روش‌های مقابله با فشار روانی در زنان متاهل منطقه ۲۲ تهران (رویکرد اجتماع‌محور در ارتقاء سلامت روان)

آرش میراب‌زاده*، منیر برادران افتخاری**، آمنه ستاره فروزان***، حمیرا سجادی****، حسن رفیعی*****، مسعود کریملو******

مقدمه: *شیوه‌های سازگارانه مقابله با فشار روانی به عنوان یکی از اجزای اصلی در ارتقاء سلامت روان مطرح می‌باشند. این تحقیق با رویکردی اجتماع محور به بررسی مکانیسم‌های مقابله با فشار روانی در زنان متاهل با هدف تدوین برنامه مناسب مداخله‌ای جهت ارتقاء سلامت روان آنها پرداخته است.*

روش: *طی یک پژوهش توصیفی، وضعیت روش‌های مقابله با فشار روانی در ۲۰۰ زن متاهل ۱۸–۶۵ سال ساکن در منطقه ۲۲ تهران با استفاده از پرسشنامه استاندارد شیوه‌های مقابله با فشار روانی فولکمن و لازاروس به روش نمونه‌گیری تصادفی و با مشارکت مردم بررسی شد.*

نتایج: *بیش‌ترین روش مورد استفادهٔ زنان در مقابله با فشار روانی، حل مدبرانه مسئله و کم‌ترین روش مورد استفاده، مقابله رویارو بود. استفاده از روش‌های هیجان مدار از سوی نیمی از شرکت کنندگان برای مقابله با فشار روانی به کار گرفته شد. در ضمن، میانگین استفاده از سه روش گریز، اجتناب، فاصله‌گرفتن و خویشتنداری برحسب وضعیت تحصیلی و تعداد فرزند متفاوت بود.*

بحث: *به نظر می‌رسد ارائه مداخلات مناسب با رویکرد اجتماع محور در زمینه آموزش شیوه‌های سازگارانه مقابله با فشار روانی، در ارتقاء سلامت روان و افزایش کیفیت زندگی موثر خواهد بود.*

واژه‌های کلیدی: رویکرد اجتماع محور، سلامت روان، مشارکت، مقابله با فشار روانی

تاریخ دریافت:۹۲/۱/۲۹ تاریخ پذیرش:۹۳/۴/۳۰

* روانپزشک، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران

** دکترای عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران

<eftekharimonir@yahoo.com> (نویسنده مسئول)

*** روانپزشک، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران

**** دکترای تخصصی پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران

***** روانپزشک، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران

****** دکترای آمار حیاتی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

مقدمه

در سال ۲۰۰۶ میلادی برای اولین بار کمیسیون تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت به بررسی علل اجتماعی بی‌عدالتی در سلامت پرداخته و نقش برخی عوامل مانند جنسیت، شغل، تحصیلات و عوامل روانی را در ایجاد تبعیض سلامتی موثر دانست که در این میان سلامت روان به عنوان یک تعیین‌کننده واسط، عنصری کلیدی در درک تاثیرات بی عدالتی بر سلامت محسوب می شود (آیروین[1] و همکاران، ۲۰۰۶). در واقع، سلامت روان نوعی توانایی کنارآمدن با فشار روانی‌های طبیعی روزمره است که منجر به ایجاد زندگی مفید و ثمربخشی خواهد شد (سازمان جهانی بهداشت[2]، ۲۰۰۵).

امروزه در بسیاری از کشورها در لوای شعار «سلامت روان برای همه» سیاستگذاری‌هایی به منظور توسعه و تقویت اقدامات در راستای ارتقاء سلامت روان صورت پذیرفته است که می‌تواند موجبات دستیابی به طیف وسیعی از اهداف بهداشتی و اجتماعی بلندمدت را فراهم گرداند (دیوا[3] و همکاران، ۲۰۰۷). در مقابل، اختلالات روانی و مشکلات تحت بالینی که همواره در زنان نسبت به مردان از شیوع بالاتری برخوردارند، منجر به اختلال عملکرد اجتماعی-اقتصادی و صرف هزینه‌های بالا می گردد (پلیس[4] و همکاران، ۲۰۱۰).

در کشور ایران نیز بر اساس مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۴ که با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی انجام گرفت، ۲۱٪ از کل جمعیت (۲۵/۹٪ زنان و ۱۴/۶٪ مردان) از نوعی از بیماری روانی رنج می‌برند (نوربالا و باقری یزدی، ۲۰۰۴) که این آمار در سال ۲۰۰۸ در شهر تهران برابر با ۳۶٪ بود (زنان دو برابر مردان) (همان، ۲۰۱۱).

