

مقایسه‌ی اختلال ضعف روانی و شیوه‌های حل مسئله و نگرانی در بین پرستاران زن دارای اختلاف

خانوادگی و عادی شهر کرمانشاه

هستی احسان خواه^۱، معصومه حیدریان^۲

۱. گروه روان‌شناسی و مشاوره، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.

۲. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج، سنندج، ایران. (نویسنده مسئول).

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره چهارم، شماره سی و ششم، مهرماه ۱۳۹۸، صفحات ۸۲-۱۰۱

چکیده

پژوهش حاضر، باهدف مقایسه‌ی اختلال ضعف روانی و شیوه‌های حل مسئله و نگرانی در بین پرستاران زن دارای اختلاف خانوادگی و عادی شهر کرمانشاه انجام شده است. این پژوهش کاربردی و از نظر روش اجرا و شیوه گردآوری داده‌ها از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان پرستار شهر کرمانشاه است. روش نمونه‌گیری به صورت نمونه‌گیری در دسترس بود که از بین این پرستاران ۶۰ نفر که دارای اختلالات خانوادگی بودند انتخاب و ۶۰ نفر از پرستاران زن که دارای شرایط عادی بودند انتخاب شدند. برای سنجش متغیرهای این پژوهش از سه مقیاس حل مسئله کسیدی و لانگ (۱۹۹۶)، مقیاس نگرانی پنسیلوانیا (PSWQ) و آزمون MMPI (برای سنجش ضعف روانی) استفاده شد. سپس بر اساس آمار توصیفی و استنباطی و استفاده از نرم‌افزار spss داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که بین مهارت‌های حل مسئله در زنان پرستار دارای اختلاف خانوادگی و پرستاران عادی ($P < 0/001$) و ضعف روانی در پرستاران دارای اختلاف خانوادگی و پرستاران عادی ($P < 0/001$) اختلاف آماری معنی‌داری یافت شد. بدین معنی که پرستاران دارای اختلاف خانوادگی دارای اختلال ضعف روانی بیشتر و شیوه‌های حل مسئله پایین‌تر و نگرانی بیشتری نسبت به پرستاران عادی بودند.

واژه‌های کلیدی: اختلال ضعف روانی، حل مسئله، نگرانی، اختلاف خانوادگی، پرستاران.

مقدمه

پدیده ازدواج و تشکیل خانواده از جمله رخداد‌های مهم و اساسی حیات بشری و مورد نیاز فوق‌العاده جامعه انسانی در طول تاریخ بوده است. از این رو علاوه بر ادیان و مذاهب، مورد توجه علمی چون تاریخ، جامعه‌شناسی، مردم‌شناسی، حقوق، اقتصاد، روان‌شناسی، تعلیم و تربیت، فلسفه، زیست‌شناسی و ... قرار گرفته است (قلیلی رنالی، ۱۳۹۱). جوامع انسانی طی دو قرن اخیر، شاهد تغییرات اساسی در سن ازدواج بوده‌اند که این تغییرات نخست در کشورهای اروپایی اتفاق افتاد و سپس در قرن بیستم به کشورهای در حال توسعه سرایت کرد (نیل‌فروشان و همکاران، ۱۳۹۲). ایران نیز همچون سایر کشورهای در حال توسعه این مسئله را تجربه کرده است، آمارهای مختلف نشان می‌دهد که سن ازدواج برای مردان ۲۸ سالگی و برای زنان ۲۳ سالگی در سال ۱۳۹۲ ذکر شده است (محمد پور و تقوی، ۱۳۹۴). امروزه مسئله ازدواج در کشور ایران، با توجه به فرهنگ دینی و سنتی حاکم، ویژگی‌های خاص خود را دارد. کشور ایران، همچون سایر کشورهای جهان سوم، در مرحله گذار از سنت و ورود به مدرنیته است که با تغییرات اجتماعی و فرهنگی وسیعی در همه پدیده‌های اجتماعی از جمله ازدواج و همسرگزینی روبه‌روست. این تغییرات موجب شده مردان و زنان نگرش نوینی به پیوند زناشویی و ازدواج داشته باشند و آن را نه فقط رابطه جنسی و تولیدمثل بلکه وسیله‌ای برای به وجود آوردن زندگی توأم با عشق و همدلی بدانند (نوبل و بوتن‌هیلیم^۱، ۲۰۱۷). معمولاً رفتارهای فردی موجب شکل‌گیری قواعد مراودات در بین زوجین می‌شود بنابراین پذیرش سلیقه‌ها و رفتار همسر و یا به عبارتی دیگر، بروز رفتارهای مقبول از سوی همسر می‌تواند روابط دوتایی را شکل دهد و زمینه را برای برقراری تفاهم در بین زوجین ایجاد کند (احمدی، ۱۳۸۲). پدید آمدن اختلاف و تعارض بین زن و شوهر طبیعی است و به دلیل ماهیت کنش ورزی همسران گاه پیش می‌آید که اختلاف دیدگاه روی دهد یا نیازها برآورده نشود و در نتیجه همسران نسبت به یکدیگر احساس خشم ناامیدی و ناخشنودی می‌کنند. بعضی از موضوع‌های شناخته‌شده‌ای که

