

رابطه بین نگرش‌های ناکارآمد و راهبردهای مقابله‌ای با سلامت روانی

مهدی ربیعی، دانشجوی دکترای دانشگاه اصفهان

Rabiei_psychology@yahoo.com

حسین مولوی، استاد دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان

مهرداد کلانتری، دانشیار دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان

حسین عظیمی، دانشجوی دکتری مدیریت بازرگانی دانشگاه اصفهان

چکیده

این پژوهش، با هدف بررسی رابطه بین نگرش‌های ناکارآمد و راهبردهای مقابله‌ای با سلامت روانی در دانش‌آموزان دوره متوسطه انجام شد. آزمودنی‌ها ۱۵۰ نفر (۷۶ پسر و ۷۴ دختر) از دانش‌آموزان دوره متوسطه بودند. ابزارهای استفاده شده در تحقیق حاضر، «مقیاس نگرش‌های ناکارآمد» (DAS)، «فهرست واری‌های مقابله‌ای» (CCL)، و «پرسشنامه سلامت عمومی» (GHQ) بودند. یافته‌ها نشان داد که رابطه معناداری بین نگرش‌های ناکارآمد و سلامت روانی وجود دارد ($P < 0/05$). همچنین بین راهبردهای مقابله‌ای و مؤلفه اختلال در عملکرد اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که عملکرد و تأیید اجتماعی (مؤلفه‌های نگرش‌های ناکارآمد) با همدیگر ۱۶ درصد از واریانس سلامت روانی را تبیین می‌کنند ($P < 0/01$). همچنین یافته‌ها نشان دادند که نمرات دختران نسبت به نمرات پسران در نگرش‌های ناکارآمد به طور معناداری بالاتر و در راهبردهای مقابله‌ای پایین‌تر است ($P < 0/05$).

واژه‌های کلیدی: نگرش‌های ناکارآمد، راهبردهای مقابله‌ای، سلامت روانی.

مقدمه

طی چند دهه اخیر، مطالعه در خصوص سلامت روانی و شناخت عوامل تأثیرگذار بر آن، بیش از پیش مورد توجه پژوهشگران است. بنا به ماهیت پیچیده «سلامت روانی»^۱، تعریف جامع و پسندیده‌ای برای سلامت روانی وجود ندارد. این امر، ممکن است تا حدودی ناشی از نبود تعریف قابل قبول و کاملی از بهنجاری باشد. «سازمان بهداشت جهانی»^۲ سلامت روانی را در مفهوم کلی بهداشت، توانایی کامل برای ایفای نقش‌های اجتماعی، روانی و جسمی، تعریف می‌کند و آن را قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل منطقی تضادها و تمایلات شخصی مطرح می‌کند (میلانی فر، ۱۳۷۲). بهداشت روانی عبارت است از: «مجموعه عواملی که در پیشگیری از ایجاد و یا پیشرفت روند وخامت اختلالات شناختی، احساسی و رفتاری در انسان نقش مؤثر دارند» (شاملو، ۱۳۷۶، ص. ۱۸). لوینسون^۳ (۱۹۸۵)، معتقد است برای تأیید سلامت روانی فرد باید بررسی نمود که: «اولاً فرد چه احساسی نسبت به خود و دیگران و دنیای اطراف دارد و ثانیاً شیوه سازگاری فرد با خود و موقعیت مکانی و زمانی خویش چگونه است (به نقل میلانی فر، ۱۳۷۲، ص. ۱۵). سلامت روانی، یک وضعیت روانی ذهنی است که از ویژگی‌هایی نظیر: بهبود و مهار هیجانات، توانایی برقراری ارتباط با دیگران، توانایی مقابله با «تنیدگی»^۴ و مشکلات زندگی، و کنار گذاشتن هرگونه «اضطراب»^۵ و «نشانه‌های ناتوانی»^۶ برخوردار است (به نقل از آزاد، ۱۳۷۴، ص ۲۰).

