



The relationship between resilience and self-efficacy with social adjustment of dialysis patients

Sayed Yaser Ramazanifar¹ , Arezoo Moradia² , Marjan Alizadeh³ 

1. Master of Psychology, Department of Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran. E-mail: ramezanisyediyaser@gmail.com

2. Master of Statistics, Department of Statistics, Faculty of Basic Science, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran. E-mail: arezomoradi@rocketmail.com

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran. E-mail: m.alizadeh@iau.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:

Received 08 January 2022

Received in revised form 21 February 2022

Accepted 18 April 2022

Published Online 20 February 2023

Keywords:

perception of self-efficacy, resilience, social adjustment

ABSTRACT

Background: Chronic kidney disease is a major health problem that is expected to increase as the prevalence of its risk factors such as diabetes, smoking, obesity, high blood pressure and aging populations. Therefore, in order to improve the mental health indicators of these people, investigating the psychological constructs affecting the disease is an inevitable necessity.

Aims: The aim of this study was to investigate the relationship between resilience and self-efficacy with social adjustment of dialysis patients.

Methods: The research method is descriptive-correlational. The statistical population of this study was all dialysis patients referred to Imam Reza Hospital in Ahvaz in 2018. The sample consisted of 56 dialysis patients of Imam Reza Hospital who were selected by convenience sampling method and responded to social adjustment questionnaire (Paykel & Weissman, 1999), Resilience Scale (Connor and Davidson, 2003) and self-efficacy Scale (Sherer et al, 1982) The collected data were analyzed by Pearson correlation coefficient and multivariate regression using SPSS.27 software.

Results: The results of Pearson correlation coefficient showed that there is a positive and significant relationship between perception of self-efficacy and resilience with social adjustment of dialysis ($P < 0/001$). The results of multivariate regression using the inclusion method showed that self-efficacy and resilience perception explained 1.6% of the variance of social adjustment in dialysis patients.

Conclusion: According to these findings, it can be concluded that by teaching resilience and self-efficacy skills along with therapeutic interventions in the hospital, a significant share of social adjustment changes can be improved in these patients, and by improving these constructs, the psychological variables explaining social adjustment in dialysis patients can be improved.

Citation: Ramazanifar, S.Y., Moradia, A., & Alizadeh, M., (2023). The relationship between resilience and self-efficacy with social adjustment of dialysis patients. *Journal of Psychological Science*, 21(120), 2551-2566. <https://psychologicalscience.ir/article-1-2348-fa.html>

Journal of Psychological Science, Vol. 21, No. 120, March, 2023

© 2021 The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.21.120.2551](https://doi.org/10.52547/JPS.21.120.2551)



✉ **Corresponding Author:** Arezoo Moradia, Master of Statistics, Department of Statistics, Faculty of Basic Science, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran.

E-mail: arezomoradi@rocketmail.com, Tel: (+98) 9017091713

Extended Abstract

Introduction

People with kidney disease (dialysis patients) face many physical and psychosocial stresses that are related to both illness and life-sustaining treatments, which often require major lifestyle changes (Fernandez, and et al, 2022). Chronic renal failure is characterized by progressive and irreversible destruction of kidney function and is associated with high mortality rates (Seery, & Buchanan, 2022). The prevalence of chronic kidney failure in the world is 242 cases per million people and this number is increasing by 8% each year (Chuasawan, and et al, 2020). Based on a meta-analysis, the prevalence of chronic renal failure in Iran is 15.14%, which is 1.7 times higher in women than men (Derakhshanpour, and et al, 2021). Compared to the general population, people who are on dialysis have higher rates of depression and anxiety (Goh, & Griva, 2018; Fernandez, and et al, 2022). On the other hand, kidney failure imposes significant medical, social, and financial burdens on individuals, families, and communities (Fu, & Coyte, 2019); and the social and psychological demands for adjustment and coping in individuals with kidney failure are often unknown and overlooked, thus not adequately addressed by healthcare professionals (Hansen, and et al, 2023).

Adjustment, in terms of biology, refers to biological structures that facilitate the survival of species and include not only humans, but also animals and plants (Elam, and et al, 2019). In psychology, adjustment is assumed to be a more or less conscious process upon which an individual adapts to a social, natural or cultural environment (Aytac, and et al, 2019). Adjustment is a set of actions and behaviors that a person exhibits in new situations and situations in order to provide appropriate responses to existing stimuli. Social adjustment accompanying members of society in the best possible way is actually the extent to which an individual participates in an appropriate social activity and adapts to his or her current social environment (Hu, et al., 2019).

One of the psychological constructs that can improve the quality of life of dialysis patients is resilience (Wang, and et al, 2024). Psychological resilience,

defined as the capacity to recover and "return" from adversity or important sources of stress, is a personal trait that can be developed (Wang, and et al, 2024). Evidence showed that psychological resilience may reduce symptoms of depression caused by disease stress in hemodialysis patients and promote their psychological well-being (Liu, and et al, 2018). In addition, psychological resilience helps patients manage stressful situations and improve their quality of life (García-Martínez, and et al, 2021).

Self-efficacy is described as a positive or health-building psychological factor that potentially protects against the effects of negative events or leads to an increase in positive mental health indicators (Kleppang, and et al, 2023). The concept was originally proposed by Bandura as part of social cognitive theory and refers to people's belief in coping abilities (Bandura, 1997). According to Bandura, self-efficacy can be defined as a belief in one's own abilities or a kind of expectation or assessment of one's ability to cope with a given situation in relation to skills and circumstances (Bandura, 2001). Self-efficacy is associated with self-regulation and is understood as controlling and adjusting an individual's behavior to achieve goals. Research shows that people who believe in their effectiveness (efficacy) can outperform those who misassess their coping skills (Rogowska, and et al, 2022).

In general, the factors affecting the social adjustment of patients have long been studied in the past. However, previous research has focused more on social adjustment patterns in other physical patients, and less research has focused on social adjustment in dialysis patients. Several researchers have examined the relationship between social adjustment and self-efficacy and self-concept among university students (Mehboob, & Shahzad, 2019). This study aimed to investigate the relationship between self-efficacy and resilience with social adjustment in dialysis patients. However, one of the gaps in the current literature is the consideration of the relationship between psychological factors (intrapersonal and interpersonal) with social adjustment in a simultaneous model in dialysis patients, most of

whom have mental disorders such as anxiety and depression.

Method

This cross-sectional study is descriptive-correlational. The statistical population of this study was all dialysis patients in Ahvaz. The sample consisted of 56 dialysis patients in Ahvaz who were selected by convenience sampling method. After obtaining the necessary permissions and coordination with the medical centers, among the hospitals with active dialysis wards, Imam Reza Hospital was selected. Then, while coordinating with the head nurse of dialysis ward, 56 patients were selected from 70 patients in this hospital and answered the questionnaires. Inclusion criteria were patients undergoing dialysis treatment, willingness to participate in research, living in Ahvaz, age range 20-55 years, and having minimum level of education in the cycle to answer questions. Exclusion criteria include any physical problems that hinder participation in research, substance use and psychological disorders that require drug intervention.

After obtaining approval from the research committee of Ahvaz University of Medical Sciences, and receiving a letter of recommendation from the security department and presenting it to the authorities of hospitals and hemodialysis centers of Khuzestan province and obtaining the approval of relevant authorities, the researcher was allowed to attend the research environment. After introducing himself, the researcher explained the purpose of the research to the patients and informed written consent was obtained from the patients with the inclusion criteria and then the questions of the questionnaires were asked by the researcher. The collected data were analyzed by SPSS software version 27 and descriptive statistics were used to analyze frequency tables and Pearson correlation coefficient and multivariate regression were used to investigate the relationship between variables. Data were used using four demographic questionnaires, Sherer self-efficacy scale (1982), Connor, & Davidson resilience questionnaire (2002) and social adjustment Paykel & Weissman, (1999).

Results

Table 1. Mean and standard deviation of research variables

| Variable | M | SD | Minimum | Maximum | SW | P |
|-------------------|--------|-------|---------|---------|-------|-------|
| Social adjustment | 123.66 | 40.66 | 41 | 193 | 0.094 | 0.200 |
| Resilience | 62.98 | 12.48 | 31 | 87 | 0.071 | 0.200 |
| Self-efficacy | 59.30 | 8.09 | 42 | 79 | 0.087 | 0.200 |

Normality hypothesis was investigated using Kolmogorov-Smirnov statistics and the results of violation of the assumption of normality are not observable in the present study. The results of the Boxplot for the supposed investigation of the Perth data showed that out of 56 questionnaires, data were not at the top and bottom bounds, and the final

analysis was done on 56 questionnaires. To study linear relationships between variables, the scattering graph method should be used. The results of the scattering diagram showed that the relationship between variables is linear. To investigate the absence of multiple colinearity, tolerance and variance enhancement factor (VIF) should be used.