^۱ Nobell & Botenhilm

می تواند پدیدآورنده اختلاف های زناشویی باشد چنین است پول، روابط جنسی، روابط خویشاوندی، دوستان، فرزندان، خیانت جنسی، مشکلات عاطفی، مشکلات مالی، مشکلات ارتباطی (گفت و شنود)، درگیری های کاری و مانند این ها (نظری، ۱۳۸۶). اختلافات زناشویی می تواند نتایج زیان باری را به همراه داشته باشند و همان طور که مازلو در سلسله مراتب نیازها بیان می کند که ارضای نیازهای بالاتر مستلزم ارضا نمودن نیازهای پایین تر است، زوجین نیز با وجود تعارضات و به دلیل برآورده نشدن نیاز آنها به عشق و محبت و احترام ممکن است نتوانند به خود شکوفایی دست یابند و علاوه بر آن فرزندان را نیز در این اثرات زیان بار سهیم می کنند و باعث می شود که حتی نیازهای سطح پایین آنها از جمله نیاز به محبت و امنیت تأمین نشود و این امر موجب عدم دستیابی کودکان به نیازهای سطح بالاتر و رسیدن به خود شکوفایی و تکامل می شود. علاوه بر این ها یکی دیگر از عواملی که برای سازش زناشویی مهم است سازگاری نقش جنسی است. سازش های نقش جنسی در دوران بزرگسالی اولیه شدیداً دشوارند. اکثر دختران نوجوان می خواهند وقتی به بزرگسالی می رسند نقش همسران و مادران را ایفا کنند ولی در عین حال مایل نیستند که همسران و مادران سستی باشند یعنی نسبت به شوهرانشان در مقام پایین تری قرار بگیرند و قسمت عمده وقت خود را به خانه و فرزندان اختصاص دهند و بیرون از خانه مشغله ای نداشته باشند. بدیهی است این دیدگاه عمدتاً از فرهنگ حاکم بر جامعه متأثر می شود که اغلب خانه داری را کار ارزشمندی تلقی نمی کنند (شعاری نژاد، ۱۳۷۳). خجسته مهر، عطاری و امان اللهی فرد (۱۳۹۱)، در پژوهش خود با عنوان مقایسه رضایت زناشویی و روان رنجوری افراد بر اساس اشتغال همسر و نوع ازدواج به این نتیجه دست یافتند که اشتغال زنان باعث کاهش رضایت زناشویی و افزایش روان رنجوری همسرانشان می شود و افراد دارای همسر شاغل رضایت زناشویی بیشتری دارند. شعرباف (۱۳۷۹)، در تحقیقی با عنوان مقایسه ویژگی های شخصیتی زنان متأهل و شاغل و خانه دار شهرستان مشهد و ارتباط این ویژگی ها با رضایتمندی زناشویی به این نتیجه دست یافت که بین تعدادی از ویژگی های شخصیتی و رضایتمندی زنان شاغل و خانه دار ارتباط مثبت وجود دارد. هدایتی (۱۳۹۶) در پژوهش خود نشان داد که ضعف روانی در بین زنان دارای

اختلالات و مشکلات خانوادگی بیشتر از زنان دارای زندگی عادی است. همچنین، نوری و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهشی به بررسی عوامل فشار روانی در پرستاران بخش های فوریت و عادی بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد پرداختند. نتایج این پژوهش نیز، نشان داد که تفاوت معنی داری بین نمرات فشار روانی پرستاران رسمی و پیمانی، متأهل و مجرد، پرستاران بهیاران، مردان و زنان و پرستاران یک شیفته و دو شیفته وجود ندارد، ولی تفاوت معنی داری بین نمرات فشار روانی پرستاران بخش های فوریت و عادی مشاهده گردید. همچنین نتایج نشان داد که رابطه ی معنی داری بین عوامل فردی تنش زا با میزان فشار روانی پرستاران و عوامل بین فردی و فیزیکی فشارزا و میزان فشار روانی پرستاران وجود داشت. پژمان خواه (۱۳۹۲) نیز نشان داد که ۵۲/۲ درصد پرستاران شاغل در بیمارستان های منتخب وابسته به سازمان تأمین اجتماعی شهر تهران دارای عملکرد ضعیفی در بررسی وضعیت سلامت بیماران بودند. احمدیان فر و همکاران (۱۳۹۴) مطالعه ای که بین پرستاران زن دارای زندگی عادی و پرستاران زن دارای اختلالات خانوادگی انجام دادند، دریافتند: که ضعف روانی در بین زنان دارای اختلالات و مشکلات خانوادگی بیشتر از زنان دارای زندگی عادی است. براون و کار (۲۰۱۹) در پژوهشی به بررسی سیاست آموزشی و ضعف ذهنی پاسخ به یک بحران سلامت روانی پرداختند. این تجزیه و تحلیل به دنبال بحث در مورد فرهنگ اجرایی آزمون تست های بالا در مشارکت در مشکلات سلامت روانی کودکان است. در اینجا استدلال می شود که روایت ضعف ذهنی به منظور توجیه عقلانیت نئولیبرالی نسبت به رفتار با کودکان که منطق تکراری آن ها انگیزه همه ی زبان آموزان را برآورده می کند، شکست می خورد. آنگرمایر و همکاران (۲۰۱۶) پژوهشی را با عنوان فرسودگی پرستاران، مقایسه بین شرکای بیماران روان پزشکی و پرستاران انجام دادند، دریافتند: که پرستاری از جمله مشاغلی است که در جریان استرس و مسائل روانی بالایی قرار می گیرند و استرس و اضطراب و خستگی، از مشکلات رایج این گروه است. اسمیت (۲۰۱۵) پژوهشی را با عنوان تجزیه و تحلیل دقیق عوامل خطر عضلانی اسکلتی در پرستاران ژاپنی انجام داد. او اعتقاد دارد که پرستاران در محیط کاری خود، استرس و فشار زیادی تجربه می کنند که می تواند بر خلق و خوی

