

نقش بهزیستی اجتماعی، استرس ادراک شده و تغییرات سلامت عمومی بر مقابله با شرایط استرس زا

متین یوسفی مریدانی^۱، حسین فلاحیان^۲، نیلوفر میکایلی^۳

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

^۲ مربی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرند، تبریز، ایران.

^۳ استاد گروه روانشناسی عمومی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

نام نویسنده مسئول:

متین یوسفی مریدانی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۲/۱۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۵/۴

چکیده

فشار روانی، از جمله تهدیدهای بهداشت روانی و سلامت جسمانی است. هدف پژوهش حاضر بررسی نقش بهزیستی اجتماعی، استرس ادراک شده و تغییرات سلامت عمومی بر مقابله با شرایط استرس زا بود. پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی و جامعه آماری مورد مطالعه کلیه زنان و مردان شهر رشت در سال ۱۳۹۸ بودند که به نوعی درگیر بیماری تنفسی COVID-19 بودند. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های بهزیستی اجتماعی، استرس ادراک شده، سلامت عمومی و مقابله با موقعیت فشارزا استفاده شد. نتایج نشان داد که بین راهبردهای مقابله با استرس و بهزیستی اجتماعی رابطه مثبت و معناداری برقرار است ($r = 0.90$ ؛ $p < 0.01$) و همچنین بین راهبردهای مقابله با استرس و استرس ادراک شده رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($r = 0.66$ ؛ $p < 0.01$) و بین راهبردهای مقابله با استرس و سلامت عمومی رابطه مثبت و معنادار برقرار است ($r = 0.22$ ؛ $p < 0.01$). همچنین ۱۱۲ درصد از کل واریانس راهبردهای مقابله با استرس به وسیله بهزیستی اجتماعی ۱۸۷ درصد از کل واریانس راهبردهای مقابله با استرس به وسیله استرس ادراک شده و ۱۲ درصد از کل واریانس راهبردهای مقابله با استرس به وسیله مولفه‌های سلامت عمومی تبیین می‌شود. تلاش کنید در لحظه‌ی حال زندگی کنید. فراموش نکنید که نگرانی، حاصل تفکر و زندگی در آینده است در حالی که با انجام فعالیت‌های مفید در لحظه‌ی اینجا و اکنون می‌توانید این شرایط را تا حد ممکن به‌خوبی مدیریت کنید و پشت سر بگذارید.

واژگان کلیدی: بهزیستی اجتماعی، استرس ادراک شده، تغییرات سلامت عمومی و شرایط استرس‌زا.

مقدمه

استرس یک واقعیت انکارناپذیر در زندگی کنونی است و گریز از آن امکان پذیر نیست. ضرورتی ندارد که استرس به تمامی از زندگی حذف شود. بدون استرس، زندگی چنان ساکن و راکد خواهد شد که جز به تنبلی و کودنی ذهنی نمی‌انجامد؛ اما از سوی دیگر، افزایش استرس نیز نظام و سیستم تعادل بدن را به هم می‌ریزد و کارایی مطلوب را دچار اختلال می‌سازد.

بهبودی اجتماعی یکی از عواملی است که در سلامت و کارکرد روابط اجتماعی افراد تأثیر زیادی دارد. بهبود اجتماعی به عنوان گزارش شخصی افراد از کیفیات ارتباطات آن‌ها با دیگران تعریف می‌شود (دوگان^۱، ۲۰۱۰). بهبود اجتماعی در جامعه امروز در گرو پیوند عمیق شاخص‌های آن با اجتماع شکل می‌گیرد. بهبود اجتماعی با جامعه پذیری اشخاص در اجتماع مرتبط است و می‌تواند عامل مهمی در پذیرش هنجارهای اجتماعی به شمار رود (شربتیان و طوافی، ۱۳۹۵). از نظر کیز^۲ (۲۰۰۶) شناخت و پذیرش دیگران، عنصر پذیرش و ارزش فرد به عنوان یک شریک اجتماع، عنصر مشارکت و سرانجام باور به تحول مثبت اجتماعی، عنصر شکوفایی بهبود اجتماعی است. این عناصر می‌توانند وحدت اجتماعی، تشریک مساعی، پیوند اجتماعی و حس ظرفیت برای رشد مداوم جامعه و میزان راحتی افراد را در پذیرش دیگران ارزیابی کنند. در مدل کیز (۲۰۰۶) بهبود اجتماعی مفهومی چندبعدی است که شامل انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، پیوستگی اجتماعی و پذیرش اجتماعی است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بهبود اجتماعی با زاینده‌گی، نشانگرهای رضایت از زندگی، ملالت، تعهد مدنی و رفتار جامعه پسند ارتباط دارد (کومار^۳، ۲۰۱۳).

