

بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بر سلامت عمومی و حرمت خود^۱

حمید گلکار^۲

پرویز آزادفلاح^۳

سیدکاظم رسولزاده طباطبایی^۴

تاریخ وصول: ۸۹/۷/۱۸

تاریخ پذیرش: ۸۹/۱۰/۱۱

کیده

روژه سلامت روان کارکنان، یکی از دغدغه‌های پژوهشگران و مدیران ادارات، سازمان‌ها و ادهاست. در همین راستا، مهارت‌های مقابله‌ای به عنوان یکی از راهبردهای شناختی، نگشای عادات سالم و مانعی برای آسیب‌های روانی و جسمی ناشی از تنیدگی محسوب شود. پژوهش‌ها حاکی‌ست، با آگاهی فرد از راهبردهای مقابله‌ای مناسب و بکارگیری‌ها، سلامت روان وی تضمین خواهد شد.

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی در دانشگاه تربیت مدرس می باشد.

دانش آموخته کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی دانشگاه تربیت مدرس

دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه تربیت مدرس

دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه تربیت مدرس

هدف اصلی از مقاله حاضر به دنبال بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بر سلامت عمومی و حرمت خود در کارکنان زن ناجا می‌باشد. روش تحقیق پژوهش حاضر، از نوع پیش‌آزمایشی و مدل تک گروهی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. نمونه پژوهش حاضر شامل ۱۵ نفر از کارکنان زن ناجا در شهر تهران است که با روش نمونه‌گیری دردسترس از جامعه انتخاب شدند و به آن‌ها طی ۱۰ جلسه مهارت‌های مقابله‌ای آموزش داده شد. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های سلامت عمومی (GHQ) و حرمت خود کوپر اسمیت (SEI) و برای تحلیل داده‌ها از آزمون t وابسته استفاده شد.

نتایج به دست آمده بیانگر آن است، از نظر سلامت عمومی و حرمت خود اجتماعی، بین دو موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون، تفاوت معناداری وجود دارد. به نظر می‌رسد، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای می‌تواند هیجان‌های مثبت را جایگزین هیجان‌های منفی، در برخورد استرس‌های روزمره فرد کند که منجر به بالا رفتن سلامت عمومی فرد می‌گردد. همچنین احتمالاً این آموزش‌ها توانسته موقعیتی برای ارضای نیازهای احساس شایستگی، پیشرفت توانمندی، کفایت، اطمینان، استقلال و آزادی در فرد، بخصوص در زمینه ارتباطات اجتماعی و روابط دوستانه به وجود آورده باشد که منجر به افزایش حرمت خود اجتماعی شده است. **واژه‌های کلیدی:** آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، سلامت عمومی، حرمت خود، کارکنان ناجا.

مقدمه

سلامت عمومی مفهومی متشکل از سلامت روانی و جسمانی است. سلامت روانی و جسمانی دو جنبه‌ی حیاتی زندگی به‌شمار می‌آیند که ارتباط و وابستگی تنگاتنگی با یکدیگر دارند. سلامت روان و جسم جدایی‌ناپذیر و اثرات متقابل آن‌ها پیچیده و عمیق است و اغلب بیماری‌ها، چه روانی و چه جسمی تحت تأثیر ترکیبی از عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی هستند. بنابراین سلامت روان به اندازه سلامت جسم، در رفاه کلی افراد اهمیت دارد و رفتار سالم یک فرد تا حد زیادی به سلامت روان وی بستگی دارد. روان‌شناسی سلامت

عوزه‌ای در روان‌شناسی است که موضوع اصلی آن ارتقاء سلامت و مراقبت از آن است؛ یکی از هدف‌ها در این حوزه، بررسی عوامل روان‌شناختی و اجتماعی مانند عادت‌های شخصی، سطوح تنیدگی و صفات شخصیتی است که بر پیشگیری و درمان بیماری اثر می‌گذارد؛ هدف و م این حوزه، آگاه کردن مردم در مورد رفتارهای پرخطر و گسترش برنامه‌هایی است که ناهنجاری‌های سالم‌تر را تقویت می‌کند؛ نهایتاً روان‌شناسان سلامت، سعی می‌کنند که خود نظام سلامت - مراقبت^۱ را بشناسند و بهبود بخشند (ورتمن^۲ و همکاران، ۱۹۹۹). به منظور بررسی نقش عوامل روان‌شناختی در سلامت باید یادآور شد که رفتار یا فرایندهای ذهنی که شامل شناخت، هیجان و انگیزش می‌شود، کانون توجه روان‌شناسان هستند (سارافینو^۳، ۱۳۸۷) که هر یک از این عوامل روان‌شناختی به گونه‌ای در فرایند سلامت نقش دارند. متخصصان تعاریف متعددی از مفهوم سلامت روان ارائه داده‌اند، اما تقریباً همه تعاریف موضوع مشترکی دارند و آن مسئولیت در قبال خود و انتخاب سبک زندگی سالم، است. سازمان بهداشت جهانی^۴ (۱۹۴۷) سلامت را چنین تعریف می‌کند: «سلامت عبارتند از حالت بهزیستی کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی». تعریف این سازمان در سال ۲۰۰۶ از سلامتی عبارتست از حالت بهزیستی فاعلی، خودکارآمدی ادراک شده، خودپهروی^۵، صلاحیت، وابستگی بین نسلی^۶ و خودشکوفایی در سطح توانش‌های عقلی و هیجانی در میان دیگران و نه تنها فقدان بیماری یا ناتوانی.

