

Explaining the role of coping styles in marital satisfaction and mental health

Mohammad Ali Besharat, Ph.D.

University of Tehran

Anahita Tashk, M.A.

Mohammad Reza Rezazadeh, Ph.D.

University of Tehran

تبیین رضایت زناشویی و سلامت روانی بر حسب سبک‌های مقابله

دکتر محمدعلی بشارت^۱

دانشگاه تهران

آناهیتا تاشک

کارشناس ارشد روانشناسی

دکتر سید محمد رضا رضازاده

دانشگاه تهران

Abstract

The aim of this study was to explain marital satisfaction and mental health according to coping styles in a sample of married students from the University of Tehran. An extensive analysis was performed to assess the kind of association among coping styles (problem-focused, positive emotional-focused, negative emotional-focused), marital satisfaction and mental health. Two hundred and seventy six students (138 couples) were included in this study. All participants were asked to complete the Coping Style Scale (CSS), Glombok-Rust Inventory of Marital State Questionnaire (GRIMS), and the Mental Health Inventory (MHI). Analysis of the data involved both descriptive and inferential statistics including means, standard deviations, Pearson's correlation coefficients, and regression analyses. The results revealed that effective coping styles including problem-focused and positive emotional-focused strategies were positively associated with marital satisfaction and psychological well-being, and negatively associated with psychological distress. It was found that negative emotional-focused coping style as an ineffective strategy was negatively associated with marital satisfaction and psychological well-being, and positively associated with psychological distress. The results suggested that couples' marital satisfaction and mental health could be explained by different coping styles. Effective coping styles increase levels of marital satisfaction and psychological well-being, while decreasing psychological distress. Ineffective coping style decreases marital satisfaction and mental health while increasing psychological distress.

Keywords: Coping style, Marital satisfaction, Mental health, Psychology well-being, Psychology distress

چکیده

در این پژوهش رابطه سبک‌های مقابله با رضایت زناشویی و سلامت روانی مورد بررسی قرار گرفت. هدف اصلی پژوهش حاضر، تبیین رضایت زناشویی و سلامت روانی بر حسب سبک‌های مقابله کارآمد (مساله مدار، هیجان مدار مثبت) و ناکارآمد (هیجان مدار منفی) در گروهی از دانشجویان متأهل بود. دویست و هفتاد و شش آزمودنی (۱۳۸ زوج) ساکن در خوابگاه‌های متاهلین دانشگاه تهران در این پژوهش شرکت کردند. از آزمودنیها خواسته شد مقیاس سبک‌های مقابله (کارور، شیر و وینتراب، ۱۹۸۹)، پرسشنامه وضعیت زناشویی گلوبوک - راست (راست، بنان، کرو و گلوبوک، ۱۹۸۸) و مقیاس سلامت روانی (ویت و ویر، ۱۹۸۳) ترجمه بشارت، (۱۳۸۴) را تکمیل کنند. برای تحلیل داده‌های پژوهش از شاخص‌ها و روشهای آماری شامل فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار، ضرایب همبستگی و تحلیل رگرسیون استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که بین سبک‌های مقابله کارآمد با رضایت زناشویی و بهزیستی روانشناختی همبستگی مثبت معنی‌دار و با درماندگی روانشناختی همبستگی منفی معنی‌دار وجود دارد، و بین سبک مقابله ناکارآمد با رضایت زناشویی و بهزیستی روانشناختی همبستگی منفی معنی‌دار و با درماندگی روانشناختی همبستگی مثبت معنی‌دار وجود دارد. سبک‌های مقابله کارآمد و ناکارآمد می‌توانند واریانس متغیرهای رضایت زناشویی، بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی را به صورت معنی‌دار تبیین کنند؛ یعنی سبک‌های مقابله کارآمد با افزایش رضایت زناشویی و بهزیستی روانشناختی و کاهش درماندگی روانشناختی در زوجین مطابقت می‌کنند و سبک مقابله ناکارآمد، با کاهش رضایت زناشویی و بهزیستی روانشناختی و افزایش درماندگی روانشناختی زوجین همراه است.

واژه‌های کلیدی: سبک‌های مقابله، رضایت زناشویی، سلامت روانی، بهزیستی روانشناختی، درماندگی روانشناختی

۱- تهران، پل گیشا، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، گروه روانشناسی، صندوق

پستی ۶۴۵۶ - ۱۴۱۵۵

besharat2000@yahoo.com

مقدمه

لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) راهبردهای مقابله^۱ را به عنوان مجموعه ای از پاسخ های رفتاری و شناختی که هدفشان به حداقل رساندن فشارهای موقعیت استرس زا است، تعریف کرده اند. پژوهش های اخیر نشان داده اند که نوع راهبرد مقابله مورد استفاده به وسیله فرد نه تنها سلامت روانی^۲ که بهزیستی جسمانی^۳ وی را نیز تحت تاثیر قرار می دهد (پیکو، ۲۰۰۱؛ ویتون، ۱۹۸۵). راهبردهای مقابله، همچنین حوزه روابط بین شخصی^۴ مخصوصاً کیفیت روابط زوجین را متاثر می سازند (پرلین و اسکولر، ۱۹۸۷؛ زیدنر و عندلر، ۱۹۹۷؛ فلتن و رونسون، ۱۹۸۴).

رویکردهای اولیه به فرایند مقابله، سه سبک اصلی را متمایز می کنند: سبک مقابله مساله مدار^۵ که وجه مشخصه آن عملکرد مستقیم برای کاهش فشارها یا افزایش مهارت های مدیریت استرس است؛ سبک مقابله اجتناب مدار^۶ که ویژگی اصلی آن اجتناب از مواجهه با عامل استرس زا است؛ و سبک مقابله هیجان مدار^۷ که وجه مشخصه آن راهبردهای شناختی ای است که حل یا حذف عامل استرس ز را با دادن نام و معنی جدید به تاخیر می اندازند (بیلینگز و موس، ۱۹۸۱؛ زیدنر و عندلر، ۱۹۹۶).

