

استرس و روش‌های مقابله با آن

همراه با پرسشنامه سنجش عوامل تنش‌زا، پرسشنامه نشانگان استرس، پرسشنامه راه‌های مقابله با استرس

دکتر محمد خدایاری فرد

دانشیار دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران

اکرم پرند

دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه تهران

تهران ۱۳۸۵

فهرست

پیشگفتار هفت

مقدمه نه

* فصل اول- استرس، علائم و تأثیرات آن ۱

تعریف ۱

تأثیرهای استرس ۲

کارکردهای فیزیولوژیک استرس ۴

چرخه استرس ۱۱

عوامل مؤثر در بروز استرس ۱۱

منابع استرس ۱۳

استرس‌های ناشی از شغل ۱۴

استرس‌های ناشی از مسائل اجتماعی ۱۴

استرس‌های ناشی از شرایط خانوادگی ۱۵

مهاجرت ۱۶

علائم استرس ۱۶

علائم جسمانی ۱۶

علائم روانی و رفتاری ۱۷

استرس در جوانان ۱۹

استرس در زنان ۲۴

منابع ایجاد استرس در زنان ۲۵

مراقبت از سالمندان ۲۶

مراقبت از کودکان ۲۶

مراقبت از کودکان با نیازهای ویژه ۲۷

* فصل دوم- مبانی نظری استرس ۲۹

سیر تاریخی ۲۹

نظریه‌ها و الگوهای استرس ۳۱

نظریه روان‌تحلیل‌گری ۳۱

نظریه ضعف جسمانی ۳۲

نظریه تحول‌تدریجی و تعادل خودکار ۳۳

نظریه پردازش اطلاعات ۳۳

- الگوی فرهنگی - اجتماعی ۳۴
- الگوی مذهبی ۳۵
- الگوی روان‌تنی ۳۶
- الگوی واکنش حفاظتی ۳۷
- الگوی پاسخ فیزیولوژیکی به رویدادهای تنش‌زا ۳۸
- الگوی بیوشیمی سلیه ۳۹
- الگوی دوهرنوند ۴۱
- الگوی متغیرهای روان‌شناختی و اختلال‌های جسمانی ۴۱

* فصل سوم - روش‌های مقابله با استرس ۴۵

- تعریف مقابله ۴۵
- عوامل مؤثر بر انتخاب روش‌های مقابله ۴۶
- تحول من ۴۷
- کارآمدی ۴۷
- خوش‌بینی ۴۷
- احساس یکپارچگی ۴۸
- سبک‌های شناختی ۴۸
- سبک‌های دفاع و مقابله ۴۹
- توانایی حل مسئله ۵۱
- راهبردهای مقابله‌ای ۵۱
- راهبردهای سازش‌یافته و سازش‌نیافته ۵۷
- مقابله سازش‌یافته ۵۸
- مقابله سازش‌نیافته ۵۸
- مقابله غیرمؤثر ۶۰
- روش‌های مقابله و نقش آن در بروز بیماری‌ها ۶۳
- نقش حمایت‌های اجتماعی در مقابله ۶۹
- ویژگی‌های شخصیت و راهبردهای مقابله ۷۱
- تیپ‌های شخصیت و راهبردهای مقابله ۷۳
- نظریه فروپاشی هویت ۷۵
- نظریه تکامل و سازگاری رفتاری ۷۶
- نظریه روان‌تحلیل‌گری ۷۶
- روش‌های مقابله معنوی ۷۹
- شیوه‌های مقابله در مکتب اسلام ۸۱

* فصل چهارم - ارزیابی استرس ۸۵

- روش‌های فیزیولوژیکی ۸۶
- روش روان‌فیزیولوژیکی ۸۶
- روش بیوشیمی ۸۶
- روش‌های ارزیابی رفتاری ۸۸
- مشاهده رفتار ۸۸
- خودگزارش‌دهی ۸۹
- روش‌های ارزیابی شناختی ۹۰
- رابطه ارزیابی استرس و مقابله با آن ۹۱
- ابزارهای ارزیابی ۹۱
- عوامل مؤثر بر ارزیابی مقابله ۹۲
- عوامل شخصیتی - جمعیت‌شناختی ۹۲
- عوامل محیطی ۹۳
- پژوهش انجام‌شده در ایران ۹۴
- پرسشنامه عوامل تنش‌زا ۹۵
- پایایی و روایی ۹۹
- پرسشنامه نشانگان استرس ۱۰۰
- پرسشنامه راه‌های مقابله با استرس ۱۰۳
- پرسشنامه راه‌های مقابله با مسائل و مشکلات ۱۰۶
- پایایی و روایی ۱۰۷
- روش‌های مقابله با استرس ۱۱۱
- پیوست ۱- پرسشنامه سنجش عوامل تنش‌زا ۱۱۳
- پیوست ۲- پرسشنامه نشانگان استرس ۱۱۷
- پیوست ۳- پرسشنامه راه‌های مقابله با استرس ۱۲۰
- منابع ۱۲۷
- واژه‌نامه انگلیسی به فارسی ۱۳۹
- واژه‌نامه فارسی به انگلیسی ۱۴۷
- فهرست موضوعی ۱۵۵
- فهرست اعلام ۱۵۹

امروزه تقریباً تمامی افراد با واژه استرس آشنایی دارند، چراکه جزء جدایی‌ناپذیر زندگی انسان شده و انسان از کودکی با موقعیت‌های تنش‌زا مواجه است. مرگ نزدیکان، حوادث غیرمترقبه، بیکاری و ناکامی‌های متعدد، از جمله موقعیت‌هایی هستند که به ایجاد استرس می‌انجامند. با وجود اینکه منابع استرس را نمی‌توان از بین برد، ولی با شناخت آن می‌توان راه‌های مقابله مؤثر را اتخاذ کرد و از تأثیرات منفی آن کاست. «استرس» در فارسی به تنیدگی و فشار روانی ترجمه شده، ولی از آنجا که مفهوم استرس را به‌طور کامل در بر نمی‌گیرد، در این کتاب از خود کلمه «استرس» استفاده شده است. علاوه بر این، بیشتر مردم با معنا و مفهوم آن بیش از معادل‌های فارسی آن آشنایی دارند.

هدف کتاب حاضر آشنایی خوانندگان با مفهوم استرس، عوامل مؤثر و تأثیر آن بر بهداشت روانی و سلامت جسمانی، روش‌های مقابله و ارزیابی آن است. در فصل اول، پس از تعریف استرس از دیدگاه متخصصان گوناگون، عوامل ایجادکننده استرس و نقش آن در بروز بیماری‌هایی نظیر بیماری‌های قلبی، تنفسی، فشارخون و بیماری‌های روانی بررسی شده‌اند. در فصل دوم مبانی نظری استرس مورد بحث و بررسی قرار گرفته است، چراکه بر این باوریم بینش و آگاهی در مورد ریشه‌های بروز استرس، خوانندگان را در درک و کسب شناخت درباره استرس و راه‌های مقابله با آن یاری می‌دهد. نظریه روان‌تحلیل‌گری و نظریه‌های رفتاری و شناختی، از مهم‌ترین نظریه‌هایی هستند که در مورد استرس بیان شده‌اند و در این فصل به تفصیل مورد بحث و بررسی قرار گرفته‌اند. در فصل سوم، روش‌های مقابله با استرس از دیدگاه‌های مختلف بررسی شده است. روش‌های مقابله با استرس و تأثیر تفاوت‌های فردی مانند ویژگی‌های شخصیتی و جمعیت‌شناختی در مقابله با استرس و منابع آن توضیح داده شده‌اند. در این فصل روش‌های مقابله تیپ‌های مختلف شخصیتی با منابع استرس مطرح شده‌اند. مطالعه این فصل به خوانندگان امکان می‌دهد تا با ارزیابی صفات خود، با روش‌های مقابله خود با منابع استرس آشنایی پیدا کنند و بتوانند ضمن ارزشیابی کارآمدی روش‌های مقابله خود، آنها را تغییر دهند.

فصل چهارم، به روش‌های ارزیابی استرس و منابع آن اختصاص دارد. روش‌های فیزیولوژیکی، رفتاری و شناختی و کاربرد آن در مورد افراد و موقعیت‌های مختلف به‌طور مفصل شرح داده شده‌اند، چرا که اولین گام در مواجهه با استرس، ارزیابی صحیح آن است. در ضمن، پژوهش‌هایی که در حیطه‌های یادشده در ایران و سایر نقاط جهان صورت گرفته‌اند، در مباحث مربوط به خود مطرح شده‌اند. این پژوهش‌ها شواهدی را برای تأیید مبانی نظری فراهم می‌سازند. در پایان درباره پژوهشی جامع با عنوان «رابطه عوامل تنش‌زا و نشانگان تنیدگی با راه‌های مقابله در جوانان» که در دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران صورت گرفته، بحث شده است.

طرح پژوهش‌های مختلف در این کتاب موجب می‌شود که خوانندگان به اهمیت و ضرورت توجه به استرس، پیامدها و روش‌های مقابله با آن پی ببرند. مطالعه کتاب حاضر می‌تواند برای مشاوران، روان‌شناسان، دانشجویان و سایر اقتشار مفید واقع شود. این کتاب براساس گزارش نهایی طرح پژوهشی پیش‌گفته با حمایت‌های مالی شورای پژوهش‌های علمی کشور و دانشگاه تهران نوشته شده است. بر این اساس از همکاران محترم طرح آقایان دکتر باقر غباری بناب، دکتر محسن شکوهی یکتا و همچنین مشاور طرح آقای دکتر مرتضی نصفی، تشکر می‌کنیم. در پایان از استادان، متخصصان و دانشجویان خواهشمندیم کاستی‌های این کتاب را متذکر شوند.

دکتر محمد خدایاری فرد اکرم پرنده

دانشجوی دکتری روانشناسی
دانشگاه تهران

دانشیار دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی
دانشگاه تهران

دکتر محمد خدایاری فرد
عضو هیات علمی دانشگاه تهران

مقدمه

در قرن حاضر، «استرس» یکی از مهم‌ترین زمینه‌های پژوهش در علوم مختلف به‌شمار می‌آید. این موضوع توجه دانشمندان رشته‌های مختلف اعم از پزشکان، روان‌شناسان، فیزیولوژیست‌ها، زیست‌شناسان و جامعه‌شناسان را به خود جلب کرده است و هر یک جنبه‌هایی از استرس و عوارض آن را مورد بررسی قرار داده‌اند. در دهه‌های اخیر همکاری این متخصصان به شکل‌گیری رشته‌هایی چون «روان‌شناسی سلامت»، «طب رفتاری» «طب روان‌تنی» منجر شده است که تاثیر استرس را بر رفتار، بهداشت روانی و اختلال‌های روان‌تنی مورد توجه قرار داده‌اند.

امروزه به دلیل گسترش عوامل تنش‌زا و کاهش توان مقابله انسان در برابر آنها - به دلیل تغییر سبک زندگی - استرس به پدیده‌ای پیچیده و بزرگ تبدیل شده است، چراکه تحت تاثیر عوامل متعدد و تعامل میان آنها قرار دارد. از مهم‌ترین پدیده‌هایی که به استرس می‌انجامد، می‌توان از مهاجرت به شهرهای بزرگ یا کشورهای بیگانه، صنعتی شدن، تحولات روزافزون و سریع علم و فناوری، افزایش جمعیت، عدم پایداری به آداب و رسوم گذشته، تغییر روابط خانوادگی، تغییر نقش اعضای خانواده، گسستگی روابط خانوادگی، جنگ، اضطراب فراگیر در مورد جنگ‌های هسته‌ای، فقر، معلولیت، بیماری‌های مزمن و تغییر ارزش‌های فرهنگی و اجتماعی نام برد (فریدنبرگ و لويس، ۱۹۹۳).

بدیهی است که استرس بخش جدایی‌ناپذیر زندگی بشر است، بنابراین لازم است که تمامی افراد با راه‌ها و راهبردهای مقابله با آن آشنا باشند. با شناخت عوامل ایجادکننده استرس می‌توان زمینه مقابله با آن را مهیا کرد. صور مختلف حمایت‌های اجتماعی، زمینه را برای بازداری و کاهش مشکلات عاطفی و روانی فراهم می‌کند. شدت واقعه تنش‌زا، نوع آن، ویژگی‌های شخصیتی فرد، سن و تجارب گذشته، از مهم‌ترین متغیرهایی هستند که در اتخاذ روش مقابله تاثیر دارند.

حوادثی مانند مرگ عزیزان، سیل، زلزله، بیماری‌های مزمن و طلا، از جمله رویدادهایی هستند که تقریباً در بیشتر افراد استرس ایجاد می‌کنند. میزان تاثیر پاره‌ای از رویدادها بر وضع جسمانی و روانی فرد در دوره‌های خاصی از زندگی با سایر دوره‌ها متفاوت است. برای مثال، به نظر می‌رسد استرس ناشی از مرگ والدین در کودکی بیش از سایر دوره‌های زندگی بر سلامت روانی افراد تاثیر می‌گذارد. همچنین استرس ناشی از تعارض با والدین معمولاً در نوجوانی افزایش می‌یابد.

واکنش به استرس می‌تواند در سازگاری فردی نقش مهمی داشته باشد، افراد در ارزیابی رویدادهای تنش‌زا با یکدیگر تفاوت دارند. آنان به گونه‌های متفاوت با استرس سازش پیدا می‌کنند و آن را کاهش می‌دهند.

ویژگی‌های شخصیتی نیز در ارزیابی و در نتیجه سازگاری فرد با استرس تاثیر دارند، به طوری که گاه دو فرد در مقابل رویداد مشخصی به گونه‌ای کاملاً متفاوت واکنش نشان می‌دهند. وقوع یک رویداد می‌تواند در فردی سبب بروز اضطراب شدید، افسردگی یا سایر بیماری‌های جسمانی و روانی شود، درحالی‌که همین رویداد ممکن است بر فرد دیگری تاثیر چندانی نداشته باشد یا در رفتار او تغییری جزئی ایجاد کند.

ارگانیسم برای سازگاری با موقعیت‌های تنش‌زا باید کوشش‌هایی فراتر از ظرفیت خود به‌کار برد و پاسخ‌های مطلوب (فیزیولوژیک، روان‌شناختی و رفتاری) ارائه کند. میزان تحمل افراد در مقابل موقعیت‌های تنش‌زا، متفاوت است که میزان سازگاری انسان را نسبت به محیط نشان می‌دهد. برخی از افراد آستانه مقاومت بالایی دارند و در مقابل استرس آسیب کمتری می‌بینند. واکنش‌های شناختی، عاطفی، رفتاری و جسمانی، از جمله واکنش‌هایی هستند که افراد در برخورد با استرس نشان می‌دهند.

به‌منظور آشنایی خوانندگان با اصطلاح‌هایی که در این کتاب به‌کار برده می‌شوند، در مقدمه تعریفی از واژگان کلیدی و در فصل اول تعریف استرس از دیدگاه‌های مختلف ارائه می‌شود.

نشانیگان استرس: نشانیگان استرس، پاسخ ارگانیسم به یک عامل تنش‌زاست. کرنیک و همکاران (۱۹۸۳) نشانیگان استرس را چنین تعریف کرده‌اند: پاسخ فرد به وقایع یا تغییراتی که با موقعیت اجتماعی او متضاد و مخالف است. این واکنش‌ها یک یا چند واکنش شناختی، عاطفی، رفتاری و جسمانی را در پی دارند. این واکنش‌ها بی‌درنگ یا با تأخیر بروز می‌کنند. بعضی از این پاسخ‌ها عبارتند از: فشارخون بالا، اختلال خواب، افسردگی، اضطراب و عدم تمایل جنسی.

شیوه‌های مقابله: به چگونگی مواجهه فرد با استرس‌های موجود در زندگی، شیوه مقابله می‌گویند. این اصطلاح برای روش‌های مبارزه با منبع استرس مورد استفاده قرار می‌گیرد. به نظر راجر و دیگران (۱۹۹۳) مهم‌ترین راهبردهای مقابله عبارتند از:

- راهبرد انفعالی مقابله با استرس: راهبردهایی که ناهشیارانه برای مقابله مستقیم با استرس بکار برده می‌شوند نه با منبع استرس.
- راهبرد اجتنابی مقابله با استرس: راهبردهایی که ناهشیارانه برای فاصله گرفتن و اجتناب از منبع استرس، اعم از اجتناب در سطح تفکر و انکار وجود عامل استرس‌زا یا اجتناب در سطح عمل، اتخاذ می‌شوند.
- راهبرد شناختی مقابله با استرس: راهبردهایی که هشیارانه برای مقابله مستقیم با منبع استرس و برای حل مسئله به‌کار برده می‌شوند.
- راهبرد هیجانی مقابله با استرس: راهبردهایی که تحت تأثیر حالت‌های هیجانی اتخاذ می‌شوند و با بروز هیجانات مختلف توأم‌اند.

اختلال‌های جسمانی شکل: ویژگی اصلی اختلال‌های جسمانی شکل وجود نشانه‌های بیماری جسمانی است که به‌طور کامل برحسب یک بیماری جسمانی، تأثیرات مستقیم مصرف دارو یا یک اختلال روانی مشخص توجیه‌پذیر نیست و در کارکردهای اجتماعی - شغلی و سایر زمینه‌ها اختلال ایجاد می‌کند (انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۰۰).

- اضطراب: احساس رنج‌آوری است که به یک موقعیت خطرناک کنونی یا با انتظار خطر مربوط به چیزی نامعین وابسته است (دادستان، ۱۳۷۶).
- سخت‌رویی: سخت‌رویی، مجموعه‌ای از ویژگی‌های شخصیتی است که به‌منزله منبع مقاومت در مواجهه با رویدادهای استرس‌زای زندگی عمل می‌کند. این متغیر شخصیتی از سه مؤلفه وابسته به هم شامل "تعهد"، "کنترل" و "مبارزه‌طلبی" تشکیل شده است (کوباسا، مدی و کوهن، ۱۹۸۲).
- حمایت اجتماعی: یکی از راه‌های مقابله با استرس، حمایت اجتماعی است که نشان‌دهنده تمایل فرد به در میان گذاشتن مشکلاتش با دیگران و طلب حمایت برای مقابله با مشکل است.
- تمرکز بر حل مسئله یا مسئله‌مداری: یکی از راهبردهای مقابله‌ای است که متمرکز بر درگیر شدن با مشکل به‌طور نظام‌دار و منظم است و شامل در نظر گرفتن دیدگاه‌ها یا راه‌های مختلف در جهت حل مشکل و برخورد با مسئله است.
- تفکر امیدوارانه: راهبردی است که بیانگر امیدوار بودن و انتظار نتایج خوب و مثبت است.
- عدم مقابله: راهبردی است که ناتوانی یا کم‌توانی فرد را برای درگیری با مشکل منعکس می‌کند و موجب ایجاد و رشد نشانه‌های روان‌تنی در فرد می‌شود.
- کاهش تنش: راهبردی است که مبین تلاش فرد برای رهایی از تنش و دستیابی به آرامش است.
- درون‌ریزی: تمایل و اقدام فرد به نگهداری مشکل و نگرانی نزد خود و پنهان کردن مشکل از دیگران است.
- مثبت‌نگری: راهبردی که نگرشی مثبت و نشاط‌انگیز را نسبت به موقعیت‌های جاری نشان می‌دهد و شامل دیدن جنبه‌ها و ابعاد مثبت و درخشان رویدادها و نیز خود را فردی خوشبخت تصور کردن است.
- درماندگی آموخته‌شده: بی‌تفاوتی و احساس ناتوانی فرد در عمل و کنترل زندگی خویش است که معمولاً از تجربیات نامطلوب و ضربه‌های روانی که در کنترل آنها موفق نبوده، حاصل شده است (فریدنبرگ و لويس، ۱۹۹۳).

استرس، علائم و تأثیرات آن

تعریف

هنگامی که فرد در محیط کار یا زندگی با شرایطی روبه‌رو می‌شود که این شرایط با ظرفیت‌ها و امکانات کنونی وی هماهنگی ندارد، دچار عدم تعادل، تعارض و کشمکش‌های درونی می‌شود که به آن استرس می‌گویند. سلیه (۱۹۵۰) استرس را پاسخ‌های غیراختصاصی که تحت تأثیر محرک‌های گوناگون در ارگانیسم ایجاد می‌شوند، تعریف کرده، ولی این تعریف چندان مفید نیست، زیرا ماهیت این پاسخ‌ها به موقعیتی که در آن روی می‌دهد، بستگی دارد. در این تعریف عوامل مؤثر بر استرس نادیده گرفته شده است.

استرس سازه‌ای پویا و چندبعدی است که روان‌شناسان را با چالش مواجه کرده است (ونگ، ۱۹۹۰). استرس در مفاهیم مهندسی ریشه دارد و به مقدار فشار بیرونی وارد شده بر اجسام اشاره دارد. لازاروس و فلکمن (۱۹۸۴) نیز تعریفی را در زمینه استرس ارائه داده‌اند: استرس رابطه اختصاصی بین شخص و محیطی است که در آن تنش ارزیابی شده، از حد امکانات فرد فراتر رفته و سلامتی او را در معرض خطر قرار می‌دهد. در این تعریف بر این نکته تأکید می‌شود که استرس به رابطه تنش‌زا بین شخص و محیط اشاره دارد و وقتی فرد از مقابله با این وضعیت ناتوان است، به مشکلات روانی و جسمانی مبتلا می‌شود.

در دهه‌های اخیر اصطلاح استرس به محرکی اطلاق می‌شود که می‌تواند تغییراتی را در شناخت، هیجان، رفتار و فیزیولوژی ایجاد کند (دیویدسن و نیل، ۱۹۹۰). با توجه به تعاریف پیش‌گفته، می‌توان گفت استرس رویداد یا وضعیتی است که بر جنبه‌های روانی - جسمانی ارگانیسم آثاری زیانبار برجای می‌گذارد.

استپ‌توی (۱۹۹۷) استرس را این گونه تعریف کرده است: هنگامی که الزامات مربوط به یک فعالیت فراتر از توانایی‌های فردی و اجتماعی افراد است، پاسخ‌هایی ارائه می‌شوند که به آن استرس می‌گویند. برای مثال رانندگی برای فردی که در حال یادگیری است، از شرایط تنش‌زا محسوب می‌شود، درحالی‌که برای راننده باتجربه رانندگی فعالیتی بسیار آسان به‌شمار می‌رود. امروزه استرس جزئی از زندگی روزمره و عادی آدمی است. پیشرفت تمدن امروز و صنعتی شدن، افزایش بی‌رویه جمعیت، دگرگونی روابط اجتماعی، فشارهای جسمی و روانی ناشی از زندگی در شهرهای بزرگ، آلودگی و سر و صدا و تأثیر آن بر رفتار انسان منجر به تشدید استرس شده است. شهرنشینی دگرگونی‌های زیادی را در روابط اجتماعی ایجاد کرده و سبب فروپاشی بسیاری از سنت‌های اجتماعی که موجب حمایت و پشتیبانی افراد از یکدیگر می‌شد، شده است. برای مثال امروزه زندگی مشترک با والدین یا تشکیل خانواده‌های گسترده کمتر مشاهده می‌شود، به این ترتیب ملاحظه می‌شود بعضی از روش‌های سنتی که به مردم کمک می‌کرد تا با استرس بهتر مواجه شوند، کنار گذاشته شده است. بر این اساس، ارزیابی فرد از استرس و نحوه برخورد و رویارویی با آن اهمیت بسیاری دارد. معمولاً استرس زمانی مضر خواهد بود که فرد آن را برای زندگی خود خطرناک و تهدیدکننده تلقی کند و در عین حال منابع مختلف رویارویی با آن را در اختیار نداشته باشد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند، به‌کارگیری راهبردهای مقابله‌ای مؤثر نقش مهمی در کاهش استرس دارد.

تأثیرهای استرس

نقش استرس‌های روانی - اجتماعی، همواره به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل پیدایش و شکل‌گیری بیماری‌های مختلف جسمانی و روانی و مرگ و میر افراد مطرح بوده است. در این زمینه، می‌توان به ارتباط رویدادهای تنش‌زا با ناراحتی‌های قلبی، پوستی، دستگاه ایمنی و بیماری‌هایی همچون زخم معده و سرطان اشاره داشت. در این میان جوانان به‌عنوان قشری از جامعه که پیوسته در معرض استرس‌ها و فشارهای محیطی و روانی زیادی از جمله مشکلات آموزشی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی قرار دارند، مورد توجه خاص پژوهشگران قرار گرفته‌اند. روشن است که استرس بر عملکرد تحصیلی، اجتماعی و شغلی، رضایت شخصی و از همه مهم‌تر، سلامت روانی آنها تأثیر نامطلوب خواهد داشت.

از آنجا که بسیاری از تأثیرهای استرس فیزیولوژیکی است، از اختلال‌های زیست - روان‌شناسی به‌شمار می‌آید. مهم‌ترین تأثیرهای ناشی از استرس را می‌توان به چهار نوع تقسیم کرد: هیجانی، فیزیولوژیکی، شناختی و رفتاری. تأثیرهای هیجانی: احساس اضطراب و افسردگی، افزایش تنش‌های جسمانی، افزایش تنش‌های روان‌شناختی، از تأثیرهای هیجانی استرس بر انسان محسوب می‌شوند.

تأثیرهای فیزیولوژیکی: ترشح آدرنالین و نورآدرنالین، اختلال در کارکرد دستگاه گوارش، افزایش ضربان قلب، اختلال در تنفس و انقباض رگ‌های خونی، از مهم‌ترین تأثیرهای فیزیولوژیکی استرس به‌شمار می‌آیند.

تأثیرهای شناختی: کاهش تمرکز و توجه، کاهش ظرفیت حافظه کوتاه‌مدت و افزایش پریشانی و حواس‌پرتی، از مهم‌ترین تأثیرهای شناختی استرس محسوب می‌شوند.

تأثیرهای رفتاری: افزایش گریز از کار و فعالیت، اختلال در الگوی خواب، کاهش کارکردهای تحصیلی، شغلی و اجتماعی، از تأثیرهای رفتاری استرس به‌شمار می‌آیند (آیزنک، ۲۰۰۰).

سلیه (۱۹۵۰) یکی از پژوهشگرانی است که در زمینه استرس پژوهش‌های بسیاری انجام داده است. نتایج پژوهش‌ها و بررسی‌های او نشان داده که عوامل تنش‌زا می‌توانند موجب بروز پاسخ‌های جسمانی مختلف مانند افزایش فشار خون، آسیب دیدن بافت عضله، نازایی، توقف رشد، بازداری جنسی و بازداری دستگاه‌های ایمنی بدن شوند. افزایش فشار خون می‌تواند موجب بروز حمله قلبی و سکته مغزی شود. بازداری دستگاه ایمنی فرد را مستعد ابتلا به انواع عفونت‌ها و حتی سرطان می‌کند (استویوا و کارلسون، ۱۹۹۳). سلیه معتقد است که عوامل تنش‌زا ممکن است به پاسخ‌های روانی متعدد مانند اضطراب، افسردگی، نومیدی، بی‌قراری و احساس ناتوانی عمومی در سازش‌یافتگی با محیط منجر شود.

در بسیاری از پژوهش‌ها مواردی از قبیل زخم معده، دیابت، آسم، اختلال‌های پوستی، بی‌خوابی، سندرم روده تحریک‌پذیر، اضطراب، بیماری‌های کرونر قلبی، میگرن، سردردهای عصبی، تبخال‌های عفونی و ویروسی، عفونت‌های ادراری، تومور، فراموشی، هراس، افزایش کلسترول خون، تندخویی و ریزش مو را از جمله بیماری‌های ناشی از استرس تلقی شده‌اند (دی‌یانگ، ۱۹۹۴).

کارکردهای فیزیولوژیک استرس

برای درک بهتر معنی استرس، بهتر است نخست نظری به چگونگی کار بدن انسان داشته باشیم. بدن ما شامل مواد شیمیایی و قسمت‌های متنوعی است که هر یک به هنگام اعمال حیاتی نظیر حرکت، تنفس، خواب، خوردن و غیره لحظه به لحظه در حال تغییرند، ولی این تغییرات باید در حدود معین و هماهنگ با یکدیگر باشند.

کلودبرنارد بیولوژیست بزرگ فرانسوی در سال ۱۸۵۹ خاطر نشان کرده است که محیط داخلی بدن انسان باید همواره برای پاسخدهی به تغییرات محیطی آمادگی داشته باشد. برای مثال، برای تأمین نیازهای حیاتی، فشار خون پیوسته در حال تغییر است. به‌همین ترتیب جریان خون قلب، مقدار اکسیژن و مواد غذایی آن هماهنگ عمل می‌کنند. اما اگر هر یک از آنها بیش از اندازه تغییر کنند، بدن قادر به تحمل آن نیست و منجر به عوارض در فرد و حتی مرگ می‌شود. در حقیقت، یکی از حالات بیماری، زمانی است که تغییرات جسمانی از حد معین تجاوز می‌کند. علت چنین تغییراتی ممکن است عوامل خارجی نظیر میکرب، صدمات بدنی، آلودگی هوا یا احتمالاً از کارافتادگی قسمتی از اعضای بدن در نتیجه پیری باشد (کوپر و دیوی، ۲۰۰۴).

در نخستین دهه‌های قرن بیستم به نقش تفکر در بروز بیماری‌های جسمانی و نقش تعارض‌های درونی در بیماری‌های روانی توجه شد (ویت کوور، ۱۹۷۷) و مباحث مربوط به اختلال‌های روان‌تنی مطرح گردید. یکی از دانشمندانی که به شکل‌گیری دیدگاه روان‌تنی کمک کرد والترکانن بود. او در بررسی‌های خود به این نتیجه رسید اگر هر تغییری از حد معینی تجاوز کند، بدن تعدیل‌های لازم را به‌عمل می‌آورد. برای جلوگیری از گسترش تغییرات اصلی، فعالیت‌های بسیاری در بدن به‌وقوع می‌پیوندد. به‌طور

مثال، به هنگام اهدای خون، سایر سیستم‌های حیاتی، کمبود آن را در بدن جبران می‌کنند؛ تغییرات کوچکی در سراسر سرخرگ‌های بدن و همچنین جریان قلب رخ می‌دهد؛ از سلول‌ها مایع لازم وارد دستگاه گردش خون می‌شود که بعداً با نوشیدن آب یا آب‌میوه جبران می‌شود و بدین ترتیب تمام قسمت‌های بدن به اندازه کافی خون دریافت می‌کنند.

کانن بویژه به نحوه واکنش‌های بدن در مواقع اضطراری توجه داشت. برای مثال اینکه چگونه بدن به صورت بالقوه و ناگهانی در مقابل مخاطرات واکنش نشان می‌دهد. او در یکی از آزمایش‌های خود به مطالعه واکنش‌های گربه‌ای به هنگام برخورد ناگهانی با سنگ پرداخت. او مشاهده کرد که «آدرنالین» خیلی سریع در جریان خون وارد می‌شود. در ضمن واکنش شدیدی در دستگاه عصبی سمپاتیک به وجود می‌آید. او تا آن زمان به این مسئله واقف نبود که این سیستم با ترشح تقریباً یکسان هورمونی به نام «نورآدرنالین» عمل می‌کند. این دو هورمون سبب بروز تغییرات متنوعی از قبیل افزایش سرعت گردش خون، افزایش میزان قند خون، تسریع مکانیسم لخته‌شدن خون، تقویت عضلانی، تندشدن تنفس، ورود سلول‌های خونی از مخزن ذخیره خود به جریان خون و حساس‌تر شدن حواس پنجگانه می‌شوند. در این مدت، کار دستگاه هاضمه که غیرلازم است، به طور موقت متوقف می‌شود. همچنین او متوجه شد تمام این تغییرات مفید و ضروری است. پزشکان نیز معتقدند آن تغییرات انطباقی‌اند و موجب ادامه فعالیت‌های حیاتی می‌شوند.

تحول اساسی در مفهوم استرس و نقش تعیین‌کننده آن در بیماری‌ها، مدیون پژوهش‌های سلیه است. سلیه (۱۹۵۰) تنش را به مثابه حالتی توصیف کرد که به صورت یک نشانگان ظاهر می‌شود، یعنی استرس با توالی حوادث ویژه‌ای آشکار می‌شود. او این توالی را در اصطلاح نشانگان سازگاری کلی (GAS) نامید و در آن سه گام را مشخص کرد:

گام اول «واکنش هشدار»، گام دوم «پایداری» و گام سوم «فرسودگی» است. واکنش هشدار از نظر فیزیولوژی، پاسخ پیچیده‌ای است که از آنچه سلیه عامل فشار می‌نامید، منشأ می‌گیرد. چنانچه عامل فشاری موجود باشد، «واکنش هشدار» را به دنبال خواهد داشت. احتمالاً آشناترین عنصر واکنش هشدار ترشح آدرنالین در جریان خون است. همزمان تغییرات بدنی دیگری نیز صورت می‌گیرد؛ تنفس تندتر شده و خون از پوست و احشا به ماهیچه‌ها و مغز جاری می‌شود؛ در نتیجه، دست‌ها و پاها سردتر می‌شوند. مواد غذایی در قسمت‌هایی از بدن (بویژه ماهیچه‌ها) توزیع می‌شوند که به واکنش در این موقعیت اضطراری نیاز دارند. علاوه بر اینها، تغییرات جسمانی شناخته‌شده دیگری وجود دارند که ما قادر به مشاهده آنها نیستیم. در سیستم هشدار هورمونی، هیپوتالاموس — یکی از مراکز مغزی که احساساتی از قبیل ترس، خشم، نشاط و ناامیدی را در کنترل دارد — عنصر اصلی است. زمانی که مغز واکنش «خطری» را ثبت می‌کند، هیپوتالاموس اختلال الکتروشیمیایی را به غده هیپوفیز می‌فرستد. هیپوفیز برای فعال کردن غده آدرنال هورمونی به نام ACTH (هورمون محرک قشر غده فو کلیوی) ترشح می‌کند. این غده‌ها هم به نوبت ماده‌ای به نام کورتیکوئید در جریان خون ترشح می‌کنند که پیام‌هایی را به سایر غدد و اعضا حمل می‌کنند.

هنگامی که عامل فشاری مشخص شود و مرحله هشدار به وجود آید، تنها شبکه فعال، سیستم هورمونی نیست. کانن دریافت که سیستم اعصاب خود کار (ANS) و یک رشته شبکه‌های عصبی که بیشتر اعضای داخل بدن را به هم مرتبط می‌سازند نیز وارد عمل می‌شوند. سیستم اعصاب خودکار پیام‌ها را به غده فو کلیوی می‌فرستند، در نتیجه آدرنالین ترشح و سبب سرعت ضربان قلب و تنفس می‌شود.

کانن اصطلاح واکنش اضطراری را نیز توصیف کرده است. واکنشی را که او نشان داد، کوششی بود برای تضمین بقای اعضای بدن با توجه به اصل «جنگ یا فرار»، یعنی در مقابله با خطری بزرگ مجموعه اعضای موجود زنده باید با خطر مبارزه یا از آن فرار کند. در حیوانات نیز مانند انسان این واکنش در تعامل بین استعداد ژنتیکی و شرایط محیطی وارد عرضه می‌شود. بنابراین بیشتر حیوانات به هنگام مقابله با خطر فرار می‌کنند. از طرف دیگر، حتی حیواناتی از قبیل حیوانات خانگی چنانچه در تنگنا قرار گیرند، ممکن است به صورت وحشتناکی بجنگند. واکنش اضطراری کانن خاص‌تر و در حین حال گسترده‌تر از مرحله هشدار سلیه است (کانن، ۱۹۳۶).

پیامدهای دیگری نیز در اثر واکنش هشدار ایجاد می‌گردند. یکی کشش عضلانی است، چنین کششی بیشتر در ناحیه انتهای پشت، گردن و شانه‌ها رخ می‌دهد و به صورت سردرد بروز می‌کند. متأسفانه این کشش اغلب پس از حذف شدن واکنش اخطار که مسبب اصلی آن است، همچنان باقی می‌ماند.

یکی دیگر از پیامدهای واکنش هشدار، ترشح اسید هیدروکلریک می‌باشد که معمولاً برای جذب غذا در معده مفید است. هرگاه اسید ترشح شود و معده خالی باشد، می‌تواند مخاط داخلی معده، مری و بخش فوقانی روده‌ها را بسوزاند. سوختن نسوج در این حالت، چنانچه بیش از یک دوره زمانی تکرار شود، می‌تواند به رشد زخم معده منتهی شود. دقیقاً وضعیت مشابهی نیز در سیستم قلبی و عروقی به‌وقوع می‌پیوندد، تا جایی که تحریک‌های مداوم در پاسخ به واکنش‌های هشدار به بروز امراض قلبی و عروقی یا حتی حمله‌های قلبی می‌انجامد. شگفت نیست که واکنش‌های هشدار در میان مدیران و شاغلان حرفه‌های تخصصی به زخم معده یا امراض قلبی منجر می‌شود (شفر، ۱۹۸۲). چنانچه این مرحله (واکنش هشدار) تداوم یابد، فرد وارد مرحله بعد یعنی مرحله پایداری می‌شود.

در مرحله دوم نشانگان سازگاری کلی، بدن برای مبارزه با عامل فشار بسیج می‌شود. شاخص برجسته واکنش هشدار در طی این دوره ناپدید می‌گردد و به‌نظر می‌رسد بدن درحالی‌که بشدت با عامل فشار مبارزه می‌کند، به حالت عادی مراجعه کرده است. در این مرحله ممکن است که مقاومت و پایداری بیش از اندازه به‌طول انجامد. اگر اعضای بدن برای مدتی طولانی بسیج شوند، ذخایر بتدریج تخلیه می‌شوند. هنگامی که چنین اتفاقی روی دهد، آغاز ورود به آخرین مرحله نشانگان کلی یعنی فرسودگی است.

زمانی که مرحله پایداری کامل شده و فرسودگی وارد عمل می‌شود، دوباره بدن نشانه‌هایی همانند نشانه‌های واکنش هشدار ظاهر می‌سازد. مهم‌تر آنکه، به‌هردلیل این مرحله بدین معنی است که بدن به حد زیادی در مقابل امراض و اختلال در کارکرد اعضایش آسیب‌پذیر می‌شود. در حقیقت، این همان جایی است که امراض مربوط به استرس بتدریج آشکار می‌شوند. در این مرحله همان‌گونه‌که سلیه خاطر نشان می‌سازد، راهی برای ممانعت از نشانگان سازگاری کلی به‌طور کامل وجود ندارد. واکنش هشدار به‌طور متوالی توسط تعداد بی‌شماری از عوامل فشار، چه مثبت و چه منفی، تکرار خواهد شد. هیجان، شادی و خوشحالی غیرمنتظره همانند غم و اندوه ناگهانی با تأثیر مشابه می‌توانند واکنش هشدار را موجب شوند. تکرار تظاهرات واکنش هشدار و حتی تهاجمات مکرر در مرحله مقاومت و پایداری قابل تحمل‌اند، اما سیر به مرحله فرسودگی خطرناک است (شفر، ۱۹۸۲).

چرخه استرس

چنانچه اشاره شد، در صورتی‌که عوامل تنش‌زا ادامه یابند، در بدن انسان آثار درازمدت رفتاری، فیزیولوژیکی، هیجانی و شناختی (تفکری) رخ می‌دهد و اگر این آثار مانع سازگاری با محیط یا موجب ناراحتی و پریشانی شدند، خود به عامل تنش‌زا تبدیل می‌شوند.

در نمودار ۱-۱ چرخه پریشانی و در نمودار ۲-۱ چرخه سلامتی نشان داده شده است.

عوامل مؤثر در بروز استرس

در زندگی امروزی بیش از هر زمان دیگر شاهد بروز استرس و عوارض ناشی از آن هستیم. همه ما کم و بیش به‌طور خواسته یا ناخواسته در طول زندگی خود با استرس‌های روانی متعددی مواجه شده یا می‌شویم. استرس در هر سن، رنگی خاص به‌خود می‌گیرد. تقریباً بیشتر مردم بر این گمان‌اند که مفهوم استرس را می‌دانند، ولی عده نسبتاً معدودی از آن درک صحیحی دارند و از آثار آن در بدن و راه‌های کنترل آن آگاهند.

رویدادهای بد و ناگوار در زندگی هر فردی اتفاقاً می‌افتند؛ رویدادهایی که آرامش جسمی و روانی شخص را بر هم می‌زنند و معمولاً موجب می‌شوند که وی برای رهایی از این حالت روش‌ها و راه‌حلی‌هایی به‌کار گیرد. این حالت در اثر عوامل تنش‌زا پیش

می‌آید. رویدادهای تنش‌زا در هر عصری به شکلی خاص جلوه می‌کنند. برای مثال انسان ماقبل تاریخ از حمله حیوانات وحشی یا مرگ در اثر گرسنگی، سرما یا بیماری، استرس‌های زیادی را تحمل می‌کرد. عوامل تنش‌زا در برهه‌های متفاوت نیز با توجه به شرایط متفاوت بوده‌اند. زمانی خطر ابتلا به بیماری طاعون برای مردم تنش‌زا بود، ولی امروزه ابتلا به بیماری‌هایی نظیر ایدز و سرطان برای مردم تنش‌زاست. براساس شواهد موجود در قرن بیستم مشکلات ناشی از رویدادهای تنش‌زا بویژه در کشورهای صنعتی و پیشرفته غربی، افزایش یافته است (پاول و ان رایت ، ۱۹۹۱)، تا جایی که بعضی از صاحب‌نظران، عصر ما را "عصر استرس" نامیده‌اند (گلدبرگر و برزنتیز ، ۱۹۹۲).
چرخه پریشانی

تنش‌زاهای تغییر	تنش‌زاهای بیماری	تنش‌زاهای فیزیکی
تنش‌زاهای شیمیایی	تنش‌زاهای هیجانی	
تنش‌زاهای رفت و آمدهمه روزه	تنش‌زاهای محیطی	تنش‌زاهای اجتماعی
از حومه به شهر و بالعکس	تنش‌زاهای خانوادگی	تنش‌زاهای کار
تنش‌زاهای تصمیم‌گیری	تنش‌زاهای درد	

افزایش بار استرس
پریشانی

رفتاری (مثلاً)	فیزیولوژیکی	هیجانی (مثلاً)	شناختی (مثلاً)
پرخوری و	(مثلاً ککش	اضطراب ،	افزایش آشفتگی،
زیاده‌روی در	ماهیچه‌ای زیاد،	افسردگی و	کاهش تمرکز
مصرف الکل)	فشار خون بالا و	خشم زیاد)	حواس)
ضربان قلب تند)			

اختلالات رفتاری	اختلالات پزشکی	اختلالات هیجانی	اختلالات شناختی
(مثلاً چاقی	(مثلاً سردردها،	(مثلاً اضطراب	(مثلاً مشکلات
و الکلیسم)	تنش‌های زیاد،	و افسردگی	حافظه، افکار
و بیماری قلبی)	تغییرات شخصیتی	وسواسی و	
و بیماری روانی)	اختلالات خواب		

کاهش باروری
کاهش شادمانی
کاهش صمیمیت

چرخه سلامتی

تنش‌زاهای فیزیکی	تنش‌زاهای بیماری	تنش‌زاهای تغییر
	تنش‌زاهای هیجانی	تنش‌زاهای شیمیایی
تنش‌زاهای اجتماعی	تنش‌زاهای محیطی	تنش‌زاهای رفت و آمده‌ها روزه
تنش‌زاهای کار	تنش‌زاهای خانوادگی	از حومه به شهر و بالعکس
	تنش‌زاهای درد	تنش‌زاهای تصمیم‌گیری

افزایش دهنده تندرستی
پاسخ‌های سبک زندگی

پاسخ‌های سازگارانه	پاسخ‌های سازگارانه	پاسخ‌های سازگارانه
شناختی و هیجانی (مثلاً)	فیزیکی (مثلاً تغذیه، ورزش و استراحت)	رفتاری (مثلاً)
بی‌خطری تنش‌زاهای		برنامه ریزی زمانی)
		بازسازی شناختی)

پیشرفت سلامتی روانی و	پیشرفت سلامتی بدنی و	افزایش عزت نفس،
مقاومت در برابر	مقاومت در برابر	حرمت نفس و
تنش‌زاهای آینده	بیماری	اعتماد به نفس

افزایش باروری
افزایش شادمانی
افزایش صمیمیت

نمودار ۲ - ۱ - چرخه سلامتی (برگرفته از محی‌الدین، ۱۳۷۴)

استرس در شرایط و موقعیت‌های گوناگون پدید می‌آید. تحولات سریع در بسیاری از زمینه‌ها، رشد روزافزون جمعیت، تغییر در آداب و رسوم اجتماعی، مسائل مربوط به خانواده، خویشاوندان، شکست و ناکامی، ازدواج، طلاق، مسکن، مهاجرت، اختلافات زناشویی، ناسازگاری‌های محیط کار، صدمات جسمی شدید، اعمال جراحی، بیماری‌های صعب‌العلاج، زندانی شدن و مرگ عزیزان همه می‌توانند منشأ بروز مشکلات و ناراحتی‌های متعددی شوند که بعضی از آنها بیشتر جنبه جسمانی و برخی جنبه روانی دارند. برخی از بحران‌ها، ناگهانی و کوتاه‌مدت و بعضی دیگر تدریجی و طولانی‌مدت‌اند. البته استرس به مقدار کم برای انسان مفید است، چراکه یادگیری را پایدارتر، حافظه را نیرومندتر و عملکرد را بهتر می‌کند. در حقیقت، استرس مثبت، نیروی محرکه لازم را برای

رعایت تقدم و تأخر فعالیت‌ها یا اتمام به موقع کارها فراهم می‌آورد. تا زمانی که در فرد احساس کنترل وجود داشته باشد، استرس سودمند واقع می‌شود (دی‌یانگ، ۱۹۹۴).

