

مقدمه

در این فصل پیشینه پژوهش مورد بررسی قرار می گیرد. در بخش اول این فصل به مطالعه مفهوم استرس، تعریف و مدل های استرس، عوامل استرس زای بالقوه، در بخش دوم به موضوع کنار آیی، عوامل موثر بر استرس و کنار آیی، در بخش سوم به موضوع سبک اسناد، سبک اسناد خوش بین/ بدبین و در بخش چهارم به مفهوم سلامت روان پرداخته می شود در نهایت در بخش پنجم مروری بر پژوهشهای انجام شده در خارج و ایران در رابطه با موضوع پژوهش خواهیم داشت.

۲-۱- استرس یا فشار روانی

فیزیولوژی یا روان شناختی ناخوشایندی است که در پاسخ به محرک های تنش زا ایجاد می شود (برمنر^۱ و داگلاس^۲، ۲۰۰۲) فشار روانی در نتیجه حوادث غیر مترقبه یا چالش انگیز در محیط ایجاد می شود و حوادث تنش زا فرد را وادار می دارد تا خود را مجدداً با محیط سازگار کند (کوپر^۳ و مارشال^۴، ۲۰۰۱، به نقل از شعاع ۸۲).

بدن انسان به صورت سازمان واحدی عمل می کند هر قسمت از بدن فرد بر عملکرد قسمت های دیگر تاثیر می گذارد.

اگر فرد تحت تنش زیادی قرار بگیرد و نتواند به طور صحیح با آن برخورد کند، موادی در بدن تولید می شود که موجب عرق کردن کف دست ها، تند شدن ضربان قلب، افزایش ادرار، و اسهال و... می گردد. واضح است که افراد نسبت به تنش واکنش های متفاوتی نشان می دهند، گاهی اوقات چیزهایی که در زمانی استرس زا هستند در زمان دیگر استرس زا نیستند. اگرچه مقداری از تنش برای سازگاری فرد، مثبت و لازم است ولی قرار گرفتن در معرض استرس های زیاد و شدید موجب ایجاد و تشدید برخی از بیماری های جسمی و روانی می شود (برمنر و داگلاس، ۲۰۰۲، به نقل از شعاع، ۸۲).

¹. Bermner

². Duglass

³. Cooper

⁴. Marshall

۲-۲- تعریف استرس

در فرهنگ روان شناسی (رزم آزما، ۱۳۷۰) این اصطلاحات به عنوان حالتی توصیف شده که در آن ارگانیزم در اثر وجود عوامل یا شرایطی که مکانیزم های حیاتی او را تهدید می کنند، دچار عدم تعادل می شود. این حالت می تواند دارای منشاء فیزیکی نظیر ضربه، سرما یا منشاء شیمیایی نظیر سموم، عفونت ها و یا منشاء روانی (هیجانات) باشد. به نظر پورافکاری (۱۳۷۶) مراد از استرس یا فشار روانی «اصطلاحی است که در طب و زیست شناسی به صور گوناگون به کار گرفته شده است. گاه رویدادها یا موقعیت های مضر برای ارگانیزم و گاه تنش روان شناختی ناشی از این رویدادها و موقعیت ها فشار ارگانیزم و گاه تنش روان شناختی ناشی از این رویدادها و موقعیت ها فشار روانی شمرده می شود.» به مفهوم دقیق تر، به هر چیزی که در تمامیت زیست شناختی ارگانیزم اختلال به وجود آورد و شرایطی ایجاد کند که ارگانیزم طبیعتاً از آن پرهیز کند، استرس گفته می شود (شعاع، ۸۲).

استرس ممکن است به صورت محرک های فیزیکی، عفونتها، واکنشهای آلرژیک و یا به صورت تغییر کمی در جو روانی- اجتماعی باشد. تفاوت در این است که اولی یک عامل تنش زای فیزیولوژیکی است که تاثیر خود را از طریق هیپوتالاموس، غده فوق کلیوی، سلسله اعصاب سمپاتیک و ترشح هورمونهای مختلف به جا می گذارد و دیگری علاوه بر قدرت تهدیدی که اصولاً در عامل استرس زا نهفته است، با درک شخص از آن عامل نیز ارتباط دارد (برمنر و داگلاس، ۲۰۰۲). فشار روانی اصطلاح مبهمی برای توصیف موقعیت، شی یا شخص فشارزا است که احساسات و پاسخهای فیزیکی را در افراد برمی انگیزاند و پیامدهای رفتاری، شناختی و یا فیزیولوژیک به همراه دارد. برای درک بهتر این مفهوم سه الگوی کلی توسط فورمن^۱ مطرح شده که در این جا بیان می شود. این مدلها شامل مدل محرک، مدل پاسخ و مدل تعاملی است.

۲-۳- مدل های استرس

۲-۳-۱- مدل محرک

این مدل استرس را واقعه محرکی می داند که نیازهای محیطی را برارگانیزم تحمیل می کند (هولمز و راهه، ۱۹۶۷).

نیازهایی که فورمن (۱۹۹۳) معرفی نمود شامل (۱) فجایع که شماری از افراد به آن مبتلا می شوند همچون جنگ یا زلزله (۲) رویدادهای عمده ای که گریبانگیر تعداد بسیار کمی از افراد می شود، همچون طلاق یا مرگ یک والد (۳) گرفتاریهای روزمره ای همچون عدم موفقیت در یک امتحان، دلتنگی برای دوست صمیمی.

کومپاس^۱ (۱۹۸۷) بین محرک حاد و مزمن که بر نوجوان فشار تحمیل می کند و به پاسخی سازگارانه نیاز دارد، تمایز قائل می شود. نیازهای حاد می توانند شامل یک واقعه گذرا زندگی همچون اولین دوست یابی یا رخداد قاعدگی بوده، می توانند یک رویداد غیر معمول چون جنگ یا رویدادی ناشی از تجمع تجاربی همچون بیماری یا درگیری در مدرسه باشند.

نیازهای مزمن با وقایع تکرار شونده زندگی در ارتباط هستند، وقایعی چون ناتوانی جسمی، بیماری در حال پیشرفت یک والد یا مشکلات مالی هستند. استرس زاهای حاد ممکن است به استرس زاهای مزمن مبدل شوند. محدودیت این تعریف این است که قادر به در نظر گرفتن تفاوتهای فردی در درک استرس و توانایی کنار آمدن با آن نیست. بطور مثال نوجوانی ممکن است به دنبال جدایی والدینش نتواند روی درسهایش تمرکز داشته باشد و رفتار بزهکارانه نشان دهد، در حالی که نوجوان دیگری ممکن است از نظر اجتماعی درون گرا شود اما با تمرکز موثرش به انجام تکالیف مدرسه ادامه دهد.

۲-۳-۲- مدل پاسخ

این مدل استرس را پاسخ بیولوژیکی و روانشناختی از طرف فرد به نیازهای محیطی می داند (سلیه^۲، ۱۹۷۴). استرس به عنوان پاسخ غیر اختصاصی (معمول) از سوی بدن تعریف می شود که ذهن یا جسم را تحت تاثیر قرار می دهد (سلیه، ۱۹۹۱ ص ۲۲). بنابراین پاسخ جسمی به نیازهای محیطی است. این تعریف استفاده گسترده ای در درک اثرات مرتبط با سلامتی استرس داشته است. بر طبق این دیدگاه استرس واکنش بدن به رویدادهای روزمره و چگونگی درک ما از این وقایع است. به طور مثال، یک تکلیف درسی ممکن است برای برخی دانش آموزان فرصتی برای ممتاز شدن قلمداد شود اما دیگران آن را به عنوان وظیفه ای کمر شکن ادراک کنند. هر نیاز یا هر استرس را تعادل یا توازن ارگانیزم را مختل می کند و این پاسخ تلاشی برای دستیابی به

¹. Compas

². Selye

هموستاز^۱ است که منجر به بازبایی مجدد این تعادل می شود. سلیه خاطر نشان می کند، نشانگرهای فیزیولوژیکی پاسخ فردی به استرس هستند، که تلاش منحصر به فرد و خواست بدن را برای حفظ زندگی ترتیب می دهند. به طور مثال زمانی که گرم می شویم، نیازمند کاهش دما هستیم تا خنک شویم. بنابراین بدن عرق می کند. زمانی که بدن مان سرد است، بدن می لرزد تا گرمای بیشتری تولید کند. غدد آدرنال واکنش گره های اولیه بدن نسبت به استرس هستند. این رویکرد با این دیدگاه که استرس تنها در ذهن ماست در تضاد است.

تحقیقات در زمینه استرس از دهه ۱۹۲۰ از زمانی که والتر کانن^۲ نشانگان جنگ یا گریز^۳ را به عنوان پاسخ بدن به نیاز برای حفاظت از خود در برابر تهدید معرفی کرد، گسترش یافته است. بدن انرژی مورد نیاز در موقعیتهای استرس زا را تأمین می کند. در واقع فعالیت غدد معینی همچون غده فوق کلیه به هنگام تهدید یا استرس زایی در محیط بدن همچون یک بیماری، هیجان یا مصرف دارویی آغاز می شود. به طور مثال، آدرنالین میزان ضربان قلب، فشار خون و به طور همزمان قند خون را بالا می برد. هورمون انسولین قند خون را به طور معکوسی کاهش می دهد. عدم تعادل بین نیاز و تأمین این نیاز، لزوم سازگاری مجدد را مطرح می سازد. به عبارتی سلیه دریافت، استرس پاسخی غیر اختصاصی است که بدن بدون توجه به ماهیت عوامل استرس زا، پاسخ مشابهی نشان می دهد. سلیه با طرح سندرم انطباق عمومی نشان داد که چگونه بدن خود را برای مقابله با استرس آماده می کند به نظر او این مقابله در سه مرحله انجام می شود در مرحله اول که هشدار نامیده می شود بدن پیامهای فشاری ساطع می کند (فرایندبرگ، ۱۹۹۷). در این مرحله موجود زنده برای برخورد با یک تهدید بسیج می شود و فرآیندی است که متوجه غدد آدرنال است، این غده محرک فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک می باشد (میزان تنفس، ضربان قلب و فشار خون افزایش می یابد، خون به سمت عضلات گسیل می شود، هضم غذا کاهش می یابد و غیره). مرحله دوم مقاومت نام دارد، موجود زنده در این مرحله تلاش می کند از طریق رویارویی با تهدید مقابله کند. سومین مرحله خستگی است. چنانچه موجود زنده منابع فیزیولوژیکی اش در فرایند تلاش برای فائق آمدن بر تهدیدی تخلیه شود این مرحله رخ

¹. Homeostasis

². Cannon

³. fight or flight

می دهد. بنابراین مواجهه مکرر یا دراز مدت با استرس سبب فرسودگی و از هم گسیختگی بدن می گردد (ورتمن^۱ و همکاران، ۱۹۹۸).

