

## شدت استرس ادراک‌شده و راهبردهای مقابله با استرس

### Perceived severity of stress and coping strategies with stress

Ebrahim Masoudnia, Ph.D.

دکتر ابراهیم مسعودنیا\*

#### Abstract

The recognition of determinants in individual's coping strategies with stressful situations to empower their abilities in management and control of stress, has been a substantial issue in behavioral studies. The aim of this study was to determine the role of perceived severity of stress in individual's coping strategies with stressful situations. Using data were collected from 373 students of Yazd University, from seven educational groups, between 22 June and 22 July 2006. These Students were selected randomly. Students then responded to the following standardized scales: Coping Strategies Scale (CSS-R, Masoudnia, 2005), and Perceived Severity of Stress (PSS, Newcomb, Huba & Bentler, 1981). The results showed significant differences among students with different levels of perceived severity of stress concerning coping strategies, in general, and in regard to merely two components of coping strategies namely avoidance coping and active coping. No significant difference among groups concerning others components of coping strategies were found. Hierarchical multiple regression analysis showed that the perceived Severity of Stress was failed to explain the variance in coping strategies. according to Health Belief Model and Lazarus and Folkman's Coping Behavior Model, it was expected that individuals with high levels of perceived severity of stress would show higher levels of emotional coping strategies as compared to individuals with lower levels who would be expected to use more avoidance and active coping. However, results of the present study showed no significant differences.

**Keywords:** stress, perceived stress, coping strategies

#### چکیده

شناخت عوامل تعیین‌کننده شیوه‌های مقابله افراد با موقعیت‌های استرس‌زا به منظور تقویت توانایی‌های آن‌ها در مدیریت و کنترل استرس، یکی از موضوعات اساسی در مطالعات رفتاری است. مطالعه حاضر با هدف تعیین نقش شدت استرس ادراک‌شده در شیوه‌های مقابله افراد در موقعیت‌های استرس‌زا انجام شد. داده‌های مطالعه حاضر، از ۳۷۳ نفر از دانشجویان دانشگاه یزد که با روش نمونه‌گیری تصادفی، از هفت گروه آموزشی انتخاب شده بودند، در خرداد ماه ۱۳۸۵ گردآوری شد. شرکت‌کنندگان در پژوهش، به پرسش‌های مقیاس اصلاح شده راهبردهای مقابله (CSS-R؛ مسعودنیا، ۱۳۸۴) و مقیاس شدت استرس ادراک‌شده (PSS؛ نیوکام، هوبا و بنتلر، ۱۹۸۱) پاسخ دادند. تفاوت معناداری بین افراد با سطوح مختلف استرس ادراک‌شده، در زمینه شیوه‌های مقابله به‌طور کلی و تنها دو مؤلفه مقابله اجتنابی و مقابله فعالانه مشاهده شد. هیچ‌گونه تفاوتی بین افراد از نظر سایر مؤلفه‌های شیوه‌های مقابله مشاهده نشد. تحلیل رگرسیون چندگانه سلسله‌مراتبی، نشان داد که متغیر شدت استرس ادراک‌شده هیچ سهمی در تبیین واریانس متغیر شیوه‌های مقابله نداشت. مطابق با مدل باور تندرستی و مدل رفتار مقابله لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴ الف)، انتظار می‌رفت افراد با سطوح بالای شدت استرس ادراک‌شده بیشتر از شیوه‌های مقابله هیجانی و افراد با سطوح پایین شدت استرس ادراک‌شده بیشتر از شیوه‌های مقابله مسأله‌محور استفاده کنند. مطالعه حاضر غیر از دو مؤلفه مقابله اجتنابی و مقابله فعالانه، هیچ‌گونه تفاوتی را بین افراد با سطوح متفاوت شدت استرس ادراک‌شده از نظر شیوه‌های مقابله نشان نداد.

**واژه‌های کلیدی:** استرس، استرس ادراک‌شده، راهبرد مقابله

masoudnia@yazduni.ac.ir

\* عضو هیأت علمی دانشگاه یزد

موقعیت؛ جستجوی حمایت اجتماعی<sup>۱۵</sup>: تلاش‌ها در جهت کسب حمایت هیجانی و اطلاعاتی از دیگران، و راهبرد حل مسأله با برنامه<sup>۱۶</sup>: تلاش‌های سنجیده مسأله محور برای حل موقعیت. از سوی دیگر، راهبردهای مقابله هیجان محور عبارتند از شیوه‌هایی که براساس آن، افراد به سطح بهینه‌ای از تنظیم هیجانی و توانایی برخورد با موقعیت‌ها و احساسات شدید و بحرانی دست می‌یابند (سارنی<sup>۱۷</sup>، ۱۹۹۹). مهم‌ترین این راهبردها عبارتند از: خویش‌داری<sup>۱۸</sup>: تلاش به منظور تنظیم و کنترل احساسات یک شخص؛ فاصله‌گیری: تلاش در جهت انفصال از موقعیت؛ ارزیابی مجدد/سازگاری<sup>۱۹</sup>: تلاش برای یافتن معنای مثبت در تجربه با تاکید بر رشد شخصی؛ و راهبرد اجتناب/گریز<sup>۲۰</sup>: تلاش برای رهایی یا اجتناب از موقعیت (تیلور<sup>۲۱</sup>، ۱۹۹۹).

پژوهش‌های مختلفی در ایران، درباره رابطه روش‌های مقابله و متغیرهایی نظیر شخصیت (بشارت، ۱۳۸۶)، سطوح سازش روان‌شناختی (بشارت، براتی و لطفی، ۱۳۸۷)، فرسودگی شغلی (گروسی فرشی و مسلمی، ۱۳۸۴)، فشارهای شغلی (میرکمالی و مختاریان، ۱۳۸۶)، رویدادهای استرس‌زای زندگی (شاکری و صادقی، ۱۳۸۲)، صفات شخصیتی (نریمانی و همکاران، ۱۳۸۵)، حمایت اجتماعی (ابراهیمی، بوالهروی و ذوالفقاری، ۱۳۸۱) و هوش هیجانی (شاه‌قلیان، نثار شرق و عبدالهی، ۱۳۸۶) انجام شده است. اما درباره رابطه بین شدت استرس ادراک‌شده و راهبردهای مقابله، پژوهش‌های نسبتاً اندکی انجام گرفته است. غالب پژوهش‌های انجام شده در حوزه شدت ادراک‌شده، یا در ارتباط با شدت استرس‌های ناشی از بیماری صورت گرفته است و یا شدت استرس ادراک‌شده را در کنار عواملی نظیر کنترل ادراک‌شده مورد مطالعه قرار داده‌اند (رودی، کرنز و ترک<sup>۲۲</sup>، ۱۹۸۸)، و یا از آن به عنوان یک عامل تعدیل‌کننده موقعیتی یاد شده است (آندریکوفسکی و برادی<sup>۲۳</sup>، ۱۹۹۴؛ روبونیز و بیکمن<sup>۲۴</sup>، ۱۹۹۱؛ هلگسون<sup>۲۵</sup>، ۱۹۹۲). از نظر محققان، شیوه‌های مقابله، بسته به این که آیا فرد با یک موقعیت استرس‌زای حاد (کمتر شدید)