هلمز و راهه (۱۹۶۷) تأثیر وقایع زندگی را در بروز بیماری‌ها مطالعه کردند. آنان دریافتند که بیشتر بیماران چند ماه قبل از وقوع بیماری وقایع استرس‌آمیزی را در زندگی خود تجربه کرده‌اند. بر این اساس آنان «مقیاس درجه‌بندی انطباق مجدد اجتماعی» را برای ارزیابی مهم‌ترین وقایع (۴۳ واقعه) زندگی افراد در شش یا دوازده ماه اخیر طراحی کردند. هلمز و راهه این وقایع را با توجه به میزان اثر آنها درجه‌بندی کردند. در این مقیاس به‌مرگ همسر به‌عنوان مهم‌ترین منبع استرس بیشترین نمره یعنی ۱۰۰ داده شده است. به‌نظر هلمز و راهه (۱۹۶۷)، هرگونه تغییر اعم از مطلوب یا نامطلوب می‌تواند تنش‌زا باشد. براساس پژوهش‌های مارتین (۱۹۸۹)، افرادی که در طی یک سال بیش از ۳۰۰ واحد تغییر براساس مقیاس هلمز و راهه را در زندگی تجربه می‌کنند، بیش از سایرین در معرض خطر ابتلا به بیماری‌های جسمانی و روانی قرار دارند. حملات قلبی، دیابت، آسم، اضطراب و افسردگی از مهم‌ترین این بیماری‌ها به‌شمار می‌روند. وقایع تنش‌زای زندگی حتی می‌توانند در بروز بیماری‌های خطرناکی همچون سرطان نقش داشته باشند، کمابینه سرطان در میان زوج‌هایی که طلا گرفته‌اند و زنان بیوه بیش از سایر افراد مشاهده شده است. این مسئله را می‌توان به این موضوع نسبت داد که افراد مجرد احتمالاً به‌دلیل فقدان حمایت‌های اجتماعی استرس بیشتری را تجربه می‌کنند.

نحوه پاسخ یا واکنش به عوامل تنش‌زا نیز در میزان بروز حالت‌های مثبت یا منفی در افراد نقش دارد. این موضوع در پژوهش‌های متفاوت با عنوان سبک‌های مقابله مورد بررسی قرار گرفته است. پس از وقوع رویداد تنش‌زا بیشتر افراد می‌کوشند یک یا چند سبک مقابله را به‌کار گیرند تا در سازگاری با موقعیت‌های دشوار و کاهش تأثیرات نامطلوب استرس به آنان کمک کنند. شیوه‌هایی که فرد برای مقابله با استرس انتخاب می‌کند، می‌تواند جزئی از نیمرخ آسیب‌پذیری وی محسوب می‌شود. به‌کارگیری روش‌های نامناسب در مواجهه با استرس، ممکن است موجب افزایش آسیب‌پذیری شود؛ درحالی‌که به‌کارگیری شیوه‌های مناسب می‌تواند نتایج مثبتی را به‌دنبال داشته باشد.

مواردی از قبیل ظرفیت جسمانی، طرز برداشت، واکنش‌پذیری و تجارب پیشین افراد در چگونگی پاسخ‌دهی آنان به استرس نقش دارد. با توجه به عناصر پیش‌گفته، ممکن است برخی افراد موقعیتی را تنش‌زا به‌شمار آورند، درحالی‌که دیگران ارزیابی متفاوتی از آن موقعیت داشته باشند. بدین ترتیب، نحوه ارزیابی و چگونگی ادراک شخص از موقعیت است که در بروز عوارض استرس تعیین‌کننده محسوب می‌شود (استویوا و کارلسون، ۱۹۹۳).

منابع استرس

برخی از تعاریفی که در مورد استرس و سبک‌های مقابله با آن مطرح شده‌اند مبتنی بر منابع ایجادکننده استرس هستند. فولکمن و موسکوویتز (۲۰۰۴) فرایند مقابله را تفکرات و رفتارهایی که برای مدیریت تقاضای درونی و بیرونی در موقعیت‌های پرتنش به‌کار می‌روند، تعریف نموده‌اند. در این تعریف منابع تنش‌زا وقایع و موقعیت‌های بیرونی تلقی شده‌اند. در حالی که روان‌شناسان پیرو اصالت وجود (برای مثال بالوم ۱۹۸۱). منابع ایجادکننده استرس و اضطراب را به درون انسان نسبت می‌دهند.

در هر صورت، استرس جزئی از زندگی بشر و اجتناب‌ناپذیر است. گذراندن اوقات زندگی انسان در سه بخش عمده می‌گذرد: سازمان، جامعه و خانواده. بدیهی است که استرس نیز در هر سه بخش یادشده وجود دارد. پستونجی (۱۹۹۲) معتقد است سرچشمه استرس در زندگی سه قسمت است: مشاغل و سازمان‌ها، مسائل اجتماعی و خانواده.

به‌نظر برخی صاحب‌نظران از یک دیدگاه می‌توان علل استرس را به دو بخش عمده درون‌سازمانی و برون‌سازمانی تقسیم کرد. تنش‌زاهای برون‌سازمانی شامل تغییرات اجتماعی، فناوری، خانواده، جابه‌جایی، شرایط اقتصادی، نژاد و طبقه اجتماعی و شرایط محیط زندگی از تنش‌زاهای برون‌سازمانی محسوب می‌شود. معرفی منابع و عوامل تنش‌زا بستگی به این دارد که صاحب‌نظران انسان را از چه دیدگاهی مورد بررسی قرار دهند. پیروان رفتار سازمانی، فرد را درون‌سازمانی و به عبارتی "سازمانی" می‌دانند و به

همین لحاظ منابع استرس را به درون و بیرون‌سازمانی تقسیم می‌کنند. برخی نیز انسان را درون جامعه می‌بینند و تقسیمات خود را از منابع استرس بیشتر به صورت جامعه‌شناختی ارائه می‌دهند.

استرس‌های ناشی از شغل

اکثر مردم بیش از نیمی از اوقات بیداری خود را در محل کار به سر می‌برند محیط کار بر آنان تأثیرگذار است. مقارن با صنعتی شدن جهان غرب به مسائل کار و محیط آن توجه بیشتری شده است (کوپر و دیگران، ۲۰۰۱). در همین راستا استرس‌های شغلی و تأثیر آن بر کارایی افراد مورد توجه واقع شده است. کان و همکاران (۱۹۶۴) در مورد علل ماهیت و پیامدهای استرس‌های شغلی به مطالعه پرداختند. آنها دو نوع استرس سازمانی را تشخیص دادند: تعارض نقش و ابهام نقش. تعارض نقش عبارت است از وقوع همزمان دو یا بیش از دو تقاضا که نقش‌های متفاوتی را ایجاد می‌کنند و فرد می‌تواند در تمامی آن موقعیت‌ها نقش خود را ایفا کند. ابهام نقش نیز به سردرگمی فرد در چگونگی ایفای نقش خود اشاره دارد. هنگامی که افراد اطلاعات کافی در زمینه نقش‌های خود ندارند با ابهام نقش مواجه می‌شوند. تعارض نقش و ابهام نقش هیجان‌های منفی را افزایش می‌دهند. علاوه بر اینها، احساس امنیت شغلی، مدیریت نامناسب در محیط کار از متغیرهایی هستند که با استرس‌های شغلی رابطه نشان داده‌اند.

استرس‌های ناشی از مسائل اجتماعی

عوامل اجتماعی شامل عوامل محیطی است که شخص را احاطه کرده‌اند و او در زندگی اجتماعی خود با آنها سر و کار دارد. موقعیت‌هایی که معمولاً غیرقابل کنترل‌اند، مانند مسائل مربوط به مبادله و معامله، درصاف ایستادن، ازدست دادن کالا و تأخیر، در بروز استرس مؤثرند (وارد، بی‌تا؛ ترجمه بابک مهرآیین، ۱۳۷۳). بسیاری از مسائل اجتماعی که به استرس می‌انجامند، از زندگی شهری و مدرن سرچشمه می‌گیرند، از قبیل رقابت با دیگران و تقاضاهای تحصیلی و شغلی. هرچه میزان بهره‌گیری از فناوری در زندگی بیشتر باشد، به همان نسبت میزان استرس افزایش می‌یابد. حوادث زندگی، در افزایش و کاهش استرس مؤثر است. بیشتر مردم حوادث آسیب‌زا را در زندگی تجربه نمی‌کنند، اما بسیاری از تغییرات عظیم را پشت سر می‌گذارند و در طول زندگی با مشکلات مزمن مواجه می‌شوند. به‌طور کلی، تغییراتی که زندگی معمولی را بر هم بزنند یا آماده‌تلاشی شدن سازند، حوادث زندگی نامیده می‌شوند (ساعتچی، ۱۳۷۰). به‌نظر هلمز و راهه (۱۹۶۷)، تغییرات بسیار ناگهانی زندگی در حقیقت افراد را بشدت گرفتار استرس می‌کند.

استرس‌های ناشی از شرایط خانوادگی

خانواده، پایه و اساس جامعه است. در صورتی که امور خانواده منظم و متناسب با موقعیت‌های مختلف اعضای آن باشد، می‌توان گفت بسیاری از مسائل رخ نخواهد داد. وضعیت شغلی اعضا بر خانواده تأثیر دارد، همچنین وضعیت خانواده بر شغل فرد مؤثر است. چنانچه توازن مناسبی بین وقت و انرژی مصرف‌شده در هنگام کار، با وقت و انرژی مصروفی امور مربوط به خانه موجود نباشد، استرس به‌وجود می‌آید (وارد، بی‌تا؛ ترجمه بابک مهرآیین، ۱۳۷۳).

ایجاد روابط صمیمی در محیط خانه در آسایش روحی اعضای خانواده تأثیر فراوانی دارد. اگر این روابط در محیط خانه ارضا نشود، سبب بروز استرس خواهد شد که بسیاری از بحران‌ها و مشکلات خانوادگی نیز از همین مسئله نشأت می‌گیرد و موجب تشدید استرس می‌شود.

هنگامی که افراد از محل زندگی خود به جایی مهاجرت می‌کنند که فرهنگ آن با فرهنگ آنان تفاوت دارد، دچار استرس می‌شوند. در این شرایط، مهاجرت می‌تواند منبع استرس باشد، چراکه بیشتر افراد نمی‌توانند به آسانی با ارزش‌های جدید انطباق حاصل کنند و رفتارهای خود را با هنجارهای اجتماعی محل جدید زندگی خود مطابقت دهند. تفاوت میان تقاضاهای محیطی و تجارب پیشین افراد موجب ایجاد استرس در فرد می‌شود (بارت و الندیک ، ۲۰۰۴). از سوی دیگر، افراد باید ضمن حفظ هویت فرهنگی خود، هویت جدیدی را با توجه به مکان زندگی جدید خود شکل دهند و رفتارها و آداب و رسوم جدید را مورد توجه قرار دهند، این مسئله در بیشتر موارد موجب بروز استرس می‌شود (سام ، ۲۰۰۰). تجارب اولیه تعامل افراد با سایرین در فرهنگ جدید بر انطباق آنان تأثیر دارد. اگر تجارب تعامل اولیه مثبت باشد، احتمال انطباق با فرهنگ جدید افزایش می‌یابد، متأسفانه در بیشتر موارد تغییر فرهنگی با استرس، تعارض، کاهش عزت نفس، سردرگمی هویتی و مشکلات درونی توأم است (آرسیا، اسکینر، بیلی و کوریا ، ۲۰۰۱).

نوجوانان و جوانان در مقابل تغییر فرهنگ آسیب‌پذیرترند، زیرا آنان همزمان با از دست دادن حمایت‌های خانوادگی، مشکلات آموزشی و ارتباطی پیدا می‌کنند و از سوی هم‌تایان نیز طرد می‌شوند (وینتر و یانگ ، ۱۹۹۸).

علائم استرس

علائم استرس را می‌توان به علائم جسمانی، روانی و رفتاری تقسیم کرد. این موارد در بخش زیر بررسی می‌شوند:

علائم جسمانی

علائم جسمانی استرس، بسیار زیاد است و در افراد مختلف به صور گوناگون جلوه می‌کند. اما بعضی از تجلیات علائم استرس فراوان‌ترند و تا حدودی جنبه عمومی دارند. با انجام آزمایش‌ها و آزمون‌هایی که امروزه انجام می‌گیرد، می‌توانیم میزان و درجه استرس‌هایی را که با آنها مواجه‌ایم، تعیین کنیم.

فرض کنید در حال رانندگی در بزرگراهی هستید، ناگهان با ماشین سواری دیگری که از مسیر خود منحرف شده است، تصادف می‌کنید و دچار شکستگی استخوان می‌شوید. شما، به دلیل اینکه مورد تهدید واقع شده‌اید، واکنش نشان می‌دهید و مراحل نشانگان سازگاری کلی رخ می‌دهد. یعنی با شروع مرحله هشدار، قلب شما تند می‌زند، تنفس تند و مردمک چشم منبسط می‌شود. از طرف دیگر، به دلیل آسیب‌دیدگی پاهایتان، واکنش‌هایی از خود نشان می‌دهید، فریاد می‌کشید و پس از این عصبانیت زودگذر، توجه شما به مسائل جانبی دیگر معطوف می‌شود، عضلات شما سفت می‌شود، احساس درد می‌کنید و ممکن است در معده خود احساس سوزش و درد نمایید. بعد از چند دقیقه، علائم حاد مرحله هشدار از بین می‌رود، ضربان قلب و تنفس به حالت عادی بر می‌گردد، حالات هیجانی معتدل و ملایم می‌شود. با این حال، ممکن است بعضی از این تغییرات فیزیولوژیکی مثل انقباض عضلانی، درد معده و حالت تهوع از بین نرود و برای مدتی پایدار بماند. از طریق نتایجی که از برخورد با یک عامل تنش‌زا در فرد ایجاد می‌شود، می‌توان علائم فیزیولوژیکی و حتی سطحی استرس را اندازه‌گیری کرد. برای مثال اگر تنش عضلانی و همچنین سایر تغییرات فیزیولوژیکی ناشی از استرس باشند، میزان تنش عضلانی، شاخصی از سطح استرس محسوب می‌شود.

علائم روانی و رفتاری

تنها علائم جسمانی و تغییرات انتقال‌یافته از استرس مبین علائم استرس نیستند، بلکه رفتار و احساسات انسان هم می‌تواند شاخصی قوی مبنی بر وجود استرس در فرد باشد. در مراحل مختلف سندرم سازگاری کلی مانند مراحل پایداری و هشدار، مجموعه‌ای از شاخص‌های رفتاری گوناگون رخ می‌دهند؛ البته بعضی از این رفتارها آشکار و عمومی‌اند و پاره‌ای از آنها

اختصاصی‌اند. بعضی از مردم در شرایط تنش‌زا تمایل به تند راه رفتن، تندحرف زدن، حتی تند نفس کشیدن دارند؛ بعضی دیگر به سیگار کشیدن، مصرف الکل و پرخوری مبادرت می‌ورزند.

علاوه بر شاخص‌های رفتاری، مجموعه‌ای از علائم روانی نیز در شرایط استرس بروز می‌کند؛ برای مثال الگوهای عادی روانی تغییر پیدا می‌کند، جریان ذهنی فرد از هم پاشیده می‌شود، سازماندهی و وحدت روانی فرد به هم می‌خورد، عاطفه و هیجان فرد تحت تأثیر استرس قرار می‌گیرد و فرد حالت عاطفی چسبنده‌ای پیدا می‌کند. به‌طور مثال برای مدتی ناراحت و افسرده شده و در نهایت جریان فکری او مختل می‌شود. عصبانیت ناگهانی، سرخوشی، تغییرات سریع خلق، گرایش به افسردگی و پرکاری از زمره علائم روانی استرس‌اند. پاسخ‌های شناختی نیز تحت تأثیر استرس قرار می‌گیرد. البته این اثرپذیری خیلی دقیق و ظریف است. استرس می‌تواند علتی برای اختلالات حافظه یا افکار تکراری و وسواسی در زمینه‌ای خاص باشد. اختلال در جریان فکری نیز می‌تواند ایجاد شود.

علائم روانی، رفتاری و ذهنی می‌توانند مانند علائم جسمانی، شاخصی برای وجود استرس باشند. علائم روانی مانند علائم جسمانی در صورت تداوم استرس به مرحله تخلیه نزدیک و شدید می‌شوند. اما علائم جسمانی بدن را به سوی بیماری‌های شدید و جدی جسمانی سو می‌دهند. علائم روانی هم سبب کاهش انرژی و خستگی روانی فرد می‌شوند که در نهایت ممکن است به روان‌گسیختگی منجر شوند.

خانواده‌هایی که استرس بسیاری را تجربه می‌کنند، اغلب با انبوهی از شرایط تنش‌زا یا تراکمی از حوادث و وقایع زندگی، که هر کدام فشار زیادی را بر نظام خانوادگی وارد می‌آورند، مواجه هستند. هر تغییری که برای یکی از اعضای خانواده پیش می‌آید، بدون شک بر دیگر اعضای خانواده نیز تأثیر می‌گذارد و برای کل نظام خانواده پیامدهایی را دربر دارد. تغییرات و انتقال‌های خانوادگی چه بسا دارای نتایجی از قبیل ناتوانی اعضای خانواده در سازماندهی موفقیت‌آمیز و مجدد شرایط، افزایش احساس افسردگی، از دست دادن عزت نفس، افزایش مشکلات رفتاری و میزان بالاتری از استرس باشند (پلانکت، ۱۹۹۹).

تغییرات در نظام خانوادگی می‌تواند در ازدیاد و ایجاد استرس سهم باشد. مهمترین تغییرات عبارتند از: ۱. تغییر یا انتقال بعضی از اعضای خانواده و نقش‌های آنان؛ ۲. مسائل مربوط به ازدواج و به دنیا آوردن فرزند؛ ۳. از دست دادن عضوی از خانواده، دوستان، وابستگان نزدیک یا از دست دادن درآمد، مال یا دارایی؛ ۴. مسئولیت‌های مربوط به امور مالی و مواظبت از سلامتی و بهداشت خانواده؛ ۵. مسائل مرتبط با استفاده از مواد مخدر و ۶. درگیری با مراجع قانونی (کوباسا، ۱۹۹۷).

استرس در نوجوانان

نوجوانی، بخشی از گستره زندگی آدمی است که افراد با مجموعه‌ای از موانع و چالش‌های تحولی روبه‌رو می‌شوند. این چالش‌ها در مواردی نظیر رشد هویت و شخصیت و پیشرفت مستقل از خانواده، ایجاد ارتباط و هم‌رنگی با گروه همسالان روی می‌دهند. علاوه بر این، انتقال از دوران کودکی به بزرگسالی به موازات مجموعه‌ای از تغییرات جسمی - روانی صورت می‌گیرد. این دوره زمانی است که افراد باید نقش‌های اجتماعی را در گروه همسالان و در ارتباط با افراد جنس مخالف برآورده سازند و مهارت‌های اجتماعی را بیاموزند؛ شرایط و الزامات حضور در مکان‌های آموزشی را فراهم آورند و برای آینده شغلی خویش تصمیم بگیرند. هر کدام از این ملزومات تحولی و سازگارانه نوعی توانایی مقابله را می‌طلبد که همانا راهبردهای رفتاری و شناختی برای انتقال مؤثر و سازگارانه است.

بدون شک همه نوجوانان، نگرانی‌هایی دارند که بر زندگی آنها اثر می‌گذارد. مطالعات طولی، ارتباط میان وقایع تنش‌زای زندگی، تضادها، برخوردها و کشمکش‌های خانوادگی را با رفتارهای تخلف‌آمیز، آسیب‌رسانی به خود و انزوای اجتماعی در جوانان تأیید کرده‌اند. با وجود این، بر اساس الگوی تعاملی زندگی، استرس جزء طبیعی و عادی زندگی است (فریدنبرگ و لويس، ۱۹۹۳). در

این الگو، استرس از عدم توازن و تعادل بین تصورات افراد از تقاضاهای محیطی و منابعی که برای مواجهه با آن تقاضاها در اختیارشان است، ناشی می‌شود. تعداد جوانانی که نگرانی‌ها و مشکلاتی دارند، و چه بسا ممکن است آنها را درهم شکسته و ناتوان سازد، روبه‌تزايد است. در نهایت مشکلاتی که بر ذهن، روان و فکر جوانان فشار وارد می‌سازند، ممکن است به‌افسردگی شدید و خودکشی آنان منجر شود. در واقع علت آنکه برخی از نوجوانان و جوانان به خودکشی مبادرت می‌ورزند، آن است که نمی‌توانند با مشکلاتشان در زمانی خاص مقابله کنند و هنگامی که تنش وارد بر آنها و عدم اطمینان در آنها افزایش یابد، آسیب‌پذیرتر می‌شوند. چنانچه ذکر شد، نوجوانی شروع دوره انتقال از کودکی به بزرگسالی است و انتقال از یک دوره تحول به دوره دیگر معمولاً با استرس‌هایی همراه است. چنانچه در بعضی از مطالعات گزارش شده، نگرانی والدین درباره فرزندانی که در سنین نوجوانی به‌سر می‌برند، بسیار زیاد است و در این زمینه استرس‌های زیادی را متحمل می‌شوند (رستریو و براگز ، ۱۹۹۱).

لارسن و آسموسن (۱۹۹۱) ضمن بررسی جنبه‌های مختلف زندگی نوجوانان، به این نتیجه رسیدند که بیشترین زمینه‌ای که در نوجوانان استرس ایجاد می‌کند، به "خود" آنان یعنی ویژگی‌ها، توانایی‌ها، تمایلات، حالات هیجانی، فعالیت‌ها و عملکردهایشان برمی‌گردد. فعالیت‌های تحصیلی و ارتباط با مسئولان مدرسه، چگونگی گذراندن اوقات فراغت و نحوه ارتباط با اعضای خانواده نیز از زمینه‌های تنش‌زا در جوانان محسوب می‌شوند. سایر حیطه‌های تنش‌زا عبارتند از ارتباط با همسایه‌ها، افراد غریبه یا ناآشنا و همسالان. مسائل خانوادگی و ارتباط با همسالان برای دختران بیشتر از پسران استرس ایجاد می‌کند. کامپاز (۱۹۸۷) بعضی از استرس‌ها از قبیل کشمکش‌های زیاد با والدین و از دست دادن دوستان را با تغییرات خاص دوره نوجوانی مرتبط می‌داند.

تغییرات زیست‌شناختی در نوجوانان طی دو قرن گذشته در اثر کنترل عفونت‌ها و بهبود تغذیه بویژه در جوامع پیشرفته، میانگین سن بلوغ را کاهش داده است. هامبورگ (۱۹۹۰) معتقد است تغییرات اجتماعی و محیطی سبب طولانی‌تر شدن دوره نوجوانی می‌شود و اساساً مشکلاتی را ایجاد می‌کند. تغییرات اجتماعی دو قرن اخیر از قبیل صنعتی شدن جوامع و نیاز به تحصیل، سبب افزایش طول دوره نوجوانی شده است. این تغییرات موجب ناهماهنگی بین بلوغ فیزیولوژیک و بلوغ اجتماعی شده است. درحالی‌که فرد در آغاز نوجوانی به بلوغ فیزیولوژیک می‌رسد، هنوز از نظر تجربیات اجتماعی و فعالیت‌های شناختی به بلوغ لازم نرسیده است. هامبورگ اضافه می‌کند، در جهان امروز کاهش شبکه‌های حمایت خانوادگی و اجتماعی، مهاجرت، افزایش خانواده‌های تک‌والدی و کاهش ارتباط اقوام با یکدیگر استرس‌های بیشتری را برای نوجوانان ایجاد کرده است. درحالی‌که در اجتماعات کوچک به‌دلیل وجود ارتباطات خانوادگی و اجتماعی گسترده، نوجوانان در مواجهه با وقایع تنش‌زا کمتر آسیب می‌بینند و روش‌های رویارویی و سازگاری مناسب به آنها یاد داده می‌شود. این در حالی است که در دوره نوجوانی نیاز به برقراری روابط اجتماعی، کسب استقلال و شکل دادن به هویت بیشتر می‌شود. این موضوع می‌تواند سبب تعارض نوجوانان با والدین در زمینه کارهای معمولی روزمره، انجام فعالیت‌های تحصیلی، انتخاب لباس و ارتباط با برادران و خواهران باشد.

عامل دیگر استرس و تعارض والدین و نوجوانان، به مفهوم شکاف نسل‌ها برمی‌گردد که همان تفاوت در ارزش‌ها، اعتقادات و رفتارهای نسل قدیم و جدید است (مونت مایر ، ۱۹۹۰؛ به نقل از کافی، ۱۳۷۸). استرس بین والدین و نوجوانان در نظریه سیستمی خانواده نیز مورد بررسی قرار گرفته است. براساس این نظریه، خانواده، واحد سازمانی پویایی است که اعضای آن نسبت به هم وابستگی متقابل دارند. نتیجه این وابستگی آن است که هرگونه تغییر در یک عضو خانواده سبب بروز تغییراتی در سایر اعضای خانواده می‌شود.

دوره نوجوانی، دوره‌ای است که نوجوان باید خود را برای ورود به دانشگاه آماده سازد؛ همین مسئله در جامعه ما موجب وارد آمدن استرس بر خانواده و نوجوانان برای گذراندن کنکور ورودی دانشگاه‌ها می‌شود. پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند جوانان پس از ورود به دانشگاه نیز در معرض عوامل نامساعدی چون تشویش، نگرانی، اضطراب و استرس قرار دارند؛ این عوامل موفقیت و پیشرفت تحصیلی آنها را تهدید می‌کند و موجب می‌شود عده‌ای از آنها در اتمام به موقع دوره تحصیلی خود ناموفق باشند. این عوامل را می‌توان به دو دسته کلی طبقه‌بندی کرد.

دسته اول، عواملی است که به قبل از ورود فرد به دانشگاه مربوط می‌شود، مانند توانایی‌های هوشی، کلامی، تمایلات، رغبت‌ها، وضعیت جسمانی و روانی، وضعیت اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و خانوادگی و میزان پایداری به آداب و رسوم. دسته دوم، مربوط به حضور فرد در محیط دانشگاه است. عواملی نظیر عدم آشنایی به موقع با مقررات و آیین‌نامه‌های آموزشی، ناآشنایی با عنوان‌ها و سرفصل‌های دروس، زندگی در خوابگاه و دورماندن از کانون خانواده می‌تواند موجب بروز استرس در دانشجویان شود.

با توجه به آنچه گفته شد، درمی‌یابیم عوامل و وقایع تنش‌زای دوران جوانی بسیار متنوع و گوناگون‌اند، برخی از آنها مثبت و پاره‌ای منفی‌اند. حال باید دید واکنش‌های ناشی از این عوامل تنش‌زا در جوانان چگونه است در سطح جسمی، ارگانیک در جریان استرس ایزارهای دفاعی خود از جمله فرایندهای ایمنی را در برابر تهاجم عوامل بیولوژیک به کار می‌اندازد که این همان واکنش اختصاصی بدن است. در زمینه استرس‌های دوره نوجوانی و چگونگی رویارویی با آنها مسائلی نیز در سطح نظری مطرح شده است. آنافرودید با تأکید بر نظریه روان‌تحلیل‌گری، بیداری مجدد کشاننده‌های لیبیدویی را در تعارض‌ها و شورش‌های نوجوانی مؤثر می‌داند. ظهور کشاننده‌ها منجر به تقویت "نهاد" و تضعیف "من" می‌شود و در نتیجه در افزایش اضطراب، تنش‌ها و تشدید نوسانات عاطفی نقش دارد. آنافرودید مکانیسم‌های دفاعی را روش‌هایی می‌داند که نوجوان برای رویارویی با موقعیت‌های اضطرابی به کار می‌گیرد.

با آنکه در بسیاری از دیدگاه‌های نظری بر وجود استرس‌های دوره نوجوانی تأکید شده، پژوهشگران علوم اجتماعی و مردم‌شناسان به این نتیجه رسیده‌اند که اساساً مشکلات نوجوانان و جوانان از شرایط فرهنگی - اجتماعی متأثر است؛ زیرا رشد و تحول آنان بویژه در زمینه‌ها و صحنه‌های اجتماعی و هیجانی تحت تأثیر چرخش‌ها و تغییرات جامعه قرار دارد. بر این اساس روش‌هایی که بزرگسالان و جوانان برای مقابله با نگرانی‌هایشان استفاده می‌کنند، در سطح وسیعی متأثر از جامعه است. وقتی که جوانان قادر نیستند به‌طور مؤثری با نگرانی‌های خود مقابله کنند، رفتارشان نه تنها می‌تواند تأثیرات مضر بر زندگی آنان داشته باشد، بلکه می‌تواند آثار زیانباری در خانواده یا اجتماع بزرگ‌تری که آنها تابع آنند، بر جای گذارد.

روش‌هایی که جوانان برای مقابله با مشکلاتشان به کار می‌گیرند، ممکن است الگویی کلی را برای زندگی آنان ایجاد کند. به‌علاوه اینکه جوانان چگونه برای آینده‌شان برنامه‌ریزی می‌کنند، کاملاً تحت تأثیر جامعه‌ای است که در آن زندگی می‌کنند. رفتارهای سازگارانۀ جوانان تعیین خواهد کرد که در آینده برای آنها چه پیش خواهد آمد.

مدارس و دانشگاه‌ها، به‌عنوان یکی از نمایندگان بزرگ جامعه‌پذیری جوانان، می‌توانند سهم بزرگی در سلامت، رضایت و خشنودی جوانان داشته باشند. مربیان می‌توانند با درک و فهم نیازهای جوانان و همچنین پاسخ به نیازهای آنها، آنان را در مقابله با مشکلات یاری دهند. این کار می‌تواند از طریق برنامه‌های حمایت اجتماعی و برنامه‌های آموزشی صورت گیرد. می‌توان روش‌های رویارویی متناسب با سلامت روانی را به آنها آموزش داد و به معلمان و استادان توصیه کرد که به شیوه‌های تفکر دانش‌آموزان و دانشجویان و ارزیابی شناختی آنها از عملکرد تحصیلی‌شان توجه خاصی مبذول دارند. اگر جوانان آموزش ببینند تا شکست تحصیلی خود را به عواملی قابل کنترل ارتباط دهند (میزان تلاش)، در آن صورت ممکن است بتوان از پیامدهای زیان‌آور شکست در آنان جلوگیری کرد.

به‌نظر سلیگمن (۱۹۷۵)، استرس‌هایی چون از دست دادن والدین، در نحوه تبیین فرد از رویدادهای بعدی و در نتیجه آمادگی برای ابتلا به افسردگی و اضطراب مؤثر واقع می‌شود. همچنین لوینسون، راد و سیلی (۱۹۹۴) معتقدند فقدان توانایی حل مسئله و مهارت‌های رویارویی مناسب با استرس‌های مختلف می‌تواند در شمار عوامل مهم آسیب‌پذیری برای اقدام به خودکشی در بعضی از نوجوانان محسوب شود. بنابراین، مسئولان آموزش باید با آموزش مهارت‌های حل مسئله و شیوه‌های رویارویی با استرس به جوانان کمک کنند تا از موقعیت‌های تنش‌زا به خوبی بگذرند.

استرس در زنان

منابع استرس و روش‌های پاسخ‌دهی به آن در زنان و مردان با یکدیگر تفاوت دارد. بیشتر زنان از استرس‌های ناشی از ارتباط با دیگران رنج می‌برند؛ این روند از اولین سال‌های زندگی آغاز می‌شود. در خردسالی تمامی کودکان چه دختر و چه پسر نسبت به سوءاستفاده و مورد غفلت قرار گرفتن، آسیب‌پذیرند و بهداشت روانی آنها به‌طور مستقیم به کسانی که از آنها نگهداری می‌کنند، بستگی دارد. علاوه بر این، ممکن است از سوی گروه‌های بزه‌کار و خلافکار مورد سوءاستفاده قرار گیرند.

تا قبل از سن بلوغ، خطر سوءاستفاده از دختران و پسران تقریباً به یک میزان است، ولی در سن بلوغ این خطر، دختران را بیش از پسران تهدید می‌کند. در این سن، منابع استرس در دختران همچنان ارتباطی است و شدت نشانگان در آنان بیش از پسران است. برای مثال در نزاع‌های زناشویی، زنان بیش از مردان دچار استرس می‌شوند. این موضوع در واکنش‌پذیری قلبی - عروقی، نیم‌رخ‌های چربی، فشار خون و سایر نشانگان فیزیولوژیکی استرس در زنان نیز مشاهده شده است (کندال - تاکت، ۲۰۰۵). در مجموع، زنان در مقابل بیماری‌های ناشی از استرس از مردان آسیب‌پذیرترند؛ چنانچه بیماری‌های قلبی - عروقی اولین عامل مرگ و میر در زنان است و میزان افسردگی در زنان دو برابر مردان است (مازور، کیتا، بلهار، ۲۰۰۲). همچنین زنان نسبت به اختلال استرس پس‌ضربه‌ای (PTSD) در مقایسه با مردان آسیب‌پذیرترند.

براساس یافته‌های مطالعه‌ای که در کانادا بر روی ۱۰۰۷ زن صورت گرفته است، زنان در مواجهه با وقایع مشابه با احتمال بیشتری به PTSD مبتلا می‌شوند، بویژه اگر واقعه در دوران کودکی رخ داده باشد (برسلاو، دیویس، اندریسکی و پیترسون، ۱۹۹۷؛ کندال - تاکت، ۲۰۰۳). در مطالعه دیگری میزان وقوع PTSD در زنان و مردانی که تصادف کرده بودند، بررسی شد؛ یافته‌های این پژوهش مبین وجود PTSD بیشتر در زنان در مقایسه با مردان بوده است (فولرتون و دیگران، ۲۰۰۱). برخی از پژوهشگران این تفاوت‌ها را ناشی از تفاوت‌های فیزیولوژیکی میان زنان و مردان می‌دانند. به‌نظر آنان زنان از نظر فیزیولوژیکی آسیب‌پذیرترند (یهودا، ۱۹۹۹).

به‌نظر فلینگی (۲۰۰۳)، احتمال بروز نشانگان درد در زنان، حتی بدون وجود ضربه بیش از مردان است. البته به نظر می‌رسد میان ضربه و دردهای مزمن رابطه وجود دارد و بیشتر افراد بویژه زنان پس از وقوع حادثه‌ای به بیماری‌هایی نظیر سردرد مزمن و کم‌درد مبتلا می‌شوند (دروسمن و دیگران، ۲۰۰۰؛ کندال - تاکت، ۲۰۰۳).

منابع ایجاد استرس در زنان

زنان در طول زندگی با استرس‌های متعددی مواجه می‌شوند. برای مثال در بیشتر خانواده‌ها مراقبت از دیگران یکی از مسئولیت‌های زن به‌شمار می‌رود که مراقبت از والدین سالخورده یا بیمار از مهم‌ترین آنها محسوب می‌شود (لی، ۱۹۹۸؛ براملت و موشر، ۲۰۰۲).

الف) مراقبت از سالمندان

مقارن با رشد بهداشت، طول عمر انسان نیز افزایش یافته و موجب ازدیاد جمعیت سالمند شده است. بنا بر آماری که انجمن ملی جامعه سالخوردگان (۲۰۰۰) در آمریکا منتشر کرده، ۷۲ درصد کسانی که از سالخوردگان مراقبت می‌کنند، زن هستند. در ژاپن نیز مطالعات نشان داده، احتمال وقوع افسردگی در افرادی که از سالمندان مراقبت می‌کنند، بیشتر است (کاراساوا، هاتا، گوشیکن و هاسی گاوا، ۲۰۰۳).

ب) مراقبت از کودکان

مراقبت از کودکان حتی در بهترین شرایط، فعالیتی چالش‌برانگیز است. گاهی در کنار مراقبت از کودکان شرایطی به مادر تحمیل می‌شود که بر چالش‌های او می‌افزاید. برای مثال گاهی مادران مجبورند به‌دلیل جدایی از همسر، فوت او یا سایر وقایع، به تنهایی

به مراقبت از فرزندان پیرازند و در خارج از منزل نیز اشتغال به کار داشته باشند. در چنین شرایطی احتمال بروز استرس در مادر افزایش می‌یابد. مطالعات متعدد نشان داده‌اند، احتمال بروز افسردگی و استرس مزمن در مادرانی که به تنهایی به مراقبت از فرزندان خود می‌پردازند، بیشتر از مادرانی است که همسر دارند (کارنی، بودلی، آفورد و راکین، ۲۰۰۳). علاوه بر این، آنها در مقایسه با زنانی که همسر دارند، حمایت‌های اجتماعی کمتری دریافت می‌کردند و تماس آنان با دوستانشان نیز کمتر بود. در این مطالعه، استرس و فقدان حمایت‌های اجتماعی ۴۰ درصد واریانس موقعیت تک‌والدی و افسردگی را تبیین می‌کرد (کنдал - تاکت، ۲۰۰۵).

ج) مراقبت از کودکان با نیازهای ویژه

یکی دیگر از منابعی که در زنان استرس ایجاد می‌کند، مراقبت از کودکان با نیازهای ویژه است. مراقبت از این کودکان مستلزم صرف زمان و تلاش زیادی است و اگر مادر بدون کمک و حمایت دیگران به نگهداری از این کودکان بپردازد، ممکن است دچار استرس شود. البته متغیرهای دیگری هم در بروز استرس در این مادران نقش دارند. برای مثال تعداد فرزندان، وضعیت اجتماعی - اقتصادی و میزان ارتباط مادر با دیگران، از متغیرهایی هستند که در ایجاد استرس در مادران کودکان با نیازهای ویژه نقش دارند (کر و مک اینتاش، ۲۰۰۰).

بریتنر، مورگ، پیانتا و ماروین (۲۰۰۳) مادران کودکان با فلج مغزی را با مادران کودکان بهنجار مقایسه کردند. یافته‌های آنان نشان داد که مادران کودکان با فلج مغزی در مقایسه با مادران کودکان بهنجار استرس بیشتری را تجربه می‌کنند. همچنین مادران کودکان با نیازهای ویژه در مقایسه با پدران آنان در مقابل استرس آسیب‌پذیرترند. لیتل (۲۰۰۲) گروهی از پدران و مادران کودکان دارای سندرم آسپرگر و ناتوانی‌های یادگیری غیرکلامی را با یکدیگر مقایسه کرد. نتایج مطالعات او نشان داد که زنان در مقایسه با همسران خود استرس‌های خانوادگی بیشتری را تجربه می‌کنند؛ در مورد آینده فرزندان خود نگرانی‌های بیشتری دارند و احتمال وجود علائم افسردگی در آنان بیشتر است.

عوامل دیگری نیز در بروز استرس در زنان نقش دارند، مانند داشتن چند فرزند خردسال، کم‌خوابی، خستگی و انتظارات غیرواقع‌بینانه. بیشتر مادرانی که مسئولیت مراقبت از چند فرزند را به تنهایی به‌عهده دارند، ممکن است به‌علت بی‌خوابی و خستگی مداوم دچار استرس شوند. همچنین داشتن انتظارات غیرواقع‌بینانه از خود در مورد مسئولیت‌های خود و نیازهای دیگران ممکن است به ایجاد استرس بینجامد. بیشتر زنانی که از خود انتظارات بیش از حد دارند، جملاتی را با خود بیان می‌کنند که با کلمه «باید» همراه است، مانند «زن باید به نیازهای همه افراد خانواده پاسخ دهد»، «زن باید بتواند همه چیز را تحت کنترل داشته باشد و از آنها مراقبت کند». این زنان اگر نتوانند انتظارات خود را برآورده سازند، احساس گناه می‌کنند و احتمال بروز افسردگی در آنان افزایش می‌یابد (کنдал - تاکت، ۲۰۰۵).

فصل دوم

مبانی نظری استرس

سیر تاریخی

اصطلاح استرس از زبان انگلیسی گرفته شده و معادل دقیق آن در فارسی کلمه " فشار " است، البته معنای وسیع و طیف گسترده آن را نمی‌رساند (شاملو، ۱۳۶۳). این اصطلاح تقریباً از قرن پانزدهم در زبان انگلیسی مورد استفاده قرار گرفت. در این زبان کلمه استرس به معنای فشار یا کشش فیزیکی به کار می‌رفت. تا قرن هفدهم کاربرد آن در حوزه‌های مهندسی معماری تعمیم یافت و از آن پس این کلمه در مفهوم سختی و فلاکت در مورد انسان نیز مورد استفاده قرار گرفت. به عبارت دیگر، فشار وارد بر فرد جانشین فشار وارد بر شیء شده بود. در اوایل قرن بیستم بعضی از پژوهشگران استرس را در ارتباط با اختلالات روان‌تنی مطرح کردند. سپس در سال ۱۹۳۰ سلیه تمایز بین علت اختلالات بدنی و آثار آن را مطرح کرد. او علل یا محرک‌های خارجی را عامل استرس و حالت عدم تعادل بدن را استرس نامید (شفر، ۱۹۸۲).

برای شناسایی بیشتر واژه استرس باید به تاریخچه آن بازگشت، یعنی زمانی که از این واژه برای رسانیدن مفهوم فشار فیزیکی استفاده می‌شد. فیزیک‌دانان ثابت می‌کنند که بین نیروی وارد بر واحد سطح و فشار حاصل از آن رابطه مستقیم وجود دارد بدین معنا که اگر یک نیوتن نیرو بر یک متر مربع سطح وارد کنیم، یک پاسکال فشار خواهیم داشت؛ رابطه بین این سه مؤلفه را به صورت فرمول $P = FA$ نشان می‌دهند که در آن (پاسکال واحد فشار (P)، نیوتن واحد نیرو (F) و مترمربع واحد سطح (A) است) و هرچه نیرو افزایش یابد، در صورتی که سطح ثابت باشد، فشار به همان نسبت یا اندازه افزایش می‌یابد.

سلیه (۱۹۵۰) تعریف کاملاً نوینی برای استرس ارائه داد. وی با تأکید بر سیستم غدد درون‌ریز اظهار داشت که در ارگانیسم هر عامل یا محرکی می‌تواند تغییرات حفاظتی و سازگارکننده‌ای به وجود آورد. به نظر او هر محرک تنش‌زا، اگر فشار کافی داشته باشد، ممکن است به ایجاد واکنشی که او آن را سندرم سازگاری کلی نامید، منجر شود.

سلیه به هنگام طرح تاریخی این موضوع چنین می‌گوید: استرس عبارت است از مجموعه واکنش‌های غیراختصاصی که تحت تأثیر محرک‌های گوناگون در ارگانیسم ایجاد می‌شود. استرس از نظر ماهیت اختصاصی است، اما منشأ غیراختصاصی دارد. اختصاصی بودن ماهیت آن یعنی اینکه دارای تغییرات کلیشه‌ای یکسان و ویژه‌ای است که مهم‌ترین آنها عبارتند از: واکنش غده قشری فوق‌کلیوی، کاهش میزان انوزینوفنل در خون و رشد زخم در دستگاه گوارش. غیراختصاصی بودن آن از این نظر است که استرس بر اثر محرک‌های گوناگون به وجود می‌آید (فایلا، ۱۹۹۱؛ آیزنک، ۲۰۰۰). البته سلیه در ابتدا تصور می‌کرد که استرس فقط تحت تأثیر عوامل زیان‌آور، ایجاد می‌شود، ولی بعدها عنوان کرد هرچیز خوشایند و ناخوشایند موجب بروز استرس می‌شود.

استرس و اضطراب دو واکنش طبیعی ارگانیسم در موقعیت‌های تهدیدکننده‌اند که بدون آنها بقای نوع انسان به خطر می‌افتد. استرس عاملی است که انسان را در مواجهه با مسائلی که از آنها شناختی ندارد یا اتفاقاتی که به وضوح ما را مورد تهدید قرار می‌دهد، آماده می‌سازد. استرس با تشدید جریان خون موجب افزایش فعالیت می‌شود و می‌تواند در دستیابی به اهداف موردنظر مفید واقع شود. ولی میزان زیاد یا طولانی مدت آن نه تنها دیگر مفید نیست، بلکه زیانبار است.