یکی دیگر از عوامل مهم و تأثیرگذار در رابطه با مقابله با شرایط استرس‌زا، استرس ادراک شده می‌باشد. امروزه واژه‌ی استرس یا فشار روانی به یکی از رایج‌ترین واژه‌های روانشناسی و روان‌پزشکی تبدیل شده است. فشار روانی، از جمله تهدیدهای بهداشت روانی و سلامت جسمانی است. پاسخ انسان‌ها به موقعیت‌های فشارزا، حاکی از آن است که انسان در برابر تهدیدها و نشانگان خطر با استرس نشان می‌دهد اما، شدت این واکنش بسته به اینکه یک موقعیت معین را تا چه حد استرس‌زا ادراک می‌کند، متغیر است (عبدی، کبودی؛ ۱۳۹۵). استرس واکنش در مقابل یک تهدید ادراک شده (واقعی یا خیالی) نسبت به سلامت روانی، جسمانی، هیجانی و معنوی فرد است که منجر به یک سلسله پاسخ‌ها و سازگاری‌های فیزیولوژیک می‌شود. واکنش‌های فیزیولوژیک مذکور مستلزم درگیری وسیع سیستم عصبی خودکار و سایر قسمت‌های ارگانیزم از جمله غدد داخلی و سیستم ایمنی می‌باشد (مقدم، رشیدزاده، شمس علیزاده و فلاحی؛ ۱۳۹۳). پاسخ هر فرد به عوامل استرس‌زا، به عوامل ژنتیکی، ویژگی‌های شخصیتی مانند ارزیابی فرد از عامل استرس‌زا، مهارت‌های مقابله‌ای فرد با عوامل استرس‌زا، شرایط و محیط زندگی، ساختارهای حمایت اجتماعی و تجارب قبلی فرد بستگی دارد (سارانی، اظهاری، مظلوم و آقامحمدیان شهرباف؛ ۱۳۹۵). بندورا معتقد بود در صورتی که برانگیخته، عصبی یا دچار سردرد و تنش نباشیم و استرس کمتری را تجربه کنیم، به احتمال بیشتری باور داریم که می‌توانیم مشکل را با موفقیت حل کنیم (سعادت، اصغری و جزایری؛ ۱۳۹۴). لی، کیم و واچهولتز^۴ در پژوهشی در سال ۲۰۱۷ در رابطه با استرس ادراک‌شده با مقابله با استرس به این نتیجه دست یافتند که هر چقدر استرس کمتر باشد سطح مقابله با آن بیشتر خواهد بود. در پژوهشی دیگر توسط وینوت کومار، آرائی، ژوزف، نایانا، جوشی جیشما و ساهانا^۵ (۲۰۱۶) در رابطه با استرس ادراک شده و مقابله با استرس دریافتند که رابطه معنادار قابل توجهی وجود دارد.

سلامت عمومی به صورت سازمان یافته از بیش از ۱۰۰ سال پیش آغاز شد و هدف آن ارتقاء سلامت جامعه بوده است. در سلامت عمومی، به سلامت جامعه بیش از سلامت افراد اهمیت داده می‌شود. با توجه به تمرکز آن بر پایه جمعیت، سلامت عمومی، به طور پیوسته با معضلات عمده‌ای مانند میزان دسترسی به خدمات و توزیع منابع و عدالت در ارائه خدمت و ... روبرو بوده است. سلامت عمومی رویکرد اجتماعی به حفظ و ارتقاء سلامت است. به طور کلی اقدامات سلامت عمومی، به دنبال بهبود رفاه جوامع است و با حفظ آب سالم، واکسیناسیون و یا درگیر شدن در تحقیقات اپیدمیولوژیک به دنبال اطمینان از شرایط اجتماعی است

¹ . Dogan

² . Keyes

³ . Kumar

⁴ Lee, Kim & Wachholtz

⁵ Vinothkumar, Arathi, Joseph, Nayana, Joshy Jishma & Schana

که تحت آن افراد بتوانند زندگی سالمی داشته باشند و به دنبال به حداقل رساندن عوامل تهدید کننده سلامتی است. با توجه به منابع محدود در بخش سلامت، این منابع باید طوری اختصاص یابند که منافع ایجاد شده را به بالاترین نفع برسانند که می توان آن را از وضعیت کلی سلامت یا فشار بیماری در یک جمعیت ارزیابی کرد. مداخلات سلامت عمومی قدمتی بیش از ۳ قرن دارد. در سال ۱۷۰۱، در ماساچوست قوانینی تصویب شد که به موجب آن بیماران مبتلا به آبله جداسازی و قرنطینه می شدند. در اوایل ۱۸۰۰، ادوارد چادویک نشان داد که در انگلستان تفاوت امید به زندگی در افراد با سطح اجتماعی بالا نسبت به طبقه اجتماعی پایین بیش از ۲ برابر است. در ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر نیز گفته شده است که انسان ها حق دارند که از استاندارد کافی برای تندرستی و رفاه خود و خانواده شان برخوردار باشند. ایده هایی مانند کارایی، حقوق بشر، احترام فرهنگی، عدالت و انتخاب فردی در اخلاق در سلامت عمومی باید تحلیل شوند.

امروزه در حیطه مطالعات مربوط به روان اعصاب، ایمنی شناختی به دنبال کشف منابع مقاومت در برابر اثرات منفی استرس می باشند، از جمله منابع مقاومت را می توان به ویژگی های شخصیتی و عزت نفس یا نوع رفتار و سرسختی و مهارت های مقابله ای اشاره نمود. تحقیقات متعددی در تأیید یا رد این رابطه وجود دارد و نتایج ضد و نقیضی به دست آمده است (فاطمی، زارع، افرا و افرا؛ ۱۳۹۳). با وجود اینکه تجربه رویدادهای استرس زا به عنوان یک ریسک فاکتور عمده در اکثر پژوهش ها با رویکرد زیستی-روانی- اجتماعی تلقی شده است اما بسیاری از محققان بر این باورند که چگونگی واکنش افراد نسبت به رویدادهای استرس زا، مهم تر از خود استرس در ایجاد اختلالات است. پژوهش های اخیر نشان دادند که نوع راهبرد مقابله ای مجموعه ای از تلاش های شناختی و رفتاری فرد است که جهت تعبیر و تفسیر و اصلاح یک وضعیت تنیدگی زا و کنار آمدن با مسائل و مشکلات به کار می رود و نقش اساسی و تعیین کننده در سلامت جسمانی و روانی ایفا می کند. لازاروس و فولکمن راهبردهای مقابله ای را روش تغییر موقعیت ها و یا تفسیر موقعیت ها می دانند. به نظر آنها این راهبردها فرایند پویا و مداوم هستند و به طور کلی به دو نوع تقسیم می شوند: مسئله مدار و هیجان مدار. راهبردهای مقابله ای مسئله مدار بیانگر اعمالی هستند که هدفشان تغییر یا کاهش موقعیت های فشارزا است. معمولاً زمانی که موقعیت یا رویداد، قابل تغییر باشد یا فرد چنین تصور کند که می تواند موقعیت را کنترل کرده و آن را تغییر دهد، از راهبردهای مسئله مدار استفاده می کند. راهبردهای مقابله ای هیجان مدار عبارت است از تنظیم پاسخ هیجانی فرد در برابر مساله. در صورتی که موقعیت یا رویداد غیر قابل تغییر باشد و یا فرد چنین تصویری داشته باشد در این حالت از راهبرد هیجان مدار استفاده می کند (مسعودنیا، پورنقی و باهمت؛ ۱۳۹۵). متریو، ابریل، دمارزو، گاسکن و کاپایو^۶ در پژوهشی در سال ۲۰۱۴ که در رابطه با راهکارهای مقابله با استرس صورت گرفته بود انکار و غفلت و اجتناب کردن با رویارویی مسایل استرس زا را با به دنبال آمدن اختلالات روانشناختی و جسمانی مطرح کردند.