شدت استرس ادراک‌شده<sup>۱</sup>، یکی از مؤلفه‌های اصلی مدل باور تندرستی<sup>۲</sup> است که مبتنی بر نظریه یادگیری روان‌شناختی است (بکر، میمن، کایراشت، هافنر و دراچمن<sup>۳</sup>، ۱۹۷۷؛ روزنستاک<sup>۴</sup>، ۱۹۹۰؛ شیران و آبراهام<sup>۵</sup>، ۱۹۹۵). از نظر این مدل، شدت استرس ادراک‌شده، یکی از مؤلفه‌های اساسی تبیین‌کننده احتمال اتخاذ راهبرد مقابله<sup>۶</sup> توسط افراد در موقعیت‌های استرس‌زا محسوب می‌شود. شدت استرس ادراک‌شده اشاره به باور فرد در زمینه میزان جدی بودن استرس دارد. به احتمال زیاد، فرد زمانی اقدام به اتخاذ راهبرد مقابله خاص می‌کند که به تأثیرات فیزیکی، روان‌شناختی و اجتماعی منفی ناشی از استرس و پیامدهای مهم آن (برای مثال، تغییر روابط اجتماعی، کاهش استقلال، درد و رنج، ناتوانی و حتی مرگ) باور داشته باشد. بر اساس دو متغیر بالا، هر مقدار شدت و جدیت ادراک‌شده استرس بالاتر باشد، به همان اندازه احتمال اتخاذ کنش مقابله افزایش می‌یابد (روزنستاک، ۱۹۹۰).

از سوی دیگر، مقابله به فرایند مدیریت تقاضاها (بیرونی یا درونی) که دشوار و یا فراتر از منابع فرد ارزیابی شده است، اشاره دارد (لازاروس و فولکمن<sup>۷</sup>، ۱۹۸۴ الف). آن‌ها دو دسته از راهبردهای کلی مقابله را برشمرده‌اند: راهبردهای مقابله مسأله محور<sup>۸</sup> و راهبردهای مقابله هیجان محور<sup>۹</sup> (پرلین و اسکولر<sup>۱۰</sup>، ۱۹۷۸؛ فولکمن، شافر<sup>۱۱</sup> و لازاروس، ۱۹۷۹؛ لونتال، نرنز و اشتروس<sup>۱۲</sup>، ۱۹۸۲). راهبردهای مقابله مسأله محور عبارتند از روش‌های فعال حل مسأله که برای حل رابطه استرس‌زای بین خود و محیط مورد استفاده قرار می‌گیرند (کومپاس، کانر-اسمیت، سالترمن، تامسن و وادسورث<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۱). عمده‌ترین این راهبردها عبارتند از: مقابله رویارویی<sup>۱۴</sup>: تلاش‌های فعال برای تغییر

1. perceived severity of stress
2. health belief model
3. Becker, M. H., Maiman, L. A., Kirscht, J. P., Haefner, D. P., & Drachman, R. H.
4. Rosenstock, I. M.
5. Sheeran, P., & Abraham, C.
6. coping strategies
7. Lazarus, R. S., & Folkman, S.
8. problem-focused coping strategies
9. emotion-focused coping strategies
10. Pearlin, L. I., & Schooler, C.
11. Schaefer, C.
12. Leventhal, H., Nerenz, D., & Strauss, A.
13. Compas, B. E., Conner-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E.
14. confrontive coping

15. seeking social support
16. planful problem-solving strategies
17. Saarni, C.
18. self-control
19. readjustment/adaptation
20. avoidance/evasion
21. Taylor, S. E.
22. Rudy, T. R., Kerns, R. D., & Turk, D. C.
23. Andrykowski, M. A., & Brady, M. J.
24. Rubonis, A. V., & Bickman, L.
25. Helgeson, V. S.

مشکلات حاد تندرستی، از راهبردهای مقابله ابزاری تر استفاده می‌کردند (عندلر، پارکر و سامرفلد<sup>۴</sup>، ۱۹۹۸). بیماران با بیماری‌های حاد، از راهبردهای مقابله تسکین‌دهنده<sup>۵</sup> تر در مقایسه مقایسه با بیماران مزمن استفاده کردند. بیماران با بیماری‌های حاد، به منظور تخفیف علائم، تمایل داشتند بیشتر بر جنبه‌های هیجانی مسأله تمرکز نمایند. از سوی دیگر، بیماران مزمن، بیشتر از سبک‌های مقابله سازش یافته‌تر و مسأله محور، به منظور کنترل و تسکین علائم شان استفاده می‌کردند (الونزو<sup>۶</sup>، ۱۹۸۴).

جنسن و کارولی<sup>۷</sup> (۱۹۹۱) رابطه بین شدت استرس ادراک شده و راهبردهای مقابله خاص را نشان دادند. آن‌ها دریافتند که اثربخشی راهبردهای مقابله با درد، نظیر مقابله خودگویی<sup>۸</sup> و نادیده گرفتن احساسات درد (مقابله هیجان محور)، در سطوح پایین‌تر شدت ادراک شده درد و استرس، بیشتر است (جنسن و کارولی، ۱۹۹۱).

