

مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دوره ۲۸ شماره ۱ بهار ۱۳۸۵ صفحات ۸۶-۸۱

رابطه راهبردهای مقابله ای با ویژگیهای فردی و شدت افسردگی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی

دکتر حسن شاهمیری: دستیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، مرکز آموزشی و درمانی رازی: نویسنده رابط
Email: shahmiry @ yahoo.com

دکتر سید محمد علی قریشی زاده: استاد روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز مرکز آموزشی و درمانی رازی

دریافت: ۸۳/۱۲/۱۵ پذیرش: ۸۴/۴/۸

چکیده

زمینه و اهداف: رویدادهای استرس آمیز زندگی قویترین عامل پیش بینی کننده شروع افسردگی هستند. به همین علت در سالهای اخیر به نقش راهبردهای مقابله ای در رویدادهای استرس آمیز زندگی توجه زیادی معطوف شده است. این مطالعه به بررسی رابطه راهبردهای مقابله ای با ویژگیهای فردی و شدت افسردگی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی می پردازد.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی است. در این پژوهش یکصد بیمار (۴۳ مرد و ۵۷ زن) از بین بیماران مراجعه کننده به درمانگاه روانپزشکی بیمارستان رازی تبریز که بر پایه ملاکهای متن بازنگری شده چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DM-IV-TR) در طی مصاحبه بالینی مبتلا به افسردگی اساسی بودند انتخاب شده و توسط پرسشنامه راهبردهای مقابله ای فولکمن - لازروس مورد آزمون قرار گرفتند. داده ها با نرم افزار آماری SPSS ویرایش یازدهم مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: یافته ها نشان داد که بین جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت شغلی، و شدت افسردگی با بیشتر راهبردهای مقابله ای ارتباط معنی داری وجود داشت ($P < 0.05$). بین سن و راهبردهای مقابله ای به جز خویشتن داری رابطه معنی داری بدست نیامد.

نتیجه گیری: ویژگیهای فردی و شدت افسردگی در نحوه بکارگیری راهبردهای مقابله ای در بیماران افسرده موثر است. به اینصورت که مردان، افراد با تحصیلات بالاتر، افراد شاغل، و بیماران با افسردگی خفیف نسبت به سایر افراد مورد مطالعه بیشتر از راهبردهای مقابله ای موثر تر نظیر مقابله رویاروگر، خویشتن داری، حل مدبرانه مسئله، و جستجوی حمایت اجتماعی استفاده کردند. آنها همچنین کمتر راهبردهای مقابله ای ناسازگارانه مانند تفکر آرزومندانه، گریز اجتناب، و خودسرزنشگری را بکار بردند.

کلید واژه ها: افسردگی اساسی، راهبردهای مقابله ای، ویژگیهای فردی

مقدمه

هستند. پژوهشها نشان داده است که تفسیر و برآورد هر فرد از رویدادهای زندگی اش اهمیت بیشتری از خود آن رویداد دارد (۲). با توجه به طرح استرس و سازگاری، یک حالت هنگامی استرسی زا به حساب می آید که به عنوان تهدیدی برای فرد احساس شود و فرد قادر به کسب مهارتهای مقابله ای برای سازگاری نباشد (۳).

در سالهای اخیر به نقشی که مقابله در تسهیل سازگاری و نیز قرار گرفتن در مقابل اثرات بالقوه زیان آور استرس دارد، توجه زیادی معطوف شده است. Straton & Hieze مقابله را بکار گرفتن راههایی برای کاهش تنیدگی تجربه شده توسط افراد می دانند (۳).

به عقیده لازروس و فولکمن مقابله عبارتست از تغییر دائمی کوششهای شناختی و رفتاری به منظور کنترل نیازهای خاص

افسردگی یکی از مهمترین اختلالات روانپزشکی و نیز شایعترین اختلال خلقی می باشد که حدود ۱۲ درصد مردان و ۲۵ درصد زنان را در طول عمر گرفتار می کند (۱). افسردگی با کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، افکار مرگ و خودکشی مشخص می باشد. اختلال در سطح فعالیت، تواناییهای شناختی، تکلم، و اعمال نباتی از دیگر علائم افسردگی می باشند. این اختلال همیشه منجر به اختلال در عملکرد شغلی، روابط اجتماعی و بین فردی شده و نهایتاً ۱۵ درصد بیماران افسرده در اثر خودکشی فوت می کنند (۲و۱). تمام انسانها با هر گونه الگوی شخصیتی تحت شرایط مناسب ممکن است دچار افسردگی شوند. طبق مطالعات طرح ریزی شده دقیق، رویدادهای استرس آمیز زندگی قویترین عامل پیش بینی کننده شروع افسردگی