هیپوتالاموس نقش عمده ای در مهار تنظیم کننده های بزرگ سیستم عصبی و ایمنی ایفا نموده و دستگاه عصبی را به دستگاه غددی مرتبط می کند. تحریک هیپوتالاموس ترشح هورمونها را از دستگاه غددی افزایش می دهد. هیپوتالاموس موادی تولید می کند که غده هیپوفیز را قاعده مغز به فعالیت وا می دارد. در نتیجه غده هیپوفیز فعال می شود و هورمون فعال کننده آدرنال را به جریان خون می فرستد این هورمون زمانی که به غدد آدرنال می رسد ترشح کورتیکوئیدها را فعال می کند. قدم بعدی در زنجیره رویدادها آزاد شدن آدرنالین توسط ناحیه مرکزی غده فوق کلیوی است. بدن در این مرحله با آنچه که به عنوان واکنش جنگ یا گریز شناخته می شود پاسخ می دهد. این پاسخ با افزایش ضربان قلب، فرستادن خون بیشتر به ارگانهای حیاتی، تنفس عمیق تر، قدرت بینایی بیشتر و خشکی دهان مشخص می شود همه این ها پیش از آزاد شدن این مواد شیمیایی در بدن کل بدن را تحت تاثیر قرار می دهند، اینگونه که به بدن اعلام می کنند یا با استرس دست و پنجه نرم کن یا به هر قیمتی از آن اجتناب کن. زمانی که استرس پابرجا می ماند پیامهایی وجود دارند که به ما می گویند، تحت فشار هستیم بطور مثال زخمهای معده پاسخ بدن به سطوح افزایش یافته کورتیکوئیدها در خون هستند. دستگاه عصبی خود کار نیز در این زمینه نقش ایفا می کند. غدد، هورمونهایی را تولید می کنند که پاسخهای بدنی حمایت کننده را تحریک می کند. آنها پاسخ بدن را به شیوه ای تنظیم می کنند که جهت ایجاد سازگاری به فرد اعلام می دارد، از آسیب اجتناب کن (فرایدنبرگ، ۱۹۹۷).

عوامل یا نیازهایی که الگوی پاسخی استرس را بر می انگیزانند، اشاره به استرس زاها دارند. همه استرس زاها منحصراً طبیعت جسمی ندارند. برانگیختگی روانشناختی یکی از پربسامدترین فعال کننده هاست. سلیه (۱۹۹۱) خاطرنشان کرد هیجاناتی همچون عشق، نفرت، شادی، خشم، مبارزه یا ترس علاوه بر افکار، پاسخ استرس را نیز برمی انگیزانند. گرچه در جوامع ابتدایی تنها جنگیدن (مقابله با استرس) و گریختن (اجتناب از آن) برای برخورد با استرس کافی است، اما در جامعه پیچیده ما این پاسخ عموماً پاسخ کارآمدی به اغلب موقعیت های پراسترس نیست. ما تمایل داریم استرس را تا حدی درونی کنیم (بطور مثال بانگرانی در کلاس

¹. Wortman

می نشینیم و نگرانیم آیا معلم از ما سوالی خواهد پرسید؟ یا با ترس و لرز در مقابل دیگران از معلم سوال می کنیم) و هورمونهای زیادی مکرراً تا سطوح سمی در درون بدن مان ساخته می شود.

در مجموع کارسلیه به دلایل متعددی مهم بود. دلیل اول اینکه، او نشان داد واکنش های استرس لزوماً غیر انطباقی نیستند در حقیقت در بسیاری از مواقع کاملاً هم بجا هستند: تهدیدی از طرف یک فرد متجاوز، عدم تغذیه کافی و در این موقعیت ها واکنش های استرس کمک به زنده ماندن موجود زنده می کند. مدل سیله یک تئوری کلی واکنش به استرس را نیز ارائه داد که برای انواع گوناگونی از رویدادها کاربرد داشت و چارجویی که هم شامل عوامل فیزیولوژیکی و هم محیطی بود را فراهم می کرد. (ورتمن و همکاران، ۱۹۹۸).

البته انتقادهایی به مدل سلیه شده است در واقع این مدل نقش عوامل روانشناختی را نادیده می انگارد. زیرا همه افراد به رویدادهای بالقوه تهدید زا به یک شکل پاسخ نمی دهند. نقطه نظر روانشناختی توضیح می دهد که هر فرد استرس را آسیب زا، تهدید کننده^۱ یا چالشی^۲ ارزیابی می کند (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴، لازاروس و لونیر به نقل از ورتمن و همکاران، ۱۹۹۸).

انتقاد دیگر اینست که هر چند این مدل برنشانه های جسمی استرس همچون سردردها، واکنش های اضطرابی آشکار، افسردگی و غیره تاکید دارد، اما یک پاسخ خاص یک نشانگر غیرقابل تغییر استرس نیست. بطور مثال یک سردرد در یک موقعیت ممکن است برای یک فرد انعکاسی از اضطراب امتحان در حال وقوعی باشد اما برای شخص دیگری علامتی از یک خستگی است (فراید نبرگ، ۱۹۹۷).

۲-۳-۳- مدل تعاملی

مدل تعاملی استرس توسط ریچارد لازاروس ارائه شد که استرس روانشناختی را به عنوان رابطی بین فرد و محیط تعریف می کند. به این ترتیب که فرد استرس را به عنوان فشاری زیاد یا بیش از منابع اش ارزیابی نموده و خطری برای سلامتی او محسوب می شود.

این تعریف بر مبنای مدل تعاملی شخص - محیط از کنش و واکنش انسان قرار دارد. این مدل تعامل بین ارگانیسم، محیط، متغیرهای موقعیتی، ویژگیهای فردی و ارزشیابی فرد از موقعیت را

^۱. threat

^۲. challenge

در نظر می گیرد. هم ادراک فرد از نیازهای محیطی و هم توانایی ادراک شده برای پاسخ به این نیازها اثر این استرس زها را معین خواهد نمود (فرایدنبرگ، ۱۹۹۷).

لازاروس و فولکمن مخالف مفهوم استرس به عنوان محرک هستند، زیرا مردم در واکنشهایشان به استرس زهای بالقوه کاملاً متفاوتند. دو نفر موقعیت بالقوه استرس زای یکسان را به خاطر اینکه از نظر عوامل فردی مانند ادراک، یادگیری، حافظه و قضاوت با یکدیگر فرق دارند به صورت متفاوتی تجربه می کنند. بسیاری از وقایع زندگی نظیر ورزش و عاشق شدن به تشدید فعالیت دستگاه عصبی خود مختار می انجامد ولی شخص، ورزش و عشق را بصورت یک استرس تجربه نمی کند. دونده و عاشق هر دو برانگیخته اند و مستعدند که از نظر جسمانی و روانی احساس نشاط کنند حتی اگر شدیداً احساس استرس کنند. لازاروس و همکارانش تاکید زیادی بر فرایندهای شناختی که بین شرایط محیطی و واکنش پذیری فیزیولوژیکی میانجی می شوند، دارند. از این دید، متغیرها، وقایع محرک دشوار و پاسخهای فیزیولوژیکی فزونکار نیستند، بلکه متغیرهای مهم آنها هستند که درون فعالیت ذهنی قرار دارند. اهمیت بحث درباره نظریه استرس لازاروس به عنوان یک فرایند، تاکید بر این واقعیت است که بین رویارویی با یک استرس زای بالقوه و واکنشهای نهایی شخص به آن، فعالیت های شناختی بسیار زیادی میانجی می شوند. طبق نظر لازاروس، ماهیت استرس تغییر و فرایند است و بیشتر رویارویی های استرس زا از طریق فرایندی سه مرحله ای صورت می گیرد. اولین مرحله، پیش بینی است. در ابتدا فرد باید برای استرس زا آماده شود و فکر کند که به چه چیزی شبیه است و چه پیامدهایی ممکن است به همراه داشته باشد. هنگامی که استرس زا وارد می شود، شخص می کوشد با آن کنار آید. این مرحله انتظار است. مرحله انتظار شامل زمانی می شود که فرد منتظر پاسخوراند است و اینکه آیا پاسخهای کنار آمدن وی شایستگی لازم را دارد یا نه. بلاخره مرحله پیامد است. مرحله پیامد، شامل روبه رو شدن شخص و واکنشهای وی به پیامد موفق یا ناموفق پاسخ کنار آمدن او می باشد (ریو^۱ ۱۳۷۶، به نقل از سید محمدی، ۱۹۹۸).

یک جنبه کلیدی مفهوم سازی استرس که توسط ریچارد لازاروس و همکارانش پیشنهاد شد، مفهوم ارزیابی است.

۲-۴- ارزیابی های شناختی

لازاروس در سرتاسر این فرایند سه مرحله ای برد و مفهوم اصلی تاکید دارد ارزیابی شناختی و پاسخهای کنار آمدن. ارزیابی شناختی، فرایند فکر است که در آن شخص به ارزیابی مربوط بودن استرس زا به سلامتی اش می پردازد، اگر استرس زا به سلامتی او مربوط باشد. آیا بالقوه کمک کننده است یا آسیب زا است؟ عملاً فرض می شود که شخص دو نوع ارزیابی انجام میدهد. یکی نخستین و دیگری ثانوی (ریو، ۱۳۷۶، به نقل از سیدمحمدی، ۱۹۹۸).

ارزیابی نخستین منجر به این قضاوت می شود که آیا این موقعیت برای فرد، زیان آور بی خطر یا نامربوط است (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴). چنانچه با خطر یا نا مربوط باشد که بنابراین بی ضرر است، بازنمایی شناختی از این موقعیت شکل می گیرد و فرد نبود استرس را تجربه می کند. علاوه بر این وضعیت هیجانی فرد آرامش و عاری از نگرانی یا حتی لذت بخش خواهد بود. استرس و تجربه هیجانهای منفی از ارزیابی اولیه منفی تری نتیجه می شود. چنین ارزیابی هایی سه نوع هستند: ۱- زیان، فقدان^۱، نشأت گرفته از این قضاوت که رویداد تا حدی ناگوار رخ داده و آسیب خود را وارد کرده است، ۲- تهدید، بدنبال ارزیابی از واقعه ناخوشایندی است که هنوز رخ نداده اما در شرف وقوع است و ۳- چالش، نشأت گرفته از قضاوتی است که موقعیتهای بالقوه خطرناک می بیند اما با تلاش کافی قابل مهار است (گین، ۱۹۹۵).

ارزیابی های آسیب - فقدان با احساسات غمگینی، افسردگی یا نومیدی، تهدید با احساسات ترس، اضطراب یا خشم چالش با تجربه هیجان و هوشیاری توأم هستند. این وضعیت های هیجانی منابع فوری استرس می باشند (گین، ۱۹۹۵). ارزیابی ثانوی پس از استرس اولیه بوقوع پیوسته، وارد می شود و عبارتست از مرور فرد بر منابعی که برای مقابله با این موقعیت یا با خود وضعیت استرس دارد، این منابع در قسمت درونی همچون احساس لیاقت و کنترل شخصی بر موقعیت (مانند تامسون^۲، سوبولو و شابین^۳، گال بریت^۴، اکوانکوسکی^۵ و کروزن^۶، ۱۹۹۳)

^۱. harm-loss

^۲. Thompson

^۳. sobolew & shubin

^۴. Gallbraith

^۵. Achwankovsky

^۶. Cruzen

و تا حدی عملکرد موقعیت خارجی و دسترسی به راهی برای مهار علائم استرس می باشند. خارج از این ، با ارزیابی ثانوی راهکار کنار آیی ظهور می کند که انتخاب یک یا چند روش حول وحوش آن موقعیت است (گین ، ۱۹۹۵).

