

Impact of Perceived Vulnerability on Student's Coping Strategies in Stressful Situations: An Appraisal of Health Belief Model

***Masoudnia¹ E (Ph.D).**

1-Associate Professor, Department of social science, Guilan University, Rasht, Iran (**Corresponding Author**)

E-mail: masoudnia@guilan.ac.ir

Abstract

Introduction: The recognition of effective psycho-social factors on individual's reaction to stressful situations is very important for management and control of stress in early stages and prevention of its negative consequences. The aim of this study was to determine the relationship between perceived vulnerability and coping strategies of students in framework of health belief model.

Methods: This study conducted with a survey and cross-sectional method. Data were collected from 373 students of Yazd University, from seven educational groups. These students were selected with random quota sampling. Measuring tools were coping strategies scale and perceived vulnerable scale.

Results: There were significant negative correlation between perceived vulnerability and seeking social support ($p < .01$), problem-focused coping strategies ($p < .01$), and active coping strategies ($p < .01$). Also, there were significant positive correlation between perceived vulnerability and reappraisal/adjustment ($p < .01$), and emotion-focused coping strategies ($p < .01$). Hierarchical multiple regression analysis showed that the perceived vulnerability variable explained for %16.6 of the variance in coping strategies.

Conclusion: Students with lower levels of perceived vulnerability higher use of problem-focused coping strategies and individuals with higher levels of acute vulnerability using emotion-focused coping strategies.

Key words: Stress, Coping Strategies, Perceived Vulnerability, Students.

Received: 10 January 2015

Accepted: 21 September 2015

تأثیر آسیب پذیری ادراک شده بر راهبردهای مقابله ای دانشجویان در موقعیتهای استرس زا: ارزیابی مدل باور سلامتی

* ابراهیم مسعودنیا

۱- دانشیار، گروه علوم اجتماعی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران (نویسنده مسؤل)
پست الکترونیکی: masoudnia@guilan.ac.ir

نشریه روان پرستاری، دوره ۳ شماره ۳ پاییز ۱۳۹۴ ۶۳-۷۵

چکیده

مقدمه: شناخت عوامل روانی و اجتماعی اثرگذار بر واکنش های افراد نسبت به عوامل و موقعیت های استرس زا، اهمیت چشمگیری در مدیریت و کنترل استرس در مراحل آغازین و پیشگیری از برآیندهای منفی آن دارد. مطالعه حاضر با هدف شناخت و تعیین رابطه بین آسیب پذیری ادراک شده و راهبردهای مقابله ای دانشجویان در چارچوب مدل باور سلامتی انجام شده است.

روش ها: این مطالعه با روش پیمایشی و به صورت مقطعی انجام شد. داده های مطالعه حاضر، از ۳۷۳ نفر از دانشجویان دانشگاه یزد که با روش نمونه گیری سهمیه ای تصادفی، از هفت گروه آموزشی انتخاب شده بودند، و در خرداد ماه ۱۳۹۰ گردآوری شد. مقیاس راهبردهای مقابله ای و مقیاس آسیب پذیری ادراک شده ابزار اندازه گیری این مطالعه بودند.

یافته ها: همبستگی منفی معناداری میان آسیب پذیری ادراک شده و جستجوی حمایت اجتماعی ($r = -0/354, p < 0/001$)، میان آسیب پذیری ادراک شده و ارزیابی مجدد/ سازگاری ($r = 0/333, p < 0/001$)، و مقابله هیجان مدار ($r = 0/213, p < 0/001$) مشاهده شد. تحلیل رگرسیون چندگانه سلسله مراتبی، نشان داد که متغیر آسیب پذیری ادراک شده ۱۶/۶ درصد از واریانس متغیر راهبردهای مقابله ای را تبیین نمود.

نتیجه گیری: افراد با سطح آسیب پذیری ادراک شده پایین، استفاده بالاتری از راهبردهای مقابله ای معطوف به حل مساله داشتند و افراد با سطح آسیب پذیری شدید استفاده بالاتری از راهبردهای مقابله ای هیجان محور را نشان دادند.

کلید واژه ها: استرس، راهبردهای مقابله ای، آسیب پذیری ادراک شده، دانشجویان.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۶/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۰/۲۰

مقدمه

استرس، تهدیدی جدی است که می تواند به بیماریهای روانی یا فیزیکی منجر شود و یا ممکن است اثرات منفی چشمگیری بر عملکرد دانشجویان و رویه های حرفه ای آنان شود (۱). از نظر محققان، اگر چه میزانی از استرس برای رفع شرایط ملالت آور و نیز انگیزش پایین مناسب است اما پایداری علائم مرتبط با استرس ممکن است به تضعیف سلامت روانی و فیزیکی و نیز به کاهش کارآمدی در کار و یادگیری و یا حتی سوء مصرف مواد منجر شود (۲). بسیاری از شرایط بعنوان عوامل خطر برای تجربه استرس در دانشجویان برشمرده شده است. برای مثال، تغییر محیط دانشجویان از محیط مدرسه به دانشگاه، منجر به شوک اجتماعی، روانی و آموزشی در آنان می شود (۳) زیرا محیط آموزشی جدید تفاوت زیادی با محیط قبلی دارد. همچنین، شرایطی مانند روشهای جدید آموزشی، فضای جدید، شرایط تحصیلی، انواع روابط جدید میان دانشجویان و دانشکده، روابط جدید میان خود دانشجویان، تغییرات در سبک زندگی، افزایش حجم کار، و وظایف جدید، بعنوان عوامل خطر استرس در دانشجویان هستند.

شیوع استرس در میان دانشجویان در مطالعات مختلف بسیار بالا برآورد شده است. مطالعات، برای مثال در بریتانیا نشان می دهند که شیوع استرس در سه دانشگاه در این کشور ۳۱/۲٪ (۴)، در یکی از دانشکده های پزشکی در مالزی ۴۱/۹٪ (۵)، و در یکی از دانشگاههای پزشکی در تایلند ۶۱/۴٪ (۶) بوده است. در ایران، مطالعات مختلف، نرخ های متفاوتی از استرس دانشجویان را نشان دادند. در مطالعه اکبری و دیگران (۷)، بر روی دانشجویان دندانپزشکی در همدان، نشان داده شد که ۵۲٪ از دانشجویان دارای استرس غیرطبیعی بودند. در مطالعه نجفی کلیانی و همکاران (۸)، بر روی دانشجویان علوم پزشکی فسا، نشان داده شد که ۷۶٪ از دانشجویان از استرس رنج می برند. در مطالعه عابدینی و همکاران (۹)، شیوع استرس در دانشجویان پرستاری، ۶۰٪ برآورد شد.

