌ها کاهش می‌دهد. لذا، پایین بودن سطح تنش روانی نیز باعث می‌گردد که افراد با تحمل پریشانی و ذهن‌آگاهی در سایه آرامش روانی بهتر بتوانند از مهارت‌های شناختی استفاده نمایند و این حالت مسلماً آرامش بیشتری در آن‌ها ایجاد می‌کند زیرا افرادی که تحمل پریشانی بالاتری دارند بهتر می‌توانند با اضطراب و استرس‌ها و شرایط ناگوار کنار بیایند و سازگاری بهتر و در نتیجه از سلامت روان بالاتری برخوردار می‌باشند (۱۰)

در ارتباط با همبستگی بدتنظیمی هیجان با تحمل پریشانی نتایج همسو با نتایج اثنی‌عشران و همکاران (۳۳)؛ خسروی و همکاران (۱۴)؛ کانوی و همکاران (۱۰)؛ بور و همکاران (۳۴) و در مورد ارتباط بین تحمل پریشانی با سلامت روان نتایج همسو با دهلانی و سوری (۱۱) می‌باشد. هر چه میزان بدتنظیمی هیجانی افزایش یابد تحمل آشفتگی کاهش خواهد یافت و بالعکس، بررسی‌ها نشان داده‌اند که توانمند بودن افراد از نظر هیجانی، روبرو شدن آن‌ها را با چالش‌های زندگی آسان می‌کند، در نتیجه آن‌ها را از سلامت روانی بیشتری برخوردار می‌سازد. افراد دارای تحمل پریشانی پایین‌تر میزان آشفتگی خود را به‌صورت هیجانی نشان می‌دهند و از آن‌جایی که این هیجان‌ات دارای بار منفی و آزاردهنده هستند، این افراد سعی می‌کنند که از آن‌ها رهایی پیدا کنند، با توجه به این‌که ناگویی هیجانی، اختلال در تنظیم هیجان یا ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان است، وقتی اطلاعات هیجانی در فرایند پردازش شناختی به خوبی ادراک و ارزیابی نشوند،

نتایج اثرات مستقیم (جدول ۳) نشان داد که تأثیر مستقیم دو متغیر ذهن‌آگاهی و بدتنظیمی هیجان بر تحمل پریشانی تأیید شد ($p < 0/05$)، همچنین اثر مستقیم چهار متغیر ذهن‌آگاهی، روان‌رنجور خوبی، بدتنظیمی هیجان و تحمل پریشانی بر سلامت روان تأیید شد ($p < 0/05$). بررسی اثرات غیرمستقیم نشان داد نقش میانجی تحمل پریشانی در رابطه بین ذهن‌آگاهی و سلامت روان و همچنین رابطه بدتنظیمی هیجانی و سلامت روان تأیید شد ($p < 0/05$). مطابق نتایج دو متغیر ذهن‌آگاهی و بدتنظیمی هیجان هم به‌طور مستقیم و هم با میانجی‌گری تحمل پریشانی بر سلامت روان مؤثر بودند، روان‌رنجور خوبی فقط به‌طور مستقیم بر سلامت روان مؤثر بود و وجدانی بودن تأثیری چه به‌صورت مستقیم و چه غیرمستقیم بر سلامت روان نداشت ($p > 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر باهدف ارائه مدل ساختاری ذهن‌آگاهی، بدتنظیمی هیجانی، روان‌رنجور خوبی و با وجدان بودن با سلامت روان پرستاران با نقش میانجی تحمل پریشانی در شرایط کرونا انجام شد. در رابطه با ارتباط ذهن‌آگاهی با تحمل پریشانی نتایج همسو با مهدی‌خانی و همکاران (۳۰)؛ ارفعی و همکاران (۳۱)؛ باباخانی (۳۲)؛ کارپنتر و همکاران (۵) می‌باشد و همچنین در رابطه با تحمل پریشانی با سلامت روان نتایج همسو با دهلانی و سوری (۱۱)؛ کانوی و همکاران (۱۰) می‌باشد که در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت: ذهن‌آگاهی به انسان می‌آموزد که به‌جای آن‌که از مشکلات فرار کنند یا در مورد آن فکر کرده و پریشان شوند، مشکلات خود را شناخته و در پی حل آن تلاش نمایند که در این صورت، احساس راحتی و پریشانی کمتر خواهد شد. همچنین، این امر موجب می‌شود که انسان بتواند ارتباط بهتر و مسلط‌تری در رابطه با پریشانی ذهنی خود برقرار کند، زیرا ذهن مشوش و پریشان، موجب قضاوت نادرست