لذا این مطالعه به دنبال پاسخ به این سوال است که بهزیستی اجتماعی، استرس ادراک شده و تغییرات سلامت عمومی در مقابله با شرایط استرس زا چه نقشی می توانند داشته باشند؟

روش کار

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش کلیه زنان و مردان شهر رشت در سال ۱۳۹۸ بود. ۱۲۰ نفر زن و ۱۲۰ نفر مرد نمونه جامعه مورد نظر می باشد که به نوعی درگیر بیماری تنفسی COVID-19 (کرونا) بودند. برای دسترسی به چنین جامعه ای با مراجعه به کلینیک ها و بیمارستان ها به روش نمونه گیری تصادفی، نمونه ای به حجم ۲۴۰ نفر انتخاب گردید. ملاک های شمول شامل: ابتلای یکی از اعضای خانواده به این بیماری، پرستاری و مراقبت یکی از اعضای خانواده از فرد بیمار و ترس از ابتلا به این بیماری بود. جهت گردآوری داده ها از پرسشنامه های زیر استفاده شد:

پرسشنامه استاندارد بهزیستی اجتماعی: این پرسشنامه که توسط کیز در سال ۱۹۹۸ ساخته شده دارای ۳۳ سوال بوده و هدف آن سنجش میزان بهزیستی اجتماعی (همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پذیرش اجتماعی) می باشد. کیز (۱۹۹۸) طی دو مطالعه بر روی دو نمونه ۳۷۳ و ۲۸۸۷ نفری در آمریکا با استفاده از تحلیل عوامل، مدل ۵ بعدی به کار رفته در پرسشنامه خود را از نظر تجربی مورد تأیید قرار داده است. او جهت بررسی اعتبار پرسشنامه

⁶ Matero-Marin, Abrill, Demarzo, Gascon

از ضریب آلفای کرونباخ استفاده کرد که میزان ضرایب آلفای کرونباخ در مطالعه اول برای ابعاد انسجام اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، مشارکت اجتماعی و پذیرش اجتماعی به ترتیب برابر با ۰/۵۷، ۰/۶۹، ۰/۸۱، ۰/۷۵، ۰/۷۷ و در مطالعه دوم به ترتیب برابر با ۰/۶۴، ۰/۶۴، ۰/۷۳، ۰/۶۶، ۰/۴۱، به دست آمده که ضرایب قابل قبولی است. حیدری و غنایی (۱۳۸۷) در ایران پرسشنامه بهزیستی اجتماعی را بر روی ۶۳۲ دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی واحدهای استان مرکزی هنجاریایی کردند. نتایج حاصل از پژوهش آنها نشان داده که اعتبار پرسشنامه با استفاده از ضرایب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۳ است و نتایج تحلیل اکتشافی موید ساختار پنج عاملی این پرسشنامه با تغییر در برخی گویه‌ها در جامعه دانشجویی بود.

پرسشنامه استرس ادراک شده: این پرسشنامه توسط کوهن و همکاران (۱۹۸۳) ساخته شده است. این مقیاس دارای ۱۴ گویه است و پرسشنامه تک مولفه‌ای است. با یک مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای (هرگز تا خیلی زیاد) و هر ماده دارای ارزشی بین ۰ تا ۴ است. پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ بالای ۰/۷۰ به دست آمده است. در پژوهش سعادت و همکاران (۱۳۹۴) روایی پرسشنامه توسط اساتید و متخصصان این حوزه تأیید شده است.

پرسشنامه سلامت عمومی: برای بررسی سلامت روانی از مقیاس ۲۸ سؤالی سلامت روانی گلدبرگ (GHQ-۲۸) استفاده شده است. این آزمون ۲۸ سؤال دارد که چهار زیرمقیاس را در برمی‌گیرد که هر زیرمقیاس هفت سؤال دارد. سیستم نمره گذاری سؤالات از ۰ تا ۳ را دربر می‌گیرد. نمره هر فرد در هر زیرمقیاس از ۰ تا ۲۱ متغیر است. نمره ۰ تا ۷ نشانه وضع وخیم پاسخگو است. ۷ تا ۱۴ وضعیت در آستانه بیماری را نشان می‌دهد و نمره ۱۴ تا ۲۱ نشانگر وضع سلامتی پاسخگو است. نمره کلی هر فرد از حاصل جمع نمرات چهار زیرمقیاس به دست می‌آید. فردی که در مجموع از چهار زیرمقیاس نمره ۰ تا ۲۸ دریافت می‌کند وضعیت وخیمی دارد نمره ۲۸ تا ۵۶ وضعیت در آستانه بیماری پاسخگو را نشان می‌دهد و فردی که نمره ۵۶ تا ۸۴ را کسب می‌کند از وضعیت سلامتی خوبی برخوردار است. ضریب روایی ملاکی ۰/۷۸ ضریب پایایی ۰/۹۰ و آلفای کرونباخ ۰/۹۷ به دست آمد.