از نظر محققان، این خود استرس نیست که باعث اختلالهای روانی یا فیزیکی می شود بلکه شیوه های مقابله با آن است که موجب بیماری می شود (۱۰). بنابراین، چگونگی مقابله با شرایط استرس زا، کلید عوارض مثبت یا منفی روانی، فیزیکی و رفتاری ناشی از آن است. یکی از مدل های نظری مناسب برای پیش بینی کننده چگونگی مقابله با استرس، مدل باور سلامتی است. از جمله متغیرهای عمده در این مدل که بعنوان یکی از پیش بینی های اساسی برای راهبردهای مقابله ای در برابر استرس تلقی می شود، آسیب پذیری ادراک شده

است. آسیب پذیری ادراک شده، از جمله فاکتورهای پیش بینی کننده برخی از رفتارهای حمایتی - تندرستی تلقی شده است. در سالهای اخیر، محققان زیادی توجه خود را به نقش عوامل روانی در فرایند مقابله و واکنش نسبت به موقعیت های استرس زا و بیماریها معطوف کرده اند. آسیب پذیری ادراک شده، از جمله مولفه های اصلی در مدل باور سلامتی است. مدل باور تندرستی، در اساس به منظور تبیین رفتارهای مرتبط با سلامت شکل گرفته است. این مدل که یکی از مؤثرترین رویکردهای اجتماعی - روانشناختی است، در ابتدا به وسیله ایروینگ روزنستاک (۱۱) و از نظریه یادگیری روانشناختی اقتباس شده است (۱۲-۱۴). مدل مذکور، بعدها توسط پکر (۱۴) توسعه پیدا کرد. بر مبنای مدل رفتار سلامتی، احتمال درگیری در یک رفتار سلامتی خاص، به وسیله دو عامل تعیین می شود: الف) باورها درباره تاثیر بیماری و برآیندهای آن (ادراک خطر) و ب) باورها درباره برآیندهای رفتار سلامتی و نیز درباره احتمالات و تلاش برای عملی کردن آنها (۱۵). آسیب پذیری ادراک شده، به باور یک شخص به اینکه چقدر خود را نسبت به یک موقعیت استرس زا یا استرس خاص و یا مشکل تندرستی آسیب پذیر احساس می کند اشاره دارد. از نظر مدل باور سلامتی، احتمال اینکه یک فرد برای مثال برای پیشگیری از برآیندهای منفی استرس ها و بیماریها، راهبردهای مقابله مناسب و رفتارهای احتیاطی اتخاذ نماید، به باورهای وی در زمینه میزان آسیب پذیری ادراک شده نسبت به عوامل و موقعیتهای استرس زا بستگی دارد (۱۶، ۱۱). از سوی دیگر، مقابله، آن دسته از تلاشهای شناختی و رفتاری فرد را دربرمی گیرد که به منظور کاهش استرس ناشی از خواسته های درونی و یا بیرونی صورت می گیرند و مطابق ادراک فرد، خواسته های مزبور، از منابع فرد برای رفع آن، فراتر می رود (۱۷). به بیان دیگر، مقابله می تواند به عنوان تلاشی تعریف شود که در جهت کنترل و غلبه بر خواست ها و وقایع بحرانی صورت می گیرد (۱۸). محققان (۲۱-۱۹)، دو دسته از شیوه های کلی مقابله را برشمرده اند: مقابله معطوف به حل مساله و مقابله هیجان مدار. راهبردی مقابله معطوف به حل مساله عبارتند از روشهای فعال حل مساله که برای حل رابطه استرس زای بین خود و محیط مورد استفاده قرار می گیرند (۲۲). عمده ترین راهبردهای معطوف به حل مساله عبارتند از: مقابله رویارویانه: تلاشهای ستیزه جویانه برای تغییر موقعیت؛ جستجوی حمایت اجتماعی: تلاشها در جهت کسب حمایت هیجانی و اطلاعاتی از دیگران، و راهبردی حل مساله با برنامه: تلاشهای سنجیده مساله مدار برای حل موقعیت. از سوی دیگر، راهبردهای هیجان مدار عبارت از شیوه هایی اند که براساس آن، افراد به سطح بهینه ای از تنظیم هیجانی و توانایی برخورد با موقعیتها

استرسهای جزئی آزمون نمود و دریافت که آسیب پذیری نسبت به استرس، پیش بینی کننده نیرومندی برای راهبردهای مقابله هیجان مدار و افسردگی در میان زنان کالج بود. به گفته محققان، واکنش پذیری، بعد ثابتی از شخصیت است که با آسیب پذیری در مقابل استرس و مقابله غیر مؤثر، سازگاری ضعیف و عاطفه منفی در رابطه است (۳۰). بر این اساس، فلستن (۳۱)، در مطالعه ای دیگر دریافت که واکنش پذیری بیشتر نسبت به استرس، در پاسخ به عوامل استرس زای خفیف، احتمالاً نشانه ثابتی برای آسیب پذیری در مقابل استرس بوده که خود پیش بینی کننده نیرومندی برای راهبردهای مقابله منفی و نیز برآیندهای منفی است.

گاربر و هیلسمن (۳۲)، رابطه بین آسیب پذیری ادراک شده و راهبردهای مقابله را در چارچوب مدل شناختی استعداد- استرس، مورد بررسی قرار دادند. آنها، در چارچوب این مدل، فرض کردند که کودکان، سبک شناختی منفی را براساس سرمشق گیری از دیگران مهم و تجربیات همراه با وقایع استرس آمیز غیرقابل کنترل، در زندگی خود شکل می دهند. آنها، وقتی با وقایع استرس زای زندگی مواجه می شوند، سبک شناختی منفی شان، موجب افزایش استعداد آسیب پذیری در مقابل استرس و خودکارآمدی پایین می گردد که به نوبه خود، باعث راهبردهای مقابله منفی می شود. در پژوهش های انجام شده درباره اثرات سر و صداهای محیطی (۳۳) و ازدحام (۳۴) مشخص شد که افراد بویژه آسیب پذیر در مقابل استرس یا ناراحتی، ظاهراً بگونه نامطلوب و نامناسبی از عوامل استرس زا متأثر می شوند. آنها، راهبردهای مقابله ضعیفی در برخورد با موقعیت های استرس زا اتخاذ می کنند، و علائم درماندگی و دشواری را در انجام وظایف خود نشان می دهند. کوهن، گلاس و فیلیپ (۳۴) فرض کردند که شاید دلیل این کار این باشد که این افراد، غالباً کنترل اندکی را بر محیط شان تجربه می کنند و لذا، سطوح بالایی از استرس را تجربه کرده و راهبردهای مقابله منفی و هیجان مدار را در برخورد با استرسها، اتخاذ می کنند.

ریمس و سالکوفسکیس (۳۵) در مطالعه ای راجع به آسیب پذیری افراد نسبت به اضطراب تندرستی، این سؤال را مطرح ساختند که آیا نظریه رفتاری- شناختی اضطراب تندرستی می تواند برای پیش بینی تفاوت های فردی در واکنش ها نسبت به پایش تندرستی، نظیر نگرانی یا بی اهمیت سازی، مورد استفاده قرار گیرد. آنها در پرتو مدل شناختی- رفتاری، به این نتیجه رسیدند که هر مقدار افراد نسبت به تجربه استرس پس از پایش تندرستی، آسیب پذیرتر باشند، به همان اندازه: الف) مفروضات کلی ناسازگارانه درباره

و احساسات شدید و بحرانی دست می یابند (۲۳). مهمترین این راهبردها عبارتند از: خویشتنداری: تلاش به منظور تنظیم و کنترل احساسات یک شخص؛ فاصله گیری: تلاش در جهت انفصال از موقعیت؛ ارزیابی مجدد/ سازگاری: تلاش برای یافتن معنای مثبت در تجربه با تاکید بر رشد شخصی؛ و راهبرد اجتناب/گریز: تلاش برای رهایی یا اجتناب از موقعیت (۲۴).