Table 2. Matrix correlation coefficient of research variables

| Variable | Resilience | Self-efficacy | Social adjustment |
|-------------------|------------|---------------|-------------------|
| Resilience | - | | |
| Self-efficacy | 0.381** | - | |
| Social adjustment | 0.661** | 0.123* | - |

As shown in Table 2, there is a positive and significant relationship between resilience and social adjustment ($r= 0.381$, $P> 0.001$) and between self-efficacy and social adjustment ($r= 0.123$, $P> 0.05$). In

other words, with increasing resiliency and self-efficacy, social adjustment of dialysis patients also increases.

Table 3. Summary of the Regression Model of Research Variables

| Variables | R | R ² | F | P | B | T | P |
|---------------|-------|----------------|-------|-------|-------|-------|------|
| Resilience | 0.125 | 0.016 | 0.420 | 0.659 | 0.022 | 0.151 | 0.05 |
| Self-efficacy | | | | | 0.115 | 0.778 | 0.05 |

According to the results of multivariate regression, beta values for resiliency ($\beta= 0.022$) and self-efficacy ($\beta= 0.115$) had very poor predictability of social adjustment variance. The variance explained by these two variables was 1.6%.

Conclusion

The aim of this study was to assess self-efficacy and resilience with social adjustment of dialysis patients. The results of correlation coefficient showed that there is a positive relationship between self-efficacy and social adjustment of dialysis patients. These findings are consistent with the results of other studies (Hafezieh, and et al., 2020 and Nguyen, and et al., 2022).

Perceived self-efficacy is defined as people's beliefs about their ability to selectively produce performance levels that attempt to influence and harness events that affect their lives. Belief in determination determines how people feel, think, motivate themselves, and how they behave (Nguyen, and et al., 2022). Therefore, people with low perceived self-efficacy are always afraid of being evaluated by others and have unrealistic expectations of the world. In fact, they are pessimistic about the future, and especially about their own inability to get happy results and solve problems. All of these features are indicative of low social adjustment.

The results of correlation coefficient showed that there is a positive relationship between resilience and social adjustment of dialysis patients. These findings are consistent with the results of another research (Liu, and et al., 2018; Sein, and et al., 2022 and Wang et al., 2024).

In explaining these findings, Shi (2022) believes that because resilience due to health promotion increases self-efficacy and empowerment of individuals in

assigned tasks that allows them to successfully overcome life challenges.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is taken from the master's thesis of the first author in the field of psychology at Islamic Azad University, Kermanshah branch. In order to maintain the ethical principles in this research, it was tried to collect the data after obtaining the consent of the participants. Also, the participants were assured about confidentiality in maintaining personal information and providing results without specifying the names and details of people's birth certificates.

Funding: This research was conducted in the framework of a master's thesis without financial support.

Authors' contribution: This article is extracted from the master's thesis of the first author with the guidance of the third author and the advice of the second author.

Conflict of interest: The authors also declare that there is no conflict of interest in the results of this research.

Acknowledgments: We hereby express our gratitude to the supervisors and consultants of this research and to all the dialysis patients of Imam Reza Hospital (AS) in Ahvaz who participated in this research.



بررسی رابطه بین تاب آوری و خودکارآمدی با سازگاری اجتماعی بیماران دیالیزی

سید یاسر رضانی^۱، آرزو مرادی^۲، مرجان علیزاده^۳

۱. کارشناس ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.

۲. کارشناس ارشد آمار، گروه آمار، دانشکده علوم پایه، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران.

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۱۸

بازنگری: ۱۴۰۰/۱۲/۰۲

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۱/۲۹

انتشار برخط: ۱۴۰۱/۱۲/۰۱

کلیدواژه‌ها:

ادراک خودکارآمدی،

تاب آوری،

سازگاری اجتماعی

زمینه: بیماری مزمن کلیه یک مشکل عمده سلامتی است که انتظار می‌رود با افزایش شیوع عوامل خطر آن مانند دیابت، سیگار، چاقی، فشار خون بالا و پیری جمعیت افزایش یابد. بنابراین برای بهبود شاخص‌های سلامت روان این افراد بررسی سازه‌های روانشناختی مؤثر بر بیماری یک ضرورت اجتناب‌ناپذیر است.

هدف: این مطالعه با هدف بررسی رابطه تاب آوری و خودکارآمدی با سازگاری اجتماعی بیماران دیالیزی انجام شد.

روش: روش پژوهش توصیفی-همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش را تمامی بیماران دیالیزی مراجعه‌کننده به بیمارستان امام‌رضا (ع) شهر اهواز در سال ۱۳۹۷ تشکیل می‌دهند. نمونه پژوهش ۵۶ نفر از بیماران دیالیزی بیمارستان امام‌رضا (ع) بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های سازگاری اجتماعی (پیکل و ویسمن، ۱۹۹۹)، مقیاس تاب آوری (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳) و پرسشنامه خودکارآمدی (شرر و همکاران، ۱۹۸۲) پاسخ دادند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیری با استفاده از نرم‌افزار SPSS.27 مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج حاصل از ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین ادراک خودکارآمدی و تاب آوری با سازگاری اجتماعی بیماران دیالیزی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/001$). نتایج حاصل از رگرسیون چندمتغیری به روش ورود نشان داد که ادراک خودکارآمدی و تاب آوری ۱/۶ درصد از واریانس سازگاری اجتماعی بیماران دیالیزی را تبیین می‌کنند.

نتیجه‌گیری: با توجه به این یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که با آموزش مهارت‌های تاب آوری و خودکارآمدی در کنار مداخلات درمانی در بیمارستان می‌توان سهم قابل توجهی از تغییرات سازگاری اجتماعی را در این بیماران بهبود بخشید و با بهبود این سازه‌ها متغیرهای روانشناختی تبیین‌کننده سازگاری اجتماعی در بیماران دیالیزی بهبود یابد.

استناد: رضانی‌فر، سید یاسر؛ مرادی، آرزو؛ و علیزاده، مرجان (۱۴۰۱). بررسی رابطه بین تاب آوری و خودکارآمدی با سازگاری اجتماعی بیماران دیالیزی، مجله علوم روانشناختی، دوره بیست‌ویکم، شماره ۱۲۰، ۲۵۵۱-۲۵۶۶.

مجله علوم روانشناختی، دوره بیست‌ویکم، شماره ۱۲۰، زمستان (اسفند) ۱۴۰۱.



مقدمه

افراد مبتلا به بیماری کلیوی (بیماران دیالیزی^۱) با بسیاری از استرس‌های جسمی و روانی-اجتماعی مواجه می‌شوند که هم به بیماری و هم به درمان‌های حفظ‌کننده زندگی مربوط می‌شوند، که اغلب نیاز به تغییرات عمده در شیوه زندگی دارند (فرناندز و همکاران، ۲۰۲۲). نارسایی مزمن کلیه با تخریب پیش‌رونده و غیرقابل برگشت عملکرد کلیه مشخص شده و با نرخ مرگ و میر بالایی همراه است (سری و بوچانان، ۲۰۲۲). شیوع نارسایی مزمن کلیه در جهان ۲۴۲ مورد در یک میلیون جمعیت بوده و هر سال ۸ درصد به این تعداد افزوده می‌شود (چوساون و همکاران، ۲۰۲۰). بر اساس یک متاآنالیز شیوع نارسایی مزمن کلیه در ایران ۱۵/۱۴ درصد می‌باشد که در زنان ۱/۷ برابر بیشتر از مردان است (درخشنده‌پور و همکاران، ۲۰۲۱). این عوامل استرس‌زا عبارتند از عدم تعادل بیوشیمیایی، تغییرات فیزیولوژیکی، اختلالات عصبی، محدودیت‌های غذایی، و محدودیت مایعات در بدن (فینگن-جون و توماس، ۲۰۱۲). استرس‌های اضافی که به‌طور معمول توسط افراد مبتلا به دیالیز تجربه می‌شود شامل محدودیت‌های مالی، اختلال عملکرد جنسی، تغییرات شغلی، محدودیت‌های زمانی، تعارضات زناشویی، احساس انزوا، پویایی خانواده و محدودیت‌های عملکردی است (کوکور و همکاران، ۲۰۰۷). این عوامل استرس‌زا اغلب به مشکلات سلامت روان کمک می‌کنند که افسردگی و اضطراب شایع‌ترین آن‌ها هستند (فرناندز و همکاران، ۲۰۲۲). در مقایسه با جمعیت عمومی، افرادی که دیالیز می‌شوند، میزان شیوع افسردگی و اضطراب بالاتری دارند (گو و کرایوا، ۲۰۱۸؛ فرناندز و همکاران، ۲۰۲۲). از سوی دیگر نارسایی کلیه بار پزشکی، اجتماعی و مالی قابل توجهی را بر افراد، خانواده‌ها و جوامع تحمیل می‌کند (فو و کویت، ۲۰۱۹)؛ و بار روانی اجتماعی و تقاضای انطباق و سازگاری در افراد مبتلا به نارسایی کلیوی اغلب ناشناخته و نادیده گرفته می‌شود و بنابراین به اندازه کافی توسط متخصصان مراقبت‌های بهداشتی مورد توجه قرار نگرفته است (هانسن و همکاران، ۲۰۲۳).

