

تأثیر راهبردهای مقابله با استرس بر سلامت روان دانشجویان: اثر تعدیل‌کننده سرسختی روان‌شناختی

محمد مهدی حسن‌شاهی^۱ - مریم دارایی^۲

چکیده

هدف پژوهش حاضر با پیگیری روند مطالعات مربوط به سرسختی روان‌شناختی و توجه به نتایج به دست آمده در مورد افراد سرسخت، به بررسی نقش تعدیل‌کننده سرسختی روان‌شناختی در ارتباط بین راهبردهای مقابله‌ای و سلامت روانی می‌پردازد. نمونه مورد بررسی شامل ۲۰۰ نفر از دانشجویان (۱۵۹ دختر و ۴۱ پسر) سال اول و دوم رشته روان‌شناسی عمومی و بالینی دانشگاه آزاد اسلامی ارسنجان بودند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه سرسختی اهواز، پرسشنامه راهبردهای مقابله با استرس پارکر و اندلر (۱۹۹۰) و پرسشنامه سلامت عمومی GHQ-28 استفاده شد. نتایج ضریب همبستگی پارشیال بین متغیرهای موجود و بررسی متغیرهای مربوط به جنس و سال ورود به دانشگاه نشان داد که رابطه میان سرسختی روان‌شناختی با راهبردهای مقابله مسأله‌مدار و اجتنابی، مثبت و با راهبرد مقابله هیجان‌مدار

۱- عضو هیأت علمی گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی ارسنجان

۲- دانشگاه آزاد اسلامی ارسنجان - گروه روان‌شناسی

منفی و پایا بود. همچنین نتایج تحلیل واریانس چند عاملی نشان داد دانشجویانی که در پرسشنامه سرسختی روان‌شناختی نمره بالا آورده بودند، از نظر پایایی بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار و کمتر از راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار استفاده می‌کردند، در حالی که دانشجویانی که در پرسشنامه سرسختی روان‌شناختی نمره پایین آورده بودند از نظر پایایی بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار استفاده می‌کردند. این بررسی همچنین نشان داد که افراد دارای سرسختی بالا بیش از افراد دارای سرسختی پایین، از سلامت روان برخوردار بودند و میزان نشانه‌های جسمانی، نشانگان اضطراب و اختلال خواب و افسردگی در آنها کمتر از افراد غیرسخت بود. ارتباط متغیرهای جنس و سال ورود به دانشگاه با سرسختی روان‌شناختی، استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتناب‌مدار و زیرمقیاس‌های مختلف پرسشنامه سلامت عمومی نیز مورد بررسی قرار گرفت.

کلید واژه‌ها: سرسختی روان‌شناختی، شیوه‌های مقابله با استرس، بهداشت روان دانشجویان.

پژوهش‌های علمی و مطالعات فرهنگی
مجله علمی روان‌شناسی

مقدمه

انسان در مسیر زندگی با فراز و نشیب‌های متعددی روبه‌رو می‌شود، به طوری که هر روز شاهد اتفاقات جدیدی است. برخی از این مسائل و اتفاقات بسیار ناچیز و پیش پا افتاده‌اند و مشکلی برای او ایجاد نمی‌کنند و طبعاً نیازی به سازگاری با آنها وجود ندارد. در مقابل برخی مسائل و موضوعات موجب ایجاد تغییراتی در زندگی شده و باعث برهم خوردن روال عادی زندگی فرد می‌شوند که مستلزم تلاش برای سازگاری مجدد با آنهاست. به اعتقاد هولمز و راهه (۱۹۷۶) هر حادثه‌ای که نیاز به سازگاری زیادی در زندگی داشته باشد ممکن است استرس‌زا باشد. در زندگی روزمره، فشار روانی به شکل‌های گوناگون بروز می‌کند. پاسخی که با عصبانیت به پرسشی داده می‌شود، سردرد شدیدی که در پایان یک روز کار سخت به وجود می‌آید و یا عصبانیت راننده گرفتار در یک ترافیک سنگین نمونه‌هایی از فشارهای روانی روزمره و عادی هستند. لیکن در فشار روانی طولانی و خیلی شدید مردم اغلب نشانه‌های مسئله‌سازی بروز

می‌دهند که نگران‌شان می‌کند. از سوی دیگر استرس پیامدهای متنوع و گوناگونی دارد و بر جنبه‌های مختلف زندگی انسان تأثیر می‌گذارد. استرس ممکن است منجر به مشکلات جسمانی، روانی، اختلال در عملکرد و مشکلات هیجانی و عاطفی گردد. بخش اعظم شواهد و مدارکی که طی دهه‌های اخیر و به‌ویژه پس از بررسی هانس سلیه و به دنبال انتشار فهرست «رویدادهای زندگی» توسط هولمز و راهه (۱۹۷۶)، در این زمینه به دست آمده است، نشان‌دهنده‌ی ارتباط میان رویدادهای زندگی و ناهنجاری‌های روانی و جسمانی است. اما در سالهای اخیر توجه زیادی به عوامل تعدیل‌کننده‌ی این رابطه معطوف شده و باعث به وجود آمدن رویکرد جدیدی به مطالعه‌ی استرس و روشهای پیشگیری از آن شده است. در این رویکرد ویژگیهای شخصیتی از قبیل خودبستگی، اعتماد به نفس، منبع کنترل، تیپ‌های شخصیتی و سبک‌های تبیینی خوشبینانه و بدبینانه، که می‌توانند در نقش منابع شخصیتی به هنگام استرس وارد عمل شوند، توجه ویژه‌ای را به خود جلب کرده است. بر این اساس معمولاً رویدادهای زندگی زمانی مضر خواهد بود که فرد آن را نسبت به زندگی خود خطرناک و تهدیدکننده تلقی نماید و در عین حال منابع مختلف رویارویی با آن را در اختیار نداشته باشد (ساراسون و ساراسون، ۱۹۸۹). طی دهه‌های اخیر علاقه‌مندی به فرایندهایی که انسان برای مقابله با استرس از آنها بهره می‌گیرد رو به افزایش است (موس، ۱۹۸۶). و در دهه‌ی گذشته، سازه‌ای به نام «مقابله» در متون روان‌شناسی توجه زیادی را به خود جلب کرده است (کلینکه، ۱۹۹۱؛ دیویس، ۲۰۰۱). بنا به تعریف، مقابله عبارت است از تسلط یافتن^۱، کم کردن^۲ یا تحمل آسیب‌هایی که استرس ایجاد می‌کند. نظریات زیادی درباره‌ی مقابله وجود دارد، اما فولکمن و لازاروس (۱۹۸۰)، بیشتر مفهوم مقابله و روشهای مختلف آن را بررسی کرده‌اند. بر این اساس مقابله شامل تمام تلاش‌های شناختی و رفتاری است که برای مهار، کاهش یا تحمل درخواستهای درونی یا بیرونی به کار گرفته می‌شود. مقابله ممکن است رابطه‌ی فرد را با محیط تغییر و یا میزان ناراحتی عاطفی او را کاهش دهد. روشهای مقابله گوناگون است، اما براساس پژوهش‌های مختلف می‌توان روشهای مقابله را در دو عنوان کلی

روشهای مقابله هیجان‌مدار و مسأله‌مدار مورد بررسی قرار داد. تمایز میان مقابله مبتنی بر مشکل و مقابله مبتنی بر هیجان حایز اهمیت است. تحقیقات این مسأله را نشان می‌دهند که پاسخ افراد به مقیاس‌های مقابله‌ای چند عامل را شکل می‌دهد. این تحقیقات (فلکمن و لازاروس، ۱۹۸۶؛ کارور و شایر، ۱۹۸۹؛ اندلر و پارکر، ۱۹۹۰؛ کلینکه، ۱۹۹۱؛ دیویس، ۲۰۰۱) بیانگر آن است که گرایش‌های مقابله‌ای ممکن است یکی از این موارد را در بر داشته باشد:

مقابله فعال: فرایند اتخاذ گام‌های مقابله‌ای به منظور از بین بردن عامل استرس‌زا یا خنثی کردن تأثیرات آن است. مقابله فعال مشتمل بر اقدام مستقیم، افزایش تلاش و کوشش و تلاش برای اجرای یک روش مقابله‌ای است. استفاده از اصطلاح مقابله فعال در واقع شبیه نظریه اصلی لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) است که اصطلاح مقابله مبتنی بر مشکل را به کار بردند.