1. Irwin
2. Word Health Organisation
3. Dewa
4. Pleis

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

از آنجایی‌که در ارتقاء سلامت روان، نبود بیماری روانی شرط لازم اما نه کافی می باشد، نحوه مقابله با فشار روانی جهت کسب زندگی مفید و ثمربخش از الزامات نیل به این مقصود است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۵). به عقیدهٔ فولکمن و لازاروس[1] (۱۹۸۴)، مقابله با فشار روانی به معنای تغییر دائمی کوشش‌های شناختی و رفتاری به منظور کنترل نیازهای درونی و بیرونی استرس‌آور است. فولکمن و لازاروس به دو شیوه مقابله عمومی مشکل مدار و هیجان مدار اشاره دارند. مقابله مشکل مدار شامل مقابله رویاروگر، خویشتن داری و حل مدبرانهٔ مسئله می‌باشد و معطوف به حل مشکل با انجام اعمالی است که منبع فشار روانی را تغییر می دهد. در مقابل، مقابله هیجان مدار با شیوه‌های تفکر آرزومندانه، گریز–اجتناب، خودسرزنشگری و فاصله گیری، به کم‌کردن آشفتگی همراه با یک موقعیت استرس‌زا می‌پردازند.

در اکثریت شرایط استرس‌زا، استفاده از مقابله‌های مشکل مدار، سازگارانه تر از مقابله‌های هیجان مدار است که متاسفانه در زنان از این شیوه‌ها کم‌تر استفاده می گردد (شاه و قریشی، ۱۳۸۴).

تاکنون مطالعات مختلفی در مورد تاثیر ارتباط مکانیسم‌های مقابله با فشار روانی و سلامت روان صورت گرفته است. برای مثال، در خارج از کشور، در سال ۲۰۱۳، تویتس[2] (۲۰۱۳) در بررسی تاثیر فشار روانی بر سلامت روان پی برد که فشار روانی از طریق تضعیف اعتماد به نفس بر سلامت روان موثر بوده و افراد با اعتماد به نفس بالاتر از شیوه‌های مشکل مدار در برخورد با فشار روانی استفاده می کنند. مطالعه کریستوفر[3] نیز در سال ۲۰۱۲ روی ۱۰۱ بیمار مبتلا به اختلالات روانی در شهر نیویورک، بیانگر تاثیرات مثبت آموزش روش‌های

1. Lazarus and Folkman
2. Thoits
3. Chronister

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

مقابله با فشار روانی بر بهبودی و افزایش کیفیت زندگی بیماران بوده است (کریستوفر و چائو[1]، ۲۰۱۳).

در ایران نیز، صفوی و پارسانیا (۱۳۸۹) با بررسی سلامت روان و شیوه‌های مقابله با فشار روانی در خانواده بیماران مصروع دریافتند که بیش از نیمی از افراد از سلامت روان مناسب برخوردار نبوده و از راهبردهای مقابله با فشار روانی در سطح متوسط استفاده می کردند. در سال ۱۳۹۰، روح افزا و همکاران به بررسی ارتباط عوامل اقتصادی-اجتماعی و فاکتورهای سبک زندگی با شیوه‌های مقابله با فشار روانی در برنامه قلب سالم اصفهان پرداختند. نتایج این مطالعه که به صورت مداخله ای و اجتماع‌محور صورت گرفته است، بیانگر تاثیر عوامل اقتصادی-اجتماعی و سبک زندگی بر شیوه‌های مقابله با فشار روانی در جامعه بوده و نشان می دهد که اقدامات مداخله ای به منظور بهبود وضعیت اقتصادی اجتماعی و اصلاح سبک زندگی، آن‌هم به صورت مشارکتی، بر شیوه‌های مقابله با فشار روانی و درنهایت بر سلامتی موثر است. از طرفی مطالعه طالقانی و همکاران (۱۳۸۴) روی نحوه مقابله با سرطان پستان در زنان مبتلای ایرانی، بیانگر نقش مذهب در پذیرش فشار روانی و استفاده از مکانیسم‌های مثبت مقابله بوده است.

لذا ما در این مطالعه برآنیم تا با استفاده از رویکرد اجتماع محور به بررسی شیوه‌های مختلف مقابله با فشار روانی در زنان پرداخته و ضمن تعیین ارتباط آن با عوامل فردی، به تدوین برنامه‌های آموزشی مناسب به منظور ارتقاء سلامت روان آنها بپردازیم.