۲-۵- استرس زاهای بالقوه

۲-۵-۱- فجایع (وقایع آسیب زا)

بارزترین منبع استرس ، وقایع آسیب زا یا موقعیت هایی هستند که خارج از حیطه مادی تجارب فرد قرار دارند ، غیر قابل پیش بینی بوده و در مقیاس بزرگ اتفاق می افتند . از جمله این وقایع می توان از جنگ ، سیل ، زلزله ، طوفان و تصادف شدید نام برد . که بیشتر افراد آنها را خطرناک ارزیابی می کنند . این وقایع استرس شدیدی را بر فرد تحمیل می کنند و منجر به پاسخ های شدید و فشار روانی می شوند که نیاز مند تلاش های مقابله ای وسیع و طولانی است (می پرز^۱ ، ۱۹۹۸). تجربه یک واقعه آسیب زا که فراتر از حد تحمل افراد است می تواند تاثیر طولانی و شدیدی بر فرد داشته باشد . برخی از افرادی که وقایع آسیب زا را تحمل و تجربه می کنند . اختلال استرس پس از سانحه^۲ (PTSD) را از خود نشان می دهند (زوترا^۳ ، الکسی^۴ ، ۲۰۰۳).

۲-۵-۲- تاثیر وقایع مهم زندگی

چه رویدادها یا چه نوع رویدادهایی با احتمال بیشتری به استرس منجر می شوند ؟ هر چند بیشتر رویدادهای منفی زندگی - مانند مرگ یک عزیز ، طلاق ، آتش سوزی - بیشترین استرس را ایجاد می کنند ، اما حتی رویدادهای شادی همچون ازدواج ، بچه دار شدن ، ارتقاء یا مسافرت نیز ممکن است استرس زا باشند . توماس هولمز و ریچارد راهه (۱۹۶۷) دریافتند هر تغییری در زندگی خواه مثبت یا منفی پراسترس بوده و می تواند اثر منفی داشته باشد . طبق نظر این دو محقق تغییر در شرایط خارجی به ما فشار آورده تا با ترک عادات قدیمی مان و برقراری الگوهای جدید سازگار شویم (ورتمن و همکاران ، ۱۹۹۸).

¹. Meyers

². post traumatic disorder

³. Zoutra

⁴. Alexy

بیشتر شواهد حاصل از مطالعه استرس به این نتیجه اشاره می کنند که رویدادهای منفی زندگی بسیار پر استرس از رویدادهای مثبت هستند. تیلور (۱۹۹۱) بر ادبیات چندین پژوهش مروری انجام داد و نتیجه گرفت رخداد وقایع منفی منابع فیزیولوژیکی و شناختی فرد را به مقیاس عظیمی بسیج می کند، که برخلاف آن رویدادهای مثبت چنین نمی کنند. رویدادهای منفی سبب برانگیختن فعالیت سیستم سمپاتیک و عاطفه شدید می گردند. علاوه بر این، آثار نمایانی روی فرایندهای شناختی داشته و این فرایندها را در گیرتر و پیچیده تر می کنند. این تحلیل منسجم با یافته های محققینی است که رویدادهای زندگی را عمدتاً به مثبت و منفی جدا نموده و دریافته اند تنها تجمعی از رویدادهای منفی زندگی پیش بینی کننده فشار روانی و اختلال هیجانی است (ساراسون^۱، جانسون^۲ و سیگل^۳، ۱۹۷۸، وینوکر^۴ و سلزر^۵، ۱۹۷۵) این موضوع همچنین با ارزیابی نخستین قبلاً آن را بسط و گسترش دادیم هماهنگ است، بدین معنی که بدنال رخدادی که کم استرس یا بی استرس است، آن رویداد بی خطر ارزیابی می شود (کین، ۱۹۹۵).

۲-۳-۵-۳- گرفتاریهای روزانه

رویداد های پر استرس که ما آن را گرفتاری ها می نامیم (لازاروس و کوهن^۶، ۱۹۷۷) از جنبه های متعددی متفاوت از رویدادهای عمده زندگی اند، چرا که به تعداد بیشتر و تعددتری رخ می دهند، در شرایط عینی شدت کمی دارند و بدلیل فوری بودنشان با شدت بیشتری احساس می شوند، پس به این دلیل محتمل تر است که نسبت به تغییرات عمده زندگی به گونه ای پر استرس بازنمایی شناختی شوند. بطور مثال، گیر افتادن در ترافیک برای سلامتی یک فرد در مقایسه با اینکه همین فرد بفهمد پسرش مواد مخدر مصرف می کند، چندان آسیب رسان نیست اما در لحظه ای که دچارش می شود، دیوانه کننده تر است. مواد مخدر مصرف می کند. شیوه هایی که تغییرات عمده و گرفتاریهای کوچکتر زندگی را به یکدیگر مربوط می کند موضوع مهمی برای درک استرس است.

¹. Sarson

². Johnson

³. Siegel

⁴. Viokur

⁵. Selzer

⁶. Cohen

گرفتاریهای روزمره اولین بار به سنجش مقیاسی متشکل از ۱۱۷ رویداد آزارنده پرداخت (مانند جایی شدن یا گم شدن اشیاء، خود نگهداری^۱، نداشتن پول کافی برای خرید لباس) که اکثر افراد زمانی یا بیشتر اوقات دچار آن می شوند. پاسخ افراد به این مقیاس با نشان دادن اینکه آیا چنین رویدادی برای آنها در ماه گذشته اتفاق افتاده و اگر چنین بوده چقدر آنها را ناراحت کرده، بود.

پژوهش بعدی بر روی آثار گرفتاریها سبب اصلاح مقیاس اولیه شد (همچون دلانگیز^۲، فولکمن و لازاروس، ۱۹۸۸).

در مطالعات مربوط به مقیاس گرفتاری ها نتیجه گرفتند، بسامد و شدت گرفتاریها نقش مهمی را در استرس بازی می کند. کانر^۳، کوین^۴، شفر^۵ و لازاروس (۱۹۸۱) این مقیاس را در راستای ۲ سنجش فشار روانشناختی^۶ و بمنظور مقایسه با مقیاس دیگری، آن را برای اندازه گیری گیری رویدادهای عمده زندگی اجرا کردند. آنها به این نتیجه رسیدند که بسامد گرفتاریها همبستگی قویتری با میزان فشار روانی در مقایسه با نمره ای که از مقیاس تغییرات عمده زندگی بدست می آمد، داشت. مطالعه ای که توسط دلانگیز، کوین، داکوف^۷، فولکمن و لازاروس (۱۹۸۲) صورت گرفت، به این یافته رسید که بسامد و شدت گرفتاریها با بیماری جسمی رابطه نزدیکی داشت تا سنجش تغییرات عمده زندگی. در هر دو مطالعه محققین نتیجه گرفتند که گرفتاریهای کوچک هم بر سلامت روانشناختی و هم بر سلامت جسمی اثر دارد که مستقل از آثار محرک های تنش زای عمده زندگی است. در محدوده وسیع این نتیجه گیری با داده های آنها تضمین شد. در هر صورت در هر دو مطالعه همبستگی کوچک اما معناداری بین گرفتاریها و رویدادهای پر استرس زندگی یافت شد. کانر و همکاران (۱۹۸۱) همبستگی ۲۱٪ را میان کثرت وقوع گرفتاریها و شیوع رخدادهای پر استرس زندگی پیش از این مطالعه دریافته بودند. دلانگیز و همکارانش (۱۹۸۲) همبستگی ۱۹٪ را بین شدت گرفتاری و سنجش تغییرات

1. auto maintenance

2. Delongis

3. Kanner

4. Coyne

5. Shaefer

6. distress

7. Dakof

زندگی یافتند. پس بنابراین امکان دارد تا حدودی تاثیر تغییرات عمده زندگی بوسیله گرفتاریهای کوچکتر روزانه متعادل شوند. افراد با موضوعات کم اهمیتی که بلافاصله پس از بدشاهی بزرگی رخ داده، می توانند بطور وحشتناکی آزرده خاطر شوند. زوج هایی که در شرف طلاق هستند اغلب از چیزهای کوچکی ناراحت و افسرده می شوند، چیزهایی که قبلاً آنها را ناراحت نمی کرد، و شکست در امتحان مهمی ممکن است سبب شود دانش آموز به عیوب کوچکی که در دوستش وجود دارد حساس شود، در صورتیکه قبلاً آنها را در نظر نمی گرفت. اکن رود^۱ (۱۹۸۴) اثرات رویدادهای عمده پراسترس زندگی را بر خلق مطالعه کرد و دریافت اثر فوری چنین رویدادهایی بر میزان استرسی است که در اثر رنجش های اندک روزمره ایجاد می شود. بنابراین تفسیر رابطه بین رویدادهای عمده زندگی و گرفتاریهای روزمره اینست که رویدادهای بزرگ منابع خلق منفی هستند که سبب تشدید آثار گرفتاریها می شوند دیدگاه دیگری با مطالعه کوهن، تیرل^۲ و اسمیت^۳ (۱۹۹۳) در مورد رابطه این دو متغیر ارائه شد. به آزمودنیهای داوطلب ویروسهای رایج سرماخوردگی تحت شرایط کنترل شده تزریق شد، پس از آن دوره عفونت هر یک از آنها ارزیابی شد. سه سنجش روانشناختی استرس بعنوان همبسته های احتمالی بیماری مطالعه شدند. یکی سنجش استرسی بود که بوسیله رویدادهای عمده زندگی ایجاد می شد. دیگری، میزانی که فرد تصور می کرد نیازهای فعلی بیش از توانایی های کنار آیی اوست. سوم، سنجش عاطفه منفی کلی بود (مثلاً معمولاً فرد چه احساس بدی دارد). نتایج نشان داد، دو مقیاس احساس استرس ادراک وجود نیازهای توانکاه و عاطفه منفی هر دو همبستگی مثبتی با پیشرفت علائم سرماخوردگی داشتند. کوهن و همکارانش تبیین بسیار جالبی برای این یافته ها ارائه دادند، احساسات ممکن ناشی از عاطفه منفی و استرس ادراک شده، وضعیت های خلقی هستند که سطح پایه استرس روزانه را تشکیل می دهند. به بیانی دیگر وضعیت های خلقی می تواند همچنین حاکی از نتیجه فوری گرفتاریهای روزانه باشد. (گین، ۱۹۹۵)

^۱. Eckenrode

^۲. Tyrell

^۳. Smith

۲-۶- استرس نوجوانی

شیوع مشکلات مرتبط با استرس، در میان نوجوانان در طول پانزده سال اخیر افزایش قابل توجهی داشته است (الکایند^۱، ۱۹۸۴). بیکاری جوانان در بسیاری از جوامع روبه افزایش است همانگونه که تغییرات و از هم گسیختگی خانواده ها، رقابت برای موقعیت های بالاتر در فضای محدود شغلی و غیره نیز روندی فزاینده دارد.