سازگاری، به لحاظ زیست‌شناسی به ساختارهای بیولوژیکی اشاره دارد که زنده ماندن انواع را تسهیل می‌کند و نه تنها انسان‌ها، بلکه حیوانات و نباتات

را نیز شامل می‌شود (ایلم و همکاران، ۲۰۱۹). در روان‌شناسی، سازگاری فرآیندی کم و بیش آگاهانه فرض می‌شود که بر پایه آن فرد با محیط اجتماعی، طبیعی یا فرهنگی انطباق می‌یابد (آیتک و همکاران، ۲۰۱۹). سازگاری، مجموعه‌ی کنش‌ها و رفتارهایی است که فرد در موقعیت‌ها و شرایط جدید به‌منظور ارائه‌ی پاسخ‌های مناسب به محرک‌های موجود از خود بروز می‌دهد. این فرآیند همچنین شامل انطباق با تغییرات، جستجوی مکان تازه و موقعیت‌ها، ترمیم هیجانات منفی؛ و ابراز احساسات مثبت در زمان واکنش متقابل با دیگران را در بر می‌گیرد. از آنجا که سازگاری می‌تواند واجد طیف گسترده‌ای باشد و ابعادی مانند اجتماع، خانواده، عواطف، شغل، بهداشت و ازدواج را شامل شود، برخی از صاحب‌نظران، سازگاری اجتماعی را رأس سایر ابعاد تلقی می‌کنند (پینگوارت، ۲۰۱۷). سازگاری توانایی آمیزش، انطباق، مصالحه، همکاری و کنار آمدن با خود، محیط و دیگران است (کیانی و همکاران، ۲۰۲۲)؛ و سازگاری اجتماعی شامل سازگاری فرد با محیط اجتماعی خود است که این سازگاری ممکن است با تغییر دادن خود و یا محیط به دست آید سازگاری اجتماعی را می‌توان به‌عنوان یک فرآیند روانشناختی تعریف کرد که شامل سازگاری با استانداردها و ارزش‌های جدید است. سازگاری اجتماعی همراهی با اعضای جامعه به بهترین نحو ممکن است در واقع سازگاری اجتماعی میزانی است که فرد در یک فعالیت اجتماعی مناسب شرکت می‌کند و با محیط اجتماعی فعلی خود سازگار می‌شود (هو و همکاران، ۲۰۱۹). در مطالعه‌ای سینی و همکاران (۲۰۲۲) با هدف پریشانی هیجانی و سازگاری در بیماران مبتلا به بیماری کلیوی مرحله نهایی: کاوش کیفی تجربه بیمار در چهار مرکز بیمارستانی در وست میدلندز، انگلستان پنج تم از مصاحبه با بیمار شناسایی شد که به‌طور گسترده با تجربه پریشانی بیماران و حمایت ارائه شده توسط واحد کلیه مرتبط است (۱) بار هیجانی که پریشانی بر بیماران وارد می‌کند، (۲) رابطه بیماران با درمان بیماری آن‌ها، (۳) راهبردهای مقابله و سازگاری، (۴) تعاملات بیمار و پرسنل و حمایت‌های ارائه شده توسط واحد دیالیز، و (۵) تأثیر میانجی محیط درمان بر تجربه بیمار از ناراحتی و توانایی آن‌ها در طرح مسائل هیجانی با پرستاران بخش دیالیز. یکی از سازه‌های روانشناختی که می‌تواند باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران دیالیزی شود تاب‌آوری است (وانگ و همکاران، ۲۰۲۴).

¹. Dialysis Patients

تاب‌آوری روانشناختی معنی‌دار بود. در نهایت، تأثیر تاب‌آوری خانواده از زمان دوم بر حمایت اجتماعی زمان سوم و تاب‌آوری روانشناختی نیز معنی‌دار بود.

خودکارآمدی به عنوان یک عامل روانشناختی مثبت یا سلامت‌ساز توصیف می‌شود که به طور بالقوه از تأثیرات رویدادهای منفی محافظت می‌کند و یا منجر به افزایش شاخص‌های مثبت سلامت روان می‌شود (گلیپ آنک و همکاران، ۲۰۲۲). این مفهوم در ابتدا توسط بندورا به عنوان بخشی از نظریه شناختی اجتماعی مطرح شد و به باور افراد به توانایی‌های مقابله‌ای اشاره دارد (بندورا، ۱۹۹۷). به عقیده بندورا، خودکارآمدی را می‌توان به عنوان باور به توانایی‌های خود یا نوعی انتظار یا ارزیابی از توانایی خود برای کنار آمدن با یک موقعیت معین در رابطه با مهارت‌ها و شرایط تعریف کرد (بندورا، ۲۰۰۱). خودکارآمدی با خودتنظیمی مرتبط است و به عنوان کنترل و تعدیل رفتار فرد برای دستیابی به اهداف درک می‌شود. تحقیقات نشان می‌دهد افرادی که به اثربخشی (کارآمدی) خود اعتقاد دارند، می‌توانند از کسانی که مهارت‌های مقابله‌ای خود را اشتباه ارزیابی می‌کنند، بهتر عمل کنند (روگوسکا و همکاران، ۲۰۲۲). خودکارآمدی بالاتر با تاب‌آوری بالاتر نیز مرتبط است (ساگون و همکاران، ۲۰۲۰)، که می‌تواند بر درک افراد از رضایت از زندگی تأثیر بگذارد و ممکن است به آن‌ها کمک کند تا با استرس‌های زندگی بهتر مقابله کنند (موکسنس و همکاران، ۲۰۱۹). در پژوهشی حافظی و همکاران (۲۰۲۰) با هدف خودمدیریتی، خودکارآمدی و آگاهی بیماران تحت همودیالیز: موردی در ایران نتایج نشان داد که نمره خودمدیریتی بین ۳۲ تا ۸۰ بود. میانگین نمرات خودمدیریتی، دانش و خودکارآمدی به ترتیب $۵۸/۸۸ \pm ۱۰/۴۱$ (نمره احتمالی ۸۰-۲۰)، $۱۶/۱۵ \pm ۲/۹۱$ (امتیاز ۲۵-۰ احتمال)، $۰/۲۴ \pm ۵/۲۴$ (۹۹۰-۰) بود. بین خودمدیریتی، آگاهی و خودکارآمدی همبستگی مثبت و معناداری وجود داشت. نگویان و همکاران (۲۰۲۲) در پژوهشی با هدف خودکارآمدی خودمراقبتی و افسردگی مرتبط با کیفیت زندگی در بیماران تحت همودیالیز در ویتنام به این نتیجه دست یافتند که خودکارآمدی خودمراقبتی با دو مؤلفه کیفیت زندگی همبستگی مثبت و معنادار و با افسردگی رابطه منفی و معنی‌داری داشت. خودکارآمدی خودمراقبتی و افسردگی پیش‌بینی‌کننده‌های معنادار کیفیت زندگی جسمی و روانی بیماران همودیالیزی بودند.