پرسشنامه مقابله با موقعیت فشارزا: این پرسشنامه توسط اندلر و پارکر (۱۹۹۰) تهیه شده و به وسیله اکبرزاده در سال ۱۳۷۶ ترجمه شده است. این تست شامل ۴۸ ماده است که پاسخ‌ها به روش لیکرت از هرگز (۱) تا همیشه (۵) مشخص شده است. پرسشنامه CISS سه زمینه‌ی اصلی رفتارهای مقابله‌ای را در برمی‌گیرد: ۱- مقابله مسأله مدار یا برخورد فعال با مسأله در جهت مدیریت و حل آن؛ ۲- مقابله هیجان مدار یا تمرکز بر پاسخ‌های هیجانی به مسأله؛ ۳- مقابله اجتنابی یا فرار از مسأله. برای به دست آوردن پایایی پرسشنامه سبک‌های مقابله با استرس در گروه دانشجویان از آلفای کرونباخ استفاده شده است که در مقابله مسأله مدار پسران ۰/۹۲ و دختران ۰/۸۵ و هیجان مدار پسران ۰/۸۲ و دختران ۰/۸۵ و اجتنابی پسران ۰/۸۵ و دختران ۰/۸۲ به دست آمده است (فتوت احمدی، ۱۳۸۰). ضریب اعتبار پرسشنامه با موقعیت‌های استرس‌زا از طریق آلفای کرونباخ در پژوهش‌های قریشی در سطح بالایی به دست آمده (به نقل از حاجت بیگی؛ ۱۳۷۹). روایی پرسشنامه مذکور نیز طی تحقیقاتی که در ایران انجام شده ثابت گردیده است. به منظور محاسبه همبستگی عوامل پرسشنامه مقابله با استرس از ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردیده و نتایج به دست آمده شامل مسأله مدار ۵۸ درصد، هیجان مدار ۵۵ درصد، اجتنابی ۹۳ درصد.

شیوه اجرای پژوهش

در ابتدا برای جمع‌آوری داده‌ها با مراجعه به کلینیک‌ها و بیمارستان‌ها، هدف از انجام پژوهش برای یکی از اعضای خانواده که تمایل به همکاری داشت توضیح داده شد تا برای انجام پژوهش همکاری‌های لازم به عمل آید. قبل از اجرای پرسشنامه‌ها، کسب رضایت خانواده با بیان توضیحاتی درباره محرمانه ماندن، عدم ذکر نام و ملاک‌های ۷، ۸ و ۹ منشور اخلاق در پژوهش به دست آمد. سپس پرسشنامه‌های پژوهش در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت، در ضمن پژوهشگر از شرکت کننده درخواست می‌کرد که اگر پرسش نامفهومی وجود دارد قبل از تحویل دادن پرسش‌نامه آن را مطرح و پاسخ آن را از پژوهشگر دریافت کنند. در نهایت جهت تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش از ابزارهای آمار توصیفی چون میانگین، انحراف معیار و فراوانی و برای آزمون فرضیه‌ها از آزمون‌های تحلیل همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه و نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های این پژوهش در سه بخش اطلاعات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها، یافته‌های توصیفی و یافته‌های مربوط به فرضیه‌ها به شرح زیر ارائه شده است:

اطلاعات جمعیت شناختی آزمودنی‌ها

جدول ۱: توزیع فراوانی آزمودنی‌ها بر اساس جنس

متغیر	فراوانی	درصد
زن	۱۲۰	۰/۵۰
مرد	۱۲۰	۰/۵۰
کل	۲۴۰	۱۰۰

جدول ۲: توزیع فراوانی آزمودنی‌ها بر اساس سن

متغیر	فراوانی	درصد
۱۸ تا ۳۵	۱۳۰	۵۴/۲
۳۵ تا ۶۵	۱۱۰	۴۵/۸
کل	۲۴۰	۱۰۰

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار و واریانس جنس آزمودنی‌ها

متغیر	میانگین آماری	میانگین خطای استاندارد	واریانس
جنس	۱/۴۹	۰/۵۰	۰/۲۵

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار و واریانس وضعیت سن آزمودنی‌ها

متغیر	میانگین آماری	میانگین خطای استاندارد	واریانس
تأهل	۱/۴۵	۰/۴۹	۰/۲۴

یافته‌های توصیفی

جدول ۵: میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌ها در مقابله با استرس، بهزیستی اجتماعی، استرس ادراک شده و سلامت عمومی

متغیر	مؤلفه‌ها	میانگین	انحراف معیار
مقابله با استرس	مسأله مدار	۴۴/۰۲	۷/۳۳
	هیجان مدار	۴۶/۳۳	۱/۸۸
	اجتنابی	۴۵/۷۱	۶/۳۹
	کل	۱۳۶/۰۷	۱۲/۱۸
بهزیستی اجتماعی	همبستگی اجتماعی	۱۹/۴۶	۲/۴۹
	انسجام اجتماعی	۱۹/۲۶	۱/۵۲
	مشارکت اجتماعی	۱۷/۸۲	۳/۱۲

۲/۳۹	۲۲/۰۷	شکوفایی اجتماعی	
۴/۵۰	۲۱/۲۲	پذیرش اجتماعی	
۴/۲۰	۹۹/۸۵	کل	
۴/۳۱	۲۷/۹۲	کل	استرس ادراک شده
۴/۲۰	۵/۹۵	احساس خستگی	سلامت عمومی
۳/۶۴	۴/۶۰	اضطراب و بی خوابی	
۱/۰۷	۶/۶۷	توانایی مقابله	
۱/۳۹	۴/۱۵	گرایش به خودکشی	
۷/۵۲	۲۱/۳۸	کل	