آنان تأثیر بگذارد و آنان را دچار افسردگی کند. کاربرد آموزش مهارت‌ها حل مسئله در اواخر دهه‌ی ۱۹۶۰ و اوایل ۱۹۷۰ به‌عنوان بخشی از جنبش شناختی - رفتاری برای اصلاح رفتار آغاز گشت. دزوریلا و گالدفرید^۱ (۱۹۷۱) پایه‌گذاران این شیوه طی مقاله‌ای به لزوم آموزش مهارت حل مسئله در برنامه آموزشی مهارت‌های فردی تأکید نمودند. آموزش حل مسئله را می‌توان فرآیند کمکی به فرد برای رشد یادگیری او در نتیجه افزایش احتمال مقابله مؤثر در طیف وسیعی از موقعیت‌ها تعریف کرد (مالوف، تورستینسون و اسچاتا، ۲۰۱۶). در واقع آموزش حل مسئله روش درمانی است که بدان طریق فرد می‌آموزد تا از مجموعه مهارت‌های شناختی مؤثر خود برای کنار آمدن با موفقیت‌های بین فردی مشکل‌آفرین استفاده کند. رویکرد حل مسئله می‌تواند در حکم ابزاری برای مواجهه با بسیاری از مشکلات موقعیتی و حل آن‌ها باشد. همچنین در راهبرد آموزش حل مسئله این باور وجود دارد که تحت تأثیر این آموزش میزان انتظار خودکارآمدی و کفایت شخصی افراد افزایش خواهد یافت (هپنر، ویتی و دیکسون، ۲۰۰۶). شیوه حل مسئله به‌عنوان وسیله‌ای مفید برای مقابله با بسیاری از مشکلات موقعیتی است (معروفی و همکاران، ۱۳۹۳) و آموزش مهارت حل مسئله نیز، رویکردی منطقی و منظم است که به‌منظور کمک به فرد برای مقابله با شرایط و حالات استرس‌زا و سایر موقعیت‌ها آموزش داده می‌شود (بیلینگز و هالستد، ۲۰۰۵). در واقع آموزش حل مسئله روش درمانی است که بدان طریق فرد می‌آموزد تا از مجموعه مهارت‌های شناختی مؤثر خود برای کنار آمدن با موفقیت‌های بین فردی مشکل‌آفرین استفاده کند. رویکرد حل مسئله می‌تواند در حکم ابزاری برای مواجهه با بسیاری از مشکلات موقعیتی و حل آن‌ها باشد. همچنین در راهبرد آموزش حل مسئله این باور وجود دارد که تحت تأثیر این آموزش میزان انتظار خودکارآمدی و کفایت شخصی افراد افزایش خواهد یافت (هپنر، ۲۰۰۶).

1. Dezorila & Goldfreid

2. Malouff, Thorsteinsson & Schuttea

3. Heppner, Witty & Dixon

4. Billings & Halstead

5. Hapner

موسوی و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهشی به مقایسه روش آموزش حل مسئله و مشارکتی بر یادگیری بالینی، اضطراب و رضایت در دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی اراک پرداختند. نتایج نشان داد میانگین‌های نمره یادگیری در سه گروه آموزشی بعد از مداخله با یکدیگر اختلاف معنادار آماری داشت به گونه‌ای که بعد از مداخله میانگین نمره یادگیری در روش حل مسئله و مشارکتی بالاتر از روش معمول بود. همچنین در مطالعه‌ی معطری و همکاران (۱۳۹۷) با عنوان تأثیر آموزش حل مسئله بر خودپنداری دانشجویان پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س) شیراز نشان دادند که پس از اتمام دوره آموزشی در سطح خودپنداری دو گروه تفاوت معنی‌دار داشت. بدین معنی که دانشجویانی که آموزش حل مسئله دیده بودند خودپنداری بالاتری داشتند. همچنین حیدری و شهبازی (۲۰۱۸) در پژوهش خود با عنوان آموزش مهارت حل مسئله بر تصمیم‌گیری و تفکر انتقادی کارکنان در موارد اضطرابی پزشکی بر روی ۹۵ بیمار اورژانسی نشان دادند که میزان تصمیم‌گیری و تفکر انتقادی در کارکنان اورژانس پزشکی بر مهارت‌های تصمیم‌گیری کارکنان و تفکر انتقادی بعد از برنامه آموزشی تأثیر مثبت دارد. اروجلو و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی به بررسی تأثیر آموزش حل مسئله بر دیدگاه دانشجویان سال چهارم پرستاری از موفقیت پرداختند. نتایج نشان داد که میانگین نمرات دیدگاه دانشجویان از موفقیت در گروه مداخله قبل و بعد از آموزش حل مسئله تفاوت آماری معنی‌داری دارد. شهبازی و حیدری (۱۳۹۱) در پژوهشی به بررسی تأثیر روش الگوی حل مسئله اجتماعی دزوریل و گلد فراید بر مهارت حل مسئله دانشجویان پرستاری پرداختند. نتایج نشان داد که میانگین نمرات مهارت حل مسئله دانشجویان گروه تجربی در مراحل بلافاصله و دو ماه پس از مداخله، نسبت به گروه شاهد تفاوت آماری معنی‌داری نشان داد. طی پژوهشی که توسط ارخودی قلعه نوئی (۱۳۹۴) تحت عنوان بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های حل مسئله بر ادراک حل مسئله و سازگاری دانش آموزان دبیرستانی انجام شد، نتایج پژوهش نشان داد که آموزش مهارت‌های حل مسئله به روش مایکن بام در افزایش ادراک حل مسئله و نیز سازگاری کلی و ابعاد آن (سازگاری اجتماعی، سازگاری عاطفی و سازگاری تحصیلی) دانش آموزان مؤثر است. قلیلی (۱۳۸۶) در مطالعه خود

بر اثربخشی روش حل مسئله بر کاهش تعارضات زناشویی زوج‌ها پرداخت، نتایج نشان داد آموزش حل مسئله باعث کاهش تعارضات زناشویی در زوج‌ها شده است. همان‌طور که بیان شد با توجه به تغییرات نقش‌های زوجین در جامعه امروزی نسبت به گذشته و افزایش تعداد زنان شاغل از یک‌طرف و همچنین نتایج تحقیقات انجام‌شده در این زمینه که به نظر ناکافی می‌رسد. لذا در این مطالعه به دنبال این سؤال هستیم که آیا بین میزان اختلال ضعف روانی و شیوه‌های حل مسئله و نگرانی در بین زنان دارای اختلاف خانوادگی و زنان عادی در پرستاران استان کرمانشاه تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش پژوهش