روش

پژوهش حاضر قسمتی از طرح مداخله ای اجتماع‌محور است که به صورت مقطعی به

1. Chronister and Chou

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

بررسی شیوه‌های مقابله با فشار روانی در زنان متاهل ۱۸–۶۵ سال ساکن در یکی از مناطق غرب تهران (منطقه ۲۲ شهرداری) پرداخته است. بدیهی است از نتایج این مطالعه در تدوین برنامه‌های مداخله ای اجتماع محور به منظور ارتقاء سلامت روان استفاده خواهد شد.

منطقه ۲۲ در غرب شهر تهران قرار دارد. علت انتخاب این منطقه جهت انجام تحقیق، حضور افراد داوطلب در منطقه جهت انجام مشارکتی مداخلات، وجود دفاتر فعال سلامت شهرداری در منطقه، اجرای طرح جامعه ایمن در منطقه، وجود اطلاعات دموگرافیک منطقه و دسترسی آسان محقق به منطقه بوده است. این منطقه حدود ۳۰ هزار نفر جمعیت داشته و دارای هفت ناحیه می باشد. جهت دسترسی به جامعه، هماهنگی‌های لازم با دفتر سلامت شهرداری تهران و منطقه ۲۲ شهرداری صورت گرفته و مجوزهای لازم اخذ گردید. پس از ورود، در ابتدا به منظور جلب مشارکت ذینفعان و افراد کلیدی، جلسات مشترکی با حضور معتمدان منطقه، بسیج، شهرداری منطقه، هیات امنای مسجد محله، مرکز بهداشتی درمانی مستقر در منطقه و... تشکیل و اهداف و مراحل اجرای طرح بیان گردید. سپس از افراد داوطلب در اجرای طرح دعوت به عمل آمد. افراد داوطلب از بین زنان متاهل، با حداقل تحصیلات دیپلم دارای روابط عمومی قوی و قدرت درک بالا، مورد وثوق و اعتماد مردم و ساکن در منطقه انتخاب شدند. جهت طراحی مراحل انجام کار جلسات مشترکی با داوطلبین و سایر ذینفعان برگزار گردید. با توجه به این‌که این منطقه پایلوت برنامه جامعه ایمن (محمدی و زنگی، ۲۰۱۲) بوده است، اطلاعات دموگرافیک منطقه و آمار خانوارهای آن کاملاً مشخص و از طریق دفتر سلامت شهرداری منطقه اخذ گردید. با توجه به طراحی مداخله‌ای پروژه، در ابتدا دو محله شاهد و مداخله در منطقه انتخاب گردید. سعی شد که این دو محله از لحاظ اطلاعات دموگرافیک مشابه بوده و فقط از لحاظ بعد جغرافیایی از هم فاصله داشته باشند. نحوه محاسبه حجم نمونه در هر محله بر اساس اطمینان ۹۵٪ و دقت ۱۰٪ و شیوع ۳۸٪ اختلالات سلامت روان در زنان شهر تهران، به تعداد ۱۰۰ نمونه تخمین زده شد که در

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

این مقاله اطلاعات مربوط به هر دو محله به صورت تجمعی بیان شده است (بنابراین، حجم نمونه کل ۲۰۰ نفر است). جهت انتخاب نمونه‌ها، بر اساس فرم اطلاعات خانوار موجود در منطقه و با توجه به معیارهای ورود (زن، متاهل، سن ۱۸–۶۵ سال، دارای تمایل به همکاری) اطلاعات مربوط به زنان متاهل ۱۸– ۶۵ سال در هر دو محله جمع آوری و تعداد ۱۰۰ نمونه از هر محله (شاهد و مداخله) به صورت تصادفی انتخاب شدند، به نحوی که شانس ورود به مطالعه برای همه یکسان بود. سپس ابزار جمع آوری مطالعه پس از برگزاری جلسات آموزشی در اختیار داوطلبین قرار گرفته و با توجه به تعداد داوطلبین (۲۰ نفر) اطلاعات مربوط به هر ۱۰ نفر از جمعیت مورد مطالعه توسط یک داوطلب به صورت چهره به چهره با مراجعه به درب منازل آنان جمع آوری گردید. با توجه به این‌که داوطلبین از بین زنان محله و آشنا و مورد اعتماد آنان بودند، اطلاعات به خوبی و به صورت کامل جمع آوری گردیده و مراحل بعدی طرح نیز از طریق داوطلبین اطلاع‌رسانی شد. در این مرحله تمامی نمونه‌ها همکاری لازم را داشتند و هیچگونه ریزشی مشاهده نشد.