این پژوهش، عواملی را بررسی می‌کند که با توجه به سوابق و پیشینه علمی موضوع، احتمال می‌رود با سلامت روانی مرتبط باشند و بر آن تأثیر بگذارند. این عوامل شامل: «نگرش‌های ناکارآمد»^۷ و «راهبردهای مقابله‌ای»^۸ هستند. از دیدگاه بک^۹ (۱۹۸۳)، نگرش‌های ناکارآمد عبارتند از: نگرش‌هایی که فرد را در برابر «افسردگی»^{۱۰} آسیب‌پذیر می‌کنند. این نگرش‌ها، بلافاصله و بعد از وقوع رویدادهای منفی زندگی فعال می‌شوند و پس از فعال شدن، الگویی از پردازش اطلاعات را تحریک می‌کنند که سوگیری منفی دارند، یا به عبارت دیگر با خطاهای منفی در تفکر مشخص می‌شوند. این نگرش‌های منفی می‌توانند از عوامل ناکارآمد کننده سلامت روانی باشند. رابطه بین نگرش‌های ناکارآمد و خلق افسرده در جمعیت عادی، توسط کامری^{۱۱} و کابلک‌برن^{۱۲} (۲۰۰۲)، بررسی گردید و نتیجه نشان داد که نگرش‌های ناکارآمد یکی از عوامل خلق افسرده در این افراد است. همچنین میرندا^{۱۳}، گروس^{۱۴}، پرسونز^{۱۵} و هان^{۱۶} (۲۰۰۳)، به این نتیجه دست یافتند که بین باورهای ناکارآمد و علائم اضطراب و افسردگی رابطه وجود دارد. علاوه بر این یافته‌ها، بررسی‌های اولیور^{۱۷} و کلوسیک^{۱۸} و ولز^{۱۹} (۲۰۰۳)، نشان دادند که نگرش‌های ناکارآمد با ادراک منفی از جو خانواده همبستگی داشت، اما وقتی اضطراب و افسردگی ناشی از این جو

-
1. mental health
 2. World Health Organization
 3. Levinson
 4. stress
 5. anxiety
 6. disability symptoms
 7. dysfunctional attitudes
 8. coping strategies or ways of coping
 9. Beck
 10. depression
 11. Kumari
 12. Blakburn
 13. Miranda
 14. Gross
 15. Persons
 16. Hahn
 17. Oliver
 18. Klocek
 19. Wells

کنترل شده بود، این همبستگی مشاهده نشده بود. این نتایج، حاکی از آن است که نگرش‌های ناکارآمد می‌توانند با فشار روانی فعال شوند و بر سلامت روانی فرد تأثیر بگذارند. مطالعات دیگری نیز در این زمینه انجام گرفته است، از جمله تحقیق کانن^۱، مالروی^۲، روزن بام^۳، فایو^۴ و نیریبر^۵ (۲۰۰۳) نشان دادند که نگرش‌های ناکارآمد و حل مسأله ضعیف ۲۰ درصد از واریانس ناامیدی را تبیین می‌کند. یافته‌های شپارد^۶ و تیزدل^۷ (۲۰۰۴) نشان داد که بیماران افسرده دارای نقص بازبینی فراشناختی و شناخت ناکارآمد هستند. علاوه بر این، بررسی لیونگ^۸ و پون^۹ (۲۰۰۲) همبستگی بین تحریف‌های شناختی و طرحواره‌های ناکارآمد با مشکلات هیجانی و رفتاری را آشکار کرد.

به رغم تحقیقات زیادی که درخصوص نگرش‌های ناکارآمد و مؤلفه‌های سلامت روانی به‌طور جداگانه انجام شده، ولی درباره بررسی رابطه نگرش ناکارآمد و سلامت روانی، بویژه در ایران پژوهش‌های اندکی انجام شده است.