این پژوهش کاربردی و از نظر روش اجرا و شیوه گردآوری داده‌ها از نوع علی-مقایسه‌ای است که باهدف مقایسه‌ی اختلال ضعف روانی و شیوه‌های حل مسئله و نگرانی در بین پرستاران زن دارای اختلاف خانوادگی و عادی شهر کرمانشاه انجام شد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه پرستاران زن دارای اختلاف خانوادگی و عادی در شهر کرمانشاه که در دامنه سنی ۵۰-۳۵ سال و متأهل است. روش نمونه‌گیری به صورت نمونه‌گیری در دسترس است و از بین پرستاران زن دارای اختلاف خانوادگی ۶۰ نفر و از پرستاران عادی نیز ۶۰ نفر دیگر انتخاب شدند که جمعاً ۱۲۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. پس از تنظیم پرسشنامه‌ها و انتخاب آزمودنی‌ها، پرسشنامه‌ها در اختیار آزمودنی‌های پژوهش قرار گرفت. سپس توضیحات لازم از سوی پژوهشگر در مورد نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها و دلیل انتخاب این موضوع به پرستاران ارائه شد. قبل از توزیع پرسشنامه‌ها از آزمودنی‌ها خواسته شد اگر در فرآیند پاسخگویی به سوالات با مشکلی مواجه شدند یا نقطه‌ی ابهامی برای آن‌ها به وجود آمد از پژوهشگر درخواست توضیح بیشتری داشته باشند. پرستاران موردنظر پس از اعلام رضایت جهت شرکت در پژوهش و دریافت تضمین لازم مبنی بر اینکه اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی خواهد ماند، اقدام به تکمیل پرسشنامه‌ها نمودند. در نهایت پس از تکمیل پرسشنامه توسط شرکت‌کنندگان که به شکل انفرادی بود

پرسشنامه های پژوهش جمع آوری گردید. جهت تجزیه و تحلیل استنباطی داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS 24 و به تناسب فرضیه های پژوهش از روش های آماری تی مستقل استفاده شد.

ابزار پژوهش

آزمون M.M.P.I: این آزمون، رایج ترین ابزار ارزیابی عینی شخصیت است که اعتبار و پایایی بالایی در تحقیقات متعدد برای آن گزارش گردیده است. این آزمون علاوه بر ۳ مقیاس اعتبار یعنی مقیاس های دروغ یاب، احساس بد و اصلاح، مقیاس های بالینی آن عبارت اند از خودبیمارانگاری، ضعف روانی، افسردگی، هیستری، انحراف روانی اجتماعی، پارانویا، اسکیزوفرنی، هیپومانیا که در تحقیق حاضر از فرم کوتاه ۷۱ سؤالی (فرم ایرانی) استفاده شده و برای تک تک آزمودنی ها نیم رخ روانی از آزمون تهیه گردید.

مقیاس شیوه های حل مسئله کسیدی و لانگ (۱۹۹۶): مقیاس سبک های حل مسئله را کسیدی و لانگ در سال ۱۹۹۶ طی دو مرحله ساختند و دارای ۲۴ پرسش است که شش عامل را می سنجد و هر کدام از عوامل دربرگیرنده چهار ماده آزمون می باشند. این عوامل عبارت اند از:

۱. درماندگی در حل مسئله یا جهت یابی (بیانگر بی یابوری فرد در موقعیت های مسئله زاست) ۲. مهار گری حل مسئله یا کنترل در حل مسئله (بعد کنترل بیرونی - درونی را در موقعیت های مسئله زاست منعکس می کند) ۳. سبک مسئله خلاقانه (نشان دهنده برنامه ریزی و در نظر گرفتن راه حل های متنوع بر حسب موقعیت مسئله زاست) ۴. اعتماد در حل مسئله (بیانگر اعتقاد در توانایی فرد برای حل مشکلات است) ۵. سبک اجتناب (نشان دهنده تمایل به رد شدن از کنار مشکلات به جای مقابله با آنها) ۶. سبک گرایش یا تقرب و روی آورد (نشان دهنده نگرش مثبت به مشکلات و تمایل به مقابله رودررو با آنها است)؛ بنابراین سبک های درماندگی، مهار گری و اجتناب، زیرمقیاس های حل مسئله غیر سازنده و سبک های گرایش، خلاقیت و اعتماد زیرمقیاس های حل مسئله سازنده می باشند (شاطری، اشکانی و مدرس غروی، ۱۳۸۸). این پرسشنامه به خوبی می تواند آسیب پذیری فرد را در برابر استرس نشان دهد و جمعیت سالم را

از جمعیت بیمار جدا کند. پرسش های این مقیاس با گزینه های بلی، خیر و نمی دانم پاسخ داده می شوند. آزمودنی در برابر هر پرسش که شیوه واکنش وی را در برابر مسائل و موقعیت های خاص بیان می کند. موافقت یا مخالفت خود را نشان می دهد (بخشی پور و همکاران، ۱۳۸۷). نمره گذاری پرسشنامه به شکل صفر و یک انجام می شود و برای گزینه نمی دانم نیز نمره ۰.۵٪ در نظر گرفته می شود و سپس جمع این نمرات، نشان دهنده نمره کلی هر کدام از عوامل ۶ گانه است؛ بنابراین هر یک از عوامل با داشتن ۴ سؤال، نمره ای برابر با حداقل صفر و حداکثر ۴ خواهند شد. هر عاملی که بالاترین نمره را داشته باشد، نشان می دهد فرد به هنگام مواجهه با مشکلات از آن شیوه استفاده می کند. در این حالت حداکثر نمره حل مسئله ۲۴ و حداقل نمره ۰ و نمره متوسط ۱۲ خواهد بود. کسیدی و لانگ (۱۹۹۶) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را در یک مطالعه برای سبک های درماندگی، مهار گری، خلاقیت، اعتماد، اجتناب و گرایش را به ترتیب ۰.۶۶، ۰.۶۶، ۰.۵۷، ۰.۷۱، ۰.۵۲، ۰.۶۵ و در مطالعه ای دیگر ضرایب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ترتیب برای ابعاد یاد شده ۰.۸۶، ۰.۶۰، ۰.۶۶، ۰.۶۶، ۰.۵۱، ۰.۵۳ به دست آوردند. در پژوهش محمدی (۱۳۷۷) نیز ضرایب آلفا بالای ۰.۵۰ بودند به جز سبک گرایش. افزودن بر این محمدی و صاحبی (۱۳۸۰) پایایی درونی این آزمون را با بهره گیری از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰.۶۰ گزارش نمودند. در پژوهش حاضر نیز میزان پایایی ۰/۷۴ به دست آمد.