از دید الکایند، افزایش استرس نوجوانان، با آمار فزاینده خودکشی نوجوانان در خلال ۲۰ ساله اخیر حمایت می شود. شیوع مشکلات نوجوانان معمولاً با عواملی همچون بیگانگی از خانواده، سوءاستفاده (جسمی، روانی) والدین، سطح تحصیلات پایین و فرصت های شغلی محدود در ارتباط است. نوجوانان باید در مورد رشته ی تحصیلی و مشاغل مربوط به آن تصمیمات مهم زندگی شان را اتخاذ کنند. علاوه بر آن، قبل از آمادگی لازم برای پذیرش نقش والدی، اغلب برای این دوره تصمیم می گیرند. افزایش شیوع اختلالات خورد و خوراک، همچون بی اشتهایی عصبی^۲ در میان دختران نوجوانی که در خانواده هایی با مشخصه تنش، سردرگمی، درگیری، بیش حمایت گری، انعطاف ناپذیری و عدم حل کشمکش زندگی می کنند، وجود دارد (لارسون^۳، ۱۹۹۱). پرخوری روانی شیوعی در حدود ۶/۴٪ در میان دختران دبیرستانی طبقه متوسط داشته است (بنت^۴ و همکاران، ۱۹۹۱). شواهد دیگر بر استرس نوجوانی در شیوع افسردگی دیده می شود. اهرنبرگ^۵ و همکاران، ۱۹۹۰) از پرسشنامه افسردگی بک^۶ (BDI بک و همکاران، ۱۹۶۱) برای شناسایی نوجوانان افسرده از نمونه ای شامل ۳۶۶ نوجوان ۱۹-۱۳ ساله حاضر در ۴ دبیرستان و نکوور استفاده کردند، آنها دریافتند که ۷۰/۱٪ آنها غیر افسرده، ۱۹٪ افسردگی خفیف، و ۱۰/۸٪ به افسردگی بالینی مبتلا هستند. شیوع افسردگی خفیف و بالینی در میان آزمودنی های دختر (به ترتیب ۲۵/۴ و ۱۴/۴٪) به طور

¹. Elkind

². anorexia nervosa

³. Larson

⁴ Bennett

⁵. Ehrenberg

⁶. Beck

قابل توجهی بالاتر از آزمودنیهای پسر بود. این یافته ها مشابه با یافته های راتر^۱ (۱۹۸۶) در انگلستان است. (تقریباً یک سوم از آزمودنیهای این نمونه افسردگی خفیف یا بالینی داشتند). ارتقای خودکارآمدی^۲ یا باور به تواناییهای خود در مقابله با استرس ارزش قابل ملاحظه ای دارد. شوارزر^۳ و شوارزر (۱۹۸۲) تاکید می کنند دانش آموزانی که احساس اطمینان دارند، نیازهای تحصیلی را پرسترس قلمداد نمی کنند، بلکه آنها را چالش گونه می بینند. دانش آموزان دچار خودکارآمدی پایین یا کسانی که به دنبال مواجهه با تکالیف درسی انتظاراتی دال برمورد تهدید واقع شدن دارند، با سطوح بالای اضطراب پاسخ خواهند داد (زیدنر^۴، ۱۹۹۰ به نقل از فراید نبرگ، ۱۹۹۷)

بدنه محکمی از شواهد در حمایت از این باور که سبک اسنادی چگونگی پاسخ یک فرد به رویداد های زندگی را تحت تاثیر قرار می دهد، وجود دارد (راتر، ۱۹۸۳). بطور مثال، بین خودکارآمدی و افسردگی رابطه منفی وجود دارد (اهرنبرگ و همکاران، ۱۹۹۱ کامیونین^۵، ۱۹۸۹). آن جوانانی که احساس می کنند می توانند از عهده نیازهای وارده از طرف مدرسه برآیند، به احتمال کمی دچار افسردگی می شوند. نظریه خودکارآمدی که قطعاً بر مبنای نظریه یادگیری اجتماعی و نظریه جایگاه مهار قرار دارد، بر این باور است افرادی که معتقدند کنترل دقیقی روی عوامل مهم زندگی شان بکار می گیرند طبق این باور عمل می کنند و احساس می کنند قادرند با نیازهای که به آنها وارد می شود دست و پنجه نرم کنند. در عوض باور به تواناییهای خود فرد از طریق مشاهده اعمال حیاتی دیگران و پاسخهایی که از آنها سر می زند، آموخته می شود (فراید نبرگ، ۱۹۹۷).

۲-۶-۱- تأثیر محیط

موقعیت های محیطی دوره نوجوانی می توانند به چهار فضای عمده طبقه بندی شوند. مدرسه، خانه، گروه همسال و جامعه گسترده تری با ویژگی های خاص خود. محیط مدرسه تاثیر مهمی را اعمال می کند، جایی که دارای ویژگیهایی بر مبنای نوع مدرسه. مکان آن، ساختار و برنامه درسی ارائه شده می باشد. محیط خانه و روابط خانوادگی نیز تاثیر گذار هستند. تاثیر والدین،

¹. Ruther

². self efficacy

³. Schwarzer

⁴. Zeidner

⁵. Comunian

تعداد و خصوصیات خواهر و برادرها و محیط کلی منزل همگی بخش هایی از این تاثیر هستند . علاوه بر خصوصیات محیطی این مولفه ، هم بر مفهوم جامعه محلی و هم جامعه بزرگ جهانی تاثیر حیاتی دارد .

تغییر تکنولوژی و افزایش جمعیت فرصت های نوجوان را برای یافتن شغلی مهم در دنیای اطراف محدود کرده است . در ممالک توسعه یافته فشار وارده بر نوجوانان نسبت به آنچه که در گذشته نیاز داشتند افزایش یافته تا آنها را برای کسب رتبه های تحصیلی در مدرسه حفظ نموده و به استانداردهای عالی تر تحصیلاتی برسانند . از آنها انتظار می رود تا با همسالانشان برای کسب رتبه های تحصیلی به رقابت پرداخته تا به شغل یا تحصیلات بالاتری دست یابند . تاثیر گروه همسالان نیز در تعیین استرس نوجوانی مهم است . ابتدای نوجوانی دوره آسیب پذیری به حذف شدن از گروه همسال است و بنایی بر پایه گروه بندی و تعصب جمعی دارد . نوجوان زمانی دچار شوک می شود که می بیند اعتماد ، وفاداری و دست و دل بازی متقابل نیست . کلمن^۱ (۱۹۸۷) گروه همسال را به عنوان یکی از منابع بالقوه وسیع تعارض در ارزشها و ایده آلهای معرفی می کند .

به عنوان بخشی از مطالعه کیفی بزرگی که تمرکز بر دانش آموزان است و معتقدند آنها در خلال گذر از این فضاهای اجتماعی فرهنگی لازم است دنیاها و سازگاریهای متعددی داشته باشند ، فلان^۲ و همکاران (۱۹۹۴) به توصیف موقعیت ها و شرایط دانش آموزان در فضاهای خانوادگی ، همسالان و مدرسه می پردازد که چگونه این فضاها با فشاری سازنده ، و استرسی موثر موجب تغییر توجه و علاقه دانش آموزان از مدرسه می شوند . ۵۵ دانش آموز متفاوت از نظر نژادی و پایه تحصیلی در طی دوره ای ۲ ساله و در ۴ موقعیت مورد مصاحبه قرار گرفتند ، در این مصاحبه ها دانش آموزان طیف گسترده ای از فشارهایی که از زندگی آنها در مدرسه ناشی می شد اشاره کردند : از جمله استرس پیرامون پایه های تحصیلی ، نگرانی در مورد تکالیف ، مشکلاتی که با برخی معلمین خاص داشتند ، دشواری در درک مطالب درسی ، جدایی در کلاسها و نگرانیهای کلی و دلمشغولیهای درباب آینده ، موضوعاتی بودند که بطور معمول خاطرنشان کردند . فراوانترین فشاری که دانش آموزان در این مطالعه عنوان کرده اند

¹. Coleman

². Phelan

(۷۸٪) استرس ناشی از خانواده بود که والدین شان برای موفقیت در مدرسه جهت ارتقا در مقاطع تحصیلی، انجام تکالیف درسی و حداقل، توجه به درس و حضور در مدرسه بر آنها تحمیل می کردند. دانش آموزان احساس می کردند در مقایسه با فشار و کشمکشی که دائماً با آن مواجهند تنها وقتی با دوستانشان هستند، می توانند خودشان باشند.

بخشی از انتظارات والدین، فشارهای اجتماعی برای موفقیت تحصیلی و محیط مدرسه می تواند فشارهایی را بر نوجوانان بویژه بر کسانی که خود کار آمدی پایین دارند، وارد آورد گذر از امنیت نسبی دوره دبستان یا دوره راهنمایی به دبیرستان، تأثیری قطعی در این استرس دارد. نیازهای فزاینده تحصیلی و فشارهای گروه همسال، تغییرات مرتبط با دوره بلوغ، معلمین متعدد و احساس ناشناختگی در مدرسه ای بزرگتر از ویژگی های این دوره است. در برخی مکان ها ممکن است قلدری، بی قانونی، رواج دزدی، فعالیت جنسی، شیوع و سوء مصرف مواد مخدر وجود داشته باشد. این فشارها می توانند آسیب های روانشناختی به نوجوانانی که قادر به کنار آیی نیستند، یعنی دچار کاهش شدید عزت نفس، افت شدید انگیزشی و افت پیشرفت تحصیلی هستند را وارد آورد (الکایند، ۱۹۸۴ ص ۳-۱۸۲). این دیدگاه که تحصیل منبع عظیمی از استرس را در زندگی نوجوان تشکیل می دهد، با مطالعاتی در کانادا، سنگاپور، هنگ کنگ، باربادوس، ایتالیا و ژاپن به اثبات رسید (مانش^۱، واملر^۲، ۱۹۹۳، باونس^۳ و هوکاد^۴، ۱۹۹۲، کول^۵ و ساپ^۶ ۱۹۸۸ به نقل از فراید نبرگ ۱۹۹۷). تغییر در ساختار خانواده، جدایی والدین، طلاق، خانواده های تک والدی، والد شدن در دوره نوجوانی و والدین دو شغله برای کودکان و نوجوانانی که بسرعت در حال رشدند، فشار آور است. این عوامل تهدیدی برای ثبات محیط کودکان تلقی شده و سبب صرف وقت کمتر والدین جهت تربیت آنها می گردد (الکایند، a ۱۹۸۴، الکایند، ۱۹۸۸) از کودکانی سخن می گوید که بسیار سریع و

¹. Musch

². Wampler

³. Bauwens

⁴. Houcade

⁵. Cole

⁶. Sapp

بسیار زود رشد می کنند و در حالیکه دیگر محققین همچون وینینگر^۱ (۱۹۹۰) نیز در مورد کودکانی حرف می زند که نشان از رشد سریع دارند.

در خانواده چه اتفاقی می افتد که در گذر از این دوره به مرحله بزرگسالی اهمیتی اساسی دارد. بطور مثال عزت نفس نوجوانان همبستگی مثبتی با علاقمندی و تشویق والدین دارد. این حقیقت که والدینی که ممکن است در بحران میانسالی باشند خود به عنوان عامل مهمی، می توانند در استرس نوجوانانی سهیم باشند (پیترسون، ۱۹۸۸). طلاق آسیب پذیری کودکان را افزایش می دهد. در مقایسه با یک رویداد منفرد غیر پیچیده، طلاق مراحل گوناگونی دارد: ناهماهنگی خانواده، جدایی خانواده تک والدی، خانواده تک والدی و هماهنگی با نیمی از خواهر و برادرها در خانه. همه این مراحل به شکلی اثر گذار بوده و می توانند سبب از هم گسیختگی و دسترسی شوند (فرایدنبرگ، ۱۹۹۷).