از سویی دیگر، یکی دیگر از سازه‌های مهم در بحث سلامت روان و روان‌شناسی، حرمت خود^۷ است که نقش بسیار مهمی در فرایندهای روان‌شناختی ایفا می‌کند. حرمت خود شامل مجموعه برداشت‌ها، ارزیابی‌ها و تجاربی است که از خویشتن داریم و باعث می‌شود که نسبت به خود احساس خوشایند ارزشمند بودن، یا بر عکس احساس ناخوشایند بی‌کفایتی داشته باشیم

1. health-care system

2. Wortman, C. B.

3. Sarafino, E. D.

4. WHO

5. autonomy

6. inter-generational dependence

7. self-esteem

(وایزباخ^۱، سینکلر^۲، اسکورینکو^۳ و اکلستن^۴، ۲۰۰۹). همان‌طور که از تعریف دو واژه سلامت و حرمت خود مشخص است، کاهش این دو ویژگی باعث مشکلاتی در کارکردهای اجتماعی در افراد دیده می‌شود. به همین دلیل، بالا بردن و یا جلوگیری از کاهش این دو ویژگی می‌تواند باعث افزایش بهزیستی و رضایت از زندگی و حتی بهبود روابط بین‌فردی، در افراد شود. البته، افزایش این دو ویژگی از روش‌های مختلفی می‌تواند صورت گیرد و پژوهش‌های مختلفی در این زمینه صورت گرفته است (برای مثال، زاده محمدی، عابدی و خانجانی، ۱۳۸۷؛ صادقی موحد، نریمانی و رجبی، ۱۳۸۷؛ اخوت، کاویانی و شفیع‌آبادی، ۱۳۸۱؛ قاسم‌زاده نساجی و همکاران، ۱۳۸۹).

پژوهش‌های مختلفی در زمینه سلامت افراد در محیط‌های اداری و صنعتی انجام شده است. برای مثال، هاشم‌زاده و همکاران (۱۳۷۹) در پژوهشی که رابطه سلامت روانی و استرس شغلی کارکنان دانشگاه علوم پزشکی شیراز را مورد بررسی قرار دادند، نشان دادند که میزان استرس شغلی با سلامت روانی کارکنان همبستگی معناداری دارد. همچنین این پژوهش نشان داد، مردان از سلامت روانی بیشتری نسبت به زنان برخوردار بوده‌اند. در پژوهشی مشابه، گروسی فرشی و مانی (۱۳۸۳) نشان دادند، کارکنان پالایشگاه نفت تبریز، با افزایش سن و سابقه خدمت، از سلامت روانی بهتری برخوردارند. همچنین، نتایج پژوهش نجفی و همکاران (۱۳۸۰) نشان داد که بین فرسودگی شغلی و سلامت روانی در بین کارکنان مرکز تحقیقات و تولید سوخت هسته‌ای اصفهان، رابطه معناداری وجود دارد. موارد دیگری نیز می‌تواند بر سلامت روان اثر بگذارد: رابرت^۵ و همکاران (۱۹۹۹) نشان دادند که شرایط اقتصادی بر سلامت روانی دانشجویان مقیم انگلستان اثربخش است و ضعف سلامت روانی با ساعات کار خارج از دانشگاه و مشکل در پرداخت صورت‌حساب‌ها رابطه دارد. چین‌آوه و همکاران (۱۳۸۳) در پژوهشی نشان دادند که حمایت اجتماعی پیش‌بینی‌کننده قوی سلامت روانی است؛

1. Weisbuch, M.

2. Sinclair, S. A.

3. Skorinko, J. L.

4. Eccleston, C. P.

5. Robert, R.

چه شبکه حمایت اجتماعی گسترده‌تر باشد، میزان مشکلات سلامت روانی کاهش می‌یابد. آنچه خواسته‌ها و نیازهای فرد با سطح توانایی‌هایش همخوانی داشته باشد، دستیابی به آسته‌ها و تأمین نیازهای وی ممکن شده، لذت بردن و رضایتمندی از زندگی را تجربه کند (سیمونس^۱، ۱۹۹۴) که این نیز به نوبه خود بر سلامت روان اثر می‌گذارد. همخوانی‌ها با توانایی‌ها و دستیابی یا عدم دستیابی به هدف از جمله مواردی است که در مفهوم مت خود^۲ نهفته است. ویلیام جیمز (۱۸۹۶، ۱۹۵۸ به نقل از پاجارس^۳ و شانک^۴، ۲۰۰۲) یکی نخستین کسانی بود که از اصطلاح حرمت خود استفاده کرد. او حرمت خود را بر اساس طه بین خود واقعی و خودآرمانی توصیف کرد و متذکر شد که اگر خود واقعی فرد مقابل استانداردهای خودآرمانی شکست بخورد، فرد تجربه حرمت خود پایین را کسب کند. جیمز معتقد بود، سطح خواسته ما، نقش اساسی در حرمت خود ما بازی خواهد کرد؛ نی نقش اساسی در تعیین اینکه آیا ما خود را مطلوب تلقی می‌کنیم یا نه، سطح خواسته، عوط به آرمان من است؛ یعنی در ارتباط با هدف‌هایی است که فرد تمایل دارد، به آن‌ها رسد تا از خود رضایت داشته باشد؛ اگر حرکت در جهت خواسته در جنبه‌های مهم صورت رود باشد. نتیجه آن حرمت خود بالا است، اما اگر فاصله زیادی بین فعالیت‌های ما و خواسته‌های ما باشد، یعنی فعالیت‌ها در جهت خواسته‌ها نباشد، ما خود را به شکلی منفی زیایی می‌کنیم. بنابراین، احساس ما، بستگی کامل به آنچه که قبلاً انتظار داشته‌ایم و آنچه جام می‌دهیم دارد.

نیاز به حرمت خود در کنار نیاز به احترامی که دیگران آن را برای آدمی فراهم می‌کنند، کی از ۵ نیاز فطری است که مزلو (۱۳۶۷) در سلسله مراتب نیازها معرفی می‌کند. از نظر وی رضای این نیاز به سلامتی بهتر، زندگی طولانی‌تر و کارآیی زیستی بهتر منجر می‌گردد. از سوی دیگر، فقدان و یا پایین بودن سطح حرمت خود، احساس حقارت، درماندگی و یاس را