برنامه‌ریزی: عبارت است از اندیشیدن در مورد اینکه چگونه با عامل استرس‌زا مقابله کنیم. فرایندهای برنامه‌ریزی مبتنی است بر؛ درصد اقدام عملی بر آمدن، طرح‌ریزی در مورد اینکه چه اقدامات عملی انجام گیرد و چگونه به بهترین شکل ممکن از عهده مشکل برآییم. این اقدام، اقدامی مبتنی بر حل مشکل است.

تمایل به جست‌وجوی حمایت‌های اجتماعی: این روش در حقیقت شمشیری دو لبه است. از بسیاری جهات جست‌وجوی حمایت اجتماعی و عاطفی پدیده‌ای کارکردی به نظر می‌رسد. به این معنی که فردی که از یک تهدید احساس ناامنی می‌کند یا به دست آوردن این نوع حمایت احساس آرامش می‌کند. لذا به نظر می‌رسد که این روش خود بازگشتی به شیوه‌های مقابله مبتنی بر مشکل باشد. از سوی دیگر گاهی اوقات منابع همدردی برای بیان احساسات فرد مورد استفاده قرار می‌گیرد و شواهدی در دست است که حمایت از این رهگذر ممکن است همیشه سازگارانه نباشد (فلکمن و لازاروس، ۱۹۸۶).

با وجود این تقسیم‌بندی‌ها، ما با روشهای مختلف با استرس مقابله می‌کنیم. در سالهای اخیر، تعداد زیادی از پژوهشگران کوشیده‌اند، روشهای گوناگونی را که مردم در مقابله با استرس استفاده می‌کنند، شناسایی نمایند. نتایج نشان داد که افراد راهبردهای

مقابله کاملاً متنوعی را به کار می‌برند. مک کی (۱۹۸۹)، در یک مطالعه با ۲۲۵ شرکت‌کننده بزرگسال که با استرس سر و کار داشتند، ۲۸ راهبرد مقابله‌ای را شناسایی نمود. در مطالعه دیگری کارور، شایر و ویتروپ (۱۹۸۹) ۱۴ مقوله مختلف از راهبردهای مقابله‌ای را گزارش کرده‌اند. براساس این بررسی‌ها، موقعی که ما با استرس روبه‌رو می‌شویم، روش مقابله‌مان را از یک فهرست بزرگ و گوناگون انتخاب می‌کنیم. گرچه فهرست بزرگی از روشهای مقابله‌ای در اختیار داریم، اما بیشتر به تعدادی از راهبردهای مقابله، بیش از سایر راهبردها اعتماد می‌کنیم و راهبردهایی را مورد استفاده قرار می‌دهیم که ما را با موقعیتهای آسیب‌زا سازگار نماید (لیوید و ویتن، ۱۹۹۷). بنابراین یکی از موارد شایان توجه، نقش تفاوت‌های فردی در فرایند مقابله است. هر یک از ما سبک مشخصی برای مقابله با مشکلاتمان داریم و موقعی که عنوان می‌کنیم شخصی با مشکلاتش مقابله می‌کند، به‌طور ضمنی بیان می‌نماییم که وی آنها را به‌صورت مؤثری دستکاری می‌کند. در واقع فرایندهای مقابله‌ای ممکن است شامل دامنه‌ای از سلامتی تا آسیب‌شناختی محض باشد.

کارلس کارور و همکارانش (۱۹۸۹) همبستگی میان هر روش مقابله و برخی متغیرهای شخصیتی مثل عزت‌نفس^۱ و اضطراب^۲ را اندازه‌گیری کردند. آنها دریافتند که برخی الگوهای مقابله‌ای (روشهای مقابله فعال، برنامه‌ریزی شده، برداشت مثبت) با عزت‌نفس بالا و اضطراب پایین همبسته هستند، در حالی که الگوهای روبارویی دیگر، با عزت‌نفس پایین و اضطراب بالا همبستگی دارند. یافته‌هایی از این قبیل برای ما تمایز بین الگوهای مقابله بهداشتی و آنهایی که منجر به ناسازگاری می‌گردد را مشخص می‌نماید. با وجود این هیچ راهبرد مقابله‌ای نمی‌تواند پیامد موقفی را تضمین نماید. علاوه بر این ارزش‌سازی هر روش مقابله‌ای به موقعیت طبیعی آن بستگی دارد، به‌طوری که حتی راهبردهای مقابله غیرمنطقی نیز ممکن است در برخی موارد ارزش‌سازی داشته باشند (همان منبع). در هر صورت مقابله نقش مهم و مؤثری در سازش، رفاه و سلامتی انسان دارد. پژوهشهای مختلف نشان می‌دهد که روشهای مقابله

مسئله‌مدار بیشتر از روشهای مقابله غیر مسئله‌مدار بر رفاه و سلامتی افراد تأثیر می‌گذارد (پرزیک و همکاران، ۲۰۰۰).

از جمله متغیرهای شخصیتی قابل ذکر آنکه در ارتباط بین استرس و بیماریها نقش تعدیل‌کننده‌ای دارد و با روش مقابله فعال و کارآمد، ارتباط مستقیم دارد، سرسختی روان‌شناختی است. سرسختی روان‌شناختی را ساختاری چند مؤلفه‌ای فرض نموده‌اند که شامل تعهد^۱، مهارت^۲ و مبارزه‌جویی^۳ می‌باشد. از لحاظ روان‌پویایی، سرسختی یکی از عناصر شخصیت است که همه افراد به درجاتی از آن برخوردارند و همچون سایر ساختارها یا صفات شخصیتی همواره در حال تغییر و تحول می‌باشد. همچنین میزان پویایی و تحول سرسختی، تحت تأثیر تجارب رشدی، تفاوت‌های فردی، جنسی و سنی است.