راهبردهای مقابله‌ای، به‌عنوان کوشش‌هایی برای بالا بردن تناسب بین شخص و محیط یا به‌عنوان تلاش‌هایی برای اداره رویدادهایی که فشار روانی را ایجاد می‌کند، تعریف شده است (به نقل از شاه میری، حسن و قریشی زاده و سید محمد علی، ۱۳۸۵). لازاروس^{۱۰} و فولک^{۱۱} (۲۰۰۳)، دریافتند که راهبردهای مقابله‌ای فعال، هم موفقیت تحصیلی و هم سازگاری شخصی و هیجانی را پیش‌بینی می‌کنند. علاوه بر این، بر اساس بررسی شاکری و همکاران (۱۳۸۵)، بین دو گروه بیمار و سالم از لحاظ راهبردهای مقابله‌ای تفاوت معناداری بود، ۳۴٪ زنان نابارور که آنان بر اساس پرسشنامه سلامت عمومی به‌عنوان بیمار تشخیص داده شده بودند، پاسخ مقابله‌ای متمرکز بر هیجان داشتند و ۹۳٪ افراد سالم، شیوه مقابله‌ای مسأله‌مدار داشتند. مطالعات دیگر نیز حاکی از این است که استفاده از راهبردهای مقابله‌ای فعال، نظیر: راهبردهای متمرکز بر مسأله با جستجوی اجتماعی و سازگاری بهتر در مقابل رویدادهای فشارزا ارتباط دارد (هولامان و موس، ۱۹۸۷)، همچنین تأثیرات طولانی مدت راهبردهای ناسازگارانه و ازدست دادن کلی اعتماد شخصی نسبت به توانایی‌ها برای مقابله، پبه مسایلی، چون ترس، اضطراب، بیماری‌های جسمانی و افسردگی منجر می‌شود (محمدخانی، ۱۳۷۳). در ایران، تحقیقات زیادی در زمینه عواملی که با سلامت روانی ارتباط دارد، انجام گرفته است، ولی درمطالعات فوق، به عوامل مورد نظر این پژوهش، کمتر توجه شده است.

نظر به اهمیت و نقش سلامت روانی دانش‌آموزان در آینده جامعه، ضرورت اساسی این پژوهش، شناخت عوامل تأثیرگذار بر سلامت روانی و فراهم آوردن زمینه رشد سلامت روانی، از طریق پیشگیری و مهار عوامل آسیب‌زا است که درچارچوب شناخت عمیق سلامت روانی آنها با عوامل مرتبط به آنهاست. از جمله عواملی که با سلامت روانی مرتبط است و می‌تواند بر آن تأثیرگذار باشد، نگرش‌های ناکارآمد و راهبردهای مقابله‌ای است که شناخت آنها مهم و ضروری است.

هدف اصلی این پژوهش، «شناخت ارتباط بین نگرش‌های ناکارآمد و راهبردهای مقابله‌ای با سلامت روانی» است. از آنجایی که کسب اطلاعات علمی از عوامل مؤثر بر سلامت روانی، می‌تواند آسیب‌پذیری درمقابل مشکلات را کاهش دهد، در این بُعد،

1. Conn
2. Mulroy
3. Rosenbaum
4. Fava
5. Nierenber
6. Sheppard
7. Teasdale
8. Leung
9. Poon
10. Leung
11. Folk

اهداف بیشتر عملی و کاربردی است. از سوی دیگر، چون این پژوهش در پی شناخت ارتباط بین متغیرهاست، در این بُعد، این پژوهش جزو اهداف علمی و بنیادی است.

با توجه به نتایج حاصل از پژوهش‌های پیشین، در تحقیق حاضر، چنین فرض گردید که: بین دانش‌آموزان دوره متوسطه در نگرش‌های ناکارآمد و راهبردهای مقابله‌ای با سلامت روانی و مؤلفه‌های آن رابطه وجود دارد. همچنین بین پسر و دختر به لحاظ نگرش‌های ناکارآمد و راهبردهای مقابله‌ای تفاوت وجود دارد.

روش

جامعه: جامعه آماری تحقیق حاضر عبارت بود از کلیه دانش‌آموزان دوره متوسطه شهرستان نمین واقع در استان اردبیل که در سال تحصیلی ۸۶-۸۵ مشغول به تحصیل بودند.

نمونه: نمونه‌ای ۱۵۰ نفری (۷۶ نفر پسر و ۷۴ نفر دختر) که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای مرحله‌ای بود، انتخاب شد؛ به طوری که ابتدا ۱۰ مدرسه از مدارس شهرستان نمین به طور تصادفی انتخاب شدند، و سپس از بین این مدارس ۲۰ کلاس به طور تصادفی، همچنین از داخل این کلاس‌ها ۱۵۰ نفر دانش‌آموز به طور تصادفی به عنوان گروه نمونه گزینش شدند. از لحاظ ویژگی جمعیت شناختی این آزمودنی‌ها در دامنه سنی ۱۵ تا ۱۹ بودند.