تاب‌آوری روانشناختی، که به عنوان ظرفیت بازیابی و «بازگشت» از ناملایمات یا منابع مهم استرس تعریف می‌شود، یک ویژگی شخصی است که می‌توان آن را توسعه داد (وانگ و همکاران، ۲۰۲۴). تاب‌آوری را فرآیند یا توانایی انطباق دادن خود با چالش‌ها و تهدیدات و غلبه بر آن‌ها می‌دانند و بیان می‌دارد که افراد و گروه‌های تاب‌آور، مجهز به مجموعه‌ای از ویژگی‌های مشترک هستند که آن‌ها را برای غلبه بر درگیرگونی‌ها و فراز و نشیب‌های زندگی آماده می‌کند (لایو و همکاران، ۲۰۲۲) با چنین دیدگاهی افرادی که تاب‌آوری بالایی دارند، موقعیت تنش‌زا بررسی و سپس با اتخاذ راه‌حل‌های منطقی، آن موقعیت‌ها را در مسیری که خود می‌خواهند، هدایت می‌کنند. این افراد در چنین شرایطی احساس خشنودی، خودباوری و اعتماد به نفس می‌کنند (زانگ و همکاران، ۲۰۲۰). شواهد نشان داد که تاب‌آوری روانی ممکن است علائم افسردگی ناشی از استرس بیماری را در بیماران همودیالیزی کاهش دهد و بهزیستی روانی آن‌ها را ارتقاء دهد (لیو و همکاران، ۲۰۱۸). علاوه بر این، تاب‌آوری روانشناختی به بیماران کمک می‌کند تا موقعیت‌های استرس‌زا را مدیریت کنند و کیفیت زندگی خود را بهبود بخشند (گارسیا-مارتینز و همکاران، ۲۰۲۱). چارچوب تاب‌آوری روانشناختی کامپفر (۱۹۹۹) بیان می‌کند که تاب‌آوری روانشناختی تغییرات پویایی را تحت تأثیر عوامل درونی و بیرونی (خانواده، محیط اجتماعی و غیره) نشان می‌دهد. بنابراین، تاب‌آوری روانشناختی در بیماران دیالیزی ممکن است تحت تأثیر پیشرفت بیماری، ویژگی‌های خانوادگی و حمایت اجتماعی تغییر کند (وانگ و همکاران، ۲۰۲۴). یک نظرسنجی مقطعی در تایوان نشان داد که ۸۳ درصد از بیماران دیالیزی و همودیالیزی دارای سطح پایین تا متوسطی از تاب‌آوری روانشناختی بودند (لیو و همکاران، ۲۰۱۸)، که نشان می‌دهد بهبود تاب‌آوری روانشناختی در این بیماران ضروری است. وانگ و همکاران (۲۰۲۴) در یک مطالعه طولی با عنوان حمایت اجتماعی، تاب‌آوری خانواده و تاب‌آوری روانشناختی در بیماران همودیالیزی نگهدارنده به این نتیجه دست یافتند که حمایت اجتماعی و تاب‌آوری روانی در طول زمان به نسبت ثابت باقی ماندند، در حالی که تاب‌آوری خانواده روند کمی افزایشی را نشان داد. بر اساس تجزیه و تحلیل متقاطع، حمایت اجتماعی بالاتر در زمان اول، تاب‌آوری خانواده بالاتر را در زمان دوم پیش‌بینی کرد. علاوه بر این، تأثیر حمایت اجتماعی از زمان دوم بر تاب‌آوری خانواده در زمان سوم و

عبارت بودند از بیماران تحت درمان دیالیز، تمایل شرکت در پژوهش، سکونت در شهر اهواز، محدوده سنی ۲۰ تا ۵۵ سال، داشتن حداقل سطح تحصیلات سیکل برای پاسخگویی به سؤالات بود. ملاک‌های خروج شامل داشته هرگونه مشکل جسمانی شامل فشار خون و مشکلات شدید سوء تغذیه و مشکلات قلبی و عروقی که مانع شرکت در پژوهش شود (پرونده پزشکی بیمار که توسط متخصص بیماری‌های داخلی بخش تأیید شده باشد)، مصرف مواد، افسردگی و داشتن اختلالات روانشناختی که (توسط روانشناس بیمارستان ارزیابی و تأیید شده باشد) که نیازمند به مداخلات دارویی باشد.

پژوهشگر پس از کسب تأییدیه از کمیته پژوهش دانشکده علوم پزشکی اهواز و اخذ معرفی‌نامه از حراست و ارائه آن به مسئولین بیمارستان‌ها و مراکز همودیالیز استان خوزستان و جلب موافقت مسئولین ذیربط، اجازه حضور در محیط پژوهش را کسب نمود. پژوهشگر پس از معرفی خود، هدف از انجام پژوهش را برای بیماران توضیح داده و از بیماران دارای معیارهای ورود به مطالعه رضایت آگاهانه کتبی اخذ شد و سپس سؤالات پرسشنامه‌ها توسط محقق مطرح و تکمیل گردید. جمع‌آوری داده‌ها از مهر ماه ۱۳۹۷ تا آبان ماه ۱۳۹۸ به طول انجامید. داده‌های جمع‌آوری شده توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و از آمار توصیفی به منظور تحلیل جداول فراوانی و از آمار استنباطی ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیری برای بررسی رابطه بین متغیرها استفاده شد. اطلاعات مورد نیاز مطالعه با استفاده از چهار پرسشنامه جمعیت‌شناختی، پرسشنامه خودکارآمدی شرر (۱۹۸۲)، پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۲) و سازگاری اجتماعی پیکل و ویسمن (۱۹۹۹) استفاده شد.

ب) ابزار

پرسشنامه خودکارآمدی^۱ شرر و همکاران (۱۹۸۲): در این پژوهش از پرسشنامه خودکارآمدی شرر و مادوکس که در سال ۱۹۸۲ طراحی شده است استفاده شد. این مقیاس ۱۷ سؤال دارد که خودکارآمدی عمومی را می‌سنجد. این مقیاس در یک مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت از یک تا ۵ نمره گذاری می‌شود. در سؤالات ۱-۳-۸-۹-۱۳-۱۵ برای گزینه‌های کاملاً

در مجموع عوامل مؤثر بر سازگاری اجتماعی بیماران از دیرباز در گذشته مورد بررسی قرار گرفته است. با این حال، تحقیقات قبلی بیشتر بر روی الگوهای سازگاری اجتماعی در سایر بیماران جسمانی متمرکز بوده‌اند و کمتر پژوهشی به بررسی سازگاری اجتماعی در بیماران دیالیزی متمرکز بوده است. چند محقق رابطه سازگاری اجتماعی با خودکارآمدی و خودپنداره را در بین دانشجویان دانشگاه بررسی کرده‌اند (محبوب و شهزاد، ۲۰۱۹). لذا این مطالعه به بررسی رابطه خودکارآمدی و تاب‌آوری با سازگاری اجتماعی در بیماران دیالیزی پرداخته است. با این حال، یکی از شکاف‌های موجود در ادبیات کنونی، در نظر گرفتن رابطه بین عوامل روانشناختی (درون‌فردی و بین‌فردی) با سازگاری اجتماعی در یک مدل همزمان در بیماران دیالیزی است که اکثر آن‌ها دارای اختلالات روانی مانند اضطراب و افسردگی هستند (عمران و همکاران، ۲۰۲۱). علاوه بر این، ادبیات مربوط به جنبه‌های مرتبط با خودپنداره و تاب‌آوری در بیماران دیالیزی شهر اهواز کمیاب است. از این رو نیاز مبرمی به انجام مطالعه با این عوامل وجود دارد. بنابراین، بر اساس نظریه شناخت اجتماعی (بندورا، ۲۰۰۱)، پژوهش حاضر به منظور بررسی رابطه بین تاب‌آوری و خودکارآمدی سازگاری اجتماعی بیماران دیالیزی انجام شده است.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: این مطالعه مقطعی از نوع توصیفی-همبستگی است. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی بیماران دیالیز شهر اهواز بود. نمونه پژوهش ۵۶ نفر از بیماران دیالیزی شهر اهواز بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. بدین صورت که پس از کسب مجوزهای لازم و هماهنگی با مراکز درمانی از بین بیمارستان‌های دارای بخش فعال دیالیز به صورت در دسترس بیمارستان امام‌رضا (ع) انتخاب شد. در ادامه ضمن هماهنگی با سرپرستار بخش دیالیز از بین بیمارانی که ملاک‌های ورود به مطالعه را داشتند از بین ۷۰ بیمار این بیمارستان به صورت در دسترس ۵۶ نفر انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. برای تعیین حجم نمونه از نرم‌افزار G*Power استفاده شد با توجه به نوع تحلیل آماری، تعداد متغیرهای پیش‌بین (۲ متغیر) و سطح معناداری ۰/۰۵ حجم نمونه ۴۴ نفر برآورد شد. ملاک‌های ورود به مطالعه

1. Self-efficacy Scale

موافقم، موافقم، نه موافقم نه مخالف، مخالف کاملاً مخالفم به ترتیب نمره های ۱-۲-۳-۴-۵ و بقیه گویه‌ها به صورت برعکس نمره گذاری می‌شود. نمره ۱۷ تا ۳۴ نشان دهنده خودکارآمدی پایین، ۳۵ تا ۵۱ خودکارآمدی متوسط و ۵۲ تا ۶۸ خودکارآمدی بالا و ۶۵ تا ۸۵ خودکارآمدی خیلی بالا را نشان می‌دهد (محمدی و همکاران، ۲۰۱۷). در مطالعه شرر و مادوکس (۱۹۸۲)، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ برای این پرسشنامه به دست آمده است. در پژوهش شرر و همکاران (۱۹۸۲) تحلیل عاملی اکتشافی دو خرده مقیاس را به دست آورد: یک خرده مقیاس خودکارآمدی عمومی (۱۷ گویه) و یک خرده مقیاس خودکارآمدی اجتماعی (۶ ماده). همچنین بین خرده مقیاس‌های خودکارآمدی و سایر معیارهای شخصیتی (به عنوان مثال، منبع کنترل، کنترل شخصی، مطلوبیت اجتماعی، قدرت نفس، شایستگی بین فردی و عزت نفس) رابطه مثبت و معنی داری به دست آمد که شواهدی از اعتبار سازه برای این مقیاس است (شرر و مادوکس، ۱۹۸۲). حداقل نمره در این پرسشنامه ۱۷ و حداکثر آن ۸۵ است. روایی این مقیاس از طریق روایی سازه با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی مورد تأیید قرار گرفته است. در ایران اصغرنژاد و همکارانش (۱۳۸۵) ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس را قابل قبول و آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۳ گزارش کردند.

مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون^۱ (CD-RISC-25): در این مطالعه برای سنجش تاب‌آوری بیماران دیالیزی، از مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) استفاده شد. پرسشنامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون ۲۵ عبارت دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره گذاری می‌شود (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). نمره گذاری گزینه‌ها در این مقیاس بدین شرح است (کاملاً نادرست = ۰ به ندرت = ۱ گاهی درست = ۲ اغلب درست = ۳ همیشه درست = ۴) بنابراین طیف نمرات آزمون بین ۰ تا ۱۰۰ قرار دارد. نمرات بالاتر بیانگر تاب‌آوری بیشتر آزمودنی است. نتایج تحلیل عاملی حاکی از آنند که این آزمون دارای ۵ عامل: تصور شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی است. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در شش گروه، جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روان

پزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران استرس پس از سانحه انجام شده است. تهیه‌کنندگان این مقیاس بر این باورند که این پرسشنامه به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب‌آور از غیرتاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیربالینی بوده و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۷ بوده است. پایایی و اعتبار فرم فارسی مقیاس تاب‌آوری نیز در مطالعات مقدماتی نمونه‌های به‌هنجار و بیمار مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است. برای تعیین روایی این مقیاس نخست همبستگی هر عبارت با نمره کل مقوله محاسبه و سپس از روش تحلیل عاملی بهره گرفته شد. محاسبه همبستگی هر نمره با نمره کل به جز عبارت ۳، ضریب‌های بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد. سپس عبارات مقیاس به روش مؤلفه‌های اصلی مورد تحلیل عاملی قرار گرفتند. پیش از استخراج عوامل بر پایه ماتریس همبستگی عبارات، دو شاخص KMO و آزمون کرویت بارتلت محاسبه شدند. مقدار KMO برابر ۰/۸۷ و مقدار خی دو در آزمون بارتلت برابر ۵۵۵۶/۲۸ بود که هر دو شاخص کفایت شواهد برای انجام تحلیل عاملی را نشان دادند. در پژوهشی که توسط سامانی، جوکار و صحراگرد در بین دانشجویان صورت گرفت، پایایی آن را ۰/۹۳ گزارش کردند و روایی (به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا) توسط سازندگان آزمون در گروه‌های مختلف عادی و در خطر احراز گردید (سامانی و همکاران، ۲۰۰۶).

پرسشنامه سازگاری اجتماعی^۲ پیکل و وایسمن (۱۹۹۹): پرسشنامه سازگاری اجتماعی توسط پیکل و وایسمن (۱۹۹۹) تدوین شده است. این مقیاس یک پرسشنامه خودگزارشی مداد-کاغذی است که سازگاری اجتماعی در بزرگسالان را در طول دو هفته گذشته می‌سنجد (وایسمن و همکاران، ۲۰۰۱). این مقیاس دارای ۵۴ سؤال است. اما نسخه‌های خود سنجی ۴۲ سؤال نیز از این مقیاس وجود دارد که چگونگی ایفای نقش در ۶ حوزه: کاری (به عنوان کارمند، خانم خانه‌دار یا دانشجو سؤالات ۱-۱۸)، فعالیت‌های اجتماعی اوقات فراغت (سؤالات ۱۹-۲۹)، روابط با خانواده

1. Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)

2. Social Adjustment Scale

های نقشی مختلف بین ۰/۰۹ و ۰/۸۳ برای اجرای مصاحبه‌گری مقیاس سازگاری اجتماعی درجه‌بندی شد. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۴۷ و متوسط پایای بازآزمایی ۰/۸۰ گزارش شد. همچنین ضریب آلفا برای نسخه خودسنجی در پژوهشی که در ژاپن انجام شده ۰/۷۳ بوده است (وایسمن و همکاران، ۲۰۰۱؛ وایسمن و همکاران، ۲۰۰۶).

یافته‌ها

از بین افراد شرکت‌کننده در مطالعه ۳۴ مرد (۶۰/۷ درصد) و ۲۲ زن (۳۹/۳ درصد) بودند. ۱۳ نفر از این افراد (۲۳/۲ درصد) مجرد و ۴۳ نفر (۷۶/۸ درصد) متأهل بودند. ۱۷ نفر (۳۰/۴ درصد) شاغل، ۱۳ نفر (۲۳/۲ درصد) خانه‌دار، ۵ نفر (۸/۹ درصد) دانش‌آموز، ۱۳ نفر (۲۳/۲ درصد) بازنشسته و ۸ نفر (۱۴/۳ درصد) بیکار بودند. ۱۷ نفر (۳۰/۴ درصد) دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۲۷ نفر (۴۸/۲ درصد) دیپلم، ۱۰ نفر (۳/۶ درصد) دارای تحصیلات لیسانس و ۲ نفر (۳/۶ درصد) نیز دارای تحصیلات کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. در ادامه در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

| متغیر | میانگین | انحراف معیار | کمینه | بیشینه | آماره SW | P |
|-----------------|---------|--------------|-------|--------|----------|-------|
| سازگاری اجتماعی | ۱۲۳/۶۶ | ۴۰/۶۶ | ۴۱ | ۱۹۳ | ۰/۰۹۴ | ۰/۲۰۰ |
| تاب‌آوری | ۶۲/۹۸ | ۱۲/۴۸ | ۳۱ | ۸۷ | ۰/۰۷۱ | ۰/۲۰۰ |
| خودکارآمدی | ۵۹/۳۰ | ۸/۰۹ | ۴۲ | ۷۹ | ۰/۰۸۷ | ۰/۲۰۰ |

نهایی بر روی ۵۶ پرسشنامه انجام شد. برای بررسی روابط خطی بین متغیرها از روش ترسیم نمودار پراکندگی^۲ استفاده شود. نتایج حاصل از نمودار پراکندگی نشان داد که، رابطه بین متغیرها خطی است. برای بررسی عدم وجود هم‌خطی چندگانه از آماره تحمل^۳ و عامل افزایش واریانس^۴ (VIF) استفاده شود. در پژوهش حاضر آماره‌های تحمل و عامل افزایش واریانس برای هیچ‌کدام از متغیرها به ترتیب از ۰/۱ کوچکتر و از ۱۰ بزرگتر نبود. بنابراین، هم‌خطی چندگانه در بین متغیرهای پیش‌بین مشاهده نشد. نتایج حاصل از آزمون دوربین واتسون^۵ (DW) روشی برای تشخیص همبستگی

گسترده (سؤالات ۳۷-۳۰)، نقش‌های همسری (۴۶-۳۸)، و والدی (۵۰-۴۷)، عضو خانواده (۵۴-۵۱) را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. برای به دست آوردن نمره کل آزمون نمره همه سؤالات را با هم جمع کرده و بر تعداد سؤالاتی که آزمودنی به آن‌ها پاسخ داده است تقسیم کنید. نمره بالا در هر زیر مقیاس نشان‌دهنده سازگاری اجتماعی پائین آزمودنی در حیطه مورد نظر است. نمره بالای کلی نیز حاکی از آن است که آزمودنی از سازگاری اجتماعی نامطلوبی برخوردار است (وایسمن و همکاران، ۲۰۰۶). در مورد ۱۵ بیمار افسرده همبستگی بین پاسخ‌های بیماران در ابراز خودسنجی و درجه‌بندی داده شده توسط همسر یا دیگر اطلاع‌دهندگان ۰/۷۴ بود. بیماران خودشان را بیمارتر از مصاحبه‌گر رتبه‌بندی کردند. نمرات خودسنجی و نسخه مصاحبه مقیاس سازگاری اجتماعی برای ۷۶ بیمار افسرده ۰/۷۲ همبستگی داشت. توافق برای بخش‌های مختلف از ۰/۴۰ تا ۰/۷۶ رتبه‌بندی شد. توافق بین ارزیاب‌ها برای نسخه مصاحبه برای ۳۱ بیمار تعیین شد ارزیاب‌ها به طور کامل در ۰/۶۸ همه موارد با بیش از ۰/۲۷ رتبه‌ها را در یک بخش با همدیگر توافق داشتند. همبستگی‌های ارزیاب‌ها در طی همه موارد به طور متوسط ۰/۸۳ بود. همبستگی‌های کلی آزمون حوزه

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین و انحراف معیار هر یک از متغیرهای پژوهش ارائه شده است. با توجه به جدول میانگین (و انحراف استاندارد) نمره سازگاری اجتماعی ۱۲۳/۶۶ (و ۴۰/۶۶)، تاب‌آوری ۶۲/۹۸ (و ۱۲/۴۸) و خودکارآمدی ۵۹/۳۰ (و ۸/۰۹) می‌باشد. فرض نرمال بودن با استفاده از آماره شاپیرو-ویلک بررسی شد با توجه به نتایج تخطی از مفروضه نرمال بودن در داده‌های پژوهش حاضر قابل مشاهده نیست. نتایج حاصل از نمودار جعبه‌ای^۱ برای بررسی مفروضه داده‌های پرت نشان داد که از بین ۵۶ پرسشنامه‌ای داده‌ای در کرانه بالا و پایین قرار نداشت و تحلیل

1. Boxplot
2. catter plot
3. tolerance

4. variance inflation factor (VIF)
5. Durbin-Watson

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود بین تاب‌آوری با سازگاری اجتماعی ($r = 0/381, P < 0/001$) و بین خودکارآمدی با سازگاری اجتماعی ($r = 0/123, P < 0/05$) رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر با افزایش تاب‌آوری و خودکارآمدی سازگاری اجتماعی بیماران دیالیزی نیز افزایش می‌یابد.