یافته‌های مربوط به فرضیه‌ها

جدول ۶: ضرایب همبستگی همزیستی اجتماعی، استرس ادراک‌شده، سلامت عمومی و مقابله با استرس و مولفه‌های آنها

متغیر	همبستگی	انسجام	مشارکت	شکوفایی	پذیرش	بهزیستی	استرس ادراک	خستگی	اضطراب	توانایی	خودکشی	سلامت	مساله	هیجان	اجتنابی	مقابله
همبستگی	۱															
انسجام	۰/۶۱**	۱														
مشارکت	۰/۱۱	۰/۵۳**	۱													
شکوفایی	۰/۲۰**	۰/۳۹**	۰/۹۰**	۱												
پذیرش	۰/۸۰**	۰/۹۳**	۰/۵۲**	۰/۳۳**	۱											
بهزیستی	۰/۵۱**	۰/۹۳**	۰/۵۷**	۰/۶۲**	۰/۳۶**	۱										
استرس ادراک	۰/۲۷**	۰/۷۷**	۰/۰۶	۰/۰۳	۰/۵۵**	۰/۶۴**	۱									
خستگی	۰/۹۲**	۰/۳۲**	۰/۰۷	۰/۲۵**	۰/۰۶**	۰/۳۰**	۰/۱۰	۱								
اضطراب	۰/۸۳**	۰/۱۶**	۰/۱۰	۰/۲۰**	۰/۴۷**	۰/۱۱	۰/۳۰**	۰/۹۷**	۱							
توانایی	۰/۶۱**	۰/۱۹**	۰/۴۳**	۰/۵۸**	۰/۱۱	۰/۳۴**	۰/۴۱**	۰/۸۰**	۰/۸۲**	۱						
خودکشی	۰/۶۸**	۰/۱۲*	۰/۴۶**	۰/۶۶**	۰/۱۵*	۰/۴۴**	۰/۳۰**	۰/۸۳*	۰/۸۲**	۰/۹۸**	۱					
سلامت	۰/۸۸**	۰/۸۸**	۰/۱۱	۰/۲۰**	۰/۵۵**	۰/۱۹**	۰/۲۱**	۰/۹۹**	۰/۹۹**	۰/۸۰**	۰/۸۲**	۱				
مساله	۰/۰۱	۰/۴۹**	۰/۲۷**	۰/۱۵*	۰/۲۵**	۰/۷۲**	۰/۹۰**	۰/۳۲**	۰/۵۱**	۰/۳۷**	۰/۲۹**	۰/۴۳**	۱			
هیجان	۰/۷۶**	۰/۰۵	۰/۲۵**	۰/۵۲**	۰/۲۳**	۰/۳۳**	۰/۲۸**	۰/۹۱**	۰/۹۱**	۰/۹۲**	۰/۹۵**	۰/۹۰**	۰/۳۷**	۱		
اجتناب	۰/۰۱	۰/۱۸**	۰/۹۵**	۰/۷۶**	۰/۲۸**	۰/۷۹**	۰/۳۰**	۰/۱۲	۰/۲۳**	۰/۲۶**	۰/۳۱**	۰/۱۹**	۰/۶۳**	۰/۰۸	۱	
مقابله	۰/۱۲	۰/۱۹**	۰/۶۷**	۰/۵۷**	۰/۰۷	۰/۹۰**	۰/۶۶**	۰/۱۱	۰/۲۹**	۰/۰۵	۰/۱۳*	۰/۲۲**	۰/۸۷**	۰/۰۲	۰/۲۸**	۱

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که بین راهبردهای مقابله با استرس و بهزیستی اجتماعی رابطه مثبت و معناداری برقرار است ($r = 0.90$ ؛ $p < 0.01$) و همچنین بین راهبردهای مقابله با استرس و استرس ادراک شده رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($r = 0.66$ ؛ $p < 0.01$) و بین راهبردهای مقابله با استرس و سلامت عمومی رابطه مثبت و معنادار برقرار است ($r = 0.22$ ؛ $p < 0.01$).

جدول ۷: نتایج تحلیل ضرایب رگرسیون راهبردهای مقابله با استرس بر اساس بهزیستی اجتماعی

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	R	R ²	F	B	SEB	β	t	VIF
راهبردهای مقابله با استرس	بهزیستی اجتماعی	0.90	0.82	113/22					
					2/63	0.07	0.90	33/64	1

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد ۱۱۲ درصد از کل واریانس راهبردهای مقابله با استرس به وسیله بهزیستی اجتماعی تبیین می‌شود. نتایج آزمون آنوا نشان‌گر معنی‌داری مدل رگرسیون می‌باشد ($F = 112/22$ ؛ $p < 0.01$). نتایج ضریب رگرسیون نیز نشان می‌دهد بهزیستی اجتماعی ($t = 33/64$ ؛ $p < 0.01$) می‌تواند مقابله با استرس را پیش‌بینی کنند.

جدول ۸: نتایج تحلیل ضرایب رگرسیون راهبردهای مقابله با استرس بر اساس استرس ادراک شده

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	R	R ²	F	B	SEB	β	t	VIF
راهبردهای مقابله با استرس	استرس ادراک شده	0.66	0.44	187/72					
					1/87	0.13	0.66	13/70	1

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد ۱۸۷ درصد از کل واریانس راهبردهای مقابله با استرس به وسیله استرس ادراک شده تبیین می‌شود. نتایج آزمون آنوا نشان‌گر معنی‌داری مدل رگرسیون می‌باشد استرس ادراک شده ($F = 187/72$ ؛ $p < 0.01$) می‌تواند مقابله با استرس را پیش‌بینی کنند.