طبی مزمّن از مطالعه خارج شدند. متن بازنگری شده چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی که توسط انجمن روانپزشکی آمریکا در سال ۲۰۰۰ به چاپ رسیده است، سیستم کد گذاری روانپزشکی رسمی مورد استفاده در آمریکا و بسیاری از کشورهای جهان است (۲). پرسشنامه راهبردهای مقابله ای که برای سنجش افکار و اعمال افراد برای مقابله با رویدادهای تنیدگی زای زندگی روزمره بکار میرود از یک نظریه پدیدار شناختی مشتق شده که شامل تنیدگی، برآورد و مقابله است (۶).

این پرسشنامه ۶۶ سوالی چهار گزینه ای که مجموعاً هشت راهبرد مقابله ای را مورد سنجش قرار می دهد پس از مصاحبه بالینی با بیماران انتخاب شده و تایید تشخیص و تعیین شدت افسردگی اساسی در آنها بر اساس معیارهای SM-IV-TR، توسط بیمار تکمیل، و در صورت بی سواد بودن بیمار، سوالات توسط مصاحبه گر برای ایشان قرائت می شد. مطالعات متعدد انجام شده با این پرسشنامه، اعتبار و پایایی آنرا مورد تایید قرار داده است (۶، ۱۲، ۱۳).

پرسشنامه مربوط به ویژگیهای فردی بیماران که شامل جنس، سن، سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال بود ضمیمه پرسشنامه مذکور تکمیل شد. اطلاعات حاصل از پرسشنامه ها، طبقه بندی و با استفاده از آزمون های آماری تحلیل واریانس و t-test به وسیله برنامه نرم افزاری SPSS، ویرایش یازدهم مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

نتایج بدست آمده از این مطالعه نشان می دهد که ۴۳ درصد شرکت کنندگان در مطالعه مرد و ۵۷ درصد زن بودند. از نظر سنی بیشتر افراد در گروه سنی ۵۰-۴۰ سال قرار داشتند (۳۵٪)، پس از آن بترتیب گروه سنی ۴۰-۳۰ سال (۲۹٪)، گروه سنی بالای ۵۰ سال (۱۹٪) و گروه سنی ۳۰-۲۰ سال (۱۳٪) قرار داشتند. گروه سنی زیر ۲۰ سال (۴٪) کمترین درصد بیماران را تشکیل می داد. ۳۵ درصد افراد شرکت کننده در این مطالعه دارای تحصیلات ابتدایی بودند. افراد دارای تحصیلات راهنمایی (۲۲٪)، مقطع متوسطه و دیپلم (۲۰٪)، افراد بیسواد (۱۴٪)، و افراد دارای تحصیلات دانشگاهی (۹٪) به ترتیب در رده های بعدی قرار داشتند. از نظر وضعیت اشتغال بیشتر افراد مورد مطالعه شاغل بودند (۴۹٪)، افراد خانه دار (۳۰٪) و افراد بیکار (۲۱٪) از نظر فراوانی در رده های بعدی قرار داشتند.

در ارتباط با شدت افسردگی اساسی که بر پایه ملاکهای شدت DSM-IV-TR در طی مصاحبه بالینی تعیین می شد، ۴۵ درصد شرکت کنندگان در مطالعه افسردگی شدید داشتند، ۳۴ درصد افسردگی متوسط و ۲۱ درصد نیز واجد ملاکهای افسردگی خفیف تشخیص داده شدند.