مقیاس نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ): این ابزار، یک پرسشنامه خود گزارش دهی ۱۶ سؤالی است که نگرانی شدید، مفراط و غیرقابل کنترل را در زمان ها و موقعیت های مختلف در جامعه بالینی و غیر بالینی اندازه می گیرد. این پرسشنامه برای اندازه گیری نگرانی بیمار گون بدون تمرکز بر حیطه های خاص نگرانی طراحی شده است. PSWQ به طور وسیعی در مطالعات روان شناختی در مورد نگرانی و اختلال اضطراب فراگیر شامل مطالعات ارزیابی اثربخشی درمان های اختلال اضطراب فراگیر، مطالعات مقایسه نگرانی، مطالعات آزمایشگاهی و مطالعات آسیب شناسی اختلال اضطراب فراگیر مورد استفاده قرار گرفته است. این پرسشنامه به عنوان ابزاری برای غربالگری اختلال اضطراب فراگیر به کار می رود، نمره افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به طور معنی داری بیشتر از افراد

عادی و همچنین بیماران مبتلابه سایر اختلالات اضطرابی گزارش شده است. ضرایب همسانی بالای PSWQ نه تنها در مورد بیماران مبتلابه اضطراب فراگیر ۰/۸۶، بلکه برای بیماران مبتلابه سایر اختلالات اضطرابی مثل ترس اجتماعی ۰/۹۴، ترس ساده ۰/۹۵، اختلال وسواس عملی ۰/۹۴، اختلال پانیک ۰/۹۳ و اختلال گذر هراسی ۰/۹۴ گزارش شده است. همچنین ضرایب همسانی درونی پرسشنامه در بین گروه های عادی و دانشجویان بالا بوده و بین ۰/۹۰ تا ۰/۹۱ گزارش شده است. ضرایب اعتبار بازآزمایی آن در بین گروه های بالینی و دانشجویان ۰/۷۴ تا ۰/۹۲ گزارش شده است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

یافته ها

جدول ۱) فراوانی و درصد فراوانی را برای اعضای نمونه بر اساس سن نشان می دهد.

جدول ۱. وضعیت آزمودنی ها بر اساس سن

درصد فراوانی	فراوانی	رده های سنی
٪ ۳۵/۰	۴۲	۳۰-۲۰ سال
٪ ۲۹/۲	۳۵	۴۰-۳۱ سال
٪ ۲۴/۲	۲۹	۵۰-۴۱ سال
٪ ۱۱/۶	۱۴	۵۰ سال و بیشتر
٪ ۱۰۰	۱۲۰	جمع

همان طور که در جدول فوق مشاهده می شود از کل ۱۲۰ نفر که به سوالات پاسخ داده اند، ۴۲ نفر (۳۵/۰ درصد) در رده سنی ۲۰-۳۰ سال، ۳۵ نفر (۲۹/۲ درصد) در رده سنی ۳۱-۴۰ سال و ۲۹ نفر (۲۴/۲ درصد) در رده سنی ۴۱-۵۰ سال و ۱۴ نفر (۱۱/۶ درصد) بالاتر از ۵۰ سال سن داشتند.

جدول ۲. نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف برای متغیرهای پژوهش

متغیر	آزمون کلموگروف-اسمیرنوف	سطح معناداری
ضعف روانی	۰/۱۴۷	۰/۰۸۹
حل مسئله	۰/۱۲۵	۰/۱۲۴
نگرانی	۰/۱۳۲	۰/۲۰۶

اگر سطح معنی داری آزمون از ۰/۰۵ کمتر باشد، فرضیه صفر پذیرفته نمی شود و نتیجه می شود که توزیع متغیر مورد بررسی نرمال است. همان طور که در جدول فوق مشاهده می شود سطح معنی داری آزمون کلموگروف اسمیرنوف برای متغیرهای پژوهش از ۰/۰۵ بیشتر است و در نتیجه این متغیرها از توزیع نرمال برخوردار هستند.

جدول ۳. نتایج آزمون t وابسته بین نمرات ضعف روانی، حل مسئله و نگرانی در پرستاران زن دارای اختلافات خانوادگی و عادی

متغیر	گروه ها	n	€D	t محاسبه شده		درجه آزادی	سطح معنی داری
				€D ²	(€D) ²		
ضعف روانی	آزمایش	۶۰	۳۲	۱۳۵	۵۲	۱۲	۰/۰۰۱
حل مسئله	آزمایش	۶۰	۱۴	۳۲۶	۶۲	۱۸	۰/۰۰۱
نگرانی	آزمایش	۶۰	۴۰	۱۶۳	۱۴	۱۴	۰/۰۰۱

بر اساس نتایج مندرج در جدول فوق، چون t محاسبه شده ضعف روانی (۳/۴۵) در درجه آزادی ۱۲ از t جدول بزرگتر است بنابراین فرض صفر رد شده و با اطمینان ۹۹ درصد می توان نتیجه گرفت بین نمرات ضعف روانی پرستاران زن دارای اختلافات خانوادگی و عادی شهر کرمانشاه تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین چون t محاسبه شده حل مسئله (۱/۷۷) در درجه آزادی ۱۸