1. Simmons, S.

2. self-esteem

3. Pajares, F.

4. Schunk, D. H.

در ما پرورش داده و اطمینان از توانایی در کنار آمدن با مشکلات زندگی را در ما کاهش می‌دهد (شولتز و شولتز، ۱۹۹۹). روش‌های مقابله، مهارت‌ها و راهبردهایی هستند که افراد برای تغییر مسئله یا نظم بخشیدن به پاسخ‌های هیجانی، هنگام تجربه عامل تنیدگی‌زا به کار می‌برند (سارافینو^۱، ۲۰۰۸). مهارت‌های مقابله‌ای به عنوان یکی از راهبردهای شناختی، می‌تواند رهگشای عادات سالم و مانعی برای آسیب‌های روانی و جسمی ناشی از تنیدگی باشد. آگاهی فرد از راهبردهای مقابله‌ای مناسب و بکارگیری آن‌ها، سلامت روان وی تضمین خواهد شد. طبق نظر لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴؛ به نقل از سارافینو، ۲۰۰۸)، مقابله کردن تلاش‌هایی است که برای کنترل و اداره کردن موقعیت‌هایی که به نظر خطرناک و تنش‌زا می‌رسند، به عمل می‌آید. لازاروس (۱۹۹۳)، به نقل از کلینکه^۲، (۱۳۸۴)، معتقد است که فرد پس از ارزیابی رویدادهای تنیدگی‌زا با یکی از دو شیوه مقابله‌ای مسئله‌مدار^۳ و هیجان‌مدار^۴ با آن مواجه می‌شود. در راهبرد مسئله‌مدار هدف اصلی فرد تسلط یافتن بر موقعیت و ایجاد تغییر در منبع فشارزا است که می‌تواند معطوف به درون یا بیرون باشد. هدف راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار معطوف به بیرون، تغییر موقعیت یا رفتارهای دیگران است؛ درحالی‌که راهبردهای مقابله‌ای معطوف به درون، شامل تلاش‌هایی است که برای بررسی مجدد نگرش‌ها و نیازهای خود و کسب مهارت‌ها و پاسخ‌های تازه به عمل می‌آید. اما، در مقابله‌ای هیجان‌مدار هدف اصلی کاهش یا تعدیل سریع آشفتگی هیجانی است (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴؛ به نقل از کلینکه، ۲۰۰۵). راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار شامل تمرین جسمانی^۵، مراقبه^۶، بیان احساسات و جستجوی حمایت است. در سیر تحقیقات اخیر (مانند پتریدز^۷، فردریکسون^۸ و فارنهام^۹، ۲۰۰۴، ۲۰۰۴) در بررسی اختلال‌ها و آسیب‌ها نشان می‌دهند، بسیاری از انواع اختلال‌ها ناشی از ناتوانی

۱. Sarafino, E.D.

۲. Kleinike, C. L.

۳. problem-focused

۴. emotion-focused

۵. Physical exercise

۶. meditation

۷. Petrides, K.V.

۸. Fredrikson, N.

۹. Farnham, A.

رد در شناخت و تحلیل موقعیت خویش است و حال آن که مواجهه با دگرگونی‌ها و یچیدگی‌های جامعه و شبکه‌های درهم‌تنیده‌ی روابط اجتماعی و بین فردی امری جنتاب‌ناپذیر است. در نتیجه به نظر می‌رسد بهترین گزینه ممکن در چنین شرایطی، تدارک آموزش‌های لازم و مهیا کردن افراد به تجهیزات عاطفی و هیجانی پیشرفته‌تر و نیرومندتر برای مواجهه و مقابله با کشش‌های درونی و محیطی است. بنابراین، شناسایی و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای سازگارانه می‌تواند یکی از تجهیزات مفید در مواجهه با مشکلات خانوادگی، آسیب‌های اجتماعی، چالش‌های شخصی و بین فردی و تنش‌ها و مشکلات شغلی باشد. از طرف دیگر، احتمالاً سلامت روانی فرد در پرتو تصمیم‌گیری‌های درست و به‌کارگیری مهارت‌های مقابله‌ای مناسب در برابر مشکلات روزمره، به حد مطلوبی ارتقاء می‌یابد.

از آنجا که اساسی‌ترین برنامه‌های پیش‌گیری، مبتنی بر آموزش‌اند (بریرلی^۱، ۲۰۰۱)، و کارکنان نیروی انتظامی به عنوان مجریان برقراری نظم و اجرای قانون و جلوگیری از هرج و مرج، تنیدگی شغلی و مشکلات تصمیم‌گیری زیادی را تجربه می‌کنند، لذا آموزش مهارت‌های مقابله‌ای به این بخش از نیروی انسانی می‌تواند رهگشای بسیاری از مشکلات فردی، اجتماعی و اداری باشد. از سویی دیگر، زنان از سلامت روان کمتری نسبت به مردان برخوردارند که آموزش مهارت‌های مقابله‌ای را به این دسته لازم می‌نماید. لذا با توجه به موارد عنوان شده و با توجه به نقش مهارت‌های مقابله‌ای در سلامت عمومی و حرمت خود، پژوهش حاضر در پی بررسی مسائل زیر است: ۱) آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، چه تأثیری در سلامت عمومی کارکنان زن ناجا دارد؟ ۲) نقش آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، در تغییر حرمت خود کارکنان زن ناجا چگونه است؟

روش‌شناسی: جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

طرح پژوهش حاضر از نوع پیش‌آزمایشی و مدل تک گروهی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. در این طرح، آزمودنی‌ها قبل از اجرای متغیر مستقل مورد اندازه‌گیری قرار می‌گیرند،

سپس مداخله آزمایشی یا متغیر مستقل اعمال می‌شود. پس از آن، مجدداً آزمودنی‌ها اندازه‌گیری می‌شوند (دلاور، ۱۳۸۱). به منظور دستیابی به اطلاعات جهت تأیید یا رد فرضیه‌های پژوهش، از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ 12) با میانگین ضریب اعتبار ۰/۹۲ و پرسشنامه حرمت خود کوپر اسمیت^۱ با میانگین ضریب اعتبار ۰/۸۷ نیز بهره گرفته شده است. جامعه آماری پژوهش حاضر همه زنان با درجه سروانی و کارمندان همطراز (پایه ۱۳) شاغل در نیروی انتظامی (ناجا) است که در سال ۱۳۸۹ در شهر تهران مشغول به کار هستند و قرار است دوره‌های ارتقاء شغلی را طی کنند. وگروه نمونه (۲۰ نفر) به صورت روش در دسترس از بین آن‌ها انتخاب شد. برای آزمون فرضیه‌ها از آزمون t مستقل استفاده شده است.

