

بررسی رابطه سبک‌های مقابله‌ای و سلامت روانی در دانش آموزان دبیرستانی

دانشور

رفتار

نویسندگان: دکتر محمد علی گودرزی^۱ و زهرا معینی رودبالی^۲

۱. دانشیار دانشگاه شیراز

۲. کارشناس روان‌شناسی بالینی

چکیده

یکی از متغیرهای مؤثر بر سلامت روانی در دوره نوجوانی، سبک مقابله‌ای است که نوجوان برای رویارویی با فشارهای روانی محیط خود به کار می‌گیرد. هدف این تحقیق، بررسی این مطلب بود که تا چه حد سبک‌های مقابله‌ای مورد استفاده نوجوانان می‌توانند سلامت روانی آن‌ها را پیش‌بینی کنند. به این منظور ۱۸۰ نفر (۸۰ پسر و ۱۰۰ دختر) از دانش‌آموزان کلاس دوم دبیرستان از بین مدارس متوسطه شهرستان سپیدان به شیوه خوشه‌ای انتخاب گردیدند. برای سنجش سبک‌های مقابله‌ای از پرسشنامه جهت‌گیری‌های مقابله‌ای در برابر مشکلات و برای سنجش سلامت روانی از پرسشنامه سلامت عمومی استفاده شد. نتایج نشان داد که سبک‌های مقابله‌ای مسأله‌مدار و منطقی توانستند شاخص‌های سلامتی، و سبک‌های مقابله‌ای هیجانی و ناکارآمد یا اجتنابی شاخص‌های بیماری را پیش‌بینی کنند. از سوی دیگر، پسران نسبت به دختران از سلامت روانی بیش‌تر برخوردار بودند، ولی در همه انواع سبک‌های مقابله‌ای، میانگین نمرات دختران بیش‌تر از پسران بود. این نتایج نشان می‌دهد که پیش‌گرفتن سبک‌های ناکارآمد و اجتنابی می‌تواند سلامت روانی نوجوانان را به خطر بیندازد و در پیش‌گرفتن سبک‌های مقابله‌ای مسأله‌مدار و منطقی می‌تواند اثر مثبتی بر سلامت روانی آن‌ها داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: راهبردهای مقابله‌ای، سلامت روانی، سبک‌های مقابله‌ای، اضطراب، افسردگی، علائم جسمانی، ناکارآمدی اجتماعی

دو ماهنامه علمی - پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال سیزدهم - دوره جدید
شماره ۱۹
آبان ۱۳۸۵

مقدمه

نوجوانی، دوره‌ای پرتغییر و پرچالش است که می‌تواند برای نوجوان استرس‌زا و دشوار باشد و تمام منابع بالقوه او را فراخواند. برای نوجوانانی که با تغییرات زیاد در جنبه‌های مختلف زندگی روبه‌رو هستند، مقابله مؤثر بسیار مهم است. لازاروس و فولکمن [۱] معتقدند که مقابله (coping) عبارت است از مجموعه کوشش‌های شناختی و رفتاری برای غلبه بر مطالبات بیرونی و درونی که به نظر فرد انرژی‌بر و فراتر از منابع موجود او است. به نظر لازاروس، مقابله، یک متغیر میانجی بین وقایع منفی زندگی و سلامت روانی است. بین متخصصین توافق نظر کلی وجود دارد که مقابله کافی در این دوره تحولی، نتایج مثبتی را در آینده به همراه دارد، از جمله مشکلات رفتاری کم‌تر، عزت نفس بالاتر، علائم کم‌تر افسردگی و سازگاری مثبت با نوجوانی [۲]. مطالعات متعدد نیز نشان داده‌اند که مقابله، در سازگاری نوجوانان نقش قابل ملاحظه‌ای دارد [۳، ۴ و ۵].

مقابله در نوجوانان به شیوه‌های مختلف مفهوم‌پردازی و اندازه‌گیری شده است. اگر چه نظام‌های طبقه‌بندی متفاوتی برای مقوله‌بندی انواع مقابله در نوجوانان مورد استفاده قرار گرفته، در تحقیقات مختلف دو بُعد کلی مقابله در نوجوانان شناسایی شده است: راهبردهای گرایشی، و اجتنابی (approach and avoidance strategies). راهبردهای گرایشی که «کوشش‌های مستقیم» (direct efforts) نیز نامیده شده شامل حفظ کنترل، مقابله مسئله مدار (problem focused coping)، تحلیل منطقی (logical analysis) و حل مسئله (problem solving) است. راهبردهای اجتنابی نیز شامل مقابله هیجان مدار (Emotion focused coping)، منحرف کردن تفکر (Diversionsary thinking) و بازاریابی دفاعی (Defensive reappraisal) است.

هرمان استال، استملر و پترسون [۶] نشان دادند که راهبردهای گرایشی با افسردگی کم‌تر و راهبردهای اجتنابی با افسردگی بیش‌تر همراه بود. همچنین، آزمودنی‌هایی که در طی زمان، راهبردهای گرایشی را کنار گذاشتند و از راهبردهای اجتنابی استفاده کردند، به افسردگی بیش‌تر مبتلا شدند. برعکس، آزمودنی‌هایی که راهبردهای اجتنابی را کنار گذاشتند و از راهبردهای گرایشی استفاده کردند، افسردگی کاهش یافت.