اشخاصی که درباره استرس اطلاع کمی دارند، اغلب آن را نوعی نیروی خارجی نیرومند می‌پندارند که نسبت به آن کنترل اندکی دارند. آنها احساس می‌کنند در صورت امکان باید از این فشارها ممانعت به‌عمل آورند، ولی چنانچه برای شخص امکان‌گیزی وجود نداشته باشد، باید آن را تحمل کند؛ ولی باید ذکر کرد که در مورد استرس عمل خودکار یا گریزناپذیر وجود ندارد. هریک از ما در مواجهه با موقعیت بالقوه پر تنش به شیوه کاملاً متفاوتی واکنش نشان می‌دهیم و به انتخاب سبک مقابله با آن می‌پردازیم. ما می‌توانیم راهی را انتخاب کنیم که خود را دچار درماندگی کنیم یا از تجربیات خود لذت ببریم. در استرس عواملی چون زمینه، شرطی شدن، تجربه‌های پیشین، مدت زمان و شدت استرس نقش مهمی دارند. واکنش هر فرد در مقابل استرس از الگوی پیچیده افکار و رفتار او نشأت می‌گیرد. برای مثال، ما بر اساس نوع عقیده‌مان نسبت به خود و جهان و چگونگی ارضای خود به تنش پاسخ می‌گوییم. همچنین واکنش ما در مقابل تنش به میزان کنترل ما بر زندگی، و وضعیت فعل و انفعالات شخصی و وضعیت جسمانی‌مان بستگی دارد. این عوامل و بسیاری دیگر از عوامل حد خاصی از تنش را برای هریک از ما به‌وجود می‌آورند. اگر بتوانیم با استرس‌ها به‌طور صحیحی برخورد کنیم، استرس دوستی می‌شود که ما را برای مواجهه با مسائل زندگی نیرو می‌دهد، ولی اگر با ضعف با آن برخورد کنیم و اجازه دهیم از کنترل ما خارج شود، به شکل دشمنی درمی‌آید و موجب بروز بیماری‌های مختلف بویژه امراض شدید قلبی و ضعف اندام‌های بدن می‌شود.

نظریه‌ها و الگوهای استرس

باوجود تحقیقات وسیعی که در زمینه استرس انجام شده و استفاده گسترده‌ای که از این مفهوم می‌شود، هنوز هم استرس به‌طور دقیق تعریف نشده است. برخی از افراد وقتی درمورد استرس صحبت می‌کنند، در واقع به یک محرک محیطی اشاره می‌کنند. بعضی آن را پاسخی به محرک محیطی می‌بینند و عده‌ای آن را در تعامل بین محرک محیطی و پاسخ جست‌وجو می‌کنند. نظریه‌پردازان و پژوهشگران مختلف نیز هر کدام استرس را از زاویه متفاوتی تحلیل کرده‌اند. در اینجا به بررسی برخی از این نظریه‌ها می‌پردازیم.

نظریه روان‌تحلیل‌گری

از نظر فروید، «من» هسته اصلی شخصیت است و هر نوع تهدید به ارزش و کفایت آن، در واقع هسته مرکزی وجود شخص را تهدید می‌کند. هنگام تهدید «من» مکانیسم‌های دفاعی مختلفی به منظور حفظ «من» از تحقیر و درهم پاشیدگی به‌کار گرفته می‌شوند. ما همواره از این مکانیسم‌ها استفاده می‌کنیم، زیرا وجود آنها برای ناچیز جلوه‌دادن شکست‌ها و حمایت در مقابل نگرانی‌ها و احساس ارزش و کفایت فردی ضروری است. البته اگر در استفاده از مکانیسم‌های دفاعی افراط شود، دفاع‌هایی که برای حفظ تمامیت شخص به‌وجود آمده، خود موجب بروز اختلال می‌شوند. گاهی مکانیسم‌های دفاعی (برای مثال دل‌تراشی) زمانی به‌کار برده می‌شوند که افراد برای مستدل جلوه دادن عقاید و رفتار خود در تکاپو هستند. هنگامی که از درک اتفاقات و حوادث ناموافق و مخالف عاجز می‌مانیم یا در مقابل عمل و رفتار خود یا وقایع خارجی، دچار استرس می‌شویم، دفاع‌های ایمنی‌بخش برای حمایت ما در مقابل اضطراب وارد عمل می‌شوند. میزان استرس قابل تحمل در هر فرد بدون آنکه علائم اختلال و به هم خوردن سازمان رفتاری و تمامیت فردی در وی بروز کند، قدرت تحمل استرس نامیده می‌شود (روزنمن و سلیگمن، ۱۹۸۹).

الکساندر (۱۹۸۵؛ به نقل از دیویدسن و نیل، ۱۹۹۰) - برجسته‌ترین نظریه‌پرداز روان‌تحلیل‌گری در زمینه واکنش‌های روانی - فیزیولوژیک - این نوع اختلال‌ها را پیامد حالات عاطفی یا هیجانی ناهشیار می‌داند. وی فرض کرد که بیماران مبتلا به زخم معده تمایل خود را برای عشق والدین در کودکی سرکوب کرده‌اند. این انگیزش‌های سرکوب‌شده سبب فعالیت بیش از حد دستگاه عصبی خودکار می‌شوند و در معده زخم تولید می‌کنند. از دیدگاه فیزیولوژیکی، معده به‌طور دائم در حال آماده ساختن خود برای دریافت غذاست و فرد به‌طور نمادین آن غذا را با عشق به والدین معادل ساخته است. برانگیختگی‌های تخلیه‌نشده خصمانه نیز به‌وجودآورنده حالات هیجانی یا عاطفی مزمن‌اند و موجب ایجاد فشار خون می‌شوند.

نظریه ضعف جسمانی

بر اساس نظریه ضعف جسمانی، استرس در کنار اختلال خاص روانی - فیزیولوژیکی موجب بروز ضعف در اندام جسمی خاصی می‌شود. عوامل ژنتیکی، بیماری‌های قلبی، رژیم غذایی و غیره ممکن است دستگاه عضوی خاصی را مختل سازند. این دستگاه در برابر استرس‌های آتی، حتی استرس‌های ضعیف و ملایم آسیب‌پذیر خواهد بود. بر اساس این نظریه، بدن انسان مانند یک تاپیر، که از نازک‌ترین قسمت خود هوا را بیرون می‌دهد، عمل می‌کند. برای مثال، دستگاه تنفس ضعیف ممکن است خود را مستعد ابتلا به آسم کند. به این ترتیب بر اساس این نظریه، بیماری، ناشی از تعامل بین فیزیولوژی فرد و استرس خواهد بود (دیویدسن و نیل، ۱۹۹۰).

نظریه تکوین و تعادل خودکار

در بدن سالم، همیشه باید توازن ظریف و پیچیده اعمال دو دستگاه سمپاتیک و پاراسمپاتیک حفظ شود. شلیک یا شروع فعالیت دستگاه سمپاتیک، باید به‌زودی با فعالیت افزایش یابد و با پاراسمپاتیک جبران شود. برای اینکه رگ‌های خونی و غدد صدمه نینند، نباید هیچ‌یک از دستگاه‌ها انرژی خود را به مدت طولانی یا بیش از حد به جریان بیندازند. خطر جسمی واقعی معمولاً گذراست، ولی از خطرهای اجتماعی، تفکر منفی در مورد گذشته‌ها و نگرانی در مورد آینده، به‌راحتی نمی‌توان گریخت؛ آنها می‌توانند دستگاه سمپاتیک را تا مدت‌ها برانگیخته نگاه‌دارند و بدن را در حالت اضطراری مداوم باقی بگذارند. چنین وضعیتی به عدم توازن دستگاه سمپاتیک و پاراسمپاتیک دامن می‌زند و موجب بروز تغییرات بدنی می‌شود که ممکن است فراتر از توان جسمانی ارگانسیم باشند، در نتیجه اختلال‌های روانی - فیزیولوژیکی بروز می‌کنند (دیویدسن و نیل، ۱۹۹۰).

نظریه پردازش اطلاعات

این نظریه تمایز بین تنش‌های روان‌شناختی و فیزیولوژیک را ممکن می‌سازد. در نظریه پردازش اطلاعات، بر چگونگی تفسیر محرک‌ها به عنوان عامل تنش تأکید شده است. بر این اساس، این نظریه بر ارزیابی شناختی و توجه انتخابی تأکید دارد. از این دیدگاه تصمیم فرد در مورد اینکه کدام محرک‌ها باید در حافظه کوتاه‌مدت پردازش شوند یا مورد فراموشی و غفلت قرار گیرند نیز در بروز و تشدید استرس نقش دارد. دیدگاه پردازش اطلاعات ساختارهای حافظه بلندمدت را نیز مورد توجه قرار داده است، چرا که آمادگی‌های شناختی فرد به او اجازه می‌دهند که تفسیرش از مجموعه‌ای از محرک‌ها خوشایند یا ناخوشایند باشد (کوتاش، ۱۹۸۵). با افزایش ارزیابی‌های مشخص از محرک‌ها به‌منزله منابع تنش، فشار بیشتری بر سیستم وارد می‌شود. به‌طور کلی، فشار بیشتر بار اطلاعاتی بیشتری روی جریانات زیستی و شناختی فرد به‌همراه دارد.

بر اساس این نظریه، منابع تنش دو نوع‌اند:

۱. پیش‌بینی خطر یا درد جسمانی و
۲. پیچیدگی محرک که مستلزم ارائه پاسخ‌های پیچیده است.

الگوی فرهنگی - اجتماعی

بافت فرهنگی - اجتماعی نیز بر بروز استرس تأثیر دارد. پدیده‌های فرهنگی و اجتماعی متعددی می‌توانند منابع استرس قلمداد شوند که مهم‌ترین آنها عبارتند از:

۱. اختلاف بین ساختار ویژه خانواده و آنچه در محیط اجتماعی، غالب است؛
۲. مراحل از زندگی که در آن تغییراتی به‌وقوع می‌پیوندد، مانند زمانی که فرزندان خانه را ترک می‌کنند؛

۳. نقش تعارض‌ها مانند تعارض بین نیاز به کار کردن پدر و مادر و نیاز ویژه به نگهداری تمام وقت کودک؛

۴. عوامل تنش‌زای مربوط به کار، مانند عدم رضایت شغلی و مسئولیت‌های شغلی؛

۵. انزوای اجتماعی، مانند زندگی در نقاط دوردست برای کشاورزی؛ و

۶. محل و نوع اقامت، دوستان، و فرصت‌های شغلی که می‌تواند برای فرد تنش‌زا باشد.

الگوی مذهبی

در دهه‌های اخیر به روان‌شناسی دینی و مذهبی و رابطه آن با سلامت جسمانی و روانی توجه بسیاری شد حالت (ایمونس و پالوتزیان ، ۲۰۰۳؛ هیل و پارگامنت ، ۲۰۰۳). این امر به تشکیل مؤسسات، چاپ کتاب‌ها و نشریات و پژوهش‌های مختلفی منجر شده است (وونگ و وونگ، ۲۰۰۶).

دین و نیاز به نیایش و خدا، جلوه‌ای از نیاز انسان به کمال و گریز از حالت دوگانگی است. امروزه در بیشتر جوامع به تجربه ثابت شده خانواده‌هایی که دارای سبک زندگی مذهبی‌اند، نسبت به خانواده‌های سست‌مذهب، آرامش فردی، خانوادگی و اجتماعی بیشتری دارند. اعتقادات مذهبی می‌توانند از بسیاری از بیماری‌های روانی پیشگیری کنند. (فروم ، ۱۹۷۶).

با نگاهی گذرا به آثار دانشمندان اسلامی، می‌توان دریافت که آنان با تمسک به منابع اسلامی، خدمات روان‌پزشکی ارزنده‌ای به نیازمندان عصر خود ارائه کرده‌اند. منبع آثار باقیمانده از علمایی چون ابوعلی سینا و امام محمد غزالی، نشان می‌دهد که آنان توجهی عمیق به مشکلات روانی مردم داشته‌اند و با بهره‌گیری از توصیه‌های مکتب اسلام راه‌حل‌های شایسته‌ای را عرضه کرده‌اند. در آیات قرآن کریم، چهارعامل عمده و اساسی برای پیشگیری و کاهش استرس‌های روانی بیان شده است که عبارتند از: ۱. ایمان به خدا؛ ۲. ایمان به آخرت؛ ۳. عمل صالح؛ و ۴. بخشش.

ایمان به خدا، اصلی‌ترین و اساسی‌ترین مفهوم حیات‌بخش و زیربنای تمام افکار و اندیشه‌هایی است که لازمه آن معرفت و شناخت است؛ ایمان به آخرت، به معنای جاودانه بودن انسان و بازگشت او به سوی خداست؛ عمل صالح، مفاهیم و جنبه‌های گسترده و جامعی دارد. عمل صالح به مجموع کارهای خوب، خیر، مفید، ارزنده و اخلاقی اطلاق می‌شود؛ بخشش یا انفا، به منزله عملی صالح و بسیار ارزنده تمام آثار روحی مترتب بر اعمال صالح را شامل می‌شود.

به‌طورکلی، آموزه‌های قرآنی جنبه‌القای مثبت و بسیار پر قدرت و کارآمدی دارند که به شخص نیرویی سازنده می‌بخشند و باعث آرامش وی می‌شوند که برخی از آنها عبارتند از:

۱. توکل و استعانت به نیرو و قدرت لایزال الهی در کلیه امور؛

۲. صبر، شکیبایی، مقاومت و استقامت در برابر مشکلات، مصائب و سختی‌ها؛

۳. اطمینان خاطر و آرامش روحی از اینکه خیر و مصلحتی برای همه امور وجود دارد؛

۴. یاری خداوند و رحمت و کفایت الهی؛ و

۵. گشایش و فرج در امور پس از سختی‌ها توسط خداوند.

الگوی روان‌تنی

در بررسی علت اختلال‌های روانی - فیزیولوژیکی سه پرسش مطرح می‌شود:

۱. چرا استرس فقط در بعضی افراد تولید بیماری‌های روانی - فیزیولوژیکی می‌کند؟

۲. چرا گاهی اوقات استرس سبب بیماری و اختلال روان‌شناختی می‌شود؟

۳. با توجه به اینکه استرس موجب بروز اختلال‌های روانی - فیزیولوژیکی می‌شود، چه چیزی مشخص می‌کند که آن اختلال کدام

یک از اختلال‌های متعدد و در کدام ناحیه بدن خواهد بود؟

پاسخ به پرسش‌های مذکور مورد توجه فیزیولوژیست‌ها و روان‌شناسان مختلف قرار گرفته است. رویکردهای فیزیولوژیکی، برخی از اختلال‌های روانی - فیزیولوژیکی را به ضعف خاص یا به فعالیت بیش از حد سیستم عضوی شخص در واکنش به استرس نسبت داده‌اند. نظریه‌های روان‌شناختی هم حالت‌های هیجانی و عاطفی مخصوصی را برای اختلال‌های ویژه در نظر گرفته‌اند. فرض اساسی الگوی روان‌تنی این است که اگر ارگانسیم تحت فشار قرار گیرد، ممکن است در قسمتی از بدن شرایط بیماری‌زا ایجاد شود (گلدبری، ۱۹۸۱). ارائه‌دهندگان این الگو، معتقدند وجود تعارض‌ها و فشارهایی که ارگانسیم را در ارائه پاسخ مناسب ناتوان می‌سازند، فرایندهای فیزیولوژیک بدن را تحت تأثیر قرار می‌دهند. البته فشارها و تعارض‌هایی که راه‌حلی برای آنها پیدا شود، به تغییرات ارگانیک منجر نمی‌شوند. برخی از پژوهشگران فرض کرده‌اند که واپس زدن حالات هیجانی برای مدت زمان طولانی ممکن است به اختلالات جسمی آشکاری بینجامد. برای مثال، واپس زدن دائمی خشم به ایجاد بیماری میگرن کمک می‌کند و با زخم‌های گوارش رابطه دارد. بازگشت حالت خشم موجب بروز تنش‌های زیادی می‌شود (ادر و فریدمن، ۱۹۶۹).

الگوی واکنش حفاظتی

در این الگو باور بر این است که هرگاه بدن تهدید می‌شود، برای حفاظت از خود و رفع مانع، واکنشی را شکل می‌دهد. برای مثال، وقتی مواد سمی و مضر توسط بینی استنشاق می‌شود (تهدید بدنی)، مخاط بینی شروع به ترشح کرده و چشم اشک تولید می‌کند (واکنش حفاظتی)؛ بدین وسیله عوامل مضر از بدن خارج می‌شوند (رفع خطر). وقتی بدن تهدید می‌شود، ممکن است واکنش جسمانی یا نمادین نشان دهد یا به واکنش یا واکنش‌هایی مشابه روی آورد. این الگو با الگوی روان‌تنی تفاوت‌هایی دارد. به نظر می‌رسد که تفاوت‌ها به مجموعه‌ای از واکنش‌ها مربوط باشند. حالت‌های هیجانی به تغییرات جسمانی منجر شده و این تغییرات گاهی موجب بروز اختلال در کارکردهای جسمانی می‌شوند. در الگوی واکنش حفاظتی یا حالت‌های هیجانی، تغییرات جسمانی و الگوهای رفتاری مدنظرند. (راسموسن، اسپیسر و مارش، ۱۹۶۳). یکی از انتقادهایی که به این الگو وارد شده، این است که تعریف استرس در آن مبهم است و این ابهام در تفسیر یافته‌های حاصل از پژوهش تأثیر واقعی دارد. برای مثال، در این الگو استرس هم محرک (علت) و هم پاسخ (معلول) تلقی شده است. باسوویس و همکاران (۱۹۵۵؛ به نقل از راسموسن، اسپیسر و مارش، ۱۹۶۳) به این تناقض در تعریف استرس اشاره کرده و گفته‌اند ساختار شخصیتی قبل از بروز نشانگان استرس بر عامل آن تأثیر دارد که اغلب نادیده انگاشته می‌شود. به نظر پژوهشگران محدودیت مهم الگوی واکنش حفاظتی این است که نمی‌تواند تبیین کند که چرا مردم به رویدادهای تنش‌زا به گونه‌های متفاوتی پاسخ می‌دهند. این الگو نشان نمی‌دهد که چرا بعضی از مردم هنگام واکنش به عوامل مضر که استنشاق می‌کنند، دچار تغییرات قلبی می‌شوند، بعضی دچار ترشح مخاط‌های بینی و ریزش اشک از چشم می‌شوند و گروهی اصلاً به آن واکنش نشان نمی‌دهند.

الگوی پاسخ فیزیولوژیکی

مبدع این الگو جانیس (۱۹۸۸) است. این الگو دارای سه بعد یا جنبه اساسی است:

الف. رویداد یا عامل تنش‌زا (تروماتیک)؛

ب. پاسخ‌های فیزیولوژیک اشخاص به عامل تنش‌زا؛ و

ج. تعیین‌کننده‌های موقعیتی پاسخ‌ها.

بنابر الگوی جانیس رویدادهای مهم می‌توانند دارای سه مرحله متوالی باشند:

تهدید: اشخاص به خطری تهدیدکننده نزدیک شده یا از آن مطلع می‌شوند؛ البته هنوز خطری وجود ندارد.

تماس با خطر: در این مرحله اشخاص با خطر به‌طور واقعی روبه‌رو می‌شوند.

خطر قربانی شدن : این امر وقتی رخ می‌دهد که درجه خطر بسیار بالاست؛ افراد در این مرحله به پنج واکنش مختلف اشاره دارند:

- اجتناب و ترس : شخص با استفاده از مکانیسم انکار، از لحاظ روان‌شناختی خود را از عامل تنش‌زا رها می‌سازد.
 - بی‌حرکتی آمیخته با حیرت : بیشتر افراد توانایی انجام فعالیت‌های جسمانی و ذهنی را ندارند.
 - بی‌علاقگی و افسردگی : به نظر می‌رسد که حادثه یا عامل تنش‌زا روی شخص بی‌تأثیر است.
 - وابستگی مطیعانه : شخص رفتاری شایسته از خود نشان نمی‌دهد و بشدت مطیع است.
 - تحریک‌پذیری توأم با پرخاشگری : در این واکنش فرد به عامل خطر یا تنش حمله می‌کند.
- هریک از این واکنش‌ها کارایی جسمانی و ذهنی افراد را کاهش می‌دهند.

الگوی بیوشیمی

سلیه پزشک و متخصص غدد درون‌ریز است و برداشت او از استرس بیشتر مفهوم فیزیولوژیکی و ریشه در جریان‌های بیولوژیک ارگانیزم دارد. الگوی ارائه‌شده وی به «نشانگان سازگاری کلی» معروف است. این الگو در سال ۱۹۳۶ ارائه شد. او در زمان دانشجویی، با بیمارانی مواجه شد که از علائم و نشانگان مشابهی همچون کاهش وزن، بی‌اشتهایی، کم شدن نیروی عضلات و فقدان امید و آرزو رنج می‌بردند. او مشاهده کرد که در برخورد با بیماری و حملات آن علائمی چون بزرگ شدن غدد، زخم‌های معده و روده‌ای به وجود می‌آید که اینها علائم ثابت و پایداری بودند. این تغییرات نشانگان عینی استرس شناخته شدند و پایه‌هایی را برای رشد کامل مفهوم استرس فراهم آوردند.

همان‌گونه که قبلاً نیز اشاره شد، نظریه سلیه تحول پیدا کرد و نشانگان سازگاری کلی با سه مرحله مطرح شد که تظاهر بالینی وضعیت استرس است:

۱. مرحله هشدار: در این مرحله ارگانیزم به سوی دسته‌ای از محرک‌هایی که فرد به‌طور ناگهانی در معرض آنها قرار می‌گیرد و با آنها سازگار نیست، واکنش نشان می‌دهد و خود دارای دو زیر مرحله است:

الف. مرحله شوک : واکنش اولیه و بی‌درنگ به عامل تنش‌زا که موجب بروز علائمی چون تپش قلب، فقدان آهنگ ماهیچه‌ها، کاهش حرارت بدن و فشار خون می‌شود.

ب. مرحله ضدشوک : واکنشی است که نیروهای دفاعی بدن را به کار می‌اندازد. در این مرحله غده فو کلیوی فعالیت می‌کند و ترشح هورمون‌های کورتیکوئید افزایش می‌یابد. این هورمون‌ها در واقع ضد هیجان‌اند. سلیه و همکاران (۱۹۳۶) این مواد را عامل سازگارکننده می‌دانند، زیرا وجودشان به ارگانیزم امکان می‌دهد تا تأثیر مخرب محرک‌های گوناگون داخلی و خارجی را خنثی کنند.

۲. مرحله پایداری : در این مرحله ارگانیزم کاملاً با عوامل تنش‌زا سازگار شده، در نتیجه، موجب کاهش و رفع علائم استرس می‌شود.

۳. مرحله فرسودگی : چون قدرت سازگاری ارگانیزم محدود است، عوامل تنش‌زای شدید، طولانی و سخت موجب فرسودگی می‌شوند. در صورتی که علائم ظاهرشده ناشی از عوامل تنش‌زا یا نشانگان استرس ادامه یابند، منجر به ایجاد آسیب در ارگانیزم می‌شوند.

همان‌طور که مشاهده می‌شود، ارگانیزم نمی‌تواند در مرحله اول (هشدار) باقی بماند و ضرورت دارد که از آن وضع خارج شود، چون این مرحله موجب اتلاف نیروهای زیادی می‌شود و صرف انرژی نمی‌تواند برای مدت زیادی ادامه یابد، چرا که انرژی سازگاری فرد انرژی محدودی است. آزمایش روی حیوانات نشان می‌دهد ظهور و وجود عوامل تنش‌زا برای مدت مشخصی قابل تحمل است. بعد از خستگی و فرسودگی ناشی از عوامل تنش‌زای سخت، فقط خواب و استراحت است که می‌تواند

پایداری موجود زنده را حفظ کند و اغلب سازگاری را به سطوح قبلی برساند. به هر حال، ارگانسیم در اثر مصرف انرژی زیاد، بتدریج فرسوده خواهد شد. انرژی سازگاری به دو نوع تقسیم می‌شود که عبارتند از:

۱. انرژی سازگاری سطحی که بی‌درنگ مورد استفاده واقع می‌شود.
 ۲. انرژی سازگاری عمیق که برای مقابله با عوامل تنش‌زا صرف می‌شود.
- انرژی سطحی فقط می‌تواند فرسودگی را تا حدودی تخفیف دهد و برای سازگاری عمیق‌تر و کامل باید عوامل تنش را شناسایی و رفع کرد.

الگوی دوهرنوند

دوهرنوند (۱۹۶۱) با تغییراتی که در الگوی بیوشیمی سلیه انجام داد، الگوی خود را برای مطالعه اختلالات روانی در محیط اجتماعی ارائه داد. به نظر او عوامل متعددی در واکنش به عامل تنش‌زا و بروز نشانگان استرس نقش دارند که مهم‌ترین آنها عبارتند از:

۱. متغیرهای بیرونی که تعادل ارگانسیم را مختل می‌سازند؛
 ۲. عوامل واسطه‌ای که می‌توانند تأثیر عوامل تنش‌زا را تغییر دهند؛
 ۳. تعامل بین عوامل واسطه‌ای و تنش‌زا که به بروز نشانگان استرس می‌انجامد؛ و
 ۴. تلاش ارگانسیم برای فائق آمدن بر عوامل تنش‌زا.
- او تأکید کرد عوامل واسطه‌ای درونی و بیرونی را نباید از نظر دور داشت. برداشت دوهرنوند (۱۹۶۱) از استرس دربرگیرنده کلیه عوامل درونی و بیرونی است که استرس ایجاد می‌کند.

الگوی متغیرهای روان‌شناختی و اختلال‌های جسمانی

این الگو در سال ۱۹۷۱ توسط لوی و کاگان ارائه شد. آنها الگویی برای واسطه‌های روانی - اجتماعی بیماری‌ها ارائه دادند. هر تغییر روانی می‌تواند به‌عنوان عاملی تنش‌زا یا محرکی که برانگیزاننده پاسخی بیولوژیک است، عمل کند. این محرک‌ها در فرد تمایل به عمل را ایجاد می‌کنند و این تمایل متأثر از عوامل محیطی و ژنتیکی است. این تمایل ارگانسیم را برای انواع فعالیت‌های جسمانی در موقعیت‌های مختلف آماده می‌کند. بعضی از این فعالیت‌ها ناسازگارند و به ایجاد استرس منجر می‌شوند. این پاسخ ناسازگار، پیش‌آگهی اختلال در عملکردهای فیزیولوژیکی و روانی است و اگر محرک همچنان ادامه داشته باشد، به بیماری منجر می‌شود. بیماری، ناتوانی یا شکست سیستم جسمانی - روانی در انجام وظایف اساسی خود است. لوی و کاگان همچنین فرض کرده‌اند که بین متغیرهای روانی، فیزیولوژیکی، ژنتیکی و محیطی تعامل وجود دارد که می‌تواند جریان بیماری را تسهیل کند (دابسون، ۱۹۸۳؛ به نقل از کوهن و ویلیامسون، ۱۹۹۱).

به‌دنبال کارهای سلیه (۱۹۳۶) و طرح نشانگان سازگاری کلی، این ایده مطرح شد که مهم‌ترین عامل در چگونگی و نوع نشانگان استرس، تصورات شخصی و میزان ارزش و اهمیت موضوعی ویژه در نزد فرد است. زیرا عامل تنش‌زایی که برای فردی منبع استرس و عامل بروز نشانگان استرس است، چه‌بسا برای شخص دیگری به‌هیچ‌وجه استرس ایجاد نکند. به‌همین دلیل از سال ۱۹۶۰ به بعد لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) مفهوم «ارزیابی شناختی» را به‌کار بردند. این اصطلاح در مورد ارزش‌گذاری مجدد و قضاوت‌های مداوم شخص از خواسته‌ها و محدودیت‌های خود در روند تعامل با محیط، توانایی‌های بالقوه و بالفعل خود به‌کار برده شد. در واقع، لازاروس (۱۹۸۲) بنیانگذار این فرضیه است که دیدگاه‌ها، پدیده‌ها را به‌وجود می‌آورند. پدیده‌ها به خودی خود خنثی‌اند، این دیدگاه‌ها هستند که به پدیده‌ها معنا و مفهوم می‌بخشند. این الگو برای ارزیابی شناختی مراحل قائل است:

- مرحله ارزیابی اولیه : ارزیابی اولیه به فرایندهای شناختی ارزش‌گذاری مربوط می‌شود. افراد به این پرسش که آیا درحالت مطلوب یا رنج به سر می‌برند، به گونه‌ای متفاوت پاسخ می‌دهند، این مواجهه می‌تواند سه نتیجه در بر داشته باشد:

- واکنش نامربوط یا بی‌ارتباط : مواجهه‌ای است که برای فرد هیچ‌گونه معنای ویژه‌ای دربر ندارد. بنابراین، می‌تواند مورد غفلت و فراموشی واقع شود.

- واکنش مثبت و بی‌خطر: دربرگیرنده قضاوت‌هایی است که بیان‌کننده موضوع مطلوب و سودمندی است.

- واکنش تنش‌زا : شامل قضاوت‌هایی است که صدمه و نیستی را به دنبال دارد، فرد را مورد تهدید قرار می‌دهد یا او را به نحوی درگیر می‌کند (کوتاش، ۱۹۸۵).

- ارزیابی ثانویه : پس از اینکه فرد به این پرسش پاسخ داد که آیا من در حال مطلوب یا رنج به سر می‌برم، به ارزیابی ثانویه می‌رسد. حال این پرسش مطرح می‌شود که من در مورد آن، چه کار می‌توانم انجام دهم؟ ارزیابی ثانویه به فرایند قضاوت‌ها، توانایی‌های بالقوه برای مقابله، امکانات و محدودیت‌های فرد اطلا می‌شود.

- ارزیابی مجدد : ارزیابی شناختی، فرایندی ایستا نیست و تغییر جهت پاسخ‌ها را نسبت به شرایط بیرونی و درونی موجب می‌شود. ارزیابی شناختی مجدد به تغییر در قضاوت‌های ارزش‌گذاری فرد از موقعیت منتهی می‌شود. در مجموع، لازاروس (۱۹۸۲) در پاسخ به این پرسش که چرا افراد در برابر یک عامل تنش‌زا یا استرس یکسان مانند مرگ والدین یا همسر، واکنش‌های متفاوتی نشان می‌دهند، می‌گوید: رفتار فرد در هر لحظه از زندگی تابع و فرایندی از عوامل زیر است:

- ساختار شخصیت فرد؛

- ارزیابی شناختی فرد از موقعیت؛ و

- توان بالقوه عامل تنش‌زا یا محرک.

در این الگو، علاوه بر عامل تنش‌زا به ارزیابی شناختی شخص نیز توجه شده است. نظریه لازاروس (۱۹۸۲) راهگشای سایر الگوهای شناختی شد. یکی از این الگوها توسط ریچاردسون و ولفلک (۱۹۸۴؛ به نقل از کوتاش، ۱۹۸۵) مطرح شده است. در این الگو پاسخ‌های استرس نتیجه مستقیم عوامل محیطی تلقی نمی‌شوند، زیرا عوامل محیطی به خودی خود خشنی‌اند و نمی‌توانند واکنش‌های استرس را ایجاد کنند. استرس، حاصل ارزیابی، ادراک و تفسیر ارگانسیم از موقعیت‌ها و رویدادهاست.

خواسته‌هایی که برای شخص اهمیت زیادی ندارند، با احتمال کمتری استرس ایجاد می‌کنند و پیامدهای جدی نخواهند داشت. برعکس، خواسته‌هایی که به هر دلیل برای شخص خیلی مهم جلوه می‌کنند، موجب بروز استرس می‌شوند. در الگوی ارزیابی شناختی فرد زنجیره‌ای از مراحل را برای هدایت عمل سازش یافته پیش‌بینی می‌کند که عبارتند از:

۱- مرحله تجسم : شامل ادراک و تفسیر اطلاعات برای تعریف خطر واقعی یا بالقوه است.

۲- مرحله طراحی عمل : شامل برنامه‌ریزی برای حل مسئله یا مقابله است. این مرحله خود شامل گردآوری، انتخاب و تعیین روش اجرای راه‌حل و طراحی راه‌حل‌های جایگزین است.

۳- مرحله نظارت : شامل مجموعه‌ای از معیارها به منظور ارزیابی پاسخ‌ها و کوشش‌های مقابله‌ی شخص در قبال خطر است.

این الگو، با قبول این فرض که حداقل دو نوع حلقه پس‌خوراندی در موقعیت‌های استرس‌زا در جهت خودنظم‌جویی فعال‌اند، نظریه پردازش موازی را پیشنهاد کرد. یکی از این حلقه‌ها، برای تنظیم خطر (مهار خطر) و دیگری برای تنظیم هیجان (مهار هیجان) است. هر کدام از این سیستم‌ها محتویات جداگانه‌ای دارند. سیستم مهار خطر شامل ادراک تهدید سلامتی و برنامه‌ریزی‌ها و واکنش‌های انجام‌شده برای تغییر تأثیرات تهدید بر شخص است. سیستم مهار هیجان شامل شناخت و ادراک حالت فاعلی و برنامه‌ریزی‌ها و واکنش‌ها به منظور ایجاد تغییر در حالت هیجانی شخص است (دوهرنوند، ۱۹۸۶).

فصل سوم

سبک‌های مقابله با استرس

روش‌های بسیاری برای مقابله با استرس وجود دارد. بسیاری از این روش‌ها ماهیت روان‌شناختی دارند. افراد متفاوت با توجه به ویژگی‌های شخصیتی خود، هر یک روشی را برای مقابله با استرس برمی‌گزینند. برخی سعی می‌کنند به مشکلات زندگی با دید مثبت بنگرند، بعضی به دنبال حمایت‌های اجتماعی می‌گردند و عده‌ای دیگر از آن می‌گزینند. به‌کارگیری راهبردهای مقابله‌ای مناسب به مردم کمک می‌کند تا با استرس و تأثیرات ناشی از آن کنار بیایند.

تعریف مقابله

لازاروس و فلکمن (۱۹۸۶) مقابله را چنین تعریف کرده‌اند:

«تلاش‌های رفتاری و شناختی که به‌طور مداوم در حال تغییرند تا از عهده‌خواسته‌های خاص بیرونی یا درونی شخص که ورای منابع و توان وی ارزیابی می‌شوند، برآیند». براساس این تعریف، ۱. مقابله فرایندی است که دائماً در حال تغییر است؛ ۲. مقابله به‌طور خودکار انجام نمی‌شود، بلکه الگوی آموخته‌شده‌ای است برای پاسخگویی به موقعیت‌های تنش‌زا؛ و ۳. مقابله نیازمند تلاش فرد برای مواجهه با استرس است.

در تعریف دیگری که لازاروس (۱۹۸۲) از مقابله ارائه می‌دهد، آن را تلاش‌هایی معرفی می‌کند که برای مهار (شامل تسلط، تحمل، کاهش دادن یا به حداقل رساندن) تعارض‌ها و خواسته‌های درونی و محیطی که فراتر از منابع شخص‌اند، صورت می‌پذیرد. بنابراین این تعریف مقابله شامل سازش‌یافتگی با موارد معمولی و مادی نمی‌شود، در عین حال علاوه بر آنکه اشاره به بُعد کنشی و حل مسئله مقابله دارد، تنظیم پاسخ‌های هیجانی را نیز مد نظر قرار داده است. براساس این دو الگو مقابله دو عملکرد اصلی دارد: الف) تغییر ارتباط موجود بین شخص و محیط (متمركز بر مسئله) و ب) مهار هیجانات تنش‌زا (تنظیم هیجان). منظور از مقابله متمركز بر مسئله، تلاش‌های شخص برای مقابله با منابع استرس از طریق تغییر رفتارهایی است که تداوم مشکل را در پی دارد یا براساس تغییر شرایط محیطی است. منظور از تنظیم هیجان، تلاش‌های مقابله‌ای است که به سمت کاهش ناراحتی هیجانی و حفظ موقعیت مطلوب برای پردازش اطلاعات و انجام عمل، هدف‌گیری شده است. لازاروس و فلکمن (۱۹۸۶) معتقدند که در مقابله مؤثر، هر دو عملکرد معمولاً همزمان رخ می‌دهند.

شفر (۱۹۸۲) نیز مقابله را پاسخ سازش‌یافته جسم و روان درمقابل موقعیت‌های استرس‌زا تعریف می‌کند. شفر با توجه به آنکه مقابله بتواند استرس را کاهش دهد، حذف کند یا از بین ببرد، یا حتی یک GAS کامل را قبل از آنکه به ارگانسیم صدمه‌ای وارد آید تبدیل به یک مدار کوتاه کند، تحت عنوان مقابله‌های مؤثر و نامؤثر طبقه‌بندی می‌کند.

عوامل مؤثر بر انتخاب سبک‌های مقابله

منابع شخصی مقابله، مجموعه پیچیده‌ای از عوامل شناختی، شخصیتی و بازخوردی است که بخشی از توانایی روانی فرد را برای مقابله مهیا می‌سازد. منابع شخصی عبارتند از ویژگی‌های زمینه‌ای نسبتاً پایدار که انتخاب روش‌های ارزیابی و مقابله را تحت تاثیر قرار می‌دهند. برخی از این ویژگی‌ها عبارتند از تحول من، احساس کارآمدی شخصی، خوش‌بینی، احساس یکپارچگی، سبک‌های شناختی، سبک‌های دفاعی و مقابله، و توانایی‌های حل مسئله (موس و اسکافر، ۱۹۹۳).

تحول من

لونه وینگر (۱۹۶۷) از تحول من با عنوان «صفت مسلط» یاد کرده است. تحول من شامل فرایندی است که طی آن تجارب جدید شخص، در یک کل مرتبط با هم یکپارچه‌سازی می‌شود. «من» طی مراحل رشد خود به ادراک متفاوتی از خود و دنیای اجتماعی می‌رسد. هر مرحله از نظر سازماندهی ساختاری با مراحل دیگر تفاوت کیفی دارد. اگرچه مراحل تحول از ثبات برخوردارند، ولی در آخرین مرحله از رشد تفاوت‌های میان افراد آشکار می‌شود. تحول من با الگوهای پیچیده رفتار از قبیل کمک به دیگران، همدلی و تحول اخلاقی مرتبط است.

کارآمدی

افرادی که احساس کارآمدی شخصی بیشتری دارند، اغلب در مواجهه با موقعیت‌هایی که مستلزم چالشگری است، برخوردی فعال و پیگیر دارند. درحالی‌که افرادی که از کارآمدی کمتری برخوردارند، یا از این موقعیت‌ها اجتناب می‌ورزند و یا واکنشی انفعالی دارند.

خوش‌بینی

شی‌بر و کارور (۱۹۸۸) گرایش به خوش‌بینی را این گونه معنا کرده‌اند: «انتظار کلی شخص در زمینه پیامدهای خوب، بویژه در موقعیت‌های مشکل یا مبهم».

خوش‌بینی، با افزایش سازش‌یافتگی جسمانی و روانی با وقایع تنش‌زای زندگی رابطه دارد. شاید علت این مسئله آن باشد که افراد خوش‌بین به کاربرد مقابله متمرکز بر مسئله تمایل بیشتری دارند و از فرایندهای اجتنابی کمتر استفاده می‌کنند. افراد خوش‌بین در مقایسه با افراد بدبین، از روش‌هایی استفاده می‌کنند که احتمال پیامدهای مطلوب را افزایش می‌دهند.

احساس یکپارچگی

احساس یکپارچگی نوعی تعیین جهت نسبتاً مداوم و باثبات معنا است که دارای سه مؤلفه می‌باشد:

۱. قابلیت درک: اینکه شخص چقدر دنیا را واجد ساختار و قابل پیش‌بینی می‌بیند؛
۲. قابلیت مهار: شخص باور دارد که صاحب منابع فردی و اجتماعی کافی برای مواجهه با خواسته‌های محیط است؛ و
۳. هدفمند بودن: برخورداری از این احساس که مقابله فعال با حوادث تنش‌زا امری ارزشمند است. اشخاصی که از احساس یکپارچگی زیادی برخوردارند، گرایش دارند که برای موقعیت‌ها ساختار قائل شوند؛ چالشگری را بپذیرند و برای تسهیل فرایند مقابله به شناسایی منابع شخصی و اجتماعی بپردازند (موس و اسکافر، ۱۹۹۳).

شناخت

چگونگی تفکر و تفسیر فرد از رویدادهای محیطی در انتخاب سبک‌های مقابله‌ای نقش دارد. پیروان رویکردهای شناختی انسان را موجودی مختار فرض می‌کنند که با استفاده از ارزیابی خویش در مورد پیامدهای مسئله، از بین پیامدهای ویژه‌ای که در مسیرش قرار دارند، دست به انتخاب می‌زند. ارزیابی و راهبردهای مقابله، بر عوامل تنش‌زایی که شخص در معرض آنها قرار دارد، واکنش

نسبت به تهدیدها و چالش‌هایی که این عوامل تنش‌زا با خود همراه می‌آورند، و چگونگی سازش‌یافتگی طولانی‌مدت و کوتاه‌مدت تأثیر می‌گذارد. به این ترتیب، این چارچوب بیانگر آن است که انسان همان‌طور که می‌تواند از عوامل تنش‌زا تأثیر پذیرد، توانایی آن را هم دارد که به پیامدهای عوامل تنش‌زای موجود در زندگی خود نیز شکل و جهت ببخشد (موس و اسکافر، ۱۹۹۳).

الگوهای ادراکی و پردازش اطلاعات، فرایند یادگیری و سازشی ما را تحت تأثیر قرار داده و آنها را شکل می‌دهند. در این زمینه می‌توان افراد را به دو دسته تقسیم کرد؛ افرادی که ادراک آنان در مورد یک محرک پیچیده عمیقاً تحت تأثیر زمینه و محیط است و افرادی که در درک محرک‌های پیچیده از زمینه تأثیر نمی‌پذیرند و خود را عنصری مجزا از محیط در نظر می‌گیرند. اشخاص وابسته به زمینه، بیشتر به محیط اجتماعی خو گرفته‌اند. از این رو، دیگران آنها را افرادی گرم و معاشرتی می‌دانند. آنان جذب موقعیت‌های اجتماعی می‌شوند؛ مهارت‌های اجتماعی بیشتری دارند؛ و هیجانات و عواطف خود را بیشتر بیان می‌کنند. برعکس افراد گروه دوم (افراد مستقل از زمینه) نسبت به نیازهای درونی خود حساسیت بیشتری دارند. ارزش سازشی هر کدام از جهت‌گیری‌های مذکور وابسته به ماهیت موقعیتی است که در آن درگیرند. بینش اشخاص مستقل از زمینه بیش از بقیه، تحلیلی بوده و واجد ساختار است؛ به همین دلیل در مواجهه با موقعیت‌هایی که مستلزم تجزیه و تحلیل منطقی و اتکا به خود است، موفق‌ترند. اشخاص وابسته به زمینه می‌توانند از مهارت‌های اجتماعی خود استفاده کرده و مشکلات بین‌فردی را به روش‌های مؤثرتری حل کنند. در عین حال این اشخاص ممکن است برای یافتن راه‌حل مشکلات زندگی خود صرفاً به دنبال راه‌حل‌های آشکاری بگردند که در محیط بلافصل ایشان موجود است.

یکی از سبک‌های بارز شناختی، جست‌وجوی اطلاعات توسط شخصی است که در معرض تهدید قرار گرفته است. افرادی که بیشتر به جست‌وجوی اطلاعات می‌پردازند و توجه بیشتری به اطلاعات دارند، برانگیخته‌تر و مضطرب‌ترند و تلاش می‌کنند اطلاعات بیشتری در زمینه ماهیت رویداد تنش‌زا کسب کنند. در مقابل، افرادی که از کسب اطلاعات در مورد رویداد تنش‌زا اجتناب می‌کنند و توجهی به اطلاعات ندارند، سعی می‌کنند حواس خویش را از رویداد تنش‌زا منحرف کرده و آرامش خود را حفظ نمایند (موس و اسکافر، ۱۹۹۳).

مکانیسم‌های دفاعی

برخی پژوهشگران معتقدند افراد در زمینه مکانیسم‌های دفاعی و مقابله برای مهار موقعیت‌های مختلف زندگی، ترجیحات نسبتاً پایداری دارند. در زمینه دفاع‌های من سلسله مراتبی پیشنهاد شده که شامل سه تراز است: ۱) دفاع‌های ناپخته مانند فرافکنی و خیال‌پردازی غیرواقع‌گرایانه؛ ۲) دفاع‌های روان‌رنجورانه مانند واکنش‌سازی و سرکوبی؛ و ۳) دفاع‌های پخته مانند بازداری و انتظار واقع‌گرایانه. کسانی که از مکانیسم‌های دفاعی پخته استفاده می‌کنند، به آسیب روانی کمتری دچار می‌شوند و از سازش‌یافتگی بیشتری برخوردارند. علاوه بر این مکانیسم دفاعی براساس پرسش‌نامه سبک‌های دفاعی (DSQ) مشخص شده است که عبارتند از:

۱. سبک‌های سازش‌نا یافته از قبیل رفتار نمایشی و انزوا؛

۲. سبک‌هایی که منعکس‌کننده تصورات ذهنی تحریف‌شده‌اند؛ از قبیل آرمان‌گرایی و خودبزرگ‌پنداری؛

۳. سبک‌های مرتبط با فداکاری از قبیل مراعات حال دیگران به‌طور ظاهری؛ و

۴. سبک‌های سازش‌یافته یا پخته از قبیل بازداری و شوخ‌طبعی (موس و اسکافر، ۱۹۹۳).

افرادی که «من» قوی‌تری دارند، عمدتاً به سبک‌های پخته متکی‌اند. به‌کارگیری سه سبک اولیه، با من ضعیف‌تر و ناپخته‌تر و تحول‌نا یافته‌تر در ارتباط است. افرادی که خصومت خود را به سوی بیرون، فرافکنی می‌کنند، خشم، سوءظن و نشانگان بدنی زیاد و ثبات هیجانی کمی دارند. اشخاصی که خصومت را به سوی درون خود نشانه می‌روند، افسردگی و اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند و پس از تجربه یک شکست،

توانایی خود را کمتر تخمین می‌زنند. دفاع‌هایی نظیر عقلانی‌سازی و بازگشت با اضطراب و افسردگی کمتر، نشانه‌های بدنی کمتر، آسیب روانی خفیف‌تر، سطح بالاتر عزت نفس، ثبات هیجانی بیشتر و در نهایت سازش‌یافتگی بیشتر و بالاتر ارتباط دارند (کوباسا و مدی، ۱۹۹۴).