از t جدول بزرگ‌تر است بنابراین فرض صفر رد شده و با اطمینان ۹۹ درصد می‌توان نتیجه گرفت بین نمرات شیوه‌های حل مسئله پرستاران زن دارای اختلافات خانوادگی و عادی شهر کرمانشاه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. از طرف دیگر چون t محاسبه‌شده نگرانی (۴/۱۱) در درجه آزادی ۱۴ از t جدول بزرگ‌تر است بنابراین فرض صفر رد شده و با اطمینان ۹۹ درصد می‌توان نتیجه گرفت بین نمرات نگرانی پرستاران زن دارای اختلافات خانوادگی و عادی شهر کرمانشاه تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه‌ی اختلال ضعف روانی و شیوه‌های حل مسئله و نگرانی در بین پرستاران زن دارای اختلاف خانوادگی و عادی شهر کرمانشاه است. نتایج این پژوهش نشان داد که بین نمرات ضعف روانی پرستاران زن دارای اختلافات خانوادگی و عادی شهر کرمانشاه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج حاصل از این فرضیه با نتایج حاصل از پژوهش‌های هدایتی (۱۳۹۶)، نوری و همکاران (۱۳۹۶)، پژمان خواه (۱۳۹۲)، احمدیان فر و همکاران (۱۳۹۴)، خجسته مهر و همکاران (۱۳۹۱)، براون و کار (۲۰۱۷) هم سو و هم‌راستا است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که این امر بیانگر آن است که میانگین گروهی که دارای اختلاف خانوادگی هستند بزرگ‌تر است و می‌توان اذعان داشت که به علت مشاجرات و رفتارهای کنش‌گرانه این امر به‌دوراز ذهن نبوده و با استدلال منطقی قابل توجیه است. این نتایج با مطالعات عسگری فر (۱۳۸۰) همسو است. همچنین می‌توان خاطر نشان شد که مفهوم ضعف روانی به فکر محاصره و مفهوم بی‌اختیاری فکر اجبار را القایی می‌کند و درک این مفاهیم بدون مرتبط ساختن آن‌ها با من فرد که در میان آزادانه فکر، تجسم اعمال خویشتن و احساس محدودیت می‌کند، امکان‌پذیر نیست محدودیتی که فقط بر اساس و به‌وسیله فعالیت مرضی درهم‌شکسته می‌شود و آرامش موقت، تنها از طریق عدم برخورداری با دیگران و عدم روابط صحیح و اشکال و ضعف داشتن همراه است که در این‌گونه مشکلات روانی بیمار نسبت به اختلال خود هشیار است و آن را تحمیل شده و مرضی می‌پندارد یعنی درواقع اختلال را نمی‌پذیرد بلکه آن را تحمل می‌کند مع‌هذا در پاره‌ای از شخصیت‌هایی که دارای ضعف

روانی هستند نشانه مرضی به منزله بخشی از سازمان یافتگی روانی فرد درمی آید ضعف روانی مشکلات زیادی را در زندگی روزمره به وجود می آورند که خود می تواند به وجود آورنده از عوامل شخصیتی و خانوادگی و اختلالات در زندگی باشد مثلاً عدم توجه دیگران به او و یا عدم برقراری رابطه دوستانه با دیگران می تواند ضعف روانی را بیشتر و بیشتر کند. ماندن در گذشته اختلال ضعف روانی به منزله اختلالی نادر تلقی می کردند اما بررسی های همه گیری شناختی اخیر نشان داده اند که ۲,۵ درصد افراد در سراسر زندگی خود از این اختلال رنج می برند. بدین معنی که پرستاران زن دارای اختلاف خانوادگی نسبت به پرستاران عادی، دارای ضعف روانی بیشتری بودند که لزوم جلسات روان درمانی و مشاوره برای این افراد و خانواده های آن ها را بایستی مدنظر قرارداد.

همچنین نتایج نشان داد که بین نمرات شیوه های حل مسئله پرستاران زن دارای اختلافات خانوادگی و عادی شهر کرمانشاه تفاوت معنی داری وجود دارد. نتایج حاصل از این فرضیه با نتایج حاصل از پژوهش های موسوی و همکاران (۱۳۹۷)، زمان و همکاران (۱۳۹۶)، معطری و همکاران (۱۳۹۷)، شهبازی و حیدری (۱۳۹۱)، اروجلو و همکاران (۱۳۹۲)، رسولی و همکاران (۱۳۹۶)، شعراب (۱۳۷۹)، قلیلی (۱۳۸۶)، قلعه نوئی (۱۳۹۴)، حیدری و شهبازی (۲۰۱۸) هم سو و هم راستا است. در مطالعه موسوی و همکاران (۱۳۹۷) نتایج نشان داد که دو روش آموزش حل مسئله و مشارکتی باعث ارتقاء مهارت های بالینی و کاهش اضطراب دانشجویان شده است؛ لذا پیشنهاد می شود جهت ارتقاء یادگیری بالینی دانشجویان از این دو روش در آموزش بالینی نیز استفاده شود. همچنین در مطالعه معطری و همکاران (۱۳۹۷) دریافتند که آموزش مهارت های حل مسئله به روش بحث گروهی بر سطح خودپنداری دانشجویان پرستاری تأثیر مثبت دارد. بر این اساس، اجرای برنامه های آموزش مهارت های حل مسئله در برنامه های آموزش پرستاری توصیه می شود. همچنین حیدری و شهبازی (۲۰۱۸) در پژوهش خود با عنوان آموزش مهارت حل مسئله بر تصمیم گیری و تفکر انتقادی کارکنان این نوع آموزش را در زمینه حل مسئله در زمینه های مختلف پزشکی اضطرابی مانند آموزش، تحقیق و مدیریت توصیه کردند. زمان و همکاران (۱۳۹۶) نیز در پژوهشی به بررسی اثربخشی آموزش حل مسئله بر کاهش اضطراب دانشجویان