در خصوص ارتباط راهبردهای مقابله ای و جنسیت تفاوت معنی داری مشاهده شد، بدینصورت که مردان نسبت به زنان به

درونی و بیرونی که فشارآور بوده و فراتر از منابع فردی است (۴). لازاروس و فولکمن به دو نوع مقابله عمومی شناخته شده اشاره دارند، مقابله مشکل مدار (مقابله رویاروگر^۱، خویشتن داری^۲، و حل مدبرانه مسئله^۳) که معطوف به حل مشکل با انجام اعمالی است که منبع استرس را تغییر می دهد و مقابله هیجان مدار (تفکر آرزومندانه^۴، گریز-اجتناب^۵، خود سرزنشگری^۶، فاصله گیری^۷) که کاهش دهنده یا اداره کننده آشفستگی همراه یک موقعیت است. جستجوی حمایت اجتماعی^۸ شامل اجزایی از هر دو نوع مقابله می باشد (۳).

در اکثر شرایط استرس زا بکارگیری راهبردهای مشکل مدار سازگاران تر از راهبردهای هیجان مدار می باشد (۵).

لازاروس و فولکمن به شیوه های مقابله سازگاران نیز اشاره می کنند. پاسخ های سازگاران آنهاستند که ممکن است فشار را کاهش دهند و سیستم را به حالت تعادل بر گردانند و پاسخهای ناسازگاران که حضور فشار را افزایش داده و سیستم را به حالت ناپایدار نگه می دارند (۳). طبق نظریه تبادل لازاروس و فولکمن نیز افسردگی پیامد تنیدگیهایی است که از یک مقابله مناسب و موفقیت آمیز محروم مانده است (۶).

از آنجا که بکارگیری راهبردهای مختلف مقابله نتایج متفاوتی در سلامت روانی افراد دارد (۷-۱۰)، و اینکه متغیرهایی نظیر جنس، سن، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال و شدت افسردگی در چگونگی پاسخ به استرس دخیل می باشند (۳ و ۱۱)، تحقیق در مورد تاثیر این عوامل در نحوه مقابله بیماران افسرده با استرسهای زندگی به ما کمک می کند تا با اصلاح ارزیابی شناختی بیماران افسرده به آموزش راهبردهای مقابله ای سازگاران تر در این گروه بپردازیم.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر مطالعه ای توصیفی تحلیلی می باشد. جامعه آماری مورد مطالعه را یکصد مراجعه کننده (۴۳ مرد و ۵۷ زن) در بیمارستان رازی تبریز به مدت ۱۱ ماه از مهرماه ۱۳۸۲ لغایت شهریور ۱۳۸۳ تشکیل دادند.

جامعه آماری این مطالعه از بین افراد مراجعه کننده به کلینیک روانپزشکی بیمارستان رازی که بر پایه ملاکهای متن بازنگری شده چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) در طی مصاحبه بالینی مبتلا به اختلال افسردگی اساسی شناخته بودند انتخاب شدند. شدت افسردگی ایشان نیز بر پایه معرف شدت ملاکهای تشخیصی DSM-IV-TR به گروه های افسردگی خفیف، متوسط، و شدید تفکیک و سپس توسط پرسشنامه راهبردهای مقابله ای فولکمن - لازاروس مورد ارزیابی قرار گرفتند. معیارهای ورود شامل افراد بالای ۱۶ سال از هر دو جنس که طبق ملاکهای تشخیصی DSM-IV-TR در طی مصاحبه بالینی مبتلا به افسردگی اساسی تشخیص داده شدند. بیماران واجد ملاکهای روانپزشکی، وابستگی به مواد، و بیماری

- | | |
|----------------------------|---------------------------|
| 1. Confronting coping | 5. Self blame |
| 2. Self controlling | 6. Escape - avoidance |
| 3. Planful problem solving | 7. Distancing |
| 4. Wishful thinking | 8. Seeking social support |