پژوهشهای اندکی راجع به تأثیر آسیب پذیری ادراک شده نسبت به عوامل استرس زا و راهبردهای مقابله انجام گرفته است. غالب پژوهشهای انجام شده درباره آسیب پذیری، بر نقش نوع خاصی از راهبردهای مقابله بر آسیب پذیری افراد نسبت به اختلالات و بیماریها تأکید کرده اند. برای مثال، محققان نشان دادند که برخی سبک های مقابله، افراد را در مقابل وقایع استرس آمیز زندگی محافظت می کند در حالی که سایر سبک های مقابله، آسیب پذیری افراد را نسبت به سلامت روانی، افزایش می دهند. یافته های دو پژوهش متوالی هرمن استال و پیترسون (۲۵) و هرمن استال، استملر و پیترسون (۲۶)، بر روی جوانان نشان داده شد که نشانه شناسی افسردگی، با سطوح بالای مقابله اجتنابی و منفعل، اما سطوح پایین تر مقابله فعالانه و رویکرد، همراه است. افزون بر این، شواهد حاصل از پژوهشهای انجام شده بر روی بزرگسالان نیز نشان داد که افسردگی، بگونه ای منفی با مقابله معطوف به حل مساله و به گونه مثبتی با مقابله هیجان مدار در ارتباط است (۲۷).

به طور کلی، فرض براینست که انتخاب یک راهبرد مقابله، تا حدود زیادی تحت تأثیر ارزیابی فرد از آسیب پذیری اش نسبت به موقعیت استرس زا قرار دارد. در مطالعه ای، برانتلی و جونز (۲۸) نشان دادند افرادی که عوامل استرس زای جزئی و خفیف را بسیار استرس زا ارزیابی کرده بودند، نسبت به آنها آسیب پذیرتر بوده و توانایی اندکی برای مقابله با آنها داشتند. از نظر آنها، انتظار بر این است که چنین افرادی در مقایسه با افرادی که عوامل استرس زای جزئی و خفیف را کمتر استرس زا ارزیابی کرده بودند، به احتمال بیشتری، حالات عاطفی منفی را تجربه کنند. آنها همچنین دریافتند که این افراد بواسطه آسیب پذیری شان نسبت به استرس، غالباً از راهبردهای مقابله هیجان مدار استفاده می کنند تا راهبردهای مقابله معطوف به حل مساله و تکلیف محور.

فلستن (۲۹)، فرضیه رابطه بین آسیب پذیری در مقابل استرس، واکنش پذیری، و راهبردهای مقابله را مورد آزمون قرار داد. وی این فرضیه را با سنجش میانگین استرس در هر عامل استرس زا (واکنش پذیری در مقابل استرس) و کل استرس در پاسخ به

۲- مقیاس اصلاح شده راهبردهای مقابله ای: این مقیاس مرکب از ۴۲ ماده است که بر اساس یک طیف پنج درجه ای لیکرت (خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم، خیلی کم) درجه بندی شده و ۷ راهبرد مقابله ای، یعنی: جستجوی حمایت اجتماعی، ارزیابی مجدد/ سازگاری، مقابله اجتنابی، مقابله مساله مدار، مقابله هیجان مدار، مقابله فعالانه، و خویشتنداری را اندازه گیری می کنند. نمرات بالا در مورد هر راهبرد، به معنای دارا بودن همان راهبرد از سوی پاسخگو است. این مقیاس، در مطالعات متعددی (۲۸، ۵۱-۴۵) استفاده شده و پایایی و اعتبار آن تأیید شده است. مقیاس مزبور، در ایران، نخستین بار توسط نگارنده (۵۲) در مطالعه ای در زمینه شیوه های مقابله بیماران آرتروز روماتوئید با درد به فارسی برگردانده شد و روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفت. در آن مطالعه، با استفاده از روش تحلیل مولفه های اصلی، هفت مولفه با عناوین: جستجوی حمایت اجتماعی، مقابله فعالانه، ارزیابی مجدد/سازگاری، مقابله اجتنابی، مقابله هیجان مدار، مقابله مساله مدار، و خویشتنداری مشخص شدند. میزان پایایی و ضرایب همسانی درونی هفت خرده مقیاس پرسشنامه مذکور با استفاده از روش آلفای کرونباخ، در دامنه قابل قبولی قرار داشت (جستجوی حمایت اجتماعی=۰/۹۰، مقابله فعالانه=۰/۸۶، ارزیابی مجدد/سازگاری=۰/۷۷، مقابله اجتنابی=۰/۷۵، مقابله هیجان مرکز=۰/۸۲، مقابله مساله مرکز=۰/۹۱ و خویشتنداری، ۰/۷۴). در مطالعه حاضر، با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ضریب پایایی راهبردهای ۷ گانه مقابله ای بصورت زیر محاسبه شد: جستجوی حمایت اجتماعی (۰/۸۶)، ارزیابی مجدد/سازگاری (۰/۷۷)، مقابله اجتنابی (۰/۷۷)، مقابله مساله مدار (۰/۷۶)، مقابله هیجان مدار (۰/۷۸)، مقابله فعالانه (۰/۷۲) و خویشتنداری (۰/۷۰).

۳- آسیب پذیری ادراک شده: برای سنجش این متغیر، از مقیاس آسیب پذیری ادراک شده (۵۳) استفاده گردید. این مقیاس، مرکب از ۱۷ ماده بود که براساس یک طیف پنج درجه ای (تقریباً همیشه، همیشه، گاهی اوقات، تقریباً هیچگاه و هیچگاه) درجه بندی شدند. دامنه نمرات مقیاس، ۰-۶۸ بود. نمره بالاتر در این مقیاس، نشانگر آسیب پذیری ادراک شده بالاتر بود. سازندگان این مقیاس، ضریب همسانی درونی مقیاس مذکور را با استفاده از روش آلفای کرونباخ، در سطح بسیار مطلوبی گزارش کردند (۰/۸۷). مقدار پایایی پرسشنامه در مطالعه حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۷ بدست آمد که در سطح مطلوبی قرار داشت.

به لحاظ ملاحظات اخلاقی، به پاسخگویان گفته شد در صورتیکه مایل به شرکت در مطالعه هستند، پرسشنامه ها را دریافت و تکمیل نمایند. همچنین به آنها گفته شد که پرسشنامه هایی نام

تندرستی و بیماری دارند، ب) باورهای بویژه منفی درباره بیماری مورد پایش دارند، و ج) تمایل به واکنش در مقابل تهدیدات تندرستی، به شیوه های ناسازگارانه و هیجانی، نظیر اجتناب دارند. آنها، به این نتیجه کلی دست یافتند که هر مقدار آسیب پذیری ادراک شده نسبت به استرس و موقعیتهای استرس زا بیشتر باشد، تمایل افراد به استفاده از شیوه های مقابله هیجان مدار، بیشتر می شود.