توصیف متغیرهای پژوهش

الف: سلامت عمومی

شاخص‌های آماری (میانگین، انحراف معیار، کمینه و بیشینه) زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی به همراه نمره سلامت عمومی کل در افراد گروه آزمایش، در دو موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون محاسبه و در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. شاخص‌های آماری زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی در گروه نمونه (N=۱۵)

زیرمقیاس	میانگین	انحراف معیار	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
			کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف معیار
نشانه‌های جسمانی	۶/۴۰	۳/۰۹	۲	۱۵	۴/۵۳	۲/۱۳
اضطراب	۶/۴۷	۴/۸۲	۲	۱۶	۴/۶۷	۳/۸۰
نارساکنش‌وری اجتماعی	۶/۸۷	۲/۳۶	۴	۱۱	۶/۲۷	۲/۲۸
افسردگی	۱/۸۰	۲/۷۰	۰	۱۰	۱/۲۷	۲/۴۰
سلامت عمومی کل	۲۱/۵۳	۱۰/۴۳	۸	۴۸	۱۶/۸۰	۸/۶۴

نتیجه جدول ۱ حاکی از آن است در تمام زیرمقیاس‌های سلامت عمومی، میانگین نمرات پس‌آزمون از میانگین نمرات پیش‌آزمون کمتر است. میانگین نمرات سلامت عمومی کل نیز در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است.

ب: حرمت خود

پس از محاسبه نمره کلی حرمت خود و زیرمقیاس‌های آن، در افراد گروه نمونه، شاخص‌های آماری نمرات شامل میانگین، انحراف معیار، کمینه و بیشینه، در دو موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون، به تفکیک محاسبه و در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های آماری زیرمقیاس‌های پرسشنامه حرمت خود در گروه نمونه (n=۱۵)

زیرمقیاس	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
					میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه
حرمت خود عمومی	۱۹/۶۷	۵/۱۹	۶	۲۵	۱۹/۹۳	۴/۸۵	۵	۲۵
حرمت خود خانوادگی	۵/۸۷	۱/۵۵	۳	۸	۵/۹۳	۱/۶۷	۲	۸
حرمت خود اجتماعی	۶/۰۷	۲/۰۵	۰	۸	۶/۶۷	۱/۸۴	۱	۸
حرمت خود شغلی	۵/۳۳	۱/۴۹	۱	۷	۵/۹۳	۱/۲۲	۳	۸
مقیاس دروغ	۴/۰۰	۱/۶۰	۲	۷	۳/۷۳	۰/۸۸	۲	۵
حرمت خود کلی	۳۶/۹۳	۹/۲۸	۱۰	۴۶	۳۸/۴۷	۸/۳۸	۱۱	۴۵

نتیجه جدول ۲ حاکی از آن است در تمام زیرمقیاس‌های حرمت خود، میانگین نمرات پس‌آزمون از میانگین نمرات پیش‌آزمون بیشتر است. در مقیاس دروغ، میزان میانگین کاهش یافته است. میانگین نمرات حرمت خود کلی نیز در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافته است.

یافته‌های پژوهش در راستای فرضیه‌های پژوهش

فرضیه اول: آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، سطح سلامت عمومی را افزایش می‌دهد.

برای آزمون فرضیه اول پژوهش، از آزمون t وابسته برای معناداری تفاوت میانگین نمرات

سلامت عمومی در دو موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد که نتیجه آن در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. آزمون t وابسته برای مقایسه میانگین‌های نمرات سلامت عمومی

زیرمقیاس	موقعیت	میانگین	انحراف‌معیار	تفاوت میانگین	خطای خطای معیار	درجه آزادی	شاخص t	سطح معناداری
نشانه‌های جسمانی	پیش‌آزمون	۶/۴۰	۳/۰۹	۱/۸۷	۰/۸۳	۱۴	۲/۲۶	۰/۰۴۱
	پس‌آزمون	۴/۵۳	۲/۱۳					
اضطراب	پیش‌آزمون	۶/۴۷	۴/۸۲	۱/۸۰	۰/۹۰	۱۴	۲/۰۰	۰/۰۶۵
	پس‌آزمون	۴/۶۷	۳/۸۹					
نارساکنش‌وری اجتماعی	پیش‌آزمون	۶/۸۷	۲/۳۶	۰/۶۰	۰/۶۲	۱۴	۰/۹۶	۰/۳۵۲
	پس‌آزمون	۶/۲۷	۲/۲۸					
افسردگی	پیش‌آزمون	۱/۸۰	۲/۷۰	۰/۵۳	۰/۶۱	۱۴	۰/۸۸	۰/۳۹۵
	پس‌آزمون	۱/۲۷	۲/۴۰					
سلامت عمومی کل	پیش‌آزمون	۲۱/۵۳	۱۰/۴۳	۴/۷۳	۲/۱۷	۱۴	۲/۱۹	۰/۰۴۶
	پس‌آزمون	۱۶/۸۰	۸/۶۴					

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، تفاوت معناداری (در حد $\alpha < ۰/۰۵$) بین میانگین‌های زیرمقیاس نشانه‌های جسمانی ($p = ۰/۰۴۱$) و سلامت عمومی کل ($p = ۰/۰۴۶$) در دو موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون وجود دارد. در زیرمقیاس اضطراب، سطح معناداری برابر ۰/۰۶۵ است و تا حدی نشان‌دهنده تفاوت است. در زیرمقیاس‌های نارساکنش‌وری اجتماعی و افسردگی، تفاوت بین میانگین‌ها در دو موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون وجود دارد، ولی برای استنباط در مورد جامعه نمونه‌برداری شده، این تفاوت معنادار نمی‌باشد. با این وجود، با توجه به

نود تفاوت معنادار در نمره کلی سلامت عمومی و دو زیرمقیاس آن، فرضیه اول پژوهش
پیدا می‌شود.

رسی فرضیه دوم پژوهش

ضیه دوم: آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، سطح حرمت خود را افزایش می‌دهد.
برای آزمون فرضیه دوم پژوهش، از آزمون t وابسته برای معناداری تفاوت میانگین نمرات
رمت خود در دو موقعیت پیش آزمون و پس آزمون استفاده شد که نتیجه آن در جدول ۴ آمده
ست.