ابزار جمع آوری داده‌ها و اطلاعات، پرسشنامه روش‌های مقابله با فشار روانی فولکمن و لازاروس[1] بود. این پرسشنامه شامل ۶۶ سئوال چهار گزینه ای است که در مجموع هشت راهبرد مقابله ای شامل حل مدبرانه مسئله، باز برآورد مثبت، گریز–اجتناب، جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت پذیری، فاصله گرفتن، خویشتنداری و مقابله رویارو را سنجش می نماید. از بین این روش‌ها، راهبردهای مقابله رویاروگر، مسئولیت پذیری، حل مدبرانه و جستجوی حمایت اجتماعی مشکل مدار و مابقی هیجان مدار می‌باشند. البته جستجوی حمایت اجتماعی، گاه مشکل مدار و گاه هیجان مدار می باشد. روش‌های مقابله با فشار روانی به شرح ذیل می باشد:

1. WOC Questionnaire

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

۱- مقابله رویارو: مجموعه رفتارهای تهاجمی می باشد که افراد در جهت حل مشکل به‌کار می برند و متضمن مقداری خشونت و ریسک در عملکرد می باشد.
۲- فاصله‌گرفتن: مجموعه رفتارهای شناختی را بازگو می کند که فرد یا گروه برای فاصله گیری از منبع ایجاد کننده مشکل به کار می برند.
۳- خویشتن‌داری: مجموعه عکس العمل‌هایی است که واکنش‌های احساساتی افراد را به هنگام برخورد با منبع ایجادکننده مشکل و ممانعت از ابراز آن را در بر می‌گیرد.
۴- جستجوی حمایت اجتماعی: تلاش‌های فردی برای کسب حمایتهای اطلاعاتی، عاطفی و ملموس را بیان می کند.
۵- مسئولیت‌پذیری: مجموعه واکنشهایی است که پذیرش نقش فرد در ایجاد مشکل را از طریق تلاش‌های مداوم او در اصلاح موقعیت موجود را نشان می دهد.
۶- گریز–اجتناب: افکار آرزومندانه و یا کوشش‌های رفتاری در جهت فرار یا اجتناب از موقعیت مشکل زا را بیان می کند.
۷- حل مدبرانه مشکل‌مدار: مجموعه افکار و کوشش‌های سنجیده و متمرکز بر حل مشکل می‌باشد.
۸- باز برآورد مثبت: مجموعه تلاش‌هایی است که در ایجاد مفاهیم با توجه به تکامل فرد صورت می‌گیرد. این روش دارای ابعاد مذهبی می باشد.

روایی و اعتبار این پرسشنامه در ایران توسط پادیاب و قاضی نور (2012) تایید و ضریب همسانی درونی آن ۰/۸ گزارش شده است.

داده‌های جمع آوری شده با نرم افزار آماری SPSS تحلیل شدند. برای بررسی تفاوت میانگین متغیرها در دو گروه مورد مطالعه از حیث وضعیت زندگی اشتراکی (زندگی با همسر و زندگی بدون همسر)، وضعیت تحصیلات (دانشگاهی و غیردانشگاهی)، وضعیت اشتغال (شاغل و خانه‌دار) و تعداد فرزند (۰–۲ فرزند و ۳–۶ فرزند)، از آزمون پارامتری t مستقل

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

استفاده شد. البته جهت اجرای این آزمون، ابتدا پیش‌فرض نرمال‌بودن از طریق آزمون کولموگروف–اسمیرنف تک‌نمونه‌ای (K-S) بررسی گردید که نتایج دلالت بر تبعیت توزیع داده‌ها از توزیع نرمال داشت. برای آزمون ارتباط بین متغیرهای کمی نیز، با توجه به نرمال‌بودن توزیع داده‌ها، از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

کلیهٔ ملاحظات اخلاقی در این طرح رعایت گردید. حضور افراد در مطالعه اختیاری بوده و با رضایت آنان صورت گرفت، همچنین کلیه اطلاعات به صورت محرمانه جمع آوری شده و از نتایج طرح جهت اهداف آن استفاده گردید. در ضمن، مجوز کمیته اخلاق در پژوهش توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی اخذ شد.

یافته‌ها

در این مطالعه، ۲۰۰ خانم متاهل از دو محلهٔ منطقه ۲۲ شهرداری واقع در غرب تهران شرکت کرده اند. میانگین سنی مشارکت کنندگان ۴۱ سال بود و ۹۲/۵٪ آنها در زمان مطالعه با همسران خویش زندگی می کردند. میانگین سال‌های زندگی مشترک ۱۷,۳ سال بوده و حداقل ۵۰٪ شرکت‌کنندگان بیش از ۱۵ سال با همسرانشان زندگی کرده‌اند. میانگین تعداد فرزندان شرکت‌کنندگان در این مطالعه، ۲ فرزند با حداقل صفر و حداکثر ۶ فرزند بوده است. از نظر سطح تحصیلات، ۵۵٪ شرکت کنندگان فاقد تحصیلات دانشگاهی و مابقی (۴۵٪) دارای تحصیلات دانشگاهی بوده‌اند. در ضمن، ۵۵/۵٪ شرکت‌کنندگان در این مطالعه خانه‌دار بوده‌اند (جدول ۱).

