پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)
سال هجدهم، شماره ۲، پی در پی ۹۲، صفحات ۸۸ تا ۹۶
خرداد و تیر ۱۳۹۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۲/۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۴/۳۰

نقش واسطه‌ای انعطاف‌پذیری شناختی در ارتباط بین سبکهای مقابله‌ای و تاب‌آوری با افسردگی

اسماعیل سلطانی[*۱]، دکتر حسین شاره[۲]، دکتر سید عبدالمجید بحرینیان[۳]، اعظم فرمانی[۴]

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۲. استادیار روانشناسی بالینی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه حکیم سبزواری
۳. دانشیار روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۴. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز

چکیده

سابقه و هدف: انعطاف‌پذیری شناختی از جمله مهمترین متغیرهایی است که با مشکلات سلامت روانی همبستگی دارد. هدف از پژوهش حاضر تعیین همبستگی بین انعطاف‌پذیری شناختی با افسردگی، تاب‌آوری و سبکهای مقابله‌ای و به علاوه بررسی نقش واسطه‌ای انعطاف‌پذیری شناختی در ارتباط بین سبکهای مقابله‌ای و تاب‌آوری با افسردگی بود.

مواد و روشها: تعداد ۲۷۷ نفر از دانشجویان دانشگاه شیراز که در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ مشغول به تحصیل بودند، با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند و با تکمیل پرسشنامه‌های انعطاف‌پذیری شناختی (CFI)، مقیاس افسردگی بک- ویرایش دوم (BDI-II)، مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RISC) و پرسشنامه سبکهای مقابله‌ای (CSQ) در این پژوهش شرکت کردند. برای تجزیه و تحلیل نتایج از نرم‌افزار SPSS و از روشهای ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون چندگانه به شیوه همزمان و تحلیل مسیر استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین انعطاف‌پذیری شناختی و خرده‌مقیاسهای آن با افسردگی همبستگی منفی معنی‌دار و با تاب‌آوری همبستگی مثبت معنی‌دار وجود دارد (P<۰/۰۰۱). بین انعطاف‌پذیری شناختی با حل مسأله و ارزیابی شناختی همبستگی مثبت و بین انعطاف‌پذیری شناختی با مهار جسمانی و مهار هیجانی همبستگی منفی معنی‌داری وجود داشت (P<۰/۰۰۱). تحلیل رگرسیون نشان داد که مؤلفه‌های انعطاف‌پذیری شناختی قادر به پیش‌بینی افسردگی، تاب‌آوری و سبکهای مقابله‌ای هستند. نتایج تحلیل مسیر نیز نشان داد که تاب‌آوری، مهار جسمانی و انعطاف‌پذیری شناختی اثر مستقیم و مهار جسمانی و تاب‌آوری اثر غیر مستقیم بر افسردگی دارند.

نتیجه‌گیری: انعطاف‌پذیری شناختی با افسردگی، تاب‌آوری و سبکهای مقابله‌ای همبستگی دارد. انعطاف‌پذیری شناختی نقش واسطه‌ای در همبستگی بین سبکهای مقابله‌ای و تاب‌آوری با افسردگی دارد. پیشنهاد می‌شود جهت افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و کاهش افسردگی دانشجویان مداخله‌های روان‌شناختی به ویژه با استفاده از درمان شناختی رفتاری انجام گردد.

واژگان کلیدی: انعطاف‌پذیری شناختی، افسردگی، تاب‌آوری روانشناختی، سبکهای مقابله‌ای روانشناختی

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:
Soltani E, Shareh H, Bahrainian SA, Farmani A. The mediating role of cognitive flexibility in correlation of coping styles and resilience with depression. Pejouhandeh 2013;18(2):88-96.

مقدمه

افسردگی اساسی اختلال شایعی است که در بین اختلالات روانپزشکی بالاترین شیوع طول عمر (حدود ۱۷٪) را دارد. میزان بروز سالیانه آن ۱/۵۹٪ (زنان ۱/۸۹٪ و مردان ۱/۱٪) است (۱). امروزه، درمان شناختی رفتاری یا CBT (cognitive behavior therapy) بهترین درمان برای افسردگی است که از نظر تجربی مورد آزمایش و تأیید قرار گرفته است. اصل اساسی درمان شناختی رفتاری این است که افسردگی به

*نویسنده مسؤول مکاتبات: **اسماعیل سلطانی**؛ تهران، ولنجک، بیمارستان آیت‌الله طالقانی، بخش روانشناسی بالینی؛ **پست الکترونیک:** Ssoltani65@gmail.com

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-10-31]

بهترین وجه، از طریق مداخلاتی که از بین بردن شناختهای ناسازگار خودکار و جایگزینی آنها با شناختهای سازگار واقع‌بینانه را مورد هدف قرار می‌دهند، درمان می‌شود (۲). به نظر می‌رسد که این نوع درمان با افزایش انعطاف‌پذیری شناختی در افراد افسرده موجب کاهش خلق افسرده می‌شود.

افسردگی، اختلالی است که ویژگی آن فقدان انعطاف‌پذیری در زمینه‌های مختلف است. افراد افسرده خلق گسترده پایین و یا عدم توانایی لذت بردن از زندگی را گزارش می‌کنند و اغلب اوقات محیط خود را به صورت محیطی تغییر ناپذیر در نظر می‌گیرند؛ جهان از نظر این افراد، ثابت، ملال‌آور، پوچ و بی‌فایده است. در نتیجه بیماران افسرده وضعیت خود را ناامیدکننده در نظر می‌گیرند و عادتهای رفتاری آنها اغلب دچار فروپاشی می‌شود (۳).

پژوهشهای زیادی (۱۰-۴) همبستگی بین انعطاف‌پذیری شناختی و افسردگی را مورد تأیید قرار داده‌اند. در مورد مفهوم انعطاف‌پذیری شناختی نیز پژوهشهای زیادی صورت گرفته است. اما در حال حاضر اتفاق نظری در مورد چگونگی تعریف این مفهوم یا سنجش آن وجود ندارد. به طور کلی، توانایی تغییر آمایه‌های شناختی به منظور سازگاری با محرکهای در حال تغییر محیطی، عنصر اصلی در تعاریف عملیاتی انعطاف‌پذیری شناختی است (۱۱). بعضی پژوهشگران انعطاف‌پذیری شناختی را میزان ارزیابی فرد در مورد قابل کنترل بودن شرایط تعریف کرده‌اند که این ارزیابی در موقعیتهای مختلف تغییر می‌کند (۱۳-۱۲).