خاستگاه نظری مفهوم سرسختی به پژوهش‌های کوباسا براساس دیدگاه وجودی برمی‌گردد. در نظریه‌های وجودی توجه به فرد در شرایط انسانی از اهمیتی ویژه و اصیل برخوردار است. با این حال در دیدگاه وجودی توجه به فردیت و بیگانگی بودن آن، آزادی اصیل و بازگشت به خود انتخاب، مسؤلیت، تجربه شخصی و جست‌وجوی معنای زندگی نیز بسیار مهم است (پروین، ۱۹۹۶). در مجموع نمی‌توان گفت سرسختی میزان تمایل فرد به ایجاد ارتباط با خود و جهان اطراف است. این مسئله فقط تحمل استرس نیست، بلکه توان مقاومت و شکوفا ساختن خود در شرایط سخت و رفتن به دل حوادث استرس‌زا است. این امر مانند یک حمله بی‌پروا نیست، بلکه توان ادراک شرایط اطراف خود و توان خودارزیابی است (کوزاکا، ۱۹۹۶). در زیر به بررسی سه مؤلفه اساسی سرسختی روان‌شناختی پرداخته می‌شود:

۱- احساس تعهد: احساس تعهد، دلبستگی یا عجزین شدن با آنچه فرد انجام می‌دهد، اولین مؤلفه سرسختی محسوب می‌شود. احساس تعهد، در واقع نقطه مقابل «بیگانگی از خود» است. کوباسا (۱۹۷۹) برای ارزیابی این مؤلفه از مقیاس‌های بیگانگی از خود و بیگانگی از کار استفاده نموده است. شخص متعهد در زندگی احساس ارزشمندی و مسؤلیت می‌کند.

۲- مهار: توان پیش‌بینی کردن و یا مهار رویدادهای زندگی، مؤلفه دوم سرسختی به حساب می‌آید. مهار در واقع نقطه مقابل ناتوانی است. کوباسا (۱۹۷۹) برای ارزیابی این مؤلفه از مقیاس‌های ناتوانی و منبع مهار درونی استفاده نموده است. افرادی که در مؤلفه مهار بالا هستند، سرنوشت خود را تا حد زیادی در دست دارند و خارج از توان خود نمی‌دانند.

۳- مبارزه‌جویی: چالش‌جویی یا طبیعی دانستن تغییرات، مؤلفه سوم سرسختی است. مبارزه‌جویی در واقع نقطه مقابل احساس خطر و ناامنی است. کوباسا (۱۹۷۹) برای ارزیابی این مؤلفه از مقیاس ایمنی استفاده نموده است. فرد دارای مؤلفه مبارزه‌جویی، مشکلات زندگی را میدانی برای مبارزه و رشد تلقی می‌کند و در برابر رویدادها حالت درماندگی و تسلیم نشان نمی‌دهد. در واقع برای این افراد دست و پنجه نرم کردن با مشکلات نیروبخش است (مدی، ۱۹۹۰).

براساس پژوهش‌های کوباسا (۱۹۷۹) و سایر پژوهشگران (مدی، ۱۹۹۰؛ کوتتراد، ۱۹۸۹؛ وایب، ۱۹۹۱؛ کلاگ و برادلی، ۲۰۰۴ و...) سرسختی یک منبع مقاومت درونی معرفی شده که آثار زیانبار استرس را بر سلامتی کاهش می‌دهد. افراد سرسخت با کار و زندگی در آمیخته‌اند (احساس تعهد)، پدیده‌ها و رویدادهای زندگی را مهار گسیخته نمی‌دانند (مهار) و تغییرات را جریان عادی زندگی تلقی می‌کنند (مبارزه‌جویی)، افراد سرسخت در شرایط تنش‌زا کمتر بیمار می‌شوند، در برخورد با تکالیف دشوار کمتر دچار هیجان منفی می‌شوند و اغلب حوادث را کمتر تهدیدکننده، ارزیابی می‌کنند. با وجود این ترسیم الگوی اثربخشی بر سلامتی مشکل است. زیرا در ارتباط بین استرس و بیماری عوامل تعدیل‌کننده دیگری مانند هیجان‌خواهی، عزت‌نفس سبک‌های تبیینانه و... دخالت دارند. به همین دلیل غالب پژوهشگران تلاش فرد را برای بررسی فرایندهای ارزیابی شناختی و یا روشهای مقابله‌ای افراد سرسخت متمرکز نموده‌اند و پژوهش حاضر در همین راستا قرار دارد. فرضیه‌های این مطالعه عبارت بودند از: اول «شرکت‌کنندگان سرسخت در مقایسه با افراد غیرسرسخت از شیوه‌های مقابله کارآمدتری استفاده می‌نمایند». دوم «شرکت‌کنندگان سرسخت در مقایسه با افراد غیرسرسخت از سلامت روان مطلوب‌تری برخوردارند».

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های همبستگی و پس‌رویدادی است که با هدف کلی تعیین ارتباط میان سخت‌رویی، شیوه‌های مقابله‌ای و بهداشت روانی انجام گرفته است. جامعه آماری پژوهش حاضر دانشجویان سال اول و دوم رشته روان‌شناسی عمومی و بالینی دانشگاه آزاد اسلامی ارسنجان در سال تحصیلی ۸۵-۸۴ بودند. نمونه مورد بررسی شامل ۲۰۰ دانشجوی (۱۵۹ دختر و ۴۱ پسر) بود که به شیوه نمونه‌گیری طبقه‌ای متناسب، از بین دانشجویان دختر و پسر انتخاب شدند. در این پژوهش از پرسشنامه‌های زیر به منظور اندازه‌گیری متغیرهای مورد بررسی استفاده شده است.

۱- روشهای مقابله‌ای با پرسشنامه پاسخهای سازگارانه (پرسشنامه روشهای مقابله با استرس مقابله‌ای)^۱ پارکر و اندلی (۱۹۹۰) بررسی و ارزیابی گردید. پارکر و اندلی به منظور سنجش روشهای مقابله‌ای افراد (نوجوانان و بزرگسالان) این پرسشنامه را تهیه و اعتباریابی کردند. در پی دستیابی به روش آسان و معتبر برای ارزیابی پاسخ‌های مقابله‌ای، تعدادی از بزرگسالان را مورد مطالعه قرار دادند. از پاسخ‌دهندگان خواسته شد یک بحران شخصی یا حادثه‌ای پر استرس را که به تازگی تجربه کرده‌اند در نظر آورند و با توجه به اینکه چگونه با آن رویداد درگیر شده‌اند، ماده‌های پرسشنامه را به صورت بلی - خیر تکمیل کنند. سپس در سال ۱۹۸۴ کار خود را با بررسی رفتارهای مقابله‌ای در گروهی از بیماران افسرده دنبال کردند. تعداد پاسخ‌های مقابله‌ای را به ۳۲ ماده افزایش دادند و به جای شکل بلی - خیر یک مقیاس چهار نقطه‌ای را به کار بردند. طبقه‌بندی جدید آنها سه پاسخ مقابله‌ای (مقابله متمرکز بر ارزیابی شناختی، مقابله متمرکز بر مشکل، مقابله متمرکز بر هیجان) را در برداشت. در پژوهش حاضر فرم اخیر پرسشنامه را نویسندگان مقاله ترجمه و بعد از بررسی مقدماتی خصوصیات روان‌سنجی آن مورد استفاده قرار گرفت.