معنی داری بیشتر از راهبردهای تفکر آرزومندانه، گریز اجتناب، و خود سرزنشگری استفاده نمودند ($P < 0/01$) (جدول ۳). در مورد ارتباط راهبردهای مقابله‌ای و وضعیت اشتغال نیز نتایج نشان داد که افراد شاغل نسبت به افراد بیکار و خانه‌دار بیشتر از راهبرد مقابله رویاروگر و حل مدبرانه مسئله استفاده کردند ($P < 0/01$). در حالیکه افراد غیر شاغل به طور معنی داری بیشتر از راهبرد تفکر آرزومندانه و گریز اجتناب نسبت به گروه شاغل استفاده کردند ($P < 0/0001$). بین سایر راهبردهای مقابله‌ای و وضعیت اشتغال تفاوت معنی داری بدست نیامد. همچنین نتایج تحقیق نشان می‌دهد که بکارگیری راهبردهای مقابله‌ای بجز فاصله‌گیری با شدت افسردگی به طور معنی داری رابطه دارد. بدینصورت که افراد با افسردگی خفیف‌تر بیشتر از راهبردهای مقابله رویاروگر، خویشتن داری، جستجوی حمایت اجتماعی و حل مدبرانه مسئله استفاده کردند ($P < 0/03$). در صورتیکه افراد با افسردگی شدید به طور معنی داری بیشتر از راهبردهای گریز اجتناب، خود سرزنشگری و تفکر آرزومندانه استفاده نمودند ($P < 0/05$) (جدول ۴).

طور معنی داری بیشتر از راهبردهای مقابله رویاروگر، خویشتن داری، و حل مدبرانه مسئله استفاده کردند، در حالیکه زنان بیشتر از راهبردهای جستجوی حمایت اجتماعی، تفکر آرزومندانه و خود سرزنشگری استفاده کردند ($P < 0/05$) (جدول ۱). در خصوص ارتباط راهبردهای مقابله‌ای با سن بیماران افسرده، نتایج تحقیق نشان داد هر چند افراد زیر ۳۰ سال بیشتر از سایر گروهها از راهبردهای تفکر آرزومندانه، گریز اجتناب، و خود سرزنشگری، و افراد ۵۰-۳۰ ساله بیشتر از راهبردهای مقابله رویاروگر و حل مدبرانه مسئله استفاده کردند ولی ارتباط معنی داری بین آنها وجود نداشت. در حالیکه افراد بالای ۵۰ سال به طور معنی داری بیش از سایر گروههای سنی از خویشتن داری استفاده کردند ($p < 0/001$) (جدول ۲). سطح تحصیلات نیز نقش مهمی در اتخاذ شیوه‌های مقابله داشت بدینصورت که بیماران افسرده با تحصیلات بالاتر به طور معنی داری بیشتر از راهبردهای مقابله رویاروگر، خویشتن داری، جستجوی حمایت اجتماعی و حل مدبرانه مسئله استفاده کردند ($P < 0/05$)، در حالیکه افراد با تحصیلات پایین‌تر به طور

جدول ۱: مقایسه میانگین نمرات و انحراف معیار راهبردهای مقابله‌ای بر حسب جنسیت در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی

| P.value | جنسیت | |
|---------|------------|------------|
| | مرد | زن |
| ۰/۰۱۹ | ۹/۸۸±۳/۲۵ | ۸/۱۲±۳/۹۴ |
| ۰/۰۸۵ | ۷/۰۰±۲/۵۲ | ۸/۰۵±۳/۳۱ |
| ۰/۰۳۱ | ۹/۶۵±۳/۵۹ | ۸/۰۳±۳/۶۹ |
| ۰/۰۰۶ | ۷/۷۴±۲/۸۲ | ۹/۵۶±۳/۴۷ |
| ۰/۰۰۰۱ | ۶/۸۶±۱/۹۳ | ۸/۵۹±۲/۵۹ |
| ۰/۰۷۰ | ۱۱/۹۷±۲/۶۹ | ۱۳/۱۵±۳/۵۱ |
| ۰/۰۲۸ | ۹/۳۴±۳/۵۴ | ۷/۷۵±۳/۵۴ |
| ۰/۰۲۳ | ۵/۰۶±۱/۹۸ | ۶/۰۳±۲/۱۲ |