روابط مشابهی بین مقابله مسئله مدار و سلامت روانی مثبت، و مقابله هیجان مدار و سازگاری روان‌شناختی ضعیف توسط محققین دیگر گزارش شده است [۷ و ۸].

استینر، اریکسون، هرناندز و پاولسکی [۲] نشان دادند که راهبردهای مقابله‌ای گرایشی با مشکلات سلامتی و رفتارهای آسیب‌رسان به سلامتی رابطه منفی داشتند، ولی راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی با این موضوعات رابطه مثبت داشتند.

در ایران، داعی‌پور و بیان‌زاده [۹] با استفاده از مقیاس مقابله نوجوانان، مهارت‌های مقابله‌ای را در ۱۰۵۸ دانش‌آموز پسر و دختر مقطع راهنمایی و دبیرستان در شهر تهران مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که در هر دو مقطع، پسران بیش‌تر از دختران از سبک‌های مقابله‌ای کارآمد (بارور) استفاده کردند. در مقطع راهنمایی، پسران بیش‌تر از دختران از سبک‌های مقابله‌ای مراجعه به دیگران استفاده کردند و در هر دو مقطع، دختران بیش‌تر از پسران از سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد استفاده کردند و بین سن و به کارگیری راهبردهای مقابله‌ای کارآمد رابطه معکوس وجود داشت.

هدف تحقیق حاضر، تعیین قدرت سبک‌های مقابله‌ای در پیش‌بینی شاخص‌های سلامت روانی

انتخاب شد که بتواند شاخص خصوصیات دو گروه انتهایی (سال اولی‌ها و سال چهارمی‌ها) باشد. در مجموع ۱۰۰ نفر دختر و ۸۰ نفر پسر، پرسشنامه‌های این تحقیق را تکمیل کردند. میزان همکاری دانش‌آموزان پسر در تکمیل پرسشنامه‌ها کمتر بود و به همین دلیل، تعداد کم‌تری از پسرها پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. به طور کلی، میانگین سنی دختران ۱۵/۹۵ ($SD = ۰/۷۳$) و میانگین سنی پسران ۱۵/۹ ($SD = ۰/۷۱$) بود.

ابزارهای تحقیق

الف) پرسشنامه جهت‌گیری‌های مقابله‌ای در برابر مشکلات

برای بررسی سبک‌های مقابله‌ای دانش‌آموزان دبیرستانی از پرسشنامه جهت‌گیری‌های مقابله‌ای در برابر مشکلات (The Coping Orientations to the Problems Experienced (COPE)) که به COPE معروف است استفاده شد. پرسشنامه COPE بر اساس مدل لازاروس از استرس و مدل خود نظم بخشی رفتاری تهیه شده است. این پرسشنامه ۶۰ ماده و ۱۵ خرده مقیاس دارد و بر اساس مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت (اصلاً، کمی، به طور متوسط و زیاد) تنظیم شده است. با وجود این، به خاطر داشتن خرده مقیاس‌های زیاد با پایایی ضعیف مورد انتقاد قرار گرفته است. نتایج تحقیق فعلی نیز نشان داد که خرده مقیاس‌های پانزده‌گانه آن از پایایی ضعیف برخوردارند. کارور، شیرر و ویتتراب [۱۰] به منظور افزایش پایایی عامل‌های موجود در پرسشنامه، سه سبک مقابله‌ای را به شرح زیر مطرح کردند که نسبت به خرده مقیاس‌های پانزده‌گانه از پایایی بیشتر برخوردارند: سبک مقابله‌ای مسأله مدار، هیجان مدار و ناکارآمد. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ هر یک از سبک‌های مقابله‌ای به این شرح بود: کل مقیاس؛ ۰/۷۶، سبک مقابله‌ای مسأله مدار، ۰/۷۶، سبک مقابله‌ای هیجان مدار، ۰/۵۸ و سبک مقابله‌ای ناکارآمد، ۰/۵۰.

(بیماری) بود. در صورتی که بدانیم سلامت و عدم سلامت روانی با کدام سبک‌های مقابله‌ای رابطه دارد، با آموزش سبک‌های مقابله‌ای صحیح می‌توانیم نوجوانان را به سوی سلامت روانی پیش‌تر هدایت کنیم. این موضوع از این حیث اهمیت دارد که در دوره نوجوانی می‌توان عادات سلامتی، خطرهای سلامتی و عوامل محافظت‌کننده آن را پایه‌گذاری کرد. در مطالعه حاضر، فرضیات زیر مورد آزمون قرار گرفت:

۱. سبک‌های مقابله‌ای مسأله مدار و منطقی می‌توانند به طور معکوس شاخص‌های بیماری را پیش‌بینی کنند.
۲. سبک‌های مقابله‌ای هیجان مدار و هیجانی می‌توانند به طور مستقیم شاخص‌های بیماری را پیش‌بینی کنند.
۳. سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد و اجتنابی می‌توانند به طور مستقیم شاخص‌های بیماری را پیش‌بینی کنند.
۴. بین پسران و دختران در میزان به‌کارگیری سبک‌های مقابله‌ای تفاوت وجود دارد.