به واسطه‌ی تحمل پریشانی در مدل اصلی نشان می‌دهد که شاید یکی از دلایل نبودن معنی‌داری آماری بین این دو متغیر به عدم پاسخگویی درست گروه مورد مطالعه باشد. همچنین، بنا به شرایط نامناسب کرونایی در زمان تکمیل پرسشنامه‌ها، استفاده از تعداد حداقل در تحلیل همبستگی‌های پیچیده نیز می‌تواند بر امکان عدم تأیید فرضیه تحقیق کمک کند. این پژوهش با برخی محدودیت‌ها روبه‌رو بوده است. کم بودن تعداد مشارکت‌کنندگان که می‌تواند نتایج مطالعه را تحت تأثیر قرار دهد و همچنین از آن‌جا که روش نمونه‌گیری در دسترس که نمونه ممکن بود معرف کاملی از جامعه آماری نباشد همچنین پژوهش حاضر تنها در گستره پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهر بجنورد بود که تعمیم‌پذیری آن را با دشواری مواجه می‌سازد. تعداد زیاد پرسشنامه‌ها منجر به خستگی آزمودنی‌ها شد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌گران در تحقیق‌های آینده از روش نمونه‌گیری تصادفی در حد امکان استفاده کنند. همچنین تحقیق‌های مشابهی در سایر شهرها و استان نیز انجام و نتایج مورد مقایسه قرار گیرد و از ابزارهای دیگر با تعداد سؤال‌های کمتر استفاده گردد.

تقدیر و تشکر

این مطالعه بخشی از رساله دکتری روان‌شناسی عمومی، تصویب شده در معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی بجنورد (IR.IAU.BOJNOURD.REC.1400.026) می‌باشد. همچنین به این وسیله از کلیه پرستاران شهر بجنورد به خاطر همکاری ارزنده‌شان در اجرای این پژوهش نهایت قدردانی را داریم.

References:

1. Staneva A, Carmignani F, Rohde N. Personality, gender, and age resilience to the mental health effects of COVID-19. *Soc Sci Med* 2022;301:114884. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114884>
2. Niedermeier J, Mumba MN, Barron K, Andrabi M, Martin R, McDiarmid A. Relationships Among Exercise, Mindfulness, Mental Health, and Academic Achievement Among Prelicensure Nursing Students. *Nurse Educ* 2022;01;47(3):184-9. <https://doi.org/10.1097/nne.0000000000001106>
3. Chen S, Zhou W, Luo T, Huang L. Relationships Between Mental Health, Emotion Regulation, and Meaning in Life of Frontline Nurses During the COVID-19 Outbreak. *Front Psychiatry*