از متغیرهای دیگری که با انعطاف‌پذیری شناختی همبستگی دارد تاب‌آوری است. تاب‌آوری ظرفیت افراد در مقابله، سازگاری و بهبودی از استرس و دشواریهای زندگی است. در هنگام مواجهه با دشواریهای زندگی، افراد با تاب‌آوری پایین در معرض خطر ابتلا به افسردگی، استرس، اضطراب و مشکلات بین فردی هستند و ممکن است از رفتارهای مخاطره‌آمیز برای سلامتی استفاده کنند و همچنین از مشکلات جسمی رنج می‌برند (۱۴). بورتون و همکاران (۱۴) انعطاف‌پذیری شناختی را به عنوان یکی از پنج عامل حمایتی تاب‌آوری مورد بررسی قرار دادند. نتایج آنها نشان داد که آموزش گروهی تاب‌آوری، انعطاف‌پذیری شناختی را به طور معنی داری بهبود می‌بخشد. افرادی که توانایی تفکر انعطاف‌پذیر دارند، از توجیهات جایگزین استفاده می‌کنند، به صورت مثبت چارچوب فکری خود را بازسازی می‌کنند و موقعیتهای چالش‌انگیز یا رویدادهای استرس‌زا را می‌پذیرند و نسبت به افرادی که انعطاف‌پذیر نیستند از نظر روانشناختی تاب‌آوری بیشتری دارند. افراد دارای تاب‌آوری نسبت به افراد فاقد تاب‌آوری رویدادهای منفی را به صورت انعطاف‌پذیرتر و واقع‌بینانه‌تر در نظر می‌گیرند و مشکلات را اغلب موقتی و محدود می‌دانند (۱۵). فیلیپس (۱۶) نیز نشان داد که افراد دارای انعطاف‌پذیری شناختی بالا، تاب‌آوری بیشتری را گزارش می‌کنند.

سبک مقابله‌ای از دیگر متغیرهایی است که با انعطاف‌پذیری شناختی همبستگی دارد. با توجه به تعریفها و رویکردهای نظری متعددی که به منظور درک مقابله ارائه شده‌اند، شاید در یک جمع‌بندی کلی بتوان آن را به منزله یک کوشش شناختی یا رفتاری برای مدیریت موقعیتهایی دانست که از دیدگاه فردی استرس‌زا هستند. ویلدر ویلیس و همکاران (۱۷) نشان دادند که اختلال عملکرد اجرایی و نقایص حافظه در بیماران اسکیزوفرنی بعد از کنترل کردن نقایص کلی هوشی، با کاهش استفاده از راهبردهای فعال مقابله‌ای رابطه دارد. همچنین در پژوهشی فارین و همکاران (۴) عنوان کردند که درآزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین (WCST)، بیماران افسرده در آزمودن فرضیه و انعطاف‌پذیری شناختی مشکل دارند. این حالت انعطاف‌ناپذیری شناختی از مقابله بیماران با رویدادهای زندگی جلوگیری می‌کند، در نتیجه از طریق مواجهه مداوم با استرس موجب حفظ خلق افسرده می‌شود. شماری از پژوهشهای دیگر نیز ارتباط بین انعطاف‌پذیری شناختی و سبکهای مقابله‌ای را تایید کرده‌اند (۱۱، ۱۳ و ۲۰-۱۸). اگرچه به نظر می‌رسد انعطاف‌پذیری شناختی، افسردگی، تاب‌آوری و سبک مقابله‌ای با هم همبستگی داشته باشند اما تحقیقات در این زمینه بسیار اندک است. ضمن اینکه پژوهشگران مطالعه حاضر به پژوهشی که به بررسی همبستگی انعطاف‌پذیری شناختی با افسردگی، سبکهای مقابله‌ای و تاب‌آوری در دانشجویان پرداخته باشد دست نیافتند. دراین پژوهش سعی شده است در نمونه‌ای نسبتاً گسترده از دانشجویان به این موضوع پرداخته شود تا راهکارهای متناسب در جهت بهبود وضعیت روانشناختی دانشجویان یافت گردد. همچنین تلاش در جهت پیش‌بینی افسردگی، تاب‌آوری و سبکهای مقابله‌ای با استفاده از انعطاف‌پذیری شناختی و تدوین مدلی جهت بررسی اثرات مستقیم و غیر مستقیم این سازه‌ها بر روی افسردگی نیز از دیگر اهداف این پژوهش است.

مواد و روشها

پژوهش حاضر از نوع مدل سازی می‌باشد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان دانشگاه شیراز مشغول به

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-10-31]

تحصیل در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ می‌شود که از بین آنها ۲۹۱ نفر به صورت نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. ابتدا چهار دانشکده (علوم پایه، مهندسی، اقتصاد و علوم اجتماعی، حقوق و علوم سیاسی) به صورت تصادفی از بین ۹ دانشکده دانشگاه انتخاب شدند. بعد از آن از هر دانشکده، سه کلاس به صورت تصادفی انتخاب و توضیحات لازم در زمینه روند پژوهش و شیوه اجرای پرسشنامه‌ها به آنها داده شد. آزمودنیها با رضایت اگاهانه در پژوهش شرکت کردند و پرسشنامه‌های انعطاف‌پذیری شناختی (CFI)، افسردگی بک-ویرایش دوم (BDI--II)، تاب‌آوری (CD-RISC) و راهبردهای مقابله‌ای (CSQ) را تکمیل کردند. ۱۴ آزمودنی به دلیل پاسخ ناقص به ابزارها از تحلیلهای آماری کنار گذاشته شدند و در نهایت نمونه پژوهش به ۲۷۷ نفر تقلیل یافت.

پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی توسط دنیس و وندروال (۱۱) ساخته شده است، یک ابزار خودگزارشی کوتاه ۲۰ سؤالی است و برای سنجش نوعی از انعطاف‌پذیری شناختی که در موفقیت فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمدتر لازم است، به کار می‌رود. شیوه نمره‌گذاری آن بر اساس یک مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرتی می‌باشد و تلاش دارد تا سه جنبه از انعطاف‌پذیری شناختی را بسنجد: الف) میل به درک موقعیتهای سخت به عنوان موقعیتهای قابل کنترل، ب) توانایی درک چندین توجیه جایگزین برای رویدادهای زندگی و رفتار انسانها و ج) توانایی ایجاد چندین راه حل جایگزین برای موقعیتهای سخت. این پرسشنامه در کار بالینی و غیر بالینی و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف‌پذیر در درمان شناختی -رفتاری افسردگی و سایر بیماریهای روانی به کار می‌رود (۱۱). دنیس و وندر وال (۱۱) در پژوهشی نشان دادند که این پرسشنامه از ساختار عاملی، روایی همگرا و روایی همزمان مناسبی برخوردار است. این پژوهشگران نشان دادند که دو عامل ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار یک معنی دارند و عامل کنترل به عنوان خرده مقیاس دوم در نظر گرفته شد. روایی همزمان این پرسشنامه با پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) برابر با ۰/۳۹- و روایی همگرای آن با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رابین ۰/۷۵ بود. این پژوهشگران پایایی به روش آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس، ادراک کنترل‌پذیری و ادراک گزینه‌های مختلف به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۱ و ۰/۸۴ و با روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۵ و ۰/۷۷ به دست آوردند. در ایران، شاره، و همکاران (۲۱) ضریب اعتبار بازآزمایی کل مقیاس را ۰/۷۱ و خرده‌مقیاسهای ادراک کنترل‌پذیری، ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار را به ترتیب ۰/۵۵، ۰/۷۲، ۰/۵۷ گزارش کرده‌اند. این پژوهشگران ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ و برای خرده‌مقیاسها به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۹، ۰/۵۵ گزارش نموده‌اند. همچنین CFI از روایی عاملی، همگرا و همزمان مطلوبی در ایران برخوردار است (۲۱). در ایران، برخلاف مقیاس اصلی که تنها دو عامل به دست آمد، پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی دارای سه عامل ادراک کنترل‌پذیری، ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار می‌باشد. روایی همگرای آن با پرسشنامه تاب‌آوری برابر با ۰/۶۷ و روایی همزمان آن با پرسشنامه BDI-II برابر با ۰/۵۰- بود (۲۱).

پرسشنامه افسردگی بک- ویرایش دوم (BDI-II) پرسشنامه ۲۱ سؤلی است که توسط بک، استیر و براون (۲۲) ساخته شده است و علائم روانی و جسمانی افسردگی را به صورت خودگزارش‌دهی ارزیابی می‌کند. دامنه نمرات از ۰ تا ۳ می‌باشد، به طوری که نمره صفر بیانگر نبود علائم افسردگی و نمره سه نشانگر افسردگی است. نمره کل مقیاس بین صفر تا ۶۳ می‌باشد. نمرات ۱۳-۰ نشان‌دهنده نبود افسردگی، ۱۹-۱۴ افسردگی خفیف تا متوسط، ۲۸-۲۰ افسردگی متوسط تا شدید و ۶۳-۲۹ افسردگی شدید می‌باشد. پایایی بازآزمایی یک هفته‌ای آن برابر با ۰/۹۳ است. این مقیاس ضریب همبستگی بالایی (ضریب همبستگی برابر با ۰/۷۱) با مقیاس هامیلتون دارد (۲۲). دابسون و محمدخانی در سال ۲۰۰۷ در پژوهشی ضریب آلفای کرونباخ را برابر با ۰/۹۱ و روایی همزمان آن را با مقیاس افسردگی پرسشنامه نشانگان مختصر (BSI) برابر با ۰/۸۷ ذکر کرده اند (۲۳).

مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RISC) توسط کانر و دیویدسون (۲۴) ساخته شده است و شامل ۲۵ سؤال می‌باشد که آزمودنیها می‌بایست در یک طیف لیکرتی پنج گزینه‌ای (کاملاً نادرست تا همیشه درست) به سؤالات آزمون جواب دهند. این پرسشنامه قدرت مقابله با فشار و تهدید را می‌سنجد و هر چند که دارای خرده‌مقیاسهایی می‌باشد اما فقط نمره کلی برای هدفهای پژوهشی معتبر به حساب می‌آید. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) در مطالعه‌ای نشان دادند که میانگین نمره جمعیت عمومی برابر با ۸۰/۷، بیماران بخشهای مراقبتهای اولیه برابر با ۷۱/۸، بیماران سرپایی روان‌پزشکی برابر با ۰/۶۸، بیماران دارای اضطراب تعمیم‌یافته برابر با ۶۲/۴ و دو نمونه از بیماران دارای اختلال استرس پس از سانحه ۴۷/۸ تا ۵۲/۸ بود که نشانگر روایی این پرسشنامه است (۲۴). جوکار در سال ۲۰۰۷ پایایی این آزمون به روش کرونباخ را

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-10-31]

برابر با ۰/۹۳ و روایی آن به روش تحلیل عامل را مناسب گزارش کرده است (۲۵).

پرسشنامه سبکهای مقابله‌ای (CSQ) توسط بلینگز و موس (۲۶) ساخته شده و شامل ۳۲ سؤال است که شیوه پاسخ‌گویی افراد به رویدادهای استرس‌زا را می‌سنجد. این پرسشنامه پنج گونه راهبردهای مقابله‌ای را می‌سنجد: مقابله مبتنی بر حل مسأله، مقابله مبتنی بر مهار هیجانی، مقابله مبتنی بر ارزیابی شناختی، مقابله مبتنی بر مهار جسمانی یا جسمانی کردن مشکلات و مقابله مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی. حسینی قدمگاهی (۲۷) ضریب پایایی بازآزمایی این پرسشنامه را ۰/۷۹ گزارش کرده است.

داده‌های پژوهش با استفاده از روشهای همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون چندگانه و تحلیل مسیر با نرم‌افزار آماری SPSS19 تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

در این پژوهش تعداد ۲۷۷ نفر (۱۱۶ نفر مرد و ۱۶۱ نفر زن) از دانشجویان دانشگاه شیراز که در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ مشغول به تحصیل بودند، بررسی شدند. دامنه سنی آزمودنیها از ۱۸ تا ۳۰ سال (با میانگین سنی ۲۰/۹۳ سال و انحراف استاندارد ۱/۶۹) و میانگین معدل تحصیلی آنها ۱۵/۷۰ (و انحراف استاندارد ۱/۵۱) بود. یک نفر از آزمودنیهای پژوهش دارای تحصیلات کاردانی، ۲۵۳ نفر کارشناسی و ۲۳ نفر نیز کارشناسی ارشد بودند. از لحاظ رشته تحصیلی نیز ۹۹ نفر (۳۵/۷٪) در رشته‌های علوم انسانی، ۷۵ نفر (۲۷/۱٪) در رشته‌های مهندسی و ۱۰۳ نفر (۳۷/۲٪) نیز در رشته‌های علوم پایه مشغول به تحصیل بودند. ۲۴۲ نفر از آزمودنیهای پژوهش مجرد و ۳۵ نفر متأهل بودند.