روش

آزمودنی‌ها

جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه دانش‌آموزان دبیرستانی پسر (۸ دبیرستان) و دختر (۶ دبیرستان) شهرستان سپیدان بود که در سال تحصیلی ۸۳-۸۲ مشغول به تحصیل بودند. برای نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای استفاده شد؛ به این ترتیب که با توجه به تعداد کم‌تر دانش‌آموزان کلاس‌های دخترانه، از بین کل ۶ دبیرستان دخترانه، ۴ مدرسه و از بین ۸ دبیرستان پسرانه ۳ مدرسه به عنوان نمونه انتخاب شد. به منظور محدود کردن حجم نمونه فقط کلاس‌های دوم دبیرستان انتخاب شدند. کلاس دوم به این دلیل

جسمانی، اضطراب، ناکارآمدی اجتماعی و افسردگی در فاصله ۳ تا ۴ هفته. همچنین ضرایب پایایی تنصیفی ۰/۹۳ برای کل پرسشنامه و ۰/۸۶، ۰/۸۴، ۰/۶۸ و ۰/۷۷ برای خرده مقیاس‌های علائم جسمانی، اضطراب، ناکارآمدی اجتماعی و افسردگی گزارش گردید. همبستگی معنادار پرسشنامه سلامت عمومی و پرسشنامه‌های بیمارستان میدلسکس و استخراج عامل‌های زیر از پرسشنامه با استفاده از روش تحلیل عاملی: افسردگی، اضطراب، ناکارآمدی اجتماعی و علائم جسمانی. ضریب پایایی این پرسشنامه برحسب آلفای کرونباخ در تحقیق حاضر به این شرح است: کل مقیاس ۰/۸۸، خرده مقیاس افسردگی ۰/۸۴، خرده مقیاس اضطراب ۰/۷۶، خرده مقیاس ناکارآمدی اجتماعی ۰/۵۵ و خرده مقیاس علائم جسمانی ۰/۷۱.

روش اجرا

پس از انتخاب مدارس، یکی از محققین با هماهنگی مدیر مدرسه مجوز حضور در کلاس و اجرای پرسشنامه‌ها را از مدیر و معلم مدرسه کسب کرد. سپس در مورد هدف تحقیق و نحوه پاسخگویی به پرسشنامه‌ها برای دانش‌آموزان مطالبی ذکر و به آن‌ها گفته شد که چون هدف اصلی تحقیق، بررسی ویژگی‌های فرد فرد دانش‌آموزان نیست، لزومی ندارد که اسامی خود را بنویسند و پاسخ‌های آن‌ها محرمانه باقی می‌ماند. به منظور رفع اشکالات احتمالی آزمودنی‌ها، محقق به منظور پاسخگویی به آزمودنی‌ها در کلاس ماند. وقت تکمیل پرسشنامه‌ها محدودیتی نداشت.

نتایج

تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی اثر سبک‌های مقابله‌ای بر سلامت عمومی
به منظور بررسی این‌که کدام یک از سبک‌های مقابله‌ای می‌تواند نتایج آزمون سلامت عمومی را پیش‌بینی کند از تحلیل رگرسیون چندگانه به روش گام به گام استفاده

بر اساس ارزیابی مجدد خصوصیات روان‌سنجی COPE توسط لاینی و راجر [۱۱] از طریق روش تحلیل عوامل، سه عامل زیر به دست آمد که از پایایی خوبی برخوردار بوده‌اند:

مقابله منطقی یا فعال (rational or active coping) (۱۸) ماده با آلفای کرونباخ (۰/۸۹)، مقابله هیجانی (emotional coping) (۸ ماده با آلفای کرونباخ ۰/۸۳) و مقابله اجتنابی یا درماندگی (avoidance coping or helplessness) (۱۱ ماده با آلفای کرونباخ ۰/۶۹).

آلفای کرونباخ عامل‌های فوق در تحقیق حاضر به ترتیب به این شرح بود: ۰/۷۴، ۰/۵۹، ۰/۴۲. قابلیت تعمیم‌پذیری COPE در فرهنگ ایتالیایی [۱۲] و استونی [۱۳] مورد بررسی قرار گرفته و بسیاری از نتایج کارور، شیر و وینترپ در این دو کشور تأیید شده است.

در ایران، بردبار [۱۴] پایایی و روایی COPE را بر روی گروهی از دانشجویان دانشگاه شیراز مورد بررسی قرار داد و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ برای همسانی درونی، ضریب توافق ۰/۷۶ برای وضوح و روشنی ماده‌ها، و ضریب توافق ۰/۷۰ برای ارتباط ماده‌های هر خرده مقیاس با نام آن را گزارش داد.

ب) پرسشنامه سلامت عمومی

پرسشنامه سلامت عمومی، اولین بار توسط گلدبرگ [۱۵] ساخته شد. پرسشنامه اصلی دارای ۶۰ ماده است، اما فرم‌های کوتاه شده ۱۲، ۲۰ و ۲۸ ماده‌ای آن نیز وجود دارد. در این تحقیق از فرم ۲۸ ماده‌ای استفاده شده که در آن هر خرده مقیاس ۷ ماده دارد.