فرد از نظر عاطفی و شناختی دچار آشفتگی و درماندگی می‌شود، این ناتوانی، سازمان عواطف و شناخت‌های فرد را مختل می‌کند و افرادی که سطوح بالایی از نقایض تنظیم هیجان را بروز می‌دهند بیش از دیگران احتمال دارد در رفتارهای پرخطری که متعاقباً به افسردگی یا اضطراب منجر می‌شود، درگیر شوند و از سلامت روان پایین‌تری برخوردار هستند زیرا تحمل پریشانی عموماً به‌عنوان توانایی فرد برای تحمل حالت‌های درونی ناخوشایند در نظر گرفته می‌شود. همچنین بین ویژگی‌های شخصیتی با تحمل پریشانی نیز رابطه وجود دارد (۳۶ و ۳۵) پژوهش‌گران معتقدند تفاوت‌های فردی در ویژگی‌های شخصیتی، منجر به تغییر در سطوح مختلف تحمل پریشانی می‌شود و برای سبب‌شناسی تحمل پریشانی بینشی مفید فراهم می‌کند. به‌عنوان مثال افراد روان‌رنجور دارای تحمل پریشانی پایین‌تر و در برابر پریشانی واکنش‌پذیر هستند و اعتقاد دارند که توانایی ضعیفی برای مقابله با پریشانی دارند و افرادی که تحمل پریشانی پایین‌تری دارند آسیب‌پذیرتر و سلامت روان پایین‌تری دارند (۱۵ و ۱). اما نتایج نشان داد که نقش میانجی‌گری تحمل پریشانی در رابطه وجدانی بودن و سلامت روان تأیید نشد که ذکر این نکته مهم است که همبستگی لازم بین متغیرها کاملاً تأیید شده است اما بر اساس مدل بنابر اثر مستقیم که تأثیر برخی از متغیرها قوی‌تر است و اثر برخی از متغیرها نیز به نسبت خنثی می‌شود که این فرضیه نیز بیانگر این مورد بود که تأثیر با وجدان بودن با سلامت روان به‌واسطه‌ی تحمل پریشانی تأیید نمی‌شود. شایان ذکر است که دلایل احتمالی این عدم تأیید رابطه، بررسی عمیق دلایل عدم تأیید رابطه‌ی با وجدان بودن با سلامت روان

2022;29;13:798406.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.798406>

4. Robinson M, Ross J, Fletcher S, Burns CR, Lagdon S, Armour C. The Mediating Role of Distress Tolerance in the Relationship Between Childhood Maltreatment and Mental Health Outcomes Among University Students. *J Interpers Violence* 2021;36(15-16):7249-73. <https://doi.org/10.1177/0886260519835002>
5. Carpenter JK, Sanford J, Hofmann SG. The Effect of a Brief Mindfulness Training on Distress Tolerance and Stress Reactivity. *Behav Ther* 2019;50(3):630-45. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.10.003>
6. Senders A, Hanes D, Bourdette D, Carson K, Marshall LM, Shinto L. Impact of mindfulness-based stress