ابزارهای سنجش: در این پژوهش از سه ابزار استفاده شده که توضیحات مختصری درباره هر کدام ارائه می‌شود:

- ۱- مقیاس نگرش‌های ناکارآمد (DAS):^۱ وایس من^۲ و بک (۱۹۸۲)، این پرسشنامه را طراحی کرده‌اند. این مقیاس، نگرش‌های ناکارآمد و منفی را می‌سنجد و دارای ۴۰ سؤال است که بصورت هفت گزینه‌ای ساخته شده است. این پرسشنامه مؤلفه‌های عملکرد^۳ و تأیید اجتماعی^۴ را می‌سنجد. وایس من و بک (۱۹۸۲)، آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۲ و اعتبار^۵ آن را ۰/۷۹ گزارش کردند. در پژوهش حاضر، ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.
- ۲- فهرست واری‌های مقابله‌ای (CCL):^۶ رو^۷ و همکاران (۱۹۹۱)، این پرسشنامه را طراحی کردند این پرسشنامه، راهبردهای مقابله‌ای افراد را می‌سنجد و دارای ۷۰ سؤال به صورت دو گزینه‌ای (بله و خیر) می‌باشد و رو و همکاران (۱۹۹۱)، آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۲ و اعتبار آن را ۰/۸۰ گزارش کردند. در پژوهش حاضر، ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد. همچنین رو و همکاران (۱۹۹۱)، با ارزیابی پایایی با روش بازآزمایی میزان پایایی این پرسشنامه را ۰/۹۰ به دست آوردند. در پژوهش حاضر، محقق اقدام به تهیه فرم فارسی CCL، بر اساس مراحل ارزیابی میزان تطابق زبانی مقیاس (هماهنگی ترجمه فارسی با متن انگلیسی) به شکل "ترجمه معکوس" به شکل زیر نمود: ابتدا متن انگلیسی پرسشنامه به طور مستقل توسط محقق ترجمه گردید، سپس متن اصلی انگلیسی به یکی از اساتید گروه روان‌شناسی (و دو تن از اساتید گروه زبان انگلیسی) داده شد و پس از ترجمه توسط این افراد ترجمه‌ها با هم مطابقت شد و پیشنهادهای اصلاحی ایشان در ترجمه اعمال گردید. به لحاظ اطمینان کامل از مطابقت ترجمه فارسی با متن اصلی، متن فارسی آزمون به یکی از دانشجویان کارشناسی ارشد رشته ادبیات انگلیسی دانشگاه محقق اردبیل ارائه شد تا توسط ایشان به انگلیسی ترجمه شود.

1. Dysfunctional Attitudes Scale (DAS)
 2. Weissman
 3. performance
 4. social approval
 5. validity
 6. Coping Checklist (CCL)
 7. Rao, Subbakrishna

۳- پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) ^۱ گلدبرگ ^۲ و هیلر ^۳ (۱۹۷۸)، سلامت روانی را می‌سنجد. این پرسشنامه شامل ۲۸ سؤال چهار گزینه‌ای است. این پرسشنامه چهار مؤلفه، (علایم شکایت جسمانی ^۴، علایم اضطراب، علایم اختلال در عملکرد اجتماعی ^۵، علایم افسردگی) را می‌سنجد. گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۸)، آلفای کرناخ این پرسشنامه را ۰/۹۱ و ضریب بازآزمایی آن را ۰/۸۱ گزارش کردند. پژوهش حاضر ضریب پایایی، با روش آلفای کرناخ ^۶ آن ۰/۹۲ به دست آمد. همچنین ولیجو ^۷، جوردن، دیاز، کومچ و اورتگا (۲۰۰۷)، ضریب آلفای کرناخ را برای مؤلفه‌های سلامت روانی به ترتیب: «علایم شکایت جسمانی» ۰/۸۴، «علایم اضطراب» ۰/۸۳، «علایم اختلال در عملکرد اجتماعی» ۰/۷۱، «علایم افسردگی» ۰/۸۵، و برای کل «پرسشنامه سلامت عمومی» ضریب آلفای کرناخ ۰/۹۰ و اعتبار آن را ۰/۸۰ گزارش کردند.