در مطالعات دیگر راجع به راهبردهای مقابله در بیماران با اختلال افسردگی اساسی<sup>۹</sup> و افسرده‌خویی<sup>۱۰</sup>، نشان داده شد که این اختلال‌ها، با شدت استرس ادراک‌شده، تجربه‌های فزاینده عوامل فشارزا و استفاده از راهبردهای مقابله نامناسب (هیجان محور) همراه هستند (راویندران، آنیسمان، مرالی، چارونیو، تلنر و همکاران<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۹). در مطالعه‌ای دیگر، راویندران و همکاران (۲۰۰۲) نتیجه گرفتند که هرچند استرس‌های عمده زندگی در افسردگی نقش دارند، اما این رابطه احتمالاً تنها تحت برخی شرایط آشکار می‌شود. از نظر آن‌ها، سهم وقایع عمده زندگی، در نتیجه عملکرد شدت ادراک‌شده استرس و به علاوه ماهیت خاص وقایع زندگی، تغییر می‌یابد (راویندران، ماتسون، گریفیتس، مرالی و آنیسمان<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۲؛ ماژور، بروک، ماسیجوسکی و ژاکوبز<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۰). در نمونه‌های دیگری از این مطالعات (راویندران و همکاران، ۱۹۹۵ و ۱۹۹۶) مشخص شد که شدت افسردگی، با استفاده فزاینده از ابزار هیجانی و به علاوه جستجوی حمایت

مواجه است یا یک موقعیت مزمن (شدیدتر)، تفاوت می‌یابند (عندلر، کوفسکی و ماکرودیمیتریس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰). در یک مطالعه، زیدنر<sup>۲</sup> (۲۰۰۶) راهبردهای مقابله و حالت‌های هیجانی افراد را در دو موقعیت استرس‌زا، یعنی حمله‌های شهادت‌طلبانه در دوره انتفاضه و حملات موشکی جنگ خلیج فارس در فلسطین اشغالی مورد مقایسه قرار داد. وی دریافت که حمله‌های شهادت‌طلبانه در دوره انتفاضه، باعث افزایش اضطراب در شهروندان شده و برآیندهای ناگوارتری در مقایسه با حمله‌های موشکی جنگ خلیج فارس داشت. وی عمده‌ترین دلیل این وضعیت را شدت استرس ادراک‌شده مردم در قبال این حمله‌ها دانست زیرا این حمله‌ها، اثرات مخرب‌تری بر زندگی و دارایی افراد داشت. زیدنر نشان داد که راهبردهای مقابله مسأله محور، بیشتر از راهبردهای مقابله هیجان محور در طول جنگ خلیج فارس مورد استفاده قرار می‌گرفت، یعنی زمانی که کنش‌های حمایتی (برای مثال، پوشیدن ماسک گاز و غیره) می‌توانست اتخاذ شود (زیدنر، ۲۰۰۶).

نتایج زیدنر، یافته‌های فولکمن و لازاروس را مورد تأیید قرار داده است. از نظر فولکمن و لازاروس، زمانی که یک موقعیت استرس‌زا، غیرقابل تغییر و همراه با کنترل بسیار اندک ارزیابی شود، افراد تمایل دارند تا با راهبردهای هیجانی با آن موقعیت، مقابله نمایند. در مقابل، زمانی که موقعیت، قابل تغییر ارزیابی شود، پاسخ‌ها و واکنش‌های کنش محور و راهبردهای مقابله مسأله محور، ترجیح داده می‌شوند (فولکمن و لازاروس، ۱۹۸۰). اما در نقطه مقابل، گاتمن و لوی<sup>۳</sup> (۱۹۸۳) برخلاف یافته‌های زیدنر که استفاده بیشتر مقابله مسأله محور در مقایسه با مقابله هیجان محور را در شرایط جنگ خلیج نشان داده بود، نشان دادند که تحت هر دو شرایط (حمله‌های شهادت‌طلبانه و جنگ)، مقابله کنش محور (مسأله محور)، حتی در زمانی که کنترل اندکی امکان‌پذیر است، در میان شهروندان فلسطین اشغالی دیده شده است.

در مطالعه‌ای، عندلر، کوفسکی و ماکرودیمیتریس (۲۰۰۰) با تقسیم بیماران به دو گروه بیماران با بیماری‌های حاد و مزمن، دریافتند که افراد با بیماری‌های مزمن، در مقایسه با بیماران با بیماری‌های حاد، از راهبردهای مقابله متفاوتی استفاده می‌کنند (عندلر و همکاران، ۲۰۰۰). آن‌ها در تأیید پژوهش‌های پیشین دریافتند که افراد با مشکلات تندرستی مزمن در مقایسه با افراد با

4. Parker, J. D. A., & Summerfeldt, L. J.
5. palliative
6. Alonzo, A. A.
7. Jensen, M. P., & Karoly, P.
8. self- statement
9. major depression
10. dysthymia
11. Ravindran, A. V., Anisman, H., Merali, Z., Charbonneau, Y., Telner, J., & et al.
12. Ravindran, A. V., Matheson, K., Griffiths, J., Merali, Z., & Anisman, H.
13. Mazure, C. M., Bruce, M. L., Maciejewski, P. K., Jacobs, S. C.

1. Endler, N. S., Kocovski, N. L., & Macrodimitris, S. D.
2. Zeidner, M.
3. Guttman, L., & Levy, S.

۱۹۸۳) استفاده شد. این مقیاس، شامل ۴۲ گویه است. دامنه نمره هر یک از زیر مقیاس‌ها در جدول شماره ۱ آمده است. سازندگان مقیاس راهبردهای مقابله، ضریب همسانی درونی<sup>۹</sup> سؤال‌های مقیاس (آلفای کرونباخ) را طیفی از ۰/۷۶ تا ۰/۸۸ اعلام کردند که همگی در دامنه قابل قبول قرار دارند. این مقیاس در ایران توسط نگارنده (مسعودنیا، ۱۳۸۴) در مطالعه‌ای راجع به راهبردهای مقابله بیماران آرتریت روماتوئید در مقابل درد به فارسی برگردانده شد و میزان پایایی مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۳ محاسبه شد که از نظر آماری معنادار بود. در مطالعه حاضر، پس از استخراج پاسخ‌ها و انجام تحلیل مؤلفه‌های اصلی<sup>۱۰</sup> با روش چرخش واریماکس بر روی ۴۲ گویه و انجام یک مرحله تحلیل مؤلفه‌های اصلی، ۷ عامل مشخص گردیدند (جدول ۱). این عوامل و زیر مقیاس‌ها عبارتند از: جستجوی حمایت اجتماعی (۰/۸۶)، ارزیابی مجدد/سازگاری (۰/۷۷)، مقابله اجتنابی (۰/۷۷)، مقابله مسأله محور (۰/۷۶)، مقابله هیجان محور (۰/۷۸)، مقابله فعال (۰/۷۲) و خویشتن‌داری (۰/۴۲). همه گویه‌های مقیاس بر اساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت (خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم، خیلی کم) درجه بندی شدند.