طبقه بندی های جدیدتر چهار سبک مقابله شامل منطقی^۸، گسسته^۹، هیجانی^{۱۰} و اجتنابی^{۱۱} را توصیف کرده اند (روجر، جرویس و نجاریان، ۱۹۹۳). مقابله منطقی به عنوان راه کاری مساله مدار و مقابله گسسته به عنوان رویکردی که بر اساس آن فرد از نظر شناختی از مشکل فاصله می گیرد تا از این طریق با آن مواجه شود و تاثیر بالقوه هیجان را کاهش دهد، تعریف می شود. مقابله منطقی و گسسته بطور کلی سبک های کار آمد^{۱۲} و مقابله هیجانی و اجتنابی غالباً سبک های نا کار آمد^{۱۳} محسوب می شوند (روجر و همکاران، ۱۹۹۳).

پژوهش های مربوط به مقابله، فرایند مقابله و تاثیر آن بر سلامت فرد را در موقعیت های مختلف بررسی کرده اند. در زمینه روابط زوجین و رضایت زناشویی^{۱۴}، یافته های پژوهشی نشان داده اند که سبک های مقابله کار آمد (مساله مدار یا منطقی و گسسته) با رضایت زناشویی رابطه مثبت و سبک های مقابله نا کار آمد (هیجان مدار و اجتنابی) با رضایت جنسی^{۱۵} رابطه منفی دارند (بومن، ۱۹۹۰؛ بیلینگز و موس، ۱۹۸۱؛ پرلین و اسکولر، ۱۹۷۸؛ پکنهام، ۲۰۰۱؛ تامسون و گیلبرت، ۱۹۹۸؛ زیدنر و عندلر، ۱۹۹۶؛ سابورین، لاپورت و رایت، ۱۹۹۰؛ کوهان و برادبوری، ۱۹۹۴؛ ملازاده، ۱۳۸۱؛ مناگن،

۱۹۸۲). سابورین و همکاران (۱۹۹۰) رضایت و عدم رضایت زوجین را به ترتیب بر حسب سبک های مقابله مساله مدار و هیجان مدار مورد تایید قرار داده اند. رابطه سبک های مقابله هیجان مدار و اجتنابی با مشکلات زناشویی^{۱۶} نیز در پژوهش هایی که در مورد زنان انجام گرفته تایید شده است (بیلینگز و موس، ۱۹۸۱؛ پرلین و اسکولر، ۱۹۷۸). تامسون و گیلبرت (۱۹۹۸) نشان دادند که استفاده از سبک های مقابله ناکار آمد یا استفاده از یک سبک ثابت با رضایت زناشویی کمتر و استفاده از سبک های مقابله کار آمد یا استفاده از سبک های متعدد با رضایت زناشویی بیشتر رابطه دارد. پژوهش ملازاده (۱۳۸۱) در مورد فرزندان شاهد نیز نشان داد که سبک های مقابله مساله مدار و هیجان مدار مثبت با سازگاری زناشویی^{۱۷} رابطه مثبت و سبک مقابله هیجان مدار منفی با سازگاری زناشویی رابطه منفی دارد.

در زمینه رابطه سبک های مقابله و سلامت روانی، مقابله واسطه بین استرس و بیماری شناخته شده است (کارور و همکاران، ۱۹۹۳؛ ونگ، ۱۹۹۳). مقابله یکی از متغیرهایی است که به صورت گسترده در چارچوب روانشناسی سلامت^{۱۸} مورد مطالعه قرار گرفته است (هوفول، شوارز و کوهن، ۱۹۹۸). شناسایی شکل های مؤثر مقابله به عنوان متغیر واسطه در رابطه استرس-بیماری خط مقدم پژوهش ها را در این حوزه به خود اختصاص داده است (سومرفیلد و مک کرا، ۲۰۰۰). به طور کلی نتایج غالب پژوهش ها، مقابله هیجانی را به عنوان مؤثرترین واسطه رابطه استرس-بیماری معرفی کرده اند (پکنهام، ۲۰۰۱). بیماریهای استرس مدار و وخیم تر شدن سلامت عمومی (پیکو، ۲۰۰۱؛ فولکمن و لازاروس، ۱۹۸۰) بیشتر در کسانی مشاهده می شوند که پیوسته از مقابله هیجانی استفاده می کنند. مقابله اجتنابی به عنوان راهبردی کوتاه مدت کار آمد شناخته شده است، اما در دراز مدت مانع سازش روانشناختی می شود و نشانه های درماندگی^{۱۹} مثل افسردگی^{۲۰} را افزایش می دهد (بریان و هاروی، ۱۹۹۵؛ رود، لوینسون، تیلسون و سیلی، ۱۹۹۰؛ هولوهن، موس، هولوهن و برناب، ۱۹۹۵). در نقطه مقابل، بعضی از پژوهش ها نشان داده اند که سبک های مقابله هیجان مدار باعث ارتقاء سطح سلامت روانی می شود (روش و وینر، ۲۰۰۱). به منظور حل تعارض های موجود در یافته های مربوط به مقابله - سلامت، پژوهشگران تاثیر متغیرهای موقعیتی^{۲۱} و تفاوت های فردی^{۲۲} را مورد بررسی قرار داده اند. بعضی یافته ها نشان داده اند که مقابله های مساله مدار در موقعیت های قابل کنترل باعث کاهش نشانه های بیماری می شوند، در حالی که مقابله های هیجان مدار در موقعیت های غیر قابل کنترل باعث کاهش نشانه های بیماری می شوند (ویتالیانو و همکاران، ۱۹۹۰). ویتالیانو و همکاران (۱۹۹۰) نشان دادند که مقابله های مساله مدار تنها در موقعیت های قابل کنترل و در افراد سالم باعث کاهش افسردگی می شوند (نقل از آلدوین، ۱۹۹۴).

هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی تاثیر سبک های مقابله بر رضایت زناشویی و سلامت روانی در نمونه ای از دانشجویان متأهل بود. رضایت زناشویی به احساس رضایت هر یک از زوجین از هماهنگی و مطابقت با همسر خود در زمینه چگونگی سازماندهی زندگی مشترک شامل هماهنگی در نحوه گذراندن اوقات فراغت، تقسیم کارهای خانه، تعامل و ارتباط با

- 1- coping strategies
- 2- mental health
- 3- physical well-being
- 4- interpersonal
- 5- problem-focused coping style
- 6- avoidant-focused coping style
- 7- emotional-focused coping style
- 8- logical
- 9- detached
- 10- emotional
- 11- avoidant
- 12- effective
- 13- ineffective
- 14- marital satisfaction
- 15- sexual satisfaction

- 16- marital problems
- 17- marital adjustment
- 18- health psychology
- 19- distress
- 20- depression
- 21- situational
- 22- individual differences

هیجان مدار منفی^۷ بر حسب مقیاس چهار درجه ای لیکرت (از ۰ تا ۳) می‌سنجد. کارور و همکاران (۱۹۸۹) روایی^۸ و پایایی^۹ این مقیاس را طی سه مطالعه بررسی کردند. ضرایب پایایی باز آزمایی^{۱۰} از $r = 0/42$ تا $r = 0/67$ برای مقیاس‌های مختلف تایید شد. روایی همگرا^{۱۱} و تفکیکی^{۱۲} مقیاس سبک‌های مقابله بر حسب همبستگی بین زیرمقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های متعدد دیگر شامل خوش بینی^{۱۳}، عزت نفس^{۱۴}، سختکوشی^{۱۵}، تیپ A و اضطراب بررسی و مورد تایید قرار گرفت (کارور و همکاران، ۱۹۸۹).

مقیاس سبک‌های مقابله در ایران نیز ترجمه و مورد تجدید نظر قرار گرفته است (ذوالفقاری، محمدخانی و ابراهیمی، ۱۳۷۱). به منظور بررسی مشخصه‌های روانسنجی^{۱۶}، این مقیاس بعد از ترجمه به چهار روانشناس و روانسج ارائه گردید و روایی محتوایی آن برای ارزیابی سبک‌های مقابله با استرس مورد تأیید قرار گرفت. بالاترین ضریب پایایی که از طریق باز آزمایی بدست آمد $0/95$ و پایین‌ترین ضریب پایایی $0/63$ محاسبه شد (ذوالفقاری و همکاران، ۱۳۷۱). در پژوهش حاضر، از تقسیم بندی دوگانه سبک‌های مقابله، یعنی سبک مقابله کارآمد (مساله مدار و هیجان مدار مثبت) و سبک مقابله ناکارآمد (هیجان مدار منفی) برای تحلیل آماری یافته‌ها استفاده شده است.

پرسشنامه وضعیت زناشویی گلوبوک-راست (GRIMS) - مشکلات زناشویی آزمودنی‌ها در این پژوهش با استفاده از پرسشنامه وضعیت زناشویی گلوبوک-راست (راست، بنان، کرو و گلوبوک، ۱۹۸۸) مورد بررسی قرار گرفت. این مقیاس یک پرسشنامه ۲۸ سوالی است. پرسش‌ها در مقیاس چهار درجه ای لیکرت، مشکلات موجود در روابط زناشویی زوجین را از صفر تا نمره سه در زمینه میزان حساسیت^{۱۷} و توجه زوجین نسبت به نیازهای یکدیگر، تعهد^{۱۸}، وفاداری^{۱۹}، مشارکت^{۲۰}، همدردی^{۲۱}، ابزار محبت، اعتماد، صمیمیت^{۲۲} و همدلی زوجین می‌سنجد. حداقل نمره آزمودنی در این مقیاس صفر و حداکثر نمره ۸۴ خواهد بود. نمره تراز شده آزمودنی‌ها در ۹ درجه بر حسب شدت و ضعف مشکلات زناشویی محاسبه می‌شود. در فرم فارسی این پرسشنامه نمره کل مقیاس با آلفای کرونباخ $0/92$ برای نمونه‌ای از زنها و $0/94$ برای شوهرها (بشارت، ۱۳۸۰) نشانه همسانی درونی^{۲۳} بالای پرسشنامه است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های آزمودنی‌ها در دو نوبت با فاصله دو هفته برای کل آزمودنی‌ها $r = 0/94$ ، آزمودنی‌های زن $r = 0/93$ و آزمودنی‌های مرد $r = 0/95$ نشانه پایایی باز آزمایی عالی پرسشنامه است. **مقیاس سلامت روانی - مقیاس سلامت روانی (ویت و ویر، ۱۹۸۳) یک**

یکدیگر، روابط جنسی و ابراز عواطف و احساسات به یکدیگر، اطلاق می‌شود (یوگمن و برازتن، ۱۹۸۶). رضایت زناشویی در این پژوهش بر حسب نمره آزمودنی‌ها در پرسشنامه وضعیت زناشویی گلوبوک-راست^۱ محاسبه شده است. سلامت روانی، حالتی از بهزیستی، احساس کنار آمدن با جامعه و رضایت بخش بودن موقعیتها و ویژگی‌های شخصی و اجتماعی است (کاپلن، ساکس و پاترسن، ۱۹۹۳). سلامت روانی در این پژوهش بر حسب نمره آزمودنی‌ها در مقیاس سلامت روانی^۲ (ویت و ویر، ۱۹۸۳؛ بشارت، ۱۳۸۴) محاسبه شده است. این مقیاس دو وضعیت بهزیستی روانشناختی^۳؛ حالت‌های مثبت سلامت روانی شامل عواطف مثبت و پیوندهای عاطفی، و درماندگی روانشناختی^۴؛ حالت‌های منفی سلامت روانی شامل اضطراب، افسردگی، از دست دادن کنترل رفتاری و عاطفی را ارزیابی می‌کند (ویت و ویر، ۱۹۸۳). فرضیه‌های اصلی پژوهش به شرح زیر آزمون می‌شوند:

- ۱) سبک مقابله کارآمد با رضایت زناشویی رابطه مثبت دارد.
- ۲) سبک مقابله ناکارآمد با رضایت زناشویی رابطه منفی دارد.
- ۳) سبک مقابله کارآمد با بهزیستی روانشناختی رابطه مثبت دارد.
- ۴) سبک مقابله کارآمد با درماندگی روانشناختی رابطه منفی دارد.
- ۵) سبک مقابله ناکارآمد با بهزیستی روانشناختی رابطه منفی دارد.
- ۶) سبک مقابله ناکارآمد با درماندگی روانشناختی رابطه مثبت دارد.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