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

جدول (۱) وضعیت دموگرافیک زنان متاهل ساکن در منطقه ۲۲ شهرداری تهران

متغیرهای کمی:	(SD) M	min	max
سن	۴۱(۹/۷)	۲۱	۶۵
سال‌های زندگی مشترک	۱۷/۳ (۱۱/۲)	۱	۵۰
متغیرهای کیفی:	**درصد**		
وضعیت زندگی اشتراکی:			
• *زندگی با همسر*	٪۹۲/۵		
• *عدم زندگی با همسر (فوت/طلاق)*	٪۷/۵		
وضعیت تحصیلی:			
• *دیپلمه و کم‌تر*	٪۵۵		
• *لیسانس*	٪۳۵		
• *فوق لیسانس و دکترا*	٪۱۰		
وضعیت اشتغال:			
• *شاغل:*	٪۴۴/۵		
• *خانه دار:*	٪۵۵/۵		

از نظر روش‌های مقابله شرکت‌کنندگان با فشار روانی، بر اساس روش نمره دهی نسبی، حل مدبرانه مسئله[1] بیش‌ترین روش مورد استفاده و روش مقابله رویارو نیز کم‌ترین روش مقابله با فشار روانی در شرکت کنندگان بوده است. نتایج نشان می دهد که شرکت کنندگان در برخورد با استرس‌های زندگی در ۱۹٪ موارد از روش حل مدبرانه مسئله، در ۱۲٪ از راهبرد مسئولیت‌پذیری و تنها در ۵٪ موارد از مقابله رویارو کمک می گرفتند و در مجموع در ۳۶٪ موارد از روش‌های مقابله‌ای صرفا مشکل مدار استفاده کرده که با احتساب

1. Planful problem solving

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

جستجوی حمایت اجتماعی باز هم تنها در تقریبا ۵۰٪ موارد از روش‌های سازگارانه جهت حل مشکل استفاده می کردند (جدول ۲).

جدول (۲) نمره دهی نسبی روش‌های مقابله با فشار روانی در زنان متاهل ساکن در منطقه غرب تهران

روش‌های مقابله با فشار روانی	نمره دهی نسبی (٪)	SD	مکانیسم‌های مقابله
حل مدبرانه مسئله	۱۹	۰/۰۴	مشکل‌مدار
مسئولیت پذیری	۱۲	۰/۰۴	
مقابله رویا رو	۵	۰/۰۶	
جستجوی حمایت اجتماعی	۱۳	۰/۰۴	مشکل‌مدار هیجان‌مدار
خویشتنداری	۷	۰/۰۴	هیجان‌مدار
فاصله گرفتن	۱۱	۰/۰۴	
بازبرآورد مثبت	۱۸	۰/۰۳	
گریز- اجتناب	۱۵	۰/۰۴	

نتایج آزمون t با دو نمونه مستقل جهت آزمون تفاوت میانگین استفاده از روش‌های مقابله با فشار روانی برحسب ۴ متغیر وضعیت زندگی اشتراکی (زندگی با همسر و زندگی بدون همسر)، وضعیت تحصیلات (دانشگاهی و غیردانشگاهی)، وضعیت اشتغال (شاغل و خانه‌دار) و تعداد فرزند (۰-۲ فرزند و ۳-۶ فرزند)، وضعیت تحصیلات (دانشگاهی و غیردانشگاهی) و تعداد فرزند (۰-۲ فرزند و ۳-۶ فرزند) نشان داد که:

بین وضعیت زندگی اشتراکی و روش‌های مقابله با فشار روانی، ارتباطی وجود ندارد ($p>۰/۰۵$).

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

همین‌طور بین وضعیت اشتغال زنان و استفاده از روش‌های مقابله با فشار روانی نیز هیچ ارتباطی وجود ندارد ($p>۰/۰۵$). این بدان معناست که زنان شاغل و خانه‌دار از روش‌های مقابله با فشار روانی مشابهی استفاده می‌کردند.