پایایی و روایی پرسشنامه سلامت عمومی در کشورهای مختلف مورد بررسی قرار گرفته است [۱۶]. تقوی [۱۶] پایایی و روایی فرم ۲۸ ماده‌ای این پرسشنامه را در ایران در گروهی از دانشجویان مورد بررسی قرار داده و این شاخص‌ها را برای آن گزارش داده است: ضرایب بازآزمایی ۰/۷۲ برای کل مقیاس و ضرایب ۰/۶۰، ۰/۶۸، ۰/۵۷ و ۰/۵۸ برای خرده مقیاس‌های علائم

هیجان مدار از معادله خارج شده و قادر نبوده پیش‌بینی معناداری را از سلامت روانی ارائه دهد. با وجود این، سبک مقابله هیجانی قادر بوده نمرات افسردگی و علائم جسمانی را پیش‌بینی کند. این بدان معنا است که با افزایش یک نمره در سبک مقابله هیجانی، افسردگی ۰/۲۲ و علائم جسمانی ۰/۲۰ افزایش می‌یابد.

جدول ۱ نتایج رگرسیون متغیرهای سلامت عمومی بر سبک‌های مقابله‌ای

سبک های مقابله ای	معادله ۱ (افسردگی)	معادله ۲ (اضطراب)	معادله ۳ (ناکارآمدی اجتماعی)	معادله ۴ (علائم جسمانی)
مسأله مدار	-۰/۲۷ (-۰/۳۲) {-۴/۳}**		-۰/۱ (-۰/۲۷) {-۳/۵}**	
ناکارآمد	۰/۳۱ (۰/۲۷) {۳/۷}**	۰/۴۳ (۰/۱۸)		۰/۱۱ (۰/۱۶) {۲/۲}*
جنسیت (مرد=۱)	۴ (۰/۳۱) {۴/۴}**	۳/۳ (۰/۲۶)	۱/۴ (۰/۲۴) {۳/۲}**	۱/۱۴ (۰/۱۵) {۲/۱}*
F	۱۳/۲** (df=۳)	۱۳/۲** (df=۱)	۸/۴** (df=۱)	۱۳/۲** (df=۳)
R ^۲	۰/۱۸		۰/۰۹	۰/۰۶
مقابله منطقی	-۰/۲۷ (-۰/۳۳) {-۴/۷}**		-۰/۱۲ (-۰/۳۰) {-۴/۲}**	
مقابله هیجانی	۰/۲۲ (۰/۱۵) {۲/۱}*		۰/۲۰ (۰/۲۳) {۳/۲}***	
مقابله اجتنابی	۰/۳۰ (۰/۲۰) {۲/۹}**	۰/۲۲ (۰/۲۰) {۳}**	۰/۱ (۰/۱۵) {۲/۱}**	
جنسیت (مرد=۱)	۳/۶ (۰/۲۸) {۴}**	۳ (۰/۳۴) {۴/۹}**	۱/۳ (۰/۲۲) {۲/۹}**	
F	۱۲/۸** (df=۴)	۱۹/۳** (df=۲)	۹/۱** (df=۳)	۱۰/۲** (df=۱)
R ^۲	۰/۲۳	۰/۲۲	۰/۱۳	۰/۰۶

توجه: (۱) اعداد بدون پرانتز مقادیر B، داخل پرانتز مقادیر Beta و داخل کروشه مقادیر t است. (۲) * ۰/۰۵ < p < ۰/۰۱، ** ۰/۰۱ < p < ۰/۰۰۱، *** ۰/۰۰۱ < p < ۰/۰۰۰۱. معادلات با استفاده از روش رگرسیون گام به گام انجام شده و نتایج گام آخر در جدول ثبت شده است. (۴) خانه‌های خالی حاکی از وارد نشدن متغیر به معادله در فرایند تحلیل است. (۵) سبک مقابله‌ای هیجان مدار در همه تحلیل‌ها از معادله خارج شده است.

شد. جدول ۱ نتایج ۴ تحلیل رگرسیون را برای متغیرهای سلامت عمومی (نمرات خرده مقیاس‌ها) به عنوان متغیر وابسته بر متغیرهای سبک‌های مقابله‌ای به عنوان متغیر پیش‌بین نشان می‌دهد. همچنین در این معادله‌ها دو متغیر جنس و سن به عنوان متغیر کنترل وارد شده‌اند تا اثر آن‌ها بر متغیرهای مستقل حذف گردد.