پژوهشهای پیشین در ایران درباره عوامل اثرگذار بر راهبردهای مقابله ای، بر طیفی از عوامل، مانند: عزت نفس (۳۶)؛ کیفیت زندگی (۳۷)؛ فشار مراقبتی (۳۸)؛ رویدادهای استرس زا (۳۹)؛ استرس ادراک شده (۴۰)؛ الگوی ارتباطی خانواده و خودپنداره (۴۱)؛ ویژگیهای شخصیتی (۴۲)؛ خودکارآمدی ادراک شده (۴۳)؛ منبع کنترل (۴۴) تأکید داشتند. درباره تأثیر آسیب پذیری ادراک شده بر انتخاب راهبردهای مختلف مقابله ای تاکنون مطالعه ای انجام نشده است. با توجه به این خلاء پژوهشی، مطالعه حاضر با هدف تعیین نقش آسیب پذیری ادراک شده در تغییرپذیری در راهبردهای مقابله ای افراد در موقعیت های استرس زا انجام گرفته است. پیش فرض مطالعه حاضر، با توجه به مدل باور سلامتی این بود که هر مقدار افراد خود را در برابر عوامل و موقعیت های استرس زا بیشتر آسیب پذیر ادراک کنند به همان اندازه تمایل بیشتری به استفاده از راهبردهای مقابله ای هیجان مدار خواهند داشت.

روش مطالعه

مطالعه حاضر، در قالب یک طرح توصیفی پیمایشی و به صورت مقطعی انجام شد. داده های مطالعه، از ۳۷۳ نفر از دانشجویان دانشگاه یزد از هفت دانشکده: علوم انسانی، ادبیات، علوم پایه، ریاضیات و آمار، فنی و مهندسی، منابع طبیعی و هنر و معماری، به فاصله یک ماه (خرداد ۱۳۹۰) جمع آوری شد. این دانشجویان، با استفاده از روش نمونه گیری سهمیه ای تصادفی انتخاب شدند. براساس این روش، تلاش شد تا انتساب بهینه و متناسب انجام شود یعنی، زیرگروهها (دانشجویان رشته های مختلف)، به همان نسبتی که در کل داشتند در نمونه هم وارد شدند. پیش از اجرای پرسشنامه، مجوز انجام مطالعه از دانشگاه یزد اخذ شده و سپس با کسب رضایت از دانشجو، آنها به پرسشنامه های راهبردهای مقابله ای و آسیب پذیری ادراک شده پاسخ دادند.

در این مطالعه از ابزار اندازه گیری زیر استفاده شد:

۱- مشخصه های اجتماعی-جمعیت شناختی: این مشخصه ها، شامل متغیرهای سن، جنسیت و وضعیت تأهل می شد که با استفاده از یک چک لیست عمومی سنجیده شد.

بوده و اطلاعات آنها محرمانه خواهند ماند.

یافته ها

۳۷۳ نفر از دانشجویان دانشگاه یزد مورد بررسی قرار گرفتند (جدول ۱). ۳۷/۵ درصد از پاسخگویان را مرد و ۶۲/۵ درصد از پاسخگویان را زن تشکیل می دادند. میانگین سنی پاسخگویان، ۲۰/۵۹ سال با انحراف معیار ۱/۵۸ بود. از نظر رشته تحصیلی، بیشترین درصد نمونه به ترتیب در رشته های علوم انسانی (۳۱/۶٪) و فنی و مهندسی (۳۱/۹٪) و کمترین درصد نمونه به رشته هنر و معماری (۶/۲٪) مربوط می شد. از نظر وضعیت تأهل، اکثر پاسخگویان (۹۲/۰٪) مجرد بودند. ۵۳/۱٪ دانشجویان اعلام کردند که پیش از ورود به دانشگاه استرس تجربه کرده بودند.

داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفتند. ابتدا به منظور تعیین اعتبار ساختار عاملی مقیاس راهبردهای مقابله ای از روش تحلیل مولفه های اصلی استفاده شد. برای بررسی رابطه بین راهبردهای مختلف مقابله ای و آسیب پذیری ادراک شده، از روش همبستگی مرتبه صفر پیرسون استفاده گردید. از رگرسیون چندگانه سلسله مراتبی، به منظور تعیین سهم هر یک از متغیرهای منتخب وارد شده در مدل، در تبیین واریانس متغیر تحت مطالعه راهبردهای مقابله ای استفاده گردید.

جدول ۱: ویژگیهای اجتماعی - جمعیت شناختی نمونه

متغیر	میانگین \pm انحراف معیار	فراوانی (درصد)
مرد	۲۱/۵۹ \pm ۱/۵۸	۱۴۰ (۳۷/۵)
سن/جنس زن		۲۳۳ (۶۲/۵)
علوم انسانی	۲۱/۵۹ \pm ۱/۵۸	۱۱۸ (۳۱/۶)
زبان و ادبیات		۳۱ (۸/۳)
علوم پایه		۲۹ (۷/۸)
ریاضیات و آمار		۲۷ (۷/۲)
فنی و مهندسی		۱۱۹ (۳۱/۹)
منابع طبیعی هنر و معماری		۲۶ (۷/۰) ۲۳ (۶/۲)
مجرد	۳۱/۹ \pm ۱/۵۸	۳۴۳ (۹۲/۰)
وضعیت تأهل متأهل		۳۰ (۸/۰)
بلی	۳۱/۹ \pm ۱/۵۸	۱۹۸ (۵۳/۱)
سابقه استرس خبر		۱۷۵ (۴۶/۹)

و مقابله هیجان مدار ($p < 0.01$; $r = 0.213$) مشاهده شد.

تحلیل رگرسیون چندگانه سلسله مراتبی

نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه سلسله مراتبی (جدول ۴) نشان داد که متغیرهای کنترل (اجتماعی-جمعیت شناختی) که در مرحله اول وارد مدل شدند توانسته اند ۲/۴ درصد از واریانس راهبردهای مقابله را تبیین نمایند ($\text{adj. } R^2 = 0.024$; $p < 0.01$). از میان متغیرهای دسته اول، تنها متغیر جنسیت سهم معناداری در تبیین واریانس راهبردهای مقابله داشت ($p < 0.01$; $\beta = -0.141$). در مرحله دوم متغیر آسیب پذیری ادراک شده وارد مدل شد. این متغیر، ۱۶/۶ درصد از واریانس متغیر راهبردهای مقابله را تبیین نمود ($\text{adj. } R^2 = 0.166$; $p < 0.01$; $F_{(1,367)} = 76.274$). در مجموع مدل توانسته حدود ۱۹/۰ درصد از واریانس راهبردهای مقابله را تبیین نماید ($\text{adj. } R^2 = 0.190$; $p < 0.01$; $F_{(1,367)} = 22.7$).