۲- سرسختی روان‌شناختی: به وسیله مقیاس ۲۷ ماده‌ای سرسختی روان‌شناختی موسوم به «مقیاس سرسختی اهواز» (AHI) مورد بررسی قرار گرفت. این پرسشنامه راکيامرثی،

نجاریان و مهربانی زاده هنرمند برای سنجش «سرسختی روان‌شناختی» بر روی ۵۲۳ دانشجوی دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی اهواز که با روش تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شده بودند، براساس تحلیل عوامل پاسخ‌های آنها به یک پرسشنامه مقدماتی ۹۰ ماده‌ای مربوط به «سرسختی» تهیه کردند. پایایی این مقیاس به وسیله دو روش بازآزمایی و همسانی درونی (آلفای کرونباخ) و اعتبار آن از طریق تعیین ضریب همبستگی این مقیاس با «پرسشنامه اضطراب» (ANQ)، «مقیاس افسردگی اهواز» (ADI)، «مقیاس خودشکوفایی مزلو» (MSAI) و «مقیاس اعتبار سازه‌ای سرسختی» (HVS) محاسبه شد. در مجموع ضرایب پایایی «مقیاس سرسختی اهواز» رضایت‌بخش و اعتبار آن معنادار بود. طبق نتایج منتشر شده از سوی سازندگان مقیاس، «مقیاس سرسختی اهواز» واجد شرایط لازم برای کاربرد در پژوهش‌های روان‌شناختی و شناسایی افراد سرسخت می‌باشد.

۳- سلامت روانی: به وسیله پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) بررسی شد. این پرسشنامه یک پرسشنامه غربالگر است که آزمودنی آن را تکمیل می‌کند و در مجموعه‌های بالینی با هدف ردیابی کسانی که یک اختلال روانی دارند استفاده می‌شود (گلدبرگ، ۱۹۷۲). پرسشنامه سلامت عمومی را می‌توان به عنوان مجموعه پرسش‌هایی در نظر آورد که از پایین‌ترین سطوح نشانه‌های مشترک مرضی که در اختلال‌های مختلف روانی وجود دارند، تشکیل شده است و به این ترتیب می‌تواند بیماران روانی را به عنوان یک طبقه کلی از افراد سالم متمایز کند. این پرسشنامه را برای اولین بار در سال ۱۹۷۲ گلدبرگ تنظیم و به‌طور وسیعی به‌منظور تشخیص اختلالات خفیف روانی در موقعیتهای مختلف به‌کار برد. این پرسشنامه به‌طور مکرر تجدیدنظر شد و به صورت فرم‌های کوتاه شده ۳۰، ۲۸ و ۱۲ سؤالی در مطالعات مختلف استفاده شده است. فرم ۲۸ سؤالی آن را گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) در اقدامی به‌منظور افزایش میزان واریانس و براساس تحلیل عاملی، براساس فرم اصلی ساخته شد و شامل چهار زیرمقیاس هفت سؤالی، شامل نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی می‌باشد (یعقوبی، نصر و شاه‌محمدی، ۱۳۷۴).

بعد از انتخاب آزمودنی‌های پژوهش با روش نمونه‌گیری گفته شده، با هماهنگی

استادان مربوط ۱۵ تا ۲۰ دقیقه قبل از اتمام کلاس درس دانشجویان، نخست به صورت کلی، هدف از اجرای پژوهش برای آزمودنی‌ها تشریح شد و بعد از جلب همکاری آزمودنی‌ها و ارائه توضیحات لازم، پرسشنامه‌ها به صورت یک مجموعه به آنها ارائه گردید، تا به آن پاسخ گویند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش و در بررسی ارتباط متغیرهای اصلی پژوهش از ضریب همبستگی پارشیال و برای مقایسه و بررسی اثر متغیرهای اصلی پژوهش در گروه‌های مورد مقایسه از روش آماری تجزیه و تحلیل واریانس دو طرفه استفاده شد. یافته‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS.13 به دست آمدند.

یافته‌های پژوهش

جدول ۱ به بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های مورد بررسی براساس جنسیت، سال ورود به دانشگاه و وضعیت تأهل پرداخته است.

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی براساس جنس

ویژگیها	جنسیت	دختر (۱۵۹)		پسر (۴۱)		کل (۲۰۰)	
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
گروه سنی	۱۸-۲۱	۱۲۵	۷۸/۶	۲۶	۶۳/۴	۱۵۱	۷۵/۵
	۲۲-۲۵	۲۸	۱۷/۶	۱۳	۳۱/۷	۴۱	۲۰/۵
	۲۶-۲۹	۵	۳/۱	۱	۲/۴	۶	۰/۳
	۳۰-۳۳	۱	۰/۶	۱	۲/۴	۲	۰/۱
سال ورود به دانشگاه	۸۲	۹۴	۵۹/۱	۲۹	۷۰/۷	۱۲۳	۶۱/۵
	۸۳	۶۵	۴۰/۹	۱۲	۲۹/۳	۷۷	۳۸/۵
وضعیت تأهل	مجرد	۱۴۷	۹۲/۵	۳۵	۸۵/۴	۱۸۲	۹۱
	متاهل	۱۲	۷/۵	۶	۱۴/۶	۱۸	۹

در جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار سرسختی، شیوه‌های مقابله‌ای و نشانگان سلامت روانی را در ۲۰۰ شرکت‌کننده مورد بررسی نشان می‌دهد.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای مختلف

مقیاس‌ها	میانگین	انحراف معیار
سخت‌رویی	۴۷/۲۹	۹/۱۲
راهبرد مقابله مبتنی بر حل مسأله	۵۳/۴۶	۸/۲۶
راهبرد مقابله مبتنی بر هیجان	۴۹/۷۲	۹/۹۵
راهبرد مقابله مبتنی بر اجتناب	۴۸	۸/۱۳
شکایات جسمانی	۷/۶۴	۳/۹۲
اضطراب و بی‌خوابی	۷/۳۷	۲/۹۵
حساسیت در روابط متقابل	۱۰/۵۱	۳/۸۸
افسردگی	۴/۸۷	۵/۰۷
کل مقیاس	۳۰/۲۳	۱۱/۳۳

۲۰۰ = تعداد

در جدول ۳ ضرایب همبستگی پارشیال بین متغیرهای مختلف مورد بررسی، بعد از حذف اثر متغیرهای مربوط به جنسیت و سال ورود به دانشگاه ملاحظه می‌گردد. بر این اساس، رابطه سرسختی روان‌شناختی و روشهای مقابله مبتنی بر حل مسأله مبتنی بر هیجان و مبتنی بر اجتناب معنادار است. همچنین ارتباط میان سرسختی و نشانگان سلامت روانی در تمامی زیرمقیاس‌ها و کل پرسشنامه معنادار می‌باشد. در بررسی ارتباط شیوه‌های مقابله‌ای با نشانگان سلامت روانی، رابطه منفی و معناداری میان تمامی زیرمقیاس‌های سلامت روانی (بجز شکایات جسمانی) و مقابله مبتنی بر حل مسأله وجود داشت. رابطه میان شیوه مقابله مبتنی بر هیجان و نشانگان اختلالات روانی نیز در تمامی زیرمقیاس‌ها معنادار می‌باشد.