جدول ۴. آزمون t وابسته برای مقایسه میانگین‌های نمرات حرمت خود

برمقیاس	موقعیت	میانگین	انحراف معیار	تفاوت میانگین	تفاوت خطای معیار	درجه آزادی	شاخص t	سطح معناداری
رمت خود عمومی	پیش آزمون	۱۹/۶۷	۵/۱۹	-۰/۲۷	۰/۵۶	۱۴	-۰/۴۷	۰/۶۴۴
	پس آزمون	۱۹/۹۳	۴/۸۵					
رمت خود خانوادگی	پیش آزمون	۵/۸۷	۱/۵۵	-۰/۰۷	۰/۳۲	۱۴	-۰/۲۱	۰/۸۳۶
	پس آزمون	۵/۹۳	۱/۶۷					
رمت خود اجتماعی	پیش آزمون	۶/۰۷	۲/۰۵	-۰/۶۰	۰/۱۹	۱۴	-۳/۱۵	۰/۰۰۷
	پس آزمون	۶/۶۷	۱/۸۴					
رمت خود شغلی	پیش آزمون	۵/۳۳	۱/۴۹	-۰/۶۰	۰/۳۴	۱۴	-۱/۸۰	۰/۰۹۵
	پس آزمون	۵/۹۳	۱/۲۲					
رمت خود کلی	پیش آزمون	۳۶/۹۳	۹/۲۸	-۱/۵۳	۰/۸۱	۱۴	-۱/۸۹	۰/۰۷۹
	پس آزمون	۳۸/۴۷	۸/۳۸					

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، تفاوت معناداری (در حد $0/01 < \alpha$) بین
یابگین‌های زیرمقیاس حرمت خود اجتماعی ($p = 0/007$) وجود دارد. در زیرمقیاس حرمت
خود شغلی و مقیاس حرمت خود کلی سطح معناداری به ترتیب برابر $0/095$ و $0/079$ است و تا
حدی نشان‌دهنده تفاوت است. هرچند در زیرمقیاس‌های حرمت خود عمومی و خانوادگی،

تفاوت کمی بین میانگین‌ها در دو موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون وجود دارد، اما این تفاوت برای استنباط در مورد جامعه نمونه‌برداری شده، معنادار نمی‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری کلی

از نتایج این تحقیق با استناد به پیشینه مطالعاتی و مبانی نظری موجود می‌توان چنین استنتاج کرد، پژوهش حاضر، هم‌راستا با تحقیقات پیشین مبنی بر رابطه مستقیم میان آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و سلامت روان، نشان داد آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در افزایش سلامت عمومی کلی، اثربخش است. همچنین، این آموزش‌ها توانسته سطح سلامت جسمانی افراد را حد زیادی بهبود بخشد. با این که این آموزش‌ها توانسته تغییراتی در نمرات پس‌آزمون دیگر زیرمقیاس‌های سلامت عمومی تغییراتی ایجاد کند؛ اما این تغییرات معنی‌دار نمی‌باشند.

بنا به دیدگاه لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴)؛ به نقل از آقاییوسفی و همکاران، مقابله یعنی نحوه‌ی اداره موقعیت تنیدگی‌زا، بر حسب شرایط موقعیتی. به نظر می‌رسد، تجهیز شدن افراد به مهارت‌های مختلف مقابله‌ای، به افراد امکان می‌دهد تا در موقعیت‌های تنیدگی‌زای روزمره واکنش بهتر و منطقی‌تری نشان بدهند و موقعیت را بهتر مدیریت کنند و در نتیجه، افراط، اضطراب، افسردگی، مشکلات جسمانی، مشکلات اجتماعی کمتری احساس خواهند کرد. بنابراین، احتمالاً فراگیری مهارت‌های مقابله‌ای، می‌تواند سلامت عمومی کلی را افزایش دهد. همچنین، از نظر لازاروس (۱۹۹۳)؛ به نقل از کاراداماس و کالانتزی - عزیز، (۲۰۰۴) یکی از کارکردهای عمده مقابله تنظیم هیجان‌ها ناگوار و درمانده‌کننده است. از این رو، یادگیری مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر (مانند هدایت خودگویی، کسب حمایت اجتماعی، تنش‌زدایی عضلانی، حل مسئله و ...) می‌تواند ابزاری برای مواجهه با رویدادهای استرس‌زای زندگی باشد که باعث می‌شوند فرد بتواند هیجان‌ها خود را کنترل نماید. همچنین چنین مهارت‌هایی می‌تواند هیجان‌های مثبت را جایگزین هیجان‌های منفی فرد کند و در نتیجه، احتمالاً فرد احساس‌های اضطراب، غمگینی و سرزنش خود و حتی واکنش‌های جسمانی منفی کمتری تجربه خواهد کرد و سلامت عمومی وی افزایش می‌یابد. همچنین نتیجه پژوهش حاضر، علی‌رغم انتظار

شان داد آموزش مهارت‌های مقابله‌ای سطح حرمت خود کلی فرد را افزایش نمی‌دهد. بلکه این آموزش‌ها بر سطح حرمت خود اجتماعی اثربخش می‌باشد. هرچند با نگاهی به نتایج، می‌توان مشاهده کرد که سطح تمامی زیرمقیاس‌های حرمت خود، پس از آموزش مهارت‌های مقابله‌ای افزایش یافته است؛ اما این تغییرات برای تعمیم به جامعه مورد نظر، معنادار نمی‌باشد. حرمت خود با حس اتکاء به نفس و احساس ارزشمندی و تصور فرد از خود، ارتباط معناداری دارد و هرگونه نقصان و کاهش در عوامل مذکور موجب تغییر در سازه رفتاری فرد می‌گردد (لیری و بامستیر، ۲۰۰۰). همچنین، از نظر کوپر اسمیت (۱۹۶۷؛ به نقل از روشن، ۱۳۷۵) حرمت خود اجتماعی، شامل ارزیابی فرد از خودش به عنوان یک دوست می‌باشد. از این رو به نظر می‌رسد، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، در این دوره بیش از هر چیز توانسته حس اتکاء به نفس و احساس ارزشمندی مثبت به عنوان یک دوست را در افراد افزایش دهد.