جدول (۳) مقایسه میانگین استفاده از روش‌های مقابله مشکل مدار بر حسب وضعیت تحصیلی

وضعیت تحصیلی	روش‌های مقابله با فشار روانی مشکل مدار			
	مقابله رویارو	مسئولیت‌پذیری	حل مدبرانه مسئله	جستجوی حمایت اجتماعی
تحصیلات غیردانشگاهی	۵/۹(۲/۶)	۶/۹(۲/۸)	۱۲/۰۴(۳/۳)	۱۳/۲۹(۳/۶)
تحصیلات دانشگاهی	۵/۲(۲/۷)	۷/۲(۲/۹)	۱۲/۳(۳/۶)	۱۳/۳۱(۴/۵)
P	$>۰/۰۵$	$>۰/۰۵$	$>۰/۰۵$	$>۰/۰۵$

نتایج جدول (۳) نشان می دهد که استفاده از روش‌های مقابله مشکل مدار در بین افراد دانشگاهی و غیردانشگاهی تفاوتی ندارد ($p>۰/۰۵$). این در حالیست که براساس جدول (۴) در بین روش‌های مقابله هیجان مدار، استفاده از روش‌های گریز–اجتناب و فاصله گرفتن در افراد با تحصیلات دانشگاهی کم‌تر از افراد غیردانشگاهی است ($p>۰/۰۰۱$).

جدول (۴) مقایسه میانگین استفاده از روش‌های مقابله هیجان مدار بر حسب وضعیت تحصیلی

تحصیلات	روش‌های مقابله با فشار روانی هیجان مدار			
	گریز	خویشتنداری	بازبرآورد مثبت	فاصله گرفتن
تحصیلات غیردانشگاهی	۱۱/۹۸(۳/۸)	۱۰/۳(۲/۴)	۱۴/۹۷(۴/۲)	۸/۸(۳/۸)
تحصیلات دانشگاهی	۹/۸(۴/۶)	۹/۹(۲/۷)	۱۴/۹۲(۴)	۷/۴(۳/۶)
P	$<۰/۰۰۱$	$>۰/۰۵$	$>۰/۰۵$	$<۰/۰۰۱$

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

در بررسی میانگین استفاده از روش‌های مقابله برحسب دو گروه زنان دارای ۰-۲ و ۳-۶ فرزند، نتایج جدول (۵) نشان می‌دهد که به جز دو روش فاصله‌گرفتن و خویشتنداری، اختلافی در استفاده از سایر روش‌های مقابله با فشار روانی در این دو گروه از زنان وجود ندارد($p>۰/۰۵$)، بطوریکه استفاده از دو روش فاصله‌گرفتن و خویشتنداری در زنان با ۲ فرزند و کم‌تر، پایین‌تر از زنان با ۳ فرزند و بیش‌تر است ($p>۰/۰۰۱$).

جدول (۵) مقایسه میانگین استفاده از روش‌های مقابله با فشار روانی بر حسب تعداد فرزندان

تعداد فرزندان	روش‌های مقابله با فشار روانی							
	گریز	فاصله گرفتن	مقابله رویارو	مسئولیت‌پذیری	حل مدبرانه	جستجوی حمایت اجتماعی	باز برآورد مثبت	خویشتنداری
۰-۲ فرزند	۱۱(۴/۲)	۷/۶(۳/۵)	۵/۶(۲/۵)	۷/۲(۲،۸)	۱۲/۱(۳/۴)	۱۳/۳(۴/۱)	۱۴/۷(۴)	۹/۸(۲/۶)
۳-۶ فرزند	۱۰/۸(۴/۵)	۹/۸(۳/۹)	۵/ ۵(۳)	۶/۷(۳/۱)	۱۲/۳(۳/۵)	۱۳/۲(۳/۹)	۱۴/۴(۴/۲)	۱۱(۱/۹)
P	>۰/۰۵	<۰/۰۰۱	>۰/۰۵	>۰/۰۵	>۰/۰۵	>۰/۰۵	>۰/۰۵	<۰/۰۰۱

و نهایت این‌که، در بررسی همبستگی بین سال‌های زندگی مشترک و استفاده از روش‌های مقابله با فشار روانی، نتایج بیانگر آن بود که هیچ ارتباطی بین افزایش قدمت زندگی مشترک با نحوه مقابله با فشار روانی وجود ندارد ($p>۰/۰۵$). همچنین بین سن افراد شرکت کننده و استفاده از روش‌های مختلف مقابله ارتباطی وجود نداشت ($p>۰/۰۵$).