همبستگی بین افسردگی با انعطاف‌پذیری شناختی (r= -۰/۵۰)، ادراک کنترل (r= -۰/۵۰)، ادراک چندین راه حل (r= -۰/۳۷) و ادراک توجیهات رفتار (r= -۰/۱۵) منفی و معنی‌دار بود (P<۰/۰۰۱)، که نشانگر آن است که با افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و خرده‌مقیاسهای آن، شدت افسردگی کاهش می‌یابد. همبستگی بین تاب‌آوری با انعطاف‌پذیری شناختی (R= ۰/۶۷)، ادراک کنترل (R=۰/۶۰)، ادراک چندین راه حل (r= ۰/۵۶) و ادراک توجیهات (r=۰/۲۱) مثبت و معنی‌دار بود (P<۰/۰۰۱). بین انعطاف‌پذیری شناختی و سه خرده‌مقیاس آن با حل مسأله و ارزیابی شناختی همبستگی مثبت معنی‌دار و بین انعطاف‌پذیری شناختی و دو خرده‌مقیاس آن با مهار جسمانی و مهار هیجانی همبستگی منفی معنی‌دار وجود داشت (P<۰/۰۱). همچنین جلب حمایت اجتماعی تنها با یکی از خرده‌مقیاسهای انعطاف‌پذیری شناختی (ادراک توجیهات رفتار) همبستگی مثبت معنی‌دار (P<۰/۰۵) نشان داد (جدول ۱).

جدول ۱. همبستگی انعطاف‌پذیری شناختی و خرده‌مقیاسهای آن با افسردگی، تاب‌آوری و خرده‌مقیاسهای راهبردهای مقابله

متغیرها	انعطاف‌پذیری شناختی	ادراک کنترل	ادراک چندین راه حل	ادراک توجیهات
افسردگی	-۰/۵۰**	-./۵۰**	-./۳۷**	-./۱۵**
تاب‌آوری	۰/۶۷**	۰/۶۰**	۰/۵۶**	۰/۲۱**
حل مسأله	۰/۵۲**	۰/۳۷**	۰/۵۱**	۰/۲۴**
جلب حمایت اجتماعی	۰/۰۴	-./۰۶	۰/۱۳*	۰/۱۰
ارزیابی شناختی	۰/۳۹**	۰/۲۸**	۰/۳۷**	۰/۲۵**
مهار جسمانی	-./۳۹**	-./۴۸**	-./۲۳**	-./۰۳
مهار هیجانی	-./۳۲**	-./۴۰**	-./۲۱**	-./۰۱

** P< ./۰۱* P<./۰۵

برای پیش‌بینی افسردگی، راهبردهای مقابله‌ای و تاب‌آوری بر اساس انعطاف‌پذیری شناختی و خرده‌مقیاسهای آن، از تحلیل رگرسیون چندگانه به شیوه همزمان استفاده شد. نتایج نشان داد که انعطاف‌پذیری شناختی ۲۸٪ از واریانس افسردگی را تبیین می‌کند (F =۳۵/۶۱، p <۰/ ۰۰۱). بررسی دقیقتر با استفاده از آزمون معنی‌داری ضرایب رگرسیون نشان داد که ضریب رگرسیون استاندارد عامل ادراک کنترل و ادراک گزینه‌های مختلف در پیش‌بینی علایم افسردگی معنی‌دار می‌باشد. همچنین نتایج حاصل از رگرسیون چندگانه نشان داد که مؤلفه‌های انعطاف‌پذیری شناختی ۴۶٪ از واریانس تاب‌آوری را تبیین می‌کند (F =۷۷/۳۴، p<۰/۰۰۱). ضریب رگرسیون استاندارد عامل ادراک کنترل و ادراک گزینه‌های مختلف در پیش‌بینی تاب‌آوری معنی‌دار می‌باشد. آزمون معنی‌داری ضرایب رگرسیون نشان داد که ضریب رگرسیون استاندارد مؤلفه‌های انعطاف‌پذیری شناختی ۲۸٪ از واریانس حل مسأله، ۱٪ از جلب حمایت اجتماعی،

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-10-31]

۱۶٪ از ارزیابی شناختی، ۳۸٪ از مهار جسمانی و ۱۶٪ از مهار هیجانی را تبیین می‌کند (جدول ۲). نتایج سایر خرده‌مقیاسهای انعطاف‌پذیری شناختی در جدول شماره سه مشاهده می‌شود.

جدول ۲. نتایج تحلیل رگرسیون مؤلفه‌های انعطاف‌پذیری شناختی در پیش‌بینی افسردگی و تاب‌آوری

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	B	SE	β	Sig	R^2
افسردگی	ادراک کنترل	-۰/۴۳	۰/۰۵۹	-۰/۴۴	./۰۰۱	۰/۲۸
	ادراک چندین راه حل	-۰/۱۲	./۰۶	-۰/۱۳	./۰۵	
	ادراک توجیهات	-۰/۲۳	۰/۱۸	-۰/۰۷	./۲۱	
تاب‌آوری	ادراک کنترل	۰/۷۸	۰/۰۹	۰/۴۲	./۰۰۱	۰/۴۶
	ادراک چندین راه حل	۰/۵۸	۰/۰۹	۰/۳۴	./۰۰۱	
	ادراک توجیهات	۰/۲۲	۰/۳۰	۰/۰۳	./۴۶	

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون انعطاف‌پذیری شناختی در پیش‌بینی راهبردهای مقابله‌ای

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	B	SE	β	t	Sig	R^2
حل مسأله	ادراک کنترل	۰/۰۳	۰/۰۱	۰/۱۷	۲/۸۳	۰/۰۰۵	۰/۲۸
	ادراک چندین راه حل	۰/۰۷	۰/۰۱	۰/۳۹	۶/۰۸	۰/۰۰۱	
	ادراک توجیهات	۰/۰۴	۰/۰۳	۰/۰۶	۱/۱۷	۰/۲۴	
جلب حمایت اجتماعی	ادراک کنترل	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۰۴	۰/۰۵	۰/۹۵	۰/۰۱
	ادراک چندین راه حل	۰/۰۰۵	۰/۰۴	۰/۰۰۷	۰/۱۰	۰/۹۱	
	ادراک توجیهات	۰/۱۱	۰/۰۵	۰/۱۳	۲/۲۷	۰/۰۲	
ارزیابی شناختی	ادراک کنترل	۰/۰۴	۰/۰۲	۰/۱۵	۲/۳۵	۰/۰۱	۰/۱۶
	ادراک چندین راه حل	۰/۰۶	۰/۰۲	۰/۲۳	۳/۳۲	۰/۰۰۱	
	ادراک توجیهات	۰/۱۴	۰/۰۶	۰/۱۴	۲/۳۰	۰/۰۲	
مهار جسمانی	ادراک کنترل	-./۲۳	۰/۰۹	-./۵۰	-۲/۵۴	۰/۰۱	۰/۲۳
	ادراک چندین راه حل	-۰/۰۰۶	۰/۱۰	-۰/۰۱	-۰/۰۵	۰/۹۵	
	ادراک توجیهات	۰/۱۱	۰/۰۲	۰/۲۴	۳/۹۸	۰/۰۰۱	
مهار هیجانی	ادراک کنترل	-./۲۴	۰/۰۸	-./۵۹	-۲/۸۶	۰/۰۰۴	۰/۱۶
	ادراک چندین راه حل	-۰/۱۰	۰/۰۹	-۰/۲۷	-۱/۰۳	۰/۳۰	
	ادراک توجیهات	-۰/۰۰۱	۰/۰۲	-۰/۰۰۲	-۰/۰۳	۰/۹۷	