نتایج این پژوهش برای مدیران و کارکنان ادارات، می‌تواند جالب و در خور توجه باشد. زیرا، بالا رفتن سلامت عمومی افراد، یعنی بهره‌وری بیشتر از کار. به عبارت دیگر، وقتی افراد سلامت عمومی بالاتری دارند، به طور کل اضطراب، افسردگی، مشکلات جسمانی کمتری دارند و کارکردهای اجتماعی‌شان بهتر است. چنین فردی در هنگام کار بهتر می‌تواند از پس مشکلات و چالش‌های شغلی خود برآید و آن‌ها را مدیریت کند. لذا، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، تنها سلامت فرد را بالا می‌برد، بلکه اجتماعاً بهره‌وری مجموعه را تا حد زیادی افزایش می‌دهد. همچنین، باید به شیوه آموزش به کار رفته در این پژوهش توجه نمود. در پژوهش حاضر آموزش بر اساس کار و فعالیت گروهی، بحث و تمرین، ایجاد انگیزه، برقراری رابطه صادقانه، بدون تکلف و بی‌پرده و اعتماد متقابل و بدون قضاوت قبلی صورت گرفته است. باید دقت نمود که تمامی این فاکتورها زمینه مساعد را برای تغییر و هماهنگی با آموزه‌های جدید و به کار بردن آنها در افراد ایجاد می‌کند. هرچند دوره آموزشی حاضر، تنها ۱۰ جلسه بود، اما نتایج نشان می‌دهد چنین آموزش‌هایی برای ارتقاء سلامتی افراد ضروری به نظر می‌رسد. با این حال باید این نکته را در نظر داشت که یکی از پایه‌های ابتدایی آموزش صحیح، این است که افراد به صورت اختیاری در کلاس شرکت کنند و خود ضرورت

یادگیری را قبلاً احساس کرده باشند. اما متأسفانه، در پژوهش حاضر به علت محدودیت زمانی و مکانی، افراد شرکت‌کننده حق انتخاب نداشتند و مطمئناً چنین عدم آزادی انتخابی، نتایج پژوهشی را تحت تأثیر قرار داده است.

محدودیت‌ها

پژوهش حاضر همانند اکثر تحقیقاتی که در علوم رفتاری صورت می‌گیرد با محدودیت‌هایی همراه بود که شناخت آن‌ها جهت انجام پژوهش‌های بعدی و تلاش در کاهش یا رفع این محدودیت‌ها در انجام پژوهش، صحیح و منطقی به نظر می‌رسد. با این حال محدودیت‌های این پژوهش عبارت است از:

- ۱- در پژوهش حاضر، ۱۰ جلسه آموزشی ۱/۵ ساعته در نظر گرفته شده است که می‌تواند برای ایجاد اثربخشی لازم کم باشد؛
- ۲- از آنجا که بررسی متغیرهای زیاد در یک پژوهش امکان‌پذیر نیست، تنها دو متغیر سلامت عمومی و حرمت خود مورد بررسی قرار گرفت؛ ممکن است متغیرهای دیگری از نظر دور مانده باشد؛
- ۳- ابزارهای محدود مورد استفاده برای سنجش متغیرهای پژوهش، می‌تواند نتایج را تحت تأثیر قرار داده باشد؛
- ۴- برای انتخاب افراد گروه آزمایش کنترلی اعمال نشده است؛ لذا می‌تواند چنین محدودیتی نتایج را کمی مخدوش نماید؛
- ۵- در این پژوهش، از طرح یک گروهی استفاده شده است که می‌تواند تعمیم یافته‌ها را با مشکل روبرو کند؛
- ۶- در این پژوهش، تنها کارکنان زن ناجا انتخاب شدند و امکان تعمیم نتایج برای جامعه کارکنان مرد ناجا وجود ندارد.

سازمانها

انجام تحقیقاتی مشابه برای اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بر روی جامعه کارکنان
: ناچا؛

انجام پژوهشی مشابه با استفاده از جایگزینی و گمارش تصادفی افراد و نیز استفاده از گروه
: نرل؛

انجام پژوهش‌هایی مشابه جهت آسیب‌شناسی آموزش دینی و ارائه راهکارهایی جهت رفع
: ها؛

انجام پژوهش‌هایی برای بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بر متغیرهای متنوع
: گر و به کمک ابزارهای سنجش جدیدتر.

ابع فارسی

یوسفی، ع. دادستان، پ.، ازه‌ای، ج.، و منصور، م. (۱۳۷۹). نقش عوامل شخصیتی بر راهبردهای
مقابله‌ای و تأثیر روش مقابله درمانگری بر عوامل شخصیتی و افسردگی. مجله روان‌شناسی،
شماره ۱۶، صص ۳۴۷-۳۷۰.

قر، ق. (۱۳۸۶). بررسی نقش فرهنگ سازمانی مدارس در فرسودگی شغلی دبیران دوره راهنمایی
شهر تهران. فصلنامه تعلیم و تربیت، ۸۶، ۹۳-۱۲۳.

بوت، ل.، کاویانی، ح.، و شفیع‌آبادی، ع. (۱۳۸۱). تأثیر آموزش شیوه‌های مقابله‌ای بر کاهش
استرس کارمندان مرکز تحقیقات و تکنولوژی هسته‌ای. تازه‌های علوم شناختی، سال ۴، شماره
۴، صص ۲۱-۲۵.

برزاده، ن. (۱۳۷۶). گذر از نوجوانی به پیری. ناشر: مؤلف.

- اکوچکیان، ش.، روح‌افزا، ح.، حسن‌زاده، ا.، و محمدشریفی، ح. (۱۳۸۷). ارتباط حمایت اجتماع با راهبردهای مقابله با استرس در پرستاران بخش روانپزشکی. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره ۱۸، شماره ۶۹، صص ۴۱-۴۶.
- امید، م. ه. (۱۳۸۹). بررسی مقایسه‌ای میزان سلامت عمومی و شیوه‌های مقابله‌ای در دانشجویان دختر مبتلا و غیرمبتلا به کم‌خونی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی. دانشکده تربیت مدرس.
- بدری گرگری، رحیم. (۱۳۷۴). سندروم روان‌شناختی فرسودگی شغلی معلمان و مکانیزم‌ها مقابله‌ای. پایان‌نامه کارشناسی ارشد: دانشگاه تربیت مدرس.
- بیابانگرد، ا. (۱۳۷۳). روش‌های افزایش عزت نفس در کودکان و نوجوانان. چاپ دوم. تهران: انتشارات انجمن اولیاء و مربیان.
- پورکلباسی، س. (۱۳۷۵). تأثیر شیوه‌های آموزش آرامش عضلانی در کاهش استرس در محیط کار بین مدیران صنایع اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی. دانشگاه آزاد خوراسگان.
- تقوی، م. (۱۳۸۰). بررسی روانی و اعتبار و پرسشنامه سلامت عمومی (G.H.Q). مجله روان‌شناسی، سال ۵، شماره ۴، صص ۹۸-۳۸۱.
- جان‌بزرگی، م.، نوری، ن.، و مستخدمین حسینی، خ. الف. (۱۳۸۵). بررسی رابطه ساخت ارزش خانواده با حرمت خود دانش‌آموزان. دانش‌ور رفتار، ۱۹، ۵۳-۶۴.
- چین‌آوه، م.، روستایی، ا. و قاسمی، ن. (۱۳۸۳). رابطه حمایت اجتماعی و شادکامی و تأثیر آن بر سلامت روان دانشجویان. دومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، دانشگاه تربیت مدرس، تهران.
- دادستان، پ. (۱۳۷۷). استرس یا تنیدگی، بیماری جدید تمدن. تهران: انتشارات رشد.
- دلاور، علی. (۱۳۸۱). روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی. تهران: نشر ویرایش.
- دلاور، ع. (۱۳۸۳). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران: انتشارات رشد.
- ذوالفقاری، ا. (۱۳۷۶). بررسی روایی و اعتبار و نرم‌پایه پرسشنامه عزت نفس کوپراسمیت دبیرستان‌های اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تهران.