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

بحث

جهت انجام برنامه‌های مداخله‌ای، استفاده از افراد جامعه به عنوان اولین منبع کسب اطلاعات جهت تعیین نیازها و مشکلات آن جامعه مطرح می باشد (ملک و برادران، ۱۳۸۵). در واقع هدف از مشارکت مردم در فرآیند نیازسنجی، نه تنها توانمندشدن آنان در شناسایی مشکلات و ارائه راهکارهای مناسب جهت برطرف نمودن آن‌ها می باشد بلکه سبب ایجاد احساس مالکیت در مشارکت‌کنندگان شده و آنان را تا پایان مسیر، همراه نگاه میدارد (مینکلر و والرشتاین[1]، ۲۰۱۰). در این نوع تحقیقات، افراد ذی نفع در جامعه به طور فعال در فر ایند پژوهش مشارکت کرده و پژوهش و نیازسنجی با مردم و نه بر روی مردم صورت می گیرد (والرشتاین و دوران[2]، ۲۰۱۰). در این مطالعه از روش بسیج جامعه و مشارکت کلیه ذی نفعان استفاده شده است که این روش با روش‌های معمول به کار گرفته شده تفاوت اساسی دارد. در این روش مردم مالکیت کار را به عهده داشته و خود بهترین مجریان انجام تحقیق می باشند و در ضمن، مداخله و رو ش‌های انجام آن نیز توسط مردم تعیین می‌گردد. در این مطالعه به دلیل استفاده از نیروهای مردمی و داوطلب در تکمیل پرسشنامه‌ها، همکاری نمونه‌ها در تکمیل پرسشنامه ۱۰۰٪ بوده است و هیچ‌یک از آنان از این کار سرباز نزده و کاملا مشارکت داشته اند. از طرفی در حین جمع آوری اطلاعات، اهداف پروژه و برنامه‌های مداخله‌ای سلامت روان نیز توسط داوطلبین بیان شده و مردم در جریان کامل برنامه‌ها قرار گرفته‌اند.

با توجه به الگوهای هشت گانهٔ مقابله با فشار روانی طبق نظر فولکمن و لازاروس، دو روش مساله‌مدار شامل، مسئولیت‌پذیری، حل مدبرانه مسئله، مقابله رویارو و جستجوی حمایت اجتماعی و هیجان‌مدار شامل بازبرآورد مثبت، دوری‌گزینی، اجتناب و خویشتنداری شناسایی شده است که هر کدام از این روش‌ها دارای انواع سازگارانه و غیرسازگارانه هستند. نتایج حاصل از

1. Minkler and Wallerstein
2. Wallerstein and Duran

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

این مطالعه بیانگر آن است که استفاده از روش‌های مقابله‌ای مسئله مدار در جمعیت مورد مطالعه کم‌تر از ۵۰٪ بوده است. با توجه به این‌که بر اساس مطالعات مختلف ازجمله مطالعه فولکمن و لازاروس در سال ۱۹۸۰ در خصوص بررسی روش‌های مقابله با فشار روانی در یک جمعیت میانسال، مردها بیش‌تراز زنان از روش‌های مسئله مدار استفاده می‌کنند (فولکمن و لازاروس[1]، ۱۹۸۰)، استفاده از روش‌های هیجان مدار در بین زنان شیوع بیش‌تری داشته و لزوم برنامه‌ریزی و طراحی مداخلات مناسب در خصوص آموزش این گروه در زمینه به‌کارگیری بیش‌تر از روش‌های مسئله مدار و سازگارانه امری ضروری به نظر می رسد. به نظر می‌رسد این اختلاف بیش‌تر به دلیل جنسیت زنان که بیش‌تر وابسته بوده و نقش مراقبتی از اعضای خانواده را دارند در مقایسه با مردان که بیش‌تر مستقل می باشند بروز می نماید (راث و ناندا[2]، ۲۰۱۲). در روش‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار، افراد یا با خشونت و تلاش‌های رو در رو شرایط استرس‌زا را تغییر می دهند (مقابله رویارو) و یا از طریق رویکردی تحلیلی به حل مشکل می پردازند (حل مدبرانه مسئله)، گاه با اذعان نقش خود در مشکلات سعی در تغییر آنها می‌کنند (مسئولیت‌پذیری) و یا با تلاش و به‌کارگیری اطلاعات و یا دانش افراد حرفه‌ای در حل مشکلات از اجتماع کمک می‌گیرند (جستجوی حمایت اجتماعی). در ناکامی‌ها به جهت کاهش اعتماد به نفس و عدم کنترل شرایط استرس‌زا استفاده از روش‌های مقابله هیجان مدار بیش‌تر می‌شود. در این شرایط افراد یا با فاصله گرفتن و کوچک‌کردن اهمیت مشکل (فاصله‌گیری) و یا با فرار و اجتناب از آن (گریز) و یا از طریق کنترل احساسات (خویشتنداری) و یا با تلاش در خلق مفهومی مثبت از مشکلات و رشد شخصیتی خود (بازبرآورد مثبت) به تغییر شرایط پرداخته و از مقابله هیجان مدار استفاده می کنند (فورنس و آمادور[3]، ۲۰۰۵). مطالعات مختلف نشان داده است که استفاده از روش باز برآورد