جامعه آماری مورد بررسی در این پژوهش، دانشجویان متأهل ساکن در خوابگاه‌های متأهلین دانشگاه تهران بودند. طبق آمار ارائه شده توسط مسؤول مربوطه، تعداد ۴۱۶ زوج دانشجوی در سه خوابگاه متأهلین زندگی می‌کردند. نمونه مورد بررسی به روش در دسترس یا کومه‌ای انتخاب شد و شامل ۱۵۱ زوج که حداقل یکی از زوجین دانشجوی بودند، می‌شد. چون تعدادی از پرسشنامه‌ها ناقص پر شده بود و به همین دلیل از نمونه خارج شدند، تعداد نهایی مورد پژوهش به ۱۳۸ زوج تقلیل یافت. زوجین شرکت کننده در پژوهش، زندگی مشترک را تجربه کرده بودند و در زمان اجرای پژوهش با هم زندگی می‌کردند. پرسشنامه‌های سبک‌های مقابله، وضعیت زناشویی و سلامت روانی ضمن توضیحات لازم در مورد نحوه تکمیل آنها و اهداف پژوهش در اختیار زوجین قرار گرفت. از زوجین خواسته شد به صورت جداگانه به سؤال‌های پرسش‌نامه‌ها پاسخ دهند. میانگین سن زنان $25/05$ سال ($sd=3/97$ ، دامنه $17-42$) و میانگین سن مردان $28/96$ سال ($sd=4/58$ ، دامنه $21-48$) بود. میانگین مدت ازدواج زوجین $41/28$ ماه ($sd=3/75$ ، دامنه $22-240$ ماه) بود.

ابزار سنجش

مقیاس سبک‌های مقابله - سبک‌های مقابله آزمودنی‌ها در این پژوهش با استفاده از مقیاس سبک‌های مقابله^۵ (کارور، شیر و وینتراب، ۱۹۸۹) مورد بررسی قرار گرفت. این مقیاس یک آزمون ۶۰ سوالی است که ۱۵ عامل را در قالب سه زیرمقیاس مقابله مساله مدار، مقابله هیجان مدار مثبت^۶ و مقابله

- 1- Glombok-Rust Inventory of Marital State Questionnaire
- 2- Mental Health Inventory
- 3- psychological well-being
- 4- psychological distress
- 5- Coping Styles Scale
- 6- positive emotional-focused coping

- 7- negative emotional-focused coping
- 8- validity
- 9- reliability
- 10- test-retest reliability
- 11- convergent validity
- 12- differential validity
- 13- optimism
- 14- self-esteem
- 15- hardiness
- 16- psychometric
- 17- sensitivity
- 18- commitment
- 19- loyalty
- 20- cooperation
- 21- sympathy
- 22- intimacy
- 23- internal consistency

روانشناختی و درماندگی روانشناختی به ترتیب $r=0/77$ و $r=0/82$ و در سطح $P<0/001$ معنی دار بودند که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت بخش مقیاس می باشد.

روایی همزمان^۱ مقیاس سلامت روانی از طریق اجرای همزمان پرسشنامه سلامت عمومی^۲ (گلدبرگ، ۱۹۷۲، ۱۹۸۸) در مورد همه آزمودنیهای دو گروه محاسبه شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره کلی آزمودنیها در پرسشنامه سلامت عمومی با زیر مقیاس بهزیستی روانشناختی همبستگی منفی معنی دار ($r=0/85$, $P<0/001$) و با زیر مقیاس درماندگی روانشناختی همبستگی مثبت معنی دار ($r=0/86$, $P<0/001$) وجود دارد. این نتایج روایی همزمان مقیاس سلامت روانی را تایید می کنند. روایی تفکیکی مقیاس سلامت روانی از طریق مقایسه نمره های بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی دو گروه بیمار و بهنجار محاسبه شد و مورد تایید قرار گرفت (بشارت، ۱۳۸۴).

یافته ها

جدول شماره ۱ میانگین و انحراف معیار نمره های سبک های مقابله، رضایت زناشویی و سلامت روانی دانشجویان را نشان می دهد. برای تحلیل داده ها و آزمودن فرضیه های پژوهش، ابتدا ضرایب

آزمون ۳۴ سوآلی است و دو وضعیت بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی را در مقیاس ۵ درجه ای لیکرت از نمره ۱ تا ۵ می سنجد. حداقل نمره آزمودنی در زیرمقیاس های بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی به ترتیب ۱۴ و ۲۰ و حداکثر نمره آزمودنی در همین زیرمقیاس ها به ترتیب ۶۰ و ۱۰۰ خواهد بود. در فرم فارسی این مقیاس که در نمونه ای متشکل از یکصد و شصت دانشجوی دانشگاه های تهران و علم و صنعت ایران در دو گروه بیمار ($n=80$; ۵۰) دختر، ۳۰ پسر) و بهنجار ($n=80$; ۵۰) دختر، ۳۰ پسر) اجرا شد، ضرایب آلفای کرونباخ زیر مقیاس های بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی برای نمره آزمودنیهای بهنجار به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۸ و برای نمره آزمودنیهای بیمار به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۹ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس می باشند.

ضرایب همبستگی بین نمره های تعدادی از آزمودنیهای بهنجار ($n=30$) در دو نوبت با فاصله دو هفته برای سنجش پایایی بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب برای بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی به ترتیب $r=0/87$ و $r=0/89$ و در سطح $P<0/001$ معنی دار بودند که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت بخش مقیاس می باشد. ضرایب همبستگی بین نمره های تعدادی از آزمودنیهای بیمار ($n=30$) نیز در دو نوبت با فاصله یک تا دو هفته برای ارزیابی پایایی بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب برای بهزیستی

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمره های سبک های مقابله، رضایت زناشویی و سلامت روانی دانشجویان

متغیر	مردان M(SD)	زنان M(SD)	کل M(SD)
سبک مقابله کارآمد	۵۹/۸۸(۶/۳۰)	۵۸/۵۴(۶/۸۸)	۵۹/۲۱(۶/۶۱)
سبک مقابله ناکارآمد	۴۱/۳۱(۶/۹۷)	۴۳/۴۴(۶/۱۵)	۴۲/۳۸(۶/۶۵)
رضایت زناشویی	۱۹/۲۳(۱۱/۰۰)	۱۹/۱۵(۱۱/۶۰)	۱۹/۱۹(۱۱/۲۶)
بهزیستی روانشناختی	۵۴/۸۶(۷/۸۰)	۵۳/۹۰(۸/۶۰)	۵۴/۳۸(۸/۲۰)
درماندگی روانشناختی	۴۴/۶۲(۱۳/۹۲)	۴۸/۸۰(۱۴/۶۴)	۴۶/۷۱(۱۴/۴۱)