یافته‌های پژوهش

جدول ۱: نتایج ضرایب همبستگی بین مؤلفه‌های نگرش ناکارآمد و راهبردهای

مقابله‌ای با مؤلفه‌های روانی سلامت

مؤلفه‌های سلامت	علایم شکایت جسمانی	علایم اضطراب	علایم اختلال در عملکرد اجتماعی	علایم افسردگی	سلامت روانی کل
نگرش‌های ناکارآمد و راهبردهای مقابله‌ای	۰/۳۷ **	۰/۳۷ **	۰/۳۱۳ **	۰/۲۰۴ *	۰/۴۰۸ **
نگرش ناکارآمد	۰/۳۰۹ **	۰/۲۹۹ *	۰/۲۵ **	۰/۲۳ *	۰/۲۴ *
تأیید اجتماعی	۰/۳۵ **	۰/۳۲ **	۰/۳۰ **	۰/۲۲ *	۰/۳۳ **
عملکرد	۰/۰۳	-۰/۰۱۵	-۰/۲۰۹ *	-۰/۰۴۷	۰/۰۶۵
راهبردهای مقابله‌ای					

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

چنانچه در جدول (۱) مشاهده می‌شود، نمرات دانش‌آموزان در کلیه مؤلفه‌های نگرش ناکارآمد با مؤلفه‌های سلامت روانی رابطه معنی‌داری دارند ($P < 0.01$ و $P < 0.05$)، ولی راهبردهای مقابله‌ای، تنها با اختلال در عملکرد اجتماعی رابطه معنی‌داری دارد ($P < 0.05$). بنابراین فرضیه اول در این مورد تأیید گردید. علاوه بر این، نتایج این پژوهش نشان داد که بین راهبردهای مقابله‌ای با نگرش‌های ناکارآمد رابطه معناداری وجود دارد ($P < 0.01$ ، $r = 0.35$).

1. General Health Questionnaire (GHQ)
2. Goldberg
3. Hillier
4. complaint somatization
5. Social dysfunction
6. retest
7. Cronbach alpha
8. Vallejo

جدول ۲: نتایج رگرسیون گام به گام بین متغیرهای پیش‌بینی کننده عملکرد (مؤلفه اول، نگرش‌های ناکارآمد)، تأیید اجتماعی (مؤلفه دوم، نگرش‌های ناکارآمد) و متغیر ملاک (سلامت روانی) در دانش‌آموزان متوسطه

ضرایب رگرسیون	P	F	R square change	R ²	R	منابع تغییرات	
						متغیرهای پیش‌بینی کننده	گام
B = -۰/۳۳۰ t = ۴/۲۳۹ p < ۰/۰۱	۰/۰۰۱	۱۷/۹۶	۰/۱۰۳	۰/۱۰۸	۰/۳۳	عملکرد	گام اول
B = -۰/۳۱۲ t = ۳/۴۱۰ p < ۰/۰۱	۰/۰۱	۱۰/۸۰۱	۰/۱۵	۰/۱۶	۰/۴۱	عملکرد و تأیید اجتماعی	گام دوم

چنانکه در جدول (۲) مشاهده می‌شود، در گام اول مؤلفه عملکرد با ضریب استاندارد بتا ۰/۳۳ توانسته است در حضور سایر متغیرهای پیش‌بینی کننده وارد مدل شود و ۱۰ درصد از واریانس سلامت روانی را تبیین کند. در گام دوم مؤلفه‌های عملکرد و تأیید اجتماعی با ضریب استاندارد بتا ۰/۳۱۲ در حضور سایر متغیرهای پیش‌بینی کننده توانسته‌اند وارد مدل رگرسیون شوند و ۰/۱۶ از واریانس متغیر ملاک (سلامت روانی) را تبیین کنند. همچنین نتایج آماری R² و R change، نشان دهنده رابطه معنادار بین مؤلفه‌های نگرش‌های ناکارآمد با سلامت روانی است. همچنین شایان ذکر است که راهبردهای مقابله‌ای نتوانست سلامت روانی را پیش‌بینی کند و از معادله رگرسیون خارج شد.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره در خصوص تفاوت پسران و دختران دانش‌آموز در رابطه با نگرش‌های ناکارآمد و راهبردهای مقابله‌ای