**مقیاس شدت استرس ادراک‌شده:** برای سنجش شدت استرس ادراک‌شده دانشجویان، از مقیاس شدت استرس ادراک‌شده<sup>۱۱</sup> که ترکیبی از مقیاس‌های درجه‌بندی سازگاری اجتماعی<sup>۱۲</sup> (هولمز و راهه<sup>۱۳</sup>، ۱۹۶۷)، پرسشنامه استرس دانشجویان لیسانس<sup>۱۴</sup> (کراندال، پریسلر و اسپرانگ<sup>۱۵</sup>، ۱۹۹۲) و مقیاس ارزیابی چند بعدی رویدادهای استرس‌زای زندگی<sup>۱۶</sup> (نیوکام، هوبا و بنتلر<sup>۱۷</sup>، ۱۹۸۱) بود، استفاده گردید. پرسشنامه ترکیبی شامل ۴۰ پرسش می‌شد که رویدادهای مختلف استرس‌زایی که دانشجویان در طول ترم تحصیلی گذشته تجربه کرده بودند را اندازه می‌گرفت. حداقل نمره این مقیاس

اجتماعی، در رابطه بود، در حالی که این راهبردهای مقابله، در ارتباط با بیماران مبتلا به افسردگی مزمن، کمتر مشهود است. همچنین، این مطالعه نشان داد که بیماران با بیماری حاد، از ابراز هیجانی به عنوان یک سبک مقابله استفاده می‌کردند. مطالعه حاضر بر آن بود تا نقش شدت استرس ادراک‌شده را در تغییرپذیری در راهبردهای مقابله افراد در موقعیت‌های استرس‌زا مورد بررسی قرار دهد. فرضیه اساسی مطالعه حاضر، با توجه به ادبیات موجود این بود که هر مقدار شدت استرس ادراک شده توسط افراد در موقعیت‌های استرس‌زا بالاتر باشد، افراد تمایل بیشتری به استفاده از راهبردهای مقابله هیجان محور داشته و در صورتی که افراد سطوح پایین‌تر استرس را تجربه نمایند، تمایل بیشتری به استفاده از شیوه‌های مقابله مسأله محور خواهند داشت.

## روش

**جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش:** جامعه آماری مطالعه حاضر شامل همه دانشجویان دانشگاه یزد بود که در خرداد ماه ۱۳۸۵ در یکی از هفت مجتمع آموزشی از هفت گروه آموزشی شامل علوم انسانی، ادبیات، علوم پایه، ریاضیات و آمار، فنی و مهندسی، منابع طبیعی و هنر و معماری، انتخاب شده بودند، تعداد ۳۷۳ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی (طبقه‌ای متناسب) انتخاب شدند و با تکمیل ابزار پژوهش به شرح زیر مورد بررسی قرار گرفتند.

## ابزار سنجش

**مشخصه‌های اجتماعی - جمعیت شناختی:** این مشخصه‌ها، شامل متغیرهای سن، جنس، وضعیت تاهل و رشته تحصیلی می‌شد که با استفاده از یک فهرست عمومی سنجیده شد.

**مقیاس اصلاح شده راهبردهای مقابله (CSS-R):** برای سنجش راهبردهای مقابله، از مقیاس اصلاح شده راهبردهای مقابله<sup>۱</sup> (آلدوین و رونسون<sup>۲</sup>، ۱۹۸۷؛ راث و کوهن<sup>۳</sup>، ۱۹۸۶؛ شوارزر مقابله<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰؛ لازاروس، ۱۹۹۱؛ مناقن<sup>۵</sup>، ۱۹۸۳؛ مورفی<sup>۶</sup>، مورفی<sup>۶</sup>، ۲۰۰۲؛ میکولینسر و فلوریان<sup>۷</sup>، ۱۹۹۶؛ میلر و منگان<sup>۸</sup>،

7. Mikulincer, M., & Florian, V.
8. Miller, S. M., & Mangan, C. E.
9. internal consistency
10. principal component analysis
11. Perceived Stress Scale
12. Social Readjustment Rating Scale
13. Holmes, T. H., & Rahe, R. H.
14. Undergraduate Stress Scale
15. Crandall, C. S., Preisler, J. J., & Aussprung, J.
16. Multidimensional Assessment Of Stressful Life Events
17. Newcomb, M. D., Huba, G. J., & Bentler, P. M.

1. Coping Strategies Scale (Revised)
2. Aldwin, C. M., & Revenson, T. A.
3. Roth, S., & Cohen, L. J.
4. Schwarzer, R., & Renner, B.
5. Menaghan, E.
6. Murphy, C. E.

انحراف معیار ۱/۵۸ بود. همچنین، میانگین سنی دختران برابر با ۲۰/۲۹ با انحراف معیار ۱/۴۲، و میانگین سنی پسران برابر با ۲۱/۲۳ با انحراف معیار ۲/۴ بود. از نظر وضعیت تأهل، ۹۲ درصد شرکت‌کنندگان، مجرد و تنها ۸ درصد آن‌ها متأهل بودند. بیشتر شرکت‌کنندگان در دو گروه علوم انسانی (۳۱/۶ درصد) و گروه فنی و مهندسی (۳۱/۹ درصد) اشتغال به تحصیل داشتند. عامل‌های مقیاس راهبردهای مقابله همراه با ضرایب پایایی آن در جدول ۱ نشان داده شده است. نتایج با استفاده از روش چرخش واریماکس نشان می‌دهد که عامل‌های جستجوی حمایت بالاترین و پایین‌ترین درصد واریانس سازه شیوه‌های مقابله را تبیین نمودند.

برابر با صفر و حداکثر نمره برابر با ۸۰ بود. همه سؤال‌های این مقیاس، به صورت یک طیف سه درجه‌ای (هیچ‌گاه تجربه نکردم، یک بار تجربه کردم و بیش از یک بار تجربه کردم) که میزان تجربه پاسخگویان از هر یک از رویدادهای استرس‌آمیز را در طول ترم گذشته می‌سنجید، درجه‌بندی شده بودند. این مقیاس‌ها توسط نگارنده به فارسی برگردانده شده و مقدار پایایی این مقیاس ترکیبی با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۸۳ محاسبه شد که از نظر آماری معنادار بود.

## یافته‌ها

تعداد ۳۷۳ دانشجوی مورد بررسی قرار گرفتند. دختران، ۳۷/۵ درصد و پسران ۶۲/۵ درصد از شرکت‌کنندگان را تشکیل دادند. میانگین سنی در مطالعه حاضر برابر با ۲۰/۵۹ سال با

جدول ۱- عامل‌های مقیاس راهبردهای مقابله همراه با مقدار واریانس تبیین شده و مقدار آلفای هر عامل

عامل‌ها	تعداد سؤال	دامنه نمره	میانگین	انحراف معیار	درصد واریانس تبیین شده	$\alpha$
جستجوی حمایت اجتماعی	۴	۴-۲۰	۳/۲۹	۰/۹۸	۴/۹۷	۰/۸۶
ارزیابی مجدد/سازگاری	۷	۷-۳۵	۳/۶	۰/۶۶۶	۳/۱۷	۰/۷۷
مقابله اجتنابی	۵	۵-۲۵	۲/۳۴	۰/۸۵۳	۲/۴۵	۰/۷۷
مقابله مسأله محور	۵	۵-۲۵	۳/۶۱	۰/۷۴۲	۱/۵۳	۰/۷۶
مقابله هیجان محور	۲	۲-۱۰	۳/۰۶	۱/۰۰	۱/۴۸	۰/۷۸

مقابله هیجان محور، مقابله فعال و خویشتن‌داری ( $P < ۰/۰۵$ ) وجود ندارد؛ این موضوع درباره همبستگی مؤلفه خویشتن‌داری با سایر عامل‌های راهبردهای مقابله (به جز مقابله اجتنابی) نیز صادق بود.