رابطه متغیرهای کنترل با راهبردهای مقابله ای

تفاوت معناداری میان دانشجویان مرد و زن از نظر راهبرد مقابله ای اجتنابی ($p < 0.001$) وجود داشت (جدول ۲). تفاوت معناداری میان دانشجویان با سنین مختلف از نظر مقابله هیجان مدار ($p < 0.001$) و خویشنداری ($p < 0.001$) مشاهده شد. همچنین، دانشجویان با وضعیت تأهل مختلف با یکدیگر از نظر مقابله اجتنابی ($p < 0.05$) تفاوت داشتند.

همبستگی های چندگانه میان آسیب پذیری ادراک شده و راهبردهای مقابله ای

همبستگی منفی معناداری بین آسیب پذیری ادراک شده و راهبرد مقابله ای جستجوی حمایت اجتماعی ($p < 0.01$; $r = -0.345$)، مقابله مسأله مدار ($p < 0.01$; $r = -0.359$) و مقابله فعالانه ($p < 0.01$; $r = -0.253$) وجود داشت (جدول ۳). همچنین، همبستگی مثبت معناداری میان آسیب پذیری ادراک شده و راهبردهای مقابله ای ارزیابی مجدد/سازگاری ($p < 0.01$; $r = 0.333$)

جدول ۲: ویژگیهای اجتماعی - جمعیت شناختی نمونه همراه با رابطه آنها با راهبردهای مقابله ای

راهبردهای مقابله ای														متغیر
خوبشنداری		مقابله فعالانه		مقابله هیجان مدار		مقابله مساله مدار		مقابله اجتنابی		ارزیابی مجدد/ سازگاری		جستجوی حمایت اجتماعی		
-P value	میانگین	-P value	میانگین	-P value	میانگین	-P value	میانگین	-P value	میانگین	-P value	میانگین	-P value	میانگین	
۰/۱۲۷	۳/۲ ۳/۰	۰/۷۶۲	۳/۳ ۳/۲	۰/۱۵۷	۳/۱ ۳/۰	۰/۴۳۲	۳/۶ ۳/۵	۰/۰۰۱	۲/۶ ۲/۱	۰/۴۸۹	۳/۶ ۳/۵	۰/۵۱۴	۳/۳ ۳/۷	جنسیت مرد زن
۰/۰۰۱	۳/۲ ۳/۲ ۲/۹	۰/۱۱۴	۳/۱ ۳/۳ ۳/۲	۰/۰۰۱	۳/۳ ۳/۰ ۲/۸	۰/۴۷۵	۳/۵ ۳/۵ ۳/۶	۰/۶۶۶	۲/۲ ۲/۳ ۲/۳	۰/۰۸۵	۳/۴ ۳/۶ ۳/۵	۰/۰۶۲		سن ۱۸-۱۹ ۲۰-۲۱ ۲۲-۲۷
۰/۸۲۴	۳/۱ ۳/۱	۰/۳۴۹	۳/۲ ۳/۱	۰/۱۹۶	۳/۰ ۲/۸	۰/۲۵۸	۳/۶ ۳/۴	۰/۰۳۷	۲/۳ ۲/۴	۰/۲۱۳	۳/۶ ۳/۴	۰/۷۵۶	۳/۲ ۳/۳	وضعیت تاهل مجرد متاهل

جدول ۳: ماتریس همبستگی آسیب پذیری ادراک شده و راهبردهای مقابله ای

۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	
۱/۰۰۰							۱/۰۰۰	آسیب پذیری ادراک شده
						۱/۰۰۰	۰/۳۵۴	جستجوی حمایت اجتماعی
					۱/۰۰۰	۰/۳۱۹	۰/۳۳۳	ارزیابی مجدد/سازگاری
				۱/۰۰۰	۰/۰۲۳	۰/۰۱۹	۰/۰۵۷	مقابله اجتنابی
			۱/۰۰۰	۰/۱۱۰	۰/۴۷۰	۰/۲۱۵	۰/۳۵۹	مقابله مساله مدار
		۱/۰۰۰	۰/۰۹۰	۰/۱۳۹	۰/۱۴۹	۰/۲۵۰	۰/۲۱۳	مقابله هیجان مدار
	۱/۰۰۰	۰/۱۶۸	۰/۲۲۵	۰/۱۰۳	۰/۳۷۷	۰/۳۰۴	۰/۲۵۳	مقابله فعالانه
۱/۰۰۰	۰/۰۴۰	۰/۰۷۳	۰/۰۷۱	۰/۱۷۹	۰/۰۲۳	۰/۰۰۳	۰/۰۰۹	خوبشنداری

جدول ۴: رگرسیون سلسله مراتبی چندگانه متغیر راهبردیهای مقابله

مرحله	متغیر	β	T	سطح معناداری	ΔR^2	ΔR^2 تنظیم شده	F تغییر یافته	سطح معناداری
۱	جنسیت(زن) سن وضعیت تاهل	۰/۱۴۱ ۰/۰۷۶ ۰/۰۶۸	-۲/۶۶۳ ۱/۳۸۳ -۱/۲۷۷	۰/۰۰۸ ۰/۱۶۸ ۰/۲۰۲	۰/۰۳۲	۰/۰۲۴	۴/۰۳۸	۰/۰۰۸
۲	آسیب پذیری ادراک شده	۰/۴۰۹	-۸/۷۳۴	۰/۰۰۰	۰/۱۶۷	۰/۱۶۶	۷۶/۲۷۴	۰/۰۰۰

**P<۰/۰۱

Total R^۲ = ۰/۱۹۸, Adj.R^۲ = ۰/۱۹۰, F(۳,۶۷۴) = ۲۲/۱۱۶, P<۰/۰۱

معناداری میان دانشجویان زن و مرد از نظر راهبرد مقابله ای اجتنابی وجود داشت. مردان بیش از زنان از راهبرد اجتنابی استفاده می کردند. این نتیجه با یافته های رودلف (۵۴) و کومپاس و دیگران (۲۲)، و اسمیت و نایلور (۵۵) همخوانی دارد. آنها نشان دادند که زنان نرخهای بالاتر استفاده از روشهای مقابله ای فعالانه در زمان مواجهه با شرایط استرس زا دارند و مردان بیشتر از راهبرد مقابله ای اجتنابی استفاده می کنند. همچنین نشان داده شد که زنان بیش از مردان از راهبرد مقابله ای جستجوی حمایت اجتماعی بعنوان یکی از روشهای

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه بین آسیب پذیری ادراک شده دانشجویان در شرایط استرس زا و راهبردهای مقابله ای آنها و ارزیابی این رابطه در قالب مدل باور سلامتی انجام شد. مطابق با مدل باور سلامتی، احتمال اینکه یک فرد، برای مثال، برای پیشگیری از برآیندهای منفی شرایط و عوامل استرس زا، رفتارهای رفتاری مقابله ای مناسب اتخاذ کند، به باورهای وی در زمینه میزان آسیب پذیری ادراک شده نسبت به آن شرایط بستگی دارد (۱۵). تفاوت