جدول ۳- ضرایب همبستگی پارشیال بین نشانگان سلامت عمومی،
سرسختی روان‌شناختی و شیوه‌های مقابله با استرس

متغیرها	سطح معناداری							
	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
سخت‌رویی	r -							
راهبرد مقابله مبتنی بر حل مسأله	r ۰/۴۴	P -						
راهبرد مقابله مبتنی بر هیجان	r ۰/۴۳	P ۰/۲۶	r -۰/۰۸					
راهبرد مقابله مبتنی بر اجتناب	r ۰/۱۹	P ۰/۰۰۷	r ۰/۴۶	P ۰/۵۶				
شکایات جسمانی	r -۰/۳۷	P ۰/۰۰۰	r -۰/۰۳	P ۰/۵۸	r ۰/۱۰	P ۰/۱۳		
اضطراب و بی‌خوابی	r -۰/۴۹	P ۰/۰۰۰	r ۰/۰۲	P ۰/۰۰۰	r ۰/۵۶	P ۰/۹۱	r ۰/۶۶	P ۰/۰۰۰
حساسیت در روابط متقابل	r ۰/۴۲	P ۰/۰۰۰	r ۰/۵۲	P ۰/۰۰۰	r -۰/۳۴	P ۰/۰۰۰	r -۰/۳۲	P ۰/۰۰۰
افسردگی	r -۰/۵۲	P ۰/۰۰۰	r -۰/۲۱	P ۰/۰۰۳	r ۰/۴۹	P ۰/۷۵	r ۰/۵۹	P ۰/۰۰۰
کل مقیاس	r -۰/۴۳	P ۰/۰۰۰	r -۰/۰۰	P ۰/۹۸	r ۰/۵۱	P ۰/۰۰۰	r ۰/۸۷	P ۰/۰۰۰
					r ۰/۱۵	P ۰/۰۰۰	r ۰/۸۰	P ۰/۰۰۰
					r ۰/۰۲	P ۰/۰۰۰	r ۰/۸۰	P ۰/۰۰۰
					r ۰/۰۲	P ۰/۰۰۰	r ۰/۸۷	P ۰/۰۰۰
					r ۰/۸۲	P ۰/۰۰۰	r -۰/۰۸	P ۰/۰۰۰

میانگین و انحراف معیار نمرات شرکت‌کنندگان دختر و پسر سرسخت و غیرسرسخت در خرده‌مقیاس‌های مقابله مبتنی بر حل مسأله، هیجانی و اجتنابی در جدول ۴ ارائه شده است. براساس نتایج جدول، از مجموع ۱۵۸ شرکت‌کننده دختر، ۷۲ نفر غیرسرسخت و ۸۶ نفر سرسخت می‌باشند که این توزیع در شرکت‌کنندگان پسر ۱۳ و ۲۸ نفر است. در بررسی و محاسبه آزمون مربع کای پیرسون ملاحظه گردید که سطح معنادار مشاهده شده برای مقدار مربع کای پیرسون (۲/۶۸) بزرگ نیست و باعث می‌شود که فرضیه صفر تأیید گردد. لذا فراوانی سرسختی روان‌شناختی در زنان و مردان مورد بررسی با هم متفاوت نیست.

جدول ۴- میانگین و انحراف معیار شیوه‌های مقابله با استرس شرکت‌کنندگان سخت‌رو و غیرسخت‌رو

شیوه‌های مقابله	جنس	گروهها	تعداد	میانگین	انحراف معیار
مسأله‌مدار	دختر	افراد غیرسرسخت	۷۲	۴۹/۹۵	۸/۴۳
		سرسخت	۸۶	۵۶/۴۳	۷/۲۰
		کل	۱۵۸	۵۳/۴۸	۸/۴۱
هیچان‌مدار	پسر	افراد غیرسرسخت	۱۳	۴۸/۷۶	۸/۰۶
		سرسخت	۲۸	۵۵/۵۳	۶/۷۶
		کل	۴۱	۵۳/۳۹	۷/۷۸
اجتناب‌مدار	کل	افراد غیرسرسخت	۸۵	۴۹/۷۷	۸/۳۴
		سرسخت	۱۱۴	۵۶/۲۱	۷/۰۸
		کل	۱۹۹	۵۳/۴۶	۸/۲۶
هیچان‌مدار	دختر	افراد غیرسرسخت	۷۲	۵۴/۵۰	۸/۲۷
		سرسخت	۸۶	۴۶/۳۶	۱۰/۱۲
		کل	۱۵۸	۵۰/۰۶	۱۰/۱۵
اجتناب‌مدار	پسر	افراد غیرسرسخت	۱۳	۵۰/۶۱	۷/۰۸
		سرسخت	۲۸	۴۷/۳۹	۹/۸۹
		کل	۴۱	۴۸/۴۱	۹/۱۳
اجتناب‌مدار	کل	افراد غیرسرسخت	۸۵	۵۳/۹۰	۸/۱۸
		سرسخت	۱۱۴	۴۶/۶۱	۱۰/۰۳
		کل	۱۹۹	۴۹/۷۲	۹/۹۵
هیچان‌مدار	دختر	افراد غیرسرسخت	۷۲	۴۶/۷۲	۸/۴۷
		سرسخت	۸۶	۹۴/۱۸	۸/۰۲
		کل	۱۵۸	۴۸/۰۶	۸/۲۹
اجتناب‌مدار	پسر	افراد غیرسرسخت	۱۳	۴۸/۴۶	۸/۳۱
		سرسخت	۲۸	۴۷/۴۲	۷/۳۴
		کل	۴۱	۴۷/۷۵	۷/۵۷
هیچان‌مدار	کل	افراد غیرسرسخت	۸۵	۴۶/۹۸	۸/۴۲
		سرسخت	۱۱۴	۴۸/۷۵	۷/۸۶
		کل	۱۹۹	۴۸	۸/۱۳

جدول ۵- تجزیه و تحلیل واریانس دوطرفه برای آزمون فرضیه‌های مربوط به مقادیر متوسط شیوه‌های مقابله‌ای

شیوه‌های مقابله‌ای	منبع	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
مقابله مبتنی بر	جنس	۳۱/۴۲	۳۱/۴۲	۰/۵۳	۰/۴۶
حل مسأله	گروه (سرسخت و غیرسرسخت)	۱۲۶۸/۵۴	۱۲۶۸/۵۴	۲۱/۵۳	۰/۰۰۰
	جنس × گروه	۰/۶۲۸	۰/۶۲۸	۰/۰۱۱	۰/۹۱
مقابله مبتنی	جنس	۵۸/۸۸	۵۸/۸۸	۰/۶۸	۰/۴۱
بر هیجان	گروه (سرسخت و غیرسرسخت)	۹۳۴/۴۳۸	۹۳۴/۴۳۸	۱۰/۸۲	۰/۰۰۱
	جنس × گروه	۱۷۵	۱۷۵	۲/۰۲	۰/۱۵۶
مقابله مبتنی	جنس	۲/۳۸۷	۲/۳۸۷	۰/۰۰۰	۰/۹۹
بر اجتناب	گروه (سرسخت و غیرسرسخت)	۱۴/۸۱	۱۴/۸۱	۰/۲۲۵	۰/۶۳
	جنس × گروه	۸۸/۵۰	۸۸/۵۰	۱/۳۴	۰/۲۴۸