ماتریس همبستگی متغیر شدت استرس ادراک‌شده و عامل‌های مقیاس راهبردهای مقابله (جدول ۲) نشان می‌دهد که هیچ‌گونه همبستگی معناداری بین شدت استرس ادراک‌شده و مؤلفه‌های جستجوی حمایت اجتماعی، ارزیابی مجدد/سازگاری، مقابله اجتنابی، مقابله مسأله محور،

جدول ۲- ماتریس همبستگی چندگانه میان عامل‌های مقیاس راهبردهای مقابله و استرس ادراک‌شده

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
شدت استرس ادراک‌شده	۱/۰۰							
جستجوی حمایت اجتماعی	-۰/۰۶۱	۱/۰۰						
ارزیابی مجدد/سازگاری	-۰/۰۳۹	۰/۲۱۹***	۱/۰۰					
مقابله اجتنابی	-۰/۰۲۵	-۰/۰۱۹	-۰/۰۲۳	۱/۰۰				
مقابله مسأله محور	-۰/۰۸۸	۰/۲۱۵***	۰/۴۷۰***	-۰/۱۱۰*	۱/۰۰			
مقابله هیجان محور	۰/۰۳۳	۰/۲۵۰***	۰/۱۴۹**	۰/۱۳۹**	۰/۰۹۰	۱/۰۰		
مقابله فعال	۰/۰۳۱	۰/۳۰۴***	۰/۲۷۷***	۰/۱۰۳*	۰/۲۲۵***	۰/۱۶۸**	۱/۰۰	
خویشتن‌داری	۰/۰۴۵	-۰/۰۰۳	-۰/۰۲۳	۰/۱۷۹**	-۰/۰۷۱	۰/۰۷۳	۰/۰۴۰	۱/۰۰

\* $P < ۰/۰۵$  \*\* $P < ۰/۰۱$  \*\*\* $P < ۰/۰۰۱$

## 1. reliability

مؤلفه‌های جستجوی حمایت اجتماعی، ارزیابی مجدد/سازگاری، مقابله مسأله محور، مقابله هیجان محور و خویشتن‌داری تفاوت معنادار مشاهده نشد. همچنین، نتیجه آزمون تعقیبی توکی نشان داد که فقط افراد با شدت استرس ادراک‌شده شدید با افراد دیگر از نظر دو عامل مقابله اجتنابی ( $P < 0/05$ ) و عامل مقابله فعال ( $P < 0/05$ ) تفاوت داشتند.

نتایج با استفاده از تحلیل واریانس یک‌راهه مستقل (جدول ۳)، تفاوت معناداری را بین پاسخ‌گویان با ۵ سطح شدت ادراک شده استرس از نظر راهبردهای مقابله ( $P < 0/05$ ) نشان داد. بین پاسخ‌گویان با شدت استرس ادراک شده از نظر دو مؤلفه مقابله اجتنابی ( $P < 0/05$ ) و مؤلفه مقابله فعال ( $P < 0/05$ )، تفاوت معنادار مشاهده شد. بین ۵ گروه از نظر

جدول ۳- مقایسه پاسخ‌گویان با سطوح مختلف شدت استرس ادراک‌شده از نظر راهبردهای مقابله

سطح معناداری	F	شدت استرس ادراک‌شده					راهبردهای مقابله
		حاد	شدید	متوسط	پایین	جزیی	
		M(SD)n=12	M(SD)n=32	M(SD)n=142	M(SD)n=152	M(SD)n=25	
0/139	1/746	3/02(1/12)	3/34(1/13)	3/3(0/971)	3/2(0/98)	3/65(0/786)	جستجوی حمایت اجتماعی
0/542	0/775	3/6(0/902)	3/57(0/711)	3/57(0/653)	3/6(0/657)	3/79(0/66)	ارزیابی مجدد/سازگاری
0/21*	2/928	2/81(1/12)	2/06(0/816)	2/31(0/816)	3/32(0/775)	2/63(1/12)	مقابله اجتنابی
0/99	1/965	3/45(0/874)	3/59(0/659)	3/55(0/698)	3/6(0/762)	3/93(0/814)	مقابله مسأله محور
0/654	0/613	3/33(1/13)	2/93(1/22)	3/12(0/988)	3/0(0/949)	3/07(1/09)	مقابله هیجان محور
0/28*	2/754	3/0(1/22)	3/68(1/04)	3/17(0/966)	3/52(0/952)	3/54(0/869)	مقابله فعال
0/821	0/383	3/25(0/965)	3/28(0/943)	3/11(0/848)	3/12(0/747)	3/19(0/829)	خویشتن‌داری

\* $P < 0/05$  \*\* $P < 0/01$  \*\*\* $P < 0/001$  ; Total:  $F(4, 368) = 2/999$ ;  $p < 0/05$

ادراک‌شده وارد مدل شد. این متغیر با مقدار  $Adj. R^2 = 0/02$ ،  $\beta = -0/024$ ،  $F(1, 362) = 0/208$ ،  $P > 0/50$ ، نتوانست مقدار واریانس تبیین‌شده توسط متغیرهای دسته اول را بهبود بخشد و بنابراین هیچ سهمی در تبیین واریانس راهبردهای مقابله با استرس نداشت. در مجموع مدل توانسته با مقدار  $Adj. R^2 = 0/18$ ،  $F(4, 362) = 2/638$ ،  $P < 0/05$ ، در صد از واریانس شیوه‌های مقابله را تبیین نماید. نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه نیز نشان داد که مدل رگرسیون معنادار است.