جدول ۲- نتایج ضرایب همبستگی پیرسون بین نمره های سبک های مقابله، رضایت زناشویی و سلامت روانی دانشجویان ($n=276$)

متغیر	r	P
سبک مقابله کارآمد - رضایت زناشویی	۰/۳۲	۰/۰۰۰
سبک مقابله ناکارآمد - رضایت زناشویی	-۰/۲۳	۰/۰۰۰
سبک مقابله کارآمد - بهزیستی روانشناختی	۰/۳۳	۰/۰۰۰
سبک مقابله ناکارآمد - بهزیستی روانشناختی	-۰/۲۹	۰/۰۰۰
سبک مقابله کارآمد - درماندگی روانشناختی	-۰/۲۸	۰/۰۰۰
سبک مقابله ناکارآمد - درماندگی روانشناختی	۰/۴۷	۰/۰۰۰

1- concurrent validity

2- General Health Questionnaire

جدول ۳- خلاصه مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون

SE	R ²	R	P	F	MS	df	SS	
					۲۹۹۲/۴۴	۲	۵۹۸۴/۸۸	رگرسیون
۱۰/۲۸	۰/۱۷	۰/۴۱	۰/۰۰۰	۲۸/۲۹				
					۱۰۵/۷۶	۲۷۳	۲۸۸۷۲/۴۳	باقیمانده

متغیر	B	SEB	Beta	t	P
سبک مقابله کارآمد	۰/۵۹	۰/۰۹	۰/۳۵	۶/۲۹	۰/۰۰۰
سبک مقابله ناکارآمد	-۰/۴۵	۰/۰۹	-۰/۲۶	-۴/۷۶	۰/۰۰۰

نشان می‌دهند که این دو متغیر با اطمینان ۹۹٪ تغییرات مربوط به رضایت زناشویی را پیش بینی می‌کنند؛ یعنی استفاده از سبک مقابله کارآمد با افزایش رضایت زناشویی مطابقت می‌کند و بالعکس استفاده از سبک مقابله ناکارآمد با کاهش رضایت زناشویی همراه است. طبق این یافته‌ها، فرضیه‌های اول و دوم پژوهش تایید می‌شوند.

سپس سبک‌های مقابله به عنوان متغیرهای پیش بین و سلامت روانی در دو زیر مقیاس بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی به عنوان متغیر ملاک وارد معادله رگرسیون شدند. نتایج تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون بین سبک‌های مقابله با بهزیستی روانشناختی در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

براساس این نتایج، میزان F مشاهده شده معنادار است ($P < ۰/۰۰۰$) و ۲۱٪ واریانس مربوط به بهزیستی روانشناختی بوسیله سبک‌های مقابله

همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش محاسبه شد. نتایج آزمون همبستگی پیرسون در جدول شماره ۲ خلاصه شده‌اند.

برای تحلیل داده‌ها و تعیین چگونگی تأثیر سبک‌های مقابله بر رضایت زناشویی، یعنی مشخص کردن این که چند درصد از واریانس رضایت زناشویی به وسیله سبک‌های مقابله تبیین می‌شود، سبک‌های مقابله به عنوان متغیرهای پیش بین و رضایت زناشویی به عنوان متغیر ملاک وارد معادله رگرسیون شدند. نتایج تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون بین سبک‌های مقابله و رضایت زناشویی در جدول شماره ۳ ارائه شده‌اند.

براساس این نتایج، میزان F مشاهده شده معنادار است ($P < ۰/۰۰۰$) و ۱۷٪ واریانس مربوط به رضایت زناشویی بوسیله سبک‌های مقابله کارآمد و ناکارآمد تبیین می‌شود ($R^2 = ۱۷$). ضرایب تأثیر سبک مقابله کارآمد ($\beta = ۰/۳۵$) و سبک مقابله ناکارآمد ($\beta = -۰/۲۶$) با توجه به آماره‌های t

جدول ۴- خلاصه مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون

SE	R ²	R	P	F	MS	df	SS	مدل
					۱۹۷۸/۲۳	۲	۳۹۵۶/۴۷	رگرسیون
۷/۳۰	۰/۲۱	۰/۴۶	۰/۰۰۰	۳۷/۱۳				
					۵۳/۲۸	۲۷۳	۱۴۵۴۶/۵۸	باقیمانده

متغیر	B	SEB	Beta	t	P
سبک مقابله کارآمد	۰/۴۵	۰/۰۷	۰/۳۷	۶/۷۷	۰/۰۰۰
سبک مقابله ناکارآمد	-۰/۴۰	۰/۰۷	-۰/۳۲	-۶/۰۰	۰/۰۰۰

جدول ۵- خلاصه مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و مشخصه های آماری رگرسیون

مدل	SS	df	MS	F	P	R	R ²	SE
رگرسیون	۱۸۹۹۰/۰۴	۲	۹۴۹۵/۰۲	۶۷/۹۵	۰/۰۰۰	۰/۵۸	۰/۳۳	۱۱/۸۲
باقیمانده	۳۸۱۴۷/۴۶	۲۷۳	۱۳۹/۷۳					

متغیر	B	SEB	Beta	t	P
سبک مقابله کارآمد	-۰/۷۳	۰/۱۱	-۰/۳۴	-۶/۷۷	۰/۰۰۰
سبک مقابله ناکارآمد	۱/۰۹	۰/۱۱	۰/۵۰	۱۰/۱۴	۰/۰۰۰

کارآمد و ناکارآمد تبیین می شود ($R^2=21$). ضرایب تأثیر سبک مقابله کارآمد ($\beta=0/37$) و سبک مقابله ناکارآمد ($\beta=-0/32$) با توجه به آماره های t نشان می دهند که این دو متغیر با اطمینان ۹۹٪ تغییرات مربوط به بهزیستی روانشناختی را پیش بینی می کنند؛ یعنی استفاده از سبک مقابله کارآمد با افزایش بهزیستی روانشناختی و سبک مقابله ناکارآمد با کاهش بهزیستی روانشناختی مطابقت می کند. طبق این یافته ها، فرضیه های سوم و چهارم پژوهش در مورد رابطه سبک های مقابله با بهزیستی روانشناختی تایید می شوند.