- reduction for people with multiple sclerosis at 8 weeks and 12 months: A randomized clinical trial. *Mult Scler* 2019;25(8):1178-88. <https://doi.org/10.1177/1352458518786650>
7. Mioduszewski O, MacLean H, Poulin PA, Smith AM, Walker LAS. Trait Mindfulness and Wellness in Multiple Sclerosis. *Can J Neurol Sci* 2018;45(5):580-2. <https://doi.org/10.1017/cjn.2018.51>
8. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*. New York: Guilford Press. 2002. <https://doi.org/10.1002/shi.90>
9. Badai A, Waziri Sh, Lotfi Kashani F. The contribution of emotional regulation, defense mechanisms and attachment in predicting psychosomatic symptoms with the moderation of gender and anxiety level. *Med J I Iran* 2021;39(1):30-8. <http://jmcri.ir/article-1-3067-fa.html>
10. Conway CC, Naragon-Gainey K, Harris MT. The Structure of Distress Tolerance and Neighboring Emotion Regulation Abilities. *Assessment* 2021;28(4):1050-64. <https://doi.org/10.1177/1073191120954914>
11. Dehlani R, Sori A. Predicting the psychological well-being of psychology students of Karaj Branch of Azad University based on psychological flexibility and distress tolerance. *App Educ Res* 2022;4(4):32-42. <https://doi.org/10.22034/naes.2022.345020.1214>
12. Moghbeli-Hanzaii M, Omid A, Zanjani Z. The comparison of distress tolerance and experiential avoidance in people with health anxiety and normal people. *Feyz* 2019;23(6):689-97. URL: <http://feyz.kaums.ac.ir/article-1-3866-fa.html>
13. O'Bryan EM, McLeish AC, Johnson AL. The Role of Emotion Reactivity in Health Anxiety. *Behav Modif* 2017;41(6):829-45. <https://doi.org/10.1177/0145445517719398>
14. Khosravi N, Koshki Sh, Oraki M., Nemat-Tavoosi M. Structural Patterns of Personality Characteristics and Cognitive Emotional Regulation with Distress Tolerance in Mothers with a Child with Cancer: Mediating Role of Coping Strategies. *J Primary Health Care* 2019;7(24):72-81. <http://npwjm.ajaums.ac.ir/article-1-725-fa.html>
15. Liu T, Liu Z, Zhang L, Mu S. Dispositional mindfulness mediates the relationship between conscientiousness and mental health-related issues in adolescents during the COVID-19 pandemic. *Pers Individ Dif* 2022;184:111223. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111223>
16. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol* 2003;84(4):822-48. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
17. Nejati V, Zabihzadeh A, Nik Farjam MR. The relationship between mindfulness and the functions of sustained and selective attention. *J Cognit Ther Res* 2011;2(2):31-42.
18. Roemer L, Gratz KL. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *J Psychopathol Behav Assess* 2004;26(1):41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
19. Azizi A, Mirzaei A, Shams J. Correlation between Distress Tolerance and Emotional Regulation With Students Smoking Dependence. *Hakim* 2010;13(1):11-8. <http://hakim.tums.ac.ir/article-1-608-fa.html>
20. Simons JS, Gaher RM. The distress tolerance scale: development and validation of a self-report measure. *Motiv Emot* 2005;29:83-102. <https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3>
21. Veilleux JC, Pollert GA, Zielinski MJ, Shaver JA, Hill MA. Behavioral Assessment of the Negative Emotion Aspect of Distress Tolerance: Tolerance to Emotional Images. *Assessment* 2019;26(3):386-403. <https://doi.org/10.1177/1073191116689819>

22. Schlam TR, Baker TB, Smith SS, Cook JW, Piper ME. Anxiety Sensitivity and Distress Tolerance in Smokers: Relations With Tobacco Dependence, Withdrawal, and Quitting Success†. *Nicotine Tob Res* 2020;27:22(1):58-65. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntz070>
23. Alavi Kh, Modares-Gharavi M, Yazidi SA, & Salehi J. Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on the core of mindfulness, tolerance, anxiety and emotion regulation components) on depression symptoms in students. *J Ment Health* 2011;2(50):124-35.
24. McCrae RR, Costa PT Jr. Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *J Pers Soc Psychol* 1987;52(1):81-90. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.52.1.81>
25. Farrokhnia E, Soleimani M. The Role of Personal Traits and Primary Maladaptive Schemas in Predicting Students' Mental Health. *J Disabil Stud* 2015;4(4):33-42. <http://jdisabilstud.org/article-1-391-fa.html>.
26. Farshi G, Mehyar A., & Tabatabai M. The use of a new neo-personality test and the analysis of its characteristics and factor structure among Iranian university students. *Al-Zahra Univ Sci-Res Q J* 2002;11(39):173-98.
27. Amani A, Isa-nejad O, & Azizi A. Investigating the structural relationships of primary maladaptive schemas and personality factors with marital adjustment. *Q J Exp Psychol* 2015;10(37):70-45.
28. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med* 1979;9(1):139-45. <https://doi.org/10.1017/s0033291700021644>
29. Saatchi M, Kamkari K, & Askarian M. Psychological tests. Publishing edit. 2019.
30. Mehdikhani M, Hassanzadeh R, Ghanadzadegan H. Comparison of the effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction and Relaxation on Distress Tolerance in females with Multiple Sclerosis (MS). *Rooyesh* 2021;10(4):13-24. <http://frooyesh.ir/article-1-2644-fa.html>
31. Arfai FS, Rashidi A, Tabesh R. Anxiety tolerance in the elderly: the role of experiential avoidance, rumination and mindfulness. *Psychol Aging* 2021;7(1):1-12.
32. Babakhani V. The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on enduring the distress and self-control of betrayed women. *J Fam Psychol* 2021;7(1):121-32. <https://doi.org/10.52547/ijfp.7.1.121>
33. Ethni Ashran S, Yazdakhani F., & Arisi H. The effect of dialectical therapeutic behavior on the emotional regulation and tolerance of addicted women in Turkey: the mediating role of mindfulness, communication and emotional regulation strategies. *J Appl Psychol* 2021;22(2):1-12.
34. Burr EK, Dvorak RD, Stevenson BL, Schaefer LM, Wonderlich SA. Ability to tolerate distress moderates the indirect relationship between emotion regulation difficulties and loss-of-control over eating via affective lability. *Eat Behav* 2021;43:101561. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2021.101561>
35. Reilly ME, Hines DA. Distress Tolerance as a Mediator of the Association Between Borderline Personality Symptoms and Obsessive Relational Intrusion: An Exploratory Analysis. *J Interpers Violence* 2020;35(19-20):3833-48. <https://doi.org/10.1177/0886260517712274>
36. Chowdhury N, Kevorkian S, Hawn SE, Amstadter AB, Dick D, Kendler KS, Berenz EC. Associations Between Personality and Distress Tolerance Among Trauma-Exposed Young Adults. *Pers Individ Dif* 2018;120:166-70. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.08.041>