به منظور آزمون رابطه بین سبک‌های مقابله‌ای و خرده مقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی، ضرایب رگرسیون محاسبه شد. سبک‌های مقابله‌ای به دو دسته تقسیم شدند. دسته اول، سبک‌های مقابله‌ای که به تبعیت از نتایج کارور، شیر و وینترپ [۱۰] به دست آمده و شامل سبک‌های مسأله مدار، هیجان مدار و ناکارآمد می‌شوند و دسته دوم شامل سبک‌های مقابله‌ای منطقی، هیجانی و اجتنابی که به تبعیت از نتایج لاینی و راجر [۱۱] گزارش شده‌اند. این محاسبات در جدول ۱ درج شده‌اند. همان‌گونه که در این جدول دیده می‌شود، ضرایب رگرسیون (B) متغیرهای پیش‌بین سبک‌های مقابله‌ای «مسأله مدار» و «منطقی» برای دو متغیر «افسردگی» و «ناکارآمدی اجتماعی» منفی و از لحاظ آماری معنادار است. این بدان معنا است که با افزایش یک نمره در مهارت مقابله‌ای «مسأله مدار» به طور متوسط میزان افسردگی ۰/۲۷ و میزان ناکارآمدی اجتماعی ۰/۱ کاهش می‌یابد. از سوی دیگر، با افزایش یک نمره در مهارت مقابله «منطقی»، میزان افسردگی ۰/۲۷ و میزان ناکارآمدی اجتماعی ۰/۱۲ کم می‌شود. ضریب رگرسیون سبک مقابله‌ای ناکارآمد برای متغیرهای افسردگی و ناکارآمدی اجتماعی و علائم جسمانی، مثبت و معنادار است. این بدان معنا است که با افزایش یک نمره در میزان سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد، ۰/۳۱ به میزان افسردگی و ۰/۴۳ به میزان اضطراب و ۰/۱۱ به میزان علائم جسمانی افزوده می‌شود. همچنین با افزایش هر نمره در سبک مقابله‌ای اجتنابی ۰/۳۰ به افسردگی، ۰/۲۲ به اضطراب و ۰/۱ به ناکارآمدی اجتماعی افزوده می‌گردد. سبک مقابله‌ای

جهت‌گیری‌های مقابله‌ای متفاوت بوده است [$p < 0/001$].
 $F(3, 176) = 8/6$. همچنین، نمرات دو جنس در شاخص‌های بیماری هم با یکدیگر متفاوت بود است [$F(4, 175) = 7/5$, $p < 0/001$]. نتایج این تحلیل‌ها در جدول ۲ درج شده است. مقایسه دختران و پسران در سبک‌های مقابله‌ای پیشنهاد شده توسط لاینی و راجر [۱۱] نتایج مشابهی را نشان داد [$p < 0/001$], $F(3, 176) = 9/5$ است. نتایج این مقایسه‌ها در جدول ۲ درج شده است.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد پسران نمرات پایین‌تری در سبک‌های مقابله‌ای مسأله مدار و هیجان مدار و ناکارآمد - و همچنین سبک‌های منطقی، هیجانی و اجتنابی - نسبت به دختران دارند. علاوه بر این، در تمام شاخص‌های بیماری، میانگین نمرات پسران نسبت به دختران کم‌تر بوده است.

جدول ۲ مقایسه سبک‌های مقابله‌ای و سلامت روانی دانش‌آموزان پسر و دختر

نوع سبک مقابله‌ای	پسر (N=۸۰)	دختر (N=۱۰۰)	F	P
مسأله مدار	۵۱ (۶۸)	۵۶ (۷۲)	۲۲	۰/۰۰۱
هیجان مدار	۵۲/۱ (۶۷)	۵۶/۷ (۷۲)	۱۹	۰/۰۰۱
ناکارآمد	۴۳/۸ (۵۶)	۴۵/۹ (۵۳)	۷/۱	۰/۰۰۹
منطقی	۴۷/۸ (۶۷)	۵۲/۲ (۷۸)	۱۵	۰/۰۰۱
هیجانی	۱۹/۲ (۳/۴)	۲۱/۶ (۴/۶)	۱۵	۰/۰۰۱
اجتنابی	۲۱/۲ (۴/۴)	۲۲/۵ (۳/۹)	۴/۵	۰/۰۳۵
افسردگی	۶/۴ (۵/۳)	۹/۷ (۶/۷)	۱۳	۰/۰۰۱
اضطراب	۵/۹ (۳/۹)	۹/۲ (۴/۳)	۲۸	۰/۰۰۱
ناکارآمدی اجتماعی	۶ (۲/۷)	۶/۹ (۳)	۴/۴	۰/۰۳۸
علائم جسمانی	۶/۴ (۳/۸)	۷/۸ (۳/۶)	۶/۳	۰/۰۱

در این تحلیل‌ها، متغیرهای جنسیت و سن به عنوان متغیر کنترل مورد استفاده قرار گرفته‌اند. که البته نتایج مربوط به متغیر سن واجد اثری نبوده و از همه معادله‌ها خارج شده است. با وجود این، اثر متغیر جنسیت بر همه متغیرهای وابسته، بجز متغیر علائم جسمانی، آن هم در دسته‌بندی نوع دوم سبک‌های مقابله‌ای (جدول ۱) مثبت و معنادار بوده است. این بدان معنا است که پسران نسبت به دختران در شاخص‌های عدم سلامت روانی نمرات کم‌تری گرفته‌اند. به عبارت دیگر، پسران نسبت به دختران از وضعیت سلامت روانی بهتر برخوردار بوده‌اند.

بدین ترتیب، نتایج این تحلیل‌ها حاکی از تأیید فرضیه‌های اول تا سوم پژوهش حاضر می‌باشند.

به منظور بررسی قدرت پیش‌بینی سبک‌های مقابله‌ای مقادیر R^2 در جدول ۲ درج شده است. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، مهارت‌های مقابله‌ای مطرح شده توسط لاینی و راجر توانسته‌اند در حد مطلوب واریانس‌های مربوط به دو متغیر افسردگی و اضطراب - و در حد کم‌تر (۱۳٪) ناکارآمدی اجتماعی - را تبیین کنند. جالب است که مهارت مقابله‌ای اجتنابی به تنهایی همراه با جنسیت توانسته ۲۲ درصد واریانس مربوط به متغیر وابسته اضطراب را تبیین کند.