نتایج تحلیل واریانس و مشخصه های آماری رگرسیون بین سبک های مقابله با درماندگی روانشناختی در جدول شماره ۵ ارائه شده است. براساس این نتایج، میزان F مشاهده شده معنادار است ($P<0/000$) و واریانس مربوط به درماندگی روانشناختی به وسیله سبک های مقابله کارآمد و ناکارآمد تبیین می شود ($R^2=33$). ضرایب تأثیر سبک مقابله کارآمد ($\beta=-0/34$) و سبک مقابله ناکارآمد ($\beta=0/50$) با توجه به آماره های t نشان می دهند که این دو متغیر با اطمینان ۹۹٪ تغییرات مربوط به درماندگی روانشناختی را پیش بینی می کنند؛ یعنی استفاده از سبک مقابله کارآمد با کاهش درماندگی روانشناختی مطابقت می کند و سبک مقابله ناکارآمد با افزایش درماندگی روانشناختی. طبق این یافته ها فرضیه ها پنجم و ششم پژوهش در مورد رابطه سبک های مقابله با درماندگی روانشناختی تایید می شود.

نتایج پژوهش نشان داد که بین سبک مقابله کارآمد و رضایت زناشویی همبستگی مثبت معنی دار و بین سبک مقابله ناکارآمد و رضایت زناشویی همبستگی منفی معنی دار وجود دارد. این نتایج بدین معنی است که استفاده از سبک مقابله کارآمد بر رضایت زناشویی تأثیر مثبت دارد و احتمال رضایت زناشویی را افزایش می دهد و استفاده از سبک مقابله ناکارآمد بر رضایت

بحث و تفسیر

نتایج پژوهش نشان داد که بین سبک مقابله کارآمد و رضایت زناشویی همبستگی مثبت معنی دار و بین سبک مقابله ناکارآمد و رضایت زناشویی همبستگی منفی معنی دار وجود دارد. این نتایج بدین معنی است که استفاده از سبک مقابله کارآمد بر رضایت زناشویی تأثیر مثبت دارد و احتمال رضایت زناشویی را افزایش می دهد و استفاده از سبک مقابله ناکارآمد بر رضایت

اضطراب و آشفتگی را کاهش می‌دهد و باعث بهبود وضعیت سلامت روانی می‌شود.

استفاده از سبک مقابله ناکارآمد، بر عکس فرد را از درگیری مستقیم و موثر با مشکل بازمی‌دارد و توانمندی وی برای حل مشکل را کاهش می‌دهد. این وضعیت باعث اختلال در انسجام فکری و آشفتگی هیجانی می‌شود و سلامت روانی را کاهش می‌دهد. آشفتگی فکری و هیجانی امکان شناخت صحیح منبع استرس را نیز تحلیل می‌برد و سلامت روانی را به صورت منفی تحت تاثیر قرار می‌دهد. بنابراین می‌توان تصور کرد که نوعی رابطه دو جانبه بین سبک‌های مقابله و سلامت روانی وجود دارد. بر حسب این که سبک مقابله کارآمد باشد یا ناکارآمد، مواجهه با مشکلات و مسایل فعال یا نفعال خواهد بود و پیامد آن، سطوح متفاوت سلامت روانی شکل می‌گیرد (سولز و فلچر، ۱۹۸۵). همان‌طور که نتایج پژوهش‌های بالینی (مناگن، ۱۹۸۲؛ میچل و همکاران، ۱۹۸۳) نشان داده‌اند، آموزش سبک‌های مقابله کارآمد می‌تواند افسردگی را کاهش دهد و بهبود وضعیت سلامت روانی را در پی داشته باشد. در حد یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان پیشنهادهایی زیر را به منزله پیامدهای پژوهش در دستور کار اقدامات آموزشی، بهداشتی و بالینی، مخصوصاً در چهارچوب روابط زوجین قرار داد:

راهبردهای مقابله، مجموعه مهارتهایی هستند که تحت تاثیر آموزش و تجربه آموخته می‌شوند و نسبتاً قابل تغییرند. تدوین برنامه‌های آموزشی متناسب با تراز تحول، سبک مقابله معمول و مسلط، نیازها، و مشکلات مقابله‌ای آزمودنی و تعیین سبک‌های مطلوب و حدود تغییرات مورد نظر در سبک‌ها به عنوان اهداف این برنامه‌ها از اقدامات اساسی محسوب می‌شوند. در مراحل مختلف تحول، که موضوع شکل‌گیری سبک‌های مقابله مطرح است، مداخله‌های حساب شده و نظام‌دار والدین و مربیان نقشی تعیین‌کننده در پدیدآوری، استقرار و استمرار سبک‌های مقابله کارآمد بر عهده دارند. آموزش، تربیت و نظارت مستمر والدین و مربیان، استفاده از ابزارهای کمک آموزشی مدرن، و فراهم‌سازی زمینه‌های لازم برای تجربه و به‌کارگیری سبک‌های مقابله در موقعیت‌های مختلف آزمایشی و واقعی زندگی از مهمترین راهکارهای تاثیرگذاری بر شکل‌گیری سبک‌های مقابله در مراحل تحول محسوب می‌شوند. اهمیت این برنامه‌های پیشگیرانه وقتی برجسته‌تر می‌شود که مطابق یافته‌های موجود (پکنهام، ۲۰۰۱؛ پیکو، ۲۰۰۱؛ فولکمن و لازاروس، ۱۹۸۰) به نقش و تاثیر سبک‌های مقابله ناکارآمد بر پیدایش بیماری‌های استرس‌مدار و تهدید سلامت عمومی، علاوه بر سلامت روانی، توجه شود.

پس از شکل‌گیری سبک‌های مقابله، در شرایطی که برنامه‌های آموزشی و بهداشتی به هر دلیل با موفقیت اجرا نشده باشند، با مشکلات سبک‌های مقابله ناکارآمد مواجه خواهیم شد. فراسوی برنامه‌های آموزشی پیش‌گفته، مداخله‌های بالینی در این شرایط ضرورت خود را بیشتر نمایان می‌سازند. ترسیم و تحلیل موقعیت‌های استرس‌زا و مکانیسم‌های تاثیرگذاری سبک‌های مقابله، ایفای بازی نقش در محیط‌های بالینی و آزمایشی تحت نظارت متخصص، تجویز برنامه‌های زمانی برای اجرای آزمایشی سبک‌های مقابله کارآمد در موقعیت‌های مختلف زندگی، آموزش مهارت‌های موثر حل مسأله، تمرین‌های تقویت اعتماد سازی و راهکارهای مدرن پارادوکسی (بشارت، زیر چاپ) از جمله اقدامات بالینی به منظور تغییر، تعدیل و بازسازی سبک‌های مقابله کارآمد هستند.