سطح معناداری	درجه آزادی	F	انحراف معیار	میانگین	تعداد	شاخص‌های آماری	
						گروهها	متغیرها
۰/۰۱۳	۱۴۸	۵/۷۶	۲۳/۷۵	۱۶۴/۹	۷۶	پسر	نگرش‌های ناکارآمد
			۲۴/۲۳	۱۷۱/۳	۷۴	دختر	
۰/۰۱۷	۱۴۸	۵/۵	۷/۱۴۰	۱۰۹/۶۹	۷۶	پسر	راهبردهای مقابله‌ای
			۶/۸۵۴	۱۰۶/۹	۷۴	دختر	

* p < ۰/۰۵

همان‌گونه که در جدول (۳) ملاحظه می‌شود، نتایج حاصل از اجرای تحلیل واریانس چندمتغیره، نشان می‌دهد که تفاوت میانگین نمرات دو گروه دختر و پسر در متغیر نگرش‌های ناکارآمد و راهبردهای مقابله‌ای معنادار است (P < ۰/۰۵)؛ یعنی دختران در مقایسه با پسران در متغیر نگرش‌های ناکارآمد میانگین بیشتری به دست آوردند، ولی در متغیر راهبردهای مقابله‌ای میانگین پسران بالاتر از میانگین دختران است و نشان می‌دهد که پسران نسبت به دختران راهبردهای مقابله‌ای بیشتری دارند. این نتایج، فرضیه دوم تحقیق را تأیید می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، «تعیین رابطه بین نگرش‌های ناکارآمد و راهبردهای مقابله‌ای با سلامت روانی» بود. نتایج این پژوهش نشان داد که بین «نگرش‌های ناکارآمد و مؤلفه‌های آن» با «سلامت روانی و مؤلفه آن» همبستگی مثبت وجود دارد.

همبستگی نگرش‌های ناکارآمد، با سلامت روانی با تحقیقات انجام گرفته توسط بک (۱۹۸۳)، بلک برن و همکاران (۲۰۰۲)، پرسونز و همکاران (۲۰۰۳)، اولیور و همکاران (۲۰۰۳)، روزن بام و همکارانش (۲۰۰۳)، لیونگ و پون (۲۰۰۲) است. همان‌گونه که انتظار می‌رفت، بین نگرش‌های ناکارآمد با سلامت روانی رابطه معناداری بود و این یافته می‌تواند تأیید کننده یافته لیونگ و پون (۲۰۰۱) باشد که بنابر تحقیقات آنها، مشخص شد که نگرش‌های ناکارآمد، مثل: تحریف‌های شناختی، طحوااره‌های ناکارآمد و اعتقادات منفی با مشکلات هیجانی و رفتاری همبستگی دارند.

نتایج مربوط به ارتباط «راهبردهای مقابله با سلامت روانی»، هماهنگ با پژوهش‌های انجام گرفته توسط لازاروس و همکاران (۲۰۰۳)، هولامان و موس (۱۹۷۸)، و توکلی (۱۳۸۴) و شاکری و همکاران (۱۳۸۵) نبود. در این تحقیقات، بین راهبردهای مقابله‌ای و مؤلفه‌های سلامت روانی ارتباط وجود داشت، ولی در تحقیق حاضر این ارتباط معنادار نبود. بجز رابطه راهبردهای مقابله‌ای با مؤلفه‌های سلامت روانی، البته باید به این نکته توجه گردد که با اینکه رابطه معناداری بین راهبردهای مقابله‌ای با سلامت روانی به دست نیامد، ولی روابطی هم که بین راهبردهای مقابله‌ای با مؤلفه‌های سلامت روانی مشاهده شد، کاملاً همبستگی منفی بود، یعنی پایین بودن راهبردهای مقابله‌ای می‌تواند سلامت روانی را تهدید کند، که باید تحقیقات بیشتری در موقعیت‌های مختلف انجام شود تا این رابطه دقیقتر مشخص شود. یکی از علل تفاوت در نتیجه‌گیری تحقیقات مذکور با تحقیق حاضر، این بود که جامعه آماری این تحقیقات، شامل افراد بزرگسال بود، ولی جامعه آماری مقاله حاضر دانش‌آموزان دوره متوسطه بود.