STRUCTURAL MODEL OF MINDFULNESS, EMOTIONAL DYSREGULATION, NEUROTICISM AND CONSCIENTIOUSNESS WITH MENTAL HEALTH WITH A MEDIATING ROLE OF DISTRESS TOLERANCE IN THE COVID-19 PANDEMIC

Maryam Sadeghzadeh¹, Kazem Shariatnia², Narges Rasouli³

Received: 20 February, 2021; Accepted: 17 June, 2023

Abstract

Background & Aim: By affecting people's psychological dimension and mental tension, the coronavirus led to many mental disorders, among which the medical staff was at high risk of suffering from mental disorders during this period. The researchers decided to conduct a study to provide a structural model of mindfulness, emotional dysregulation, neuroticism, and conscientiousness with the mental health of nurses with the mediating role of stress tolerance in the Corona situation.

Materials & Methods: The current research was correlation and path analysis, and 249 people were selected as the study sample by convenience sampling method. Participants completed the mindfulness questionnaire (Brown and Ryan, 2003), the emotional dysregulation questionnaire (Romer and Gratz, 2004), the distress tolerance questionnaire (Simmons and Gaher, 2005), and the five-factor personality inventory (Costa and McCree, 1987). To analyze the data, SPSS version 27 software was used, and due to the existence of the mediator variable, path analysis and Lisrel software were used.

Results: The results of the path analysis test showed that the research model has a moderate to good fit. The results showed that the model's predictor variables (mindfulness, emotion dysregulation, neuroticism, and conscientiousness) and mediator (distress tolerance) could explain 68% of the variance of the mental health criterion variable. According to the results, the two variables of mindfulness and emotion dysregulation were effective on nurses' mental health both directly and through the mediation of distress tolerance. Neuroticism was only directly effective on mental health, and conscientiousness had no direct or indirect effect on mental health ($P > 0.05$).

Conclusion: Considering the importance of mental health in the work environment, it is concluded that low mindfulness, emotional dysregulation and high neurotic personality traits, low conscientiousness, and intolerance in nurses have many problems on nurses' health, and reduce the optimal performance of nurses in the work environment and disturbs their mental health.

Keywords: Conscientiousness, Corona, Distress Tolerance, Emotion Dysregulation, Mindfulness, Neuroticism

Address: Islamic Azad University, Azadshahr Branch

Tel:+989126772974

Email: kazemshariatnia@yahoo.com

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

¹. PhD student, Department of Psychology, Bojnord branch, Islamic Azad University, Bojnord, Iran

² Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Azadshahr Branch, Islamic Azad University, Azadshahr, Iran (corresponding author)

³ Assistant Professor, Department of Psychology, Kashmar branch, Islamic Azad University, Kashmar, Iran