واکنش های مقابله ای مناسب و مؤثر، برای مثال، حل مسئله و کنترل هیجان استفاده نکنند. پس، این نظریه، برای پیشگیری چنین وضعیتی، تقویت ارزیابی های انطباقی تر و مقابله مؤثرتر را پیشنهاد می کند. در واقع، کاری که حمایت اجتماعی در این راستا انجام میدهد این است که ارزیابی ها و مقابله با استرس را بهبود می بخشد و علاوه براین، تقاضاهای محرکهای استرس زا را با منابع موجود، همتا می کند. اما افرادی که در شرایط استرس زا، خود را بسیار زیاد آسیب پذیر می بینند معمولاً از روشهای مقابله ای مناسب استفاده نمی کنند. رابطه منفی معناداری میان دومین راهبرد مقابله ای مبتنی بر حل مسأله، یعنی مقابله مسأله مدار با آسیب پذیری ادراک شده وجود داشت. افرادی که در برابر شرایط استرس زا خود در سطح بالایی آسیب پذیر ادراک کرده بودند کمتر از روش مقابله مسأله مدار که مبتنی بر تمرکز بر مسأله با هدف تحلیل و رفع شرایط استرس زا، کاهش مطالبات موقعیتهای استرس زا و افزایش و گسترش منابع برای رفع آنها است (۱۵) استفاده می کردند. همچنین، رابطه منفی معناداری میان سومین راهبرد مقابله ای مبتنی بر حل مسأله، یعنی مقابله فعالانه با میزان آسیب پذیری ادراک شده افراد وجود داشت. افرادی که خود را در مقابل عوامل استرس زا، بیشتر آسیب پذیر ادراک کردند، تمایل کمتری به استفاده از راهبرد مقابله فعالانه، یعنی تلاش فرد برای تغییر موقعیت داشتند.

از سوی دیگر، نتایج مطالعه حاضر، رابطه مثبت معناداری بین میزان آسیب پذیری ادراک شده نسبت به عوامل استرس زا و راهبردهای مقابله ای هیجانی را نشان داد. هر چقدر افراد خود را در مقابل شرایط استرس زا بیشتر آسیب پذیر می دیدند به همان اندازه تمایل داشتند تا به جای درگیر شدن با مسأله، از آن فاصله بگیرند. رابطه مثبت معناداری میان شدت آسیب پذیری ادراک شده در برابر شرایط استرس زا و استفاده از راهبرد مقابله ای مبتنی بر ارزیابی مجدد/سازگاری وجود داشت. این افراد سعی می کردند با نگاه به روی مثبت و یا سعی در ادراک جنبه های مثبت مشکل به منظور قابل تحمل ساختن شرایط استرس زا، از درگیر شدن با مسأله با هدف حل یا رفع آن اجتناب کنند. رابطه مثبت معناداری بین سطح آسیب پذیری ادراک شده در شرایط استرس زا و استفاده از راهبرد مقابله اجتنابی وجود داشت. ابراد با سطح بالای آسیب پذیری ادراک شده تمایل فزاینده ای نسبت به بی اعتنایی یا عدم درگیری در شرایط دشوار را داشتند و بیشتر از راهبرد به حداقل رساندن اهمیت موقعیت تمرکز داشتند. همچنین، رابطه مثبت معناداری بین آسیب پذیری ادراک شده و اتخاذ راهبرد مقابله هیجان مدار وجود داشت.

مؤثر در برخورد با شرایط استرس زا استفاده می کنند (۵۴). یکی از تبیین های عمده در این زمینه این است که زنان اهمیت بیشتری به برقراری روابط میان فردی داده و این امر بعنوان یک حفاظ یا حائل بین شرایط استرس زا و فرد عمل می کند (۱۵). رابطه معناداری میان سن و راهبردهای مقابله ای هیجان مدار مشاهده شد. با افزایش سن دانشجویان، تمایل آنها به استفاده از روشهای مقابله ای هیجان مدار بیشتر می شد. در مطالعه مینزی و ساکچی (۵۶) نشان داده شد که رابطه معناداری میان نوع موقعیت ادراک شده به عنوان موقعیت استرس زا و سن وجود دارد. افراد گروه سنی میانسال (۴۵-۴۰ سال)، بیشتر از گروه سنی جوان تر (۲۴-۲۰ سال) از شیوه های مقابله مبتنی بر حل مسأله استفاده می کردند. همچنین نشان داده شد که گروه سنی ۲۵ تا ۲۹ سال، نمرات بالاتری در راهبردهای مقابله ای فاصله گیری یا اجتناب در مقایسه با گروه سنی بزرگتر از ۳۰ تا ۳۵ سال دریافت کردند. تفاوت معناداری میان دانشجویان مجرد و متأهل از نظر مقابله اجتنابی وجود داشت. دانشجویان متأهل بیشتر از دانشجویان مجرد از راهبرد مقابله ای اجتنابی، به عنوان یک راهبرد هیجان مدار استفاده می کردند.

نتایج تحقیق حاضر، رابطه معناداری بین میزان آسیب پذیری ادراک شده و راهبردهای مقابله ای دانشجویان در برابر شرایط و عوامل استرس زا را نشان داد. این نتیجه با یافته های برانتلی و جونز (۲۸)، فلستن (۲۹)، کاستا و مک کراث (۳۰)، نیویسون و آندرسن (۳۳)، کوهن، گلاس و فیلیپ (۳۴) هماهنگ است. آنها نیز در مطالعات خود تفاوت افراد با سطوح آسیب پذیری متفاوت را از نظر راهبردهای مقابله نشان داده بودند. با تقسیم راهبردهای مقابله ای در برابر استرس به دو دسته کلی: راهبردهای مقابله معطوف به حل مسأله (جستجوی حمایت اجتماعی، مقابله مسأله مدار و مقابله فعال) و راهبردهای مقابله هیجانی (ارزیابی مجدد/سازگاری، مقابله اجتنابی، مقابله هیجان مدار و خوبشننداری) نتایج مطالعه حاضر نشان داد که: الف) همبستگی منفی معناداری بین آسیب پذیری ادراک شده در برابر شرایط استرس زا و راهبرد مقابله ای مسأله مدار مشاهده شد. دانشجویان با آسیب پذیری ادراک شده بالا تلاش اندکی برای تحلیل و رفع شرایط استرس زا از خود نشان می دادند و کمتر از راهبردهای مقابله ای معطوف به حل مسأله استفاده میکردند. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که دانشجویان با آسیب پذیری ادراک شده بالا تمایل، کمتری به استفاده از حمایت های اجتماعی از سوی دیگران داشتند. مطابق با فرضیه همتاسازی بهینه (۵۷)، استرس زمانی منجر به بیماری یا برآیندهای منفی می شود که افراد از

مقابله هیجان مدار استفاده می کنند تا راهبردهای مقابله مساله مدار و تکلیف محور. براساس مدل باور سلامتی، آسیب پذیری نسبت به استرس، پیش بینی کننده نیرومندی برای راهبردهای مقابله هیجان مدار و افسردگی است.