توانایی حل مسئله

رویکردهای یادگیری اجتماعی بر اهمیت رفتار مؤثر در حل مسئله برای سازش‌یافتگی مؤثر تأکید کرده‌اند. توانایی حل مسئله، شامل حل شناختی و رفتاری مسئله در موقعیت‌هایی است که افراد در زندگی روزمره با آن مواجه می‌شوند. این موقعیت‌ها می‌تواند مربوط به منزل، محل کار، دوستان و خانواده باشد. اشخاصی که عزت نفس بیشتری دارند، مهار بیشتری بر امور ادراک می‌کنند. افرادی که تمایل به حل مسئله دارند، باثبات‌تر، مقاوم‌تر و باجرات‌ترند و انتظار موفقیت دارند. همچنین اشخاصی که خود را در حل مشکلات کارآمدتر می‌بینند، در مواجهه با میزان بالای عوامل تنش‌زا کمتر به افسردگی دچار می‌شوند (کوباسا و مدی، ۱۹۹۴).

راهبردهای مقابله

یکی از مواردی که در تعیین سلامت یا بیماری انسان، مهم‌ترین نقش و جایگاه را دارد، استرس است که با زندگی بشر امروز عجین شده است. پژوهشگران مختلف به شناسایی و معرفی منابع متعدد استرس اقدام کرده‌اند. عوامل تنش‌زا می‌توانند بیرونی یا درونی باشند. ویژگی‌های مشاغل موجود در جوامع پیچیده، گسترش نقش‌های متعدد و چندگانه اجتماعی از ویژگی‌های اختصاصی زندگی صنعتی است که همه ما را به نوعی تحت سیطره خود قرار داده و بالقوه سلامت و حتی بقای نوع بشر را زیر سؤال برده است. اما آنچه در این بین می‌تواند مایه خوش‌بینی و امیدواری باشد، «شیوه‌های مقابله با استرس» است که به‌عنوان متغیری میانجی، می‌تواند پیامدهای استرس را تحت تأثیر قرار دهد. با توجه به مفهوم «مقابله» در فرهنگ لغات علم روان‌شناسی، دیگر تغییرات و رویدادهای زندگی به خودی خود پیش‌بینی‌کننده احتمال بیماری‌ها نخواهند بود و در این زمینه فقط به‌عنوان شرط لازم عمل خواهند کرد، زیرا در کنار تمام منابع و عوامل تنش‌زا، سطحی از استرس که هر شخص تجربه می‌کند، به میزان زیادی به توانایی مقابله، نحوه ادراک و قضاوت وی در مورد این عوامل بستگی دارد.

راهبردهای مقابله به روش‌های آگاهانه و منطقی مدارا با استرس‌های موجود در زندگی اشاره دارد. این اصطلاح برای روش‌های مبارزه با منبع استرس مورد استفاده قرار می‌گیرد. برای مثال دانش‌آموزی که نگران امتحانات است، با مطالعه بیشتر با آن مدارا می‌کند (پورافکاری، ۱۳۷۶).

برای طبقه‌بندی فرایند مقابله دو رویکرد عمده وجود دارد؛ یکی از این رویکردها بر جایگاه تمرکز مقابله، جهت‌گیری و فعال بودن شخص در پاسخگویی به عامل تنش‌زا تأکید دارد. این رویکرد درصدد پاسخ‌دهی به این سؤال است که آیا شخص می‌تواند به مسئله نزدیک شود و به‌طور فعال کوشش کند تا آن را حل کند یا از آن اجتناب می‌کند و عمدتاً بر مهار هیجانات مرتبط با آن متمرکز است. در رویکرد دوم، بر سبک مقابله تأکید می‌شود. در این رویکرد به این مسئله پرداخته می‌شود که آیا فرد با استفاده از روش‌های شناختی یا رویدادهای تنش‌زا مواجه می‌شود یا از روش‌های رفتاری استفاده می‌کند.

با ترکیب این دو رویکرد به مفهوم منسجم‌تری دست خواهیم یافت، یعنی می‌توان جهت‌گیری فرد نسبت به عامل تنش‌زا را در نظر گرفت و مقابله را به دو حیطة اجتنابی و گرایشی تقسیم کرد. هرکدام از این دو حیطة شامل طبقاتی است که منعکس‌کننده مقابله رفتاری یا شناختی است که بر مبنای آن به مهارت در چهار نوع اساسی فرایند مقابله دسترسی خواهیم داشت. این موارد عبارتند از: مقابله شناختی — گرایشی، مقابله رفتاری — گرایشی، مقابله شناختی — اجتنابی و مقابله رفتاری — اجتنابی.

مقابله شناختی — گرایشی عبارت است از تجزیه و تحلیل شناختی و ارزیابی مجدد موقعیت تنش‌زا، پذیرش مسئولیت و خویشننداری. فرایندهای شناختی مواردی نظیر توجه به جنبه‌ای از موقعیت در هنگام رویارویی با مشکل، بهره‌گیری از تجربیات گذشته، پذیرش واقعی بودن موقعیت و در عین حال بازسازی و سازماندهی مجدد آن برای یافتن پاسخی مطلوب را شامل می‌شود. مقابله رفتاری — گرایشی شامل جست‌وجوی راهنمایی و حمایت و به‌کارگیری روش‌های مناسب از قبیل مقابله مبتنی بر حل مسئله در رویارویی مستقیم با یک رویداد و پیامدهای آن است.

مقابله شناختی — اجتنابی پاسخ‌هایی را در بر می‌گیرد که هدف آن انکار یا به حداقل رساندن آسیب‌های یک بحران یا پیامدهای آن است. با اینکه شخص موقعیت را همان‌گونه که وجود دارد می‌پذیرد، اما آن را تغییرناپذیر فرض می‌کند.

مقابله رفتاری — اجتنابی شامل رفتارهای جایگزین است، به این نحو که شخص سعی می‌کند در فعالیتهای جدید درگیر شود و آن فعالیت‌ها را به‌عنوان جایگزین فقدان‌های ناشی از بحران‌ها کند و منابع ارضای جدیدی را ابداع کرده و جایگزین منابع قبلی کند. این روش مواردی از قبیل برون‌ریزی کامل احساس‌های آس و خشم، انجام رفتاری که ممکن است به‌طور موقت تنش را کاهش دهد، از قبیل مصرف داروهای آرام‌بخش یا دیگر داروها (موس و اسکافر، ۱۹۹۳)، روی آوردن به الکل و مواد مخدر را نیز شامل می‌شود.

به‌نظر ایندلر و پارکر (۱۹۹۰) نیز راهبردهای مقابله‌ای را می‌توان به سه دسته تقسیم کرد:

– راهبرد تکلیف‌مدار : این راهبرد مستلزم حصول اطلاعات درباره موقعیت تنش‌زا و پیامدهای احتمالی آن است. افرادی که از این راهبرد استفاده می‌کنند، تلاش می‌کنند تا فعالیت‌های خود را با توجه به اهمیت آن اولویت‌بندی کنند و با مدیریت زمان به انجام به موقع فعالیت‌ها مبادرت می‌ورزند.

– راهبرد هیجان‌مدار : این راهبرد مستلزم یافتن روش‌هایی برای کنترل هیجان‌ها و تلاش برای امیدوار بودن به هنگام مواجهه با موقعیت‌های تنش‌زاست. افرادی که از این راهبرد استفاده می‌کنند، ضمن اینکه بر هیجان‌ات خود کنترل دارند، ممکن است احساساتی چون خشم یا ناامیدی را نشان دهند.

– راهبرد اجتناب‌مدار : این راهبرد مستلزم انکار یا کوچک شمردن موقعیت‌های تنش‌زاست. افرادی که از این روش استفاده می‌کنند، هشیارانه تفکرات تنش‌زا را واپس‌رانی کرده و تفکرات دیگری را جایگزین آن می‌کنند.

افرادی که اضطراب و استرس بیشتری را تجربه می‌کنند، از راهبردهای هیجان‌مدار و اجتناب‌مدار بیش از راهبرد تکلیف‌مدار استفاده می‌کنند (ایندلر و پارکر، ۱۹۹۰)؛ در مقابل، افرادی که الگوی رفتاری تیپ A را دارند، راهبرد تکلیف‌مدار را بیش از سایر راهبردها به‌کار می‌برند (آیزنک، ۱۹۹۵). البته تعیین اینکه کدام یک از راهبردها در کاهش اضطراب مؤثرترند، بسیار مشکل است، زیرا میزان مؤثر بودن هر راهبرد به ماهیت موقعیت تنش‌زا و ویژگی‌های شخصیتی هر فرد بستگی دارد.

به‌طور کلی، هنگامی که افراد بتوانند به‌طور منطقی موقعیت‌های تنش‌زا را طبقه‌بندی کنند، راهبرد تکلیف‌مدار بیشترین تأثیر را دارد، ولی در صورتی که افراد نتوانند موقعیت‌های تنش‌زا را پیش‌بینی و برای آن راه‌حلی اتخاذ کنند، راهبرد هیجان‌مدار مؤثرتر واقع می‌شود (آیزنک، ۲۰۰۰). راهبردهای مقابله‌ای مناسب از بروز بیماری‌های ناشی از استرس جلوگیری می‌کنند، اگرچه بیماری‌ها منشأ و علل مختلفی دارند، سبک زندگی و ویژگی‌های شخصیتی نیز در بروز آنها دخالت دارند. روان‌شناسان معتقدند حتی درمان وخیم‌ترین بیماری‌های جسمانی مستلزم تغییر الگوهای پاسخ افراد است (برانون و فیست، ۱۹۹۷).

لازاروس (۱۹۸۲) دو راهبرد را برای مقابله با استرس پیشنهاد کرد: مقابله متمرکز بر مسئله و مقابله متمرکز بر هیجان. در رفتار مقابله‌ای متمرکز بر مسئله، برای تغییر مستقیم عوامل تنش‌زا وارد عمل می‌شویم، درحالی‌که در رفتار مقابله‌ای متمرکز بر هیجان، توجه ما بیشتر به تغییر احساسات معطوف به آن است. در مقابله متمرکز بر هیجان فرد بیشتر از راهبردهای زیر برای کنترل احساسات خود استفاده می‌کند:

به خود اجازه می‌دهد که احساساتش بیرون ریخته شود؛

برای کاهش تنش خود سعی می‌کند، بیشتر بخورد، بیشتر سیگار بکشد، یا اعمال دیگری نظیر اینها انجام دهد؛ احساسات خود را به دیگران بروز نمی‌دهد و درون‌ریزی می‌کند.

در مقابله متمرکز بر مسئله نیز فرد ترجیح می‌دهد که بیشتر از راهبردهای زیر برای تغییر موقعیت بهره‌گیرد:

ابتدا برنامه‌ای به‌منظور تغییر مشکل طرح‌ریزی کرده و سپس براساس آن عمل می‌کند؛

در برابر عوامل تنش‌زا مقاومت کرده یا به مبارزه برای تغییر آنها می‌پردازد؛

سعی می‌کند اطلاعات خود را درباره مشکل افزایش دهد؛ و

درباره مشکل و نحوه حل آن با همسر، دوستان، مشاور و یا افراد دیگری صحبت می‌کند.

اگرچه ما معمولاً، از راهبرد خاصی برای موقعیت‌های معینی استفاده می‌کنیم، اما رفتار مقابله‌ای متمرکز بر مسئله، در مورد حوادثی که فراتر از توانایی و کنترل ما نیستند، بهتر عمل می‌کند. گاهی می‌توانیم با اتخاذ چند فعالیت، مشکل را بهبود بخشیم و آن را برطرف کنیم. به عبارت دیگر، وقتی ما حادثه‌ای را به‌عنوان حادثه قابل کنترل ارزیابی می‌کنیم، تمایل به استفاده از رفتارهای مقابله‌ای متمرکز بر مسئله داریم. اما در موقعیت‌های دیگری که می‌دانیم عملکرد اثر مفیدی را به‌وجود نخواهد آورد یا حتی ممکن است موقعیت و مشکل را بدتر سازد، ترجیح می‌دهیم که از رفتار مقابله‌ای متمرکز بر هیجان استفاده کنیم.

لازاروس و فولکمن (۱۹۸۶) طی بررسی و تحلیل عاملی روی پرسش‌های مقیاس راه‌های مقابله، به چند سبک مقابله دست یافتند:

- رویارویی (ایستادگی و جنگیدن برای آنچه خواهان آنند)؛

- نادیده گرفتن مسئله، گویی که اتفاقی نیفتاده است؛

- درون‌ریزی (ممانعت از اینکه دیگران در جریان آنچه افتاده قرار بگیرند)؛

- جست‌وجوی حمایت اجتماعی (پذیرش همدردی دیگران در مورد آنچه افتاده)؛

- سرزنش خود و خود را مقصر دانستن؛

- فرار - اجتناب (آرزوی اینکه زودتر این موقعیت تمام شود یا به نوعی ناپدید شود)؛ و

- طرح‌ریزی برای حل مسئله.

شایان ذکر است که رویارویی (ایستادگی) و طرح‌ریزی برای حل مسئله، از جمله راهبردهای شناختی - رفتاری برای حل مسئله است (تمرکز بر مسئله)، درحالی‌که بقیه شامل کوشش‌های شناختی - رفتاری برای کاهش آشفتگی‌های هیجانی است (تمرکز بر هیجان).

کسانی که استرس را نوعی پاسخ تلقی می‌کنند، مراحل دیگری را در نظر می‌گیرند. این روان‌شناسان معتقدند پاسخ به عوامل تنش‌زا مراحل متفاوتی شامل مراحل زیر دارد:

الف) مرحله هشدار، که فرد متوجه عوامل تنش‌زا می‌شود و جهت فکری‌اش به سوی آن جلب می‌شود؛

ب) مرحله ارزیابی که فرد ماهیت عوامل تنش‌زا را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و با توجه به شخصیت و گذشته خود معنایی از آن برداشت می‌کند؛

ج) مرحله جست‌وجو برای یافتن سبک‌های مقابله‌ای. در این مرحله ارگانسیم تلاش می‌کند تا به تنهایی با عوامل تنش‌زا مقابله کند. بدیهی است اگر فرد سبک خاصی را برای مقابله نداشته باشد، مرحله بعدی به وقوع می‌پیوندد؛ و

د) مرحله پاسخ به استرس که در این مرحله حالات هیجانی شدید مثل خشم بروز می‌کند و بدن درصدد پاسخ بر می‌آید (زگانز ، ۱۹۸۸).

تفاوت‌های فردی نیز در شیوه‌های مقابله تأثیر دارند. این تفاوت‌ها که بر ارزیابی و مقابله تأثیر دارند، تعیین‌کننده‌های مهم آسیب‌پذیری روان‌شناختی‌اند. تهدیدها و باورها نیز بر ارزیابی تأثیر می‌گذارند (شکل ۱-۳).

بسیاری از روش‌هایی که برای کاهش استرس به کار می‌روند، در واقع ماهیت روان‌شناختی دارند. بازسازی شناختی به منظور ایجاد تفکر مثبت درباره مشکلات زندگی، یکی از این روش‌هاست. به نظر مایکنبام (۱۹۷۷، ۱۹۸۵) راهبردهای شناختی باید قبل از ابتلای مردم به افسردگی و اضطراب آموزش داده شوند. به نظر او در مواجهه با وقایع تنش‌زا برای پیشگیری از بروز افسردگی و اضطراب باید سه مرحله را طی کرد:

۱. ارزیابی : درمانگر در مورد ماهیت مشکل با مراجعان به بحث و گفت‌وگو می‌پردازد تا از چگونگی ادراک او از موقعیت تنش‌زا آگاه شود.

موقعیت‌های تنش‌زا (وقایع

زندگی، مشاجرات، درد،

پریشانی و ضربه و...)

متغیرهای شخصیتی

(اضطراب منشی

آسیب‌پذیری، سبک شناختی،

وراثت، آمادگی برای

بیماری)

ادراک

خطر

(تهدید)

افزایش

اضطراب

واکنش به اضطراب

(پاسخ‌های مقابله‌ای، دفاع‌ها،

واکنش‌های بیوشیمیایی و

فیزیولوژیکی)

نمودار ۳- مدل تعامل اضطراب، تنش و مقابله، برگرفته از موس و اسکافر (۱۹۹۳)

۲. به‌کارگیری روش‌های کاهش استرس: فرد روش‌های متفاوتی نظیر تنش‌زدایی و آموزش خود را می‌آموزد.

۳. کاربرد روش‌های کاهش استرس در زندگی واقعی.

راهبردهای سازش‌یافته و سازش‌نیافته

مقابله با استرس می‌تواند به شیوه‌ای انجام پذیرد که به شخص کمک کند تا تنش را کاهش داده و بدن را به حالت تعادل خود برگشت دهد. این شیوه‌ی مقابله را راهبردهای سازش‌یافته می‌نامند. برخی از راهبردهای مقابله، پاسخ‌های سازش‌نیافته‌اند که موجب می‌شوند، نیازها، تمایلات و تنش ارگانسیم شدیدتر شود و بدن در وضعیت بی‌ثبات قرار گیرد.

مقابله سازش‌یافته

به‌کارگیری راهبردهای سازش‌یافته مقابله پیامدهای مثبت و طولانی‌مدت دارد. به این ترتیب که تنش به‌وسیله تلاش‌های فرد کاهش می‌یابد و به‌دنبال آن سطح عزت نفس و مهارت وی افزایش پیدا می‌کند و سلامت او تامین می‌شود. در عین حال شخص در برابر عوامل تنش‌زا که در آینده با آنها مواجه می‌شود نیز مقاوم‌تر می‌گردد.

پاول و انزایت (۱۹۹۱) مقابله سازش‌یافته ابتدا شامل تشخیص خواسته‌ها و عوامل تنش‌زای بیرونی و آگاهی از منابع شخصی مقابله می‌شود؛ به این معنی که شخص اول باید نسبت به آنچه در جریان است، آگاهی پیدا کند. سپس باید به‌دنبال راه‌حل‌هایی برای کاهش خواسته‌های بیرونی و تغییر زندگی، تعیین هدف، تصمیم‌گیری در مورد اولویت‌ها در تنظیم زمان، ابراز وجود بیش از پیش، یافتن راه چاره برای کاهش خواسته‌های درونی (زمانی را صرف ایجاد آرامش بدنی خود کردن، تغییر الگوهای نامؤثر تفکر، ابراز هیجان‌های سرکوب‌شده و تلاش در جهت تغییر رفتار) بگردد.

مقابله سازش‌نیافته

راهبردهای سازش‌نیافته مقابله‌ای، شیوه‌هایی از مقابله‌اند که مولد مشکلات بعدی هستند. پاول و انزایت (۱۹۹۱) مقابله سازش‌نیافته را این‌طور توصیف می‌کنند: ناتوانی از تشخیص و فهم آنچه در جریان است (شامل تفسیرهای غیرمنطقی و مصیبت‌بار در مورد موقعیت موجود یا نشانه‌های جسمانی ناشی از موقعیت). راهبردهای سازش‌نیافته معمولاً به ایجاد حلقه معیوب افزایش اضطراب و نگرانی منجر می‌شوند. پاسخ‌های سازش‌نیافته شامل موارد زیر است: از دست دادن اعتماد به نفس، اجتناب از موقعیتی که مولد اضطراب است، کناره‌گیری از حمایت اجتماعی، خشم و خشونت و خصومت، سوء استفاده از داروهای آرام‌بخش، مصرف مواد مخدر، مشکلات جسمانی و انتخاب "نقش بیمار".

مقابله اجتنابی و برخی از جنبه‌های مقابله گرایشی از روش‌های سازش‌نیافته محسوب می‌شوند. موس و اسکافر (۱۹۹۳) مقابله اجتنابی (بخصوص خیالبافی و برون‌ریزی هیجانی) را با سازش‌یافتگی پایین توأم می‌دانند و بویژه برون‌ریزی هیجانی را عامل خطرزایی محسوب می‌کنند که با افسردگی بیشتر، و دیگر شاخص‌های ناکارآمدی ارتباط دارد. همچنین استفاده از مقابله اجتنابی با احساس تنش بیشتر در همان زمان و آینده ارتباط بیشتری دارد. علاوه بر آن، فرزندان مادرانی که عمدتاً بر مقابله‌های اجتنابی متکی‌اند، ناکارآمدی بیشتری را تجربه می‌کنند.

جنبه‌های سازش‌نیافته مقابله گرایشی: اگرچه جست‌وجوی اطلاعات و حمایت، نوعی مقابله گرایشی است، ولی با افسردگی و الکلیسم رابطه دارد، بویژه در مواردی که عوامل تنش‌زای حاد وارد عرصه می‌شوند و فرایند حل مسئله به طول می‌انجامد، زیرا جست‌وجوی حمایت می‌تواند حل مشکل را به تاخیر بیندازد. گاهی ممکن است دوستان و اعضای خانواده از برقراری ارتباط‌های باز در مورد عامل تنش‌زا بپرهیزند. گاهی هم ممکن است اشخاص از کسانی کمک بخواهند که نمی‌توانند به آنان کمک کنند. در مجموع، گردآوری اطلاعات و حمایت برای مهار عامل تنش‌زا کافی نیست.

جنبه‌های سازش‌یافته مقابله اجتنابی: شواهد نشان می‌دهند که گاهی اجتناب شناختی یا بی‌توجهی ممکن است روش مؤثری برای مواجهه با عوامل تنش‌زای کوتاه‌مدت باشد. برای مثال، انکار، در بین بیماران مبتلا به کرونا قلب در طول دوران بستری شدن در بیمارستان پیش‌بینی‌کننده

وضعیت پزشکی آنان است. با وجود این پژوهش‌ها نشان داده‌اند بی‌توجهی درازمدت نسبت به درد و فشار که ویژگی مقابله سرکوبگرانه و انکار است، ممکن است به کاهش توان دستگاه ایمنی و مقاومت کمتر در برابر بیماری بینجامد (فایلا، ۱۹۹۱).

مقابله غیرمؤثر

هر فرد روش خاصی برای مواجهه با استرس دارد. افرادی که با استرس برخورد مؤثر دارند، علاوه بر اینکه می‌دانند، چگونه باید کارهای معمول را انجام دهند، روش نزدیک شدن به موقعیت‌های خاص و تنش‌زا را نیز در اختیار دارند. شیوه‌های غیرمؤثر مقابله به اشکال مختلفی بروز می‌کنند. واتز و کوپر (۱۹۹۲) انواع مختلف مقابله غیرمؤثر را به این نحو طبقه‌بندی کرده‌اند:

۱. انکار که شامل گریز (از واقعیات)، خیالبافی (فرار ذهنی) و اجتناب می‌شود؛
 ۲. مکانیسم‌های نابهنجار که شامل هراس‌ها، خود بیماری‌انگاری، فرافکنی، جابه‌جایی و دلیل‌تراشی می‌شود؛
 ۳. چرخه‌های معیوب که شامل رقابت‌جویی، کمال‌طلبی و وسواس فکری — عملی است؛
 ۴. افکار نامناسبی نظیر حسرت خوردن، بازگشت، احساس قربانی شدن، سرکوبی، رفتار خود آسیب‌رسان، اعتیاد به کار، استعمال سیگار، مصرف الکل، اختلال‌های خوردن و وابستگی به داروها.
- با توجه به نقش مهم "مهارت‌های مقابله با استرس" در سلامت بشر و تامین بهداشت روانی، متخصصان مختلف بر لزوم گسترش مطالعات مربوط به مقابله تاکید ورزیده‌اند (کاپلان، ۱۹۸۱؛ لازاروس، ۱۹۸۲).

گراسی و رستی (۱۹۹۶) به مطالعه نشانه‌های مرضی و سازش‌یافتگی با بیماری در بین بیماران مبتلا به سرطان پرداختند. نتایج پژوهش آنان حاکی از ارتباط بین شیوه‌های هیجانی مقابله با استرس، ضعف در مکانیسم‌های مقابله، پایین بودن حمایت اجتماعی، مرکز کنترل، گزارش نشانه‌های روان‌شناختی و سازش‌نیافتگی با سرطان بود.

گریفیت و دابو (۱۹۹۳؛ به نقل از تننانت، ۱۹۹۶) در پژوهشی با هدف بررسی راه‌های مقابله نوجوانان و جوانان در برخورد با عوامل تنش‌زای موجود در خانواده، مدرسه و همسالان، دانش‌آموزانی را از مدارس راهنمایی و دبیرستان انتخاب و آنها را به سه گروه سنی تقسیم کردند. سپس پرسشنامه راه‌های مقابله برای تکمیل به آنها داده شد. نتایج نشان داد، ۱. جوانان بیشتر در مواجهه با مشکلات و عوامل تنش‌زای خانوادگی از پاسخ مقابله‌ای اجتنابی استفاده می‌کنند و در مواجهه با عوامل تنش‌زای مربوط به همسالان بیشتر از مقابله گرایشی سود می‌جویند؛ ۲. دختران در مقایسه با پسران، بیشتر از هر دو نوع مقابله گرایشی و مقابله اجتنابی به صورت ترکیبی بهره می‌گیرند؛ ۳ - با وجود نوع عامل تنش‌زا، راهبردهای مقابله‌ای گرایشی، بیشتر پیامدها و نتایج مطلوب و مورد علاقه را پیش‌بینی می‌کنند، درحالی‌که راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی بیشتر نتایج و پیامدهای ناخواسته را پیش‌بینی می‌کنند. تحقیق اندلر و پارکر (۱۹۹۴) در جامعه کانادا نشان داد که زنان در مقایسه با مردان به کاربرد راهبردهای مقابله هیجانی و اجتنابی گرایش بیشتری دارند.

پناسک و همکاران (۱۹۹۲؛ به نقل از تروپ، ۱۹۹۴) رویدادهای زندگی و چگونگی رویارویی با آن را در دانشجویان مطالعه کردند. نتایج نشان داد که دانشجویان پسر بیشتر از رویارویی مبتنی بر مسئله و دانشجویان دختر از رویارویی مبتنی بر هیجان استفاده می‌کنند. در زمینه استرس هم مشخص شد استرس خانوادگی و بیماری در دختران بیشتر از پسران است، در صورتی که در پسران استرس اقتصادی بیشتر از دختران گزارش شده است.

ماستل و تریبر (۲۰۰۰) در پژوهشی رابطه بین سبک‌های مقابله‌ای توأم با خشم (بیانات خشم‌آمیز) و رفتارهایی نظیر مصرف الکل، سیگار و موادمخدر را بررسی کردند. آنان نوجوان دختر و پسر ۱۳ تا ۲۰ ساله را مورد مطالعه قرار دادند. در این پژوهش از مقیاس بیانات خشم‌آلود و پرسشنامه خلاصه‌شده گزارش شخصی استفاده شد. نتایج نشان داد نوجوانان دارای سبک‌های مقابله‌ای فرونشانی خشم (عدم بیانات خشم‌آلود) نسبت به همسالان نشان الکل بیشتری مصرف می‌کنند و ساعات کمتری را در هفته صرف

فعالیت‌های ورزشی و فیزیکی می‌نمایند؛ درحالی‌که نوجوانان دارای سبک‌های مقابله‌ای خشم‌آلود (بیانات خشم‌آلود) مصرف بیشتر کافئین و قهوه را گزارش دادند. به‌طور کلی، نتایج مبین این بود که فرونشانی خشم و عصبانیت به‌طور شدید و یا بیان گفته‌های خشم‌آلود و برون‌ریزی خشم با سبک‌های رفتاری گستاخانه مرتبط است.

شوارتز و همکاران (۲۰۰۰) در پژوهشی به بررسی نقش سبک‌های اسنادی در عملکردهای روان‌شناختی نوجوانان پرداختند. در این پژوهش که نوجوان مورد مطالعه قرار گرفتند، سبک‌های اسنادی سازگاران و ناسازگاران آنها بررسی شد. آنها بدین منظور از پرسشنامه گزارش شخصی دو قسمتی استفاده کردند و نشانگان افسردگی، تمایل به خودکشی، عملکردهای شناختی (عزت نفس، مهارت‌های مقابله) و عملکردهای بین فردی (مهارت اجتماعی، کشمکش با والدین، حمایت اجتماعی دوستان و خانواده) را اندازه‌گیری کردند. نتایج نشان داد که سبک‌های اسنادی با متغیرهای مربوط به افسردگی، ارتباط دارند. به‌علاوه، جوانان در طول زندگی تغییرات معناداری را در سبک‌های اسنادی خود تجربه می‌کنند (از سازگاران به ناسازگاران و بر عکس) و تغییر در سبک‌های اسنادی با تغییر در نشانه‌های روان‌شناختی و دیگر متغیرهای روان‌شناختی ارتباط دارد.

سبک‌های مقابله و نقش آن در بروز بیماری‌ها

شناخت شیوه‌های مقابله می‌تواند در پیشگیری و همچنین در درمان اختلال‌ها کاربرد داشته باشد. اقدامات پیشگیرانه در دوران نوجوانی و حتی کودکی از طریق آموزش روش‌های مختلف مقابله می‌تواند افراد را در مواجهه با مسائل و مشکلات یاری دهد. یکی از روش‌های مؤثر در ارتقای توانایی کودکان و نوجوانان در مقابله با منابع استرس، آموزش مهارت‌های حل مسئله است. منبع مداخلات درمانی نیز می‌تواند عوامل تنش‌زا و تقویت مقاومت شخص (از قبیل منابع و فرایندهای مقابله) را هدف قرار دهند.

برای تعیین شیوه مطلوب مقابله با استرس، نمی‌توان راهبرد یگانه‌ای را ارائه داد، بلکه، باید انعطاف کافی وجود داشته باشد و به تناسب ارزیابی از موقعیت و ویژگی‌های فردی به انتخاب مؤثرترین شیوه مقابله مبادرت ورزید. در موقعیت‌های مهارشدنی و چالش‌پذیر فرایندهای مقابله گرایشی بیش از همه مؤثر واقع می‌شوند. اما در شرایطی که نمی‌توان موقعیت را تغییر داد، فرایندهای مقابله اجتنابی کارآمدترند.

انجام فعالیت‌های جایگزین، در موقعیت‌هایی که عامل تنش‌زا تغییرناپذیر است، می‌تواند منابع جدید ارضا را در اختیار شخص قرار داده و سازش‌یافتگی وی را افزایش دهد. لیکن همین فعالیت‌ها در موقعیت‌های مهارشدنی که شخص می‌تواند طی آن عمل سازنده اختیار کند، ممکن است نیروی شخص را در مسیر انحرافی که به حل مسئله منتهی نمی‌شود، به جریان اندازد و موجب ایجاد احساس گناه و شکست گردد.

در زمینه ارجحیت شیوه رفتاری یا شناختی مقابله نیز، شیفمن (۱۹۸۹؛ به نقل از موس و اسکافر، ۱۹۹۳) به این نتیجه رسید که هر دو شکل پاسخ مقابله‌ای (رفتاری و شناختی) مؤثرند، ضمن آنکه ترکیب هر دو نوع نیز بر انتخاب جداگانه هر کدام برتری دارد. مطالعات نشان داده‌اند که روش‌های شناختی مقابله از قبیل ارزیابی مجدد مثبت، با سازگاری زناشویی و شغلی همچنین با نمرات بالاتر در مقیاس‌های بهداشت روانی از قبیل احساس خوشبختی یا احساس مولد بودن ارتباط دارند. وقتی هر دو مورد (جست‌وجوی اطلاعات و حل مسئله) با هم به کار گرفته می‌شوند، می‌توانند عوامل تنش‌زای مزمن و حاد را مهار کنند (موس و اسکافر، ۱۹۹۳).

اهمیت مقابله رفتاری - شناختی در این است که مستقل از عوامل تنش‌زا به کار گرفته می‌شود. راهبردهای مقابله شناختی در بسیاری از موقعیت‌ها می‌توانند با انعطاف‌پذیری مورد استفاده قرار گیرند و کمتر تحت تأثیر موقعیت واقع شوند. همان‌گونه که اشاره شد، متغیرهای متفاوتی در انتخاب راهبردهای مقابله‌ای نقش دارند. افراد با ویژگی‌های متفاوت با روش‌های گوناگونی به مقابله با منابع استرس می‌پردازند. بروز بیماری‌های گوناگون نیز با شیوه‌های مقابله رابطه نشان داده‌اند؛ پژوهش‌های بسیاری در مورد این رابطه‌ها صورت گرفته‌اند که در پی خواهند آمد.

سالیان متمادی متخصصان اعتقاد داشته‌اند که استرس‌های شدید موجب تشدید بیماری‌های مختلف جسمانی می‌شوند و حتی جان انسان را در معرض خطر قرار می‌دهند. بیماری‌هایی نظیر زخم معده، فشار خون و بیماری‌های قلبی از استرس تأثیر بسیاری می‌گیرند. شواهد اخیر، حوزه بیماری‌های مرتبط با استرس را وسیع‌تر کرده است. برای مثال در آزمایش‌هایی با انتقال بافت‌های آلوده به سرطان به موش‌ها، مشاهده شد که تومورها در حیواناتی که تحت شوک الکتریکی قرار گرفتند، سریع‌تر رشد کرده و زودتر ارگانیزم را دچار مرگ کردند (دیویدسن و نیل، ۱۹۹۰).

پتروسکی و بیرکی‌مر (۱۹۹۱) مشاهده کردند که مقابله مستقیم قوی‌ترین عامل پیش‌بینی‌کننده نشانه‌های روان‌شناختی است. علاوه بر آن، ۲۵ تا ۳۵ درصد افرادی که نشانه‌های بیماری را گزارش می‌کردند، به میزان کمی از راهبردهای مقابله مؤثر استفاده کرده و رویدادهای تنش‌زای اخیر زندگی خود را با شدت بیشتری ادراک می‌کردند.

استوی‌وا و کارلسون (۱۹۹۳) به مطالعه نشانه‌های مرضی و سازش‌یافتگی با بیماری در بین بیماران مبتلا به سرطان پرداختند. نتایج پژوهش آنان حاکی از وجود ارتباط بین پاسخ‌های هیجانی استرس، ضعف مکانیسم‌های مقابله، پایین بودن حمایت اجتماعی، بیرونی بودن مرکز کنترل، و نشانه‌های وسواس فکری و عملی با مقابله غیرمؤثر بوده است.

اوبوچون و ملاتستا (۱۹۹۴) مشاهده کردند بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی که دارای نشانه‌های اختلال شخصیت بودند، نشانه‌های آسیب‌شناختی بیشتر و مهارت‌های مقابله کمتری داشتند. استوارت (۱۹۹۲) نیز با استفاده از مقیاس مقابله موس به ارزیابی شیوه‌های مقابله بیماران مختلف پرداخت و به این نتیجه رسید که نمرات بالا در مقابله اجتنابی با نشانه‌های شدیدتر و بیشتر اختلالات وسواس فکری و عملی، خصومت، اضطراب و افسردگی رابطه مستقیم دارد.

بن (۱۹۹۶) راهبردهای مقابله افراد الکلی را که وابستگی‌شان از نوع وسواس فکری و عملی بود، مطالعه کرد. او پاسخ‌های این افراد را در چهار جنبه (وسواس فکری در زمینه الکلی، مصرف الکلی، رفتارهای خودکار و مشکلات رفتاری ناشی از مصرف الکلی) دسته‌بندی کرد. نتایج آزمایش او نشان داد وسواس و رفتارهای خودکار با کاربرد شیوه مقابله فعال گرایش رابطه منفی دارند. واکر (۱۹۹۳) در مورد زنانی که از درد مزمن لگن خاصره رنج می‌بردند، پژوهشی انجام داد. نتایج بیانگر آن بود که زنان مبتلا به درد مزمن بیشتر از زنان گروه گواه از راهبردهای انفعالی مقابله استفاده می‌کردند. آنها از نظر روان‌شناختی فلاکت بیشتری احساس می‌کردند، خود را از نظر طبی ناتوان می‌دیدند و نشانه‌های بدنی‌شان را بزرگ‌نمایی می‌کردند.

مکی‌کولینسر (۱۹۹۳) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافت که اشخاص اجتنابگر سطح بالاتری از جسمانی‌سازی، خصومت و اجتناب از ضربه روحی را گزارش می‌کردند. پژوهش‌هایی که در زمینه چگونگی ارتباط «پرخاشگری» با شیوه‌های مقابله انجام شده، نشان داده‌اند اشکال مختلف مقابله با ابعاد کلی و اساسی روابط بین فردی از قبیل روابط دوستانه - پرخاشگری، تسلط - سلطه‌پذیری ارتباط دارند (ارفورد، ۱۹۹۲) و مقابله سرکوبگرانه با نمرات کمتر در مقیاس پرخاشگری توأم است (دنولت، ۱۹۹۱).

ریموند و موزر (۱۹۹۵) نیز در پژوهشی که در مورد خلبانان انجام دادند، نتیجه گرفتند اشخاصی که در مقابله موفق نبوده‌اند، افسرده شده و حتی به خودویرانگری پرداختند. همچنین ایشان ممکن بود احساسات خود را برون‌ریزی کرده، یا دیگران را سرزنش کنند یا به رفتارهای مغرورانه یا پرخاشگرانه متوسل شوند. کلارک و هوایتز (۱۹۸۹) به بررسی ابعادی از مقابله پرداختند که بر ایجاد نشانه‌های مرضی تأثیر می‌گذارند. آنان به این نتیجه رسیدند که مقابله با روش گریز - اجتناب با افسردگی همبستگی مستقیم دارد.

شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که اتکای بیشتر به حل مسئله و اتکای کمتر بر جست‌وجوی اطلاعات و تخلیه هیجانی با بهبود افسردگی رابطه دارد. این نتایج همسو با یافته‌های دیگری است که مقابله متمرکز بر مسئله را با افسردگی خفیف، نشخوار فکری، بی‌تصمیمی، و مقابله به روش تخلیه هیجانی را با افسردگی حادث‌تر مرتبط دانسته‌اند. در یک پیگیری چهار ساله نیز دیده شد، بیمارانی که بیشتر بر مقابله مبتنی بر حل مسئله متکی بودند و از برون‌ریزی هیجانی کمتر استفاده می‌کردند، افسردگی کمتری را

تجربه کرده و سطح عزت نفس آنان بالاتر است. این پژوهشگران بین مقابله شناختی — رفتاری و افسردگی رابطه معکوس و بین مقابله اجتنابی و افسردگی رابطه مستقیم یافتند (موس و اسکافر، ۱۹۹۳).

درمانیس و لسکو (۱۹۹۰) بین مقابله هیجانی و درماندگی روان‌شناختی رابطه مثبت یافتند. مور (۱۹۹۳) بین افسردگی و مقابله هیجانی ارتباط معنادار پیدا کرد. تروپ (۱۹۹۴) بین نمرات حاصل از مقیاس افسردگی بک و مقابله اجتنابی مانند تفکرات آرزومندانه همبستگی مثبت و بین آن نمرات و مقابله مبتنی بر مسئله و جست‌وجوی حمایت اجتماعی ارتباط منفی یافت. دی‌جنوا (۱۹۹۴)، استوکر (۱۹۹۴) و شرمن و همکاران (۲۰۰۰) رابطه میان «مقابله مبتنی بر هیجان» و افسردگی را تأیید کردند.

ژاکوبز (۱۹۹۴) به مطالعه افرادی که همسران خود را از دست داده یا همسرانشان به بیماری‌های لاعلاج مبتلا بودند، پرداخت. نتایج مطالعه او بیانگر این واقعیت بود که اشخاصی که از روش برنامه‌ریزی مبتنی بر مسئله کمتر استفاده می‌کردند، در مقیاس افسردگی نمرات بالاتری کسب کردند.

شربرن (۱۹۹۵) دریافت راهبردهای انفعالی مقابله مانند اجتناب، تفکر آرزومندانه و سرزنشگری خود، با افسردگی رابطه مستقیم و معنادار دارند و برعکس، راهبردهای متمرکز بر مسئله با گزارش کمتر نشانه‌های افسردگی مرتبطند. توییتس (۱۹۹۶) در مورد رابطه سبک‌های مقابله با افسردگی به مطالعه پرداخت. نتایج حاکی از آن بود که از بین شکل‌های مختلف مقابله، خود - متهم‌سازی، برون‌ریزی خشم نسبت به دیگران و جست‌وجوی آرامش از طریق خوردن شیرینی‌ها و مصرف الکل، با افسردگی رابطه مثبت دارد و بقیه موارد با آن همبستگی منفی نشان دادند.

مک کالوف (۱۹۹۴) به مطالعه کنش‌های روان‌شناختی افراد افسرده‌خو پرداخت. او به این نتیجه رسید که این بیماران عمدتاً از راهبردهای مقابله ناکارآمد از قبیل تفکرات آرزومندانه و خودمتهم‌سازی استفاده می‌کنند؛ در روابط بین‌فردی بیش از بقیه افراد سلطه‌پذیر و پرخاشگرند و از منابع حمایت اجتماعی ضعیف‌تری برخوردارند. نانيس (۱۹۹۷) در مورد رفتارهای سازش‌یافته مقابله‌ای در اشخاص مبتلا به ایدز تحقیق کرد. نتایج حاکی از آن بود که شیوه مقابله مبتنی بر مسئله، موجب می‌شود که فرد به منابع مقابله با استرس مانند حمایت اجتماعی قوی دسترسی بیشتری داشته باشد و کمتر احساس تنهایی، خشم و افسردگی کند. بسیاری از پژوهشگران نیز به بررسی رابطه شیوه‌های مقابله و اضطراب در بین بیماران مختلف پرداخته‌اند. نتایج بسیاری از این پژوهش‌ها بیانگر رابطه بین شیوه مقابله مبتنی بر هیجان و اضطراب بوده‌اند. به این نحو که مقابله مبتنی بر هیجان با ایجاد اضطراب رابطه مستقیم نشان داده است. از سوی دیگر، منابع شناختی مقابله که موجب می‌شد تا اشخاص به‌طور فعال به جست‌وجوی اطلاعات و ارزیابی مجدد موقعیت بپردازند و همچنین شیوه مقابله مبتنی بر حل مسئله با ایجاد اضطراب رابطه معکوس نشان داده است (ساندلر و همکاران، ۱۹۹۴).

در پژوهشی که پیرامون رابطه بین شیوه‌های مقابله و اضطراب و بازگشت به فعالیت‌های عادی، در بین کودکان پس از عمل جراحی استخوان انجام شد، مشخص گردید، کودکانی که مضطرب‌تر بودند، و در دوره سنی بالاتری قرار داشتند و اسنادهای آنان درونی‌تر بود، از شیوه مقابله جست‌وجوگری اطلاعات بیشتر استفاده کردند. مقابله اجتنابی طی دو روز بعد از عمل جراحی با اضطراب کمتر همراه بود و مقابله جست‌وجوگرانه با بازگشت به فعالیت‌های روزمره پس از بهبود، ارتباط داشت (لامونتان ، ۱۹۹۶). نتایج مطالعه دیگری در زمینه رابطه بین راهبردهای خودانگیخته‌مقابله و ادراک اضطراب، از سوی بیماران جراحی‌شده قلبی بیانگر آن بود که بیمارانی که در طی درمان به کرات راهبردهای مقابله خود را تغییر می‌دادند، در مقایسه با آنان که دارای رویکردی ثابت بودند، تا حدودی اضطراب کمتری را تجربه می‌کردند (لاریوی ، ۱۹۹۲).

موس و اسکافر (۱۹۹۳) دریافتند افراد با مشکلات روان‌شناختی که از رویکرد شناختی مقابله استفاده می‌کنند، به روش‌های درمانی بهتر پاسخ می‌دهند و احتمال مصرف الکل، سیگار و مواد مخدر در مواجهه با مشکلات در آنان کمتر است و نشانگان بدنی و افسردگی کمتری را نشان می‌دهند.

موس و بیلینگز (۱۹۸۱) دریافتند افرادی که از راهبردهای اجتنابی مقابله استفاده می‌کنند، به احتمال بیشتری به مصرف الکل، سیگار یا مواد مخدر روی می‌آورند.

محمدخانی (۱۳۷۱) نیز با بررسی وضعیت زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی در مراکز مختلف روان‌پزشکی تهران به این نتایج دست یافت:

۱. دو گروه بهنجار و مبتلا به وسواس در زمینه به‌کارگیری راهبردهای مقابله با استرس تفاوت معناداری دارند؛
۲. شیوه‌های مقابله بیماران با توجه به نشانه‌های آسیب‌شناختی‌شان از یکدیگر متمایز می‌شوند؛
۳. مقابله‌های مبتنی بر هیجان و «غیرمتمرکز بر مسئله» بیش از سایر موارد مقابله توسط بیمارانی که نشانه‌های حادث‌تری از خود نشان می‌دهند، به‌کار برده می‌شود.

نقش حمایت‌های اجتماعی و معنوی

براساس پژوهش‌های انجام‌شده، وجود دوستان در مقابله با بحران‌های گوناگون زندگی بزرگسالان از قبیل از دست دادن همسر یا زندگی در محلی که یک حادثه طبیعی در آنجا اتفاق افتاده، می‌تواند مفید و مؤثر باشد (پاوت، ۱۹۹۳).