نتایج مربوط به استفاده از «راهبردهای مقابله‌ای»، در دو جنس نیز نشان داد که پسران نسبت به دختران راهبردهای مقابله‌ای بیشتری دارند که همسو با اکثر یافته‌های قبلی است، با پرون و برون (۱۹۹۷)، معتقدند در بیشتر پژوهش‌های انجام شده در زمینه استفاده از راهبردهای مقابله‌ای، گزارش شده است که پسران از شیوه مقابله‌ای فعال و مسأله مدار، بیشتر از دختران استفاده می‌کنند، این یافته، می‌تواند پایین بودن راهبردهای مقابله‌ای را علتی برای بیشتر بودن اضطراب و افسردگی در جنس مونث بداند که با پژوهش بلالوک و جونیر (۲۰۰۰) هماهنگ است. بلالوک و جونیر (۲۰۰۰)، در پژوهش خود نشان دادند که سبک مقابله «اجتنابی - شناختی» و نداشتن راهبردهای مقابله‌ای کارآمد، می‌تواند پیش‌بینی کننده علائم افسردگی و اضطراب در زنان باشد. همچنین نتایج آنها نشان داد که زنان دارای سبک «مقابله‌ای اجتنابی» تحت شرایط استرس‌زا، علائم افسردگی و اضطراب را نشان می‌دهند، ولی در مورد مردان این مسأله صدق نمی‌کند. همچنین نتیجه این پژوهش با بررسی شاه‌امیری و

قریشی‌زاده (۱۳۸۵) همسوست. نتیجه پژوهش آنها نشان داده است که بین دو جنس از لحاظ راهبردهای مقابله‌ای تفاوت معناداری وجود دارد؛ بدین صورت که مردان نسبت به زنان به‌طور معناداری بیشتر از راهبردهای مقابله رویاروگر، خویش‌داری، و حل‌مدبرانه مسأله استفاده کردند، در حالی که زنان بیشتر از راهبردهای جستجوی حمایت اجتماعی، تفکر آرزومندانه و خود سرزنشگری استفاده کردند.

نتایج مربوط به «نگرش‌های ناکارآمد» در دو جنس نیز نشان داد که بین دو جنس از لحاظ دارا بودن نگرش‌های ناکارآمد تفاوت معناداری وجود دارد و دختران نسبت به پسران نگرش‌های ناکارآمد بیشتری دارند. شاید این نتیجه، یکی از تبیین‌هاست که نشان می‌دهد چرا دختران و زنان بیشتر از مردان به افسردگی مبتلا می‌شوند.

با توجه به نتایج از طریق رگرسیون گام به گام معلوم شد که مؤلفه عملکرد قدرت پیش‌بینی بیشتری از مؤلفه تأیید اجتماعی دارد. همچنین، نتایج این پژوهش در زمینه هر دو مؤلفه نگرش‌های ناکارآمد (عملکرد و تأیید اجتماعی) نشان داد که این دو مؤلفه می‌توانند با تعامل همدیگر ۱۶ درصد از واریانس سلامت روانی را تبیین کنند. نتیجه این تحقیق با مطالعات روزن بام و همکارانش (۲۰۰۳)، که نشان دادند نگرش‌های ناکارآمد و حل مسأله ضعیف ۲۰ درصد از واریانس ناامیدی را تبیین می‌کند، هماهنگ است.

به‌طور کلی، نتایج پژوهش حاضر، نشان دهنده وجود رابطه بین «نگرش‌های ناکارآمد» و «سلامت روانی» و همچنین نشان دهنده این است که بین «دختر» و «پسر» از لحاظ وجود نگرش‌های ناکارآمد و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای تفاوت معناداری وجود دارد.