مجموعه برنامه‌ها و اقدامات پیش‌گفته می‌توانند از طریق شکل‌دهی، تقویت و بازسازی سبک‌های مقابله مختلف به تناسب نیازها و شرایط،

که از سبک مقابله ناکارآمد هیجان‌مدار منفی استفاده می‌کنند (پرلین و اسکولر، ۱۹۸۷). انکار موقعیت استرس‌زا، به رفتار اجتنابی و انفعال در مقابله با موقعیت استرس‌زا به ناتوانی در به‌کارگیری توانمندی‌های بالقوه و ابتکار عمل فرد منجر می‌شود. با این سبک مقابله، مشکل پیش‌آمده لاینحل می‌ماند و در نتیجه ناراضی‌تری افزایش می‌یابد. ویژگی‌های "انکار" و "انفعال" و پیامدهای آنها در مقابله ناکارآمد با موقعیت‌های استرس‌زا از طریق کاهش اعتماد به نفس فرد نیز بر مشکلات و ناراضی‌تی‌ها می‌افزاید. درحوزه روابط بین شخصی، مخصوصاً روابط بین زوجین که رضایت از آن مستلزم بویایی‌های متقابل و مشارکت فعال زوجین است، این ویژگی‌ها مستقیماً بر میزان رضایت زناشویی تأثیر می‌گذارند.

بعلاوه، زوجینی که از سبک‌های مقابله کارآمد استفاده می‌کنند، در پرتو این سبک‌ها و براساس مکانیسم‌های پیش‌گفته، روابط بین شخصی آنها تقویت می‌شود و گسترش می‌یابد. این پدیده به فرد مجال می‌دهد تا علاوه بر امکانات و توانمندی‌های شخصی، از امکانات و مهارت‌های دیگران (مخصوصاً همسر) نیز برای حل مشکلات استفاده کند و بر رضایت زناشویی بیافزاید.

با استفاده از سبک مقابله ناکارآمد هیجان‌مدار منفی که وجه مشخصه آن دوری‌گزیدن از عامل استرس‌زا از طریق نادیده‌انگاری و بی‌اهمیت دانستن موضوع است (زیدنر و عدلر، ۱۹۹۶)، زوجین به جای درگیری مستقیم با منبع استرس و پرداختن به جوانب مختلف آن با نادیده‌انگاری و بی‌اهمیت دانستن موضوع، بخش عظیمی از انرژی خود را هدر می‌دهند. استفاده از این سبک مقابله باعث بوجود آمدن یک دور باطل می‌شود، بدین ترتیب که اجتناب یا دوری‌گزیدن از منبع استرس باعث می‌شود که مشکل باقی بماند و ابقای مشکل به نوبه خود عدم رضایت را بوجود می‌آورد. این عدم رضایت در افرادی که چنین راهبردی را به کار می‌برند، باعث اجتناب بیشتر می‌شود و در نتیجه عدم رضایت افزایش و ادامه می‌یابد.

احتمال دیگر این است که زوجین با استفاده از سبک مقابله هیجان‌مدار منفی، از نظر هیجانی با هم درگیر می‌شوند و تمرکز و آرامش خود را از دست می‌دهند (فلتن و رونسون، ۱۹۸۴). در نتیجه استرس تشدید می‌شود و ناراضی‌تری افزایش می‌یابد.

نتایج پژوهش نشان داد که سبک‌های مقابله کارآمد و ناکارآمد می‌توانند واریانس متغیرهای بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی که از مؤلفه‌های سلامت روانی هستند را به صورت معنی‌دار تبیین کنند: افزایش کاربرد سبک مقابله کارآمد با افزایش بهزیستی روانشناختی و کاهش درماندگی روانشناختی مطابقت می‌کند و استفاده از سبک مقابله ناکارآمد با کاهش بهزیستی روانشناختی و افزایش درماندگی روانشناختی همراه است. این یافته‌ها که با نتایج پژوهش‌های پیشین (آلدوین، ۱۹۹۴؛ آلدوین و رونسون، ۱۹۸۷؛ سیگمون و همکاران، ۱۹۹۵؛ فلتن و رونسون، ۱۹۸۴؛ میچل و همکاران، ۱۹۸۳) مطابقت می‌کند، برحسب چند احتمال تبیین می‌شوند: وقتی فرد از سبک‌های مقابله کارآمد استفاده می‌کند، به طور مستقیم با مشکل درگیر می‌شود و تمام توان خود را برای حل مشکل به کار می‌برد. این وضعیت باعث نظم و انسجام فکری می‌شود و آشفتگی هیجانی را کاهش می‌دهد (فلتن و رونسون، ۱۹۸۴؛ مناگن، ۱۹۸۲). در سایه انسجام فکری و آرامش هیجانی به دست آمده، منبع استرس بهتر شناسایی می‌گردد و ممکن است قابل کنترل نیز ارزیابی شود. شناخت منبع استرس از یک سو و قابل کنترل ارزیابی کردن آن از سوی دیگر، به افزایش سلامت روانی کمک می‌کند. شناخت منبع استرس همچنین از طریق افزایش اعتماد به نفس،

مراجع

بشارت، محمد علی (۱۳۸۰). بررسی رابطه سبک های دلبستگی با مشکلات زناشویی در زوجین ناباور. فصلنامه تازه های رواندرمانی، ۱۷ و ۱۸، ۵۵-۶۶.

بشارت، محمد علی (۱۳۸۴). پایایی و اعتبار مقیاس سلامت روانی (MHI). فصلنامه دانشور رفتار، زیر چاپ.

بشارت، محمد علی (۱۳۸۵). خانواده درمانگری سیستمی - انتشارات سمت، زیر چاپ.

ذوالفقاری، فضیله؛ محمدخانی، پروانه و ابراهیمی، امرالله (۱۳۷۱). بررسی راهبردهای مقابله، کارآمدی شخصی و نگرش به رویدادهای زندگی در دو گروه نوروتیک و بهنجار ایرانی. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال سوم، شماره ۳.