پرستاری پرداختند. نتایج نشان داد که اضطراب در گروه مداخله کاهش معنی‌داری داشت. با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که آموزش مهارت‌های حل مسئله می‌تواند به‌عنوان مداخله در جهت تعدیل اضطراب مورد استفاده قرار گیرد. رسولی و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهشی به بررسی مقایسه‌ای یادگیری حل مسئله و سخنرانی بر آگاهی و عملکرد دانشجویان پرستاری پرداختند. نتایج نشان داد که آموزش حل مسئله سبب افزایش معنی‌داری در میانگین نمرات آگاهی و عملکرد در گروه یادگیری بر اساس حل مسئله نسبت به گروه سخنرانی شد. بدین معنی که پرستاران دارای اختلاف خانوادگی از توانایی حل مسئله پایین‌تری نسبت به پرستاران عادی برخوردار بودند. این مسئله بر اهمیت آموزش راهکارهای حل مسئله به‌عنوان یک مهارت زندگی تأکید دارد. همچنین نتایج نشان داد که بین نمرات نگرانی پرستاران زن دارای اختلافات خانوادگی و عادی شهر کرمانشاه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج حاصل از این فرضیه با نتایج حاصل از پژوهش‌های رجبی و همکاران (۱۳۹۵)، هاشمی و همکاران (۱۳۹۵)، پژمان خواه (۱۳۹۲)، احمدیان فر و همکاران (۱۳۹۴)، شعرباف (۱۳۷۹)، آنگرمایر و همکاران (۲۰۱۶) و اسمیت (۲۰۱۵) هم سو و هم‌راستا است. از آنجاکه شغل پرستاران اکثراً به‌صورت در گردش است در هنگام توزیع پرسشنامه و جمع‌آوری آن محدودیت‌هایی وجود داشت و امکان این وجود دارد افرادی که بیشتر در نوبت صبح بودند در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفته باشند، همچنین اکثر پرستاران در هنگام نوبت‌کاری به پرسشنامه جواب دادند، ممکن است مشغله کاری مانع از پاسخ‌گویی صحیح و مناسب باشد. بنابراین، نتایج برای جوامع مشابه باید با احتیاط تعمیم گردد. بدین معنی که پرستاران دارای اختلاف خانوادگی دارای نگرانی بیشتری را نسبت به پرستاران عادی داشتند که اهمیت آموزش حل مسئله در کاهش نگرانی‌ها و همچنین استفاده از روان‌درمانی مسئله‌نگر را نشان می‌دهد. همچنین در پژوهش رجبی و همکاران (۱۳۹۵) با عنوان بررسی رابطه خود دلسوزی و افسردگی با میانجی‌گری‌های نشخوار فکری و نگرانی در پرستاران زن متأهل نشان دادند که بین متغیر خود دلسوزی با متغیرهای افسردگی، نشخوار فکری و نگرانی همبستگی منفی معنادار و بین متغیرهای نگرانی و نشخوار فکری با افسردگی همبستگی مثبت معنادار وجود دارد. همچنین

تحلیل رگرسیون سلسله‌مراتبی به روش بارون و کنی و آزمون سوبل نشان دادند که نگرانی و نشخوار فکری میانجی‌های بین خود دلسوزی و افسردگی هستند. از طرف دیگر با توجه به اینکه پرستاری به‌عنوان یک حرفه ضروری در جامعه، نیاز به رشد و افزایش سطح علمی خود دارد و از آنجایی که تحقیقات اندکی در زمینه تعیین مهارت‌های حل مسئله پرستاران و عوامل مرتبط با آن در ایران انجام گرفته است، لذا نتایج این پژوهش می‌تواند توسط محققانی که به مطالعه در زمینه آموزش علوم پزشکی و علوم رفتاری می‌پردازند، مورد استفاده قرار گیرد تا با استفاده از آن، تحقیقاتی جامع‌تر و کامل‌تر در این حوزه انجام گیرد. همچنین، با برگزاری دوره‌هایی برای پرستاران به‌منظور یادگیری راهکارهایی برای ارتقاء وضعیت مهارت‌های حل مسئله در پرستاران می‌توان گام مؤثرتری در این راستا برداشت. لذا پیشنهاد می‌شود با توجه به یافته‌های این پژوهش مبنی بر تفاوت مهارت‌های حل مسئله در بین پرستاران زن دارای اختلاف خانوادگی و عادی، بررسی مقایسه‌ای اختلال ضعف روانی، شیوه‌های حل مسئله و نگرانی در سایر گروه‌های کادر پزشکی و نیز مردان انجام گیرد.

منابع

- ارخودی قلعه نوئی، م؛ کیمیایی، ع؛ کارشکی، ح (۱۳۹۴). مقایسه ادراک حل مسئله و سازگاری دانش آموزان دبیرستان‌های شبانه روزی و عادی. کنگره بین‌المللی مطالعات رفتاری جامعه و سبک زندگی سالم.
- اروجلو، س؛ همتی مسلک پاک، م؛ خلخالی، ح (۱۳۹۲). تأثیر آموزش حل مسئله بر پدیدگاه دانشجویان سال چهارم پرستاری از موفقیت. مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه. دوره یازدهم. شماره سوم. پیاپی ۴۴.
- رجبی، غلامرضا؛ گشتیل، خدیجه؛ امان‌الهی، عباس (۱۳۹۵). بررسی رابطه خود دلسوزی و افسردگی با میانجی‌گری‌های نشخوار فکری و نگرانی در پرستاران زن متأهل. مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران (نشریه پرستاری ایران). دوره ۲۹. شماره ۱۰۰-۹۹. صص ۲۱-۱۰.

- رسولی، م؛ رسولی، ع؛ کلهر، ن (۱۳۹۶). بررسی مقایسه‌های یادگیری حل مسئله و سخنرانی بر آگاهی و عملکرد دانشجویان پرستاری. نشریه آموزش پرستاری. دوره ۶. شماره ۵.
- زمانی، ن؛ برهمند، ع؛ فرهادی، م (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی آموزش حل مسئله بر کاهش اضطراب دانشجویان پرستاری. نشریه آموزش پرستاری. دوره ۶. شماره ۳.
- شهبازی، س؛ حیدری، م (۱۳۹۱). تأثیر آموزش الگوی حل مسئله اجتماعی دزوریللا و گلد فراید بر مهارت حل مسئله دانشجویان پرستاری. نشریه مرکز تحقیقات مراقبتهای پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران (نشریه پرستاری ایران). دوره ۲۵. شماره ۷۶. صص ۹-۱.
- شاطری، زهره؛ اشکانی، نجمه؛ مدرس غروی، مرتضی (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین نگرانی مرضی، شیوه‌های حل مسئله و افکار خودکشی در نمونه غیربالینی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان. سال ۱۴، شماره ۱. صص ۹۲-۱۰۰.
- شعاری نژاد، علی (۱۳۷۳). روان‌شناسی رشود بزرگسالان در فراخنوای زوندگی. تهران: انتشارات پیام آزادی.
- قلیلی رنایی، جواد (۱۳۹۱). بررسی زمینه‌های اقتصادی - اجتماعی مؤثر بر شیوه همسرگزینی در میان دانشجویان دانشگاه. پایان نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه آزاد تهران مرکزی.
- محمد پور، حسین؛ تقوی، رضا (۱۳۹۴). بررسی نگرش دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی در مورد ازدواج. نشر سازمان ملی جوانان. شماره ۲. ص ۲۱.
- محمدی، فریده (۱۳۷۷). بررسی شیوه حل مسئله در افراد افسرده و مقایسه آن با افراد عادی. پایان نامه کارشناسی ارشد. رشته روانشناسی. دانشگاه فردوسی مشهد.