۲-۶-۲- نشانه های استرس در نوجوانی

بحث های دامنه داری در مورد سهم نسبی یا خاص استرس در آغاز و حفظ طیف گسترده ای از اختلالات مرتبط با سلامتی وجود دارد. با این وجود، تظاهرات استرس معمولاً در عرصه های شخصی و میان فردی به چشم می خورد. از آنجایی که برخی از پذیرفته شده ترین نشانه های فیزیولوژیکی استرس از طریق مطالعات همبستگی شناسایی شده و نشان از وجود همزمان یک استرسور با مشکل خاص مرتبط با سلامتی دارد اما علت چنین آسیبی به دشواری تعیین می شود. هر چند نسبت دادن علت بیماری به یک استرس خاص دشوار است، اما ادبیات مربوط به بیماریهای پوستی، اختلالات تنفسی و گوارشی این بیماریها را به عنوان نشانگرهای استرس در عرصه های شخصی، مدرسه و میان فردی می دانند و حمایت محکمی از این بخش که استرس در بروز بیماری نقش دارد، ارائه می دهند. مشابه با این، مشکلات رفتاری اغلب با استرس های گریبانگیر فرد در ارتباط است.

جدول ۱-۲ به معرفی برخی نشانه های استرسی که روانشناسان مدرسه مشاهده کرده اند، می پردازد. این علائم ممکن است در مدرسه، خانواده و در مکانهای معمول نمایان شود.

تلاشهایی برای شناسایی انواع گوناگونی از استرس زاهایی که جوانان با آنها دست به گریباند و دسته بندی رویدادهای زندگی و گرفتاریهای روزانه مطابق با آن درجه از شدت تاثیر

¹. Weininger

احتمالی صورت گرفته است. (الکایند، ۱۹۸۸، کودینگتن^۱، ۱۹۷۲، کومپاس و همکاران، ۱۹۸۵، یانگز^۲، ۱۹۸۵ به نقل از فرایدنبرگ، ۱۹۹۷). این فهرست ها طیفی از عظیم ترین استرس زاها چون مرگ یک والد، رویدادهای بدنال طلاق، به زندان افتادن، کنار آمدن با حاملگی، بیکاری، مشاجره با خواهر برادرها و غیره را در خود جای داده است. درحالیکه برخی استرس زاها شیوع نسبتاً کمی دارند (مانند مرگ یک والد) دیگر استرس زاها (همچون شروع به کاری جدید) رواج گسترده ای دارند. علاوه بر آن سطح استرس ایجاد شده در اثر آن رویداد زندگی بستگی به موقعیت و شخص دارد. هر چند این فهرست بندی ها در شناسایی رویدادهای گوناگون زندگی و وقایع گذاری متنوعی که ممکن است در اثر استرس در نوجوانان بوجود آید، مفیدند. اما حتی آنها نیز از بشمار آوردن طیف کاملی از نگرانیها در جامعه ای خاص ناتوانند (فرایدنبرگ، ۱۹۹۷).

حقیقت اینست که درهر صورت، زمانیکه نگرانیها به حد توانکاهی می رسند، می توانند منجر به ناامیدی، رفتار مشکل دار/ یا انفعال شوند. مضاف بر این نگرانیهای شناخته شده واقعی وجود دارند که نوجوان ناتوان از درگیر شدن با رویدادهایی است که در اطراف او رخ می دهند. آنها از کسب لذت از کارهایی که انجام می دهند، ناتوانند که این خود بازتابی از تجربه مکرر خستگی است (فرایدنبرگ، ۱۹۹۷).

جدول صفحه بعد نشانه های استرس نوجوانی را در ۳ محیط خانه، مدرسه و اجتماع نشان

می دهد

¹. Coddington

². Youngs

جدول ۱-۲: نشانه های استرس نوجوانی به نقل از فرایدنبرگ ۱۹۹۷

اجتماع	مدرسه	منزل
اعتیاد به الکل	خشم	پرخاشگری
بی تفاوتی	رفتار ضد اجتماعی	بحث و مشاجره
دزدی	بحث و مشاجره	خستگی و بی حوصلگی
قساوت (بیرحمی)	رفتار توجه جویی	خستگی مزمن
اعتیاد به موادمخدر	غرور و تکبر	دعوا با خواهر برادرها
ولگردی همیشگی	قلدری	به سادگی گریستن / سرازیر شدن اشکها
رفتار بزهکارانه	سردرگمی در حل مشکل	تماشای بیش از حد تلویزیون
بی خانمانی	دشواری در انجام تکالیف مورد نیاز	افزایش / کاهش بین از حد وزن
بی تفاوتی	فرسودگی و خستگی	ناتوانی در اداره امور عادی روزانه
عدم شرکت در امور اجتماعی	جنگ و دعوا	تحریک پذیری
بی بند وباری	ولگردی	بی علاقه‌گی
اعتیاد به تنباکو	بیماری چون تب منونوکلئوس	اشتیاق بیش از حد به راضی نگهداشتن دیگران
خرابکاری	ناتوانی در شروع تکالیف جدید	منفعل بودن
خشونت (دعواهای بزهکارانه)	انزوا / دوری گزینی	سهل انگاری
	عدم شرکت در فعالیتها	درگیری با بزرگترها
	تمرکز ضعیف	فریاد زدن
	خود نمایی کردن	غمگینی
	مسخره کردن / توهین کردن	دمدمی مزاجی
	فرار از مدرسه	اختلالات پوستی
	خشونت در حیات مدرسه	اختلالات خواب
		قهر کردن
		بددهنی
		ضعف و خستگی
		زخمها (گوارشی)
		نگرانی و اضطراب

۲-۷- تعریف کنار آمدن

استرس یکی از واقعیت های زندگی است و از عوامل و شرایط متعددی ناشی می شود که عموماً ناخوشایند است. بر این اساس افراد برانگیخته می شوند تا برای رفع حالت ناخوشایند دست به کاری بزنند. شاید رفع کامل استرس ممکن نباشد اما برای به حداقل رساندن عوارض آن می توان از روش های کنار آمدن با استرس استفاده کرد.

تعاریف متعددی برای کنار آیی ارائه شده که همگی بر این نکته اشاره دارند که کنار آیی قسمتی از تعامل فرد با محیط است و زمانی رخ می دهد که فرد یک موقعیت را فشارزا و خطرناک ارزیابی کند. پیرلین و اسکولر (۱۹۷۸) کنار آیی را با عنوان: «هر پاسخی به فشارهای روانی - موقعیتی که برای جلوگیری، اجتناب یا کنترل آشفتگی عاطفی صورت می گیرد» تعریف کرده اند. منظور از کنار آمدن کوشش های رفتاری و شناختی فرد برای چیره شدن، تحمل کردن، کاستن و به حداقل رساندن نیازها یا تقاضاهای محیطی و یا درونی است که بر فرد وارد می آیند و ورای منابع وی هستند. همچنین لازاروس و فولکمن (۱۹۸۶) «کنار آمدن را تغییرات مداوم خود در زمینه تلاش های رفتاری و شناختی در جهت نظم بخشیدن به خواسته های درونی و بیرونی که بیش از سطح تحمل فرد ارزیابی شده اند، دانسته اند».

۲-۷-۱- کنار آمدن از دیدگاههای مختلف

موضوع کنار آمدن از دیدگاههای متفاوت نظری مورد بررسی قرار گرفته است. دیدگاه روان تحلیل گری بر راههایی که تعارض ها از طریق تکانه ها و آزمون واقعیت دوباره حل می شوند، تمرکز دارد. رویکرد چرخه زندگی به گذار از دوران رشد و تسلط یافتن توجه دارد. تسلط موفقیت آمیز موجب افزایش عزت نفس، خود کارآمدی و کنترل درونی خواهد شد. رویکرد تغییرات رفتاری و تکاملی بر حل مشکل تاکید دارد. رویکرد فرهنگی - اجتماعی - زیست محیطی کنار آمدن را به عنوان سازگاری در برابر محیط فیزیکی مطرح می کند. رویکرد یکپارچگی کنار آمدن را به عنوان یک جنبه از توانایی ها با دیگر منابع برای افزایش یا کاهش تقاضا می بیند (موس، یلینگز، ۱۹۷۲، پیترسون و مکوبین^۱، ۱۹۸۷ به نقل از فراید نبرگ، ۱۹۹۷).

^۱. Mckobin

۲-۷-۲- نظریه لازاروس درباره کنار آمدن

علیرغم عدم توافق در مورد تئوری کنار آمدن در میان عدهٔ بیشماری از محققین تعریف لازاروس و همکارانش بیشتر مورد حمایت قرار گرفته و به آن استناد شده است. (راتر، ۱۹۸۱، تن^۱ و هرزبرگر^۲، ۱۹۸۵) طبق نظر لازاروس کنار آمدن تلاش های شناختی و رفتاری برای ادارهٔ تقاضای درونی یا برونی خاص (تعارض بین آنها) است که به عنوان کاهش یا افزایش منابع فرد اندیابی می شوند (لازاروس ۱۹۹۱) در تعریف لازاروس از کنار آمدن سه جنبه کلیدی وجود دارد:

۱- کنار آمدن یک پاسخ موقعیتی است نه اینکه از صفات ثابت شخصیتی ریشه گرفته باشد.
۲- راهبردهای کنار آمدن بوسیله تلاشهای توجیه می شود که در واقع درباره هر آن چیزی است که فرد در تبادل بامحیط انجام می دهد و هدفدار است. بنابراین کنار آمدن لزوماً عملی نیست که با موفقیت کامل انجام شود، بلکه کوششی است که در جهت مقابله صورت می گیرد. به عبارتی توجه به تلاش است تا به اثر بخشی نتایج.

۳- کنار آمدن به عنوان یک فرایند است که در طی یک برخورد خاص در طول زمان تغییر می کند. یک ارزیابی از موقعیت قبل از شروع عمل کنار آیی وجود دارد و در نتیجه تلاشهای کنار آمدن باعث آماده شدن ارزیابی مجدد موقعیت می شود و تعیین اینکه کدام راهبر کنار آمدن استفاده شود. مدل لازاروس بر روی ارزیابی شناختی به عنوان یک جزء درونی از فرایند کنار آیی تاکید دارد. مفهوم ارزیابی، مرکزیت این فرمول بندی نظری است. یک فرد، در ابتدا می پرسد: «چه چیزی در خطر است؟ (ارزیابی اولیه) و بعد الان چه کاری از دست من بر می آید؟ (ارزیابی ثانویه)

لازاروس ولونیر، ۱۹۷۸، فولکمن و لازاروس، (دانکل، شتر^۳-دلانگیز-گروئن^۴، ۱۹۸۶ به نقل از فراید نبرگ، ۱۹۹۷).

مفهوم سازی کنار آیی از تصور اینکه کنار آیی مجموعه ای از صفات درونی فردی است یا فرایند های روان پویایی به نظریه ای رسیده که لازاروس و همکاران (۱۹۶۲) و فولکمن و

¹. Tennen

². Herzberger

³. Dunkel- Schetter

⁴. Gruen

لازاروس (۱۹۸۵) نشان دادند. کنار آیی فرایندی است که از طریق رویارویی تغییر می کند. محققین در اولین مطالعه به بررسی تغییرات هیجانی و دیگر تغییرات آزمودنیها و راههای کنار آمدن آنها در حال تماشای فیلم پرداختند (لازاروس و همکاران، ۱۹۶۲) و در دومین مطالعه کنار آمدن دانشجویان کالج را در سه مرحله قبل از امتحان، در حال امتحان و بعد از آن مورد بررسی قرار دارند (فولکمن و لازاروس، ۱۹۸۵) نتیجه حاصله نشان داد که کنار آیی مانند هیجان در طول سه مرحله یک حادثه استرس زا تغییر می کنند.