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود با توجه به مقدار بتا برای تاب‌آوری ($\beta = 0/022$) و خودکارآمدی ($\beta = 0/115$) این دو متغیر توان پیش‌بینی خیلی ضعیفی از واریانس سازگاری اجتماعی را داشتند. میزان واریانس تبیین شده توسط این دو متغیر ۱/۶ درصد بود.

در باقی‌مانده‌های تحلیل مدل رگرسیونی نشان داد که دامنه نمرات این آزمون بین ۱/۵۴ تا ۲/۰۶ بود بنابراین مفروضه استقلال داده‌ها به درستی رعایت شده است.

جدول ۲. ماتریس ضریب همبستگی متغیرهای پژوهش

| متغیر | تاب‌آوری | خودکارآمدی | سازگاری اجتماعی |
|-----------------|----------|------------|-----------------|
| تاب‌آوری | - | | |
| خودکارآمدی | **0/381 | - | |
| سازگاری اجتماعی | **0/661 | *0/123 | - |

جدول ۳. خلاصه مدل رگرسیونی متغیرهای پژوهش

| متغیر | R | R2 | F | P | بتا | t | مقدار ثابت |
|------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------------|
| تاب‌آوری | 0/125 | 0/016 | 0/420 | 0/659 | 0/022 | 0/151 | 84/904 |
| خودکارآمدی | | | | | 0/115 | 0/778 | |

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه تاب‌آوری و با سازگاری اجتماعی بیماران دیالیزی بود. نتایج حاصل از ضریب همبستگی نشان داد که بین خودکارآمدی با سازگاری اجتماعی بیماران دیالیزی رابطه مثبت وجود دارد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های دیگر برای مثال (حافظی و همکاران، ۲۰۲۰ و نگویان همکاران، ۲۰۲۲) همخوان است.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت، تعداد کمی از مطالعات قبلی، عوامل تقویت‌کننده سازگاری اجتماعی را در بیماران دیالیزی بررسی کرده‌اند. با این حال، طیف وسیعی از مطالعات قبلی، خودکارآمدی موقعیت خاص را که اغلب به آموزش مرتبط است، بررسی کرده‌اند. می‌توان استدلال کرد که برای بهبود سازگاری افراد بهتر است خودکارآمدی و توان مقابله با رویدادهای استرس‌زا در مراکز بهداشتی و درمانی مورد توجه قرار گیرد تا فرد ضمن دریافت خدمات پزشکی از یک خدمات جامع روانشناختی مانند آن چیزی که باعث بهبود عملکرد افراد و ایجاد انگیزه و رغبت برای تداوم درمان می‌شود نیز همراه کرد. بنابراین توجه به ابعاد خودکارآمدی رفتاری (که سبب گرایش افراد به رفتارهای مفید و سودمند در سبک زندگی می‌شود)، خودکارآمدی هیجانی (که می‌تواند زمینه‌ساز مدیریت هیجانی افراد شود) و خودکارآمدی اجتماعی (با وجود محدودیت‌های ناشی از بیماری

دیالیز) توان مهارت‌های اجتماعی و بین فردی بهبود بخشیده شود می‌تواند زمینه را برای سازگاری فردی و اجتماعی فراهم سازد. از سوی دیگر طبق مدل‌های جدید روانشناختی به خصوص نظریه خودتعیین‌گری ادراک شایستگی، خودمختاری و ارتباط به عنوان سه عنصری که می‌تواند بر پیش‌بینی و پیامد رفتاری افراد تأثیرگذار باشد و عناصر آن که خودمختاری باشد به معنی پردازش یکپارچه‌ای امکان‌پذیرها و تطبیق این امکان‌پذیرها با احساسات، نیازها و محدودیت‌ها و وقتی افراد خودمختار عمل می‌کنند، عمیق‌تر درگیر فعالیت‌ها می‌شوند نیز پر بارتر می‌شود (ما و همکاران، ۲۰۱۵)، لذا بیماران دیالیزی که سطح استقلال و عدم وابستگی آن‌ها به دیگران کمتر باشد و به صورت مستقل در جلسات دیالیز شرکت کند به دنبال ایجاد یک تغییر اساسی در خود است به این شکل با خودمختاری به دنبال این هدف است که با وجود محدودیت می‌توان نیازهای روزمره خود را برطرف کرد. از سوی دیگر شایستگی، نیاز روانشناختی به داشتن تعامل مؤثر با محیط برای تولید پیامدهای مطلوب و جلوگیری از پیامدهای نامطلوب است که بیانگر گرایش برای به کار بردن استعدادها و مهارت‌ها و در انجام این کار، دنبال کردن چالش‌های بهینه و تسلط یافتن بر آن‌هاست هرچه ادراک شایستگی و توجه به توانمندی بیشتر باشد فرد برای مقابله با رویدادهای زندگی نیز بیشتر است. و ارتباط نیاز به برقراری پیوندها

و دلبستگی‌های عاطفی با دیگران است و بیانگر میل به مرتبط بودن عاطفی و درگیر بودن در روابط صمیمانه می‌باشد (استیگن و همکاران، ۲۰۲۲) و این سه عامل به عنوان باورهایی در مورد توانایی‌های شخصی برای سازمان دادن و طی کردن مسیرهای عمل به منظور دستیابی به پیشرفت تعریف شده است. شایستگی ادراک شده را به عنوان باورهای افراد در مورد توانایی‌هایشان برای تولید انتخابی سطح عملکرد می‌داند که تلاش برای تأثیر و مهار بر رویدادهایی است که بر زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد. باور به تعیین‌گری مشخص می‌کند که مردم چگونه احساس می‌کنند، فکر می‌کنند، خودشان را بر می‌انگیزانند و چگونه رفتار می‌کنند (نگویان و همکاران، ۲۰۲۲). لذا افراد با خودکارآمدی ادراک شده پایین همواره از ارزیابی توسط دیگران می‌ترسند و چشم داشت‌های غیر واقع‌بینانه‌ای از خود، دنیا دارند. در واقع درباره آینده و به ویژه درباره ناتوانایی‌های خود در به دست آوردن نتایج خوشایند و حل مشکلات بدبین می‌باشند. که تمام این ویژگی‌ها نشان دهنده سازگاری پایین می‌باشد (لوتون و واترز، ۲۰۱۷).

نتایج حاصل از ضریب همبستگی نشان داد که بین تاب‌آوری با سازگاری اجتماعی بیماران دیالیزی رابطه مثبت وجود دارد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های دیگر برای مثال (لیو و همکاران، ۲۰۱۸؛ سینی و همکاران، ۲۰۲۲ و وانگ و همکاران، ۲۰۲۴) همخوان است.

در زمینه پیامدهای تاب‌آوری شماری از پژوهش‌ها بر افزایش سطح سلامت روان و رضایت از زندگی اشاره داشته‌اند (کامپفر، ۱۹۹۹ و وانگ و همکاران، ۲۰۲۴). تاب‌آوری با بالا بردن میزان سلامت روانی و تأثیر بر نوع احساس‌ها و هیجان‌های فرد، نگرش مثبت و در نتیجه رضایت از زندگی را در پی دارد و کاهش میزان تاب‌آوری در برابر رویدادهای زندگی را در فرد، با نوعی احساس فشار روانی، اضطراب و افسردگی همراه است (لیو و همکاران، ۲۰۲۲). در تبیین این یافته‌ها شای (۲۰۲۲) معتقد است که چون تاب‌آوری به سبب بالا بردن سطح سلامت سبب بالا رفتن خودکارآمدی و احساس توانمندی افراد در وظایف محوله می‌شود که به آن‌ها اجازه می‌دهد با موفقیت چالش‌های زندگی را پشت سر بگذارند. این افراد احساس ناامیدی و تنهایی کمتری داشته و از این مهارت برخوردارند که به یک مشکل به عنوان مسئله‌ای که می‌تواند آن را کند و کاو کنند، تغییر دهند، تحمل کنند و یا به طرق دیگر حل کنند، نگاه کنند و همین موضوع و توان تحمل آن‌ها در برابر مشکلات سبب چشم‌انداز مثبت و خوش‌بینی

آن‌ها به زندگی می‌شود. خوش‌بینی یکی از ویژگی‌های افراد تاب‌آور است، این‌گونه افراد با وجود قرار گرفتن در محیط‌های پرخطر و آسیب‌زا، روانشان آسیبی نمی‌بیند و با مسائل و مشکلات زندگی به دید مثبت و همراه با خوش‌بینی نگاه می‌کنند و همین نگرش مثبت سبب افزایش میزان تحمل آنان در برابر مشکلات می‌شود، این‌گونه افراد برای آینده‌شان هدف و برنامه داشته و زندگی برایشان معنادار است و به دلیل میزان بالای خوش‌بینی و باورهای مثبت در آنان پس از شکست، ناامید و دل‌سرد نشده و بر میزان تلاش‌های خود می‌افزایند.