به منظور پاسخگویی به سؤال پژوهش مبنی بر این که آیا انعطاف‌پذیری شناختی نقش واسطه‌ای در همبستگی سبکهای مقابله‌ای و تاب‌آوری با افسردگی دارد، از تحلیل مسیر استفاده شد. تحلیل مسیر نوعی مدل علی است که به بررسی اثرات مستقیم و غیر مستقیم مجموعه‌ای از متغیرهای مستقل و متغیر وابسته و بررسی نقش واسطه‌ای متغیرها می‌پردازد (۲۸). ضریب استاندارد راهبردهای مقابله‌ای و تاب‌آوری از مرحله یک به مرحله سه مقایسه شد و ملاحظه گردید که ضریب بتای راهبردهای مقابله‌ای و تاب‌آوری از مرحله اول به مرحله سوم کاهش یافته است. یعنی ضریب استاندارد راهبردهای مقابله‌ای و تاب‌آوری به سمت صفر گرایش پیدا کرده است. بنابراین متغیر انعطاف‌پذیری شناختی نقش واسطه‌ای در ارتباط سبکهای مقابله‌ای و تاب‌آوری با افسردگی ایفا می‌کند (جدول ۴). همچنین به منظور بررسی معنی‌داری روابط غیر مستقیم متغیرهای پیش‌آیند سبکهای مقابله‌ای و تاب‌آوری با افسردگی از روش سوبل استفاده شد. نمودار تحلیل مسیر نقش واسطه‌ای انعطاف‌پذیری شناختی در ارتباط سبکهای مقابله‌ای و تاب‌آوری با افسردگی در شکل ۱ مشاهده می‌شود.

نتایج آزمون سوبل برای بررسی معنی‌داری روابط غیر مستقیم تاب‌آوری و مهار جسمانی (به واسطه انعطاف‌پذیری) بر افسردگی نشان می‌دهند که این مسیرهای غیر مستقیم (با وجود کوچک بودن اندازه آن) معنی‌دار است.

بحث

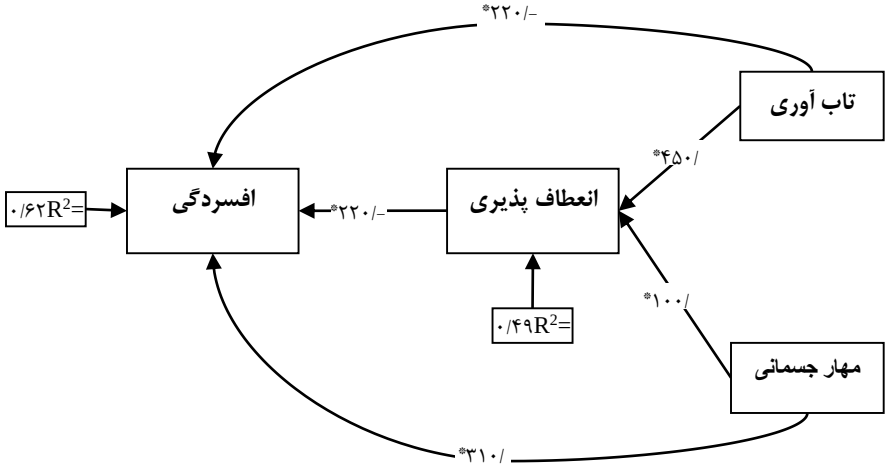
هدف از پژوهش حاضر بررسی همبستگی بین انعطاف‌پذیری شناختی و مؤلفه‌های آن با افسردگی، تاب‌آوری و سبکهای مقابله‌ای بود. نتایج نشان داد که انعطاف‌پذیری شناختی با افسردگی همبستگی معکوس و با تاب‌آوری همبستگی مثبت دارد. همبستگی انعطاف‌پذیری شناختی با سبکهای مقابله نیز بسته به نوع مقابله می‌تواند مثبت یا منفی باشد. این نتایج

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-10-31]

بیانگر آن است که هرچه انعطاف‌پذیری فرد بالاتر می رود، شدت افسردگی کاهش می‌یابد. در بررسی خرده‌مقیاسها نیز این مسأله مورد تایید قرار گرفت. بدین معنی که بین ادراک کنترل، ادراک چندین راه حل و ادراک توجیهات رفتار و شدت افسردگی همبستگی منفی معنی‌داری وجود داشت. این یافته همسو با شماری از پژوهشها (۱۱-۴) است که همبستگی بین انعطاف‌پذیری شناختی را با افسردگی نشان داده‌اند. تفاوت پژوهش حاضر با سایر پژوهشهای ذکر شده در این است که از مقیاس CFI استفاده شده و از این نظر، به پژوهش دنیس و وندر وال (۱۱) نزدیکتر می‌باشد.