۱ = درجه آزادی

جدول ۵ تجزیه و تحلیل واریانس دوطرفه برای آزمون فرضیه‌های مربوط به شیوه‌های مقابله‌ای را در شرکت‌کنندگان مورد بررسی نشان می‌دهد. براساس نتایج به دست آمده، سطح معنادار مشاهده شده برای اثر اصلی جنس، در هر سه شیوه مقابله‌ای بزرگ نمی‌باشد، بنابراین می‌توان فرضیه صفر را رد کرد. یعنی اثر جنس بر روی شیوه‌های مقابله‌ای در پسران و دختران مورد بررسی یکسان به نظر می‌رسد. در مورد تأثیر میزان سرسختی روان‌شناختی ملاحظه می‌گردد که در مقابله مبتنی بر حل مسأله و هیجان، سطح معناداری مشاهده شده خیلی کوچک است (کمتر از ۰/۰۰۰۵). بنابراین فرضیه صفر (برابر متوسط شیوه‌های مقابله در افراد دارای سرسختی بالا و پایین) رد می‌گردد. مراجعه به نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که در مقابله با استرس، گروه سرسخت بیشتر از روش مقابله مبتنی بر حل مسأله و گروه غیرسرسخت بیشتر از روش مقابله مبتنی بر هیجان، استفاده می‌کنند. میانگین و انحراف معیار نمرات شرکت‌کنندگان دختر و پسر سرسخت و غیرسرسخت در خرده‌مقیاس‌های شکایات جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، حساسیت در روابط بین فردی و افسردگی در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶- میانگین و انحراف معیار نشانگان سلامت عمومی شرکت‌کنندگان سخت‌رو و غیرسخت‌رو

نشانگان سلامت عمومی	جنس	گروهها	تعداد	میانگین	انحراف معیار
	دختر	افراد غیرسخت	۷۲	۸/۹۵	۴/۲۸
		سخت	۸۶	۶/۸۱	۳/۶۱
		کل	۱۵۸	۷/۷۶	۴/۰۵
شکایات جسمانی	پسر	افراد غیرسخت	۱۳	۹/۳۸	۳/۴۵
		سخت	۲۸	۶/۱۷	۳/۱۲
		کل	۴۱	۷/۱۹	۳/۵۳
	کل	افراد غیرسخت	۸۵	۹/۰۲	۴/۱۴
		سخت	۱۱۴	۶/۶۵	۳/۴۹
		کل	۱۹۹	۷/۶۴	۳/۹۴
	دختر	افراد غیرسخت	۷۲	۹/۶۰	۴/۹۵
		سخت	۸۶	۵/۷۴	۴/۶۰
		کل	۱۵۸	۷/۴۵	۵/۱۲
اضطراب و بی‌خوابی	پسر	افراد غیرسخت	۱۳	۱۰/۶۹	۳/۵۲
		سخت	۲۸	۵/۳۹	۳/۳۷
		کل	۴۱	۷/۰۷	۴/۳۰
	کل	افراد غیرسخت	۸۵	۹/۷۷	۴/۷۵
		سخت	۱۱۴	۵/۶۵	۴/۳۶
		کل	۱۱۹	۷/۳۱	۴/۹۵
	دختر	افراد غیرسخت	۷۲	۸/۹۲	۳/۳۷
		سخت	۸۶	۱۱/۲۹	۳/۷۲
		کل	۱۵۸	۱۰/۱۴	۳/۷۵
حساسیت در روابط بین فردی	پسر	افراد غیرسخت	۱۳	۱۰/۰۷	۵/۴۵
		سخت	۲۸	۱۲/۲۱	۳/۴۴
		کل	۴۱	۱۱/۵۳	۴/۲۳
	کل	افراد غیرسخت	۸۵	۹/۱۱	۳/۷۶
		سخت	۱۱۴	۱۱/۵۲	۳/۶۶
		کل	۱۹۹	۱۰/۵۱	۳/۸۸
	دختر	افراد غیرسخت	۷۲	۶/۹۸	۵/۶۴
		سخت	۸۶	۳/۰۹	۳/۹۴
		کل	۱۵۸	۴/۸۲	۵/۱۴
افسردگی	پسر	افراد غیرسخت	۱۳	۹/۷۶	۵/۱۵
		سخت	۲۸	۲/۸۳	۲/۸۱
		کل	۴۱	۵/۰۴	۴/۸۸
	کل	افراد غیرسخت	۸۵	۷/۴۳	۵/۶۳
		سخت	۱۱۴	۳/۰۳	۳/۶۸
		کل	۱۹۹	۴/۸۷	۵/۰۷

جدول ۷ آنالیز واریانس دوطرفه برای آزمون فرضیه‌های مربوط به زیرمقیاس‌های سلامت روانی را در شرکت‌کنندگان مورد بررسی نشان می‌دهد.

جدول ۷. آنالیز واریانس دوطرفه برای آزمون فرضیه‌های مربوط به مقادیر متوسط نشانگان سلامت عمومی

زیرمقیاس	منبع	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
شکایات جسمانی	جنس	۰/۳۰۱	۰/۳۰۱	۰/۰۲۱	۰/۸۸
	گروه (سرسخت و غیرسرسخت)	۲۰۵/۷۷	۲۰۵/۷۷	۱۴/۲۹	۰/۰۰۰
	جنس × گروه	۸/۱۰	۸/۱۰	۰/۵۶	۰/۴۵
اضطراب و بی‌خوابی	جنس	۳/۹۴	۳/۹۴	۰/۱۹۱	۰/۶۶
	گروه (سرسخت و غیرسرسخت)	۶۰۳/۳۲	۶۰۳/۳۲	۲۹/۲۲	۰/۰۰۰
	جنس × گروه	۱۴/۸۵	۱۴/۸۵	۰/۷۲	۰/۳۹
حساسیت در روابط متقابل	جنس	۳۰/۸۲	۳۰/۸۲	۲/۲۴	۰/۱۳۶
	گروه (سرسخت و غیرسرسخت)	۱۴۵/۸۹	۱۴۵/۸۹	۱۰/۶۲	۰/۰۰۱
	جنس × گروه	۰/۳۸۱	۰/۳۸۱	۰/۰۲	۰/۸۶
افسردگی	جنس	۴۶/۶۳	۴۶/۶۳	۲/۲۲	۰/۱۳۷
	گروه (سرسخت و غیرسرسخت)	۸۳۸/۹۹	۸۳۸/۹۹	۴۰/۰۹	۰/۰۰۰
	جنس × گروه	۶۵/۶۰	۶۵/۶۰	۳/۱۳	۰/۰۷۸
کل مقیاس سلامت عمومی	جنس	۱۸۸/۱۴	۱۸۸/۱۴	۱/۶۸	۰/۱۹
	گروه (سرسخت و غیرسرسخت)	۳۰۴۰/۳۷	۳۰۴۰/۳۷	۲۷/۲۵	۰/۰۰۰
	جنس × گروه	۲۵۸/۳۵	۲۵۸/۳۵	۲/۳۱	۰/۱۳

۱ = درجه آزادی

بر اساس نتایج به دست آمده از جدول ۷، سطح معناداری مشاهده شده برای متغیر اصلی جنس، در تمامی زیرمقیاس‌ها خیلی زیاد می‌باشد، بنابراین نمی‌توان فرضیه صفر را رد کرد. یعنی اثر جنس بر روی نشانگان اختلالات روانی در پسران و دختران

مورد بررسی یکسان به نظر می‌رسد. در مورد تأثیر میزان سرسختی روان‌شناختی ملاحظه می‌گردد که در تمامی زیرمقیاس‌های سلامت روانی، سطح معناداری مشاهده شده خیلی کم است (کمتر از ۰/۰۰۰۵)، بنابراین فرضیه صفر (برابری متوسط نشانگان سلامت روانی در افراد دارای سرسختی بالا و پایین) رد می‌گردد. مراجعه به نتایج به‌دست آمده نشان می‌دهد که نقش سرسختی در میزان نشانگان اختلالات روانی، نقش تعدیل‌کننده‌ای می‌باشد.