به منظور تعیین سهم هر یک از متغیرهای اجتماعی- جمعیتی شناختی و متغیر شدت استرس ادراک‌شده در تبیین واریانس راهبردهای مقابله با استرس، تحلیل رگرسیون چندگانه سلسله مراتبی انجام شد. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که متغیرهای دسته اول (اجتماعی- جمعیت‌شناختی) که در مرحله اول وارد مدل شدند، با مقدار  $Adj. R^2 = 0/20$ ،  $P < 0/50$ ،  $F(3, 362) = 3/456$  نتوانسته اند ۲ درصد از واریانس راهبردهای مقابله را تبیین نمایند. در مرحله دوم، متغیر شدت استرس

جدول ۴- رگرسیون سلسله مراتبی چندگانه متغیر راهبردهای مقابله

مرحله	متغیر	$\beta$	T	P	$\Delta R^2$	$\Delta R^2$ تنظیم شده	F تغییر یافته	سطح معناداری
۱	جنسیت	-0/103	-1/91	0/57	0/28	0/20	3/465	0/17*
	سن	-0/107	1/93	0/54	0/28			
	وضعیت تأهل	-0/063	1/2	0/237	0/28			
۲	شدت استرس ادراک‌شده	-0/24	-0/457	0/648	0/01	0/02	0/208	0/648

\* $P < 0/05$  \*\* $P < 0/01$  \*\*\* $P < 0/001$  Total:  $R^2 = 0/28$ ,  $Adj. R^2 = 0/18$   $F(4, 362) = 2/638$ ,  $p < 0/05$

در خصوص راهبردهای مقابله مسأله محور، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین افراد با سطوح استرس ادراک شده مختلف از نظر یکی از عامل‌های مقابله مسأله محور، یعنی مقابله فعال تفاوت معنادار وجود دارد. هماهنگ با یافته‌های پیشین، افرادی که سطوح پایین‌تر استرس را ادراک کرده بودند، از میانگین نمره بالاتری در زیرمقیاس مقابله فعال برخوردار بودند؛ به بیان دیگر، افراد شرایط و موقعیت‌هایی را که شدت استرس‌زا اندک و یا جزئی ارزیابی می‌کردند و یا موقعیت استرس‌زا را قابل تغییر می‌دیدند، میزان احساس کنترل بالاتری بر موقعیت استرس‌زا داشتند و لذا به جای فاصله‌گیری و اجتناب از موقعیت، تمایل بیشتری به درگیری با موقعیت استرس‌زا به منظور تغییر آن داشتند. این نتیجه، با یافته‌های فولکمن و لازاروس (۱۹۸۰)، زیدنر (۲۰۰۶) و عندلر و همکاران (۲۰۰۰) هماهنگ است.

از سوی دیگر، بین افراد با سطوح متفاوت استرس ادراک شده و مؤلفه‌های جستجوی حمایت اجتماعی و مقابله مسأله محور از راهبردهای مقابله مسأله محور از یک‌سو، و مؤلفه‌های ارزیابی مجدد/سازگاری، مقابله هیجان محور و خویشتن‌داری از راهبردهای مقابله هیجانی از سوی دیگر، تفاوت معنادار مشاهده نشد. این یافته، نتایج مطالعه گاتمن و لوی (۱۹۸۳) که نشان داده بود شیوه‌های مقابله معطوف بر مسأله و مقابله هیجانی در هر دو شرایط استرس بالا و پایین به گونه یکسان مورد استفاده قرار می‌گیرد را تأیید می‌کند. در مطالعه حاضر، میانگین نمره افراد با سطوح مختلف استرس ادراک شده در زیرمقیاس‌های جستجوی حمایت اجتماعی و مقابله مسأله محور، ارزیابی مجدد/سازگاری، مقابله هیجان محور و خویشتن‌داری یکسان بود. بنابراین، در حالی که مطابق با مدل باور تندرستی (بکر و همکاران، ۱۹۷۷؛ روزنستاک، ۱۹۹۰، ۱۹۷۴؛ شیران و آبراهام، ۱۹۹۵) و نیز مدل رفتار مقابله لازاروس و فولکمن (فولکمن و لازاروس، ۱۹۸۰) انتظار می‌رفت که افرادی که شدت استرس بالا را تجربه می‌کنند به دلیل احساس فقدان کنترل بر موقعیت استرس‌زا، تمایل بیشتری به استفاده از شیوه‌ها و راهبردهای مقابله هیجانی داشته باشند و در مقابل، افرادی که شدت استرس پایین را تجربه می‌کنند استفاده بالاتری از شیوه‌های مقابله معطوف به حل مسأله داشته باشند، مطالعه حاضر نشان داد که افراد با شدت استرس ادراک شده حاد، شدید، متوسط، پایین و جزئی، به جز در رابطه با یک مؤلفه از راهبردهای مقابله هیجانی، یعنی مقابله اجتنابی و یک مؤلفه از شیوه‌های مقابله مسأله محور، یعنی مقابله فعال، تفاوت معناداری با یکدیگر از نظر

مطالعه حاضر، با هدف تعیین تفاوت بین پاسخ‌گویان با سطوح مختلف استرس ادراک شده از نظر راهبردهای مقابله با استرس انجام شد. با تقسیم راهبردهای مقابله به دو دسته کلی مقابله حل مسأله (جستجوی حمایت اجتماعی، مقابله مسأله محور و مقابله فعال) و مقابله هیجانی (ارزیابی مجدد/سازگاری، مقابله اجتنابی، مقابله هیجان محور و خویشتن‌داری) (پرلین و اسکولر، ۱۹۷۸؛ فولکمن و همکاران، ۱۹۷۹؛ لونتال، نرنز و اشتروس، ۱۹۸۲)، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که نخست، در خصوص شیوه‌های مقابله هیجانی، هماهنگ با یافته‌های مطالعات پیشین که رابطه مستقیمی را بین شدت استرس ادراک شده و استفاده از راهبردهای مقابله هیجانی نشان داده بودند، نتایج مطالعه حاضر نیز نشان داد که افرادی که سطوح بالاتری از استرس را ادراک کرده بودند از میانگین نمره بالاتری در مقایسه با افرادی که سطوح پایین‌تر استرس را ادراک کرده بودند در زیرمقیاس‌های مقابله هیجانی برخوردار بودند. اگر چه از نظر آماری تفاوت معنادار بین افراد با سطوح متفاوت استرس ادراک شده از نظر سه عامل مقابله هیجانی، یعنی ارزیابی مجدد/سازگاری، مقابله هیجان محور و خویشتن‌داری مشاهده نشد؛ بین این افراد از نظر مهم‌ترین عامل مقابله هیجانی، یعنی مقابله اجتنابی تفاوت معنادار وجود داشت.