یکی از مواردی که انسان را در مقابله با استرس یاری می‌دهد، حمایت‌های اجتماعی است. حمایت اجتماعی دارای دو جنبه است:

۱. شبکه اجتماعی که به تعداد افرادی که در دسترس‌اند و فرد را حمایت می‌کنند، اشاره دارد و
 ۲. کیفیت حمایت که بر چگونگی حمایتی که افراد حمایت‌کننده اعمال می‌کنند، اشاره دارد.
- تأثیر جنبه‌های یادشده بر سلامت افراد متفاوت است. به‌نظر می‌رسد کیفیت حمایت‌های اجتماعی در مقایسه با تعداد افراد حمایت‌کننده تأثیر بیشتری بر بهداشت روانی افراد دارد.

براون و هریس (۱۹۷۸؛ به نقل از پلانکت و همکاران، ۱۹۹۹) با مطالعه گروهی از زنان افسرده و غیرافسرده دریافتند، ۶۱ درصد زنان با افسردگی شدید در نه ماه گذشته وقایع تنش‌زایی در زندگی داشته‌اند، درحالی‌که فقط ۲۵ درصد زنان غیرافسرده در نه ماه اخیر وقایع تنش‌زا را تجربه کرده‌اند. ۳۷ درصد زنان افسرده هیچ دوست صمیمی نداشتند.

خانواده نیز نقش بسیار مهمی در مقابله اعضای آن با استرس دارد؛ در شرایط تنش‌زا اعضای خانواده می‌توانند تأثیر مثبتی روی یکدیگر بگذارند. راهبردهایی که خانواده‌ها در مورد سازگاری اعضای خانواده با شرایط تنش‌زا بویژه جوانان، فراهم می‌آورند، متفاوت‌اند. اولسون (۱۹۸۲؛ به نقل از پلانکت و همکاران، ۱۹۹۹) راهبردهای مقابله‌ای را که خانواده‌ها در پاسخ به استرس به‌کار می‌گیرند، شامل فراهم کردن حمایت اجتماعی، جست‌وجوی حمایت معنوی و روحانی، و تشویق اعضای خانواده به دریافت کمک‌های تخصصی می‌داند.

کارسون (۱۹۹۵؛ به نقل از پلانکت و همکاران، ۱۹۹۹) معتقد است حمایت اجتماعی یا توانایی خانواده برای جست‌وجو و دریافت کمک از افرادی که با آنها ارتباط شخصی دارند، نظیر بستگان، دوستان و همسایگان، نوعی راهبرد مقابله‌ای است که با رضایتمندی بویژه در جوانان همبستگی مثبت دارد.

از دیگر راه‌های مقابله‌ای که خانواده‌ها برای کاهش میزان استرس در اعضای خانواده به‌کار می‌گیرند، جست‌وجو و دریافت حمایت‌های معنوی و روحانی چون دعا، توکل به خدا، صبر در برابر مسائل و راضی به رضای خداوند بودن است. همچنین استفاده از حمایت‌های روحانی و معنوی چون رفتن به مکان‌های مذهبی و صحبت با افراد روحانی، از جمله راهبردهایی است که خانواده‌ها را در جهت قبول موقعیت‌های مشکل‌آفرین، یاری می‌دهد.

بعلاوه پژوهش‌ها نشان داده‌اند فعالیت خانواده در جهت پذیرش و جست‌وجوی همکاری‌های غیرخانوادگی نظیر کمک گرفتن از مؤسسات، سازمان‌ها و خدمات اجتماعی حمایت‌کننده، به‌طور بالقوه راهبردی سودمند برای تقلیل استرس در خانواده است. بنابراین، استفاده از حمایت اجتماعی، روحانی و معنوی و حمایت سازمان‌ها و خدمات اجتماعی، در شمار راهبردهایی هستند که

در کاهش استرس تأثیر دارند و به افراد کمک می‌کنند تا در رویارویی با مشکلات به‌طور سازگارانه‌تری پاسخ گویند. جوانانی که خانواده‌های آنها در حال تجربه تغییراتی چون تغییر در شغل، موقعیت زندگی و تعداد اعضای خانواده هستند، استرس‌های شخصی بیشتری را تجربه و گزارش می‌کنند؛ دو راهبرد مقابله‌ای که عمدتاً در سازگاری این جوانان حایز اهمیت است: ۱. جوانانی که در خانواده آنها از راهبردهای مقابله‌ای نظیر حمایت‌های روحانی و معنوی به میزان بیشتری استفاده می‌شود، بیشتر می‌توانند استرس‌های خانوادگی را کنترل کنند؛ ۲. جوانانی که اعضای خانواده‌شان را حمایت‌کننده‌تر ادراک می‌کردند، بیشتر از دیگر جوانان از زندگی خود رضایت دارند (پلانکت و همکاران، ۱۹۹۹).

استرس می‌تواند بر احساسات و عواطف نیز تأثیر گذارد. چنین وضعیتی هنگامی حادث می‌شود که شخص علاوه بر این استرس با موضوعی اشتغال ذهنی بیش از حد داشته باشد، مانند شخصی که از فکری ناراحت‌کننده دچار اضطراب دائمی شود. وجود خشم یا نشاط ناگهانی، تغییرات شدید خلقی مانند افسردگی یا فعالیت فوابعده با رویدادهای تنش‌زا رابطه دارد. البته در دو مرحله اول نشانگان کلی، شخص ممکن است نشانگان افسردگی یا فعالیت بیش از حد را نشان دهد. ناتوانی در شاد بودن، از دست دادن احساس خوش‌خلق، نخندیدن و بی‌تفاوتی ممکن است چندین روز ادامه داشته باشد. گاهی ممکن است فرد در مواجهه با وقایع تنش‌زا بیش از حد فعال شود و با نشاط، با هیجان و احتمالاً خشن و پرسروصدا شود و اغلب بدرفتاری کند.

گاهی افراد تحت استرس احساس فزاینده بی‌حسی، بی‌حالی و بی‌علاقگی و کرختی دارند. کار آنها به‌نظرشان کسالت‌آور و بسیار خسته‌کننده است و حتی فائق شدن بر کوچک‌ترین عامل استرس برایشان دشوار است. این افراد استعداد استنباط وضع واقعی اشیا را از دست می‌دهند؛ دامنه‌ی علایق آنها محدود می‌شود و مسائل را بسیار بزرگ‌تر از حد واقعی آن ادراک می‌کنند. همین که افراد در مرحله فرسودگی عمیق‌تر فرو می‌روند، رفتار آنها افسردگی بیشتری را ظاهر می‌سازد. آنها خستگی را تجربه می‌کنند که نوعاً، با خواب برطرف نمی‌شود و احساس مبهم اضطراب‌آمیزی دارند. آنها بی‌عاطفه و بدخلق و منزوی می‌شوند و به خوابیدن، تماشای تلویزیون و خیالبافی گرایش پیدا می‌کنند. آنها ممکن است به رفتارهایی مانند کشیدن سیگار، مصرف مواد مخدر یا الکل روی آورند و در جهت حل مشکلات خود احساس درماندگی و ناتوانی کنند. این نشانه‌های رفتاری، شناختی و عاطفی همگی باهم تجارب استرس را منعکس می‌سازند. فراوانی و شدت این نشانه‌ها برای تعیین اینکه شخص تا چه حد تحت فشار است، عاملی کلیدی محسوب می‌شود (شفر، ۱۹۸۲).

ویژگی‌های شخصیت و راهبردهای مقابله

کوباسا، مدی و کان (۱۹۸۲) برای تبیین این موضوع که بعضی اشخاص در مواجهه با مقدار مشخصی استرس، بیمار می‌شوند و حال آنکه بعضی دیگر در برخورد با همان مقدار استرس سلامت خود را حفظ می‌کنند، از نظریه‌های شخصیت سود جسته و الگوی شخصیت سخت‌رو را پیشنهاد داده‌اند. شخصیت‌های سخت‌رو، اشخاصی‌اند که توانایی تحمل استرس را دارند. سه مشخصه بارز این اشخاص، تعهد، چالشگری و احساس مهار رویدادهای زندگی است. این ویژگی‌ها با عوامل تعیین‌کننده شدت استرس از چندین نظر رابطه متقابل دارند. برای مثال، متعهد بودن موجب می‌شود تا فرد هنگام بروز استرس از حمایت‌های اجتماعی برخوردار باشد.

مفهوم چالشگری نیز در ارزیابی شناختی نهفته است؛ یعنی باور به اینکه دگرگونی در زندگی امری عادی است و بیشتر باید آن را فرصتی برای رشد به‌شمار آورد. به همین ترتیب، احساس مهار رویدادهای زندگی، موجب می‌شود که فرد احساس کارایی داشته باشد و در موقعیت‌های تنش‌زا برای تغییر موقعیت اقدام کند. افرادی که فاقد این ویژگی‌ها هستند، با احتمال بیشتری در رویارویی با استرس در دام بیماری‌ها در می‌افتند.

فریدمن و روزمن (۱۹۵۰؛ به نقل از گری، ۱۹۹۹) با معاینه بیماران قلبی دریافتند که بیشتر این بیماران الگوهای رفتاری مشابهی دارند. آنها اهل رقابت و پرخاشگرند؛ به آسانی عصبانی می‌شوند؛ به کار اعتیاد دارند و تلاش می‌کنند تا فعالیت‌های خود را در

مهلت محدود به پایان برسانند. فریدمن و روزمن اصطلاح تیپ A را برای این افراد به کار بردند. در مقابل این افراد، گروه دیگری وجود دارند که آرامش و صبر و حوصله دارند که تیپ B نامیده می‌شوند و حملات قلبی در آنان اندک است.

با استفاده از مصاحبه ساختاریافته می‌توان به تیپ شخصیتی افراد پی برد. نوع پاسخ‌های مصاحبه‌شوندگان و رفتارهای آنان نظیر نحوه صحبت کردن و نشستن و حرکات بدنی، اطلاعاتی در زمینه نوع شخصیتی آنان به دست می‌دهد. افراد با تیپ شخصیتی A، معمولاً تند و بلند صحبت می‌کنند، صحبت‌های مصاحبه‌گر را قطع می‌کنند؛ مرتب پای خود را تکان می‌دهند؛ با انگشتان خود بازی می‌کنند؛ احتمال وجود فشارخون، ناراحتی قلبی، مصرف الکل و کشیدن سیگار یا مواد مخدر در آنان بیشتر است (آیزنک، ۲۰۰۰). افراد تیپ A بی‌نهایت رقابت‌جو و اهل پیشرفت‌اند؛ به فوریت‌های زمانی حساس‌اند؛ آرامیدن برایشان دشوار است و اگر کارشان به درازا بکشد یا مجبور شوند با افرادی به زعم خود بی‌کفایت کار کنند، بی‌تابی و خشم نشان می‌دهند؛ آمیزه‌ای از احساس فشار برای پیشرفت و احساس خصومت کلی در این افراد مشاهده می‌شود (اتکینسون و همکاران، ۱۹۸۳).

افرادی که در مقابل استرس مقاوم‌اند، خلا، امیدوار، دارای ذهنی باز و آماده برای یادگیری هستند. آنان برای سبک مناسب زندگی خود برنامه‌ریزی می‌کنند؛ خوش‌بین‌اند؛ بر سرنوشت خود کنترل و تسلط دارند و در تعیین سرنوشت خود نقش فعال دارند؛ بازخوردها و سبک عمل آنان منطقی است؛ به تغییرات و رویدادهای تنش‌زای زندگی به‌عنوان فرصت و چالش می‌نگرند، و با چالش‌ها به روش حل مسئله برخورد می‌کنند (شفر، ۱۹۸۲).

تیپ‌های شخصیت و راهبردهای مقابله

برخی از پژوهش‌ها راهبردهای مقابله با استرس را با در نظر گرفتن تیپ‌های شخصیت مورد توجه قرار داده‌اند. رابطه بین تیپ‌های شخصیتی و راهبردهای مقابله در مطالعات طولی گروسارت، ماتیکس و آیزنک (۱۹۹۱) روی نمونه‌های وسیعی از جمعیت عادی بررسی شده است. به نظر آنان افراد را از نظر برخورد با استرس می‌توان به چند گروه تقسیم کرد:

تیپ ۱. افراد با ویژگی‌هایی نظیر رضایت‌طلبی، عدم اظهار وجود، تسلیم‌پذیری و دفاعی بودن و سرکوبی هیجانات، در این گروه قرار می‌گیرند. این تیپ افراد در مقابله موفقیت‌آمیز با استرس شکست می‌خورند که به‌بروز احساسات درماندگی، ناامیدی و افسردگی در آنان منجر می‌شود. این افراد مستعد ابتلا به سرطان‌اند (آیزنک، ۱۹۹۱؛ به نقل از روبرتس، دافی و مارتین، ۱۹۹۵).

تیپ ۲. این گروه ویژگی‌هایی مانند خشم، خصومت و پرخاشگری و برانگیختگی هیجانی زیادی دارند و مستعد ابتلا به بیماری‌های کرونر قلب‌اند.

تیپ ۳. افراد این تیپ با ویژگی‌هایی مانند رفتار دوسوگرایانه، و رفتار سایکوپات مشخص می‌شوند.

تیپ ۴. تیپ سالم که با ویژگی‌های خودپیروی، استقلال شخصی و خودنظم‌جویی مشخص می‌شوند. این افراد می‌توانند هیجانات خود را نشان دهند و خشم و خصومت خود را کنترل کنند (آیزنک، ۱۹۹۵)، گرایش زیادی به استقلال شخصی دارند، از این‌رو مستقل بودن اساسی‌ترین عامل خشنودی در این افراد است.

تیپ ۵. نشان‌دهنده گرایش‌های منطقی و ضدهیجانی است. بعضی از مطالعات اشاره کرده‌اند که این تیپ ممکن است مستعد افسردگی درون‌زاد، سرطان و روماتیسم مفصلی باشند.

تیپ ۶. نشان‌دهنده گرایش‌های ضداجتماعی و خودمحوری است. این اشخاص دارای رفتار سایکوپات بزهکارانه و مستعد وابستگی به الکل و مواد مخدرند (آیزنک، ۱۹۹۰).

یکی از عوامل عمده در تاثیرگذاری استرس بر روی سلامتی، نحوه مقابله افراد با موقعیت‌های تنش‌زای زندگی است. از این‌رو انتظار می‌رود که شیوه‌های مقابله با استرس در افراد مستعد بیماری (تیپ‌های ۱ و ۲) متفاوت با افراد سالم (تیپ ۴) باشد. بر اساس مطالعات اشمیتز (۱۹۹۶)، افراد تیپ ۴ (افراد سالم) در مواجهه با استرس رفتار مبتنی بر مسئله نشان می‌دهند. درحالی‌که بین تیپ‌های ۱ و ۲ و ۳، با رفتارهای مبتنی بر هیجان و اجتناب همبستگی مثبت وجود دارد. رفتارهای گروه تیپ ۶ (رفتار ضداجتماعی)

نیز با رفتار مبتنی بر مسئله همبستگی منفی و با رفتار مبتنی بر هیجان همبستگی مثبت دارد. واکنش‌های تیپ ۱ به صورت متکی شدن به افراد مهم و واکنش‌های افسردگی است. تیپ ۲ با رفتار بحرانی - پرخاشگری و واکنش‌های افسردگی و تیپ ۳ پذیرش و تجدید نظر در انتظارات، تیپ ۴ با ارزیابی مثبت و پذیرش، تیپ ۵ با متکی شدن به منابع کنترل بیرونی و درخواست کمک از دیگران و در نهایت تیپ ۶ با رفتارهای بحرانی و پرخاشگری واکنش نشان می‌دهند.

در زمینه استرس و توانایی‌های انسان برای مقابله با آن نظریه‌هایی مطرح شده اند که در اینجا به مواردی از آنها اشاره می‌شود.

نظریه فروپاشی هویت

بر اساس نظریه فروپاشی هویت افرادی که سطوح پایین عزت نفس را تجربه می‌کنند، حتی اتفاقات خوبی را که برایشان رخ می‌دهد، به سختی می‌پذیرند. زیرا خارج از بستر احساس هویت آنان جای دارد. برعکس، وقتی برای اشخاص دارای عزت نفس بالا اتفاق بدی رخ می‌دهد، هویت آنان فرو پاشیده نمی‌شود. بر اساس این الگو، اگر رویدادهای زندگی موجب شوند که افراد آنچه را در مورد خود می‌پندارند تغییر دهند، خطر بروز بیماری برای آنها بیشتر است. این الگو بر این فرض مبتنی است: افرادی که خود را برای تجربه رویدادهای مثبت، ناشایست تلقی می‌کنند، هویت شخصی خود را توسط تجارب زندگی در مخاطره می‌بینند (برانون و فیست، ۱۹۹۷).

بروم و جانسون (۱۹۹۳) نیز به تأثیرات مخرب استرس ناشی از ناتوانی بلندمدت در مقابله با موقعیت‌های تنش‌زا اشاره کرده‌اند. زمانی که ارگانسیم در معرض محرکی آسیب‌رساننده قرار می‌گیرد، پاسخ‌های زیست‌شناختی برای استحکام و پابرجا نگه‌داشتن او کافی نیستند، از این رو، وی ناتوان از مقابله می‌شود. در این تعریف، مقابله، چیزی بیش از موفقیت در مهار محیط درونی نیست، این محیط درونی صرفاً فیزیولوژی بدن نیست. دستگاه‌های مهار روانی نیز منابعی هستند که در رویارویی با مشکلات عمده زندگی دخیل هستند. تعامل‌های اجتماعی و عوامل محافظ بدن، فرایندهای روانی پیچیده‌ای هستند که ممکن است واجد یا فاقد توانایی لازم برای برخورد مؤثر با استرس باشند.

با وجود آنکه جهان حیوان‌ها در مقایسه با انسان به گونه‌ای از پیچیدگی‌های کمتری برخوردار است، آنان هم دارای چنین نظام‌های مهارگری هستند و در معرض چنین مشکلاتی قرار دارند. میزان این توانایی در انسان و حیوان‌های گوناگون با یکدیگر تفاوت دارد. برخی از افراد و به احتمال زیاد بعضی از حیوانات، در برخورد با مشکلات روانی و جسمانی از توانایی بیشتری برخوردارند. به عبارت دیگر، عده‌ای بهتر از دیگران توان مقابله دارند. این بیانگر تفاوت‌های فردی بین انسان و حیوان‌های متفاوت در زمینه پاسخگویی زیست‌شناختی به محرک‌های مشخص است.

نظریه تکامل و سازگاری رفتاری

داروین در سال ۱۸۵۹، به بررسی فرایند سازش‌یافتگی با محیط پرداخت. این نظریه به تشکیل مفهوم بوم‌شناسی منتهی شد. بوم‌شناسی به مطالعه ارتباطات بین فرد و محیط می‌پردازد. بوم‌شناسی مبتنی بر این نظر است که تشکیل پیوندهای اجتماعی جنبه مهمی از تبدلات مؤثر محیط را تشکیل می‌دهد. سازش‌یافتگی گروهی بیانگر رشد سازگاری شخص و راهبردهای خاص وی در زمینه مقابله است که موجب بقای گروه و ارتقای جامعه بشری است. این جهت‌گیری سبب تأکید بر فعالیت‌های رفتاری حل مسئله شد که احتمال بقای نوع و فرد را افزایش می‌دهد. در ابتدا رفتارگرایان جنبه‌های مشاهده‌پذیر رفتار هدفمند را مورد توجه قرار دادند، ولی رویکردهای جدیدتر نقش شناخت را در سازش‌یافتگی، مؤثرتر جلوه دادند. پیروان رویکرد شناختی - رفتاری ارزیابی شخص از خود و تفسیری که شخص از رویداد دارد، مهارت‌های رفتاری حل مسئله و احساس خود - کارآمدی را که منبع ضروری مقابله است، مرکز توجه قرار دادند.

مقابله‌های موفق سبب ارتقای انتظارات شخص در زمینه خود کارآمدی می‌شوند و همین مسئله موجب می‌شود شخص برای مسلط شدن بر وظایف جدید دست به تلاش‌های جدی‌تری بزند (موس و اسکافر، ۱۹۹۳).

نظریه روان‌تحلیل‌گری

فروید رفتار را به کشاننده‌ای اسناد می‌دهد که براساس ارضای غرایز جنسی و پرخاشگری به کاهش تنش منجر می‌شود. از این دیدگاه، «من» در جهت حل تعارض‌های موجود بین برانگیختگی‌های شخص و فشارهای محیط بیرونی تعادل ایجاد می‌کند. فرایندهای «من» در موقع لزوم شخص را قادر می‌سازند تا برانگیختگی‌های جنسی و پرخاشگری را به‌طور غیرمستقیم بیان کند؛ بدین وسیله از بار تنش تحمیل‌شده بر فرد کاسته می‌شود. فرایندهای من، مکانیسم‌های شناختی‌اند (اگرچه ممکن است بیان آنها به‌صورت رفتاری نیز باشد) که کنش اصلی آنها در وهله اول دفاعی است (برای وارونه جلوه دادن واقعیت) و در وهله بعد متمرکز بر هیجان است (تا تنش را کاهش دهد).

نئوفرویدی‌ها به این فکر معترض بودند، آنها برای «من» حوزه‌ای عاری از تعارض قائل بودند. این حوزه دارای انرژی خودمختاری است که فرایندهای واقع‌گرا از قبیل توجه و ادراک را سوخت‌دهی می‌کند. «من» در واقع معرف منطق و عقل بوده و ساخت آن متشکل از شناخت و دفاع است. جنبه شناختی آن هشیار و نیمه‌هشیار، و فعالیت دفاعی آن نیمه‌هشیار و بویژه ناهشیار است و از انتخاب و به کاراندازی سیستم‌های دفاعی متفاوت تشکیل شده است (منصور، دادستان و راد، ۱۳۶۵).

کنش‌های «من» (از قبیل شناخت و حافظه) به خودی خود برای شخص پاداش‌دهنده‌اند. بسیاری از افراد به‌دنبال چیزهای جدید و هیجان‌انگیز می‌گردند و سعی می‌کنند بر محیط خود مسلط باشند. آنان دارای جنبه‌هایی از انگیزش (از قبیل کشاننده کنجکاوی و کاوش) هستند که نیاز به محرک‌های جدید و متنوع را در ایشان زنده نگاه می‌دارد و این احساس نیاز در آنها وجود دارد که مهار امور زندگی در دست خودشان باشد. این دیدگاه زیربنای چندین نظریه تحول و خودشکوفایی شد. به‌طور مثال، راجرز (۱۹۷۷) معتقد بود افراد سعی می‌کنند ظرفیت‌های خود را توسعه داده و شکوفا سازند. مازلو (۱۹۷۰) بین انگیزش تحول و انگیزشی که بر مبنای کمبود است، تمایز ایجاد کرد. انگیزش مبتنی بر کمبود، بیانگر کشاننده‌ای است که به حفظ بقای نسل کمک می‌کند و هدف آن کاهش تنش ناشی از نیازهایی از قبیل گرسنگی و تشنگی است و در مقابل آن، انگیزش تحول است که بیانگر جهت‌گیری به سمت خودشکوفایی است. شخصی که دارای انگیزش تحول است، دوست دارد بر تجارب خویش بیفزاید و افق‌های دید خود را گسترده‌تر سازد. مازلو (۱۹۷۰) معتقد بود افراد رشدیافته سالم، ادراک صحیحی از واقعیت دارند؛ خودانگیخته و متمرکز بر حل مسئله‌اند؛ رغبت‌های اجتماعی بسیار قوی دارند؛ میل واقعی برای یاری رساندن به دیگران در آنها مشاهده می‌شود و چشم‌انداز وسیعی نسبت به زندگی دارند.

از دیدگاه روان‌تحلیل‌گری، رویدادهای دوران طفولیت انسان، بشدت شخصیت فرد بزرگسال را تحت تأثیر قرار می‌دهد یا حتی نقش تعیین‌کننده‌ای ایفا می‌کند. اما آگاهی از کنش‌های «من» و الگوهای بهنجار رشد لزوماً مشخص‌کننده ویژگی‌ها یا الگوهای واکنش فرد در مقابل بحران‌ها و نقاط عطف زندگی نیستند. به این ترتیب روان‌شناسی «من» علاوه بر تأکید بر فرایندهای دفاع و مقابله، مبنایی برای رویکردهای تحولی پایه‌گذاری کرد. در این دیدگاه اعتقاد بر این است که منابع مقابله در طی گستره زندگی به‌طور تدریجی شکل می‌گیرند.

اریکسون (۱۹۶۸) هشت مرحله از زندگی را توصیف می‌کند. هر کدام از این مراحل شامل یک چالش‌گری یا بحران است که لازم است با موفقیت طی شود تا شخص بتواند در مرحله بعدی مقابله با بحران موفق شود. منابع شخصی مقابله از قبیل عزت نفس و انسجام من، در دوره نوجوانی شکل می‌گیرند و طی اولین سال‌های بزرگسالی با خودپنداره انسان درهم آمیخته و در نهایت در بزرگسالی و پیری فرایند مقابله را شکل می‌دهند. حل کامل مسائلی که در هر مرحله از چرخه زندگی اتفاق می‌افتد، میراثی از منابع مقابله برای شخص برجا می‌گذارد که وی را قادر می‌سازد، به حل بحران‌های بعدی زندگی خود بپردازد.

مطالعه عمیق فرایند سازگاری با بحران‌ها و تغییر و تحول‌های زندگی، شیوه‌های مقابله و ظرفیت انسان را به نمایش در می‌آورد. گزارش‌های متعددی از شرایط غم‌انگیز اسرای جنگی در اردوگاه‌های کار اجباری به دست آمده است. زندانیان اردوگاه‌ها شرایط رقت‌بار و طاقت‌فرسای ناشی از کار اجباری، بیماری، تهدید به مرگ قریب‌الوقوع را تجربه کرده‌اند. اما برخی از آنان حتی در چنین شرایطی هم بر سرنوشت خویش تسلط پیدا کرده و نجات یافته‌اند. برخی از زندانیان جنگی در اردوگاه‌های کار اجباری دوام می‌آورند و حتی بعدها می‌توانند از شوخ‌طبعی و روحیهٔ بذله‌گویی برخوردار باشند. مطالعات دیگری در همین زمینه بر عوامل تنش‌زا از قبیل مرگ والدین یا خواهر و برادر، مهاجرت یا وقایع ناگواری مانند سیل و طوفان، تجاوز، آدم‌ربایی، و تروریسم متمرکز شده است. مطالعات مشابه آن نیز نشان داده که چگونه افراد با آسیب‌ها یا بیماری‌های جدی جسمانی، عمل‌های قریب‌الوقوع جراحی، یا دیگر معالجات پزشکی توأم با درد سازش می‌یابند. این مطالعات جنبه‌های مقابلهٔ سازش‌یافتهٔ فردی و گروهی را آشکار می‌سازند و نشان می‌دهند که معمولاً افراد به‌طور مؤثری با بحران‌ها و تغییر و تحولات زندگی مقابله می‌کنند.

روش‌های مقابلهٔ معنوی

در گذشته بویژه در کشورهای غربی، تصور بر این بود که معنویت در روان‌شناسی جایگاهی ندارد. این دیدگاه در واضح‌ترین شکل خود در نظریهٔ فروید منعکس شده بود (فالوت ، ۲۰۰۱). او دین را توهمی می‌دانست که با آسیب‌شناسی اختلال‌هایی نظیر اختلال وسواس فکری و عملی رابطه دارد. این نگرش در همان سال‌ها، نظر بسیاری از متخصصان غرب را تحت تأثیر خود قرار داد و تلاش‌های روانشناسی مانند یونگ نیز در زمینهٔ تلفیق معنویت و روان‌درمانی راه به جایی نبرد، ولی از دههٔ اخیر تاکنون توجه فزاینده‌ای به نقش معنویت و دین در شکل‌گیری، نگهداری و در نتیجه درمان اختلال‌های روانی شده است.

در عصر حاضر، آرامش روح از جمله گمشده‌های آدمی است که انسان در فرا آن می‌نالد و به راه‌های گوناگون در جست‌وجوی آن است. پیشرفت علم و فناوری با همهٔ هیاهویی که ایجاد کرده، نه تنها نتوانسته انسان را به ساحل نجات (آرامش) برساند، بلکه او را در گرداب ناآرامی و تشویش غوطه‌ور ساخته است. زندگی شهرنشینی و مشکلات ناشی از آن، فرصت تدبیر و تفکر انسان دربارهٔ خود و طبیعت را از وی سلب کرده و او را از اصل خود دور داشته است. امروزه نه تنها جوامع غیردینی، بلکه جوامع دینی نیز از اضطراب، ناآرامی و دلهره‌های بی‌مورد در رنج‌اند. درحالی‌که خدایی که انسان را خلق کرد و برای هدایت و راهنمایی او پیامبران را فرستاد، بی‌شک منابع و عوامل ایجاد آرامش را نیز مطرح کرده است و انسان امری برای رهایی از استرس‌ها باید آنها را بشناسد و به آنها متوسل شود (حسینی‌زاده، ۱۳۸۱).

در دهه‌های اخیر به روان‌شناسی دینی و معنویت‌گرایی توجه بسیار چشمگیری شده است (ایمونس و پالوتزین ، ۲۰۰۳؛ هیل و پارگامنت، ۲۰۰۳). به‌ویژه توجه خاصی به رابطهٔ میان دین، معنویت‌گرایی و سلامت جسمانی و روانی شده است به‌طوری‌که در چند سال گذشته مؤسسه‌ها و انجمن‌های بسیاری در زمینهٔ روان‌شناسی دینی تأسیس شده‌اند و از کتاب‌ها و ژورنال‌های بسیاری به چاپ رسیده‌اند. علاوه بر این در زمینهٔ رابطهٔ میان اعمال مذهبی و بهداشت جسمانی و روانی پژوهش‌های بسیاری صورت گرفته است (هریسون و همکاران، ۲۰۰۱؛ هکنی و ساندرس ، ۲۰۰۳؛ کوئینگ، مک کولاف و لارسون ۲۰۰۱). یکی از حیطه‌هایی که بررسی‌های بسیاری در آن صورت گرفته است مطالعهٔ رابطهٔ میان به‌کارگیری راهبردهای مقابله‌ای معنوی و مذهبی و سلامت جسمانی روانی است (فولکمن و موسکوویتز ، ۲۰۰۴؛ پارگامنت، ۱۹۹۷).

امروزه بسیاری از پژوهشگران بر نقش شفابخش دین و معنویت صحنه گذاشته‌اند و روان‌شناسان از نقش مهم دین و معنویت در دنیای امروز سخن به میان می‌آورند (لوکوف ، ۲۰۰۰)؛ چراکه آنان با مراجعانی مواجه‌اند که باوجود برخورداری از امکانات و وسایل مدرن از انزوا و تنهایی رنج می‌برند. کم‌رنگ شدن روابط خانوادگی و اجتماعی، انسان را دچار سردرگمی و تعارض با ارزش‌ها، معیارها و اولویت‌ها کرده است (آپونتی، ۱۹۹۶). آنان به‌دنبال چیزی بیش از اینها می‌گردند. در چنین شرایطی دیگر

درمان‌های سنتی پاسخگوی نیازهای مراجعان نیست. این روش‌ها به تنهایی نمی‌توانند احساس خلأ و پوچی مراجعان را از بین ببرند، زیرا بیشتر آنها بر گفت‌وگو در محیط درمان مبتنی‌اند (کاراسو، ۱۹۹۹).

توجه به نقش معنویت در بهداشت روانی به پژوهش‌های متفاوتی در این زمینه منجر شده است. بیشتر این پژوهش‌ها تأثیر مثبت ارزش‌های دینی بویژه نماز و دعا را بر بهداشت روانی تأیید کرده‌اند (روسیتز — ثورنتون، ۲۰۰۲). کوئینگ، مک کولاف و لارسون (۲۰۰۱) بیش از ۱۲۰۰ مطالعه را در این زمینه بررسی کرده‌اند. بیشتر این پژوهش‌ها نشان‌دهنده تأثیر مثبت نگرش‌ها و اعتقادات مذهبی و تکالیف معنوی بر فرایند درمان بیماری‌های روانی بوده‌اند. تکالیف معنوی مانند نماز و دعا موجب ارتقای احساسات مثبت نسبت به خود و امکان درمان شده است.

به‌نظر آملینگ (۲۰۰۰) نماز، فکر و قلب انسان را به سوی روحانیت سو می‌دهد و موجب توجه انسان به اعمای وجود خود می‌شود، به همین دلیل نیز در درمان بیماری‌های جسمانی و روانی مؤثر واقع می‌شود. نماز و دعا، واجد نیروی شفابخشی‌اند که در انسان احساس آرامش و راحتی به‌وجود می‌آورد.

شیوه‌های مقابله در مکتب اسلام

شیوه‌های مقابله از دیدگاه اسلام بسیار زیاد است، که مهم‌ترین آنها عبارتند از:

۱. توکل: انسان به هنگام مواجهه با مصایب و مشکلات، در جست‌وجوی پناهگاهی برای آرامش است. انتخاب نوع جان‌پناه به میزان مشکلات و در شرایط حاد به بینش و جهان‌بینی فرد بستگی دارد. در بینش اسلامی، توکل یکی از راهبردهای غلبه بر مشکلات است. در آیات متعددی «توکل علی الله» به‌عنوان یک اصل در برخورد با مشکلات و مصائب توصیه شده است. توکل بر خدا، جان‌پناهی است پایدار و نامحدود و به انسان، امید، احساس حمایت و امنیت می‌دهد. در راهبردهای اسلامی، به روشنی راه‌حلی برای مواجهه با استرس‌های انسان نهاده شده، که همان توکل و توجه به خداوند است. «الذین اذا اصابهم مصیبه قالوا انا لله و انا الیه راجعون» (ای کسانی‌که با مصیبت مواجه شده‌اید، بگوئید همه از خدایم و به سوی او بازمی‌گردیم؛ بقره، ۱۱۵).

۲. صبر: عملکرد همراه با زیان موجب استرس خواهد بود. در قرآن مجید خداوند متعال می‌فرماید: «ان الانسان لفی خسر» (همانا انسان در خسران و زیان است؛ والعصر، ۲) برای مواجهه با نتایج این زیان که استرس به همراه دارد، در ادامه خداوند متعال توصیه به صبر می‌کند: «تواصوا بالصبر». با پیشه گرفتن صبر و توکل به خداوند در مصائب و شداید، مواجهه با استرس بسیار سهل و عادی خواهد بود.

۳. نماز: حمایت‌گیری و طلب‌حمایت یکی از شیوه‌های مقابله با استرس است. در توصیه‌های اسلامی طلب‌حمایت و کمک از درگاه خداوند فراوان مشاهده شده است. انسان به‌طور فطری خداجوست و در لحظات تنهایی و وحشت همواره به‌طور فطری به خدا پناه می‌برد. در بسیاری از دعاها برای مواجهه با مصائب و مشکلات از درگاه خداوند استعانت می‌شود: «ایاک نستعین».

تجربه نشان داده افرادی که به ادعیه و نماز مقید بوده‌اند، در برخورد با استرس روش‌های مناسب را در پیش گرفته‌اند. بزرگان و رهبران دینی در مواجهه با مشکلات بزرگ، که به جامعه تنش‌هایی را وارد می‌ساخت، همواره به نماز پناه می‌برده‌اند. خداوند متعال می‌فرماید: «الا بذکر الله تطمئن القلوب» (همانا با یاد خداوند قلب‌ها آرام می‌گیرد؛ رعد، ۲۸). آرامش قلب و روح همانا هدفی است که در راهبردهای مقابله با استرس به دنبال آن هستیم. تلاوت قرآن در آرامش‌بخشی بسیار مؤثر است. قرآن برای دردهای موجود در سینه‌ها شفاست.

امام علی (ع) نیز به آرامش روانی مردم از جنبه‌های متفاوت توجه داشته‌اند. به‌نظر ایشان، آرامش روانی، هدف ارزشمند تربیت است. امام علی (ع) کوشش در جهت فراهم آوردن زمینه آرامش روانی را در حکم وظیفه دانسته و متریبان را متوجه زیبایی و آراستگی آرامش درونی ساخته است. اضطراب، افسردگی، اندوه و هر آنچه در آرامش روانی افراد اختلال ایجاد کند، مانعی در سیر تربیت صحیح تلقی شده است. برای پیشگیری و رفع این موانع مواردی توصیه شده است:

— اصلاح و تکامل نگرش‌ها و باورهای متربی در مورد خویش، هستی، خدا و زندگی؛
— تقویت اعتماد؛

— پرورش روحیهٔ توکل؛

— تغییر در شرایط زندگی اندوه‌بار با فراهم ساختن سرور و شادمانی؛

— افزایش توان مقاومت و اعتماد به نفس؛

— تقویت حسن ظن به دیگران و عملکردهای آنان؛

— دعا و راز و نیاز با خداوند متعال؛

— زدودن عوامل اضطراب و اندوه، فرو خوردن خشم و پرهیز از بی‌تابی و جزع
در مصیبت‌ها و ناراحتی‌ها؛ و

— برقراری ارتباط با دوستان و هم‌صحبت شدن با آنان.

علاوه بر اینها، عواملی که موجب آرامش روانی می‌شوند نیز مورد توجه قرار گرفته‌اند و توصیه‌هایی در این زمینه مطرح شده است
که بعضی از آنها عبارتند از:

— اعتماد به قدر الهی؛

— رضا بودن به قضای الهی؛

— زدودن کینه و عقده‌های درونی؛

— حسن ظن به خدا و مردم؛

— درخواست مشاوره و راهنمایی؛

— راضی بودن از داشته‌ها؛

— زهد و عدم وابستگی به دنیا؛

— تفریح و شادی؛

— زنده کردن امید نسبت به آینده؛

— استراحت بدنی؛

— داشتن انتظارات و امیدهای بجای؛

— ارتباط با افراد مؤمن؛

— پرهیز از سخن نسنجیده، حسادت، افراط و تفریط در امور؛

— مصاحبت خوب و شایسته با دیگران؛ و

— ذکر و توجه به خدا (فقیهی، ۱۳۷۹).

حسینی‌زاده (۱۳۸۱)، با بررسی قرآن، نهج‌البلاغه و سایر منابع دینی و روان‌شناسی، عوامل ناآرامی و آرام‌بخش را به شرح زیر
مطرح کرده است.

عوامل ناآرامی و اضطراب: کفر و شرک، روی گرداندن از یاد خدا، تنهایی، بیماری، مشکلات مادی و معیشتی، گناه، کینه و
دشمنی، سوءظن، حرص، حسد، شک و ظن، غضب، احساس ناامنی و ظلم از منابع و عوامل ایجاد استرس تلقی شده‌اند.

عوامل آرامش و اطمینان: ایمان، یاد خدا، دوست خوب، همسر و فرزند صالح، اطاعت و عبادت، صحبت و دوستی خدا، حسن
ظن و خیرخواهی و نیکی به دیگران، یقین، رضا، امنیت، حق و عدل، دعا، صداقت، مشاوره و تخلیهٔ هیجانی، از جمله مواردی
محسوب شده‌اند که به ایجاد آرامش و اطمینان در انسان کمک می‌کنند.

امام علی (ع) در نامه‌های خود پس از برقراری روابط عاطفی با فرزندان، همواره آنان را به توکل به خدا بویژه در هنگام سختی‌ها تأکید می‌کرد. ایشان در نامه ۳۱ خود به امام حسن (ع) ضمن آرامش‌دهی و سعی در کاهش استرس با استفاده از یاد خدا و آخرت، به این نکته اشاره می‌کند که سختی‌ها و دشواری‌های زندگی، عادی و طبیعی‌اند. در واقع، سنت تغییرناپذیر دنیاست که خوشی و ناخوشی را با یکدیگر داشته باشد و در مقابل، سنت الهی نیز متضمن غلبه بر ناکامی‌ها و سختی‌ها با توسل به «تقوا»ست. امام علی (ع) با توجه به ویژگی‌های دوره جوانی — نیاز به استقلال — و با علم به اینکه جوان احساس می‌کند که پدر، مادر، معلم و به‌طور کلی افراد دیگر تکیه‌گاه همیشگی و مطمئنی نیستند و نمی‌توان به‌صورت پایدار به آنها متکی بود، فرزندش را به پناهگاه و تکیه‌گاه دائمی رهنمون می‌داشت. این پناهگاه ارتباط با خداست که اگر برقرار شود، تحول فراگیر و عمیق فردی و اجتماعی را در پی خواهد داشت.

امام علی (ع) با این بیانات سعی داشت تا نوعی امنیت و آرامش روانی در فرزند خود ایجاد کند و این اعتمادبه‌نفس را به او بدهد که اتکای به خداوند موجب آرامش روح و روان و فقدان احساس حقارت می‌گردد. حضرت امیر (ع) پس از توصیف دشواری‌های احتمالی مسیر زندگی، فرزند خود را با روش حل مسئله برای مواجهه با سختی‌ها و دشواری‌ها آموزش داده است. علاوه بر اینها، او فرزند خود را به دعا و نیایش سفارش می‌کرد. حضرت به فرزندش می‌فرماید: خداوند کلید گنج‌هایش را در دست تو قرار داد که هر گاه خواستی، با آن درهای نعمت وی را به دعا بگشایی و ریزش باران رحمت الهی را طلب کنی. اگر تو را اجابت نفرمود، نومید مشو، چه بسا در اجابت تأخیر روا دارد تا پاداش سؤال‌کننده بزرگ‌تر و عطای آرزومند، افزون شود. این توصیه‌ها ریشه در آن دارد که حضرت به‌خوبی می‌دانست هر انسانی از نظر روان‌شناختی به درد دل با دیگران و طرح آمل و رنج‌های خود نیاز دارد. ارتباط با خداوند متعالی‌ترین نوع ارتباط و تخلیه هیجانی است؛ چراکه او بدون سرزنش و تحقیر راز و نیاز و دردها و رنج‌های بندگان خود را می‌شنود (خدایاری، ۱۳۷۹).

فصل چهارم

ارزیابی استرس

روش‌های بررسی، ارزیابی و اندازه‌گیری استرس بسیار متعدد است. روش‌های آزمایشگاهی، رفتاری و روش‌های شناختی از مهم‌ترین روش‌های ارزیابی استرس به‌شمار می‌آیند.

در اندازه‌گیری تنش‌زها معمولاً علاوه بر شناخت تنش‌زهایی که در زندگی جاری فرد وجود دارند، تنش‌زهای زندگی گذشته فرد نیز ارزیابی می‌شود. از طریق روش‌های آزمایشگاهی و (تجربی) می‌توان عواملی را که تنش‌زها را تحت نفوذ خود دارند، مثل شدت، مدت، تنوع و تکرار آن شناسایی کرد. روش‌های خودگزارش‌دهی از طریق تکمیل پرسشنامه‌ها، فهرست‌های بازبینی و مقیاس‌های درجه‌بندی، از روش‌های ارزیابی استرس محسوب می‌شوند.

مقیاس درجه‌بندی سازگاری مجدد اجتماعی (SRRS) که توسط هولمز و راهه (۱۹۶۷) ارائه شده، اولین تلاش علمی برای بررسی تغییراتی است که در محیط اجتماعی فرد ظاهر می‌شود. نتایجی که از این مقیاس به‌دست می‌آید، در واقع منابع تنش‌زا را با توجه به میزان استرس تجربه‌شده فرد در شرایطی که سازگاری خود را از دست می‌دهد، مشخص می‌سازد. از این مقیاس در

پژوهش‌های مختلف، از جمله برای مشخص کردن ارتباط بین حوادث تنش‌زا و استرس‌های آشکار، یا بیماری‌های جسمانی مانند عفونت‌های ویروسی و باکتری و اختلالات روان‌تنی استفاده می‌شود.

در ارزیابی استرس گاهی به پاسخ‌های تنش‌زا توجه می‌شود. از آنجا که این پاسخ‌ها به صورت فیزیولوژیکی و روانی جلوه می‌کنند، از این روش‌های بررسی آنها همان روش‌های فیزیولوژیکی و روانی خواهد بود که در سطور زیر به پاره‌ای از آنها اشاره می‌شود.

روش روان‌فیزیولوژیکی

پاسخ‌های روان‌فیزیولوژیکی بخش مهمی از پاسخ به استرس‌اند که هم شامل پاسخ‌های مشخص و هم غیرمشخص روانی - فیزیولوژیکی می‌شوند. بررسی فعالیت‌های الکتریکی توسط الکتروانسفالوگرافی (EEG)، آزمون پاسخ الکتریکی پوست (GSR)، بررسی فشارخون و فعالیت‌های ماهیچه‌ای در این مورد استفاده وسیع دارند. روش پاسخ روان‌فیزیولوژیکی برای ارزیابی برخورد فرد با استرس و مقایسه پاسخ‌های روان‌فیزیولوژیک افراد مختلف در برخورد با موقعیت تنش‌زا و اینکه چنین موقعیتی در گروه‌های مختلف چه واکنش‌هایی را برمی‌انگیزد، مورد استفاده قرار می‌گیرد.