1. Folkman and Lazarus
2. Rath and Nanda
3. Forns and Adamador

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

مثبت در افرادیکه ریشه‌های مذهبی قوی‌تر دارند بیش‌تر دیده می‌شود (باکیبینگا و وینجه[1]، ۲۰۱۳). از طرفی ذکر این نکته نیز الزامی است که تمامی روش‌های مسئله مدار سازگار نبوده و از طرفی همه روش‌های هیجان مدار نیز ناسازگار نیستند و استفاده از هریک از این روش‌ها در شرایط خاصی مطلوب می باشد (سعدآبادی, ۱۳۹۱). مطالعۀ نظیفی و همکاران در سال ۲۰۰۷ بیانگر آنست که افزایش کیفیت زندگی و ارتقاء سلامت روان با افزایش استفاده از برخی روش‌های مسئله مدار و کاهش استفاده از روش مقابله رویارو و اجتناب همراه بوده است (نظیفی و قنبری-هاشم، ۲۰۰۷). در سال ۲۰۱۲ نیز مطالعه ای توسط لی[2] و همکاران (۲۰۱۲) روی ۳۸۴ دانشجوی رشته پزشکی در کشور کره انجام شد که نتایج این مطالعه نیز بیانگر تاثیر مثبت استفاده از روش‌های صحیح مقابله با فشار روانی در ارتقاء سلامت روان در این گروه بوده است.

با مرور نتایج درمی یابیم که استفاده از برخی روش‌های مقابله با فشار روانی با وضعیت تحصیلی و تعداد فرزندان ارتباط دارد. مطالعه هویزینک و دو مِدینا[3] نیز در سال ۲۰۰۲، بیانگر نقش تحصیلات در استفاده از روش‌های مقابله با فشار روانی مسئله مدار در زنان در ابتدای بارداری بوده است. همین‌طور مطالعه روح افزا و همکاران درخصوص بررسی ارتباط عوامل اقتصادی و روش‌های مقابله با فشار روانی در سال ۲۰۰۹ بیانگر آنست که سطح تحصیلات بالاتر با به‌کارگیری روش‌های مقابله سازگارانه همراه بوده است (روح‌افزا و صادقی، ۲۰۰۹). در مورد تعداد فرزندان، نتایج نشان داده است دو روش فاصله‌گرفتن و خویشتنداری که هر دو از روش‌های مقابله هیجان مدار می‌باشند. در مادران با تعداد فرزند سه و بیش‌تر، به طور معنی‌داری بیش‌تر از مادران با تعداد فرزند کم‌تر می‌باشد که این موضوع لزوم انجام مداخلات مناسب جهت آموزش این گروه را طلب می‌نماید.

1. Bakibinga and Vinje
2. Lee
3. Huizink and de Medina

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

منابع و مآخذ

References

- سعدآبادی, ح., منیژه (۱۳۹۱). مقایسه کیفیت زندگی و روش‌های مقابله‌ای در افراد دیابتی و غیردیابتی. ***مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یزد***، ۲۰(۵): ۵۸۱-۵۹۲.

- شاه, م. ح. و قریشی، ز. س. (۱۳۸۴). ***رابطه راهبردهای مقابله‌ای با ویژگی‌های فردی و شدت افسردگی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی***.

- صفوی, م. و پارسانیا، ز. (۱۳۸۹). بررسی سلامت روان و شیوه‌های مقابله با استرس در خانواده بیماران مصروع مراجعه کننده به انجمن صرع ایران. ***فصلنامه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی***.

-ملک, ا. ح و برادران, ا. م. (۱۳۸۵). ***بسیج جامعه برای ارتقای سلامت سالمندان در محله اکباتان تهران***-سال ۱۳۸۴. حکیم.

- Mcpake Barbara, E.M.Normand Charles, "***Health Economic: An International perspective***", Routledge, 2008, p 25.
- Morrisey, Michael, "***Health Insurance***", Health Adminstration Press, 2008, P17.
- Prker Alexander, Zweifel Peter, Schellekens onno, "Global Marketplace for Private Health insurance: Strength in numbers, world Bank, 2010, p 32.
- Sigma, "World insurance in 2008", No3, 2009, p 2-14 www.swissre.com/Sigma/.
- Vines Deborah, Rolins Elizabeth, Braceland Ann, Miller Susan, "***Comprehensive Health Insurance Billing", Coding and Reimbursement***, Pearson, 2010, p 43.
- World Bank, "***Private Voluntary health insurance in development***", 2007, p 135.
- World Health Organization (WHO), " ***World Health Statistics 2010***" Health expenditure, p 130-139.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]