جدول ۹: نتایج تحلیل ضرایب رگرسیون راهبردهای مقابله با استرس بر اساس سلامت عمومی

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	R	R ²	F	B	SEB	β	t	VIF
راهبردهای مقابله با استرس	سلامت عمومی	0.22	0.05	12/62					
					0/36	0/10	0/22	3/55	1

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد ۱۲ درصد از کل واریانس راهبردهای مقابله با استرس به وسیله مولفه‌های سلامت عمومی تبیین می‌شود. نتایج آزمون آنوا نشان‌گر معنی‌داری مدل رگرسیون می‌باشد ($F = 12/62$ ؛ $p < 0.01$). نتایج ضریب رگرسیون نیز نشان می‌دهد سلامت عمومی ($t = 3/55$ ؛ $p < 0.01$) می‌تواند مقابله با استرس را پیش‌بینی کنند.

بحث

با توجه به آنچه ذکر شد، هدف پژوهش حاضر بررسی نقش بهزیستی اجتماعی، استرس ادراک شده و تغییرات سلامت عمومی بر مقابله با شرایط استرس زا بود. نتایج نشان داد که بین متغیرهای وابسته یعنی بهزیستی اجتماعی، استرس ادراک شده و تغییرات سلامت عمومی با متغیر مستقل یعنی مقابله با شرایط استرس‌زا رابطه مثبت و معناداری برقرار است.

نتایج این پژوهش در فرضیه اول نشان داد که با افزایش بهزیستی اجتماعی انواع راهبردهای مقابله با شرایط استرس‌زا نیز به طرز قابل توجهی افزایش می‌یابد. نتایج این فرضیه با نتایج مطالعه ریان (۲۰۰۱)، همسو است که نشان داده است احساس تعلق، بر بهزیستی افراد بسیار اثرگذار است. همچنین با نتایج باهلمن و دینتر (۲۰۰۱) که نشان دادند برخی از رفتارهای اجتماعی بر بهزیستی افراد اثرگذار است، همسو است. در تبیین این نتایج می‌توان بیان کرد که در واقع بهزیستی مستلزم آن است که نیازها ارضا شوند و افراد حس هدفمندی داشته باشند و احساس کنند که قادر به تحقق اهداف فردی مهم هستند و در جامعه مشارکت دارند. (اداره سلامت انگلستان، ۲۰۰۴؛ به نقل از صفاری نیا، تدریس تیریزی، محتشمی و حسن‌زاده، ۱۳۹۳).

در کاوش رابطه استرس ادراک شده و مقابله با شرایط استرس‌زا چنین می‌توان عنوان نمود که 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 (۱۹۹۶) را مورد تأیید قرار می‌دهد. این پژوهشگران نیز (۱۹۹۵) 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 بودند راهبردهای مقابله هیجانی در شرایط سطوح پایین‌تر استرس ادراک شده بیشتر است را مورد تردید قرار می‌دهد. 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 بودند 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 حالیکه مطابق با مدل باور تندرستی (بکر و همکاران، ۱۹۷۴؛ شیران و آبراهام، ۱۹۷۷؛ روزنستاک، ۱۹۹۰ و نیز مدل رفتار مقابله لازاروس و فولکمن، 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 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 ادراک شده 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.

در واری فرضیه سوم چنین می‌توان تبیین نمود که با افزایش مشکلات سلامت عمومی بخصوص اضطراب و افسردگی میزان مقابله با شرایط استرس‌زا کمتر می‌شود. یافته‌های حاصل از این پژوهش با یافته‌های سالامون و روت بلوم، روت بلوم و همکاران، میلگرم، فراری، والش و آگنوبی مبنی بر رابطه مثبت معنی‌دار بین تغییرات سلامت عمومی و استرس همسو است. از آنجا که افراد دارای سلامت عمومی پایین بخصوص دارای افسردگی اغلب قادر به لذت بردن از زندگی نیستند و به کمبود انرژی مبتلا هستند لذا در انجام کارها تعلل می‌ورزند. در واقع افراد دارای افسردگی بر مشکلات تمرکز دارند تا بر راه حل‌ها؛ بنابراین در استفاده از انواع راهبردهای مقابله با استرس نیز توفیق چندانی کسب نمی‌کنند. این موارد علایمی هستند که انجام کار را دشوار می‌کنند. نگاهی به پیشینه پژوهش چنین نمایان می‌سازد که سلامت عمومی پایین با نحوه مقابله با شرایط استرس‌زا رابطه دارد. بر اساس نظریه بک و الیس غالباً مبتلایان به افسردگی از خطاهای شناختی رنج می‌برند. خطاهای شناختی و باورهای غیر منطقی به تدریج احساس خود سرزنشگری و احساس منفی نسبت به خود را در آنها موجب می‌شود. همچنین افرادی که خلق پایین وضعیفی دارند زمینه مساعدتری برای بروز شرایط استرس‌زا دارند حتی اگر رفتار آنها اینگونه به نظر نرسد.