افرادی که بالاترین حد استرس را ادراک کرده بودند (سطح حاد)، میانگین نمره بالاتری در زیرمقیاس مقابله اجتنابی کسب نمودند. این به آن معنا است که افراد زمانی که احساس می‌کردند که کنترل‌شان بر موقعیت استرس‌زا، اندک یا هیچ بود، به جای درگیر شدن با مسأله استرس‌زا، از موقعیت فاصله می‌گرفتند. این نتیجه، یافته‌های محققانی نظیر فولکمن و لازاروس (۱۹۸۰)، زیدنر (۲۰۰۶)، عندلر و همکاران (۲۰۰۰)، راویندران و همکاران (۱۹۹۵-۱۹۹۶) را مورد تأیید قرار می‌دهد. این پژوهش‌گران نیز در مطالعات خود دریافته بودند، افرادی که استرس سطح حاد را تجربه می‌کنند و یا احساس نمایند که بر موقعیت استرس‌زا کنترل اندکی دارند و یا آن را غیرقابل تغییر ارزیابی نمایند، تمایل بیشتری به استفاده از شیوه‌ها و راهبردهای مقابله هیجان محور دارند. اما نتایج مطالعه حاضر، با یافته‌های مطالعه جنسن و کارولی (۱۹۹۱) که نشان داده بود راهبردهای مقابله هیجانی در شرایط سطوح پایین‌تر استرس ادراک شده بیشتر است را مورد تردید قرار می‌دهد.

استفاده از سایر عامل‌های دو نوع راهبرد مقابله نداشتند. این‌که به چه دلایلی چنین تفاوتی در میان افراد پنج گروه مشاهده نشد احتمالاً به موقعیتی برمی‌گردد که پاسخ‌گویان به گویه‌های مقیاس‌های راهبردهای مقابله و شدت استرس ادراک‌شده پاسخ گفتند. اکثر مطالعات گذشته، سبک‌های مقابله را در نمونه‌هایی مورد بررسی قرار داده بودند که درگیر استرس‌های واقعی ناشی از بیماری یا ورشکستگی اقتصادی و غیره بودند.

عامل احتمالی دیگر، که در واقع یکی از محدودیت‌های این مطالعه است، به نوع مقیاس مربوط می‌شود؛ از آنجا که سنجش راهبردهای مقابله و شدت استرس ادراک‌شده افراد غالباً با ابزارهای خودسنجی انجام شده است، تکمیل این مقیاس‌ها تا حد زیادی تحت‌تأثیر یادآوری موقعیت‌های استرس‌زای گذشته، موقعیت‌هایی که در آن قرار دارند و نیز علاقه آن‌ها به انحراف و دست‌کاری در تجربه‌های استرس‌زا و راهبردهای مدیریت برداشت<sup>۱</sup> قرار می‌گیرد (فارنهام، گرینوالد و باناجی، ۱۹۹۹). از این رو، یکی از محدودیت‌های عمده مطالعه حاضر، نوع ابزار سنجش راهبردهای مقابله و شدت استرس ادراک شده بود. بنابراین، به محققان پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، برای سنجش راهبردهای مقابله و استرس ادراک‌شده، از مقیاس‌های خودسنجی همراه با مقیاس‌های غیرمستقیم‌تر که نسبت به این اثرات کمتر آسیب‌پذیرند استفاده نمایند.

## تقدیر و تشکر

در پایان، از همه دانشجویان دانشگاه یزد که در انجام این تحقیق مشارکت داشتند و در جمع‌آوری داده‌های تحقیق به پژوهش‌گر یاری رساندند، سپاسگزاری می‌شود.

## مراجع

- ابراهیمی، امراله؛ بوالهری، جعفر و ذوالفقاری، فضیله (۱۳۸۱). بررسی رابطه شیوه‌های مقابله با استرس و حمایت اجتماعی با میزان افسردگی جانبازان قطع نخاعی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۸، ۴۰-۴۸.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۶). شخصیت و سبک‌های مقابله با استرس. *فصل‌نامه روانشناسی دانشگاه تبریز*، ۲، ۲۵-۴۹.
- بشارت، محمدعلی؛ براتی، نازنین و لطفی، جمشید (۱۳۸۷). رابطه سبک‌های مقابله با استرس و سطوح سازش روان-شناختی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *مجله پژوهش در پزشکی*، ۳۲، ۲۷-۳۵.
- شاکری، جلال و صادقی، خیراله (۱۳۸۲). بررسی نقش رویدادهای استرس‌زای زندگی و روش‌های مقابله با عود PTSD نمونه‌ای از جانبازان جنگ تحمیلی. *مجله طب نظامی*، ۵، ۱۱۱-۱۱۶.
- شاه قلیان، مهناز؛ جان نثار شرق، راحله و عبدالهی، محمد حسین (۱۳۸۶). رابطه هوش هیجانی و سبک‌های مقابله با استرس با الگوهای ارتباطی میان زوجین. *مجله تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره*، ۶، ۷۳-۸۸.
- گروسی فرشی، میرتقی و مسلمی، محمد علی (۱۳۸۴). بررسی رابطه فرسودگی شغلی با روش مقابله‌ای پرستاران در بیمارستان‌های استان کردستان. *مجله مطالعات روان‌شناختی*، ۱، ۱۰۳-۱۱۷.
- مسعودنیا، ابراهیم (۱۳۸۴). بررسی تأثیر طبقه اجتماعی بر رفتار بیماری در بیماران آرتريت روماتوئید. *رساله دکتری جامعه‌شناسی پزشکی، دانشگاه اصفهان*.
- میر کمالی، سید محمد و مختاریان، فرانک (۱۳۸۶). بررسی مقایسه‌ای فشارهای شغلی و روش‌های مقابله با آن در بین مدیران زن و مرد مدارس متوسطه‌ای دولتی شهر تهران. *مجله روانشناسی و علوم تربیتی*، ۳۷، ۱-۲۲.
- نریمانی، محمد؛ خنیا، یوسف؛ ابوالقاسمی، عباس؛ گنجی، مسعود و مجیدی، جعفر (۱۳۸۵). ارتباط صفات شخصیتی، استرس و مهارت‌های مقابله با استرس و سیستم ایمنی هومورال بدن در پرستاران. *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اردبیل*، ۶، ۱۸۸-۱۹۴.

1. impression management strategies
2. Farnham, S. D., Greenwald, A. G., & Banaji, M. R.