جدول ۴. ضرایب رگرسیون گامهای اول تا سوم

	متغیر وابسته	متغیر مستقل	ضرایب رگرسیون b	S.E	ضرایب رگرسیون B	T	P
گام اول	افسردگی	حل مسأله	-۰/۷۶	۰/۳۲۳	-۰/۰۱۵	-۰/۲۳۵	۰/۸۱۴
		ارزیابی شناختی	-۰/۲۷۸	۰/۱۹۱	-۰/۰۸۵	-۱/۴۹۵	۰/۱۴۶
		مهار جسمانی	۰/۴۴۸	۰/۱۲۷	۰/۳۲۶	۵/۴۰۸	۰/۰۰۱
		مهار هیجانی	۰/۲۳۶	۰/۱۴۳	۰/۹۷	۱/۶۴۳	۰/۱۰۱
		تاب‌آوری	-۰/۱۶	۰/۳۴	-۰/۳۰	۴/۸۲	۰/۰۰۱
گام دوم	انعطاف‌پذیری شناختی	حل مسأله	۱/۸۴۶	۰/۵۰۵	۰/۱۸۴	۳/۶۵	۰/۰۰۱
		حمایت اجتماعی	۰/۱۷۳	۰/۳۱۴	۰/۰۲۴	۰/۵۵۱	۰/۵۸۲
		ارزیابی شناختی	۰/۸۶۳	۰/۳۰۲	۰/۱۳۸	۲/۸۵۶	۰/۰۰۵
		مهار جسمانی	-۰/۴۱۶	۰/۱۹۹	-۰/۱۳۰	-۲/۰۹۲	۰/۰۳۷
		مهار هیجانی	-۱/۱۷۸	۰/۲۲۷	-۰/۲۵۲	-۵/۱۹۴	۰/۰۰۱
		تاب‌آوری	۰/۴۶۶	۰/۰۵۴	۰/۴۴۸	۸/۶۵۲	۰/۰۰۱
گام سوم	افسردگی	حل مسأله	۰/۱۳۰	۰/۳۲۷	۰/۰۲۵	۰/۳۹۹	۰/۶۹۰
		ارزیابی شناختی	-۰/۱۷۹	۰/۱۹۱	-۰/۰۵۵	-۰/۹۳۶	۰/۳۵۰
		مهار جسمانی	۰/۶۳۹	۰/۱۲۶	۰/۳۰۵	۵/۰۸۲	۰/۰۰۱
		مهار هیجانی	۰/۱۰۶	۰/۱۴۸	۰/۰۴۴	۰/۷۱۷	۰/۴۷۴
		تاب‌آوری	-۰/۱۱۸	۰/۰۳۸	-۰/۲۱۸	-۳/۰۷۰	۰/۰۰۲
		انعطاف‌پذیری شناختی	-/۱۱۲	۰/۰۳۸	-۰/۲۱۵	-۲/۹۰۴	۰/۰۰۴



شکل ۱. نمودار مسیر روابط مستقیم و غیر مستقیم متغیرهای پیش‌بین و واسطه با افسردگی

جدول ۵. روابط مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای پیش‌بین و واسطه با افسردگی

متغیرها	روابط مستقیم	روابط غیرمستقیم	کل
تاب‌آوری	-۰/۲۲	۰/۱	-۰/۳۲
معنی‌داری روابط	۰/۰۰۰	۰/۰۰۱ (آماره سوبل: ۲/۹۲۱)	۰/۰۰۰
مهار جسمانی	۰/۳۱	۰/۰۲	۰/۳۳
معنی‌داری روابط	۰/۰۰۰	۰/۰۲۶ (آماره سوبل: ۱/۹۶)	۰/۰۰۰
انعطاف‌پذیری	-۰/۲۲	---	-۰/۲۲
معنی‌داری روابط	۰/۰۰۰	---	۰/۰۰۰

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-10-31]

با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان این گونه استنباط کرد که افراد افسرده نمی‌توانند موقعیتهای سخت را به عنوان موقعیت قابل کنترل در نظر گرفته و در مواجهه با رویدادهای زندگی و رفتار افراد، توانایی توجیه چندین جایگزین را ندارند و در موقعیتهای سخت نمی‌توانند به راه‌حلهای جایگزین فکر کنند. همان طور که کاشان و رتنبرگ (۳) عنوان می‌کنند، بیماران افسرده اغلب اوقات محیط خود را به صورت محیطی تغییرناپذیر در نظر می‌گیرند، جهان از نظر این افراد ثابت، ملال‌آور، پوچ و بی‌فایده است. سبک شناختی غیر انعطاف‌پذیر ویژه افسردگی، باعث تقویت حالات افسردگی از طریق ایجاد سوگیری در پذیرش خودکار افکار ناکارآمد می‌شود (۲۹ و ۳۰). در نتیجه، آموزش بیماران افسرده برای تفکر انعطاف‌پذیر از طریق چالش افکار ناکارآمد باعث کاهش خلق افسرده می‌شود. تلویحات بالینی این نتایج این است که درمان شناختی رفتاری می‌تواند افسردگی را با از بین بردن شناختهای ناسازگار خودکار و جایگزینی آنها با شناختهای سازگار واقع‌بینانه درمان کند (۲). در واقع این درمان با افزایش انعطاف‌پذیری شناختی در افراد افسرده موجب کاهش خلق افسرده می‌شود. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که خرده‌مقیاسهای عامل ادراک کنترل و ادراک گزینه‌های مختلف توان پیش‌بینی افسردگی را دارا است. این نتایج بیانگر این است که اگر فرد قادر باشد موقعیتهای سخت را قابل کنترل در نظر گرفته و در مواجهه با رویدادهای زندگی و رفتار افراد توانایی چندین توجیه جایگزین را دارا باشد، کمتر به افسردگی دچار می‌شود.

نتایج نشان داد که انعطاف‌پذیری شناختی و مؤلفه‌های آن با تاب‌آوری همبستگی مثبت معنی‌داری دارد. این نتایج بیانگر این است که هر چه انعطاف‌پذیری فرد بیشتر باشد و بتواند موقعیتهای سخت را به عنوان موقعیت قابل کنترل در نظر بگیرد و در مواجهه با رویدادهای زندگی و رفتار افراد، توانایی چندین توجیه جایگزین را داشته باشد و در موقعیتهای سخت بتواند به راه حلهای جایگزین فکر کند، ظرفیت او در مقابله، سازگاری و بهبودی از استرس و دشواریهای زندگی بالاتر است. این نتایج تا حدودی با پژوهشهای بورتون و همکاران (۱۴)، هوگلند و همکاران (۱۵) و فیلیپس (۱۶) همسو است. افرادی که توانایی تفکر انعطاف‌پذیر دارند، از توجیهات جایگزین استفاده می‌کنند، چارچوب فکری خود را به صورت مثبتی بازسازی می‌کنند و موقعیتهای چالش‌انگیز یا رویدادهای استرس‌زا را می‌پذیرند و نسبت به افرادی که انعطاف‌پذیر نیستند، از نظر روانشناختی تاب‌آوری بیشتری دارند. به علاوه افراد تاب‌آور در مقایسه با افراد فاقد تاب‌آوری، رویدادهای منفی را به صورت انعطاف‌پذیرتر و واقع‌بینانه‌تر در نظر می‌گیرند و مشکلات را اغلب موقتی و محدود می‌دانند (۱۵_۱۴). نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که عاملهای ادراک کنترل و ادراک گزینه‌های مختلف قادر به پیش‌بینی تاب‌آوری می‌باشند که این نتیجه با پژوهشهای بورتون و همکاران (۱۴) و هوگلند و همکاران (۱۵) همسو می‌باشد. بنابراین می‌توان با توجه به انعطاف‌پذیری فرد، تاب‌آوری او را در مواجهه با رویدادهای استرس‌زا پیش‌بینی کرد.