ملازاده، جواد (۱۳۸۱). رابطه سازگاری زناشویی با عوامل شخصیت و سبک‌های مقابله ای در فرزندان شاهد. رساله دوره دکتری، دانشگاه تربیت مدرس.

وضعیت سلامت روانی، سلامت عمومی، رضایت از زندگی فردی و روابط بین شخصی، از جمله رضایت زناشویی، را بهبود بخشند.

محدودیت جامعه آماری پژوهش و نوع پژوهش، محدودیت هایی را در زمینه تعمیم یافته ها، تفسیرها و اسنادهای علت شناختی متغیرهای مورد بررسی مطرح می کند که باید در نظر گرفته شوند. بعلاوه، مشکلات احتمالی مربوط به اعتبار ابزار مورد استفاده و شیوه اجرای آنها در این پژوهش را نباید از نظر دور داشت. برای بررسی دقیق تر رابطه سبک های مقابله با رضایت زناشویی و سلامت روانی، انجام پژوهش هایی که بر اساس آنها تاثیر سبک‌های مقابله مساله مدار، روی آوری و اجتنابی به عنوان سبک های متمایز و شناخته شده بر رضایت زناشویی و سلامت روانی به صورت مستقل بررسی شود، پیشنهاد می گردد. اجرای پژوهش های طولی در مورد سبک‌های مقابله و تاثیر آنها بر رضایت زناشویی و سلامت روانی در سنین و مراحل مختلف زندگی مشترک و مقایسه یافته‌ها در مورد آزمودنی‌های مجرد و متأهل مکمل یافته های پژوهش حاضر خواهد بود.

Aldwin, C. M. (1994). *Stress, coping, and development: an integrative perspective*. New York: Guilford Press.

Aldwin, C., & Revenson, T. (1987). Does coping help? a reexamination of the relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 337-348.

Billings, A. G., & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioural Medicine*, 4, 139-157.

Bowman, M. L. (1990). Coping efforts and marital satisfaction: measuring marital coping and its correlates. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 463-474.

Bryant, R. A., & Harvey, A. G. (1995). Avoidant coping style and post-traumatic stress following motor vehicle accidents. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 631-635.

Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., Ketcham, A. S., Moffat, F. L., Jnr, & Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effect of optimism and distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintrub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.

Cohan, C. L., & Bradbury, T. N. (1994). Assessing responses to recurring problems in marriage: evaluation of the marital coping inventory. *Psychological Assessment*, 6, 191-200.

Felton, B. J., & Revenson, T. A. (1984). Coping with chronic illness: a study of illness controllability and the

influence of coping strategies on psychological adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 343-353.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behaviour*, 21, 219-239.

Goldberg, D. P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Maudsley Monograph, 21, Oxford: Oxford University Press.

Goldberg, D. P., & Williams, P. (1988). *A users' guide to the Genral Health*

Hobfoll, S. E., Schwarzer, R., & Chon, K. K. (1998). Disentangling the stress labyrinth: interpreting the meaning of the term stress as it is studied in health context. *Anxiety, Stress and Coping*, 11, 181-212.

Holohan, C. J., Moos, R. H., Holohan, C. K., & Brennbab, P. L. (1995). Social support, coping and depressive symptoms in a late middle-aged sample of patients reporting cardiac illness. *Health Psychology*, 14, 152-163.

Kaplan, R. M., Saks, J. F., & Patterson, T. L. (1993). *Health and human behaviours. USA: McGraw Hill*.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

Menaghan, E. (1982). Measuring coping effectiveness: a panel analysis of marital problems and coping efforts. *Journal of Health and Social Behaviour*, 23, 220-234.

Mitchell, R. E., Cronkite, R. C., & Moos, R. H. (1983). Stress, coping and depression among married couples. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 433-448.

Pakenham, K. (2001). Coping with multiple sclerosis: development of a measure. *Psychology, Health, and Medi-*

cine, 6, 411-428.

Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.

Piko, B. (2001). Gender differences and similarities in adolescents' ways of coping. *Psychological Record*, 51, 223-236.

Ptacek, J. T., & Dodge, K. L. (1995). Coping strategies and relationship satisfaction in couples. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 76-84.

Rhode, P., Lewinsohn, P. M., Tilson, M., & Seeley, J. R. (1990). Dimensionality of coping and its relation to depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 499-511.

Roesch, S. C., & Weiner, B. (2001). A meta-analytic review of coping with illness: do causal attributions matter? *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 205-219.

Roger, D., Jarvis, P., & Najarian, B. (1993). Detachment and coping: The construction and validation of a new scale for measuring coping strategies. *Personality and Individual Differences*, 15, 619-626.

Rust, J., Bennun, I., Crowe, M., & Golombok, S. (1998). *The Golombok-Rust Inventory of Marital State Questionnaire*. London: NEFER-NELSON.

Sabourin, S., Laport, L., & Wright, J. (1990). Problem solving self-appraisal and coping efforts in distressed and nondistressed couples. *Journal of Marital and Family Therapy*, 16, 89-97.

Sigmon, S. T., Stanton, A. L., & Snyder, C. R. (1995). Gender difference in coping: a further test of socialization and role constraint theories. *Sex Roles*

Somerfield, M. R., & Mc Crae, R. R. (2000). Stress and coping research. *American Psychologist*, 55, 620-625.

Suls, J., & Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: a meta-analysis. *Health Psychology*, 4, 249-288.

Thomson, D. G., & Gilbert, D. G. (1998). Factor characterizing marital conflict states and traits: physiological, affective, behavioural and neurotic variable contribute to marital conflict and satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 25, 833-855.

Veit, C. T., & Ware, J. E. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 730-742.

Vitaliano, P. P., DeWolfe, D. J., Maiuro, R. D., Russo, J., & Katon, W. (1990). Appraised changeability of a stressor as a modifier of the relationship between coping and psychological distress: a test of hypothesis of fit. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 582-592.

Wong, P. T. P. (1993). Effective management of life stress: the resource-congruence model. *Stress Medicine*, 9, 51-60.

Yogman, M. W., & Brazerton, T. B. (1986). *In support of families*. USA: President & Fellows of Harvard College.

Zeidner, M., & Endler, N. S. (1996). *Handbook of coping: theory, research, application*. Wiley and Son Publisher.