فراید نبرگ^۱، در کار با نوجوانان کنار آیی را به عنوان مجموعه ای از اعمال خلقی و شناختی که در پاسخ به یک مسئله خاص بوجود می آید تعریف کردند (پترسون، ۱۹۹۶)، آنها تلاش برای ترمیم، تعادل یا برطرف کردن عدم تعادل فرد ارائه دادند. این کار می تواند با حل مشکل (به معنای برطرف کردن محرک) انجام شود یا فرد خود را با مسئله بدون ارائه راه حلی انطباق دهد. (فراید نبرگ، ۱۹۹۷)

۲-۷-۳- شیوه های مختلف کنار آیی

در هر موقعیت استرس زا، راههای مختلف کنار آمدن، مانند مهار کردن، غلبه کردن یا تحمل موقعیتی که فراتر از نیروهای فرد ارزیابی شده است، مورد بررسی قرار گیرد (پروین^۲ و جان، ۱۳۸۲، به نقل از جوادی و کدیور ۲۰۰۱). به طور کلی شیوه های کنار آیی در سه طبقه قرار می گیرند: (۱) مواجهه با خود مشکل تا استرس را در منبع اش تعدیل کند (۲) تعدیل مفهوم تجربه استرس به شیوه ای که برخی یا همه کاراکترهای ناخوشایندش را خارج کند. (۳) کنترل پیامدهای هیجانی مشکل که عبارتست از مواجهه با خود وضعیت استرس به جای علت های آن (گین، ۱۹۹۵).

اولین روش کنار آیی معمولاً شیوه مسئله مدار نامیده می شود، چرا که مستقیماً به مشکل می پردازند. در این زمینه ابزارهای متعددی برای ارزیابی انتخاب های کنار آیی ساخته شده است. یکی از آنها، پرسشنامه شیوه های کنار آیی (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۵) می باشد. دادهای این پرسشنامه در ۸ طبقه قرار می گیرند که یکی از آنها کنار آیی مسئله مدار را ارزیابی نموده و ۶ طبقه دیگر کنار آیی هیجان مدار و آخری به سنجش ترکیبی از این دو می پردازد.

¹. Lewis

². Pervin

۲-۷-۴- مقیاس هایی از سیاهه شیوه های کنار آیی

۲-۷-۴-۱- کنار آیی مسئله مدار :

تلاش برای تحلیل مسئله و شکلی از یک برنامه عملی برای برخورد با آن.

۲-۷-۴-۲- کنار آیی هیجان مدار^۱: شامل

- تفکر آرزومندانه^۲: آرزو کردن برای اینکه این موقعیت بتواند یا تغییر کند یا از بین برود.

- فاصله گرفتن^۳: تلاش برای فراموش کردن مشکل یا جدا کردن خود از آن.

- تاکید بر جنبه های مثبت^۴: نگرستن بر جنبه روشن و از موقعیت های مطلوب بهترین

استفاده را بردن.

- خودسرزنی^۵: خود انتقادی ، پذیرفتن مسئولیت شخصی در مورد مشکل .

- کاهش تنش^۶: جستجوی آرامش از طریق غذا خوردن ، مصرف الکل ، مواد مخدر ،

ورزش و غیره .

- خود انزوایی^۷: اجتناب از تماس اجتماعی ، نگه داشتن مشکلات در درون خود .

۲-۷-۴-۳- ترکیبی از کنار آیی مسئله مدار و هیجان مدار :

جستجوی حمایت اجتماعی^۸، بدست آوردن اطلاعات از دیگران به منظور انجام کاری در

جهت مشکل ، جستجوی حمایت عاطفی و آرامش .

منبع : برگرفته از مقاله « اگر چیزی تغییر می کند ، پس باید یک فرایند باشد : مطالعه هیجان و کنار آیی در خلال ۳ مرحله

بررسی دانشجویان ، توسط فولکمن ، و لازاروس ، مجله شخصیت و روانشناسی اجتماعی ، ۱۹۸۵ ص ۴۸ و ۱۷۰ - ۱۵۰.

برخی از فرایند هایی که کنار آیی با استرس انجام می گیرد توسط فولکمن و لازاروس

(۱۹۸۵) نشان داده شد . این دو در ارتباط با موقعیت طبیعی پراسترسی : که امتحان میان ترم

مهمی دریک کلاس درس دانشگاهی بود ، پرسشنامه استرس را در سه مورد موقعیت به

^۱. emotion focused coping

^۲. wishful thinking

^۳. distancing

^۴. focus on positive

^۵. self-blaming

^۶. tension-reduction

^۷. self-isolating

^۸. seek social support

دانشجویان دادند: اولین موقعیت ، ۲ روز قبل از امتحان ، دومین موقعیت ۵ روز پس از امتحان اما پس از اعلام نمرات و سومی ۵ روز پس از ارسال نمرات بود . پرسشنامه راهکارهای کنارآیی در هر یک از این مراحل اجرا شد . راهکارهای ارجح کنار آیی که در مراحل مختلف این مطالعه تغییر می کرد ، بیان می داشت ، این راهکارهای کنار آیی بر مبنای تغییر نیازهای آن موقعیت قرار دارند . بعنوان مثال کنارآیی مسئله مدار در خلال اولین مرحله که احتمالاً به شکل مطالعه کردن بود بیش از دیگر مراحل مورد استفاده قرار گرفت . پس از این مرحله بطرف مرحله دوم زمانیکه برگه امتحان تکمیل شده و مطالعه بیش از این فایده ای نداشت به شدت از شیوه کنارآیی مسئله مدار کاسته شد ، این کاهش تا حدودی با افزایش در شیوه کنار آیی هیجان مدار همراه بود ، روشی همچون « فاصله گرفتن » که نمایانگر نگرش طاقت فرسای « منتظر باش و بین » بود به گونه ای فرد می بایست منتظر نمره امتحان می ماند . « اصرار بر جنبه مثبت » در خلال مرحله قبل از امتحان نسبت به مرحله پس از آزمون بیشتر مورد استفاده قرار گرفت ، احتمالاً به این علت که قبل از امتحان نگرش ها بر مبنای شادی بود و پس از آن با واقعیت جایگزین می شد (ورتمن و همکاران ، ۱۹۹۸) .

تحلیل بعدی از کنارآیی مسئله مدار و هیجان مدار توسط فولکمن و همکارانش روی نمونه ای از زوج های متأهل طبقه متوسط که دچار طیفی از وقایع پر استرس درزندگی روزانه شان بودند، اجرا گردید (فولکمن ، لازاروس ، دانکل ، اشتر ، دلانگیز و گروئن ، ۱۹۸۶) . شرکت کنندگان به مدت ۶ ماه مورد مطالعه قرار گرفتند . در خلال این مدت با زوج ها ماهی یکبار مصاحبه جداگانه ای صورت گرفت . در هر جلسه از آن خانم یا آقا خواسته شد تا پراسترس ترین واقعه زندگی شان را در هفته گذشته شرح دهند و سپس آن فرد ارزیابی ثانویه ای از آن محرک تنش را با قضاوت در مورد میزانی که هر موقعیت (۱) می توانست تغییر کند (۲) می بایست پذیرفته می شد (۳) آیا اطلاعات بیشتری در مورد آن موقعیت مورد نیاز است (۴) فرد می بایست خود را از آنچه که می خواست انجام دهد ، جدا کننده، صورت گرفت. نتایج ارزیابی های نخستین و ثانوی ، هم زیان ، هم تهدید و هم چالش را در ارزیابی از موقعیت وادراک فرد از انتخاب هایش نشان داد . فرد پاسخ دهنده سپس یک فرم بازبینی شده مقیاس شیوه های کنارآیی را به منظور نشان دادن چگونگی کنارآیی واقعی وی با موقعیت تکمیل کرد. شیوه کنارآیی استفاده شده انعکاسی از ارزیابیهای ثانوی بود که پاسخ دهندگان اتخاذ می نمودند. در موقعیت هایی که قضاوت به گونه ای بود که آن موقعیت باید پذیرفته شود ، بیشتر

از فاصله گرفتن یا اجتناب / گریز^۱ استفاده کردند. (راهکار کنارآیی که عناصری از تفکر آرزومندانه، کاهش تنش و خود انزوایی را در ترکیبش دارد) در موقعیت هایی که به گونه ای ادراک می شوند که نیازمند اطلاعات بیشتری هستند، شیوه جستجوی حمایت اجتماعی و رویکردهای مسئله مدار ترجیح داده می شد (گین، ۱۹۹۵).

۲-۸- عوامل موثر بر استرس و کنارآیی

۲-۸-۱- حمایت اجتماعی

همانگونه که خاطر نشان کردیم ارزیابی ثانوی از موقعیت های پراسترس نه تنها ارزیابی انتخاب های کنارآیی بلکه دسترسی به حمایت اجتماعی را نیز شامل می شود. حمایت از طرف دیگر افراد می تواند اشکال بسیاری چون: اطمینان آفرینی، راهنمایی، توصیه، همدردی، مساعدت مستقیم از طریق تهیه کالا و خدمات را شامل شود (گین، ۱۹۹۵). این نوع اطلاعات می تواند کمک به خاموش کردن آثار استرس شده و خطر بیماری را کاهش دهد. منابع حمایتی می تواند شامل دوستان، همسران، دلباخته ها، کودکان، اعضای مسجد، اعضای باشگاه یا حتی یک حیوان دوست داشتنی باشد. احساس حمایت به نوبه خود مهمتر از شخصی است که آن را فراهم می کند (کاسیدی، ۱۹۹۹). یک سیستم حمایت اجتماعی نیازمند وسعت خیلی زیادی جهت سودمند واقع شدن نیست. مهمترین چیز داشتن حداقل یک دوست محرم راز است تا فرد بتواند به سمتش روانه شود (ورتمن و همکاران، ۱۹۹۸).

حمایت اجتماعی اثر سودمند کلی بر سلامتی و رفاه دارد. بهر حال، دلایل سودمندی اش همیشه روشن نبود. اما در هر صورت حمایت اجتماعی دو اثر بر سلامتی دارد: یک تاثیر عمومی و دیگری اثر ضربه گیر آن (کوهن و ویلز، ۱۹۸۵). تاثیر عمومی آن بر کیفیت زندگی است که با فراهم آوردن یکپارچگی فرد در شبکه اجتماعی بدون توجه به اینکه آیا زندگی او پراسترس هست یا نیست حصول می یابد، تاثیر ضربه گیر آن به توصیف کمکی که از طریق حمایت اجتماعی به فردی که در حال گذر از رویداد پراسترسی است، می پردازد. این حمایت، یا تنفر از محرک تنش زا را کاهش می دهد. یا فرد را در برابر آن قوت قلب می بخشد. اکثر تاثیرات

¹. escape / adovidence

جهت خرید فایل word به سایت www.kandooocn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید

سودمند ضربه گیر حمایت اجتماعی از باور فرد به دسترسی داشتن به چنین حمایتی ، نشأت
می گیرد .

www.kandooocn.com
www.kandooocn.com
www.kandooocn.com

در شرایط پرسترس دریافت واقعی حمایت اجتماعی نسبت به دسترسی مشاهده شده (ادراک شده) رابطه اندکی باسلامتی دارد (وتینگتون^۱ و کسلر^۲، ۱۹۸۶، هلر^۳ و سوئندل^۴ و دازنبری^۵، ۱۹۸۶) تنها همین که فرد بداند دوستان حمایت گری دارد که می تواند با آنها تماس بگیرد، از استرس وی بمیزان زیادی کاسته می شود (کوهن و ویلز^۶، ۱۹۸۵، کاترونا^۷ و راسل^۸، ۱۹۹۰) بطور مثال، اطمینان بخشی مجدد و پذیرش فردی که در شرف طلاق است ممکن است به او کمک کند تا احساس بهتری داشته باشد. برخلاف آن نصیحت کردن در چنین شرایطی ممکن است نامناسب بوده و نتیجه معکوس دربرداشته باشد (گین، ۱۹۹۵).