- قاسم‌زاده نساجی، س.، پیوسته‌گر، م.، حسینیان، س.، موتابی، ف.، و بنی‌هاشمی، س. (۱۳۸۹). اثربخشی مداخله شناختی - رفتاری بر پاسخ‌های مقابله‌ای و راهبردهای تنظیم شناخت هیجانات زنان. *مجله علوم رفتاری*، دوره ۴، شماره ۱، صص ۳۵-۴۳.
- کلینکه، کریس. ال. (۱۳۸۴). مهارت‌های زندگی. ترجمه شهرام محمدخانی. تهران: اسپند هنر.
- کوهیان افصلی، ف. (۱۳۸۲). بررسی تأثیر آموزش بازسازی شناختی مسئله‌گشایی و گفتگو شخصی هدایت‌شده بر کاهش افسردگی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی. دانشگاه اصفهان.
- گروسی فرشی، م. و منی، آ. (۱۳۸۳). بررسی وضعیت سلامت روانی کارکنان شرکت پالایش نفت تبریز. *مجله دانشور رفتار*، سال ۱۱، شماره ۴، صص ۶۱-۷۲.
- محمدخوانی، ش.، و باش‌قره، ر. (۱۳۸۷). رابطه هوش هیجانی و سبک‌های مقابله‌ای با سلام عمومی دانشجویان. *فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، شماره ۲، صص ۳۷-۴۷.
- مزلو، آبراهام، اچ. (۱۳۶۷). انگیزش و شخصیت. ترجمه احمد رضوانی. مشهد: انتشارات آستا قدس رضوی.
- مسعودنیا، ا. (۱۳۸۷). مقایسه دانشجویان با سطوح مختلف عزت نفس از لحاظ سبک‌های مقابله با استرس. *مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، دوره ۳، شماره ۱، صص ۸۱-۹۸.
- نجفی، م.، صولتی دهکردی، ک. و فروزبخش، ف. (۱۳۸۰). بررسی فرسودگی شغلی و رابطه آن با سلامت روان در بین کارکنان مرکز تحقیقاتی و تولید سوخت هسته‌ای اصفهان. *شمسیر کنگره پژوهش‌های روان‌پزشکی و روان‌شناسی در ایران*، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران.
- واعظ، ع. (۱۳۸۲). بررسی میزان استرس و سلامت عمومی خلبانان مسافربری با توجه به شرایط محیط پروازی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی.
- هاشم‌زاده، ا.، اورنگی، م. و بهره‌بردار، ج. (۱۳۷۹). استرس شغلی و رابطه آن با سلامت روانی کارکنان بیمارستان‌های شهر شیراز. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال ۶، شماره ۲ و ۳، صص ۵۵-۶۲.

- Clarcke G, Hornbrook M, Lynch F, Polen M, Gale J, Beardslee W, et al. A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed patients. *Arch Gen Psychiatry*. 2001; 4(58): 1127-1134.
- Compas. B. E., Conner-Smith, J. K., Saltzman, H., Thamsen. A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87-127.
- Coopersmith, S. (1967). Self-esteem Inventory. In: W. H. Freeman and Co., Published in 1981, Consulting psychologists press.
- Corrigan, P. W., & Basit, A. (1996). Generalization of social skills for training persons with severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 4, 191-206.
- Corsini, R. J. (2008). *The dictionary of Psychology*. New York, NY, USA: Brunner/ Mazel.
- Covington, M. V. (2000). Goal theory, motivation, and school achievement: An integrative review. *Annual Review Psychology*, 51, 171-200.
- DeHart, T., Tennen, H., Armeli, S., Todd, M., & Affleck, G. (2009). Drinking to regulate negative relationship interactions: The moderating role of self-esteem. *Journal of Experimental and Social Psychology*, 44, 527-538.
- Edlin, G., Gilanty, E., & Brown, K. M. (1999). *Health and Wellness* (6th ed.), Sudbury: Jones and Bartler publisher.
- Goldberg, D. P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford university press.
- Goldberg, D., & Williams, P. (1988). *A users' guide to the General Health Questionnaire*. U. K.: NFER Nelson.
- Goldberg, D., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T. B., & et-al. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological Medicine*, 27(1), 191-197.
- Gross, J. J. (1999). Emotional regulation: Past, present, future. *Cognition & Emotion*, 13(5): 551-573.
- Hartley-Brewer, E. (2001). *Learning to trust and learning to learn*. London: IPPR.