نتایج مربوط به ارتباط انعطاف‌پذیری شناختی با سبکهای مقابله‌ای نیز بسته به نوع مقابله متفاوت بود. انتظار می‌رود که انعطاف‌پذیری شناختی به طور مثبت با سبکهای مقابله‌ای سازگارانه و به طور معکوس با سبکهای مقابله‌ای ناسازگارانه همبستگی داشته باشد. در واقع این ارتباط بسته به نوع مقابله می‌تواند مثبت یا منفی باشد. در بررسی خرده‌مقیاسها مشخص شد که بین انعطاف‌پذیری شناختی با راهبردهای حل مسأله و ارزیابی شناختی همبستگی مثبت، و بین انعطاف‌پذیری شناختی با مهار جسمانی و مهار هیجانی همبستگی منفی وجود دارد که این مسأله با پژوهشهای زونگ و همکاران (۱۳)، گورتی و همکاران (۲۰)، دنیس و وندروال (۱۱) همسو است. در پژوهش دنیس و وندروال (۱۱) بین انعطاف‌پذیری با سبکهای مقابله‌ای سازگارانه مسأله مدار، جستجوی حمایت اجتماعی و تمرکز روی موارد مثبت، همبستگی مثبت، و با سبکهای مقابله‌ای ناسازگارانه محافظت از خود، تفکر آرزومندانه و گسستگی، همبستگی منفی وجود داشت. این یافته دور از انتظار نیست، زیرا همان طور که فولکمن و لازاروس (۳۱) نیز عنوان می‌کنند با توجه به وجود دو نوع سبک مقابله‌ای اصلی، فرد ابتدا در پی تغییر منبع عامل استرس و حل مسأله است و در صورتی که نتواند منبع استرس را تغییر دهد، به منظور کاهش یا مدیریت پریشانی‌های هیجانی از راهبردهای مقابله هیجان‌مدار استفاده می‌کند. به نظر می‌رسد با توجه به آنچه که فولکمن و لازاروس (۳۰) بیان می‌کنند، می‌توان اینگونه استنباط کرد که افرادی که انعطاف‌پذیری شناختی بالاتری دارند بهتر می‌توانند در موقعیتهای استرس‌زا سبک مقابله‌ای مناسب را انتخاب کنند و در صورتی که نتوانند منبع استرس را تغییر دهند انعطاف‌پذیر بوده و به گزینه‌های دیگر می‌اندیشند. آنها سبکهای مقابله‌ای سازگارانه را در مواجهه با استرس انتخاب می‌کنند، زیرا موقعیتهای سخت را قابل کنترل درک می‌کنند. از سوی دیگر افرادی که انعطاف‌پذیری کمتری دارند سبکهای مقابله‌ای ناسازگارانه را به کار می‌برند. این افراد با توجه به این که

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-10-31]

موقعیتهای سخت را قابل کنترل درک نمی‌کنند از سبکهای مقابله‌ای ناسازگارانه استفاده می‌کنند. نتایج تحلیل رگرسیون نیز این مسأله را تایید می‌کند، به طوری که نتایج تحلیل رگرسیون سبکهای مقابله نشان داد که ادراک کنترل و ادراک گزینه‌های مختلف قادر به پیش‌بینی حل مسأله می‌باشند.

رابطه بین انعطاف‌پذیری شناختی و جستجوی حمایت اجتماعی معنی‌دار نبود. همان طور که دنیس و وندروال (۱۱) بیان می‌کنند، شاید افرادی که موقعیتهای زندگی را قابل کنترل ادراک می‌کنند، بیشتر برانگیخته می‌شوند تا موقعیتهای مشکل‌زای زندگی را از طریق راهبردهای شناختی حل کنند. این افراد از روشهای کمتر شناختی مانند تفکر آرزومندانه و خودسرزنشی نشخوارگرایانه که روشهایی از اجتناب شناختی هستند، کمتر استفاده می‌کنند. به علاوه این افراد ممکن است وقتی که با این موقعیتهای مشکل‌زا روبرو می‌شوند به طور مداوم در جستجوی حمایت اجتماعی نباشند و در موقعیتهایی با اطمینان به خود کافی، بدون جستجوی حمایت اجتماعی این موقعیتهای مشکل‌زا را حل کنند. در تحلیل رگرسیون در بررسی خرده‌مقیاسها بعضاً نتایج متناقضی مشاهده می‌شود که این مسأله می‌تواند به نوع ابزار سبکهای مقابله‌ای و یا تعداد ناکافی سؤالات این خرده‌مقیاسها نیز مربوط شود. این مسأله در مورد برخی از خرده مقیاسهای سبکهای مقابله نیز صحت دارد. به عنوان مثال خرده‌مقیاس ادراک توجیحات تنها شامل دو سؤال می‌شود. ادراک توجیحات و ادراک چندین راه حل که در فرهنگ اصلی به عنوان یک عامل در نظر گرفته شدند، اگر در پژوهش حاضر هم به عنوان یک عامل در نظر گرفته می‌شد، شاید نتایج متفاوتی به دست می‌آمد. تحقیقات آتی می‌توانند ارتباط انعطاف‌پذیری شناختی و خرده‌مقیاسهای آن با سبکهای مقابله‌ای مختلف را با ابزارهای مختلف نشان دهند. نتایج تحلیل مسیر نشان داد که مهار جسمانی، تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی اثر مستقیمی بر روی افسردگی دارند.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که انعطاف‌پذیری شناختی با افسردگی و راهبردهای مهار جسمانی و مهار هیجانی همبستگی معکوس و با تاب‌آوری و راهبردهای حل مسأله، جلب حمایت اجتماعی و ارزیابی شناختی همبستگی مثبت دارد. تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که عوامل انعطاف‌پذیری شناختی می‌تواند افسردگی، تاب‌آوری و سبکهای مقابله‌ای را پیش‌بینی کند. نتایج تحلیل مسیر نشان داد که مهار جسمانی، تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی اثر مستقیمی بر روی افسردگی دارد. از تلویحات بالینی نتایج پژوهش حاضر می‌توان به این مورد اشاره کرد که درمان شناختی رفتاری با افزایش انعطاف‌پذیری شناختی در افراد افسرده می‌تواند موجب کاهش خلق منفی و افسرده این بیماران شود. به علاوه این احتمال وجود دارد که آموزش انعطاف‌پذیری شناختی بتواند باعث تاب‌آوری بیشتر و سبکهای مقابله سازگارانه‌تر در افراد شود. پژوهشهای آتی می‌توانند این مسأله را مورد بررسی قرار دهند.