در واقع در تبیین دیگر این نتایج می‌توان گفت، تاب‌آوری با تعریفی ترکیبی، از باورها مربوط به خود، خویشتن و جهان سه مؤلفه را در افراد آموزش می‌دهد. این سه مؤلفه عبارتند از تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی، در واقع افراد آموزش دیده باور به تغییر، دگرگونی و پویای زندگی و این نگرش که هر رویدادی لزوماً به معنای تهدیدی برای امنیت و سلامت انسان نیست، انعطاف‌پذیری شناختی و بردباری در برابر رویدادهای سخت استرس‌زا و موقعیت‌های مبهم را به دنبال دارد. در واقع بر این اساس تاب‌آوری، توان افراد را برای مقابله بالا برده و به افراد در رویارویی با استرس کمک می‌کند. همچنین تاب‌آوری، توانایی افراد را به منظور کنترل موقعیت، تعهد به وظایف و رویارویی با پیشامدها بیشتر می‌کند. لذا تاب‌آوری در برابر عوامل استرس‌زا را علاوه بر عوامل شخصی و خانوادگی، می‌توان در سایر عوامل ارتباطی و محیطی نیز نشان داد. عواملی مثل، لذت بردن از شغل یا رضایت شغلی، پیوستگی با همکاران سالم و غیر بزهکار، تعهد بالا به وظایف محوله و تسلط هیجانی، اخلاقیات، دلبستگی بالا به همکاران سالم، هنجارهای اجتماعی، و ارتباطات سالم با دیگر افراد.

در مجموعه با توجه به مطالب بالا تاب‌آوری با تلفیق با، سه عنصر آمادگی شخصیتی، محیط خانوادگی حمایتی و سیستم حمایتی خارجی یا به تعبیری دیگر، عوامل فردی، عوامل خانوادگی و عوامل حمایتی محیطی می‌توانند باعث رشد و بهبود سازگاری اجتماعی در افراد شود.

این پژوهش مانند دیگر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی بوده است. محدودیت‌هایی پژوهش حاضر به شرح زیر می‌باشند: در این پژوهش صرفاً از پرسشنامه‌های خود گزارش‌دهی برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شده است که این ابزار محدودیت‌های خاص خود را دارند. استفاده از پرسشنامه به عنوان تنها ابزار مورد بررسی متغیرهای این مطالعه، موجب شد تا نه تنها

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در رشته روانشناسی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه است. به جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش سعی شد تا جمع‌آوری اطلاعات پس از جلب رضایت شرکت‌کنندگان انجام شود. همچنین به شرکت‌کنندگان درباره رازداری در حفظ اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات شناسنامه افراد، اطمینان داده شد. **حامی مالی:** این پژوهش در قالب پایان‌نامه کارشناسی ارشد و بدون حمایت مالی می‌باشد.

نقش هریک از نویسندگان: این مقاله از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول و به راهنمایی نویسنده سوم و مشاوره نویسنده دوم استخراج شده است.

تضاد منافع: نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از اساتید راهنما و مشاوران این تحقیق و کلیه بیماران دیالیزی بیمارستان امام‌رضا (ع) شهر اهواز که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

به گزارش شخصی بیماران دیالیزی اکتفا شود؛ از این رو احتمال می‌رود در این گونه گزارش‌ها به واسطه فقدان یا کمبود مقایسه‌های هنجاری، احتمال سوگیری وجود داشته باشد. مطالعه حاضر روی بیماران دیالیزی شهر اهواز صورت گرفته است. بنابراین، در تعمیم نتایج این پژوهش به سایر بیماران دیالیزی باید احتیاط صورت گیرد، مطالعه حاضر یک پژوهش توصیفی بود. بنابراین، در به کار بردن روابط علت و معلولی بین متغیرها باید احتیاط نمود و عوامل مؤثر در پیش‌بینی سازگاری اجتماعی بیماران دیالیزی در این پژوهش با تکیه بر دیدگاه روانشناسی شناخت اجتماعی بررسی شد، بنابراین سایر عوامل که از دیدگاه‌های مختلف می‌توان درباره آن تحقیق کرد، در این پژوهش استفاده نشد. نتایج این پژوهش تلویحات عملی مهمی در پی دارد. برای مثال، پیشنهاد می‌شود مدیران، سیاست‌گذاران آموزشی و درمانی، پزشکان، پرستاران، روانشناسان و بر مفهوم‌پردازی، برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌های آموزشی و مشاوره‌ای با هدف پرورش خودکارآمدی، تاب‌آوری و سازگاری اجتماعی به منظور تسهیل کارکرد روانی مثبت در محیط و بستر بیمارستانی تأکید نمایند. اجرای برنامه‌های آموزشی مبتنی بر ارتقاء تاب‌آوری، خودکارآمدی، خوش‌بینی و امیدواری، خودمدیریت، خودکنترلی، خودمختاری، شایستگی در محیط بیمارستان برای بیماران دیالیزی منجر به بهبود سازگاری اجتماعی می‌شود.

منابع

اصغر نژاد، طاهره؛ احمدی ده قطب‌الدینی، محمد؛ فرزاد، ولی‌الله و خداپناهی، محمد کریم (۱۳۸۵). مطالعه ویژگی‌های روانسنجی مقیاس خودکارآمدی عمومی. *مجله روانشناسی*، ۱۰ (۳)، ۲۶۲-۲۷۴.

سامانی، سیامک؛ جوکار، بهرام و صحراگرد نرگس (۱۳۸۶). تاب‌آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۳ (۳)، ۲۹۰-۲۹۵.

<http://ijpcp.iuims.ac.ir/article-۲۷۵-۱-fa.html>

References

Asgharnejad, T., Ahmadi, M., Valiollah, F., Khoda Panahi, M. (2006). A study of psychological characteristics of general self-efficacy management. *Psychology Journal*, 10 (3), 262-75. [Persian]

Aytac, B., Pike, A., & Bond, R. (2019). Parenting and child adjustment: a comparison of Turkish and English families. *Journal of Family Studies*, 25(3), 267-286.
<https://doi.org/10.1080/13229400.2016.1248855>

Bandura A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191-215. <https://doi.org/10.1037//0033-295x.84.2.191>

Bandura A. (2001). Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annual review of psychology*, 52, 1-26.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.1>

Chuasawan, A., Pooripussarakul, S., Thakkinstian, A., Ingsathit, A., & Pattanaprteep, O. (2020). Comparisons of quality of life between patients underwent peritoneal dialysis and hemodialysis: a systematic review and meta-analysis. *Health and quality of life outcomes*, 18(1), 191.
<https://doi.org/10.1186/s12955-020-01449-2>

Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82.
<https://doi.org/10.1002/da.10113>

Cukor, D., Cohen, S. D., Peterson, R. A., & Kimmel, P. L. (2007). Psychosocial aspects of chronic disease: ESRD as a paradigmatic illness. *Journal of the American Society of Nephrology: JASN*, 18(12), 3042-3055.
<https://doi.org/10.1681/ASN.2007030345>

Derakhshanpour, F., Salimi, Z., Shekhnejad, F., Shahini, N., Kamkar, M. (2021). Relationship between Ineffective Attitudes and General Health in Patients with Chronic Renal Disease Undergoing Hemodialysis in a Hospital in Gorgan, Iran. *Journal of Clinical and Basic Research*, 10; 5(1), 22-30.
<https://doi.org/10.52547/jcbr.5.1.22>

Elam, K. K., Sandler, I., Wolchik, S. A., Tein, J. Y., & Rogers, A. (2019). Latent profiles of postdivorce parenting time, conflict, and quality: Children's adjustment associations. *Journal of family psychology: JFP: journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 33(5), 499-510.
<https://doi.org/10.1037/fam0000484>

Fernandez, L., Thompson, S., Berendonk, C., & Schick-Makaroff, K. (2022). Mental Health Care for Adults Treated With Dialysis in Canada: A Scoping Review. *Canadian journal of kidney health and disease*, 9, 20543581221086328.
<https://doi.org/10.1177/20543581221086328>