بحث در نتایج

در بررسی متون پژوهشی مربوط به استرس و تنیدگی مشخص می‌گردد که استرس با بروز ناخوشی‌های جسمانی و روانی مرتبط می‌باشد، لیکن این ارتباط تحت تأثیر برخی ویژگی‌های روان‌شناختی و شخصیتی قرار دارد. از جمله این موارد می‌توان از شیوه‌های مقابله‌ای و سرسختی روان‌شناختی نام برد. مقابله شامل تمام تلاش‌های شناختی و رفتاری است که برای مهار، کاهش یا تحمل درخواست‌های درونی یا بیرونی به کار گرفته می‌شود. مقابله رابطه فرد را با محیط، تغییر داده و میزان ناراحتی عاطفی او را کاهش می‌دهد. افراد سرسخت می‌توانند سلامتی خود را در شرایط پرفشار و تنش حفظ نمایند، بر رویدادها تسلط بیشتری دارند، تغییرات را یک امر طبیعی تلقی می‌کنند و به اعتقاد مدی (۱۹۹۰) بیشتر از شیوه‌های مقابله تبدیلی استفاده می‌کنند، که طی آن با بهره‌گیری از تمهیدات رفتاری آثار مخرب رویدادها را کاهش می‌دهند و با آن مقابله می‌کنند.

پژوهش حاضر به منظور بررسی علمی این موارد اقدام به بررسی شیوه‌های مقابله‌ای و وضعیت سلامت روانی با توجه به میزان سرسختی روان‌شناختی و مطالعه ارتباط آنها در گروهی از دانشجویان دانشگاه نموده است. براساس یافته‌های پژوهش حاضر و در بررسی ارتباط میان سرسختی روان‌شناختی، شیوه‌های مقابله و نشانگان سلامت روانی، بعد از حذف اثر خطی متغیرهای سال ورود و جنس، ضریب همبستگی پارشیال نشان داد:

● رابطه بین سرسختی روان‌شناختی و شیوه مقابله مبتنی بر حل مسأله (۰/۴۴)، مقابله مبتنی بر هیجان (۰/۴۳-) و مقابله مبتنی بر اجتناب (۰/۱۹) معنادار است. جهت و معنادار بودن این رابطه به این معنی است که با افزایش سرسختی روان‌شناختی، فرد

بیشتر از روش‌های مقابله مبتنی بر حل مسأله و مبتنی بر اجتناب و کمتر از روش مبتنی بر هیجان استفاده می‌کنند. همچنین براساس نتایج تجزیه و تحلیل واریانس دوطرفه، افرادی که دارای سرسختی روان‌شناختی زیاد هستند، در مواجهه با شرایط استرس‌زا، بیشتر از شیوه‌های مقابله مبتنی بر حل مسأله و کمتر از شیوه‌های مقابله مبتنی بر هیجان استفاده می‌کنند (جدول ۵). این نتایج با بررسی‌های کوزاکا (۱۹۹۶)، کوباسا (۱۹۷۹)، رودوالد و زون (۱۹۸۹)، به نقل از وایب و ویلیامز، (۱۹۹۳)؛ مدی (۱۹۹۰)، فیض و همکاران (۱۳۸۰) و... همخوانی دارد. براساس یافته‌های پژوهش حاضر و نتایج این پژوهشگران افراد سرسخت در هنگام رویارویی با عوامل تنش‌زا سعی می‌کنند ارزیابی‌های واقع‌بینانه‌ای از این عوامل داشته باشند و با به دست آوردن شناخت مناسب و اتخاذ روش‌های مقابله مطلوب، تلاش کنند تا عامل استرس‌زا را رفع یا مهار نمایند. در مقابل افراد غیرسرسخت ممکن است در روش مقابله هیجان‌مدار خود، دچار خودفریبی و تحریف واقعیت شوند و موقعیت را به نفع خود و غیرواقع‌بینانه ارزیابی نمایند.

● با توجه به نتایج مطرح شده در بالا به نظر می‌رسد افراد سرسخت به دلیل استفاده از ارزیابی مناسب و شیوه‌های مقابله فعال، بتوانند سلامتی خود را در شرایط استرس‌زا حفظ نمایند و به‌طور کلی از سلامت روان مطلوب‌تری بهره‌مند باشند. در این رابطه نتایج ضریب همبستگی پارشیال ارتباط میان سرسختی روان‌شناختی را با شکایات جسمانی ($-0/37$)، اضطراب و بدخوابی ($-0/49$)، افسردگی ($-0/52$) و کل پرسشنامه سلامت عمومی ($-0/43$) را منفی و با حساسیت در روابط متقابل ($0/42$) مثبت نشان می‌دهد که در سطح $0/0001$ معنادار می‌باشد. همچنین در سطح معناداری خیلی پایین، میزان نشانگان شکایات جسمانی، اضطراب و بدخوابی و به‌ویژه افسردگی در افرادی که دارای سرسختی کم هستند، بیش از افراد دارای سرسختی زیاد می‌باشد. نتایج تکمیلی همچنین نشان داد که ارتباط میان راهبرد مقابله‌ای مبتنی بر حل مسأله با نشانگان اختلال روانی به‌صورت منفی معنادار است و ارتباط میان مقابله مبتنی بر هیجان و نشانگان اختلالات روانی مثبت و معنادار است. این یافته‌ها با نتایج بررسی‌های کیو و تی‌سای (۱۹۸۶)، به نقل از اوبلتی، (۱۹۹۲)، ویستر (۱۹۹۴)، وردی و همکاران (۱۳۷۸)، ویسی و همکاران (۱۳۷۹) موافق می‌باشد که طی آن نشان داده شده است، افراد دارای سرسختی بالا بیش از افراد دارای سرسختی پایین از سلامت روان

برخورد دارند. یافته‌های بررسی حاضر و پژوهش‌های عنوان شده، نشان داد که سلامت روان و سرسختی با هم تعامل مثبت و معناداری دارند. به اعتقاد کوزاکا (۱۹۹۶) و وینتر (۱۹۹۴)، سرسختی به عنوان یک سپر دفاعی در مقابل عوامل تنش‌زا و بیماری‌های روانی عمل می‌کند. اما این ممکن است نه تنها ناشی از شیوه‌های مقابله، بلکه ناشی از ارزیابی شناختی این افراد نیز باشد.

● از یافته‌های دیگر این پژوهش، معنادار نبودن تفاوت‌های شرکت‌کنندگان دختر و پسر در عوامل سرسختی روان‌شناختی، روش‌های مقابله با تنش و نشانگان سلامت روان بود. این نتایج با یافته‌های بررسی‌های فولکمن و لازاروس (۱۹۹۸) همخوانی دارد. باورهای عامیانه، مردان را سرسخت‌تر از زنان می‌داند و تأکید بر آن دارد که زنان هیجان‌مدار و مردان مسأله‌مدار می‌باشند. یافته‌های این پژوهش همگام با نتایج بررسی‌های فولکمن و لازاروس، این تفاوتها را در مورد زنان و مردان تأیید نمی‌کند. معنادار نبودن تفاوت همچنین ناشی از این واقعیت است که شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر دانشجوی بوده و از نظر فرهنگی و اجتماعی مشابهت زیادی با هم دارند.