با توجه به این یافته‌ها لازم است مشاوران، درمانگران و حتی متخصصان بهداشت روانی هنگام پیشگیری و درمان به تغییر نگرش‌های ناکارآمد و تقویت راهبردهای مقابله فرد نیز توجه کنند.

همچنین پیشنهاد می‌شود این تحقیق، در سایر موقعیت‌ها و سنین مختلف بررسی گردد تا نتایج از قابلیت تعمیم‌پذیری بیشتر برخوردار شوند.

منابع

- آزاد، حسین. (۱۳۷۴). **مجموعه مقالات اولین سمینار استرس و بیماری‌های روانی**، تهران: دانشگاه علامه طباطبایی.
- توکلی، علی. (۱۳۸۴). **تأثیر شیوه‌های مقابله با تنیدگی بر سلامت روانی دانش‌آموزان دبیرستان‌ها**. رساله کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه تهران.
- کوپر، ک. (۱۳۷۳). **فشار روانی و راه‌های شناسایی و مقابله با آن**، ترجمه م. قراچه داغی و شریعت‌زاده، تهران: انتشارات رشد.

- روزنهان. دیویده ال و سیلیگمن، مارتین. ای. پی. (۱۳۸۲). **آسیب‌شناسی**، ترجمه سید محمدی، ساولان.
- شاگری، جلال و همکاران (۱۳۸۵). بررسی سلامت روانی، راهبردهای مقابله‌ای و رضایت زناشویی در زنان نابارور تحت درمان IVF، **باروری و ناباروری**، ۷، (۳): ۲۷۵-۲۶۹.
- شاملو، سعید. (۱۳۷۶). **بهداشت روانی**، تهران: انتشارات رشد.
- شاه‌میری، حسن و قریشی‌زاده، سید محمد علی. (۱۳۸۵). رابطه راهبردهای مقابله‌ای با ویژگی‌های فردی و شدت افسردگی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، **مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز**، دوره ۲۸، ش ۱: ۸۶-۸۱.
- میلانی‌فر، بهروز. (۱۳۷۲). **بهداشت روانی**، تهران: انتشارات ارسباران.

- Baron, A. R. & Byrne, D. (1997). *Social psychology*. Massachusetts: Allyn and Bacon.
- Beck, A. T. & Lark, D. A. (1988). *Anxiety and depression: An information processing perspective*. *Anxiety Research*, 1, 23-36.
- Conn, B. , Mulroy, R. , Otto, Mm. W. , Rosenbaum, J. F. , Fava, M. & Nierenber, A. A. (2003). Dysfunctional attitudes and poor problem solving skills predict hopelessness in major depression. *Journal of Affective Disorders*, 55 (1), 45-49.
- Kumari, N. & Blackburn, I. M. (2002). How specific are negative automatic thoughts to a depressed population? An exploratory study. *British Journal of Medical Psychology*, 65 (2), 167-176.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (2003). *Stress, appraised and coping*. New York: Springer.
- Levinson, R. B. (1985). The psychologist in the correctional system. *American Journal of Forensic Psychology*, 3 (2), 41-43.
- Leung, P. W. L. & Poon M. W. L. (2002). Dysfunctional schemas and cognitive distortions psychopathology: A test of the specificity hypothesis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42 (6), 755-765 (11).
- Miranda, J. , Gross, J. J. Persons J. B. & Hahn, J. (2003). *Mood matters*: Negative mood induction activates dysfunctional attitudes in women vulnerable to depression cognitive. *Therapy and Research*, 22, 363-376.

- Oliver, J., M. Klocek, J. & Wells, A. (2003). Depressed and anxious moods mediate relations among perceived socialization, self –focused attention, and dysfunctional attitudes. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 726-739.
- Sheppard, L. C. & Teasdale, J. D. (2004). Dysfunctional thinking in major depressive disorder: A deficit in metacognitive monitoring? *Journal of Abnormal Psychology*, 109 (4), 768-776.
- Vallejo, M. A. , Jordan C. M. Diaz M. I, Comeche MI. Ortega J. (2007). *Psychological Assessment via the Internet*: A reliability and validity study of online (vs Paper – and–pencli) versions of the mental health questionnaire (GHQ-28) and the symptoms check-List -90-revised (SCL-90-R).