یکی از محدویتهای پژوهش حاضر استفاده از مقیاسهای خودگزارش‌دهی است که امکان سوگیری در پاسخها را مطرح می‌کند. محدودیت دیگر این پژوهش عدم تعمیم نتایج به جمعیتهای بالینی مبتلا به اختلال افسردگی است. پژوهش حاضر بر روی یک نمونه دانشجویی بوده است و پژوهشهای بعدی می‌توانند وجود این ارتباط را در نمونه‌های بالینی مورد بررسی قرار دهند.

تشکر و قدردانی

از دانشجویان دانشگاه شیراز به خاطر همکاری صمیمانه‌شان در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

این مطالعه حاصل پایان‌نامه و یا طرح پژوهشی نمی‌باشد و بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده است.

REFERENCES

1. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences. Translated to Persian by Rezaie F. Tehran: Arjmand Publication; 2007. (Text in Persian)

2. Young JE, Weinberger AD, Beck AT. Cognitivetherapy for depression. In: Barlow DH, editor. Clinical handbook of psychological disorders: a step-by-step treatment manual. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2001. p. 264-308.

3. Kashdan TB, Rottenberg J. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. Clin Psych Rev 2010;30:865-78.

4. Farrin L, Hull L, Unwin C, Wykes T, David A. Effects of depressed mood objective and subjective measures of attention. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2003;15(1):98-104.

5. Watari K, Letamendi A, Elderkin-Thompson V, Haroon E, Miller J, Darwin C, et al. Cognitive function in adults with type 2 diabetes and major depression. Arch Clin Neuropsychol 2006;21(8):787-96.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-10-31]

6. Gan Y, Zhang Y, Wang X, Wang S, Shen X. The coping flexibility of neurasthenia and depressive patients. Pers Indiv Diff 2006;40(5):859-71.

7. Hinkelmann K, Moritz S, Botzenhardt J, Riedesel K, Wiedemann K, Kellner M, et al. Cognitive impairment in major depression: Association with salivary cortisol Biol Psychiatry 2009;66(9):879-85.

8. Preiss M, Kucerova H, Lukavsky J, Stepankova H, Sos P, Kawaciukova R. Cognitive deficits in the euthymic phase of unipolar depression. Psychiatry Res 2009;169(3):23-39.

9. Brooks BL, Iverson GL, Sherman EMS, Roberge MC. Identifying cognitive problems in children and adolescents with depression using computerized neuropsychological testing. Appl Neuropsychol 2010;17(1):37-43.

10. Meiran N, Diamond GM, Toder D, Nemets B. Cognitive rigidity in unipolar depression and obsessive compulsive disorder: examination of task switching, Stroop, working memory updating and post-conflict adaptation. Psychiatry Res 2011;185(1-2):149-56.

11. Dennis JP, Vander Wal JS. The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. Cogn Ther Res 2010;34(3):241-53.

12. Gan Y, Liu Y, Zhang Y. Flexible coping responses to severe acute respiratory syndrome-related and daily life stressful events. Asian J Soc Psychol 2004;7(1):55-66.

13. Zong JG, Cao XY, Cao Y, Shi YF, Wang YN, Yan C, et al. Coping flexibility in college students with depressive symptoms. Health Qual Life Outcomes 2010;8:66.

14. Burton NW, Pakenham KI, Brown WJ. Feasibility andeffectiveness of psychosocial resilience training: A pilot study of the READY program. Psychol Health Med 2010;15(3):266-77.

15. Haglund ME M, Nestadt PS, Cooper NS, Southwick SM, Charney DS. Psychobiological mechanisms of resilience: relevance to prevention and treatment of stress-related psychopathology. Dev Psychopathol 2007;19(3):889-920.

16. Phillips EL. Resilience, mental flexibility and cortisol response to the Montreal Imaging Stress Task in unemployed men (Dissertation). Michigan: The University of Michigan; 2011.

17. Wilder-Willis KE, Shear PK, Steffen JJ, Borki J. The relationship between cognitive dysfunction and coping abilities in schizophrenia. Schizophr Res 2002;55(3):259-67.

18. Cheng C, Cheung MWL. Cognitive processes underlying coping flexibility: differentiation and integration. J Pers 2005;73(4):859-86.

19. Fresco DM, Williams NL, Nugent NR. Flexibility and negative affect: examining the associations of explanatory flexibility and coping flexibility to each other and to depression and anxiety. Cogn Ther Res 2006;30:201-10.

20. Goretti B, Portaccio E, Zipoli V, Hakiki B, Siracusa G, Sorbi S, et al. Impact of cognitive impairment on coping strategies in multiple sclerosis. Clin Neurol Neurosurg 2010;112(2):127-30.

21. Shareh H, Farmani A, Soltani E. Reliability and validity of the Cognitive Flexibility Inventory in Iranian university students. (Unpublished observations)

22. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.

23. Dobson KS, Mohammadkhani P. Psychometric characteristics of Beck Depression Inventory-II in patients with major depressive disorder. J Rehab 2007;8(2), 80-86. (Full text in Persian)

24. Conner K M, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Conner-Davidsonresilience scale (CD-RISC). Depress Anxiety 2003;18(2):76-82.

25. Jokar B. Emotional intelligence, cognitive intelligence, resilience and life satisfaction. Contemp Psychol 2008;2(2)4-12. (Full text in Persian)

26. Billings AG, Moos RH. Coping, stress, andsocial resources among adults with unipolar depression. J Pers Soc Psychol 1984;46(4):877-91.

27. Hosseini Ghadamgahi J. Quality of social relations, stress and coping strategies in patients with coronary heart disease (Dissertation). Tehran: Tehran Psychiatric Institute and Center for Mental Health Research; 1997. (Text in Persian)

28. Plitcha SB, Kelvin E. Munro's statistical methods for health care research. 6th ed. Philadelphia, Pa.; London: Lippincott Williams & Wilkins; 2013. Wolters Kluwer.

29. Moore RG. It's the thought that counts: The role of intentionsand meta-awareness in cognitive therapy. J Cogn Psychother 1996;10(4):255-69.

30. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM. How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? Behav Res Ther 1995;33(1):25-39.

31. FolkmanS, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle aged community sample. J Health Soc Behav 1980;21(3):219-39.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-10-31]