● آنچه که به صورت محسوس از یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان یافت این است که به نظر می‌رسد، مؤلفه‌های اصلی سرسختی، مانع از آن می‌گردد که فرد در شرایط استرس‌زا احساس ناامنی و تهدید فراوان داشته باشد و اوضاع را غیرقابل مهار شدن فرض نماید. بنابراین تجربه موقعیت دشوار نمی‌تواند تعادل روان‌شناختی فرد را به هم ریخته و سازش‌یافتگی وی را از بین ببرد. به عبارتی سرسختی، آثار ایمنی شناختی منفی حاصل از تنیدگی را تعدیل می‌کند و از این طریق بروز بیماریها را تحت تأثیر قرار می‌دهد اهمیت این یافته‌ها با نگاهی به گستره وسیعی از اختلالات روانی و جسمانی که تحت تأثیر واکنش‌های نامناسب هنگام استرس هستند، مضاعف می‌گردد. همچنین بر پایه نتایج پژوهش حاضر این نکته را می‌توان دریافت که رابطه میان استرس و پیامدهای آن (نشانگان اختلالات روانی)، یک رابطه خطی نیست و متغیرهایی که این حلقه تبیینی را از حالت خطی خارج می‌کند، سرسختی روان‌شناختی و شیوه‌های مقابله می‌باشند. به سخن دیگر نشانگان اختلالات روانی بسته به اینکه فرد از لحاظ میزان سرسختی و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای در چه سطحی قرار داشته باشد، در وی متفاوت خواهد بود. در مجموع به نظر می‌رسد که نتایج چنین مطالعاتی استقرار یک الگوی زیستی،

روانی - اجتماعی - اکولوژیک (بوم‌شناختی) را در مقابل الگوی سنتی زیستی پزشکی در تبیین علل زبربنایی، آشکارساز و تشدیدکننده بیماریهای روانی و حتی جسمانی تقویت می‌کند.

● در مجموع آنچه از نتایج این محور پژوهشی بر می‌آید، نه تنها به پیش‌آگهی آسیب‌پذیری افراد دارای سرسختی پایین اشاره دارد، بلکه به این مهم نیز اشاره دارد که در صورت تغییر این سازه شخصی می‌توان به مصون‌سازی افراد در برابر عوامل استرس‌زا امیدوار بود و به نظر می‌رسد که از نظر مفهومی، سازه‌ای همچون سرسختی، شکل‌بندی شخصیتی مثبت و قانع‌کننده‌ای در زمینه سلامت و بیماری ارائه می‌کند و رفته‌رفته جایگاه بنیادی در روان‌شناسی سلامت و پزشکی رفتاری پیدا خواهد کرد.

منابع

پروین، لارنس. (۱۹۹۶)، روان‌شناسی شخصیت، ترجمه محمدجعفر جوادی و پروین کدیور، (۱۳۷۴)، تهران، رسا.

سازسون، ایروین، جی. سازسون، باریبار، آر. (۱۹۸۹)، روان‌شناسی مرضی، ترجمه بهمن نجاریان و همکاران، (۱۳۷۴)، تهران، رشد.

فیض، عبدالله. حمید طاهر نشاط دوست و حسین نائلی. «بررسی رابطه سرسختی روان‌شناختی

و روشهای مقابله با تنیدگی»، مجله روان‌شناسی، زمستان، ۱۳۸۰، جلد ۵، شماره ۴، نسخه ۲۰.

کیامرثی، آذر. بهمن نجاریان و مهناز مهربانی‌زاده هنرمند. «ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای

سنجش سرسختی روان‌شناختی»، مجله روان‌شناسی، پاییز ۱۳۷۷، جلد ۲، شماره ۳، نسخه ۷.

وردی، مینا. مهناز مهربانی‌زاده، بهمن نجاریان. «رابطه کمال‌گرایی و سرسختی روان‌شناختی با

سلامت روانی و عملکرد تحصیلی»، مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران

اهواز، بهار و تابستان ۱۳۷۸، جلد ۶، شماره ۱-۲، نسخه ۳.

ویسی، مختار. محمدکاظم عاطف وحید و منصور رضایی. «تأثیر استرس شغلی بر خشنودی

شغلی و سلامت روان: اثر تعدیل‌کننده سرسختی و حمایت اجتماعی»، اندیشه و رفتار، پاییز

و زمستان ۱۳۷۹، جلد ۶، شماره ۲-۳، نسخه ۲۲-۲۳.

- CARVER, C.S., SCHEIER, M.F., WIENRAUB, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of personality and social Psychology*, 56(2), 267-283.
- CARVER, C.S., SCHEIER, M.F., WEINTRAUB, J.K. (1989). Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of personality and Social psychology*. 51(6), 1257-1267.
- DAVIS, K.S. (2001). *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. New York: The guilford press.
- ENDLER, N.S., PARKER, J.D.A. (1990). *Crisis coping inventory for stressful situation manual*. Toronto, Canasa. Multihealth systems, Inc.
- FOLKMAN, S., LAZARUS, R.S., (1986). Appraisal coping and encounter outcomes. *Journal of personality and social psychology*, 50(5), 992-1003.
- FOLKMAN, S., LAZARUS, R. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of health and social behavior*, 21, 219-239.
- HOLMES, T.H., RAHE, R.H. (1976). The social readjustment rating scale. *Journal of psychosomatic medicing*, 11, 213-218.
- KHOO, SUE-ANE., BISHOP-GEORG-D. (1997). Stress and Optimism, Relationships to coping and well-being. *International journal of Psychology*. Vol 40(1): 29-40.
- KLEINKE, C.L., STANESKI, R.A. (1991). First impressions of female bust size. *Journal of Social Psychology*, 110, 123-134.
- KOBASSA, S.C. (1979). Stressful Life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of personality and social psychology*, 42, 168-177.
- KLAG, S., BRADLEY, G. (2004). The role of hardiness in stress and illness: An exploration of the effect of negative affectivity and gender. *BrJ Health Psychol*, 2004 May, 9(Pt 2): 137-61.
- LLOYED, MARGARET, A., WITEN, WINE. (1997). *Psychology applied to modern life*. California, Brooks/Cole publishing company.
- MADDI, S.R. (1990). Issues and intervention in stress mastery. In S.H. Friedman (Ed). *personality and Disease*.

- MCKAY, J., ROA, B., MANN, A. (1989). Life events and personality traits in obsessive compulsive neurosis. In T.W. Miller (Ed). International Universities Press.
- MOOS, R.H., BILLINGS, A.G. (1986). Conceptualization and measuring coping resources and processes. Handbook of stress: Theoretical and Clinical aspects. New York: free press.
- PERCZEK, R.Y. CARVER, S.C., PRICE, A.A. & KADERMAN, P.C. (2000). Coping mood and aspects of personality. Journal of personality Assessment. 47, 63-78.
- WINTTER, C.A. (1994). An investigation of the relationship between hardiness and coping strategies among medical-surgical nurses. Naster Abstract International. 32(5), 1375-1449.
- OUELLETTE, S.C. (1992). Inquiries into hardiness. Handbook of stress (2nd Ed). New York: Free press.
- WIEBE, D.J. (1991). Hardiness and stress moderation: Atest proposed mechanisms. Journal of personality and social Psychology, 60, 89-99.
- WIEBE, D.J., WILLIAMS, P.G. (1992). Hardiness and health: A Social psychophysiological perspective on stress and adaptation. Journal of Social and Clinical psychology, 11, 238-262.

وصول: ۸۴/۶/۲۶

پذیرش: ۸۴/۹/۸