نتیجه‌گیری

همه روزه با بمباران اطلاعات مربوط به آمار تعداد مبتلایان، بهبودیافتگان و فوتی‌های ناشی از این بیماری از زبان مردم، رسانه‌های رسمی و شبکه‌های اجتماعی مواجه هستیم. این ویروس جدید و ناشناخته که اولین بار در ووهان چین شناسایی شد، به خانواده‌ی ویروس‌هایی همچون سارس مرتبط است. از طریق تماس فرد سالم با سطوح آلوده نیز شخص را مبتلا سازد. مشکل تنفسی به‌عنوان اصلی‌ترین و شدیدترین مشکل ناشی از این بیماری در کنار تب، سردرد، سرفه و گاه اسهال و دل‌پیچه، مطرح می‌شود. مثل همه‌ی مواقع که انسان‌ها هر کدام واکنش و برخورد متفاوت و منحصر به فرد خود را در مقابل اتفاقات یکسان و مشترک نشان می‌دهند، در مقابل این بحران ناشناخته یعنی ویروس کرونا نیز واکنش افراد متفاوت است: عده‌ای با انکار و کوچک شمردن خطر کرونا به نحوی سعی در مقابله با ترس و اضطراب خود دارند. به عنوان مثال افرادی که با وجود هشدارهای فراوان دست فرزند خود را می‌گیرند و به خرید عید یا مسافرت و مهمانی می‌روند و حتی کسانی که مخفیانه در تالارها جشن ازدواج و تولد به پا می‌کنند. ممکن است در خانواده از بی ملاحظگی نوجوانان در مقابل عدم رعایت اصول پیشگیری و بهداشتی کرونا به ستوه آمده باشید یا نتوانید مانع از بیرون رفتن و تفریح او شوید. استرس و اضطراب در مواجهه با بحران‌ها غیرقابل اجتناب است. استرس نشان‌دهنده هشدار و اعلام خطر است تا فرد جهت پیشگیری و محافظت خود از آسیب، هر چه سریع‌تر واکنش نشان دهد. همان‌گونه که استرس از نظر تکاملی باعث واکنش سریع‌تر انسان‌های اولیه در مقابل حیوانات درنده و افزایش احتمال زنده بودنشان می‌شده، اکنون نیز ما با شنیدن ناگهانی صدای بوق اتومبیل با سرعت بیشتری واکنش نشان می‌دهیم. بنابراین در حال حاضر با وجود هشدارهای مربوط به جدی بودن احتمال شیوع و خطر کرونا، آنچه غیرطبیعی است نبود سطح لازمی از اضطراب و استرس است. معمولاً افرادی که نسبت به ویروس کرونا از سطح بالای برانگیختگی و اضطراب رنج می‌برند، خود از شرایط فعلی ناراضی بوده و به دنبال راه‌کار مقابله‌ای هستند. افراد مضطرب سعی می‌کنند با فکر نکردن درباره کرونا از میزان استرس خود بکاهند. اما نتیجه‌ی این تلاش آگاهانه برای سرکوب افکار مربوط به کرونا معمولاً نتیجه‌ی عکس می‌دهد! بر اساس این اثر ریباند، تلاش برای سرکوب آگاهانه‌ی افکار باعث شدت گرفتن همان افکار در ذهنمان می‌گردد. اثر ریباند افکار سرکوب‌شده را مانند توپی می‌داند که با شدت تمام به سمت دیوار پرتاب و با قدرت بیشتر به خودمان بر می‌گردد. بنابراین تصمیم شما برای فکر نکردن به کرونا باعث

شدت گرفتن این افکار می‌گردد؛ بنابراین دست از مقاومت بردارید و به جای تلاش برای سرکوب افکارتان، با پذیرش استرس و افکارتان به بهتر شدن اوضاع کمک کنید. افکار را مانند ابرهای در حال حرکت آسمان و یا اتومبیل‌های در حال گذر خیابان ببینید و به آن‌ها اجازه‌ی ورود و خروج بدهید. و نکته آخر این که تلاش کنید در لحظه‌ی حال زندگی کنید. فراموش نکنید که نگرانی، حاصل تفکر و زندگی در آینده است در حالی که با انجام فعالیت‌های مفید در لحظه‌ی اینجا و اکنون می‌توانید این شرایط را تا حد ممکن به‌خوبی مدیریت کنید و پشت سر بگذارید.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی بوده است که باید به آن‌ها توجه نمود. برخی از محدودیت‌ها شامل محدود بودن جامعه آماری، خستگی آزمودنی‌ها و شکایت آن‌ها از زیاد بودن سوالات پژوهشی، محدودیت زمانی برای انجام پژوهش، پایین بودن فرهنگ اعتماد، مسئولیت و پاسخگویی به سوالات پژوهش در سطح جامعه بود. فرض پژوهشگر در ابتدای پژوهش بر این مبنا بود که در رابطه با موضوع اخیر تحقیقات همه جانبه و گسترده‌ای صورت نگرفته لذا در جریان پیشرفت پژوهش، عدم وجود پیشینه کافی، به خصوص در ایران، در رابطه با موضوع مورد بحث یکی دیگر از مشکلات پژوهش حاضر بود. همه داده‌ها به کمک پرسشنامه گردآوری شد، از این رو شرایط روانی آزمودنی در این شرایط بحرانی جامعه بر شیوه پاسخ‌گویی تأثیرگذار بود. پیشنهاد می‌شود متغیرهای پژوهش در شرایط عادی نیز مورد سنجش و ارزیابی قرار گیرند.