روش بیوشیمی

روش بیوشیمی، یکی دیگر از روش‌های فیزیولوژیکی است که از دیرباز مورد استفاده قرار گرفته و هنوز هم به کار می‌رود. امتیاز این روش نسبت به روش‌هایی نظیر بررسی رفتار در محیط طبیعی، این است که پژوهشگر با نمونه‌گیری خون به مشاهده تغییرات هورمونی در شرایط تنش‌زا می‌پردازد. این روش امکان بررسی پاسخ‌های بیوشیمی را در موقعیت تنش‌زا پدید می‌آورد. هورمون‌های آدرنوکورتیکوتروپین، کاتاکولامین‌ها، اندرفین‌ها از طریق روش بیوشیمی مورد بررسی قرار می‌گیرند. علاوه بر اینها، بعضی از سیستم‌های فیزیولوژیکی بدن که در موقعیت تنش‌زا فعال‌اند، مثل سیستم عصبی مرکزی، سیستم ایمنولوژی، هیپوتالاموس، سیستم آدرنومیدولاری عصب سمپاتیک (SAS) مورد بررسی قرار می‌گیرند. سیستم SAS در برخورد با استرس، فعال می‌شود؛ البته فعال شدن آن مستلزم فشار یا تلاش جسمانی است. این سیستم فعالیت سوخت و ساز بدن را در پاسخ به موقعیت تنش‌زا، افزایش می‌دهد. با اندازه‌گیری، میزان اپی‌نفرین موجود در خون فعال یا منفعل بودن سیستم SAS در برخورد با استرس مشخص می‌شود.

هیپوتالاموس، در واقع نقش حفاظت در مقابل تنش‌زاها (با افزایش هشیاری فرد) را به عهده دارد. اگر هیپوتالاموس به نحوی دچار اختلال شود، فرد به انواع بیماری‌ها و اختلالات مثل اختلالات قلبی، زخم معده، اختلال در سیستم ایمنی بدن، افسردگی و اضطراب مبتلا می‌شود.

در مورد کاتاکولامین‌ها باید گفت که ترشح این نوع اسیدآمینو در مغز در نتیجه درگیر شدن فرد با موقعیت تنش‌زا یا حالت افسردگی است. بنابراین با اندازه‌گیری میزان ترشح این نوع اسیدآمینو می‌توان نحوه برخورد افراد را با موقعیت تنش‌زا مشخص کرد (در صورت نبودن سایر علائم افسردگی).

سیستم انکفالین - اندروفین، در اثر برخورد فرد با موقعیت ناراحت‌کننده تحریک می‌شود. این سیستم ممکن است در کاهش ترس، توقف دردهای مرتبط با رفتار حفاظتی و کاهش درد به‌هنگام مواجهه با عامل تنش‌زا، کمک‌کننده باشد. علاوه بر این، استرس‌های اجتناب‌ناپذیر ممکن است از طریق تأثیر بر سیستم ایمنی بدن، حساسیت برای ابتلا به بیماری را تحت تأثیر قرار دهند. مطالعات مک‌کابی و اسکیندرمن (۱۹۸۴)، نشان داد استرس حاد، ترشح هورمون استروئید را افزایش می‌دهد و با افزایش این هورمون در خون، حساسیت بدن برای ابتلا به انواع عفونت‌ها و رشد تومورها زیاد می‌شود، ولی مکانیسم اثر آن هنوز ناشناخته است. پژوهش

ادر و کوهن (۱۹۸۴) نیز نشان داد سیستم ایمنی تحت تأثیر سیستم‌های آدرنوکورتیکال، هیپوفیز، هیپوتالاموس و سیستم اعصاب مرکزی است.

علائم فیزیولوژیکی که در بالا ذکر شد، تحت تأثیر استرس بروز می‌کنند که می‌توان با اندازه‌گیری آنها، تأثیرپذیری فرد را مشخص کرد، ولی نمی‌توانند به عنوان تنها شاخص استرس مورد ارزیابی قرار گیرند، زیرا آنها فقط جنبه‌هایی از تنش‌ها و پاسخ به استرس را اندازه می‌گیرند و عوامل دیگر نیز مهم و مؤثرند. از طرف دیگر، علاوه بر تنش‌ها، سطح فعالیت فرد، جنس، سن و متغیرهای دیگر می‌توانند پاسخ‌های فیزیولوژیکی را در انسان تحت تأثیر قرار دهند (آیزنک، ۲۰۰۰).

روش‌های ارزیابی رفتاری

ارزیابی رفتاری پاسخ به استرس (۱) از طریق مشاهده آزمودنی از سوی آزمونگر و (۲) گزارش‌های آزمودنی (خودگزارش‌دهی) صورت می‌گیرد.

۱) مشاهده رفتار

مشاهده رفتار آزمودنی در شرایط تنش‌زا به دو روش انجام می‌گیرد: اولین نوع مشاهده، ثبت رفتارهای آزمودنی هنگام ارائه پاسخ است، مثل وضعیت چهره در هنگام بیان جملات، میزان و سرعت گفتار که معمولاً در جلسه‌های مصاحبه به دست می‌آید. برای اجرای این نوع مشاهده، دستورالعمل مشخصی برای ارزیابی رفتار وجود دارد و در آن، شاخص‌های الگوی رفتارهای خاص و نوع رفتارهایی که باید اندازه‌گیری شوند، تعیین شده است، مانند بلندی صدا، سرعت گفتار، کیفیت گفتار، فشار تکلم، کنترل در مصاحبه و همچنین نگرش و عواطف فردی. این روش محدودیت‌هایی دارد، از جمله اینکه اغلب یافتن رفتاری مشخص و باثبات در پاسخ به عامل تنش‌زا مشکل است منبع.

نوع دوم مشاهده که در بیشتر پژوهش‌های مربوط به استرس به کار می‌رود، ارائه تکلیف یا اجرای آزمون‌هایی در شرایط مختلف تنش‌زاست. سپس تغییراتی که در سطوح مختلف عملکرد فرد، مانند حافظه، توجه، یادگیری، حل مسئله و مهارت‌های حرکتی و بینایی رخ می‌دهد، مورد ارزیابی و بررسی قرار می‌گیرند. در این روش گاه تکلیف خاصی را به فرد ارائه داده و بعد او را در معرض مجموعه‌ای از عوامل تنش‌زا قرار می‌دهند؛ سپس کیفیت انجام رفتار وی را از نظر میزان افزایش انگیزش، توجه، تمرکز و سایر عوامل مؤثر در انجام عمل، در سه مرحله (قبل از ارائه عامل‌های) تنش‌زا، به هنگام مواجهه با عامل‌های) تنش‌زا و بعد از آن) اندازه‌گیری می‌کنند. این روش را به صورت مختلف می‌توان اجرا کرد؛ مانند روش استفاده از دو گروه؛ به طوری که گروهی در موقعیت تنش‌زا قرار می‌گیرند و گروه دیگر، گروه کنترل محسوب می‌شوند. در پایان آزمایش، نتایج دو گروه را باهم مقایسه می‌کنند. روش دیگر استفاده از دو گروه است که یک گروه باید تکلیفی تنش‌زا را انجام دهد و گروه دیگر تکلیفی بدون تنش را انجام می‌دهد. در پایان نتایج دو گروه با هم مقایسه می‌شوند. تعمیم نتایج در روشی که آزمودنی‌ها باید عملی را در حضور یا عدم حضور عامل تنش‌زا انجام دهند، مشکل است، زیرا موقعیت‌های آزمایشگاهی هیچ‌گاه نمی‌توانند نظیر موقعیت‌های طبیعی باشند.

خودگزارش‌دهی

در مواقعی که نتوان شاخص‌های رفتاری را در محل آزمایشگاه اندازه گرفت یا به منظور تکمیل‌تر کردن داده‌ها، از روش خودگزارش‌دهی استفاده می‌شود. براساس این روش پرسشنامه‌ای مشخص با معیارها و درجه‌بندی معین به آزمودنی ارائه می‌شود و آزمودنی با درجه‌بندی، بازبینی یا نمره دادن به آنها پاسخ لازم را می‌دهد. پرسش‌نامه شخصیت چندوجهی مینه‌سوتا (MMPI)، نظام ارزیابی رفتاری کودکان (BAS) و

مقیاس افسردگی بک (BDI) از جمله ابزارهایی هستند که با روش خودگزارش‌دهی تکمیل می‌شوند. این روش معایبی نیز دارد، زیرا اطلاعات جامع و کاملی را که ممکن است با مشاهده به‌دست آید، گردآوری نمی‌کند و ممکن است داده‌ها تحت تأثیر ویژگی‌های فردی یا نگرش‌های آزمودنی قرار گیرند (کامپاوس و فریک ۱۹۹۶).

روش‌های ارزیابی شناختی

در الگوی پاسخ به استرس، جزئیات شناختی پاسخ به استرس، متغیری مهم محسوب می‌شود. بنابراین، به دلیل داشتن نقش اصلی در پدیده استرس، اندازه‌گیری شناختی لازم و ضروری است. اما مشکل اساسی در این ارزیابی آن است که مفهوم شناخت یا فرایند آن به آسانی تعریف نمی‌شود و معنا و تعریف آن اغلب براساس نظریه‌های گوناگون صورت می‌گیرد، بنابراین تعریف واحدی ندارد. اِکینرود (۱۹۸۴) جزئیات شناختی پاسخ به استرس حاد و مزمن را طی مطالعاتی ارزیابی و اندازه‌گیری کرد. در این مطالعه آزمودنی‌های زن مورد مطالعه قرار گرفتند. آنها می‌بایست گزارش حوادث تنش‌زای روزانه، نشانه‌ها، علائم و حالات عاطفی و کل احساساتی را که در یک روز داشتند، ثبت می‌کردند. از این طریق پژوهشگر توانست در پایان آزمایش خود، تنش‌زاهای حاد (مانند حوادث حاد زندگی طی دوازده ماه گذشته)، تنش‌زاهای مزمن (مانند سطح پایین طبقه اجتماعی - اقتصادی، تضادهای اجتماعی) و همچنین حالات هیجانی (مانند هیجانات مثبت و منفی، توازن حالات عاطفی) را مشخص کند و مورد مطالعه قرار دهد. داده‌های به‌دست آمده نشان دادند که تنش‌زاهای روزانه با علائم بدنی فرد مطابقت دارند و تنش‌زاهای مزمن و حوادث زندگی از طریق تأثیر بر تنش‌زاهای روزانه و وضعیت روانی فرد به‌طور غیرمستقیم بر خلق و خوی فرد اثر می‌گذارند. علاوه بر آن، وضعیت روانی قبلی فرد تعیین‌کننده مستقیم خلق و خوی فعلی اوست. این مطالعه نشان داد که تنش‌زاهای روزانه نسبت به تنش‌زاهای مزمن تأثیر بیشتری بر فرد دارند.

باتوجه به روش‌های فیزیولوژیکی، رفتاری و شناختی که در بالا ذکر شد، سؤال اصلی این است که کدام روش شاخص مناسبی برای مشخص کردن استرس‌هاست؟ معمولاً روش‌ها با توجه به نظریه‌های مختلف و هدف اندازه‌گیری انتخاب می‌شوند. برای ارزیابی جامع‌تر استرس و درک نوع پاسخ‌ها، به‌کارگیری روش‌های متفاوت مناسب‌ترین روش است. این روش بر پاسخ‌های متعددی که در واکنش به تنش‌زها، داده می‌شود، پویایی تنش‌زها و پاسخ به استرس تأکید دارد، زیرا فرض بر این است که عوامل محیطی و شناختی در تعامل با یکدیگر می‌توانند نحوه مواجهه فرد با موقعیت تنش‌زا (سطح استرس) را تحت تأثیر قرار دهند. علاوه بر این، در ارزیابی استرس باید به سبک‌های مقابله نیز توجه کرد چرا که فرایندهای ارزیابی و مقابله، ارتباط درونی و تنگاتنگی دارند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ارزیابی جنبه‌های مختلف استرس مانند تهدید، چالشگری، قابلیت مهار و بیماری‌های ناشی از آن با یکدیگر رابطه دارند. برای مثال افرادی که منابع استرس را تهدیدکننده و غیرقابل کنترل می‌دانند، بیش از دیگران نشانگان افسردگی را نشان می‌دهند (فایلا، ۱۹۹۱). عوامل متعددی در اتخاذ سبک‌های مقابله تأثیر دارند که عوامل جمعیت‌شناختی (جنسیت و سن) شخصیتی و عوامل محیطی از آن جمله محسوب می‌شوند.

عوامل جمعیت‌شناختی

جنسیت: برخی پژوهشگران تفاوت‌های جنسی را در مقابله شناسایی کرده‌اند. آنها دریافته‌اند زنان بیش از مردان از روش‌های اجتنابی مقابله از قبیل واکنش خصمانه، فعل‌پذیری، پریشانی و تفکرات آرزومندانه استفاده می‌کنند. این یافته‌ها تا حدی می‌تواند منعکس‌کننده این واقعیت باشد که زنان در مواجهه با عوامل تنش‌زای عینی و شناخته‌شده بیشتر از مقابله اجتنابی و گاهی هم از مقابله گرایشی استفاده می‌کنند (موس و اسکافر، ۱۹۹۳).

سن: سن نیز یکی از متغیرهایی است که با انتخاب سبک مقابله رابطه دارد. به‌طور معمول اشخاص سالمند بیشتر از مقابله شناختی - گرایشی (ارزیابی مجدد مثبت) مانند حمایت اجتماعی، حل مسئله و رویارویی استفاده می‌کنند. آنها بر واکنش‌های خصمانه و

بیان هیجان‌ها کمتر متکی‌اند و ناکامی خود را کمتر برون‌ریزی می‌کنند. افراد مسن‌تر بیشتر بر موضوعات مربوط به سلامتی و افراد میانسال بر مشکل‌های شغلی متمرکزند. بعضی تفاوت‌های مرتبط با سن ممکن است با تفاوت‌های ناشی از نوع عوامل تنش‌زا ارتباط داشته باشد (ایوانز، ۱۹۹۶).

عوامل شخصیتی

به‌طور کلی افرادی که احساس خودکارآمدی بیشتری دارند و مرکز کنترل آنان درونی است، از روش‌های گرایشی بیش از اجتنابی استفاده می‌کنند. مردانی که بیشتر برون‌گرا و رقابت‌جو هستند، بیشتر بر رویارویی و کمتر بر پذیرش و تسلیم متکی‌اند. مردانی که عزت نفس بیشتری دارند، از روش‌های اجتنابی کمتر استفاده می‌کنند. شیرو کارور (۱۹۸۸) دریافتند اشخاصی که خوش‌بینی، مهارگری و عزت نفس بالایی دارند، بیشتر بر مقابله فعال و برنامه‌ریزی متکی‌اند. پژوهش‌های بسیاری نیز روان‌رنجوری را با مقابله اجتنابی مرتبط دانسته‌اند.

عوامل محیطی

بسیاری از پژوهش‌ها به چگونگی تاثیر وضعیت خانوادگی اشخاص و منابع شغلی آنان بر سازش‌یافتگی از طریق به‌کارگیری فعال‌تر فرآیند مقابله پرداختند.

منابع خانوادگی: از آنجا که حمایت‌های اجتماعی می‌توانند مقابله مؤثر را ارتقا بخشند، به‌نظر می‌رسد اشخاصی که از حمایت اجتماعی بیشتری (به‌خصوص خانواده و دوستان) بهره می‌برند، بیشتر بر فرایندهای گرایشی متکی‌اند. برای مثال بعضی پژوهش‌ها منبع؟؟ نشان داده‌اند مردانی که از حمایت‌های اجتماعی بیشتری برخوردارند، در مقابله با بیماری‌های جسمانی وخیم بیشتر بر شیوه رویارویی و کمتر بر شیوه پذیرش و تسلیم متکی‌اند. حمایت‌های خانوادگی پیش‌بینی‌کننده کاربرد بیشتر مقابله گرایشی در مقایسه با مقابله اجتنابی در طی زمان بوده است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند زنان بیماری که همسرانی حمایتگر دارند، در مقابله با عوامل تنش‌زا از روش خودبازسازی و جست‌وجوی اطلاعات استفاده بیشتری می‌کنند و این موضوع با سازش‌یافتگی بهتر روان‌شناختی ارتباط دارد. به همین ترتیب، کسانی که دارای همسران انتقادگرند، بیشتر به تفکرات آرزومندانه روی می‌آورند و این سازش‌یافتگی را کاهش می‌دهد. اینجاست که می‌توان حمایت اجتماعی را مفید دانست.

تجارب شغلی: تجارب شغلی بر نظام ارزش‌ها و راهبردهای مقابله تأثیر دارند. شغل، دارای الزاماتی است که انسان باید پاسخگویی آن باشد. الزامات شغلی ادراک و ارزش‌ها را تحت تاثیر قرار می‌دهد. فرایندهای مقابله به انسان کمک می‌کنند تا با مشکل‌های شغلی دست و پنجه نرم کند. سپس این فرایندها به موقعیت‌های دیگر تعمیم داده می‌شوند تا آن موقعیت‌ها را نیز مهار کنند. مردانی که پیشرفت شغلی را تجربه می‌کنند، در طول زمان بیش از پیش به جست‌وجوی اطلاعات و حمایت می‌پردازند (موس و اسکافر، ۱۹۹۳).

تعامل عوامل شخصی و اجتماعی: فرایندهای مقابله تحت تاثیر عوامل شخصی و موقعیتی قرار می‌گیرند. برای مثال ممکن است عوامل شخصی در بین افرادی که از تغییر مقابله خود به نحو مقتضی و به تناسب موقعیت ناتوانند، تعیین‌کننده‌های مهمی برای مقابله به‌شمار می‌روند. برعکس، پاره‌ای از موقعیت‌ها می‌توانند فرایندهای مقابله مشترکی در افراد متفاوت به‌وجود آورند.

مردان میانسال در مواجهه با عدم توافق همکاران، ناکامی‌ها و مغلوب شدن در موقعیت رقابت‌آمیز، بیشتر بر حل مسئله و کمتر بر اجتناب یا تسلیم تکیه دارند. باوجود این، ایشان در مقایسه با مردان مسن‌تر در شرایطی که مستلزم تعارض قدرت و تصمیم‌گیری بود، بیشتر بر مقابله اجتنابی تکیه کردند و نیز از آنجا که احساس هویت مردان مسن‌تر استقرار یافته‌تر است، توانایی آن را می‌یابند که در موقعیت‌های تصمیم‌گیری و تعارض قدرت، صریح‌تر باشند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که انتخاب پاسخ‌های خاص مقابله به‌طور همزمان تحت تاثیر عوامل شخصی و نوع عامل تنش‌زاست (موس و اسکافر، ۱۹۹۳).

ابزارهای ارزیابی سبک‌های مقابله

پژوهشگران ابزارهای متعددی را برای اندازه‌گیری ابعاد مختلف پاسخ‌های مقابله‌ای طراحی کرده‌اند. مهم‌ترین این ابزارها عبارتند از:

- پرسشنامه پاسخ‌های مقابله‌ای (CRI ؛ موس و همکاران، ۱۹۹۰)؛
- پرسشنامه شیوه مقابله (WCQ ؛ لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۶)؛
- پرسشنامه الگوهای مقابله طبی (پزشکی) (MCMQ ؛ فیفل، استراک و ناگی ۱۹۸۷)؛
- پرسشنامه موقعیت‌های زندگی (LSI ؛ فیفل و استراک، ۱۹۸۹)؛
- مقیاس سبک‌های مقابله جوانان (فریدنبرگ و لويس، ۱۹۹۳).

پژوهش انجام شده در ایران

به دلیل اهمیت و نقش استرس بویژه در زندگی نوجوانان و جوانان و ضرورت شناسایی منابع و راه‌های مقابله با آن، در ایران نیز به آن توجه خاصی شده است. بر این اساس خدایاری‌فرد، غباری‌بناب و شکوهی‌یکتا (۱۳۸۰) در دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران پژوهشی با اهداف شناسایی رویدادهای تنش‌زا، بررسی و اندازه‌گیری عوامل شناختی، عاطفی، رفتاری و جسمانی ناشی از آنها و شیوه‌های مقابله جوانان با منابع استرس صورت دادند. در این پژوهش گروهی از دانشجویان ۱۸ تا ۲۵ ساله که تاحدودی معرف ویژگی‌های جمعیت جوان کشور محسوب می‌شوند، مطالعه شدند. پرسشنامه سنجش عوامل تنش‌زا (پیوست ۱)، پرسشنامه نشانگان استرس (پیوست ۲) و پرسشنامه راه‌های مقابله با استرس منبع (پیوست ۳)، از ابزارهایی هستند که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفتند. به‌منظور آشنایی خوانندگان برخی از این ابزارها که در ایران مورد استفاده قرار گرفته توضیح داده می‌شود:

پرسشنامه عوامل تنش‌زا

پرسشنامه عوامل تنش‌زا براساس پرسشنامه هولمز و راهه (۱۹۶۷)، پرسشنامه عوامل تنش‌زای هومن (۱۳۷۶) و پرسشنامه رویدادهای زندگی نوجوانان بیکل و همکاران (۱۹۷۱) تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۹۰ پرسش است که در چند خرده‌مقیاس گنجانده شده‌اند. هر یک از این خرده‌مقیاس‌ها میزان تاثیر عوامل تنش‌زا را در نه زمینه مختلف نشان می‌دهند که عبارتند از:

الف) خصوصیات و عادات رفتاری و مسائل بهداشتی و درمانی (۸ مورد)

- ۱- زخمی شدن یا بیماری شخصی خودتان؛
 - ۲- بیماری یا بستری شدن یکی از اعضای خانواده؛
 - ۳- تغییر چشمگیر در نوع یا میزان سرگرمی‌ها و تفریحات سالم؛
 - ۴- تغییر در عادات مربوط به خواب؛
 - ۵- احساس کمرویی؛
 - ۶- زندگی اجباری با خویشاوندان؛
 - ۷- نگرانی از ابتلا به عادات نامطلوب از قبیل اعتیاد به مواد مخدر یا انحرافات دیگر؛
 - ۸- ترس از معصیت و ارتکاب گناه.
- ب) مشکلات خانوادگی (۱۴ مورد)

- ۱- جدایی موقت یا طلا گرفتن پدر و مادر از یکدیگر؛
 - ۲- اضافه شدن عضو جدید به خانواده (به واسطه تولد، ازدواج، آمدن پدر بزرگ و...)
 - ۳- جدا شدن عضوی از خانواده به واسطه ازدواج، سر بازی، تحصیل در دانشگاه و...؛
 - ۴- مشاجره های لفظی بین پدر و مادر؛
 - ۵- داشتن اختلاف و روابط عاطفی نامطلوب با والدین؛
 - ۶- داشتن اختلاف با خواهر یا برادر؛
 - ۷- گسترش موقعیت های گردهمایی های خانوادگی؛
 - ۸- کاهش موقعیت های گردهمایی های خانوادگی؛
 - ۹- بی سواد یا کم سواد بودن والدین؛
 - ۱۰- اعتیاد یکی از اعضای نزدیک خانواده؛
 - ۱۱- بی توجهی والدین به مسائل مختلف فرزندان؛
 - ۱۲- جدایی از خانواده؛
 - ۱۳- معلولیت جسمی یا ذهنی عضوی از خانواده؛
 - ۱۴- نگرانی از زندگی با نامادری یا ناپدری .
- ج) مشکلات مربوط به امور تحصیلی (۱۴ مورد)
- ۱- ورود به دانشگاه؛
 - ۲- مردود شدن در ماده درسی؛
 - ۳- مشروط شدن در یک یا چند نیمسال تحصیلی؛
 - ۴- اضطراب امتحان؛
 - ۵- آمادگی برای کنکور؛
 - ۶- کمبود کتابخانه و کتاب های مفید و سایر امکانات مربوط؛
 - ۷- سنگین بودن درس؛
 - ۸- گرفتن نمره کمتر از حد انتظار در امتحان؛
 - ۹- بی نظمی جریان ثبت نام و گرفتن واحدهای درسی؛
 - ۱۰- عدم علاقه به محل تحصیل؛
 - ۱۱- ناتوانی بعضی استادان در انجام وظایف آموزشی خود؛
 - ۱۲- عدم علاقه به رشته تحصیلی؛
 - ۱۳- نگرانی از افت تحصیلی؛
 - ۱۴- درگیری با یکی از استادان.
- د) مشکلات هیجانی و عاطفی (۴ مورد)
- ۱- جدایی از دوست صمیمی به دلایل مختلف؛
 - ۲- نرسیدن به فرد مورد علاقه، شکست در عشق؛
 - ۳- از دست دادن یک شیء با ارزش؛
 - ۴- سوءاستفاده دیگران از رفتار صمیمانه و دوستانه.
- ه) مشکلات مربوط به داغدیدگی (۶ مورد)

- ۱— مرگ یکی از والدین؛
 - ۲— مرگ عضو نزدیک خانواده (خواهر، برادر، عمو،...):
 - ۳— مرگ یکی از دوستان نزدیک؛
 - ۴— مرگ همسر؛
 - ۵— مرگ فرزند؛
 - ۶— مفقود شدن فرد مورد علاقه (از اعضای خانواده یا دوستان).
- (و) مشکلات اجتماعی (۱۸ مورد)
- ۱— نگرانی از برخوردهای نامطلوب گروه‌های فشار؛
 - ۲— نداشتن دوست صمیمی، قابل اعتماد و رازدار؛
 - ۳— زندانی شدن عضو نزدیک خانواده؛
 - ۴— ناکافی بودن حمایت‌های اجتماعی؛
 - ۵— تغییر شهرستان محل سکونت؛
 - ۶— کاهش فعالیت‌های مذهبی؛
 - ۷— گسترش فعالیت‌های مذهبی؛
 - ۸— کمبود موقعیت‌های مناسب برای فعالیت‌های اجتماعی؛
 - ۹— عدم سازگاری ساکنان انا در خوابگاه؛
 - ۱۰— نگرانی از خدمت سربازی؛
 - ۱۱— دوری مسافت از شهرستان محل سکونت؛
 - ۱۲— رفتار نامطلوب استادان (مانند رفتار ناملايم، تبعیض بين دانشجویان و...):
 - ۱۳— برخورد نامطلوب کارمندان محل تحصیل؛
 - ۱۴— آشنا شدن با افراد و همکلاسی‌های جدید؛
 - ۱۵— اشکال در ایجاد ارتباط مناسب با جنس مخالف در دانشگاه؛
 - ۱۶— فخرفروشی‌های دیگران؛
 - ۱۷— مشکلات و قیدوبندهای امور جنسی؛
 - ۱۸— تنش‌های سیاسی و اجتماعی در جامعه.
- (ز) مشکلات شغلی، رفاهی و مالی (۱۳ مورد)
- ۱— بیکاری پدر؛
 - ۲— مشکلات اقتصادی و مالی خانواده؛
 - ۳— تغییر در وضعیت اشتغال پدر یا مادر (ورشکستگی، تغییر در نوع شغل و...):
 - ۴— بدهکاری پدر؛
 - ۵— مشکلات مربوط به مسکن و تغییر محل سکونت، مسکن نامناسب، محله ناامن و...؛
 - ۶— نداشتن خوابگاه؛
 - ۷— نداشتن تفریح در محیط تحصیل؛
 - ۸— نیاز به اشتغال ضمن تحصیل؛
 - ۹— نگرانی در تأمین مخارج دانشگاه؛

۱۰- نگرانی از یافتن شغل مناسب بعد از اتمام تحصیلات؛

۱۱- وضعیت بهداشتی نامناسب محل سکونت؛

۱۲- شغل کم درآمد یا بیکاری؛

۱۳- مشکلات شغلی همسر.

ح) حوادث غیرمترقبه از قبیل بلایای طبیعی و سوانح مختلف (۵ مورد)

۱- مشکلات مربوط به جانبازی (صدمه دیدن در جنگ)؛

۲- مشکلات مربوط به اسارت در جنگ؛

۳- سانحه و تصادفات رانندگی؛

۴- پیامدهای مشکلات مربوط به حضور در جبهه‌های جنگ؛

۵- بلایای طبیعی (زلزله، سیل، ...).

ط) مسائل زناشویی، ازدواج و انتخاب همسر (۸ مورد)

۱- بچه دار نشدن؛

۲- طلا و جدایی از همسر؛

۳- اختلاف سلیقه با والدین یا بستگان در انتخاب همسر و ازدواج؛

۴- مداخله دیگران در زندگی زناشویی؛

۵- ازدواج؛

۶- طولانی شدن دوره تجرد؛

۷- ناکامی در خواستگاری و انتخاب همسر؛

۸- حاملگی و انتظار فرزند ناخواسته.

نمره‌گذاری: برای پاسخگویی به ۹۰ پرسش این پرسشنامه دو ستون پاسخگویی وجود دارد. در اولین ستون، پاسخگو با گذاشتن علامت در یکی از دو گزینه «اتفا افتاده» و «اتفا نیفتاده» پاسخ خود را مشخص می‌کند. آزمودنی پاسخ خود را با رجوع به رویدادهای تنش‌زایی بیان می‌کند که در خلال دو سال گذشته برای وی روی داده است. تعداد پاسخ‌های مثبت به هر یک از رویدادها نشان‌دهنده میزان تجربه تنش در فرد است. در نمره‌گذاری، نخست نمره هریک از خرده‌مقیاس‌ها محاسبه و سپس نمره کلی از مجموع نمره‌های خرده‌مقیاس‌ها حاصل می‌شود.

پایایی و روایی

به‌منظور محاسبه ضریب پایایی آزمون در بخش اول (ستون اول پاسخگویی)، از روش دو نیمه کردن استفاده شده است. ضریب پایایی مجموعه سؤالات با فرمول گاتمن برابر با $0/80$ و همبستگی بین دو نیمه آزمون (با تعداد مساوی سوال) برابر با $0/67$ بود که حاکی از پایایی مناسب ابزار مورد استفاده است.

در بخش دوم پاسخگویی به پرسش‌های پرسشنامه که به‌صورت لیکرت (شش‌درجه‌ای) بود، از روش آلفای کرونباخ برای محاسبه پایایی استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ برابر با $0/88$ بود که بیانگر انسجام درونی پرسشنامه است. پرسشنامه عوامل تنش‌زا براساس پرسشنامه‌های معتبری نظیر پرسشنامه هلمز و راهه، پرسشنامه هومن و پرسشنامه رویدادهای زندگی نوجوان تدوین شده است، سپس متخصصان مختلف روایی محتوایی آن را تأیید کرده‌اند.

پرسشنامه نشانگان استرس

این پرسشنامه براساس پرسشنامه نشانگان استرس (سید خراسانی صدقیانی، ۱۳۷۷) و با تغییرات و اضافه کردن خرده‌مقیاس دیگری تهیه شده است. این پرسشنامه دارای ۵۰ گویه است که چهار دسته از نشانگان استرس (شناختی، عاطفی، رفتاری و جسمانی) را اندازه‌گیری می‌کند. در تهیه اولیه این پرسشنامه از منابع همچون DSM-IV، پژوهش‌های گذشته و آزمون نشانگان استرس مازلچ منبع و تاریخ استفاده شده است.

پرسشنامه اولیه دارای ۳۸ گویه بود و در بررسی‌ها مشخص شد که کاستی‌هایی در آن وجود دارد، از جمله اینکه نشانه‌های رفتاری استرس در آن گنجانده نشده است. بنابراین، با افزودن خرده‌مقیاسی با عنوان نشانه‌های رفتاری استرس با ۱۱ گویه و نیز افزودن یک سؤال به نشانه‌های جسمانی، در مجموع پرسشنامه‌ای دارای ۵۰ گویه به همراه یک سؤال بازپاسخ برای اظهار سایر نشانه‌های تجربه شده و ذکر نشده، تدوین شد. خرده‌مقیاس‌ها و گویه‌های این پرسشنامه عبارتند از:

الف) نشانه‌ها و شرایط جسمانی

- ۱- سردرد؛
 - ۲- فشار خون بالا؛
 - ۶- تپش قلب؛
 - ۷- اختلال در خواب؛
 - ۱۱- بی‌اشتهایی؛
 - ۱۲- خشکی دهان؛
 - ۱۶- زخم معده؛
 - ۱۷- درد قفسه سینه؛
 - ۲۲- اسهال؛
 - ۲۳- دندان قروچه؛
 - ۲۷- حالت تهوع؛
 - ۲۸- کمردرد؛
 - ۳۲- آسم؛
 - ۳۳- آلرژی (حساسیت)؛
 - ۳۷- نفس نفس زدن؛
 - ۳۹- درد ماهیچه‌های گردن و شانه؛
 - ۴۲- ناراحتی‌های پوستی؛
 - ۴۵- التهاب روده؛
 - ۴۶- درد مفاصل؛
 - ۴۸- سردی دست یا پاها؛
 - ۴۹- خستگی مفرط؛ و
 - ۵۰- لرزش دست‌ها.
- ب) مسائل عاطفی
- ۳- نگرانی؛
 - ۸- افسردگی؛
 - ۱۳- تندى و بدخلقى؛

۱۸— سرخوشی زیاد و نامناسب؛

۲۴— تغییرات سریع خلق و خو (دمدمی مزاج)؛

۲۹— اضطراب؛

۳۴— مشکل ارتباط با دیگران؛

۴۰— ترس غیرمنطقی؛ و

۴۳— یأس و ناامیدی.

(ج) مسائل شناختی

۴— اختلال در توجه و تمرکز حواس؛

۹— اختلال در حافظه؛

۱۴— سردرگمی و اغتشاش ذهن؛

۱۹— ضعف اعتماد به نفس؛

۲۵— سوءظن و بدگمانی؛

۳۱— اختلال در تفکر منطقی؛ و

۳۵— تردید و دودلی.

(د) مسائل رفتاری

۵— خشونت و پرخاشگری؛

۱۰— ناسزاگویی؛

۱۵— بی‌نظمی؛

۲۰— مصرف مشروبات الکلی؛

۲۱— دستپاچگی؛

۲۶— کمرویی؛

۳۰— مصرف سیگار؛

۳۶— انزواطلبی؛

۴۱— مصرف موادمخدر؛

۴۴— مصرف قرص آرام‌بخش؛ و

۴۷— پرخوری.

نمره‌گذاری: برای پاسخگویی به هر یک از ۵۰ گویه موجود در پرسشنامه، از مقیاس لیکرت شش‌درجه‌ای استفاده می‌شود. آزمودنی پاسخ خود را با گزینه‌های اصلاً وجود ندارد، خیلی کم، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد مشخص می‌کند. همهٔ سؤالات به صورت مثبت طرح شده‌اند. برای نمره‌گذاری پرسشنامه به طیف لیکرت از صفر تا ۵ امتیاز داده می‌شود؛ یعنی به اصلاً وجود ندارد، نمرهٔ صفر و به ترتیب تا خیلی زیاد نمرهٔ ۵ تعلق می‌گیرد. سپس نمره‌های گزینه‌های مربوط به هر خرده‌مقیاس با هم جمع می‌شود. برای مقایسهٔ بین خرده‌مقیاس‌ها، میانگین نمره در هر خرده‌مقیاس محاسبه می‌شود. پایایی و روایی: از ضریب پایایی آلفای کرونباخ و اسپیرمن براون به‌منزلهٔ شاخص‌های پایایی در تهیهٔ اولیهٔ پرسشنامه استفاده شد (سید خراسانی صدقیانی، ۱۳۷۷).

۱- ضریب آلفای کل پرسشنامه و خرده‌مقیاس‌های آن عبارتند از: ۱- ضریب آلفای کل ($a = 0/82$)؛ ۲- ضریب آلفای خرده‌مقیاس نشانه‌های جسمی ($a = 0/81$)؛ ۳- ضریب آلفای خرده‌مقیاس نشانه‌های عاطفی ($a = 0/83$)؛ ۴- ضریب آلفای خرده‌مقیاس نشانه‌های شناختی ($a = 0/80$) و ۵- ضریب آلفای خرده‌مقیاس نشانه‌های رفتاری ($a = 0/81$) بوده است. ضرایب پایایی پس از اجرا نیز در جدول ۱-۴ آمده است.

جدول ۱-۴- ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه نشانگان استرس

خرده‌مقیاس نشانگان شناختی	تعداد گویه‌ها	میانگین	انحراف معیار	ضریب آلفای کرونباخ
نشانگان عاطفی	۷	۱۳/۶۷	۸/۶۹	۰/۸۸
نشانگان رفتاری	۹	۱۰/۱۹	۰/۸۸	۰/۸۸
نشانگان جسمی	۱۱	۸/۲۷	۰/۷۸	۰/۷۸
کل	۲۳	۱۸/۰۸	۰/۹۰	۰/۹۰
	۶۷/۱۶	۴۱/۲۸		
		$N = 13080/95$		

همان‌طور که مشاهده می‌شود، ضرایب آلفای گزارش شده همگی در سطح مطلوبی است. زیرا که ضریب آلفای بالای ۰/۶۰ از سوی متخصصان مناسب تشخیص داده شده است (پاشا شریفی و نجفی زند، ۱۳۷۲). روایی محتوایی پرسشنامه از سوی متخصصان و کارشناسان تأیید شده است.

پرسشنامه راه‌های مقابله با استرس

پرسشنامه راه‌های مقابله با استرس جوانان برای اولین بار در سال ۱۹۹۳ توسط فریدنبرگ و لويس در کشور استرالیا تهیه و تدوین شد. این پرسشنامه دارای ۹۰ پرسش (۸۸ پرسش بسته پاسخ یک سؤال نمونه و یک پرسش باز پاسخ) است که برای اندازه‌گیری هجده شیوه مقابله با استرس در نوجوانان و جوانان ۱۲ تا ۱۸ ساله و ۱۸ تا ۲۵ ساله به کار می‌رود. سؤال نمونه به منظور آموزش آزمودنی‌ها برای پاسخدهی به کار می‌رود. در طراحی این پرسشنامه که طی چهار سال و در ۸ مطالعه مجزا (۱۹۸۶ تا ۱۹۹۰) صورت گرفته، به نحوی عمل شده که رفتارهای مقابله با استرس کاملاً وابسته به موقعیت تعریف شوند. هجده شیوه مقابله با استرس این پرسشنامه به شرح زیر است:

۱- جست‌وجوی حمایت اجتماعی: این خرده‌مقیاس شامل موقعیت‌هایی است که فرد مشکلات خود را با دیگران در میان می‌گذارد و برای کنترل مشکل خود از آنها طلب حمایت می‌کند.

۲- تمرکز بر حل مسئله: در این روش فرد می‌کوشد مسئله خود را به‌طور نظام‌دار بررسی کند و در مورد آن به یادگیری و یافتن دیدگاه‌ها و راه‌حل‌های گوناگون پردازد.

۳- انجام کارهای دشوار: در این روش فرد می‌کوشد تا با مبادرت به انجام کارهای دشوار با استرس مقابله کند.

۴- نگرانی عمومی: این خرده‌مقیاس نگرانی و دلهره کلی فرد را نسبت به آینده توصیف می‌کند.

۵- پیوندهای دوستانه: این خرده‌مقیاس دربرگیرنده موقعیت‌هایی است که فرد به دنبال ایجاد ارتباطی صمیمی و نزدیک با اطرافیان است.

۶- جست‌وجوی تعلق: این خرده‌مقیاس توصیف‌کننده موقعیت‌هایی است که در آن فرد مراقب و نگران ارتباطش با دیگران، بویژه در مورد اینکه دیگران درباره او چه فکر می‌کنند، است.

۷- آرزوپروری: در این روش فرد امید و انتظار نتایج مثبت و خوب را از رویدادها در سر دارد.

۸- عدم مقابله: این خرده‌مقیاس موقعیت‌هایی را در بر می‌گیرد که فرد در مقابل رویدادهای تنش‌زا احساس ناتوانی می‌کند و نشانگان روان‌تنی را از خود بروز می‌دهد.

۹- تنش‌زدایی: این خرده‌مقیاس مقابله و موقعیت‌هایی را توصیف می‌کند که فرد می‌کوشد با رهایی از تنش احساس بهتری در خود ایجاد کند.

۱۰- فعالیت اجتماعی: در این خرده‌مقیاس، گویه‌ها، مبین تلاش فرد در بیان نگرانی‌ها و مشکلاتش با کسانی است که نگرانی‌هایی مشابه او دارند. در این شیوه فرد می‌کوشد از طریق اقدامی اجتماعی مشکل خود را کنترل کند.

۱۱- فراموشی: در این شیوه فرد تلاش می‌کند مسائل و مشکلاتش را خارج از هشیاری نگه‌دارد.

۱۲- سرزنش خود: در این روش فرد خود را در ایجاد مشکلاتش مقصر می‌داند.

۱۳- درون‌ریزی: این خرده‌مقیاس نشان‌دهنده دوری فرد از دیگران با هدف اختفای مشکلش است.

۱۴- حمایت روحانی و معنوی: این خرده‌مقیاس با گویه‌هایی مشخص می‌شود که فرد با اعمال مذهبی از قبیل دعا و نماز از خداوند متعال برای حل مشکلش طلب کمک می‌کند.

۱۵- مثبت‌نگری: این خرده‌مقیاس توصیف‌کننده موقعیت‌هایی است که فرد تلاش دارد نتایج مثبت و مطلوب رویداد را در نظر بگیرد.

۱۶- جست‌وجوی کمک‌های حرفه‌ای: این خرده‌مقیاس شامل روش‌هایی است که در آن فرد برای حل مشکل خود به افراد متخصص نظیر مشاور یا معلمان مراجعه می‌کند.

۱۷- آرامش‌جویی: این خرده‌مقیاس شامل موقعیت‌هایی است که شخص با انجام فعالیت‌هایی نظیر خواندن و نقاشی سعی می‌کند در خود احساس آرامش ایجاد کند.

۱۸- تفریحات جسمی و بدنی: در این روش فرد با انجام فعالیت‌های ورزشی می‌کوشد وضعیت درونی خود را کنترل کند. فریدنبرگ و لويس (۱۹۹۳) بر اساس تحلیل عوامل مقیاس‌های پرسشنامه شیوه‌های مقابله با استرس در جوانان به سه راهبرد اساسی مقابله دست یافته‌اند که عبارتند از:

۱. راهبرد حل مسئله: این راهبرد دربرگیرنده شش شیوه مقابله شامل شیوه‌های تمرکز بر حل مسئله، تفریحات جسمی و بدنی، آرامش‌جویی، جست‌وجوی تعلق، انجام کارهای دشوار و مثبت‌نگری است.

۲. راهبرد رجوع به دیگران: این راهبرد دربرگیرنده چهار شیوه مقابله شامل جست‌وجوی حمایت اجتماعی، جست‌وجوی کمک‌های حرفه‌ای، جست‌وجوی حمایت روحانی و معنوی و فعالیت اجتماعی است.

۳. راهبرد مقابله غیرمؤثر: این راهبرد دربرگیرنده سه شیوه مقابله شامل نگرانی عمومی، پیوندهای دوستانه، جست‌وجوی تعلق، آرزوپروری، عدم مقابله، فراموشی، سرزنش خود، درون‌ریزی و تنش‌زدایی است.

به‌منظور استفاده از این پرسشنامه در ایران، پس از ترجمه و ویرایش پرسشنامه، محتوای پرسش‌ها با فرهنگ کشور مطابقت داده شد. همچنین برای تکمیل پرسشنامه مواردی که در رفتار مقابله‌ای جوانان ایران وجود دارد، ولی در پرسشنامه به آنها اشاره‌ای نشده است، به آن اضافه شد. این پرسش‌ها، بویژه به مقابله با روش حمایت معنوی و روحانی که در فرهنگ ایران رایج‌تر از سایر فرهنگ‌هاست، اختصاص دارد که از چهار گویه در پرسشنامه اصلی به سه گویه افزایش یافت. موارد افزوده‌شده مواردی را شامل می‌شوند که در مکتب اسلام برای مقابله با سختی‌ها و مشکلات توصیه شده است؛ از جمله آنها می‌توان به مصلحت و فشارهای طبیعی، بسترسازی برای رشد آدمی، امتحان تلقی کردن بلاها و مشکلات اشاره کرد.

به شیوه تنش‌زدایی دو گویه و به شیوه آرامش‌جویی نیز یک گویه اضافه شد. همچنین یک گویه از شیوه انجام کارهای دشوار حذف شد.

سیاهه راه‌های مقابله با مسائل و مشکلات

A- حمایت اجتماعی موارد ۱، ۲۲، ۳۸، ۶۸ و ۸۰ (۵ مورد)؛

- B- تمرکز بر حل مسئله، موارد ۸۹، ۸۷، ۵۳، ۳۹، ۲۳، ۱۵، ۳ و ۲ (۸ مورد)؛
- C- انجام کارهای دشوار، موارد ۲۵، ۳۱، ۵۴ و ۶۹ (۴ مورد)؛
- D- نگرانی عمومی، موارد ۸۲، ۷۳، ۴۴، ۳۰ و ۷ (۵ مورد)؛
- E- پیوندهای دوستانه، موارد ۱۱، ۱۸، ۴۷، ۶۲ و ۸۶ (۵ مورد)؛
- F- جست‌وجوی تعلق، موارد ۷۵، ۵۹، ۴۵، ۴۰ و ۸ (۵ مورد)؛
- G- آرزوپروری، موارد ۱۳، ۳۶، ۴۸، ۶۳ و ۷۸ (۵ مورد)؛
- H- عدم مقابله، موارد ۷۲، ۶۴، ۳۵، ۱۰ و ۹ (۵ مورد)؛
- I- تنش‌زدایی، موارد ۱۲، ۱۶، ۳۳، ۵۰، ۷۷، ۸۴ و ۸۸ (۷ مورد)؛
- J- اتکاء به حمایت‌های اجتماعی، موارد ۷۶، ۶۱، ۵۸ و ۴۶ (۴ مورد)؛
- K- فراموشی یا تغافل، موارد ۲۱، ۶۷، ۷۴ و ۸۵ (۴ مورد)؛
- L- سرزنش خود، موارد ۷۹، ۶۵، ۶۰ و ۴۹ (۴ مورد)؛
- M- درون‌ریزی، موارد ۱۹، ۳۷، ۵۲ و ۶۶ (۴ مورد)؛
- N- حمایت‌های روحانی و معنوی، موارد ۵۷، ۳۴، ۲۰، ۱۷، ۱۴، ۵، ۲۴، ۲۸ و ۴۳ (۹ مورد)؛
- O- مثبت‌نگری، موارد ۷۱، ۵۶، ۴۲ و ۲۷ (۴ مورد)؛
- P- جست‌وجوی کمک‌های حرفه‌ای، موارد ۶، ۲۹، ۷۰ و ۸۱ (۴ مورد)؛
- Q- آرامش‌جویی، موارد ۸۳، ۵۵، ۵۱ و ۳۲ (۴ مورد)؛
- R- تفریحات جسمی و بدنی، موارد ۴، ۲۶ و ۴۱ (۳ مورد)؛

نمره‌گذاری: برای پاسخگویی به پرسش‌های پرسشنامه از طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت استفاده شد. درجات این مقیاس لیکرتی عبارتند از:

"هیچ‌گاه از این روش استفاده نمی‌کنم، به ندرت، بعضی اوقات، معمولاً و همیشه استفاده می‌کنم". به هر درجه به ترتیب از ۱ تا ۵ امتیاز تعلق می‌گیرد، سپس مجموعه نمره‌های آیتم‌های مربوط به هر خرده‌مقیاس محاسبه می‌شود. برای محاسبه نمرات سه راهبرد اساسی مقابله نیز نمرات مربوط به هر شیوه مقابله با هم جمع و بر تعداد شیوه‌ها تقسیم می‌شود.