مطالعه حاضر، محدودیتهای نیز داشت. یکی از محدودیتهای مطالعه حاضر، به ابزار سنجش متغیرها و به ویژه راهبردهای مقابله مربوط می شد. از آنجا که سنجش شیوه های مقابله در برابر استرس افراد غالباً بر ابزارهای خودسنجی مبتنی است تکمیل پرسشنامه مزبور تا حد زیادی تحت تاثیر علائق افراد به معرفی خود و راهبردیهای مدیریت برداشت قرار می گیرد (۵۹). بنابراین به محققان آینده پیشنهاد می شود که برای سنجش راهبردهای مقابله، از مقیاسهای خودسنج همراه با مقیاسهای غیرمستقیم تر که نسبت به این اثرات کمتر آسیب پذیرند استفاده نمایند.

نتیجه گیری نهایی

آسیب پذیری ادراک شده، یکی از عوامل تعیین کننده عمده راهبردهای مقابله ای دانشجویان در شرایط استرس زا است. همبستگی منفی میان آسیب پذیری ادراک شده از سوی دانشجویان و راهبردهای مقابله ای مسأله مدار، مانند جستجوی حمایت اجتماعی، مقابله مسأله مدار و مقابله فعالانه وجود داشت. همچنین، همبستگی منفی قوی میان آسیب پذیری ادراک شده و راهبردهای مقابله ای هیجان مدار و نامناسب، مانند ارزیابی مجدد - سازگاری و مقابله های هیجان محور مشاهده شد.

تشکر و قدردانی

از مسئولین دانشکده های دانشگاه یزد و نیز از همه دانشجویانی که به محقق در امر جمع آوری داده های مورد نیاز یاری رساندند سپاسگزاری می شود.

افرادی که آسیب پذیری بالاتری را در برابر استرس ادراک کردند، تمایل بیشتری به اتخاذ مقابله هیجان مدار، که مبتنی بر تلاش فرد در جهت کنترل گرفتن عوامل استرس زا، نظیر ابراز هیجانات نسبت به یک دوست قابل اطمینان یا یک عضو خانواده است داشتند. نتایج مطالعه حاضر، یافته های مطالعات پیشین (۲۷-۳۵، ۲۵، ۳۰) را تأیید کرده است. این محققان در مطالعات خود نشان داده بودند که افراد با آسیب پذیری شدید در مقابل رویدادهای استرس زا، با استفاده بالاتر از راهبردهای مقابله ای معطوف به هیجان، نظیر راهبردهای مقابله اجتنابی، ارزیابی مجدد/ سازگاری، مقابله هیجان مدار و مقابله مبتنی بر خویشنداری مشخص می شوند. در مقابل، افرادی که خود را در برابر شرایط و رویدادهای استرس زا، کمتر آسیب پذیر ادراک می کنند، تمایل بیشتری به استفاده از راهبردهای مقابله ای معطوف به حل مسأله، مانند جستجوی حمایت اجتماعی، مقابله مساله مدار و مقابله فعال از خود نشان می دهند.

مطالعه حاضر، اعتبار مدل باور سلامتی (۱۲، ۱۳، ۵۸، ۱۴) در پیش بینی راهبردهایی که افراد در شرایط استرس زا با توجه به میزان آسیب پذیری ادراک شده را مورد تأیید قرار داده است. از نظر این مدل، بطور کلی، فرض بر این است که انتخاب یک راهبرد مقابله، تا حدود زیادی تحت تاثیر ارزیابی فرد از آسیب پذیری اش نسبت به موقعیت استرس زا قرار دارد. در مطالعه ای (۲۸)، نشان داده شد افرادی که عوامل استرس زای جزیی و خفیف را بسیار استرس زا ارزیابی کرده بودند، نسبت به آن عوامل، آسیب پذیرتر بوده و توانایی اندکی برای مقابله با آنها داشتند. از نظر مدل باور سلامتی، انتظار بر این است که چنین افرادی در مقایسه با افرادی که عوامل استرس زای جزیی و خفیف را کمتر استرس زا ارزیابی کرده بودند، به احتمال بیشتری، حالات عاطفی منفی را تجربه کنند. این افراد بواسطه آسیب پذیری شان نسبت به استرس، غالباً از راهبردهای

References

- 1- Alzahem AM, van der Molen HT, Alaujan AH, Schmidt HG, Zamakhshary MH. Stress amongst dental students: a systematic review. Eur J Dent Educ. 2011; 15(1):8-18.
- 2- Alzahem AM, Van der Molen HT, De Boer BJ. Effect of year of study on stress levels in male undergraduate dental students. Advances in Medical Education and Practice, 2013; 4: 217-222.
- 3- Khan KUD, Gulzar S, Yahya F. Crucial factors affecting stress: A study among undergraduates in Pakistan. International Journal of Asian Social Science, 2013; 3(2): 428-442.

- 4- Firth J. Levels and sources in medical students. *BMJ*, 1986; 292:1177-80.
- 5- Sherina MS, Rampal L, Kaneson N. Psychological stress among undergraduate medical students. *Med J Malaysia*, 2004; 59: 207-11.
- 6- Saipanish R. Stress among medical students in a Thai medical school. *Med Teach*, 2003; 25: 502-6.
- 7- Akbari M, Nejat AH, Dastorani SM, Rouhani A. Evaluation of stress level and related factors among students of Mashhad dental school (Iran) in academic year of 2008-2009. *J Mash Dent Sch*, 2011; 35(3): 165-76.
- 8- Najafi Kalyani M, Pourjam E, Jamshidi N, Karimi S, Najafi Kalyani V. Survey of stress, anxiety, depression and self-concept of students of Fasa University of medical sciences, 2010. *JFUMS*, 2013; 3 (3) :235-240.
- 9- Abedini S, Davachi A, Sahbaei F, Mahmoudi M, Safa O. Depression in medical and nursing students, Bandar Abbas. *Medical Journal of Hormozgan University*, 2007; 11(2): 139-145.
- 10- Folkman S, Lazarus RS, Pimley S, Novacek J. Age differences in stress and coping process." *Journal of Psychology and Aging*, 1987; 2: 171-184.
- 11- Rosenstock IM. The health belief model and preventative health behaviour". *Health Education Monographs*, 1974; 3: 354-386.
- 12- Sheeran P, Abraham C. The health belief model. In: M. Conner, and P. Norman (Eds), *Predicting health behavior*. Buckingham: Open University Press, 1995.
- 13- Rosenstock IM. The health belief model: Explaining health behaviour through expectancies. In: Glanz, K., Lewis, M., and Rimer, B. K. (Eds.), *Health behaviour and education: Theory, research, and Practice*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1990.
- 14- Becker MH. The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monograph*, 1974; 2:324-508.
- 15- Masoudnia E. *Medical sociology*. Tehran, University of Tehran Press, 2011. [Persian]
- 16- Evans RG, Stoddart GL. Producing health, consuming health care. *Social Science and Medicine*, 1990; 31(12): 1347-1363.
- 17- Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample". *Journal of Health & Social Behavior*, 1980; 21: 219-239.
- 18- Lazarus RS. *Amotional & adaptation*. New York: Oxford University Press, 1991.
- 19- Folkman S, Schaefer C, Lazarus RS. Cognitive processes as mediators of stress and coping. In: V. Hamilton & D.M. Warburton(Eds.), *Human stress and cognition: An information processing approach* (pp.265-298). London, England: Wiley, 1979.
- 20- Leventhal H, Nerenz D, Strauss A. 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, 1982.
- 21- Pearlin LI, Schooler C. The structure of coping. *Journal of health and Social Behavior*,

1978; 19: 2-21.