منابع و مراجع

- [۱] حیدری، غلامرضا و غنایی، زیبا (۱۳۸۷). هنجاریابی پرسشنامه بهزیستی اجتماعی، اندیشه و رفتار روان‌شناسی بالینی، ۲ (۷): ۳۱-۴۰.
- [۲] سارانی، آزاده؛ اظهار، صدیقه؛ مظلوم، سیدرضا و آقامحمدیان شریاف، حمیدرضا (۱۳۹۵). بررسی ارتباط راهبردهای مقابله در بارداری با میزان استرس ادراک‌شده مادران باردار، مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل، دوره هجدهم، شماره ۷، ۱۳-۷.
- [۳] سعادت، سجاده؛ اصغری، فرهاد و جزایری، رضوان السادات (۱۳۹۴). رابطه خودکارآمدی تحصیلی با استرس ادراک‌شده، راهبردهای مقابله‌ای و حمایت‌های اجتماعی ادراک‌شده در دانشجویان دانشگاه گیلان، مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی، دوره پانزدهم، شماره ۱۲، ۶۷-۷۸.
- [۴] شربتیان، محمد حسن و طوافی، پویا (۱۳۹۵). مطالعه جامعه شناختی شاخص‌های احساس بهزیستی اجتماعی شهروندان شهر مشهد. فصلنامه علمی ترویجی مطالعات فرهنگی-اجتماعی خراسان، ۱۰ (۴): ۱۳۷-۱۱۵.
- [۵] صفاری نیا، مجید. (۱۳۹۴). آزمون‌های روان‌شناسی اجتماعی و شخصیت. چاپ دوم. تهران: ارجمند.
- [۶] صفاری نیا، مجید؛ تدریس تبریزی، معصومه؛ محتشمی، طیبه و حسن زاده، پرستو (۱۳۹۳). تأثیر مؤلفه‌های شخصیت جامعه پسند و خودشیفتگی بر بهزیستی اجتماعی در ساکنان شهر تهران. مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی. سال پانزدهم. شماره ۳. (پیاپی ۵۷). ۳۵-۴۵.
- [۷] عبدی، رضا؛ کبودی، ناهید (۱۳۹۵). نقش تعدیلی اجتناب تجربه‌ای در رابطه‌ی بین حساسیت اضطرابی و استرس ادراک‌شده، مجله اندیشه و قلم، دوره دهم، شماره ۴۰، ۵۷-۵۸.
- [۸] فاطمی، میرمسعود، زارع، محمد، خرازی افرا، فاطمه و خرازی افرا، محمد (۱۳۹۳). بررسی رابطه بین رشد معنویت و چگونگی مقابله با شرایط استرس‌زا در بین اینترنت‌های رشته پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران، مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، دوره ۲۴، شماره ۱، ۴۹-۵۳.
- [۹] مسعودنیا، ابراهیم؛ پورنقی، سیدجواد و باهمت، زهرا (۱۳۹۵). مقایسه راهبردهای مقابله‌ای در برابر شرایط استرس‌زا در افراد با علائم اولسریپتیک و افراد سالم ۲۰ تا ۵۰ سال، مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، دوره هشتم، شماره ۲، ۳۴۱-۳۵۲.
- [۱۰] مقدم، مرضیه؛ رشیدزاده، ثریا؛ شمس‌علیزاده، نرگس و فلاحی، بدیعه (۱۳۹۳). تأثیر آموزش مقابله با استرس بر استرس ادراک‌شده و سبک مقابله با استرس در دانشجویان پزشکی، مجله علوم پزشکی کردستان، دوره نوزدهم، ۶۰-۵۲.
- [11] Bahlmann, R. & Dinter, L. D. (2001). Encouragement self-encouragement. An Effectstudy of the Encouragement Training Schoenaker-Concept. The Journal of Individual Psychology, Vol57, No 37, pp 273-288.
- [12] Becker, M. H., Maiman, L. A., Kirascht, 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.
- [13] Dogan, T. (2010). The effects of psychodrama on young adults attachment styles. The arts in psychotherapy, 37(2): 112-119.
- [14] 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.
- [15] Ferrari, J. R., & Tice, D. M. (1998). Procrastination as a Self-Handicap for Men and Women. A Task-Avoidance Strategy in a Laboratory Setting. In Journal of Research in Personality, 34(1), 73-83. DOI: 10.1006/jrpe.1999.2261.
- [16] Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. Journal of Health & Social Behavior, 21, 219- 239.
- [17] 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.

- [18] 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.
- [19] Jensen, M. P., & Karoly, P. (1991). Control belief, coping efforts, and adjustment to chronic pain. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 59, 431-438.
- [20] Kumar, P. K. (2013). The role of social rituals in well-being. In *An Integrated View of Health and Well-being* (pp. 83-98). Springer, Dordrecht.
- [21] Lee, J., Kim, E. Y., & Wachholtz, A. (2011). The effect of perceived stress on life satisfaction: The mediating effect of self efficacy, 23(10), 29-47.
- [22] 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.
- [23] Marin, J., Prado, J., Demarzo, M. P., Gascon., S., & Campayo., J. G. (2014). collection:. Coping with stress and types of burnout explanatory power of different coping strategies, New collection: SCIECE of STORIES, doi/ 10.1371/
- [24] Milgram, N., toubianaY. (1999). Academic anxiety, academic procrastination, and parental involvement in students and their parents. In *British Journal of Educational Psychology*, 69 (3), 345–361. DOI: 10.1348/000709999157761.
- [25] Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- [26] 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.
- [27] 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.
- [28] Rothblum, E. D. Solomon, L. J& Murakami, J. (1986). Affective, cognitive, and behavioral differences between high and low procrastinators, *Journal of Counseling Psychology* 33 (1986), pp. 387–394.
- [29] Ryan R M. (2001). on happiness and human potentials: A Review of Research on hedonic and Eudaimonic well- being. *Annual review of psychology*.
- [30] 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.
- [31] Solomon, L. J., & Rothblum, E. D. (1984). Academic procrastination. Frequency and cognitive-behavioral correlates. In *Journal of Counseling Psychology*, 31 (4), 503–509. DOI: 10.1037/0022-0167.31.4.503. the complete state Model of Health. *Journal of Consoling and Clinical Psychology*, 73(3) 539-548.
- [32] Vinothkumar, M., Arathi, A., Joseph, M., & Nayana, P. (2016). Coping, perceived, and job satisfaction among medical interns: The mediating effect of mindfulness, 25(2), 195-201.
- [33] Walsh, J. J., & Ugumba-Agwunobi, G. (2002). Individual differences in statistics anxiety: The roles of perfectionism, procrastination and trait anxiety. *Personality and Individual Differences*, 33, 239-251.
- [34] Zeidner, M. (2007). Anxiety and coping with community disasters: The Israeli experience. *Journal of Research in Personality*, 41, 213-220.