جدول ۲: مقایسه میانگین نمرات راهبردهای مقابله‌ای بر حسب سن در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی

| P | سن (سال) | | | | |
|-------|----------|-------|-------|-------|--------|
| | بالای ۵۰ | ۴۰-۵۰ | ۳۰-۴۰ | ۲۰-۳۰ | زیر ۲۰ |
| ۰/۳۳۰ | ۷/۴۷ | ۹/۲۵ | ۹/۵۱ | ۹/۰۰ | ۷/۲۵ |
| ۰/۰۷۵ | ۸/۳۱ | ۷/۵۴ | ۷/۵۸ | ۶/۸۴ | ۷/۲۵ |
| ۰/۰۰۱ | ۱۰/۵۲ | ۹/۵۷ | ۸/۲۴ | ۵/۶۱ | ۶/۵۰ |
| ۰/۰۵۷ | ۷/۰۵ | ۸/۸۵ | ۹/۹۳ | ۸/۸۴ | ۷/۷۵ |
| ۰/۳۶۳ | ۸/۱۰ | ۷/۳۷ | ۷/۷۲ | ۸/۵۳ | ۹/۵۰ |
| ۰/۲۱۷ | ۱۳/۱۰ | ۱۱/۷۱ | ۱۲/۷۹ | ۱۴/۰۰ | ۱۳/۲۵ |
| ۰/۳۷۶ | ۷/۶۸ | ۸/۶۰ | ۹/۳۴ | ۷/۶۱ | ۶/۷۵ |
| ۰/۱۵۵ | ۵/۶۳ | ۵/۲۲ | ۵/۴۴ | ۶/۴۶ | ۷/۵۰ |

جدول ۳: مقایسه میانگین نمرات راهبردهای مقابله ای برحسب سطح تحصیلات در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی

| P | دانشگاهی | دیرستانی و دیپلمه | راهنمایی | ابتدایی | بی سواد | تحصیلات |
|--------|----------|-------------------|----------|---------|---------|----------------------|
| | | | | | | راهبردهای مقابله |
| ۰/۰۱۵ | ۹/۷۷ | ۱۰/۷۵ | ۹/۳۶ | ۸/۱۴ | ۶/۷۱ | مقابله رویاروی گر |
| ۰/۰۵۳ | ۸/۱۱ | ۸/۰۵ | ۷/۹۵ | ۷/۴۵ | ۶/۴۲ | فاصله گیری |
| ۰/۰۳۲ | ۱۱/۶۶ | ۹/۳۵ | ۹/۲۲ | ۷/۶۰ | ۸/۰۰ | خویشتن داری |
| ۰/۰۰۰۱ | ۹/۵۵ | ۱۰/۱۵ | ۹/۸۱ | ۸/۵۴ | ۵/۲۸ | جستجوی حمایت اجتماعی |
| ۰/۰۰۱ | ۶/۰۰ | ۶/۸۰ | ۷/۶۳ | ۹/۰۸ | ۷/۷۸ | تفکر آرزومندانه |
| ۰/۰۰۲ | ۹/۸۸ | ۱۱/۳۵ | ۱۲/۳۶ | ۱۳/۷۱ | ۱۴/۰۷ | گریز اجتناب |
| ۰/۰۰۸ | ۱۱/۰۰ | ۹/۸۵ | ۸/۴۵ | ۷/۸۰ | ۶/۳۵ | حل مدبرانه مسئله |
| ۰/۰۰۷ | ۵/۰۰ | ۴/۵۰ | ۵/۳۶ | ۶/۵۴ | ۵/۷۱ | خودسرزنشگری |

جدول ۴: مقایسه میانگین نمرات راهبردهای مقابله ای برحسب شدت افسردگی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی

| P | شدت افسردگی | | | راهبردهای مقابله |
|--------|-------------|-------|-------|----------------------|
| | شدید | متوسط | خفیف | |
| ۰/۰۲۷ | ۷/۸۶ | ۹/۲۹ | ۱۰/۳۸ | مقابله رویاروی گر |
| ۰/۰۵۵ | ۶/۸۶ | ۷/۸۸ | ۸/۷۱ | فاصله گیری |
| ۰/۰۰۱ | ۷/۹۱ | ۸/۱۷ | ۱۱/۳۸ | خویشتن داری |
| ۰/۰۰۱ | ۷/۶۶ | ۹/۰۲ | ۱۰/۷۶ | جستجوی حمایت اجتماعی |
| ۰/۰۰۱ | ۸/۶۲ | ۷/۸۵ | ۶/۱۹ | تفکر آرزومندانه |
| ۰/۰۰۰۱ | ۱۳/۹۷ | ۱۲/۲۶ | ۱۰/۴۲ | گریز اجتناب |
| ۰/۰۰۲ | ۷/۳۳ | ۸/۵۵ | ۱۰/۶۱ | حل مدبرانه مسئله |
| ۰/۰۴۱ | ۶/۰۶ | ۵/۶۱ | ۴/۶۶ | خودسرزنشگری |