مقایسه سبک‌های مقابله‌ای و سلامتی عمومی در دانش‌آموزان پسر و دختر

به منظور مقایسه سبک‌های مقابله‌ای و سلامت عمومی دانش‌آموزان پسر و دختر از دو آزمون تحلیل واریانس چند متغیری جداگانه استفاده شد؛ بدین ترتیب که در تحلیل اول، مؤلفه‌های پرسشنامه جهت‌گیری‌های مقابله‌ای و در تحلیل دوم، مؤلفه‌های پرسشنامه سلامت عمومی به عنوان متغیر وابسته وارد تحلیل شدند و در هر دو تحلیل، جنسیت آزمودنی‌ها (پسر یا دختر) به عنوان متغیر مستقل یا عامل وارد تحلیل گردید. نتایج تحلیل اول نشان داد که نمره کلی دو جنس در پرسشنامه

بحث و نتیجه گیری

هدف تحقیق حاضر، تعیین قدرت سبک‌های مقابله‌ای برای پیش‌بینی شاخص‌های سلامت روانی در دانش‌آموزان دبیرستانی بود. به این منظور از ۱۸۰ دانش‌آموز سال دوم دبیرستان خواسته شد پرسشنامه‌های جهت‌گیری‌های مقابله‌ای کارور و سلامت عمومی گلدبرگ را تکمیل کنند. داده‌های حاصل با استفاده از تحلیل رگرسیون به روش گام به گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

فرضیه اول تحقیق که پیش‌بینی می‌کرد سبک‌های مقابله‌ای مسأله مدار و منطقی می‌توانند شاخص‌های بیماری را به نحو معکوس پیش‌بینی کنند، فقط در مورد خرده مقیاس‌های افسردگی و ناکارآمدی اجتماعی مورد تأیید قرار گرفت، ولی در مورد خرده مقیاس‌های اضطراب و علائم جسمانی مورد تأیید قرار نگرفت. این بدین معنا است که استفاده بیشتر از سبک‌های مقابله‌ای مسأله مدار و منطقی، افسردگی و ناکارآمدی اجتماعی را کاهش می‌دهد. این یافته با نتایج تحقیقاتی که رابطه مثبتی بین راهبردهای گرایشی - که تقریباً از نظر مفهومی با سبک‌های مسأله مدار و منطقی معنای مشابه دارند - و سلامتی روانی گزارش داده‌اند، همسو است [۲، ۶، ۷ و ۸].

فرضیه دوم تحقیق که پیش‌بینی می‌کرد سبک‌های مقابله‌ای هیجان مدار و هیجانی می‌توانند به نحو مستقیم شاخص‌های بیماری را پیش‌بینی کنند، در مورد اول (رابطه سبک مقابله‌ای هیجان مدار و شاخص‌های بیماری) مورد تأیید قرار نگرفت؛ اما در مورد دوم (رابطه سبک مقابله‌ای هیجانی با شاخص‌های بیماری)، سبک مقابله‌ای هیجانی توانست نمرات دو خرده مقیاس افسردگی و علائم جسمانی - و نه خرده مقیاس‌های اضطراب و ناکارآمدی اجتماعی - را پیش‌بینی کند. این بدان معنا است که استفاده بیشتر از سبک مقابله‌ای هیجانی، افسردگی و علائم جسمانی را افزایش می‌دهد.

در تحقیقات گذشته، سبک مقابله‌ای هیجان مدار در زمره راهبردهای اجتنابی قرار گرفته است [۶]. چنین تحقیقاتی نشان داده که راهبردهای اجتنابی، رابطه‌ای مثبت با عدم سلامت روانی دارند. عدم تأیید رابطه مثبت سبک مقابله‌ای هیجان مدار و شاخص‌های بیماری ممکن است ناشی از عدم ثبات ماده‌های سبک مقابله‌ای هیجان مدار باشد که توسط کارور مطرح شد؛ زیرا وقتی سبک «مقابله هیجانی» پیشنهاد شده توسط لاینی و راجر [۱۱] در معادله‌های رگرسیون قرار گرفت، رابطه مثبتی بین سبک «مقابله هیجانی» و خرده مقیاس‌های افسردگی و علائم جسمانی آشکار شد؛ بدین معنا که استفاده از سبک مقابله‌ای هیجانی با افزایش افسردگی و علائم جسمانی همراه بوده است. بنابراین، به نظر می‌رسد نتایج لاینی و راجر [۱۱] که به وسیله تحلیل عوامل به دست آمده، نتایج تحقیق حاضر همچنین با یافته‌های لاینی و راجر [۱۱] در مورد رابطه مثبت سبک مقابله‌ای هیجانی با آشفتگی روان شناختی و دوره‌های بیماری هماهنگی دارد.