بسیاری از محققین (کسل^۹، ۱۹۷۶، گانستر^{۱۰} و ویکتور^{۱۱}، ۱۹۸۸) اظهار داشته اند. افرادی که بخشی از یک شبکه وسیع اجتماعی اند، تاثیر منفی کمی از رویدادهای پرسترس زندگی کسب می کنند و احتمال کمی دارد که دچار استرس مرتبط با مشکلات بهداشتی شوند. سیستم های حمایتی طبیعی موجود نظیر خانواده های گسترده، گروههای کاری و اجتماعات، کنار آیی بازتوانی و بهبودی بهتری را فراهم می کنند. فرضیه ارائه شده اینست که حمایت اجتماعی بعنوان یک ضربه گیر یا میانجی بین استرس های زندگی و سلامت پایین (فقر سلامتی) عمل می کند. (پاول وانرایت^{۱۲}، ۱۹۹۱).

واژه حمایت اجتماعی اشاره به دسترسی تماسی شخص به یک فرد شامل دیگر افراد یا گروهها می شود.

این تماس شماری از سودمندیهای آشکار را در پی دارد:

۱- برای آن فرد را هر برای بیان احساساتش فراهم می آورد.

¹. Wethington

². Kessler

³. Heller

⁴. Swindle

⁵. Dusenbury

⁶. Wills

⁷. Cutrona

⁸. Russell

⁹. Cassel

¹⁰. Ganster

¹¹. Victor

¹². Powel & Enright

۲- پسخوراند نشأت گرفته از دیگران در کمک به ایجاد یک ارزیابی مناسب از یک موقعیت و کمک به شخص برای برقراری حس معنا بخشی موثر است .

۳- تماس های اجتماعی می تواند اطلاعات مفید و کمک عملی را نیز فراهم آورد. شماری از مطالعات اظهار داشته اند ، افرادی که تنها زندگی می کنند و با دیگر افراد و سازمانها رابطه ای ندارند. استعداد بیشتری برای ابتلا به بیماری مرتبط با استرس دارند . (لینچ^۱، ۱۹۷۷) استدلال کرد کرد افراد منزوی از اجتماع مرگ زودرسی دارند . او به مقایسه تعداد مرگ و میرهایی پرداخت که نشان از میزان پایین تر مرگ و میر در میان افراد متأهل نسبت به افراد مجرد داشت (مرگ ناشی از کل بیماریها). مطالعات پژوهشی نشان داده که اعضای گروههای مذهبی معین میزان شیوع کمتری از مشکلات بهداشتی مرتبط با استرس دارند که این موضوع به پیوستگی تنگاتنگ و اجتماعات یکپارچه آنها اسناد داده می شود. در بسیاری از موارد کمیت تماس ها مهم نیست، بلکه کیفیت یا خود ارتباط ارزشمند است . در مطالعه ای براون^۲ و هریس^۳ (۱۹۷۸) نشان دادند، دادند، زنانی که رابطه اطمینان بخشی با همسر ، دلباخته یا یک دوست داشتند ۹۰٪ کمتر احتمال داشت که افسرده شوند و این در مقایسه با زنانی بود که به چنین ارتباطی تکیه نداشتند (پاول وانرایت).

۲-۸-۲- تفاوت های فردی

دراکثر جنبه های رفتار انسان ، تفاوت های فردی نقش مهمی در فرایند های استرس و کنار آیی بازی می کنند . برخی افراد سطوح بالایی از استرس را در موقعیت هایی که اثرات خفیف تری بردیگران دارد، احساس می کنند . برخی افراد در اغلب اوقات پرخاشگر هستند درحالیکه عده دیگری تحت نامساعدترین شرایط خونسرد و آرام باقی می مانند . برخی پس از گم کردن چیزی ، با بدقولی و حتی بیماری و آسیب به سرعت به حال عادی باز می گردند درحالیکه عده دیگری ماهها و حتی سالها از این موضوع رنج می برند .بعلاوه افراد همانگونه که بدنه عظیم پژوهشی آشکارا در مورد شیوه های کنار آیی نشان می دهد در شیوه ای که با محرک های تنش زا مقابله می کنند تفاوت دارند .

¹ . Lynch

² . Brown

³ . Harris

متغیر های شخصیتی ممکن است تا حدودی بر شیوه های کنار آیی که افراد انتخاب می کنند، تاثیر داشته باشند . شواهد نشان می دهد برخی افراد به احتمال بیشتری نسبت به دیگران در گیر موقعیت های پر استرس شوند (ورتمن و همکاران ، ۱۹۹۸).

شخصیت ممکن است با متغیر های موقعیتی تعامل نموده ، یا استرس را کاهش داده یا شدت عواقب استرس را تشدید کند (گین ، ۱۹۹۵).

۸-۲-۱- شخصیت نوع A

یکی از منطقی ترین بحث ها برای این فرضیه که شخصیت موقعیت های زندگی را تحت تاثیر قرار می دهد توسط اسمیت^۱ و رودوال^۲ (۱۹۸۶) در ارتباط با متغیر شخصیتی بنام الگوی رفتاری نوع A صورت گرفت . فرد دارای شخصیت نوع A به عنوان فردی است که درجات بالایی از تلاش رقابتی ، ناصبوری ، پر خاشگری ، دشمنی و واکنش فیزیولوژیکی به استرس را نشان می دهد .

رفتار نوع A چهار الگوی اصلی دارد :

۱ - حس شدیدی از فوریت زمانی^۳ - این افراد همیشه عجله دارند و تلاش برای انجام کار بیشتر در زمان کمتری دارند .

۲ - خصومت بی جا و پر خاشگری - آنها بیش از حد رقابتی اند و احساس می کنند که استراحت و لذت بردن از فعالیت های سرگرم کننده کار دشواری است ، خشم یا نومییدی اندک ممکن است انفجاری از خصومت رابه راه اندازد .

۳ - رفتار گوناگون: این افراد همزمان در گیر دویا چند کار در زمانهای نامناسب می شوند .

۴ - سعی در دستیابی به اهداف بدون برنامه ریزی مناسب - آنها به کارشان بدون برنامه ریزی مرحله به مرحله . برای دستیابی به اهداف مورد نیاز هجوم می آورند (پاول وانرایت ، ۱۹۹۱).

اسمیت و رودوال با ارائه بدنه عظیمی از شواهد که نشان می دهد (افراد نوع A ، انتخاب دریافت ، واکنش و تاثیر پذیری شان از محیط اجتماعی به شیوه هایی است که به نحو شگفت انگیزی در پر استرس بودن زندگی شان سهم دارد ، پرداختند ، بعنوان مثال ، فرد تیپ A واضح نسبت به افراد نوع B روی مشکلاتی کار می کند که دشواری بیشتری دارد و در حالیکه

¹. Smith

². Rhodewalt

³. time urgency

چنین کاری را می کند ، استرس فیزیولوژیکی بیشتری را نشان می دهد (هولمز، مک گیلی^۱ و هوستون^۲، ۱۹۸۴ به نقل از گین ، ۱۹۹۵).

افراد تیپ A نسبت به افراد نوع B ، تمایل دارند و موقعیت هایی که پراسترس و چالشی اندرا انتخاب کنند (گریم^۳ و یارنولد^۴، ۱۹۸۴) و نیز برای شناسایی عوامل تهدید کننده آزادی فردی شان آمادگی بیشتری دارند (رودوالد و کومر^۵، ۱۹۸۲ به نقل از گین ، ۱۹۹۵).

۲-۲-۸-۲- اضطراب و روان رنجورخویی

این دو متغیر اشاره به یک تمایل عمومی به احساس بد و توجه به بخش تاریک مسائل ، بدون توجه به طبیعت عینی آن موقعیت دارند. کوهن^۶ ، لافرنیر^۷ و گورویچ^۸ (۱۹۹۱) از مقیاس گرفتاریهای روزانه برای شناسایی سطوح استرس در زندگی گروهی از افراد در راستای سنجش رگه اضطراب و ازیک سیاهه روانپزشکی برای نشان دادن علائم مرتبط با استرس استفاده کردند. یافته های آنها تعاملی بین میزان گرفتاریهای روزانه و علائم پیش بینی کننده را نشان داد . انباشت گرفتاریهای روزانه رابطه مثبتی با شیوع علائم برای همه آزمودنیها بویژه برای کسانی که در ویژگی اضطراب بالا بودند به همراه داشت .

اضطراب همچنین باروان رنجور خویی رابطه داشت . بعنوان مثال بولگر^۹ و شیلینگ^{۱۰} (۱۹۹۱)، آزمودنیهایی داشتند که برای ۴۲ روز خاطرات روزانه شان را ثبت می کردند . این ثبت هم شامل رخداد محرک های تنش زای روزانه وهم میزان فشار روانی بود که به عنوان پیامد رخدادها احساس می کردند، بود . آزمودنیها که پیشتر در سطوح بالایی از روان رنجورخویی طبقه بندی شده بودند، فشارهیجانی بیشتری بدنبال تغییرات پراسترس زندگی نسبت به کسانی

1. McGilly

2. Houston

3. Grim

4. Yarnold

5. Comer

6. Cohn

7. Lafrenier

8. Gorevich

9. Bolger

10. Schilling

که در روان رنجورخویی سطوح پایینی داشتند ، احساس کردند ، بنابراین تاثیر این متغیر بر استرس ، به تفاوت های فردی در واکنش به استرس زاهایی که قبلاً رخ داده بود ، برمی گشت .
در مطالعه مرتبطی که روش شناسی متفاوتی داشت ، مارکو^۱ و سالس^۲ (۱۹۹۳)
آزمودنی های شان را با دستگاه های بوق زن که روی مچ دست شان بسته می شد ، تجهیز کردند ،
آنها بطور تصادفی روزانه ۸ ساعت سیگنال های زمان بندی شده ای می فرستادند . در هر سیگنال
آزمودنی هر مشکلی که در آن زمان اتفاق و چگونگی دیسترسی که احساس می کرد را ثبت
می نمود . آزمودنی هایی را در صفت روان رنجورخویی بالا بودند ، در اثر مشکلات روزانه ای که
در آن زمان برایشان اتفاق می افتاد ، فشار هیجانی (دیسترس) بیشتری را نسبت به آزمودنی هایی را
در ویژگی روان رنجورخویی پایین بودند ، احساس می کردند و از مشکلات مبتلا در روز قبل ،
کندتر ، التیام می یافتند (گین ، ۱۹۹۵) .