بحث

طبق نظریه تبدیلی لازاروس و فولکمن، افسردگی پیامد تنیدگیهایی است که از یک مقابله مناسب و موفقیت آمیز محروم مانده است (۶). از آنجا که بکارگیری راهبردهای مقابله ای مختلف، نتایج متفاوتی در سلامتی روانی افراد دارد (۱۰-۷)، و اینکه متغیرهایی نظیر جنس، سن، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، و شدت افسردگی در چگونگی پاسخ به استرس دخیل می باشند (۱۳ و ۱۱). لذا پژوهش حاضر به منظور بررسی رابطه این متغیرها و راهبردهای مقابله ای انجام شد.

نتایج پژوهش نشان می دهد که ویژگیهای فردی و شدت افسردگی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی در بکارگیری راهبردهای مقابله ای موثر است. بدینصورت که مردان بیشتر از زنان از راهبردهای مقابله ای موثرتر یا مشکل مدار نظیر مقابله رویاروی گر، خویشتن داری و حل مدبرانه مسئله استفاده کردند، در حالیکه زنان به طور معنی داری بیشتر از راهبردهای کم تر موثر نظیر تفکر آرزومندانه، گریز اجتناب، جستجوی حمایت اجتماعی، و خود سرزنشگری استفاده نمودند.

در تایید نتایج پژوهش حاضر مطالعات مشابه بر این نکته تاکید دارند که زنان بیشتر از مردان از راهبردهای مقابله ای تفکر آرزومندانه، خودسرزنشگری، جستجوی حمایت اجتماعی و گریز اجتناب استفاده می کنند (۱۳ و ۱۴).

از سوی دیگر بسیاری پژوهشگران بر این باورند که صرف نظر از منبع استرس، زنان بیشتر از مردان نسبت به استرس آسیب پذیر هستند (۳ و ۶).

بر پایه پژوهش های مشابه مردان نسبت به زنان به طور معنی داری بیشتر از راهبردهای مقابله ای موثرتر استفاده نمودند (۳ و ۶).

فولکمن و همکاران با مقایسه نمونه افراد ۴۴-۳۵ ساله و نمونه افراد ۷۵-۶۵ ساله به این نتیجه دست یافتند که گروه ۴۴-۳۵ ساله متناسباً مقابله های مشکل مدار بین شخصی فعالتر (مقابله رویاروی گر، جستجوی حمایت اجتماعی، و حل مدبرانه مسئله)، را نسبت به گروه مسن تر بکار بردند. در حالیکه گروه مسن تر مقابله های عاطفه مدار بین شخص انفعالی تر (فاصله گیری، مسئولیت پذیری، و تفسیر مجدد مثبت) را نسبت به گروه جوانتر بکار بردند (۱۵ و ۱۶). همچنین در پژوهش دیگری که به مقایسه نوجوانان و بالغین جوان با افراد میانسال در استفاده از راهبردهای مقابله ای پرداخته است، تاکید شده که نوجوانان و بالغین جوان بیش از افراد میانسال از راهبردهای مقابله ای ناسازگارانه نظیر گریز اجتناب و خود سرزنشگری استفاده می کنند (۱۵ و ۱۶). در چند پژوهش پس از یکسان سازی نوع تنیدگی افراد مورد مطالعه گزارش شد که تفاوت معنی داری بین سن و بکارگیری راهبردهای

افسردگی خفیف از راهبردهای غیرانطباقی و ناسازگارانه نظیر خود سرزنشگری، گریز اجتناب، و تفکر آرزومندانه استفاده کردند و افراد با افسردگی خفیف نسبت به افراد با افسردگی متوسط و شدید راهبردهای سازگارانه‌تر حل مدبرانه مسئله، خویش‌داری، مقابله رویاروگر و جستجوی حمایت اجتماعی را بیشتر مورد استفاده قرار دادند.