پایایی و روایی

به منظور سنجش پایایی پرسشنامه از روش بازآزمایی و ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که خلاصه نتایج آن در جدول ۲-۴ آمده است. مجموعه نتایج بازآزمایی و ضریب آلفای کرونباخ نشان می‌دهد که پرسشنامه از پایایی مناسب و مطلوبی برخوردار است. در مطالعه مقدماتی و روان‌سنجی به منظور بررسی روایی پرسشنامه از تحلیل عوامل استفاده شد که براساس نتایج حاصل میزان اشباع هر گویه روی ۱۸ عامل موردنظر بیشتر از ۰/۳۰ بود، یعنی وجود ۱۸ عامل یا سبک مقابله با استرس در پرسشنامه تأیید شد.

جدول ۲-۴- میانگین، انحراف معیار، ضریب آلفای کرونباخ و همبستگی بازآزمایی مقیاس‌های پرسشنامه راه‌های مقابله با استرس

مقیاس‌ها	تعداد پرسش	میانگین	انحراف معیار	آلفای کرونباخ	بازآزمایی
۱- جست‌وجوی حمایت	۵	۱۴	۴/۷	۰/۷۹	۰/۷۷

اجتماعی					
۰/۶۴	۰/۷۷	۴	۱۵/۸	۵	۲- تمرکز بر حل مسئله
۰/۶۴	۰/۷۷	۴/۱	۱۷/۹	۵	۳- انجام کارهای دشوار
۰/۷۷	۰/۷۶	۴/۶	۱۵/۳	۵	۴- نگرانی عمومی
۰/۸۲	۰/۷۸	۴/۹	۱۴/۹	۵	۵- پیوندهای دوستانه
۰/۶۶	۰/۷۱	۴	۱۴/۷	۵	۶- جست‌وجوی تعلق
۰/۷۲	۰/۷۰	۴/۴	۱۵/۱	۵	۷- آرزو پروری
۰/۶۲	۰/۶۸	۳/۹	۱۰/۸	۵	۸- عدم مقابله
۰/۷۴	۰/۷۱	۴/۶	۱۱/۶	۵	۹- تنش‌زدایی
۰/۵۷	۰/۷۶	۳/۲	۷	۴	۱۰- فعالیت اجتماعی
۰/۶۶	۰/۷۱	۳/۳	۹/۳	۴	۱۱- فراموشی
۰/۸۳	۰/۸۱	۳/۹	۱۰/۷	۴	۱۲- سرزنش خود
۰/۵۳	۰/۷۲	۳/۶	۱۰/۸	۴	۱۳- درون‌ریزی
۰/۸۰	۰/۸۷	۴/۳	۷/۵	۴	۱۴- حمایت روحانی و معنوی
۰/۵۵	۰/۷۰	۳/۴	۱۱/۶	۴	۱۵- مثبت‌نگری
۰/۷۲	۰/۸۳	۳/۵	۶/۹	۴	۱۶- جست‌وجوی کمک
حرفه‌ای					
۰/۴۹	۰/۶۲	۲/۷	۱۰/۹	۳	۱۷- آرامش‌جویی
۰/۵۸	۰/۶۴	۲/۹	۹/۳	۳	۱۸- تفریحات جسمی و بدنی

$$N = ۶۴۳$$

یافته‌های این پژوهش نشان داد که ۷۰ تا ۸۰ درصد گروه نمونه، ورود به دانشگاه، آشنایی با همکلاسی‌های جدید و اضطراب امتحان، ۶۰ تا ۶۹ درصد ناتوانی بعضی از استادان در انجام وظایف، ۵۰ تا ۵۹ درصد گرفتن نمره کمتر از حد انتظار در امتحان، نداشتن امکانات تفریحی، یافتن شغل مناسب پس از اتمام تحصیلات، احساس کم‌رویی، سوء استفاده دیگران از رفتار صمیمانه آنان و نگرانی از افت و شکست تحصیلی را از منابع استرس ذکر کرده‌اند. ۴۰ تا ۴۹ درصد گروه نمونه، ترس از معصیت و گناه، تنش‌های سیاسی و اجتماعی، تغییر در عادات خواب، فخرفروشی دیگران، سنگینی دروس، کمبود موقعیت برای فعالیت‌های اجتماعی، دوری از خانواده، جدایی از دوستان صمیمی، نیاز به اشتغال ضمن تحصیل، رفتار نامطلوب استادان و نگرانی از آشفتنگی‌های سیاسی در محیط دانشگاه را از مهم‌ترین منابع استرس دانسته‌اند. در حدود ۳۰ تا ۳۹ درصد، برخورد نامطلوب مسئولان دانشکده، کمبود کتاب مفید و کتابخانه، دوری دانشگاه از شهرستان محل سکونت، بی‌نظمی در روند ثبت‌نام، اشکال در ایجاد ارتباط مناسب با جنس مخالف، کاهش فعالیت‌های مذهبی، تغییر در تفریحات سالم، مشاجره لفظی والدین، بیماری یکی از اعضای خانواده، جدایی عضوی از خانواده، ناکافی بودن حمایت‌های اجتماعی و نگرانی از تأمین مخارج دانشگاه را از مهم‌ترین منابع استرس برشمرده‌اند.

در مجموع، فراوان‌ترین رویدادهای تنش‌زا که بیش از نیمی از دانشجویان آن را تجربه کرده‌اند عبارتند از:

- ۱- ورود به دانشگاه؛
- ۲- آشنایی با همکلاسی جدید؛
- ۳- اضطراب امتحان؛
- ۴- ناتوانی بعضی از استادان در انجام وظایف آموزشی خود؛
- ۵- گرفتن نمره کمتر از حد انتظار؛
- ۶- نداشتن امکانات تفریحی در محیط دانشگاه؛
- ۷- یافتن شغل مناسب پس از اتمام تحصیلات؛
- ۸- احساس کم‌رویی؛
- ۹- سوء استفاده دیگران از رفتار صمیمانه؛
- ۱۰- نگرانی از افت و شکست تحصیلی.

شایان ذکر است که منابع استرس در دختران و پسران اندکی متفاوت است. در نزد نیمی از دانشجویان پسر مهم‌ترین منابع عبارتند از:

- ۱- ورود به دانشگاه؛
- ۲- اضطراب امتحان؛
- ۳- آشنایی با افراد و همکلاسی‌های جدید؛
- ۴- ناتوانی برخی استادان در انجام وظایف آموزشی خود؛
- ۵- نگرانی از افت تحصیلی؛
- ۶- نداشتن تفریحات در محیط دانشگاه؛
- ۷- سوء استفاده دیگران از رفتار صمیمانه؛
- ۸- نیاز به اشتغال ضمن تحصیل؛
- ۹- نگرانی از یافتن شغل مناسب بعد از تحصیلات؛
- ۱۰- گرفتن نمره کمتر از حد انتظار؛
- ۱۱- احساس کم‌رویی؛ و
- ۱۲- تنش‌های سیاسی و اجتماعی در جامعه.

مهم‌ترین منابع استرس در بین نیمی از دانشجویان دختر نیز عبارتند از:

- ۱- ورود به دانشگاه؛
- ۲- اضطراب امتحان؛
- ۳- آشنایی با افراد و همکلاسی‌های جدید؛
- ۴- نداشتن امکانات تفریحی در محیط دانشگاه؛
- ۵- گرفتن نمره کمتر از حد انتظار؛
- ۶- ناتوانی بعضی از استادان در انجام وظایف آموزشی خود؛
- ۷- نگرانی از افت و شکست تحصیلی؛
- ۸- سنگینی دروس؛
- ۹- نگرانی از یافتن شغل مناسب پس از تحصیلات؛ و
- ۱۰- احساس کم‌رویی.

مقایسه الگوی منابع تنش‌زا در دانشجویان دختر و پسر تفاوت چندانی را نشان نمی‌دهد؛ به طوری که فقط درصد کمتری از دانشجویان دختر در مورد تنش‌های سیاسی و اجتماعی جامعه و نیاز به اشتغال در ضمن تحصیل دچار استرس‌اند. فراوانی و شدت نشانگان ناشی از استرس در سطوح شناختی، عاطفی، رفتاری و جسمانی متفاوت بوده است. در این پژوهش بیشترین نشانگان، شناختی، سپس عاطفی، رفتاری و جسمانی گزارش شده‌اند.

سبک‌های مقابله با استرس

در این پژوهش سبک‌های مقابله‌ای گروه نمونه با استرس نیز بررسی شد. یافته‌ها نشان داد که روش‌های زیر به ترتیب بیشترین استفاده را در میان گروه نمونه داشته‌اند:

- روش حل مسئله؛
- مبادرت به انجام کارهای سخت و دشوار؛

— جست‌وجوی حمایت‌های روحانی و معنوی؛

— نگرانی عمومی؛

— جست‌وجوی آرامش؛

— سرزنش خود؛

— جست‌وجوی حمایت‌های اجتماعی؛

— مثبت‌نگری؛

— آرزوپروری؛

— درون‌ریزی؛

— جست‌وجوی تعلق؛

— پیوند دوستانه؛

— جست‌وجوی کمک‌های حرفه‌ای؛

— فراموشی؛

— تفریحات جسمانی مانند ورزش؛

— عدم مقابله؛

— تنش‌زدایی؛ و

— انجام فعالیت‌های اجتماعی.

با توجه به نتایج این مطالعه و پژوهش‌های مشابه در ایران، به نظر می‌رسد فراوان‌ترین منابع استرس روزمره دانشجویان دارای رگه‌های آموزشی — تحصیلی است. با وجود این، میزان تأثیرگذاری آن از متوسط تا زیاد گزارش شده است. درحالی‌که رویداد عدم موفقیت در ازدواج با فرد مورد علاقه در بین دختران و پسران بیشترین نمره میزان استرس را به خود اختصاص داده است (خدایاری‌فرد و همکاران، ۱۳۸۰).

- مردود شدن در ماده درسی
- چچه دار شدن

ستون اول ستون دوم

در صورتی که انفا انفاه میزان تأثیرگذاری آن را مشخص کنید	بسیار کم	متوسط	زیاد	بسیار زیاد	فوق زیاد	انفا تحمل	در دو سال گذشته		حوادث تنش‌زا
							انفا نفاه	انفا نفاه	
هیچ									<ul style="list-style-type: none"> - بی‌توجهی والدین به مسائل مختلف فرزندان - مشروط شدن در یک یا چند نسیال تحصیلی - سوانح و تصادفات رانندگی - اضطراب امتحان - مداخله دیگران در زندگی زناشویی - آمادگی برای کنکور کارشناسی ارشد - نداشتن خوابگاه - از دست دادن یک شیء با ارزش - نداشتن تفریحات در محیط دانشگاه - کمبود کتابخانه و کتاب‌های مفید و سایر امکانات مربوط - سوءاستفاده دیگران از رفتار صمیمانه و دوستانه شما - نیاز به اشتغال ضمن تحصیل - کمبود موقعیت‌های مناسب برای فعالیت‌های اجتماعی - معلولیت جسمی یا ذهنی یک عضو خانواده - عدم سازگاری با ساکنان خوابگاه - مرگ یکی از دوستان نزدیک - سنگین بودن دروس دانشگاه - پیامد مشکلات مربوط به حضور در جبهه‌های جنگ - نگرانی در مورد تأمین مخارج دانشگاه - مرگ همسر - نگرانی از یافتن شغل مناسب بعد از اتمام تحصیلات - نگرانی از خدمت سربازی - دوری و جدایی از خانواده - مرگ فرزند - دوری مسافت دانشگاه از شهرستان محل سکونت - نداشتن دوست صمیمی و قابل اعتماد و رازدار - رفتار نامطلوب استادان (مانند رفتار ناملاط، تبعیض بین دانشجویان و...) - گرفتن نمره کمتر از حد انتظار در امتحان - برخورد نامطلوب گروه آموزشی، دانشکده و دانشگاه

ستون اول ستون دوم

در صورتی که انفا انفاه میزان تأثیرگذاری آن را مشخص کنید	بسیار کم	متوسط	زیاد	بسیار زیاد	فوق زیاد	انفا تحمل	در دو سال گذشته		حوادث تنش‌زا
							انفا نفاه	انفا نفاه	
هیچ									<ul style="list-style-type: none"> - بی‌نظمی جریان ثبت‌نام و گرفتن واحدهای درسی - وضعیت بهداشتی نامناسب محل سکونت - آشنایی با افراد و همکلاسی‌های جدید - عدم علاقه به دانشگاه محل تحصیل - مشکلات مربوط به جانمایی (صدمه دیدن در جنگ) - ناتوانی بعضی استادان در انجام وظایف آموزشی و دانشگاهی خود - مفقود شدن فرد مورد علاقه (از اعضای خانواده یا دوستان) - عدم علاقه به رشته تحصیلی - اشکال در ایجاد ارتباط مناسب با جنس مخالف در دانشگاه - ازدواج - فقر فرهنگی‌های دیگران - احساس کم‌رویی - مشکلات و قیدوبندهای مربوط به امور جنسی - حاملگی و انتظار فرزند ناخواسته - تنش‌های سیاسی و اجتماعی در جامعه - طولانی شدن دوران تجرد - عدم موفقیت در ازدواج با فرد مورد علاقه، شکست در عشق - اختلاف سلیقه با والدین یا بستگان در انتخاب همسر و ازدواج - پلاپی طبیعی (زلزله، سیل و...) - شغل کم درآمد یا بیکاری - ناکامی در خواستگاری و انتخاب همسر - مشکلات شغلی همسر - اجبار به زندگی با خویشاوندان - نگرانی از آشنایی محیط سیاسی و اجتماعی دانشگاه

پیوست ۲

پرسشنامه نشانگان استرس

موارد زیر تعدادی از عوارض و نشانه‌های جسمی، عاطفی و رفتاری را بیان می‌کنند که گاهی در برابر پیشامدهای استرس‌زا در بعضی افراد دیده می‌شود. در صورتی که هر یک از نشانه‌های زیر را در دو سال گذشته در خود مشاهده کرده‌اید، میزان بروز آن را با گذاشتن علامت ضربدر (*) در جای مناسب جدول مشخص کنید.

اصلاً وجود ندارد	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	موارض و نشانه‌ها خیلی زیاد
					۱. سردرد
					۲. فشار خون بالا
					۳. نگرانی
					۴. اختلال در توجه و تمرکز حواس
					۵. خشونت و پرخاشگری
					۶. تپش قلب
					۷. اختلال خواب
					۸. افسردگی
					۹. اختلال در حافظه
					۱۰. ناسازگویی
					۱۱. بی‌اشتهایی
					۱۲. خشکی دهان
					۱۳. تندی و بدخلقی
					۱۴. سردرگمی و اغتشاش ذهن
					۱۵. بی‌نظمی
					۱۶. زخم معده
					۱۷. درد قفسه سینه
					۱۸. سرخوشی زیاد و نامناسب
					۱۹. ضعف اعتماد به نفس
					۲۰. مصرف مشروبات الکلی
					۲۱. دستپاچگی
					۲۲. اسهال
					۲۳. دندان قروچه
					۲۴. تغییرات سریع خلق و خو (دمدمی مزاج بودن)
					۲۵. سوءظن و بدگمانی
					۲۶. کمرویی
					۲۷. حالت تهوع
					۲۸. کمردرد
					۲۹. اضطراب
					۳۰. مصرف سیگار
					۳۱. اختلال در تفکر منطقی
					۳۲. آسم
					۳۳. آلرژی (حساسیت)
					۳۴. مشکل ارتباط با دیگران
					۳۵. تردید و دودلی
					۳۶. انزواطلبی
					۳۷. تعریق زیاد
					۳۸. نفس تنگی
					۳۹. درد ماهیچه‌های گردن و شانه
					۴۰. ترس غیر منطقی
					۴۱. مصرف موادمخدر
					۴۲. ناراحتی‌های پوستی
					۴۳. یأس و ناامیدی

۴۴. مصرف قرص آرام‌بخش
۴۵. التهاب روده
۴۶. درد مفاصل
۴۷. پرخوری
۴۸. سردی دست‌ها یا پاها
۴۹. خستگی مفرط
۵۰. لرزش دست‌ها

دکتر محمد خدایاری فرد
عضو هیات علمی دانشگاه تهران

پرسشنامه راه‌های مقابله با استرس

در پایین، فهرستی از شیوه‌هایی که افراد همسن و سال شما برای مقابله با نگرانی‌ها و عوامل مشکل‌زا به کار می‌برند، ارائه شده است. خواهشمند است نحوه عمل خود در مقابله با این گونه پیشامدهای مشکل‌زا را با گذاردن علامت ضربدر (*) در یکی از مربع‌های جدول پرسشنامه تعیین کنید. برای مثال، نمونه پایین صفحه را ملاحظه کنید. در این سؤال یکی از راه‌های مقابله با یک مشکل فرضی مطرح شده و در مقابل آن میزان استفاده از سبک مقابله در پنج درجه از «هیچ‌گاه» تا «اغلب» به عنوان پاسخ سؤال ارائه شده است. برای پاسخ به این سؤال نحوه عمل خود را در نظر بگیرید و در خانه مربوط به پاسخ مناسب علامت بگذارید. هنگام پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه، بر روی هر سؤال وقت زیادی صرف نکنید، اما بهترین توصیف از احساس خودتان را با گذاردن علامت در جای مناسب مشخص کنید. توجه داشته باشید که برای سؤال‌های این پرسشنامه، جواب صحیح یا غلط وجود ندارد و هر کس مطابق با عادات و تجاربی که در مقابله با مشکلات دارد، در هر مورد یکی از پنج پاسخ را انتخاب می‌کند.

سؤال نمونه

اغلب	معمولاً از این روش استفاده می‌کنم	برخی اوقات از این روش استفاده می‌کنم	به ندرت از این روش استفاده می‌کنم	هیچ‌گاه از این روش استفاده می‌کنم	از این روش استفاده نمی‌کنم تا در رفع آن به من کمک کنند.	۱. با افراد دیگر درباره مشکل صحبت می‌کنم
------	---	--	---	---	---	--

لطفاً قبل از رجوع به صفحه بعد، این قسمت را کامل کنید.
 رشته تحصیلی فعلی..... سال تولد.....جنسیت.....
 بالاترین مدرک تحصیلی پدر..... و مادر.....
 شغل پدر..... و شغل مادر.....

اغلب	معمولاً از این روش استفاده می‌کنم	برخی اوقات از این روش استفاده می‌کنم	به ندرت از این روش استفاده می‌کنم	هیچ‌گاه از این روش استفاده می‌کنم	از این روش استفاده نمی‌کنم ۱. برای اینکه مطلع شوم دیگران در صورت داشتن	راه‌های مقابله با استرس
						چنین مشکلی، چه کار می‌کنند، با افراد دیگر صحبت می‌کنم. ۲. علت بروز مشکل را بررسی می‌کنم. ۳. به تلاش خود برای رفع مشکل ادامه می‌دهم. ۴. ورزش می‌کنم. ۵. با یاد خداوند آرامش پیدا می‌کنم. ۶. از شخص با صلاحیت راهنمایی می‌طلبم. ۷. نگران آینده‌ام می‌شوم. ۸. احساس خودم را به کسانی که مهم‌اند، بروز نمی‌دهم.

<p>اغلب</p> <p>معمولاً از این روش استفاده می‌کنم</p>	<p>برخی اوقات از این روش استفاده می‌کنم</p>	<p>به ندرت از این روش استفاده می‌کنم</p>	<p>هیچ‌گاه از این روش استفاده می‌کنم</p>	<p>از این روش استفاده نمی‌کنم</p>	<p>۹. چون برای حل مشکل کاری از من ساخته نیست، بنابراین هیچ کاری انجام نمی‌دهم.</p> <p>۱۰. دست از تلاش می‌کشم.</p> <p>۱۱. با دوستانم تماس می‌گیرم.</p> <p>۱۲. گریه می‌کنم یا داد می‌کشم.</p> <p>۱۳. امیدوارم که بهترین حالت پیش آید.</p> <p>۱۴. از آنجا که پیشامدهای ناگوار را آزمایش الهی می‌دانم، صبر پیشه می‌کنم.</p> <p>۱۵. برای حل مشکل از تجارب قبلی‌ام استفاده می‌کنم.</p> <p>۱۶. سرعت تصمیم می‌گیرم، هرچند اطلاعات کافی نداشته باشم.</p> <p>۱۷. از آنجا که هجوم مشکلات را هشدار از طرف خداوند می‌دانم، سعی می‌کنم بیشتر مراقب اعمالم باشم.</p> <p>۱۸. به یک دوست صمیمی تلفن می‌کنم.</p> <p>راه‌های مقابله با استرس</p>
<p>اغلب</p> <p>معمولاً از این روش استفاده می‌کنم</p>	<p>برخی اوقات از این روش استفاده می‌کنم</p>	<p>به ندرت از این روش استفاده می‌کنم</p>	<p>هیچ‌گاه از این روش استفاده می‌کنم</p>	<p>۱۹. احساساتم را بروز نمی‌دهم.</p>	<p>۲۰. مصائب را تحمل می‌کنم تا گناهانم بخشوده شود.</p> <p>۲۱. سعی می‌کنم مشکل را به روی خود نیاورم.</p> <p>۲۲. باشخص دیگری صحبت می‌کنم تا تسلی یابم.</p> <p>۲۳. تا حد توانم برای حل مشکل کوشش می‌کنم.</p> <p>۲۴. تلاش برای حل مشکل را یک وظیفه شرعی می‌دانم.</p> <p>۲۵. خودم را با کار و برنامه‌های مشغول می‌کنم.</p> <p>۲۶. سعی می‌کنم سلامتی و آمادگی جسمانی خود را حفظ کنم.</p> <p>۲۷. به مشکلات بزرگ‌تر می‌اندیشم تا این مشکل در من کمتر اثر کند.</p> <p>۲۸. برای طلب کمک و هدایت دعایم می‌کنم تا مشکل برطرف شود.</p> <p>۲۹. از کمک‌های مشاوره‌ای یا تخصصی استفاده می‌کنم.</p> <p>۳۰. نسبت به خوشبختی خود در آینده نگران می‌شوم.</p> <p>۳۱. بر میزان کار و کوششم می‌افزایم.</p> <p>۳۲. برای آرام گرفتن، خودم را با کتاب، موسیقی، تلویزیون و مانند اینها سرگرم می‌کنم.</p> <p>۳۳. سعی می‌کنم با سیگار، نوشابه و مانند اینها خودم را سرگرم کنم.</p> <p>۳۴. چون تحمل پلایاها و گرفتاری‌ها موجب خشنودی پروردگار و ثواب اخروی می‌شود، جزع نمی‌کنم.</p> <p>۳۵. ناراحت می‌شوم.</p> <p>راه‌های مقابله با استرس</p>
<p>اغلب</p> <p>معمولاً از این روش استفاده می‌کنم</p>	<p>برخی اوقات از این روش استفاده می‌کنم</p>	<p>به ندرت از این روش استفاده می‌کنم</p>	<p>هیچ‌گاه از این روش استفاده می‌کنم</p>	<p>۳۶. آرزو می‌کنم معجزه‌ای رخ دهد.</p>	<p>۳۷. از معاشرت با دیگران پرهیز می‌کنم.</p> <p>۳۸. جویای تشویق و پشتیبانی دیگران می‌شوم.</p> <p>۳۹. سعی می‌کنم نظرات دیگران را در نظر بگیرم و آنها را مورد توجه قرار دهم.</p> <p>۴۰. درباره روابطم با دیگران نگران می‌شوم.</p> <p>۴۱. برای تمرین به باشگاه ورزشی می‌روم.</p> <p>۴۲. به جنبه مثبت مسائل می‌نگرم و به پیشامدهای خوب فکر می‌کنم.</p> <p>۴۳. قرآن می‌خوانم.</p> <p>۴۴. از آنچه اتفاق می‌افتد نگران می‌شوم.</p> <p>۴۵. سعی می‌کنم با دوستانم صمیمی‌تر شوم.</p> <p>۴۶. در مورد مشکلم، به اقدام حقوقی و تنظیم دادخواست می‌پردازم.</p> <p>۴۷. به ایجاد رابطه‌ای محکم و باثبات با دیگران روی می‌آورم.</p>

<p>اغلب</p> <p>معمولاً</p> <p>از این روش استفاده می‌کنم</p>	<p>برخی اوقات</p> <p>از این روش استفاده می‌کنم</p>	<p>به ندرت</p> <p>از این روش استفاده می‌کنم</p>	<p>هیچ‌گاه</p> <p>از این روش استفاده می‌کنم</p> <p>داشته باشم و</p>	<p>از این روش استفاده نمی‌کنم</p> <p>سعی می‌کنم اوقات خوشی داشته باشم و</p>	<p>۴۸. امیدوارم مشکل خود به خود برطرف شود.</p> <p>۴۹. از خودم انتقاد می‌کنم.</p> <p>۵۰. در برخورد با مشکلات نسبت به همه کس و همه چیز بدگویی می‌کنم.</p> <p>۵۱. سعی می‌کنم با شوخی و خنده از موضوع بگذرم.</p> <p>۵۲. سعی می‌کنم دیگران متوجه نگرانی من نشوند.</p> <p>۵۳. درباره آنچه انجام می‌دهم و چرایی آن، می‌اندیشم.</p> <p>۵۴. سعی می‌کنم در آنچه انجام می‌دهم پیشرفت کنم.</p> <p>راه‌های مقابله با استرس</p>
<p>اغلب</p> <p>معمولاً</p> <p>از این روش استفاده می‌کنم</p>	<p>برخی اوقات</p> <p>از این روش استفاده می‌کنم</p>	<p>به ندرت</p> <p>از این روش استفاده می‌کنم</p>	<p>هیچ‌گاه</p> <p>از این روش استفاده می‌کنم</p> <p>داشته باشم و</p>	<p>از این روش استفاده نمی‌کنم</p> <p>سعی می‌کنم اوقات خوشی داشته باشم و</p>	<p>گرفتاری‌هایم را فراموش کنم.</p> <p>۵۶. سعی می‌کنم دیدی خوش‌بینانه به زندگی داشته باشم.</p> <p>۵۷. همیشه و در همه مشکلات، به خداوند توکل می‌کنم.</p> <p>۵۸. از حمایت گروهی برای رفع مشکل خود کمک می‌گیرم.</p> <p>۵۹. روابطم را با دیگران بهبود می‌بخشم.</p> <p>۶۰. فکر می‌کنم امور را برای خودم سخت می‌گیرم.</p> <p>۶۱. در جلساتی که این گونه مشکلات را بررسی می‌کنند، شرکت می‌کنم.</p> <p>۶۲. سعی می‌کنم با افراد همسن و سال خود دوستی نزدیک و خصوصی برقرار کنم.</p> <p>۶۳. یا خیال‌پردازی برای مشکل خود راه‌حل پیدا می‌کنم.</p> <p>۶۴. احساس می‌کنم به بن‌بست رسیده‌ام.</p> <p>۶۵. خودم را سرزنش می‌کنم.</p> <p>۶۶. نمی‌گذارم دیگران از احساسات من باخبر شوند.</p> <p>۶۷. آگاهانه از بروز نگرانی در ذهنم جلوگیری می‌کنم.</p> <p>۶۸. با افراد دیگر درباره مشکل صحبت می‌کنم تا در رفع آن به من کمک کنند.</p> <p>۶۹. به جای انلاف وقت، به کار کردن می‌پردازم.</p> <p>۷۰. از فرد متخصص کمک می‌خواهم.</p> <p>۷۱. هرچه پیش آید، خوش آید.</p> <p>۷۲. از فشار مشکلات به سر دردم و دل درد مبتلا می‌شوم.</p> <p>راه‌های مقابله با استرس</p>
<p>اغلب</p> <p>معمولاً</p> <p>از این روش استفاده می‌کنم</p>	<p>برخی اوقات</p> <p>از این روش استفاده می‌کنم</p>	<p>به ندرت</p> <p>از این روش استفاده می‌کنم</p>	<p>هیچ‌گاه</p> <p>از این روش استفاده می‌کنم</p> <p>داشته باشم و</p>	<p>از این روش استفاده نمی‌کنم</p> <p>سعی می‌کنم اوقات خوشی داشته باشم و</p>	<p>۷۳. از آنچه برام پیش می‌آید نگران می‌شوم.</p> <p>۷۴. مسئله را از ذهنم خارج می‌کنم.</p> <p>۷۵. بنابر نظر دوستانم عمل می‌کنم.</p> <p>۷۶. به دیگر افرادی که مشکلات مشابه من دارند، می‌پیوندم.</p> <p>۷۷. تا کامی‌هایم را به دیگران نسبت می‌دهم.</p> <p>۷۸. فکرمی‌کنم مسائل به خوبی پیش خواهند رفت.</p> <p>۷۹. خودم را مقصر می‌دانم.</p> <p>۸۰. از افراد دیگر مانند والدین یا دوستان کمک می‌خواهم.</p> <p>۸۱. در باره مشکل با افراد با صلاحیت صحبت می‌کنم.</p> <p>۸۲. در باره آینده نگران خواهم شد.</p> <p>۸۳. مقداری از وقت خود را به سرگرمی و فراغت می‌گذرانم.</p> <p>۸۴. در عادات خوردن، نوشیدن یا خوابم تغییر ایجاد می‌کنم.</p> <p>۸۵. از مواجهه با مشکل پرهیز می‌کنم.</p> <p>۸۶. وقت بیشتری را با دوستانم می‌گذرانم.</p> <p>۸۷. به راه‌های مختلفی که می‌توان با مسئله برخورد کرد فکر می‌کنم.</p>

۸۸ راهی را برای آرام شدن پیدا می‌کنم. برای مثال
گریه کردن ، جیغ زدن ، خوردن ، خوابیدن یا
استفاده از دارو.
۸۹ شرایط را مبارزهای می‌بینم که باید با آن
روبه‌رو شوم.

دکتر محمد خدادادی فرد
عضو هیات علمی دانشگاه تهران

منابع

- پورافکاری، نصرت‌الله. (۱۳۷۶). فرهنگ جامع روان‌شناسی و روان‌پزشکی، تهران: فرهنگ معاصر.
- حسینی‌زاده، علی. (۱۳۸۱). عوامل اضطراب و آرامش در آیات و روایات، چکیده مقالات برگزیده سومین همایش مشاوره از دیدگاه اسلامی: جوان و آرامش روان. پژوهشکده حوزه و دانشگاه.
- خدایاری‌فرد، محمد. (۱۳۷۹). بررسی مسائل تربیتی و روان‌شناختی در نامه حضرت علی (ع) به فرزندش حسن بن علی (ع). مجموعه مقالات همایش تربیت در سیره و کلام امام علی (ع). تهران: تربیت اسلامی.
- خدایاری‌فرد، محمد؛ غباری‌بناب، باقر و شکوهی‌یکتا، محسن. (۱۳۸۰). رابطه عوامل تنش‌زا و نشانگان استرس با راه‌های مقابله در جوانان. گزارش پژوهشی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.
- دادستان، پریخ. (۱۳۷۶). روان‌شناسی مرضی تحولی. تهران: ژرف.
- دیویس، کیت. (۱۳۷۵). مقدمه‌ای بر روابط انسانی. ترجمه محمود تونوچیان. تهران: مرکز آموزش مدیریت دولتی.
- ساعتچی، محمود. (۱۳۷۰). روان‌شناسی در کار. سازمان مدیریت. تهران: مرکز آموزش مدیریت دولتی.
- سید خراسانی صدقیانی، نازیلا. (۱۳۷۷). رابطه عوامل تنش‌زا، میزان سخت‌رویی و واکنش‌های زیستی، شناختی و روانی دانش‌آموزان دبیرستان‌های شهرستان تبریز. پایان‌نامه منتشر نشده کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.
- شاملو، سعید. (۱۳۶۳). آسیب‌شناسی روانی (روان‌شناسی مرضی). تهران: چهر.
- فرخی، حسن. (۱۳۷۶). بررسی رابطه بین سبک‌های مقابله و سبک‌های اسناد با افسردگی. پایان‌نامه منتشر نشده کارشناسی ارشد. دانشگاه تهران: دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.
- فقیهی، علینقی. (۱۳۷۹). شیوه‌های تربیتی و تأثیر آن در آرامش روانی از دیدگاه امام علی، (ع). همایش تربیت در سیره و کلام امام علی (ع)، تهران، تربیت اسلامی.
- کافی، موسی. (۱۳۷۸). مقایسه نوجوانان دختر و پسر در میزان ناراحتی از انواع استرس‌ها و چگونگی روش‌های رویارویی. مقاله ارائه‌شده در چهارمین کنگره سراسری استرس، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
- محمدخانی، پروانه. (۱۳۷۱). بررسی راهبردهای مقابله با استرس و علائم در مبتلایان به اختلال وسواس-اجبار. پایان‌نامه منتشر نشده کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. انستیتو روان‌پزشکی تهران.
- محمی‌الدین، مهدی. (۱۳۷۴). روان‌شناسی انگیزش و هیجان. تهران: دانا
- منصور، محمود؛ دادستان، پریخ و راد، مینا. (۱۳۶۵). لغت‌نامه روان‌شناسی. تهران: ژرف.
- وارد، جین کرانول. (۱۳۷۳). غلبه بر استرس. ترجمه بابک مهرآیین. مشهد: جاودان خرد.
- هومن، عباس. (۱۳۷۶). استانداردهای پرستار سلامت عمومی بر روی دانشجویان دوره‌های کارشناسی دانشگاه تربیت معلم. تهران: دانشگاه تربیت معلم، مؤسسه تحقیقات تربیتی.
- هومن، عباس. (۱۳). پژوهش در زمینه سطوح و انواع استرس و راهبردهای مقابله با آن در دانشجویان. تهران: مؤسسه تحقیقات تربیتی.

Ader, C. H. & Cohen, N. (1985). Stress and Coping. *Psychology, 34 Developmental*, 35-28, (3-1).

Ader, R., & Cohen, N. (1984). *Psychoneuroimmunology*. Sandiego; Academic Press.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder IV-TR*. Washington, DC: Author.

- Ameling, A. (2000). *Prayer: An ancient healing practice becomes new again*. *Holistic Nursing Practice*, 14(3), 40-48.
- Aponte, H. (1996). *Political bias, moral values, and spirituality in the training of psychotherapists*. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 60, 88-502.
- Arcia, E., Skinner, M., Bailey, D., & Correa, V. (2001). Models of acculturation and health behaviors among Latino immigrants to the US. *Social Science and Medicine*, 53, 41-53.
- Artress, L. (1995) *Walking a sacred path*. New York: Riverhead Books.
- Atkinson, R. L., Atkinson, R.C, Smith, E.E, Bem, D.J. (1993). *Introduction to Psychology*. New York : Harc & Urtbrace Jovanovich College Press.
- Aubuchon, P. G., & Malatesta, V.J. (1994). Obsessive-Compulsive Patients With Comorbid Personality Disorder: Associated Problems and Response to a Comprehensive Behavior Therapy. *J. Clin. Psychiatry*, 55 (10), 212 - 219.
- Barrett, P.M., & Ollendick, T.H. (2004). *Handbook of interventions that work with children and adolescents*. England: John Wiley & Sons.
- Bickel, R., & Lange, L. (1971). *Adolescent stress, coping, and academic persistence in rural Appalachia: The import of early adolescent pregnancy*. Paper presented at the National Rural Education Association, Tucson, AZ.
- Bohme, H. (1994). Change in Causal Attributions and Coping Caused by Inpatient Client-Centered Psychotherapy. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol*; 44(12), 13 - 19.
- Bohn, M.J. (1996). Psychometric Properties and Validity of The Obsessive Compulsive Drinking Scale Alcohol. *Clin. Exp. Res*; 20 (5), 25 - 35.
- Bramlett, M.D., & Mosher, W.D. (2002). *Cohabitation, marriage, divorce, and remarriage in the United States*. National Center for Health Statistics. *Vital Health Start*. 23(22).
- Brannon. L., & Feist, J. (1997). *Health Psychology: an Introduction to Behavior and Health*. Mexico. City Brooks / Cole.
- Breslau, N., Davis, G.C., Andreski, P., & Peterson, e.l. (1997). Sex differenes in post-traumatic stress disorder: *Archives of General Psychiatry*, 54, 1044-1048.
- Broom, D. M., & Johnson, K. (1993). *Stress and Animal Welfare*. London: Chpman Hall.
- Britner, P.A., Morog, M.C., Pianta, R.C., & Marvin, R.S. (2003). Stress and coping: A comparison of self - report measures of functioning in families young children with cerebral palsy or no medical diagnosis. *J. Child and Family Studies*, 12, 335-348.
- Carnick, J., Edelman, R. J., Engebreston, T. O., & Espnes, G. A. (1983). Woman, Anger and Cardiovascular Responses to stress. *J. Psychosomatic Research*. 39(3), 251 - 259.
- Clark, A. A., & Hovanitz, C. A.(1989). Dimentions of Coping That Contribute to Psychopathology. *J. Clin. Psychol*, 45 (1), 70 - 78.
- Cohen, S., & Williamson, G. M. (1991). Stress and Infections Disease in Humans. *Psychological Bulletin*, 109 , 5-23.
- Compas, B. E. (1987). Stress and Life Events During Childhood and Adolescence. *Clin. Psychol. Review*, 7 , 275-302.
- Cooper, C. L., & Dewe, P. (2004). *Stress : A brief history*. UK : Blackwell publishing LTs.
- Cannon, W. B. (1936). *Bodily changes in pain, hunger , fear, and rage* (2 nd ed). NY : Appleton - century.
- Cooper, C. L., Dewe, P. & O'Driscoll. M (2001). *Organizational stress : A review and critique of theory, research and applications*. Thousand oak, california : sage.
- Davidson, G. C., & Neal, J. M. (1990). *Abnormal Psychology* (5 th ED). New York: Wiley.
- De Genova, M. K. (1994). Ways of Coping Among HIV Infected Individuals. *J. S. C. Psycholo*; 134 (5) , 112-120.
- Dejong, M. (1994). Home Measures of Anxiety, Avoidant Coping and Defenece as Predictors of Anxiety, Heart rate and Skin Conductance Level Just Before Invasire Cardiovascular Procedures. *J. Psychosom. Res*, 38 (4) , 72-81.
- Denollet, J. (1991). Negative Affectivity and Repressive Coping: Passive Influence on Self - Reported Mood, Health and Coronary - Prone Behavior. *Psychosm. Med*. 53 (5) , 25-36.
- Dermatis, H., & Lesko, L. M. (1990). Psychological Distress in Parents Consenting to Child's bone Marrow Trans Plantation. *Bone. Marrow. Transplant*, 6(6) , 43-50.
- Dohrenwend, B. P. (1961). Hassles in the conceptualization and measuremnet of life stress variables. *American Psychologist*, 40 , 780 - 785.
- Dohrenwend, B. P. (1986). Hassles in The Conceptulization and Measuremnet of life Stress Variables. *American Psychologist*, 40 , 180 - 185.
- Eckenrode, J. (1984). *Hand Book on Stress and Anxiety*, Jossey - Bass Publishers.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A (1994), *State - trait coping, Trait anxiety and academic performance, Personality individual difference* , vol (16). No. 5. pp. 663 - PP. 663 - 676.
- Evans. D.L. (1996). Depression in The Medically ill: Management Consideration. *Depress. Anxiety*; 4(4) , 19-25.
- Eysenck, H. J. (1995). Personality , Stress and disease: An interactionist perspective: Reply to vander plo, vetter and kleign. *Psychological Inquiry*, 41, 70 - 73.

- Eysenck, H.J. (1990). The Prediction of Death From Cancer by Means of Personality/ Stress Questionnaire: Too Good to better? *Perceptual and Motor Skills*, 71, 216-218.
- Eysenck, M.W. (2000). *Psychology*, UK: Psychology press Ltd.
- Emmons, R. A., & Paloutzian R. F. (2003). The psychology of religion. *Annual Review of psychology*, 54, 377 - 402.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity : youth and crisis* : NY : Norton pargament, K. I. (1997). *the psychology of religion and coping*. NY : Guilferd.
- Fallot, R. (2001). *The place of spirituality and religion in mental health services*. *New Directions for Mental Health Services*, 91, 798.
- Failla, S.(1991) Families of Children With Developmental Disabilities : An Examination of Family Hardiness. *Research in Nursing Health*, 14, 41-50.
- Feifel, J. R., Strack, N., & Nagy, P. (1987). Defensive hostility: Relationship to multiple markers of cardiac Ischemia, *Psychosomatic medicine*, 4, 202 - 209.
- Fridenberg, E., & Lewis, R. (1993). Boys Play Sport and Girls Turn To Others: Age, Gender and Ethnicity as Determinants of Coping. *Journal of Adolescence*, 16, 253-266.
- Fillingim, R.B. (2003). Sex-related influences on pain: A review of mechanisms and clinical implication. *Rehabilitation Psychology*, 48, 165-174.
- Fullerton, C.S., Ursano, R.J., Epstein, R.S., Crowley, B. (2001). Gender differences in posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *American J. Psychiatry*, 158, 1486-1491.
- Folman, S. & Moskowitz, J. T. (2004). *Coping : pitfalls and promise*. *Annual Review of psychology*, 55, 745 - 774.
- Fromm, E. (1976). *To have or to be ?* NY : pocket Books.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping : pitfalls and promise, *Annual Review of psychology*, 55, 745 - 774.
- Goldberger, L., & Bereznitz, S. (1992). *Handbook of Stress*. New York : Macmillan Inc.
- Goldberg, S. (1981). Psychological Response to stress and Survival. *Psychological Medicine*, 21, 43-49.
- Grassi, L., & Rosti, G. (1996). Psychosocial Morbidity and Adjustment To Illness Among Long - Term Cancer Survivors. A six - Year Followup Study. *Psychosomatics*, 37 (6), 343 - 350.
- Gray, P. (1999). *Psychology*. NY: Worth publishers, Inc.
- Hamburg, D.A (1990). *Preparing for Life : The Critical Transition of Adolescence*. In *Adolescent Behavior and Society*. Edited by R.E. Muuss. Singapore : Mc Graw - Hill, Inc.
- Holmes, I. H., & Rahe, R. H. (1967). The social Readjustment Rating scale. *J. Psychosomatic Research*, 41, 189 - 194.
- Hill, P. C., & Pargament, K. I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. Implications for physical and mental health research. *American Psychologist*, 58, 64 - 74.
- Harrison, M. O., Koenig, H. G., Hays, J. C., Eme - Akwari, A. G., & Pargament, K. I. (2001). The epidemiology of religious coping : A review of recent literature. *International Review of psychiatry*, 13, 86 - 93.
- Hackney, C. H., & Sanders, G S. (2003). Religiosity and mental health A meta- analysis of recent studies. *J. of the scientific study of Religion*, 42, 43 - 55.
- Jacobs, S. (1994). Conscious and Unconscious Coping With Loss. *Psychosom. Med*; 56 (6), 112-120.
- Janis, M. P. (1988). *Individual Differences, Stress, and Health Psychology*. New York: Springer - Verleg.
- Kaplan, R. M. (1981). *Health and Human behavior*. Singapor, McGraw Hill.
- Karasawa, K., Hatta, T., Gushiken, N., & Hasegawa, j. (2003). Depression among Japanese informal caregivers for elderly people. *Psychology, Health and Medicine*, 8, 371-376.
- Karusu, T.B. (1999). Spiritual psychotherapy. *American J. Psychotherapy*, 53, 143-161.
- Kobasa, S.D. (1997). Stressful Life Events, Personality, and Health: an Inquiry into Hardiness. *J. Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Koenig, H., McCullough, M., & Larson, D. (2001). *The handbook of religion and health*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Kerr, S.M., & McIntosh, J.B. (2000). Coping when a child has a disability: Exploring the impact of parent - to - parent support. *Child: Care, Health, and Development*, 26, 309-321.
- Kendal - Tackett, K.A. (2003). *Treating the lifetime health effects of childhood victimization*. Kingston, NJ: Civic Research Institute.
- Kendal - Tackett, K.A. (2005). *Handbook of women stress and Trauma*. NY: Taylor & Francis group.
- Kobasa, S. C., & Maddi, S. R. (1994). Hardiness and mental Health. *Journal of Personality assessment*, 63 (2), 262 - 274.
- Kobasa, S. C., Maddi, S.R. & Kohn, S. (1982). Hardiness and Health: A Prospective Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 168 - 166.
- Kutash, J.L. (1985). *Handbook of Stress and Anxiety*. Jossey Buss Pub. Kutash, J.L. & Schlesinger, L.B. (1981). *Fantasies and Criminal Behavior*. New York University Education Quarterly, in Press.
- Kahn, R. L., Wolf, D. M., Quinn, R. P., snoek, J. P., & Rosenthal, R. A. (1964). *Organizational stress studies in role conflict and ambiguity*, NY: john wiley and sons Inc.