فرضیه سوم تحقیق که پیش‌بینی می‌کرد سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد و اجتنابی می‌توانند شاخص‌های بیماری را پیش‌بینی کنند نتایج متفاوتی را به دست داد؛ بدین معنا که سبک مقابله‌ای ناکارآمد توانست سه شاخص افسردگی، اضطراب و علائم جسمانی، و سبک مقابله‌ای اجتنابی توانست سه شاخص افسردگی، اضطراب و ناکارآمدی اجتماعی را پیش‌بینی کند. این بدان معنا است که با افزایش نمره فرد در سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد و اجتنابی، نمره او در شاخص‌های بیماری افزایش پیدا کرده است. هر دو سبک مقابله‌ای توانسته‌اند افسردگی و اضطراب را پیش‌بینی کنند؛ اما سبک مقابله‌ای ناکارآمد به طور انحصاری نمرات شاخص علائم جسمانی و سبک مقابله‌ای اجتنابی به طور انحصاری نمرات شاخص ناکارآمدی اجتماعی را

پیش‌بینی کرده است. این نتایج با یافته‌های چندین پژوهش دیگر [۲، ۶، ۷ و ۸] که رابطه‌ای منفی را بین راهبردهای اجتنابی و سلامت روانی گزارش داده‌اند، همسو است. لاینی و راجر [۱۱] نیز رابطه مثبتی را بین سبک مقابله‌ای اجتنابی و آشفتگی روان شناختی گزارش دادند که با یافته‌های تحقیق حاضر هماهنگی دارد.

فرضیه چهارم تحقیق که پیش‌بینی می‌کرد بین پسران و دختران در میزان به‌کارگیری سبک‌های مقابله‌ای تفاوت وجود دارد، مورد تأیید قرار گرفت. نتایج نشان داد که میانگین به‌کارگیری هر سه سبک مقابله‌ای در دختران بیشتر از پسران است. به‌کارگیری بیشتر سبک مقابله‌ای مسئله مدار در دختران نسبت به پسران، هماهنگ با نتایج هرمان استال، استملر و پترسن [۶] و سیف‌جکرنگی [۱۷] مبنی بر به‌کارگیری بیشتر سبک مقابله‌ای گرایشی در دختران نسبت به پسران است. اما این نتایج با یافته‌های محققین دیگر مبنی بر استفاده بیشتر پسران از سبک مقابله‌ای گرایشی نسبت به دختران ناهماهنگ است [۹ و ۱۸]. از سوی دیگر، به‌کارگیری بیشتر سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد و هیجانی در دختران نسبت به پسران با نتایج داعی پور و بیان زاده [۹]، سیف‌جکرنگی [۱۷] و اولاه [۱۸] هماهنگ است.

نتایج تحقیق حاضر نشان می‌دهد که وضعیت سلامت روانی پسران نسبت به دختران بهتر است، ولی توانایی به‌کارگیری هر سه سبک مقابله‌ای در دختران بهتر از پسران است. با توجه به این که سبک مقابله‌ای مسئله مدار یا منطقی توانسته است به نحو مؤثری سلامت روانی را پیش‌بینی کند، این سؤال پیش می‌آید که چرا دختران با وجود برتری که در به‌کارگیری این سبک‌ها نسبت به پسران دارند، از وضعیت سلامت روانی بدتری برخوردارند. برای پاسخ به سؤال فوق می‌توان نکات زیر را مطرح کرد: الف) در پیش‌بینی‌های به‌عمل‌آمده برای سلامت روانی بر اساس سبک‌های مقابله‌ای، اثر جنسیت از معادله‌ها خارج شده است،

بنابراین، حداقل از لحاظ آماری نتایج به دست آمده تابع جنسیت نمی‌باشد. ب) دختران فقط در سبک مقابله‌ای مسئله مدار یا منطقی نسبت به پسران برتر نبوده‌اند، بلکه در سایر سبک‌های مقابله‌ای (هیجان مدار، هیجانی، ناکارآمد و اجتنابی) نیز برتر بوده‌اند. ممکن است این وضعیت بر سلامت روانی آنها تأثیر منفی داشته است. ج) دختران در خانواده مطیع‌تر می‌باشند و این امر باعث می‌شود بیشتر به پیشنهادها منطقی دیگران برای بهبود اوضاع اهمیت بدهند. با وجود این، به دلیل این که ممکن است در اکثر موارد خود را عامل اصلی به‌کارگیری سبک مقابله‌ای مسئله مدار ندانند، این امر تأثیر کمی بر سلامت روانی آنها داشته باشد. د) به‌طور کلی، تحقیقات نشان داده‌اند که اکثر اختلالات مورد سنجش در این تحقیق در زنان بیشتر از مردان است. مثلاً، اختلال وحشتزدگی بدون گذرهراسی در زن‌ها دو برابر و اختلال وحشتزدگی همراه با گذرهراسی سه برابر بیشتر از مردان است، هراس اجتماعی در زنان شایع‌تر است، نسبت جنسی اختلال اضطراب فراگیر برای زنان دو سوم است، دوره‌های افسردگی اساسی در زنان دو برابر مردان است و اختلال افسرده‌خویی در زنان دو الی سه برابر مردان است [۱۹]. بنابراین، ممکن است با وجود استفاده از سبک‌های مقابله‌ای مناسب در دختران، به‌طور کلی استرس‌های این افراد بیشتر باشد. تفاوت نتایج این تحقیق در زمینه به‌کارگیری بیشتر سبک مقابله‌ای مسئله مدار و منطقی در دختران نسبت به پسران با نتایج داعی پور و بیان زاده [۹] نشان می‌دهد که به‌کارگیری سبک‌های مقابله‌ای می‌تواند تحت تأثیر عوامل فرهنگی در دختران و پسران قرار گیرد.