محققان دریافته‌اند که بیماران با افسردگی شدیدتر بیشتر از راهبردهای عاطفه مدار و ناسازگارانه استفاده می‌کنند که با احساس ناامیدی و کاهش پیشرفت آنها همراهی دارد. آنها همچنین دریافتند که بهبودی از افسردگی، با تغییر در سبک راهبردهای مقابله‌ای یعنی استفاده کمتر از راهبردهای عاطفه مدار همراه بود (۸ و ۱۸).

Vitaliano در مطالعه ای دریافت که افسردگی با تفکر آرزویی رابطه مثبت و با مقابله مشکل مدار رابطه منفی دارد. همچنین Kewin و همکاران گزارش کردند که افراد افسرده تفکر آرزویی بیشتری به کار برده و حمایت اجتماعی بیشتری نیز نسبت به افراد غیرافسوده طلب می‌کنند (۶).

مطالعه‌ی مشابه به این نتیجه رسید، افرادی که بیشتر از راهبردهای عاطفه مدار و کمتر موثر استفاده می‌کنند نسبت به افرادی که کمتر این راهبردها را بکار می‌گیرند سلامتی روانی پایین‌تری دارند (۶ و ۱۹).

نتیجه‌گیری

طبق نتایج این پژوهش بین جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، و شدت افسردگی با بیشتر راهبردهای مقابله‌ای ارتباط معنی‌داری وجود داشت. مردان، افراد دارای تحصیلات بالاتر، افراد شاغل، و افراد مبتلا به افسردگی خفیف بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای موثر و سازگارانه‌تر نظیر مقابله رویاروگر، حل مدبرانه مسئله، خویش‌داری، و جستجوی حمایت اجتماعی استفاده کردند. آنها همچنین کمتر از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه نظیر گریز-اجتناب، تفکر آرزومندانه، و خودسرزنشگری استفاده نمودند. بین سن و راهبردهای مقابله‌ای بجز خویش‌داری ارتباط معنی‌داری وجود نداشت.

References

1. Kaplan IH, Sadock JB. *Synopsis of Psychiatry Behavioral Science/Clinical Psychiatry*. 8 th ed, Philadelphia, Williams & Wilkins, 2003; pp 534-558.
2. Kaplan IH, Sadock JB. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7 th ed. Philadelphia, Williams & Wilkins, 2000; p: 1769.
3. نور بالا الف، دافعی م، فقیه‌زاده س، دهقانی ع. بررسی رابطه روشهای مقابله‌ای با ویژگیهای فردی و سلامت روانی در زوجهای نابارور مراجعه‌کننده به مراکز ناباروری یزد، مجله پژوهشی حکیم ۱۳۷۷، دوره ۱، شماره ۳، صص ۱۹۷-۲۰۵.

مقابله‌ای وجود نداشت (۶). در پژوهش حاضر هرچند فقط راهبرد مقابله‌ای خویش‌داری در ارتباط با سن تفاوت معنی‌داری نشان داد، نتایج پژوهش همسو با مطالعات مذکور تأییدکننده این موضوع است که افراد زیر ۳۰ سال احتمالاً بدلیل عدم کسب تجربه و وابستگی بیشتر به دیگران از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه‌تر و کم‌تر موثر استفاده می‌کنند. همچنین افراد با سن بالای ۵۰ سال نیز احتمالاً بدلیل وضعیت نامساعدتر جسمی و معیشتی و حمایت اجتماعی ناکافی از راهبردهای انفعالی‌تر نسبت به گروه سنی ۳۰-۵۰ استفاده می‌کنند.

همچنین بر پایه نتایج این پژوهش سطح تحصیلات نیز نقش بسزایی در بکارگیری راهبردهای مقابله دارد، بدینصورت که افراد با سطح تحصیلات بالاتر به طور معنی‌داری بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای موثر نظیر مقابله رویاروگر، خویش‌داری، حل مدبرانه مسئله و جستجوی حمایت اجتماعی استفاده کردند. در حالیکه افراد با سطح تحصیلات پایین‌تر به طور معنی‌داری بیشتر از راهبردهای ناسازگارانه‌تر نظیر خود سرزنشگری، گریز اجتناب و تفکر آرزومندانه استفاده نمودند. شاید به این علت که افراد با تحصیلات کمتر معمولاً وضعیت اقتصادی ضعیف‌تری نیز داشته و توانایی کمتری در برقراری ارتباط با دیگران و ابراز وجود دارند. به اعتقاد Farber نیز داشتن تحصیلات بالا نقش مهمی در اتخاذ روشهای فعال مقابله جهت کاهش استرس و حل مشکلات دارد (۳).