- Havenaar, J. M., Poeligoe, N. W., Kasyanenko, A. P., Van-Den-Bout, J. & et-al. (1996a). Screening for psychiatric disorder in an area affected by the Chernobyl disaster: The reliability and validity of three psychiatric screening questionnaires in Blarus, *Psychological Medicine*, 26(4), 837-844.
- Havenaar, J. M., Rumyanzeva, G. M., Poeligoe, N. W., Van-Den-Bout, J. Subareva, S. N., & Plyphina, D. V. (1996b). The reliability and validity of two psychiatric screening questionnaires in the Russian Federation *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 6(4), 237-242.
- Hermon, D. A., & Hazler, R. J. (1999). Adherence to a wellness model and perceptions of psychological well-being. *Journal of Research in Personality*, 21, 127-147.
- Higgins, C. A., & Duxbury, L. E. (1991). Work-family conflict: A comparison of dual-career and traditional-career man. *Journal of Organizational behavior*, 3, 256-274.
- Hong, E. (1998). Different stability of individual differences in state and trait test anxiety. *Learning and Individual Differences*, 10, 51-66.
- Ireland, J. L., Boustead, R., & Ireland, C. A. (2005). Coping style and psychological health among adolescent prisoners: A study of young and juvenile offenders. *Journal of Adolescence*, 28, 411-423.
- Jane-Llopis, E., & Anderson, P. (2006). Mental health promotion and mental disorder prevention across European member states: A collection of country stories. Luxembourg: European Communities.
- Karademas, E. C., & Kalantzi-Azizi, A. (2004). The stress process, self efficacy expectations, and psychological health. *Journal of Personality & Individual Differences*, 37, 1033-1043.
- Keefe, F. J., Caldwell, D. S., Baucom, D., Salley, A., Robinson, E., & Timmonos, K. (1996). Spouse-assisted coping skills training in the management of osteoarthritic knee pain. *Arthritis Care Res*, 9, 279-291.
- Keyes, C. L. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, Vol 61, No. 2, 121-140.
- Kilic, C. (1996). General health questionnaire: A validity and reliability study. *Tuerk Psikiyatri Dergisi*, 7(1), 3-9.

- Grizan, Z. (2008). What is implicit about implicit self-esteem? *Journal of Research in Personality*, 42, 1635-1640.
- Levashina, R. S. (1991). Cognition and motivation in emotion. *American Psychologist*, 46, 352-367.
- Levashina, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Levashina, M. R., & Baumeister, R. F. (2000). The nature and function of self-esteem: Sociometer theory. In M. P. Zanna (Ed.). *Advances in experimental social psychology* (Vol. 32, pp. 1-62). San Diego: Academic Press.
- Lee, C.H. (2004). Adaptation issues of North Korean defectors in South Korea. *Psyche Culture*, 3, 57-66.
- Lewis, C. A., Maltby, J., & Day, L. (2005). Religious orientation, religious coping, and happiness among UK adults. *Personality and Individual Differences*, 38, 1193-1202.
- Ni, C., Liu, X., Hua, Q., Lv, A., Wang, B., & Yan, Y. (2009). Relationships between coping, self-esteem, individual factors and mental health among Chinese nursing students: A matched case-control study. *Nurse Education Today*, (Article in Press).
- Nosek, B. A., Greenwald, A. G., & Banaji, M. R. (2005). Understanding and using the Implicit Association Test: II. Method variables and construct validity. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31, 166-180.
- Okada, R. (2010). A meta-analytic review of the relation between self-esteem level and self-esteem instability. *Personality and Individual Differences*, 48, 243-246.
- Paden, S. (1995). Coping with the dual-income lifestyle. *Journal of Marriage and the Family*, 57(1), 98-121.
- Pajares, F., & Schunk, D. H. (2002). Self and self-belief in psychology and education: The historical perspective. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 34, p: 32-42.
- Pakenham, K. (2001). Coping with multiple sclerosis: Development of a measure. *Psychology, Health and Medicine*, 6, 411-428.
- Petrides, K.V., Frederickson, N., & Furnham, A. (2004). The role of trait emotional intelligence in academic performance and deviant at school. *Personality and Individual Differences*, 36, 277-293.

- Puhl, R., & Brownell, K. D. (2003). Ways of coping with obesity stigma: Review and conceptual analysis. *Eating Disorders*, 4, 53–78.
- Roberson, T., & Miller, E. (1986). The Coopersmith Self-Esteem inventory: A factor analytic study. *Educational and Psychological Measurement*, 46, 269-273.
- Robert, R., Golding, J., Towell, T., & Weinreb, I. (1999). The effect of economic circumstances on British student's mental and physical health. *Journal of American College Health*, 48, 103-109.
- Sarafino, E. D. (1994). *Health Psychology: Biopsychosocial Interaction* (2nd ed.). New York: Wiley.
- Shah, J. Y., Kruglanski, A. W., & Friedman, R. S. (2003). Goal system theory: Integrating the cognitive and motivational aspects of self-regulation. In S. J. Spencer, S. Fein, M. P. Zanna, & M. A. Olsor (Eds.). *Motivated social perception: The Ontario symposium* (Vol. 9 pp. 247–275). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Simmons, S. (1994). Quality of life in community mental health care: a review. *International Journal of Nursing Studies*, 3, 153- 193.
- Skevington, S.M., Sartorius, N., Amir, M., (2004). The WHOQOL Group. Developing methods for assessing quality of life in different cultural settings. The history of the WHOQOL instruments. *Social Psychiatry Epidemiology*, 39, 1–8.
- Sukhodolsky, D. G., Golub, A., Stone, E. C., & Orban, L. (2005). Dismantling anger training for children: A randomized pilot study of social problem-solving versus social skill training components. *Behavior Therapy*, 36(1), 15-23.
- Ventis, L. W. (1995). The relationships between religion and mental health. *Journal of Social Issues*. Vol. 51, No. 2, PP, 33-48.
- Weisbuch, M., Sinclair, S. A., Skorinko, J. L., & Eccleston, C. P. (2009). Self-esteem depends on the beholder: effects of a subtle social value cue. *Journal of Experimental Social Psychology*, 45, 143-148.
- Weitlauf, J. C., Smith, R. E., & Cervon, D. (2000). Generalization effects of coping-skills training: Influence of self-defense training on women's efficacy beliefs. *Assertiveness, and Aggression Journal of Applied Psychology*, 85, 625-655.
- Westen, D. (2002). *Psychology: brain, behaviour & Culture*. John Wiley & Sons, Inc.

- World Health organization. Mental health promotion: Case studies from countries. Geneva: World Health Organization; 2004.
- World Health organization. Prevention and Promotion in mental health. Mental health: Evidence and research. Geneva: Department of Mental Health and Substance Dependence; 2002.
- Wortman, C. B., Loftus, E. F., & Weaver, C. (1999). Psychology (5th ed.). New York: Mc Graw-Hill College.