22- Compas BE, Connor-Smith JK, Saltzman H, Thomsen AH, Wadsworth ME. Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 2001; 127: 87-127.

23- Saarni C. The development of emotional competence. New York: Guilford Press, 1999.

24- Taylor SE. *Health psychology*(4th ed.). New York: MacGraw-Hill, 1999.

25- Herman-Stahl MA, Stemmler M, Peterson AC. Approach and avoidant coping: Implication for adolescent mental health. *Journal of Youth and Adolescence*, 1995; 24: 649-665.

26- Herman-Stahl MA, Peterson AC. The protective role of coping and social resources for depressive symptoms among young adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 1996; 25(6): 733-753.

27- Turner RA, King PR, Tremblay PF. Coping styles and depression among psychiatric outpatients. *Journal of Personality and Individual Differences*, 1992; 13, 1145-1147.

28- Brantley PJ, Jones GN. *Manual for the Daily Stress Inventory*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1989.

29- Felsten G. Minor Stressors and depressed mood: reactivity is more strongly correlated than total stress. *Stress and Health*, 2002; 18: 75-81.

30- Costa PT, McCrae RR. *NEO PI-R professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1992.

31- Felsten G. Stress reactivity and vulnerability to depressed mood in college students. *Journal of Personality and Individual Differences*, 2004; 36: 789-800.

32- Garber J, Hilsman R. Cognition, stress, and depression in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 1992; 1: 129-167.

33- Nivison ME, Endresen IM. An analysis of relationships among environmental noise, annoyance and sensitivity to noise, and the consequences for health and sleep. *Journal of Behavioral Medicine*, 1993;16: 257-271.

34- Cohen S, Glass DC, Phillip S. Environment and health. In H.E. Freeman, S. Levin, & L.G.Reeder(Eds.), *Handbook of medical sociology*(pp.134-449). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1978.

35- Rimes KA, Salkovskis PM. Prediction of psychological reactions to bone density screening for osteoporosis using a cognitive-behavioral model of health anxiety. *Journal of Behavior Research and Therapy*, 2002; 40: 359-381.

36- Masoudnia E. Comparison of students with different level of self-esteem regarding to coping styles to stress. *Journal of Education (Journal of Education & Psychology*, 2009; 3(1): 81-98. [Persian]

37- Mahmoudi GH, Shariati AR, Behnampour N. Relationship between quality of life and coping among hemodialysis patients in hospitals. *Journal of Gorgan University Medical*

Sciences, 2003; 5 (2): 43-52. [Persian]

38- Abbasi A, Shamsizadeh M, Asayesh H, Rahmani H, Hoseini S, Talebi M. The relationship between caregiver burden with coping strategies in Family caregivers of cancer patients. Iranian Journal of Psychiatric Nursing, 2013; 1(3): 62-71. [Persian]

39- Hakami M, Zia Ziabari F, Asgari M. Life stressing events and the strategies of coping with the re-emergence of PTSD on Iran-Iraq war disable. Journal of Health Psychology, 2011; 1(1):159-175. [Persian]

40- Narimani M, Aria Pouran S. The study of psycho-social stressors and coping strategies and relationships to academic achievement in girl's students. Psychological Studies, 2007; 2(3-4): 39-56. [Persian]

41- Taheri R, Zandi Ghashghaei K, Honar Parvaran N. The comparison of relationship between family communication patterns and self concept with coping styles in male and female students. Armaghane-Danesh, 2013; 4(70): 359-369.

42- Pooryousef S, Azadfallah P. The relationship between personality-related characteristic, organizational commitment and staff conferontation methods. Journal of Psychology, 2013; 4(64): 355-369. [Persian]

43- Masoudnia E. Perceived self-efficacy and coping strategies in stressful situations. Iranian Journal of Psychiatric and Clinical Psychology, 2008; 13 (4):405-415. [Persian]

44- Masoudnia E. Relationship between locus of control and coping strategies in Yazd university's students. Quarterly Journal of Psychological Studies, 2008; 3(4): 123-142. [Persian]

45- Schwarzer R, Renner B. "Social-cognitive predictors of health behaviour: Action self-efficacy & coping self-efficacy". Journal of Health Psychology, 2000; 19: 487-895 .

46- Murphy CE. "Coping strategies, family environment, & interpersonal fear: A study of congruence between college students & their parents". Journal of Clinical Psychology, 2002; 30: 101-109.

47- Aldwin CM, Revenson TA. "Does coping help? A reexamination of the relationship between coping & mental health". Journal of Personality & Social Psychology, 1987; 53: 337-348.

48- Menaghen EG. "Individual coping efforts & family studies: Conceptual & methodological issues". Journal of Marriage & Family Review, 1983; 6:483-506 .

49- Roth S, Cohen LJ. "Approach, avoidance, & coping with stress". Journal of Medical Psychology, 1986; 41: 813-819.

50- Miller SM, Mangan CE. "Interacting effects of information & coping style in adapting to gynecologic stress: Should the doctor tell all?". Journal of Personality Social Psychology, 1983;45: 223-226.

51- Mikulincer M, Florian V. "Coping & adaptation to trauma & loss". In: M.Zeidner & N.S.Endler(Eds.), Handbook of coping: Theory, research,& applications(pp.554-572). New York: John Wiley, 1996.

52- Masoudnia E. Impact of social class of illness behavior among patients with rheumatoid arthritis symptoms. Doctoral dissertation in medical sociology, Isfahan University, 2005.

53- Miller LH, Smith AD. Vulnerability to Stress Scale. Biobehavioral Associates, Brookline, MA, 1987.

54- Rudolph K. Gender differences in emotional responses to interpersonal stress during adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 2002; 30S: 3-13.

55- Smith J, Naylor RA. Dropping out of university: A statistical analysis of the probability of withdrawal for UK university students. *Journal of the Royal Statistical Society*, 2001; 164(2): 389-405.

56- Minzi RD, Sacchi C. Stressful situations and coping strategies in relation to age. *Psychological Report*, 2005; 97(2): 405-18.

57- Cutrona CE, Russell DW. Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching. In: B. R. Sarason, I. G. Sarason, and G. R. Pierce (Eds), *Social support: An interactional view*. New York:Wiley, 1990.

58- Becker MH, Maiman LA, Kirscht JP, Haefner DP, Drachman RH. The health belief model and prediction of dietary compliance: A field experiment. *Journal of Health & Social Behavior*, 1977; 18: 348-366.

59- Farnham SD, Greenwald AG, Banaji MR. Implicit self-esteem. In D. Abrams, & M. A. Hogg, *Social identity and social cognition* (pp. 230-248). Bodmin: M.P.G. Books Ltd, 1999.