نتایج چندین مطالعه نشان داد علاوه بر اینکه افراد بیکار بیشتر از افراد شاغل احتمال دارد که علائم دوره‌های افسردگی را گزارش کنند، افراد با کارکرد شغلی خوب، راهبردهای مقابله‌ای موثرتری را نسبت به افراد غیرشاغل بکار می‌برند (۱، ۶ و ۱۷). این نتایج همسو با یافته‌های پژوهش حاضر می‌باشد که در آن افراد شاغل نسبت به افراد غیرشاغل از راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه‌تری استفاده کردند.

برپایه نتایج پژوهش حاضر شدت افسردگی رابطه معنی‌داری با همه راهبردهای مقابله‌ای بجز فاصله‌گیری نشان داد بدینصورت که افراد با افسردگی شدید به طور چشمگیری بیش از افراد با

4. Paulhan I, Nussier J, Quintard B, Cousson F, Bourgeois M. The measurement of "Coping". French Translation and Validation of the Vitaliano's Scale. *Ann Med Psychol*. 1994; **152**(5): 292-9.
5. پهلوانی هب ملکوتی ک، تهرانی‌نژاد الف. بررسی عوامل استرس‌زا، راهبردهای مقابله و رابطه آن با سلامت روانی در افراد نابارور، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی اندیشه و رفتار ۱۳۸۱، سال ۷، شماره ۴، صص ۸۶-۷۹.

۶. اقایوسفی ع. معرفی جدیدترین روی‌آوردهای روان‌درمانگری، بنیادهای نظری و راهبردهای عملی. چاپ اول. قم، انتشارات شهریار، ۱۳۷۸، صص ۲۸۷-۲۳۹.
7. Aldwin CM, Revenson TA. Does Coping Help? A reexamination of The relation Between coping and mental health. *J Pers Soc Psychol.* 1987; **53**(2): 337-48.
 8. Bombardier CH, DAmico C, Jordan JS. The relationship of appraisal and coping to chronic illness adjustment. *Behav Res Ther.* 1990; **28**(4): 297-304.
 9. Uehara T, Sakado K, Sakado M, Sato T, Someya T. Relationship between stress coping and personality in patients with major depressive disorder. *Psychother Psychosom.* 1999; **68**(1): 26-30.
 10. Wang J, Patten SB. The Moderating Effects of Coping Strategies on major Depression in the general population. *Can J Psychiatry.* 2002; **47**(2): 167-73.
 11. Ravindran AV, Griffiths j, Waddell C, Anisman H. Stressful life events and coping Style in relation to dysthymia and major depressive disorder. *Proy Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 1995; **19**(4): 637-53.
 12. Clork KK, Bormann CA, Cropanzano RS, James K. Validation evidence for three coping measures. *J Pers Assess.* 1995; **65**(3).
 13. Jordan C, Revenson TA. Gender differences in coping with infertility: a meta- analysis. *J Behav Med.* 1999; **22**(4): 341-58.
 14. Frydenberg E, Lewis R. Adolescent Coping: The different ways in which boys and girls cope. *J Adolesc.* 1991; **14**(2): 119-33.
 15. Blanchard- Fields F, Irion JC. Coping strategies from the perspective of two developmental markers: age and social reasoning. *J Genet Psychol.* 1988; **149**(2): 141-51.
 16. Irion JC, Blanchard F.A. Cross-sectional comparison of adaptive coping in adulthood. *J Gerontol.* 1987; **42**(5): 502-4
 17. Wright TA. Coping and job performance. *Percept Mot Skills.* 1990; **71**(2): 403-8
 18. Colomba MV, Santiago ES, Rosssello J. Coping strategies and depression in Puerto Rican adolescents: an exploratory study. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol.* 1999; **5**(1): 65-75
 19. Matheson K, Anisman H. Systems of Coping associated with dysphoria, anxiety and depressive illness: A multivariate profile perspective. *Stress.* 2003; **6**(3): 223-34.