- Koeing, H. G., McCullough, M. E., & Larsen, D. B. (2001). *Handbook of religion and health*. Oxford : Oxford university press.
- Kamphous, R. W., & Frick, P. J. (1996). *Clinical Assessment of child and adolescent personality and behavior*. Boston: Allyn & Bacon.
- Lamontagne, L.L. (1996). Children's Preoperative Coping and its Effect on Postoperative Anxiety and Return to Normal Activity. *Nurs. Res*; 45 (3) , 45-51.
- Larivee, L. (1992). The Relationship Between Spontaneous Coping Strategies and Perceived Anxiety of Patients Under Going Cardiac Cathetrization. *Can. J. Cardio Vasc. Nurs*; 3(2-3) . 82-90.
- Larson, R., & Asmussen. (1991). *Anger, Worry and Early Adolescence : an Enlarging World of Negative Emotions In Adolescent Stress, Causes and Consequence*. Edited by M.E. Colten & S. Gore. New York : Aldine DE Gruyter.
- Lazarus, R.S. (1982). Puzzles in The Study of Daily Hassles. *J. Behavioral Medicine*, 7 , 375 - 389.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Stress Appraisal and Coping*. New York, Springer, Pub. Company.
- Lee, C. (1998). *Women's health: Psychological and social perspectives*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J.R. (1994). Psychosocial Risk Factors for Future Adolescent Suicide Attempts. *J. Censul. clin. Psycholo*, 62 , 297-305.
- Loevinger, J. (1967). *Egodevelopment*. Sanfrancisco: Jossey Bass.
- Lukoff, D. (2000). *The importance of spirituality in mental health*. *Alternative Therapies*, 6(6), 80-87.
- Little, L. (2002). Differences in stress and coping for mothers and fathers of children with Asperger's syndrome and nonverbal learning disorders. *Pediatric Nursing*, 28, 565-570.
- Martin, R.A. (1989). Techniques for data acquisition and analysis in field investigations of stress. In R.W.J. Neufeld (Ed.), *Advances in the investigation of psychology stress*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Mazure, C.M., Keita, G.P., & Blehar, M.C. (2002). *Summit on women and depression: Proceeding and findings*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Mccabe, M., & Schneiderman, M. (1984). Perspective on Stress and Stress related Topics. *Child Development*. 65 . 118 - 123.
- Mccullough, E. (1994). Comparison of a Community Dysthymic Sample at Screening With a Matched Group Of Nondepressed Community Cotrols. *J Nerv. Ment. Dis*, 182 (7) . 134-140.
- Mcikulincer, M. (1993). Attachment style, Coping strategies and posttraumatic Psychological distress: The Impact of the Gulf war in israel. *J. Pers. Soc. Psychol*, 64(5), 225 - 230.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. New York: plenum press.
- Michenbaum, D. (1985). *Stress inoculation training*. NY. pergamon.
- Moos, R. H., & Billings, A.G. (1981). *The Psychology and Pysiology of Stress*. Academic , Press, inc - Publisher, Newyork.
- Moos, R. H., Moor, A. D., orford, J., & Perini. C. (1990). coping and Emotional attributions following spinal cord injury, *J. Rehabil, Research*, 17(1), 212 - 220.
- Moos, R.H., & Schaefer, J. A. (1993). *Coping Resourcs and Processes: Current Concept and Measures*. In L. Goldberger & S. Breznitx
- Musantel, L., & Treiber, Fa. (2000). The Relation Ship Between Anger - Coping Style and LIfE Style Behaviors in Teenagers. *J. Adolescence Health*, 27 (1) , 63 - 68.
- Maslow, A. H. (1970). *Motivation and personality* (2nd ed.). NY : Harper & Row.
- Nannis, E. D. (1997). Coping With HIV Disease Among Seropositive Women: Psychosocial Correlated. *Woman Health* 25 (1) . 17-26.
- National Academy on and Aging Society. (2000). *Cargiving: Helping the elderly with activity limitations*. Retrieved from [http:// www. agingociety.org](http://www.agingociety.org)
- Orford, J. (1992). Control, Confront or Collude: How Family and Society Respond to Excessive Drinking. *Br. J. Addict* 87 (11) . 78-85.
- Pavot, W. (1993). Review of The Satisfaction With Life Scale. *Psycholo. Assessment*, 5, 164 - 172.
- Pestonjee, D. M. (1992). *Stress and Coping*. New Delhi: Sage Publication.
- Petrosky, M. J. & Birkimer, J. C. (1991). The Relationship Among Locus of Control, Coping Style, and Psychological Symptoms Reporting. *Clin. Psychol*, 47 (3), 27-33.
- Plunket, M.; Raymond, M. W.; Moser, R.; & Nannis, E. D. (1999). *Aviators at Risk. Aviat. Space, Environment, Med*, 66(1), 303 - 315.
- Powell, T. J. & Enright, S. J. (1991). *Anxiety and Stress Management*. London & New York: Routledge.
- Rasmussen, A. F. JR, Speacer, E.T., & Marsh, J.T. (1963). Emotions and Immunity. *Annals of The New York Academy of Science*, 164, 458-461.
- Raymond, M. W., & Moser, R. (1995). Aviators at Risk. *Aviat. Space. Envirn. Med*; 66(1) . 125-136.
- Resterepo, A., & Brages, J.L. (1991). *Conflict and Adaptation in Adolescent- Parent Conflict*. In Adolescent Stress, Causes and Consequences. Edited by M.E. Colten & S. Gore. New York : Aldine DE Gruyter.

- Roberts, L. J., Duffy, D.L., & Martin, N. G. (1995). A Psychometric Evaluation of The Short Interpersonal Reactions Inventory (Siri) in an Australian Twin Sample. *Personality and Individual Differences*, 18(3), 307 - 320.
- Rosenman, R. H. & Seligman. (1989), Multivariation Prediction of Coronary Heart Disease During 805 Year Followup in The Western Collaborative Group Study. *American J. Cardiology*, 57, 23-130.
- Rossiter-Thorton, J. (2002). *Prayer in your practice. Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, 8(1), 21-28.
- Rogers, C. R. (1977). *Carl Rogers on personal Power*. NY : Delacorte press.
- Sandler, N., Tein, J., west, L., & Stephan, G. (1994). Coping ,Stress, and the Psychological Symptoms of children of Divoree: A cross-sectional and longitudinal study, *child Development*, 65, 1744 - 1763.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1988). *A model of behavior self-regulation*. in L. Berkowitz (Ed), *Advances in Experimental Social Psychology*, 21, 303-346.
- Schmitz, U. (1996). Coping With Chronic Pain: Flexible goal adjustment as an pain related distress *Pain*, 67 (1), 35-42..
- Schwartz, J.A. Kaslow, N.J., Seeley, J., & Hewinsohn, P. (2000). Psychological , Cognitive, and Interpersonal Corrolates of Attributional Change in Adolescent. *Thorax*, 55 (7) , 566 - 573.
- Seligman, M.E. (1975). *Helplessness*. San Francisco W.H. Fyeeman and Company.
- Selye, H. (1950). *The physiology and pathology of exposure to stress*. Montreal: ACTA.
- Selye. H., Sign, N., Roher, W., & Stewart, C. (1936). History of the stress conception, *American J. community Psychology*, 13 , 733 - 742.
- Shaffer, M. (1982). *Life after Stress*. New York & London : Plenum Press.
- Sherman, B. F., Bananno, G.A., Wiener, L. S., & Batt Les , H.B. (2000). When Children Tell Their Friends They Have AIDS: Possible Consequences For Psychological Well - Being and Disease Progression. *Arch Pedioter*, 7(5) , 554 - 562.
- Stephoe, A. (1997). Stress management. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West, & C. McManus (Eds.), *Cambridge handbook of psychology, health, and medicine*. Cambridge: Cambridge university press.
- Stewart, D.E. (1992). A Prospective Study of The Effectiveness of Brief Professionally - led Support Group for Infertility Patients. *Int. J. Psychiatry , Med*; 22 (2) , 38-45.
- Stoker, C.M. (1994). Children's Percepiones of Relationship With Siblings, Firiends, and Mothers. Compensatory Processes and Links With Adjustment. *Journal Psycholigy Psychial*, 35 , 1447 - 1456.
- Stoyva, J. M., & Carlson, J. C. (1993). *A coping / Rest Model of Relaxation and Stress Management*. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds). *Hankbook of Stress* (2 nd Ed). New York : Free Press.
- Tennant, G. (1996). Experimental Stress and Cardiac Function. *J. Psychosomatic Research*, 40 (6), 569-583
- Thoits, P. A. (1996). Coping Social Support, and Psychological Comes: The Central Role of Emotion. *J. Personality and Social Psychology*, 5 , 219 - 238.
- Troop, N. A. (1994). Ways of Coping in Woman With Eating Disorders. *J. Nervment. Dis*, 182 (10) , 39-48.
- Walker, E. A. (1993). Dissociation in Woman With Chronic Pelvic Pain. *American. J. Psychiatry*, 149 (4) , 68-77.
- Watts, M., & Cooper, C.L. (1992). Symptoms of Depression Among Female Nursing Students. *Arch. Psychiatry, Nurs*; 9 (5) , 135-148.
- Winter, K.A., & Young, M.Y. (1998). Biopsychosocial considerations in refugee mental health. In S. Kazarian & D.R. Evans (Eds.), *Cultural clinical psychology* (pp. 348-376). New York: Oxford University Press.
- Wong, P. T. (1990). Measuring Life stress. *Stress Medicine* , 6, 69 - 70.
- Wittkower, E. D. (1977). Historical perspective of contemporary psychosomatic medicine, In z. J. lipowski, D. R. Lipsitt and P. C. Whybrow (Eds.), *psychosomatic Medicine : current trends and clinical Applications* , 3-13, NY: Oxford university press.
- Wong, T. P., & Wong, C. J. (2006). *Handbook of multicultural perspective on stress and coping*. U. S. A.: springer
- Yalom, I. D. (1981). *Existential psychotherapy*. NY : Basic books.
- Zegans, L. S. (1988). Stress and Development of somatic disorder, in goldberg & breznitz (Eds.), *Hand book of stress* , the free press.
- Yehuda, R. (1999). Biological factors associated with susceptibility to posttraumatic stress disorder. *Canadian J. Psychiatry*, 44, 34-39.

واژه‌نامه انگلیسی به فارسی

واژه‌نامه

واژه‌نامه انگلیسی به فارسی

A

Abuse سوء استفاده

Achievement پیشرفت تحصیلی

Activity schedules برنامه‌های زمانی فعالیت

Age of stress عصر استرس

Agression پرخاشگری

Agressive irritability تحریک‌پذیری توأم با پرخاشگری

Alarm reaction واکنش هشدار

Alert Phase مرحله هشدار

Anger خشم

Anger- coping styles سبک‌های مقابله‌ای توأم با خشم

Anxiety اضطراب

Apathy بی‌علاقگی

Assesement ارزیابی

Automatic Nervous system سیستم اعصاب خودکار

Avoid and fear اجتناب و ترس

Avoidance اجتناب

Avoidance- orientad strategy راهبرد اجتناب‌مدار

B

Behavior observation مشاهده رفتار

Behavioral adaptation سازگاری رفتاری

Behavioral- approach coping مقابله رفتاری — گرایشی

Behavioral- avoidance رفتاری — اجتنابی

C

Cardiovascular reactivity واکنش‌پذیری قلبی — عروقی

Cerebral palsy فلج مغزی

سیاهه‌ها Checklists

کودکان با نیازهای ویژه Children with special needs

مقابله شناختی — گرایشی Cognitive - approach coping

ارزیابی شناختی Cognitive appraisal

بازسازی شناختی Cognitive restructuring

سبک‌های شناختی Cognitive styles

مقابله شناختی — اجتنابی Cognitive- avoidance coping

تعارض Conflict

مقابله Coping

پرسش‌نامه پاسخ‌های مقابله‌ای (CRI) (Coping Responses Inventory)

راهبردهای مقابله‌ای Coping strategies

D

خطر قربانی شدن Danger of victimization

سبک‌های دفاعی Defence styles

مکانیسم‌های دفاعی Defensive mechanism

افسردگی Depression

جابجایی Displacement

چرخه پریشانی Distress cycle

وابستگی مطیعانه Docile dependency

کشاننده‌ها Drives

E

اختلال‌های خوردن Eating disorders

مشکلات آموزشی Educational Problems

کارآمدی Efficacy

من Ego

تحول من Ego development

واکنش اضطراری Emergency reaction

راهبرد هیجان مدار Emotion oriented strategy

تقاضاهای محیطی Environmental demands

گریز Escapism

نظریه تکامل Evolutionary theory

فرسودگی Exhaustion

انتظارات Expectations

F

Family system theory نظریه سیستمی خانواده

Fantasy خیال‌بافی

Focus of coping تمرکز مقابله

Focus on the Positive مثبت‌نگری

Forgiveness بخشش

Frustration ناکامی

G

General Adaptation Syndrome نشانگان سازگاری کلی

Generation gap شکاف نسل‌ها

H

Hardy Personality الگوی شخصیت قوی

Hormonal alarm system سیستم هشدار هورمونی

Hypochondria خودبیمار انگاری

I

Id نهاد

Immunology system سیستم ایمنولوژی

Inhibition بازداری

Information Processing پردازش اطلاعات

Intellectualization عقلانی‌سازی

Interaction تعامل

Internal Problems مشکلات درونی

Interpersonal Problems مشکلات بین فردی

K

Keep to self درون‌ریزی

L

Learning helplessness درماندگی آموخته‌شده

Life events حوادث زندگی

Locus of control مرکز کنترل

M

Madical of Coping Questionnair پرسش‌نامه الگوهای پزشکی مقابله

پرسش‌نامه‌های رضایتمندی ازدواج Marital satisfaction Questionnaires

نزاع‌های زناشویی Marital strifes

عوامل واسطه‌ای Mediating factors

اختلال‌های روانی Mental disorders

نظارت Monitoring

N

ناخن جویدن Nail Biting

خستگی روانی Neurasthenia

ناتوانی‌های یادگیری غیر کلامی Nonverbal learning disabilities

عدم مقابله Notcoping

O

وسواس فکری — عملی Obsessive- compulsive

خوش‌بینی Optimism

P

راهبردهای انفعالی Passive strategies

هراس Phobia

تنش‌های اجتماعی Physical tension

اختلال استرس پس‌آسیبی Posttraumatic disorders

ارزیابی اولیه Primary appraisal

توانایی حل مسئله Problem solving ability

مهارت‌های حل مسئله Problem solving skills

مسئله‌مداری Problem- solving oriented

فرافکنی Projection

نظریه روان تحلیل‌گری Psychoanalysis

تنش‌های روان‌شناختی Psychological tensions

روش روان فیزیولوژیکی Psychophysiological method

روان‌تنی Psychosomatic

اختلال‌های روان‌تنی Psychosomatic disorders

R

مقیاس درجه‌بندی Rating scale

دلیل‌تراشی Rationalization

ارزیابی مجدد Reappraisal

واپس‌روی Regression

Relaxation تنش‌زدایی

Reorganization سازماندهی مجدد

Repression سرکوبی

Resistance پایداری

Resistance phase مرحله پایداری

Responsiveness پاسخدهی

Reversal وارونه‌سازی

S

Secondary appraisal ارزیابی ثانویه

Self خود

Self steem عزت نفس

Self- actualization خودشکوفایی

Self- efficacy کارآمدی

Self- esteem عزت نفس

Self- injured behavior رفتار خودآسیب‌رسان

Self- instruction آموزش خود

Self- report خودسنجی

Sense of coherence احساس یکپارچگی

Sexual Behavior Questionnaires پرسش‌نامه رفتار جنسی

Social Readjustment Rating scale مقیاس درجه‌بندی انطباق مجدد اجتماعی

Social support حمایت اجتماعی

Social supports حمایت‌های اجتماعی

Spirituality معنویت

Spiritual support حمایت معنوی

Structured interview مصاحبه ساختاریافته

Stress resource سرچشمه استرس

Stress cycle چرخه استرس

Stressor تنش‌زا

Stunned immobility بی‌حرکتی آمیخته با حیرت

Suicide خودکشی

T

Task- oriented strategy راهبرد تکلیف‌مدار

Tension reduction کاهش تنش

Thechnology فناوری— تکنولوژی

Threat تهدید

Time managment مدیریت زمان

Tolerance صبر

V

Value ارزش

W

Visualisation تجسم

Way of Coping Questionnair پرسش نامه شیوه های مقابله

Wishfvl thinking تفکر امیدوارانه

Workaholism اعتیاد به کار

عضو هیات علمی دانشگاه تهران
دکتر محمد خدایاری فرد

واژه‌نامه

واژه‌نامه فارسی به انگلیسی

آ

آموزش خود Self- instruction

الف

اجتناب Avoidance

اجتناب و ترس Avoid and fear

رفتاری اجتنابی Behavioral- avoidance

احساس یکپارچگی Sense of coherence

اختلال استرس پس‌آسیبی Posttraumatic disorder

اختلال خوردن Eating disorder

اختلال روانی Mental disorder

ارزش Value

ارزیابی Assesement

ارزیابی اولیه Primary appraisal

ارزیابی ثانویه Secondary appraisal

ارزیابی شناختی Cognitive appraisal

ارزیابی مجدد Reappraisal

اضطراب Anxiety

اعتیاد به کار Workaholism

افسردگی Depression

الگوی شخصیت سخت‌رو Hardy Personality

ب

بازداری Inhibition

بازسازی شناختی Cognitive restructuring

برنامه‌های زمانی فعالیت Activity schedules

بی‌حرکتی آمیخته با حیرت Stunned immobility

بی‌علاقگی Apathy

پ

پاسخ‌دهی Responsiveness

پایداری Resistance

پرخاشگری Aggression

پردازش اطلاعات Information Processing

پرسش‌نامه الگوهای مقابله‌ای پزشکی Medical of Coping Questionnaire

پرسش‌نامه شیوه مقابله Way of Coping Questionnaire

پرسش‌نامه پاسخ‌های مقابله‌ای (CRI) (Coping Responses Inventory)

پیشرفت تحصیلی Achievement

ت

تجسم Visualisation

تحریک‌پذیری توأم با پرخاشگری Aggressive irritability

تحمل Tolerance

تحول من Ego development

تعارض Conflict

تعامل Interaction

تفکر امیدوارانه Wishful thinking

تقاضاهای محیطی Environmental demands

تمرکز بر مقابله Focus of coping

تنش‌زا Stressor

تنش‌زدایی Relaxation

تنش‌های جسمانی Physical tension

تنش‌های روان‌شناختی Psychological tension

توانایی‌های حل مسئله Problem solving abilities

تهدید Threat

ج

جابجایی Displacement

چ

چرخه استرس Stress cycle

چرخه پریشانی Distress cycle

ح

Social support حمایت اجتماعی

Spiritual support حمایت معنوی

Social supports حمایت‌های اجتماعی

Life events حوادث زندگی

خ

Neurasthenia خستگی روانی

Danger of victimization خطر قربانی شدن

Self خود

Hypochondria خودبیمار انگاری

Self- report خودسنجی

Self- actualization خودشکوفایی

Self - efficacy خودکارآمدی

Suicide خودکشی

Optimism خوش‌بینی

Fantasy خیالبافی

د

Learning helplessness درماندگی آموخته‌شده

Keep to self درون‌ریزی

Rationalization دلیل‌تراشی

ر

Avoidance- orientad strategy راهبرد اجتناب‌مدار

Task- oriented strategy راهبرد تکلیف‌مدار

Passive strategies راهبردهای انفعالی

Coping strategies راهبردهای مقابله‌ای

Emotion oriented strategy راهبرد هیجان‌مدار

Self-injured behavior رفتار خودآسیب‌رسان

Psychosomatic روان‌تنی

Psychophysiological method روش روان فیزیولوژیکی

س

Behavioral adaptation سازگاری رفتاری

Reorganization سازماندهی مجدد

Defence styles سبک‌های دفاعی

Cognitive styles سبک‌های شناختی

Anger-coping styles سبک‌های مقابله‌ای با خشم

Stress resource سرچشمه استرس

Repression سرکوبی

Abuse سوء استفاده

Checklists سیاهه‌ها

Automatic Nervous system سیستم اعصاب خودکار

Immunology system سیستم ایمنولوژی

Hormonal alarm system سیستم هشدار هورمونی

ش

Generation gap شکاف نسل‌ها

ص

Patience صبر

ع

Notcoping عدم مقابله

Self-esteem عزت نفس

Age of stress عصر استرس

Intellectualization عقلانی‌سازی

Mediating factors عوامل واسطه‌ای

ف

Projection فرافکنی

Exhaustion فرسودگی

Cerebral Palsy فلج مغزی

Thechnology فناوری (تکنولوژی)

ک

Efficacy کارآمدی

Tension reduction کاهش تنش

کشاننده Drives

کودکان با نیازهای ویژه Children with special needs

گ

گریزگرایی Escapism

م

مثبت‌نگری Focus on the Positive

مدیریت زمان Time management

مرحله پایداری Resistance phase

مرحله هشدار Alert Phase

مرکز کنترل Locus of control

مسئله‌مداری Problem-solving oriented

مشاهده رفتار Behavior observation

مشکلات آموزشی Educational Problems

مشکلات بین فردی Interpersonal Problems

مشکلات درونی Internal Problems

مصاحبه ساختاریافته Structured interview

معنویت Spirituality

مقابله Coping

مقابله رفتاری - گرایشی Behavioral-approach coping

مقابله شناختی - اجتنابی Cognitive-avoidance coping

مقابله شناختی - گرایشی Cognitive-approach coping

مقیاس درجه‌بندی Rating scales

مقیاس درجه‌بندی انطباق اجتماعی Social Readjustment Rating scale

مکانیسم‌های دفاعی Defensive mechanism

من Ego

مهارت‌های حل مسئله Problem solving skills

ن

ناتوانی‌های یادگیری غیرکلامی Nonverbal learning disabilities

ناخن جویدن Nail Biting

ناکامی Frustration

نزاع‌های زناشویی Marital strifes

نشانه‌گان سازگاری محلی General Adaptation syndrome

نظارت Monitoring

نظریه تکامل Evolutionary theory

نظریه سیستمی خانواده Family system theory

روان تحلیل‌گری Psychoanalysis theory

نهاد Id

و

وابستگی مطیعانه Docile dependency

واپس‌روی Regression

وارونه‌سازی Reversal

واکنش اضطراری Emergency reaction

واکنش‌پذیری قلبی - عروقی Cardiovascular reactivity

واکنش هشدار Alarm reaction

وسواس فکری - عملی Obsessive- compulsive

هراس Phobia

فهرست موضوعی

آرامش، ۹، ۳۵، ۳۶، ۴۹، ۵۸، ۶۷، ۷۳، ۸۰	پردازش اطلاعات، ۳۴، ۴۶، ۴۸
۸۲، ۸۳، ۸۴، ۸۵، ۱۰۷، ۱۰۸، ۱۰۹، ۱۱۳	پرسش‌نامه، ۵۰، ۹۱، ۱۴۷، ۱۵۲
۱۲۳، ۱۲۹، ۱۳۰، ۱۵۹	تجارب شغلی، ۹۵
ایراز وجود، ۵۸	تحریک‌پذیری، ۳۹
اجتناب و ترس، ۳۹	تحول من، ۴۶، ۴۷
احساس یکپارچگی، ۴۶، ۴۸	تعادل خودکار، ۳۳
اختلال استرس، ۲۵	تعارض، ۱، ۵، ۱۵، ۱۶، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۳۴
ارزیابی اولیه، ۴۲	۳۷، ۴۵، ۷۷، ۸۱، ۹۵، ۱۵۹
ارزیابی ثانویه، ۴۳	تقاضاهای محیطی، ۱۶، ۲۰
ارزیابی مجدد، ۴۳، ۴۴، ۵۳، ۶۴، ۶۸، ۹۴	تنش‌زاهای حاد، ۹۲
ازدواج، ۱۲، ۱۹، ۹۷، ۱۰۰، ۱۰۱، ۱۱۴، ۱۱۶	تنش‌زاهای مزمن، ۹۲
۱۱۸، ۱۴۷، ۱۵۲، ۱۵۹	تنش‌زدایی، ۵۸، ۱۰۶، ۱۰۸، ۱۱۳، ۱۴۸، ۱۵۳
اضطراب، ۳، ۴، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۲۲، ۲۳، ۲۴	۱۶۰
۳۰، ۳۲، ۵۰، ۵۱، ۵۴، ۵۷، ۵۹، ۶۵، ۶۸، ۷۱	تنش‌های جسمانی، ۳
۷۲، ۸۰، ۸۳، ۸۴، ۹۸، ۱۰۳، ۱۱۱، ۱۱۲، ۱۱۷	تنش‌های روان‌شناختی، ۳، ۳۴، ۱۶۰
۱۲۰، ۱۲۹، ۱۵۹	توکل به خدا، ۸۲، ۸۵
افسردگی، ۳، ۴، ۱۱، ۱۲، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۴	تهدید، ۲، ۱۷، ۲۲، ۲۴، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۷
۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۳۹، ۵۰، ۵۱، ۵۷، ۵۹، ۶۲	۳۸، ۴۳، ۴۴، ۴۸، ۴۹، ۷۹، ۹۳، ۱۶۰
۶۳، ۶۵، ۶۶، ۶۷، ۶۸، ۶۹، ۷۰، ۷۱، ۷۲، ۷۴	تیپ A، ۵۴، ۷۳
۷۵، ۸۳، ۸۹، ۹۱، ۹۳، ۱۰۳، ۱۱۹، ۱۲۹، ۱۴۴	تیپ B، ۷۳
۱۵۲، ۱۵۹	جنسیت، ۹۳، ۱۲۲
اقدامات پیشگیرانه، ۶۳	حل مسئله، ۲۴، ۴۴، ۴۵، ۴۶، ۵۱، ۵۳، ۵۶
انتظار، ۲۸، ۴۷، ۵۰، ۵۱، ۷۵، ۷۷، ۸۴، ۹۸	۵۹، ۶۳، ۶۴، ۶۶، ۶۸، ۷۳، ۷۷، ۷۸، ۸۵، ۹۱
۱۰۱، ۱۰۶، ۱۱۱، ۱۱۲، ۱۱۷، ۱۱۸، ۱۵۹	۹۴، ۹۵، ۱۰۶، ۱۰۷، ۱۰۸، ۱۱۳، ۱۴۷، ۱۵۳
بازداری، ۴، ۵۰	۱۵۷، ۱۶۰
برون‌ریزی هیجانی، ۵۹، ۶۶	حمایت اجتماعی، ۲۴، ۵۶، ۵۹، ۶۱، ۶۲، ۶۵
بلوغ اجتماعی، ۲۱	۶۷، ۶۸، ۶۹، ۷۰، ۷۱، ۹۴، ۹۵، ۱۰۶، ۱۰۷
بی‌حرکتی، ۳۹، ۱۵۹	۱۰۸، ۱۶۰
پایایی، ۱۰۱، ۱۰۴، ۱۰۵، ۱۰۹	حمایت معنوی، ۷۰، ۱۰۸
پرخاشگری، ۳۹، ۶۵، ۶۶، ۷۴، ۷۵، ۷۷، ۱۰۴	حمایت‌های اجتماعی، ۲۶، ۲۷، ۴۵، ۶۹، ۷۰
۱۱۹، ۱۴۳، ۱۵۲، ۱۵۹	۷۲، ۹۴، ۹۹، ۱۰۸، ۱۱۱، ۱۱۳، ۱۱۶، ۱۶۰

۶۱، ۶۲، ۶۳، ۶۴، ۶۵، ۶۶، ۶۸، ۷۱، ۷۲، ۷۳،	خستگی روانی، ۱۹
۷۴، ۷۵، ۷۶، ۷۷، ۸۷، ۸۸، ۸۹، ۹۰، ۹۱، ۹۳،	خودبزرگ، ۵۰
۹۶، ۹۷، ۹۹، ۱۰۲، ۱۰۴، ۱۰۵، ۱۰۶، ۱۰۸،	خودشکوفایی، ۷۸
۱۱۱، ۱۱۲، ۱۱۳، ۱۱۷، ۱۱۹، ۱۴۴، ۱۴۹،	خودمحوری، ۷۴
۱۵۲، ۱۵۴، ۱۵۶، ۱۵۷، ۱۶۰	خیال پردازی، ۱۲۶، ۵۰
رقابت جویی، ۶۰	درماندگی، ۳۱، ۶۶، ۷۲، ۷۴
روابط اجتماعی، ۲، ۲۱	درون ریزی، ۵۵، ۵۶، ۱۰۷، ۱۰۸، ۱۱۳، ۱۴۶،
روایی، ۱۰۱، ۱۰۲، ۱۰۴، ۱۰۵، ۱۰۹	۱۵۴، ۱۶۰
روش بیوشیمی، ۸۸، ۸۹	دعا، ۷۰، ۸۱، ۸۲، ۸۳، ۸۴، ۸۵، ۱۰۷، ۱۲۴،
سبک مقابله، ۱۳، ۳۱، ۵۲، ۵۵، ۱۰۹، ۱۲۲،	۱۶۰
۱۶۱	دفاع های پخته، ۵۰
سبک های اسنادی، ۶۲، ۶۳	دفاع های روان، ۵۰
سبک های دفاعی، ۵۰	دفاع های ناپخته، ۵۰
سبک های شناختی، ۴۶	دلیل تراشی، ۳۲، ۶۰
سبک های مقابله ای توأم، ۶۲	دین، ۳۲، ۳۵، ۳۷، ۸۰، ۸۱، ۱۶۰
سبک های مقابله ای فرونشانی، ۶۲	راهبرد، ۲، ۲۰، ۴۵، ۴۸، ۵۱، ۵۲، ۵۳، ۵۴،
سخت رویی، ۱۲۹	۵۵، ۵۶، ۵۷، ۵۸، ۵۹، ۶۱، ۶۳، ۶۴، ۶۵، ۶۷،
سردرگمی هویتی، ۱۶	۶۸، ۶۹، ۷۰، ۷۱، ۷۲، ۷۴، ۷۶، ۸۱، ۸۲، ۸۳،
سرکوبی، ۵۰، ۶۱، ۷۴	۹۵، ۱۰۷، ۱۰۹، ۱۳۰، ۱۴۳، ۱۴۴، ۱۴۵، ۱۴۷،
سلامت روانی، ۳، ۱۰، ۲۴	۱۴۹، ۱۵۴، ۱۶۰
سندرم اسپرگر، ۲۷	راهبردهای مقابله، ۷۰
سیستم اعصاب خودکار، ۷	راه های مقابله، ۵۵، ۶۱، ۷۰، ۹۶، ۱۰۵، ۱۰۸،
شناخت، ۲، ۳۶، ۴۴، ۶۳، ۷۷، ۷۸، ۸۷، ۹۲،	۱۱۰، ۱۲۲، ۱۲۳، ۱۲۴، ۱۲۵، ۱۲۶، ۱۲۷،
۱۶۱	۱۲۹، ۱۶۰
صبر، ۳۶، ۷۰، ۷۳، ۸۲، ۱۲۳، ۱۴۹، ۱۵۵،	رفتار، ۲، ۳، ۹، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۷، ۱۸،
۱۶۱	۱۹، ۲۰، ۲۲، ۲۳، ۳۱، ۳۲، ۳۷، ۳۹، ۴۳، ۴۵،
	۴۶، ۴۷، ۵۰، ۵۱، ۵۲، ۵۳، ۵۴، ۵۵، ۵۶، ۵۸،

مقابله اجتنابی، ۵۹، ۶۱، ۶۳، ۶۵، ۶۶، ۶۷	عزت نفس، ۱۰، ۱۶، ۱۹، ۵۱، ۵۸، ۶۲، ۶۶
۱۶۱، ۹۳، ۹۵	۱۶۱، ۱۴۸، ۹۴، ۷۹، ۷۵
مقابله سازش یافته، ۵۸، ۷۹	عقلانی سازی، ۵۱
مقابله غیر مؤثر، ۶۰، ۶۵، ۱۰۷، ۱۶۱	عوامل تنش‌زا، ۴، ۹، ۱۳، ۱۴، ۲۲، ۳۵، ۴۰
مقابله گرایشی، ۵۹، ۶۱، ۶۳، ۹۳، ۹۵	۴۱، ۴۸، ۵۱، ۵۲، ۵۴، ۵۵، ۵۶، ۵۸، ۵۹، ۶۱
مقیاس درجه بندی، ۱۲، ۸۷، ۱۵۷، ۱۶۱	۶۳، ۶۴، ۷۹، ۹۱، ۹۳، ۹۴، ۹۵، ۹۶، ۹۷، ۱۰۱
مکانیسم‌های، ۲۳، ۳۲، ۴۹، ۵۰، ۶۰، ۶۱، ۶۵	۱۱۵، ۱۲۹، ۱۶۱
۱۶۲، ۷۷	عوامل محیطی، ۱۵، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۹۳
منبع استرس، ۱۲، ۱۶، ۴۲، ۵۲	عوامل ناآرامی، ۸۴
موقعیت‌های تنش‌زا، ۲۴، ۴۵، ۵۴، ۷۲، ۷۵	عوامل واسطه‌ای، ۴۱
۱۶۲، ۷۶	فرافکنی، ۵۰، ۶۰
تئوروییدی‌ها، ۷۷	فرسودگی، ۶، ۸، ۴۰، ۴۱، ۷۱
نا توانی‌های یادگیری، ۲۷	کارآمدی، ۳۶، ۴۶، ۴۷، ۵۹، ۷۷، ۹۴، ۱۵۶
نشانه‌گان استرس، ۳۸، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۹۶، ۱۰۲	کاهش تنش، ۷۷، ۷۸
۱۰۵، ۱۱۹، ۱۲۹، ۱۶۲	کمال طلبی، ۶۰
نماز، ۸۱، ۸۲، ۸۳، ۱۰۷	لیبیدویی، ۲۳
نیاز به نیایش، ۳۵	مثبت‌نگری، ۱۰۷، ۱۰۹، ۱۱۳، ۱۴۵، ۱۵۶
وابستگی مطیعانه، ۳۹	۱۶۱
واپس‌روی، ۶۰	مدیریت زمان، ۵۳
وارونه‌سازی، ۵۱	مرحله تجسم، ۴۴
واکنش اخطار، ۷	مرحله شوک، ۴۰، ۱۶۱
واکنش اضطراری، ۷	مرحله ضد شوک، ۴۰
واکنش سازی، ۵۰	مرحله طراحی، ۴۴
واکنش‌های غیر اختصاصی، ۳۰، ۱۶۲	مرحله نظارت، ۴۴
وسواس فکری، ۶۰، ۶۵، ۶۹، ۸۰	مرکز کنترل، ۶۱، ۶۵، ۹۴
ویژگی‌های شخصیتی، ۴۵، ۵۴	مصاحبه ساختاریافته، ۷۳، ۱۴۹، ۱۵۶، ۱۶۱
هیپوتالاموس، ۶، ۸۹، ۹۰، ۱۶۲	

۱۶۲، ۱۵۴، ۱۴۵، ۱۳۰

هیجان، ۲، ۸، ۱۵، ۱۸، ۴۰، ۴۴، ۴۶، ۵۴، ۵۵

هیجان‌ات تنش‌زا، ۴۶

۵۸، ۶۲، ۶۷، ۶۸، ۶۹، ۷۱، ۷۵، ۷۷، ۷۸، ۹۴

دکتر محمد خدایاری فرد
عضو هیات علمی دانشگاه تهران

فهرست اعلام

الندیک، ۱۶	آپونتی، ۸۱
اندریسکی، ۲۵	آدر، ۳، ۵، ۶، ۷، ۸۹، ۹۰
اندلر، ۶۱	آرسیا، ۱۷
انرایت، ۵۸، ۵۹	آسموسن، ۲۰
اوبوچون، ۶۵	آفورد، ۲۶
اولسون، ۷۰	آملینگ، ۸۲
ایوانز، ۹۴	آیزنک، ۳، ۳۰، ۵۴، ۷۳، ۷۴، ۹۰
بارت، ۱۶	آدر، ۴، ۱۳، ۲۱، ۳۷، ۴۴، ۴۷، ۴۸، ۴۹، ۵۱، ۵۲، ۵۷، ۶۴، ۶۸، ۷۱، ۷۷، ۷۸، ۷۹، ۹۵، ۹۸، ۹۹، ۱۱۵، ۱۱۶
براگز، ۲۰	ارفورد، ۶۶
براملت، ۲۶	اریکسون، ۷۹
برانون، ۵۴، ۷۵	اسپیسر، ۳۸
براون، ۷۰، ۱۰۴	استپ، ۲
برز، ۹	استوارت، ۶۵
برسلاویو، ۲۵	استوکر، ۶۷
برنارد، ۴	استویوا، ۴، ۱۳
بروم، ۷۶	اسکافر، ۴۶، ۴۸، ۴۹، ۵۰، ۵۳، ۵۷، ۵۹، ۶۴، ۶۶، ۶۸
بریتنر، ۲۷	۷۷، ۹۳، ۹۵، ۹۶
بلهار، ۲۵	اسکیندرمن، ۸۹
بن، ۶۵، ۱۲۶، ۱۲۹	اسکینر، ۱۷
بوم، ۷۶	اشمیتز، ۷۵
بیلی، ۱۷	اکینرود، ۹۲
بیلینگز، ۶۹	الکساندر، ۳۲
پارکر، ۵۳، ۵۴، ۶۱	

ریموند، ۶۶	پاوت، ۶۹
زگانز، ۵۶	پاول، ۹، ۵۸، ۵۹
ژاکویز، ۶۷	پتروسکی، ۶۴
ساعتچی، ۱۵، ۱۲۹	پلانکت، ۱۹، ۷۰
سام، ۱۶	پیانتا، ۲۷
ساندلر، ۶۸	پیترسون، ۲۵
سلیگمن، ۲۴، ۳۲	تاکت، ۲۵، ۲۷، ۲۸
سلیه، ۱، ۴، ۶، ۷، ۸، ۲۹، ۳۰، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲	تروپ، ۶۲، ۶۷
سوویتس، ۳۸	تربیر، ۶۲
سیلی، ۲۴	تنانت، ۶۱
شاملو، ۲۹، ۱۲۹	توئیتس، ۶۷
شربرن، ۶۷	ثورنتون، ۸۱
شرمن، ۶۷	جانسون، ۷۶
شفر، ۸، ۲۹، ۴۶، ۷۲، ۷۳	جانیس، ۳۸
شوارتز، ۶۲	دایسون، ۴۲
شیر، ۶۷، ۹۴	دایو، ۶۱
شیفمن، ۶۳	دادستان، ۷۸، ۱۳۰
فایلا، ۳۰، ۶۰، ۹۳	داروین، ۷۶
فروم، ۳۵	دافی، ۷۴
فریدمن، ۳۷، ۷۳	درماتیس، ۶۶
فریدنبرگ، ۲۰، ۹۶، ۱۰۵، ۱۰۷	دروسمن، ۲۵
فلینگیمن، ۲۵	دنولت، ۶۶
فولرتون، ۲۵	دوهرنوند، ۴۱، ۴۴
فیست، ۵۴، ۷۵	دی جنوا، ۶۷
فیفل، ۹۶	دیویدسن، ۲، ۳۲، ۳۳، ۶۴
کاپلان، ۶۱	دیویس، ۲۵، ۱۲۹
کاراساوا، ۲۶	دی یانگ، ۴، ۱۲
کاراسو، ۸۱	راجر، ۷۸
کارلسون، ۴، ۱۳، ۶۵	راد، ۲۴، ۷۸، ۱۳۰
کارنی، ۲۶	راکین، ۲۶
کارور، ۴۷، ۹۴	رسترپو، ۲۰
کافی، ۵، ۱۵، ۲۲، ۳۰، ۴۸، ۵۹، ۶۳، ۷۶، ۹۹، ۱۱۱	رستی، ۱۰، ۶۱
۱۱۶، ۱۲۳، ۱۳۰	روبرتس، ۷۴
کامپاز، ۲۱	روزنمن، ۳۲، ۷۳
کان، ۱۴، ۲۴، ۲۶، ۲۷، ۶۳، ۶۸، ۷۲، ۹۱، ۱۴۴، ۱۵۶	روسیترا، ۸۱

ماستل، ۶۲	کانن، ۵، ۷
مایکنام، ۵۷	کلارک، ۶۶
مدی، ۳۶، ۴۶، ۴۷، ۵۱، ۵۹، ۷۲، ۷۷، ۹۴، ۱۴۵، ۱۴۸	کندال، ۲۵، ۲۷، ۲۸
۱۵۶	کوئینگ، ۸۱
مک کابی، ۸۹	کوباسا، ۱۹، ۵۱، ۷۲
مک کولاف، ۸۱	کوپر، ۵، ۱۴، ۶۰
ملاتستا، ۶۵	کوتاش، ۳۴، ۴۳
منصور، ۷۸، ۱۳۰	کوریا، ۱۷
مور، ۳، ۴، ۷، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۷، ۱۹، ۲۲، ۲۴، ۲۷، ۲۸	کوهن، ۴۲، ۹۰
۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۳، ۳۴، ۳۶، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۸، ۴۹، ۵۱	کیتا، ۲۵
۵۲، ۵۵، ۵۶، ۵۷، ۵۸، ۵۹، ۶۱، ۶۲، ۶۴، ۶۵، ۶۶، ۶۷	گاتمن، ۱۰۱
۶۸، ۷۰، ۷۴، ۷۵، ۷۷، ۷۸، ۸۰، ۸۳، ۸۴، ۸۸، ۸۹، ۹۰	گراسی، ۶۱
۹۱، ۹۲، ۹۷، ۹۸، ۹۹، ۱۰۰، ۱۰۱، ۱۰۶، ۱۰۸، ۱۰۹، ۱۱۳	گریفیت، ۶۱
۱۱۴، ۱۱۷، ۱۱۸، ۱۲۲، ۱۲۵، ۱۲۶	گلدبرگر، ۹
موزر، ۶۶	گلدبری، ۳۷
موس، ۶، ۴۶، ۴۸، ۴۹، ۵۰، ۵۳، ۵۷، ۵۹، ۶۴، ۶۵، ۶۶	گوشیکن، ۲۶
۶۸، ۶۹، ۷۷، ۸۹، ۹۰، ۹۳، ۹۵، ۹۶	لاریوی، ۶۸
مونت مایر، ۲۲	لازاروس، ۱، ۴۲، ۴۳، ۴۵، ۴۶، ۵۴، ۵۵، ۶۱، ۹۶
نانیس، ۶۸	لاموتان، ۶۸
نیل، ۲، ۳۲، ۳۳، ۶۴	لسکو، ۶۶
واتز، ۶۰	لو، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۹، ۱۱، ۱۴، ۱۷، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۲
وارد، ۱، ۵، ۷، ۸، ۱۵، ۱۶، ۱۹، ۲۰، ۲۲، ۲۹، ۳۲، ۳۴	۲۴، ۲۵، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۱، ۴۲
۳۸، ۴۶، ۵۴، ۵۹، ۸۳، ۱۳۰	۴۷، ۵۳، ۵۸، ۶۲، ۶۴، ۶۷، ۷۶، ۷۸، ۷۹، ۸۰، ۸۱، ۸۲
واکر، ۶۵	۸۸، ۸۹، ۹۰، ۹۳، ۹۶، ۱۰۵، ۱۰۷، ۱۴۶، ۱۴۸، ۱۴۹، ۱۵۴
ولفلک، ۴۳	۱۵۵، ۱۵۶
وینتر، ۱۷	لی، ۱، ۲، ۴، ۷، ۸، ۹، ۱۳، ۱۵، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۴، ۲۶
هاتا، ۲۶	۳۰، ۳۱، ۳۳، ۳۵، ۳۸، ۴۵، ۴۷، ۵۳، ۵۴، ۵۶، ۵۹، ۶۱
هامبورگ، ۲۱	۶۲، ۶۵، ۶۷، ۷۰، ۷۱، ۷۴، ۷۵، ۷۷، ۷۸، ۷۹، ۸۰، ۸۵
هریس، ۷۰	۹۰، ۱۰۰، ۱۰۴، ۱۰۸، ۱۱۴، ۱۱۵، ۱۲۰، ۱۲۹، ۱۴۷، ۱۵۴
هلمز، ۱۲، ۱۵، ۱۰۱	لیتل، ۲۷
هوانیتز، ۶۶	مادی، ۴۵، ۸۴
یانگ، ۴، ۱۲، ۱۷	مارتین، ۱۲، ۷۴
	مارش، ۳۸
	ماروین، ۲۷
	مازور، ۲۵

Stress and Coping Styles

*With:
stress assessment;
stress syndrome;
&
coping style scales*

Mohammad. Khodayarifard, Ph.D.
Akram Parand, M.S, M.A