Finnegan-John, J., & Thomas, V. J. (2012). The psychosocial experience of patients with end-stage renal disease and its impact on quality of life: findings from a needs assessment to shape a service. *ISRN nephrology*, 2013, 308986.
<https://doi.org/10.5402/2013/308986>

Fu, R. & Coyte, P.C. (2019) Impact of predialysis psychosocial conditions on kidney transplant recipient survival: evidence using propensity score matching. *Canadian Journal of Kidney Health and Disease*, 6, 2054358119859897. from:
<https://doi.org/10.1177/2054358119859897>

García-Martínez, P., Ballester-Arnal, R., Gandhi-Morar, K., Castro-Calvo, J., Gea-Caballero, V., Juárez-Vela, R., Saus-Ortega, C., Montejano-Lozoya, R., Sosa-Palanca, E. M., Gómez-Romero, M. D. R., & Collado-Boira, E. (2021). Perceived Stress in Relation to Quality of Life and Resilience in Patients with Advanced Chronic Kidney Disease Undergoing Hemodialysis. *International journal of environmental research and public health*, 18(2), 536. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020536>

Goh, Z. S., & Griva, K. (2018). Anxiety and depression in patients with end-stage renal disease: impact and management challenges - a narrative review. *International journal of nephrology and renovascular disease*, 11, 93-102.
<https://doi.org/10.2147/IJNRD.S126615>

Hafezieh, A., Dehghan, M., Taebi, M., & Iranmanesh, S. (2020). Self-management, self-efficacy and

- knowledge among patients under haemodialysis: a case in Iran. *Journal of research in nursing: JRN*, 25(2), 128–138. <https://doi.org/10.1177/1744987120904770>
- Hansen, M. S., Tesfaye, W., Sud, K., Sewlal, B., Mehta, B., Kairaitis, L., ... & Castelino, R. (2023). Psychosocial factors in patients with kidney failure and role for social worker: A secondary data audit. *Journal of Renal Care*, 49(2), 75-83. <https://doi.org/10.1111/jorc.12424>
- Hu, Y. Y., Zhu, J. C., Ge, Y., Luo, W. B., Liu, T. T., Pu, X., & Key Research Base for Humanities and Social Sciences of Chongqing (2019). Differences in the emotional conflict task between individuals with high and low social adjustment: An ERP study. *PloS one*, 14(6), e0217962. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217962>
- Imran, N., Bodla, Z. H., Asif, A., Shoukat, R., & Azeem, M. W. (2021). Pakistan's First Child & Adolescent Psychiatry Inpatient Unit: Characteristics of admitted patients and response to treatment over a 7-year period. *Pakistan journal of medical sciences*, 37(2), 305–311. <https://doi.org/10.12669/pjms.37.2.2611>
- Kayani, S., Aajiz, N. M., Raza, K. K., Kayani, S., & Biasutti, M. (2022). Cognitive and Interpersonal Factors Affecting Social Adjustment of University Students in Pakistan. *International journal of environmental research and public health*, 20(1), 655. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010655>
- Kleppang, A. L., Steigen, A. M., & Finbråten, H. S. (2023). Explaining variance in self-efficacy among adolescents: the association between mastery experiences, social support, and self-efficacy. *BMC public health*, 23(1), 1665. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16603-w>
- Kumpfer, K. L. (1999). Factors and processes contributing to resilience: The resilience framework. In M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adjustment s* (pp. 179–224). Kluwer Academic Publishers.
- Liao, Z., Zhou, H., & He, Z. (2022). The mediating role of psychological resilience between social participation and life satisfaction among older adults in China. *BMC geriatrics*, 22(1), 948. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03635-x>
- Liu, Y. M., Chang, H. J., Wang, R. H., Yang, L. K., Lu, K. C., & Hou, Y. C. (2018). Role of resilience and social support in alleviating depression in patients receiving maintenance hemodialysis. *Therapeutics and clinical risk management*, 14, 441–451. <https://doi.org/10.2147/TCRM.S152273>
- Loton, D. J., & Waters, L. E. (2017). The Mediating Effect of Self-Efficacy in the Connections between Strength-Based Parenting, Happiness and Psychological Distress in Teens. *Frontiers in psychology*, 8, 1707. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01707>
- Ma, Z. W., Zeng, W. N., & Ye, K. Y. (2015). Gender differences in Chinese adolescents' subjective well-being: the mediating role of self-efficacy. *Psychological reports*, 116(1), 311–321. <https://doi.org/10.2466/17.07.PR0.116k15w2>
- Mehboob, S., & Shahzad, S. (2019). International students' social adjustment and self-esteem: Are they interrelated. *Global Regional Review*, 4(1), 186-193. Doi: 10.31703/grr.2019(IV-I).21
- Mohammadi, N., Takarli, F., Khodaveisi, M., Soltanian, A. (2017). The Effect of Peer Educational Program on the Self-Efficacy of Multiple Sclerosis Patients: A Randomized-Controlled Trial. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*, 25, 36-44. Doi: 10.21859/nmj-25025. [Persian]
- Moksnes, U. K., Eilertsen, M. B., Ringdal, R., Bjørnsen, H. N., & Rannestad, T. (2019). Life satisfaction in association with self-efficacy and stressor experience in adolescents - self-efficacy as a potential moderator. *Scandinavian journal of caring sciences*, 33(1), 222–230. <https://doi.org/10.1111/scs.12624>
- Nguyen, T. T. N., Liang, S. Y., Liu, C. Y., Chien, C. H. (2022) Self-care self-efficacy and depression associated with quality of life among patients undergoing hemodialysis in Vietnam. *PLoS ONE* 17(6): e0270100. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270100>
- Pinquart M. (2017). Associations of parenting dimensions and styles with externalizing problems of children and adolescents: An updated meta-analysis. *Developmental psychology*, 53(5), 873–932. <https://doi.org/10.1037/dev0000295>
- Rogowska, A. M., Tataruch, R., Niedźwiecki, K., & Wojciechowska-Maszkowska, B. (2022). The Mediating Role of Self-Efficacy in the Relationship between Approach Motivational System and Sports Success among Elite Speed Skating Athletes and Physical Education Students. *International journal of environmental research and public health*, 19(5), 2899. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052899>.
- Sagone, E., De Caroli, M. E., Falanga, R., & Indiana, M. L. (2020). Resilience and perceived self-efficacy in

- life skills from early to late adolescence. *International Journal of Adolescence and Youth*, 25(1), 882-890. [Doi: 10.1080/02673843.2020.1771599](https://doi.org/10.1080/02673843.2020.1771599)
- Samani, S., Jokar, B., Sahragard, N. (2006). Resiliency, mental health and life satisfaction. *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 3(3), 290-295. <http://ijpcp.iuums.ac.ir/article-1-275-en.html> [Persian].
- Seery, C., & Buchanan, S. (2022). The psychosocial needs of patients who have chronic kidney disease without kidney replacement therapy: a thematic synthesis of seven qualitative studies. *Journal of nephrology*, 35(9), 2251–2267. <https://doi.org/10.1007/s40620-022-01437-3>
- Sein, K., Damery, S., Baharani, J., Nicholas, J., & Combes, G. (2020). Emotional distress and adjustment in patients with end-stage kidney disease: A qualitative exploration of patient experience in four hospital trusts in the West Midlands, UK. *PloS one*, 15(11), e0241629. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241629>
- Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). The Self-efficacy Scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51(2), 663–671. <https://doi.org/10.2466/pr0.1982.51.2.663>
- Steigen, A. M., Finbråten, H. S., & Kleppang, A. L. (2022). Using Rasch Analysis to Assess the Psychometric Properties of a Five-Item Version of the General Self-Efficacy Scale in Adolescents. *International journal of environmental research and public health*, 19(5), 3082. <https://doi.org/10.3390/ijerph19053082>
- Wang, Y., Qiu, Y., Ren, L., Jiang, H., Chen, M., & Dong, C. (2024). Social support, family resilience and psychological resilience among maintenance hemodialysis patients: a longitudinal study. *BMC psychiatry*, 24(1), 76. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05526-4>
- Weissman, M. M., Olfson, M., Gameroff, M. J., Feder, A., & Fuentes, M. (2001). A comparison of three scales for assessing social functioning in primary care. *The American journal of psychiatry*, 158(3), 460–466. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.3.460>
- Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Pilowsky, D., & Verdelli, H. (2006). Offspring of depressed parents: 20 years later. *The American journal of psychiatry*, 163(6), 1001–1008. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.6.1001>
- Zheng, W., Huang, Y., & Fu, Y. (2020). Mediating effects of psychological resilience on life satisfaction among older adults: A cross-sectional study in China. *Health & social care in the community*, 28(4), 1323–1332. <https://doi.org/10.1111/hsc.12965>