نکته دیگر این است که اگر چه سبک‌های مقابله‌ای توانسته‌اند متغیرهای سلامت روانی را پیش‌بینی کنند و این پیش‌بینی‌ها از لحاظ آماری معنی‌دار است، قدرت این پیش‌بینی‌ها در حد کمی است و این امر نشان می‌دهد

6. Herman-Stahl, M. A. Stemmler, M. & Petersen, A. C. (1995) Approach and Avoidant coping: implications for adolescent mental health. *Journal of Youth and Adolescence*, 24, 6, 649- 665.
7. Compas, B. E., Malcarne, V. L., & Fondacaro, R. M. (1988) Coping with stressful events in children and young adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 405-411.
8. Peterson, A. C., Compas, B. E., Brooks-Gunn, J., Stemmler, M. K., Ey, S., & Grant, K. (1993) Depression in adolescence: Current Knowledge, research directions, and implications for programs and policy. *American Psychologists*, 48, 155-168.
۹. داعی‌پور، پروین بیان‌زاده، اکبر (۱۳۷۹) راهبردهای کنار آمدن در نوجوانان شهر تهران. اندیشه و رفتار، ش ۴، ص ۲۶-۱۷.
10. Carver, C. S., Scheier, M. F. & Weintraub, J. K. (1989) Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
11. Lyne, Kenneth, Roger, D. (2000) A psychometric re-assessment of the COPE Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 29, 321-335.
12. Sica, C. Novara, C. Dorz, S. & Sanavio, E. (1997) Coping strategies: evidence for cross-cultural differences? A preliminary study with the Italian version of Coping Orientations to Problems Experienced (COPE). *Personality and Individual Differences*, 23, 6, 1025-1029.
13. Kallasmaa, T. & Pulver, A. (2000) The structure and properties of the Estonian COPE inventory. *Personality and Individual Differences*, 29, 881-894.
۱۴. بردبار، مریم (۱۳۸۲) مقایسه راهبردهای مقابله‌ای در دانشجویان موفق و ناموفق. پایان‌نامه کارشناسی روان‌شناسی بالینی. بخش روان‌شناسی بالینی دانشگاه شیراز.
15. Goldberg, D. P. (1972) The detection of psychiatric illness by questionnaire. *Maudsley Monograph*, No. 21. Oxford: Oxford University Press.
۱۶. تقوی، سید محمدرضا (۱۳۸۰) بررسی روانی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی (G.H.Q.). مجله روان‌شناسی، ج ۵، ش ۴.

دهد که سلامت روانی تحت تأثیر عوامل دیگر هم می باشد.

به طور کلی، نتایج این تحقیق نشان داد که به کارگیری سبک های مقابله ای ناکارآمد و اجتنابی می تواند سلامت روانی فرد را به خطر بیندازد، به کار گیری سبک مقابله ای مسأله مدار و منطقی می تواند به بهداشت روانی فرد کمک کند و به کارگیری سبک مقابله ای هیجانی می تواند موجب افزایش افسردگی، اضطراب و علائم جسمانی شود ولی ناکارآمدی اجتماعی را کاهش دهد. بنابراین، به منظور ارتقاء سطح سلامت روانی نوجوانان و ایمن سازی آنها در مقابله با استرس ها، توصیه می شود که به آنان آموزش داده شود که کمتر از سبک های مقابله ای ناکارآمد، اجتنابی و هیجانی استفاده کنند. بلکه بیشتر از سبک های مقابله ای منطقی و مسأله مدار استفاده کنند. همچنین، باید برای نوجوانانی که در به کار گیری سبک های مقابله ای منطقی یا مسأله مدار مهارت کافی ندارند، آموزش های لازم فراهم گردد.

منابع

1. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984) Stress, appraisal, and coping. New York: Springer.
2. Steiner, H. Erickson, M. S. J. Hernandez, N. L. Pavelski, R. (2003) Coping styles as correlates of health in high school students. *Journal of Adolescent Health*, 30, 326-335.
3. Mullis, R. L., Chapman, P. (2000) Age, gender, and self-esteem differences in adolescent coping styles. *Journal of Social Psychology*, 140, 539-541.
4. DeMello, L. F. Imms, T. (1999) Self-esteem, locus of control and coping styles and their relationship to school attitudes of adolescents. *Psychological Studies*, 44, 24-34.
5. Printz, B. L. Shermis, M. D. Webb, P. M. (1999) Stress-buffering factors related to adolescence coping: A path analysis. *Adolescence*, 34, 715-734.

۱۹. انجمن روان‌شناسی آمریکا، (۱۳۷۹)، راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ترجمه، محمدرضا نایینیان، اسماعیل بیابانگرد و محمدابراهیم مداحی، تهران، انتشارات دانشگاه شاهد.

17. Seiffge-Krenke. (1993) Coping behavior in normal and clinical samples: more similarities than differences.. *Journal of Adolescence*, 23, 284-305.

18. Olah, A. (1995) Coping strategies among adolescents: A cross-cultural study. *Journal of Adolescence*, 18, 491-512.