- محمدی، فریده؛ صاحبی، علی (۱۳۸۰). بررسی سبک حل مسئله در افراد افسرده و مقایسه آن با افراد عادی. مجله علوم روانشناختی، سال ۱، شماره ۱، صص ۲۴-۴۲
- معروفی، ی؛ کردنوقانی، ر؛ ساعدموچشی، ل (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش راهبردهای شناختی و فراشناختی بر پیشرفت تحصیلی درس علوم تجربی. دو فصلنامه راهبردهای شناختی در یادگیری. سال اول. شماره دوم.
- معطری، م؛ سلطانی، ع؛ موسوی نسب، م؛ آیت اللهی، ع (۱۳۹۷). تأثیر آموزش حل مسئله بر خودپنداری دانشجویان پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س) شیراز. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی. ۵(۲). صص ۱۵۶-۱۴۷.
- موسوی، م؛ محمودی، م؛ حکمت پور، د؛ عسگری، پ (۱۳۹۷). مقایسه روش آموزش حل مسئله و مشارکتی بر یادگیری بالینی، اضطراب و رضایت دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی اراک. نشریه آموزش پرستاری. دوره ۷. شماره ۱.
- نظری، علی محمد (۱۳۸۶). مبانی زوج درمانی و خانواده درمانی. تهران: انتشارات علم.
- نوری، ا؛ مولوی، ح؛ امینیان، ف (۱۳۹۶). رابطه عوامل فشار با فشار روانی در پرستاران بخش های فوریت و عادی بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد. مجله دانش و پژوهش. دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان. شماره دهم. صص ۱۰-۱.
- نیلفروشان، پریسا؛ نویدیان، علی؛ عابدی، احمد (۱۳۹۲). بررسی ویژگی های روانسنجی مقیاس نگرش به ازدواج. روان پرستاری، ۱(۱)، ۴۷-۳۷.

- هاشمی، ف؛ نیکبخت نصرآبادی، ع؛ اصغری، ف (۱۳۹۵). نگرانی‌های درک شده پرستاران از آشکار سازی خطاهای پرستاری: یک مطالعه کیفی. مجله پژوهش پرستاری. دوره ۶. شماره ۲۰. صص ۴۳-۳۰.
- هدایتی، م (۱۳۹۶). مقایسه اختلال ضعف روانی در بین زنان دارای اختلاف خانوادگی و زنان عادی از طریق آزمون MMPI. دومین همایش خانواده و علوم رفتاری. تهران.
- Angermeyer, M.C., Bull, N., Bernert, S., Dietrich, S., Kopf, A. (2016). Burnout of caregivers: a comparison between partners of psychiatric patients and nurses. Arch Psychiatr Nurs, 20(4), 158-65. DOI: 10.1016/j.apnu.2005.12.004 PMID: 16846776
- Billings, D.M., Halstead, J.A. (2005). Teaching in nursing- a guide for faculty. St Louis: sunders CO, 303-4.
- Brown, C., Carr, S. (2019). Education Policy and mental weakness: a response to a mental health crisis. Journal of Education Policy, 242-266 .
- Dizurilla, T.G., Nezu, A.M. (1971). Problem solving therapies. Pin dibson, K.S. (ED) handbook of cognitive behavioral therapies. 211-245, nemyark, guilford press.
- Heppner, D., Witty, T. E., & Dixon, W. A. (2006). Problem solving appraisal and human adjustment a review of research using the problem solving inventory. Journal of counseling psychology, 32, 390-391.
- Heidari, M., Shahbazi, S. (2018). Effect of training problem-solving skill on decision-making and critical thinking of personnel at medical emergencies. Journal Of international of critical illness & injury Science, 6(4), 182-187.
- Malouff, J. M., Thorsteinsson, B. E., & Schutte, S. N. (2016). The efficacy of problem solving the ropy in reducing mental and physical health problems: Ameta-analysis. Clinical psychology Review, 27(1), 46-57.

- Nobles, J., Bутtenheim, A. (2017). Marriage and Socioeconomic Change in Contemporary Indonesia. J Marriage Fam, 70(4), 904-18. DOI: 10.1111/j.1741-3737.2008.00535.x PMID: 26336321.
- Smith, D.R., Mihashi, M., Adachi, Y., Koga, H., Ishitake, T. (2015). A detailed analysis of musculoskeletal disorder risk factors among Japanese nurses. J Safety Res. 37(2), 195-200. DOI: 10.1016/j.jsr.2006.01.004 PMID: 16678854.

The Relationship between Mental Disorder and Problem Solving and Concerns among Family Difference Women and Normal Women in Nurses in Kermanshah Province

Abstract

The purpose of this study was to compare mental disorder and problem-solving methods and concerns among female nurses with familial and normal family disorder in Kermanshah. This research is applied in terms of the method of implementation and the method of data collection is causal-comparative. The statistical population of this study includes all nursing women in Kermanshah. Sampling method was available through sampling. Six nurses with family history were selected among 60 nurses and 60 nurses with normal condition were selected. To measure the variables of this research, three Cassidy and Lang problem solving scales (1996), Pennsylvania Concern Scale (PSWQ) and MMPI (for measuring psychological weakness) were used. Data were analyzed by descriptive and inferential statistics and using spss software. The results showed that there was a significant difference between the problem solving skills in nurses with family differences and normal nurses ($P < 0.001$). Among the worries in nurses with family differences and normal nurses ($P < 0.001$) and psychological weaknesses in nurses with Family difference and normal nurses ($P < 0.001$) were found to be statistically significant, meaning that nurses with family differences had more mental disorder and less problem solving methods and more concern than normal nurses.

Key words: mental disorder, problem solving, concern, family difference, nurses.