- Aldwin, C. M., & Revenson, T. A. (1987). Does coping help? A reexamination of the relationship between coping & mental health. *Journal of Personality & Social Psychology*, 53, 337-348 .
- Alonzo, A. A. (1984). An illness behavior paradigm: A conceptual exploration of a situational-adaptation perspective. *Journal of Social Science and Medicine*, 19, 499-510.
- Andrykowski, M. A., & Brady, M. J. (1994). Health locus of control and psychological distress in cancer patients: Interactive effects of context. *Journal of Behavioral Medicine*, 17, 439-458.
- Becker, M. H., Maiman, L. A., Kirscht, J. P., Haefner, D. P., & Drachman, R. H. (1977). The health belief model and prediction of dietary compliance: A field experiment. *Journal of Health & Social Behavior*, 18, 348-366.
- Compas, B. E., Conner-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127, 87-127.
- Crandall, C. S., Preisler, J. J., & Aussprung, J. (1992). Measuring life event stress in the lives of college students: the Undergraduate Stress Questionnaire (USQ). *Journal of Behavioral Medicine*, 15, 627-662.
- Endler, N. S., Kocovski, N. L., & Macrodimitris, S. D. (2000). Coping, efficacy, and perceived control in acute vs. chronic illness. *Journal of Personality & Individual Differences*, 30, 617-625.
- Endler, N. S., Parker, J. D. A., & Summerfeldt, L. J. (1993). Coping with health problems: conceptual and methodological issues. *Canadian Journal of Behavioral Sciences*, 25, 384-399.
- Endler, N. S., Parker, J. D. A., & Summerfeldt, L. J. (1998). Coping with health problems: Developing a reliable and valid multidimensional measure. *Journal of Psychological Assessment*, 10, 195-205.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health & Social Behavior*, 21, 219-239.
- Farnham, S. D., Greenwald, A. G., & Banaji, M. R. (1999). Implicit self-esteem. In D. Abrams & M. A. Hogg, (Eds.). *Social identity and social cognition* (pp. 230-248). Bodmin: M.P.G. Books Ltd.
- Folkman, S., Schaefer, C., & Lazarus, R. S. (1979). Cognitive processes as mediators of stress and (Eds.). *Human stress and cognition: An coping*. In V. Hamilton & D. M. Warburton *information processing approach* (pp.265-298). London, England: Wiley.
- Guttman, L., & Levy, S. (1983). Dynamics of three varieties of morale: The case of Israel. In S. Breznitz (Ed.). *Stress in Israel* (pp.102-113). New York: Von Nostrand Reinhold Company.
- Helgeson, V. S. (1992). Moderators of the relation between perceived control and adjustment to chronic illness. *Journal of Personality & Social Psychology*, 63, 656-666.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 23-218.
- Jensen, M. P., & Karoly, P. (1991). Control belief, coping efforts, and adjustment to chronic pain. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 59, 431-438.
- Lazarus, R. S. (1991). *Amotional & adaptation*. New York: Oxford University Press .
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984a). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Speinger.
- Leventhal, H., Nerenz, D., & Strauss, A. (1982). Self-regulation and the mechanisms for symptom appraisal. In: D. Mechanic(Ed.), *Monograph series in psychosocial epidemiology 3: Symptoms, illness behavior, and help-seeking* (pp.55-86). New York: Neale Watson.
- Mazure, C. M., Bruce, M. L., Maciejewski, P. K., & Jacobs, S. C. (2000). Adverse life events and cognitive-personality characteristics in the prediction of major depression and antidepressant response. *American Journal of Psychiatry*, 157, 896-903.
- Menaghan, E. G. (1983). Individual coping efforts & family studies: Conceptual & methodological issues. *Journal of Marriage & Family Review*, 6, 483-506 .
- Mikulincer, M.,& Florian, V. (1996). Coping & adaptation to trauma & loss. In: M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.). *Handbook of coping: Theory, research, & applications* (pp.554-572). New York: John Wiley .
- Miller, S. M., & Mangan, C. E. (1983). Interacting effects of information & coping style in adapting to gynecologic stress: should the doctor tell all? *Journal of Personality Social Psychology*, 45, 223-226.
- Murphy, C. E. (2002). Coping strategies, family environment, & interpersonal fear: A study of congruence between college students & their

- parents. *Journal of Clinical Psychology*, 2002, 101-109.
- Newcomb, M. D., Huba, G. J., & Bentler, P. M. (1981). A multidimensional assessment of stressful life events among adolescents: Derivations and correlates. *Journal of Health & Social Behavior*, 22, 400-415.
- Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Ravindran, A. V., Matheson, K., Griffiths, J., Merali, Z., & Anisman, H. (2002). Stress, coping, uplifts, and quality of life in subtypes of depression: A conceptual frame and emerging data. *Journal of Affective Disorders*, 71, 121-130.
- Ravindran, A. V., Anisman, H., Merali, Z., Charbonneau, Y., Telner, J., Bialik, R. J., Wiens, A., Ellis, J., & Griffiths, J. (1999). Treatment of primary dysthymia with cognitive therapy and pharmacotherapy: Clinical symptoms and functional impairments. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1608-1617.
- Ravindran, A. V., Griffiths, J., Waddell, C., & Anisman, H. (1995). Stressful life events and coping styles in relation to dysthymia and major depressive disorder: Variations associated with alleviation of symptoms following pharmacotherapy. *Prog. Neuro-Psychopharmacol. Journal of Biological Psychiatry*, 19, 637-653.
- Ravindran, A. V., Griffiths, J., Merali, Z., & Anisman, H. (1996). Primary dysthymia: A study of several psychosocial, endocrine and immune correlates. *Journal of Affective Disorders*, 40, 73-84.
- Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model & preventative health behaviour. *Health Education Monographs*, 3, 354-386 .
- Rosenstock, I. M. (1990). The health belief model: Explaining health behaviour through expectancies. In K. Glanz, M. Lewis & B. K. Rimer (Eds.). *Health behaviour & education: theory, research, & practice*. (pp. 39-62). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Roth, S., & Cohen, L. J. (1986). Approach, avoidance, & coping with stress. *Journal of Medical Psychology*, 41, 813-819 .
- Rubonis, A. V., & Bickman, L. (1991). Psychological impairment in the wake of disaster: The disaster-psychopathology relationship. *Journal of Psychological Bulletin*, 109, 384-399.
- Rudy, T. R., Kerns, R. D., & Turk, D. C. (1988). Chronic pain and depression: Toward a cognitive-behavioral mediation model. *Journal of Pain*, 35, 129-140.
- Saarni, C. (1999). *The development of emotional competence*. New York: Guildford Press.
- Schwarzer, R., & Renner, B. (2000). Social-cognitive predictors of health behaviour: Action self-efficacy & coping self-efficacy. *Journal of Health Psychology*, 19, 487-895 .
- Sheeran, P., & Abraham, C. (1995). The health belief model. In M. Conner, & P. Norman (Eds.). *Predicting health behavior*. (pp.121-162). Buckingham: Open University Press.
- Taylor, S. E. (1999). *Health psychology* (4<sup>th</sup>ed.). New York: MacGraw-Hill.
- Zeidner, M. (2007). Anxiety and coping with community disasters: The Israeli experience. *Journal of Research in Personality*, 41, 213-220.