۲-۸-۲-۳- سخت رویی^۳

این متغیر توضیح می دهد چرا برخی افراد علیرغم اینکه روزانه با سطوح بالایی از استرس
مواجه می شوند علائم مورد انتظار ، ناراحتی روانشناختی و سلامت جسمی ضعیفی را نشان
نمی دهند . کوباسا^۴ ، سه ویژگی افراد سخت مقاوم به استرس را شناسایی کرد ، این ویژگی ها با
با ارزیابی اولیه و بالقوه بودن رویدادهای پراسترس ارتباط داشت آنها چنین رویدادهایی را قابل
مهار^۵ ارزیابی می کنند . بنابراین احتمال دارد که زیان کم یا تهدید اندکی به این اوضاع
واحوال نسبت به افرادی که سختی کمی دارند ، احساس کنند . دوم اینکه افراد سخت رو تمایل
دارند با نگرش مثبت به خود و کارشان متعهد باشند ، بنابراین آنها تغییرات روزانه را رویدادهایی
طبیعی ، درون موقعیتی ارزشمند و لذت بخش می بینند . در نتیجه این تغییرات به احتمال کمی
پراسترس احساس می شوند (نسبت به فردی که از تعهد کمی برخوردار است) . در نهایت ،
افراد سخت چنین تغییراتی را تحدید نمی بینند بلکه چالشی برای غلبه یافتن دیده و بنابراین به
آنها به عنوان فرصتهایی برای رشد فردی می نگرند . کوباسا در پژوهشی روی برمدیران رده

^۱ . Marco

^۲ . Suls

^۳ . hardiness

^۴ . Kobasa

^۵ . controllable

بالای شرکتی (۱۹۸۲) به این نتیجه رسید که سطح بالای سخت رویی آثار زیانبار استرس را بر سلامتی کاملاً از بین نمی برد، اما از اثرات آن بطور معنی داری می کاهد.

مطالعات دیگر سخت رویی، با در نظر گرفتن عوامل تشکیل دهنده کنترل، تعهد و چالش این گرایش را جداگانه ارزیابی کردند هال^۱، ون ترورن^۲ و ویرنلی^۳ (۱۹۸۷) جداگانه این سه عامل را تحلیل کردند. این دو عامل تعهد و باور به کنترل فردی بطور معناداری با کاهش اضطراب، خوش بینی و عزت نفس بالا همراه بود. برخلاف عامل چالش که ارتباطی با این متغیرها نداشت.

سخت رویی نشان داده که تا حدودی بافرایندهای کنارآیی رابطه دارد و این مقداری پیچیدگی نشان می دهد. در مطالعه کوتاهی روی نمونه ای از وکلا، کوباسا (۱۹۸۲) دریافت که افراد غیر سخت رو نه تنها در ارزیابی هایشان از چالش های زندگی تمایل به بدبینی دارند بلکه از تلاشهای جدی برای حل مسئله اجتناب می ورزند. باور به کنترل شخصی نیز نشان داده که نوع کنارآیی افراد را تحت تاثیر قرار می دهد. پارکس^۴ (۱۹۸۴) در مطالعه ای که آشکارا باور به کنترل را به کنار آیی مسئله مدار پیوند می دهد را گزارش داد: آزمودنیهایی که همگی دانشجویان زن پرستاری بودند، رویدادی را که ماه قبل اتفاق افتاده بود و بویژه پر استرس بود را بیاد آوردند، سپس گزارش کردند که چگونه آن رویداد را ارزشیابی و چگونه با آن کنار آمده اند. برای آزمودنی همچنین مقیاس معینی استفاده شده تا آنها که به کنترل شخصی شان باور داشتند از کسانی که تمایل داشتند باور کنند زندگی در کنترل خودشان نیست را متمایز کند. آزمودنیها هم استفاده از کنارآیی مشکل مدار و هم از «سرکوبی» که راهکاری است که بوسیله آن پیامد پر استرس آن رویداد انکار شده و تشخیص داده نمی شود، را گزارش کردند. ارزیابی از رویداد های پر استرس اینگونه بود که آنها فکرمی کردند با اندک توجه و تلاش تا چه حد موقعیت قابل تغییر است. آزمودنیهایی که باورهای قوی به کنترل فردی شان را حفظ می کردند (اسناد درونی) با ارزیابی قابل تغییر بودن موقعیت با روش های کنار آیی مناسبی پاسخ دادند. در موقعیت هایی که قابل تغییر، در نظر می گرفتند از راهکار مسئله مدار بیشتر

¹. Hull

². Van Treuren

³. Virnelli

⁴. Parkes

استفاده می کردند . در این مرحله بعد . بیشتر شیوه کنار آیی شان را با ارزیابی هایشان از موقعیت همسان نکردند (گین ، ۱۹۹۵) .

تمایل افراد دارای باورهای قوی به کنترل فردی برای استفاده از شیوه های کنار آیی که متناسب با موقعیت هستند حاکی از این است که شیوه کنار آیی آنها نسبت به افراد با اسناد بیرونی (عدم باور به کنترل شخصی) موثرتر خواهد بود . این نتیجه ممکن است علتی برای یافته های گزارش شده توسط شپرد^۱ و کاشانی (۱۹۹۱) باشد که سطوح بالای کنترل تاثیرات پراسترس را از استرس زاهای روزانه با توجه به هم فشار روانی و هم علائم جسمی کاهش می دهد و برای یافته بعدی که باور به کنترل شخص است ، رابطه مثبتی با عملکرد موثر سیستم ایمنی بدن دارد (اکان^۲، زوترا و رو بینسون^۳، ۱۹۸۸ ، به نقل از گین ، ۱۹۹۵).

۲-۸-۲-۴- خوش بینی در مقابل بدبینی^۴

متغیر دیگر و بعدی از شخصیت که به فشار روانی و احتمال بیماری مربوط می شود ، خوش بینی در مقابل بدبینی است (ورتمن و همکاران ، ۱۹۹۸).

در مطالعه جالبی (شی یرو و کارور^۵، ۱۹۸۵) از دانشجویان خواستند پرسشنامه LOT که برای سنجش تمایل به خوش بینی و بدبینی طراحی شده را پر کنند . در انتهای ترم دانشجویانی که نمرات بالای خوش بینی داشتند علائم جسمی کمتری (همچون سردرد و ناراحتی های معدی) نسبت به دانشجویانی که در این مقیاس نمره کمتری کسب کرده بودند ، از خود نشان دادند ، در مطالعه دیگری روی دانشجویان دانشگاه ، بدبین ها نسبت به خوش بین ها تقریباً ۲ برابر بیماریهای عفونی و ویزیت پزشک را گزارش کردند . در مروری بر مطالعات اخیر (پیترسون، سلینگمن^۶ و وایلانت^۷، ۱۹۸۸) شی یرو و کارور نتیجه گرفتند که افراد خوش بین تمایل دارند سازگاری جسمی و روانشناختی بهتری نسبت به استرس نشان دهند. تفاوت بین خوش بین ها و بدبین ها ممکن است یک موضوع اسنادی باشد . بدبین ها تمایل دارند خود را برای

¹. Shepperd

². Okun

³. Robinson

⁴. pessimism

⁵. Carver

⁶. Seligman

⁷. Villant

رویدادهای منفی سرزنش کنند (تقصیر من بود) و تعمیم دهند (هرگز این مشکل تمام نخواهد شد) بنابراین حتی مانع کوچکی توانایی آنها را برای کنارآمدن تهدید می کند. در مقابل خوش بین ها تمایل دارند رویدادهای منفی را به موقعیت های خارجی نسبت دهند و فرض کنند موقتی و محدود بوده است (تقصیر من نبود و دوباره اتفاق نخواهد افتاد، دنیا که به آخر نمی رسد). آنها مطمئن هستند چیزهای خوب برای آنها اتفاق خواهد افتاد و اینکه قادر خواهند بود از عهده مشکلاتی که بر ایشان رخ می دهد، برآیند. شواهد همچنین نشان می دهد که بدبین ها استرس و آسیب پذیری بیشتری نسبت به بیماری دارند. (ورتمن و همکاران، ۱۹۹۸).

۲-۸-۳- عزت نفس^۱

سطوح بالای عزت نفس عموماً تاثیر سودمندی بر واکنش های فردی نسبت به رویداد های منفی زندگی دارد (پیرلین، و اسکولر، ۱۹۷۸)

این پرسش که چرا عزت نفس به فرد کمک می کند تا به استرس مقاوم باشد، به شیوه های گوناگونی بررسی شده است. بعنوان مثال، عزت نفس ممکن است با شیوه هایی که هر فرد تغییرات بالقوه پراسترس را در زندگی شان ارزیابی می کنند، مرتبط باشد. چو^۲ و اسکراچلی^۳ اسکراچلی^۳ (۱۹۹۱) دریافتند افراد با عزت نفس پایین نسبت به افرادی که عزت نفس بالایی دارند تمایل دارند، تغییرات طبیعی زندگی شان را در (شرایط منفی تری) - که به گونه ای پر استرس تر است - درجه بندی کنند و نیز رویدادهای منفی را به گونه ای توصیف می کنند که تاثیر عظیم تری بر شیوه احساسی آنها داشته است.

عزت نفس پایین ممکن است حقیقتاً برخلاف کنارآیی موثر عمل کند. کرنیس^۴ و بروکنر^۵ و فرانکل^۶ (۱۹۸۹) دریافتند افرادی که عزت نفس پایین دارند بدنال شکست بیش از افراد با عزت نفس بالا دچار بیش تعمیمی خود انتقاد گری می شوند. بیش تعمیمی توسط کرنیس و همکارانش به عنوان تمایل به پیامدهای منفی تعریف شد، دیگر احساسات شخصی عدم کفایت را برجسته می سازد که ظاهراً ممکن است در راستای ابعادی غیرمرتبط با پیامد منفی اولیه باشد

¹. self esteem

². Chew

³. Scratchley

⁴. Kernis

⁵. Brockner

⁶. Frankel

(۱۹۸۹، ص ۷۰۷). این مطالعه شامل خود گزارشات دانش آموزان بدنبال امتحان در دانش آموزانی که عملکرد ضعیفی داشتند، بود. آنهایی که عزت نفس پایینی داشتند، عاطفه منفی تری را احساس کردند و انگیزه پایین تری برای عملکرد خوب در آزمون بعدی نسبت به آزمودنیهای با عزت نفس بالا داشتند، علاوه بر آن، هم عزت نفس و هم تمایلات بیش تعمیمی خود انتقاد گری با مقیاس دیگری ارزیابی شد. که نتایج نشان داد ایندو و رابطه معنی دار و منفی با یکدیگر دارند (گین، ۱۹۹۵).

۲-۹- سبک اسناد

دانش واژه اسناد در موارد فراوانی بکار رفته است. برخی نظریه پردازان اسنادها را به عنوان باورهای بیان شده ای می دانند که روانشناسی عامیانه فرد را تشکیل می دهد. (هایدر^۱، ۱۹۵۸). اسناد یک سازه فرضی و شیوه ای است که نظریه پردازان از آن برای توضیح رفتارهای قابل مشاهده استفاده می کنند، دلیل اینکه وقایع ناگوار غیرقابل کنترل همیشه به درماندگی و افسردگی منجر نمی شود این است که مردم به سختی این وقایع را بحرانی تلقی می کنند. هنگامی که افراد با حوادث بد غیرقابل کنترل مواجه می شوند از خودسوال می کنند چرا چنین اتفاقی افتاد؟ پاسخ یا تفسیری که از واقعه می شود بر نحوه واکنش به حوادث، انتظار از آینده و میزان درماندگی و افسردگی تاثیر می گذارد (تروتر^۲، ۱۹۸۷، به نقل از از هییت الهی، ۱۳۷۳). سلیگمن و همکارانش از طریق پژوهشی برای تبیین درماندگی آموخته شده به نظریه سبک اسنادی رسیدند (کاسیدی، ۱۹۹۹).

واینر^۳ و همکارانش (واینر، ۱۹۸۶، واینر و همکاران، ۱۹۷۸، ۱۹۷۹) ادبیات محکمی پیرامون اسنادها در حوزه شناخت اجتماعی، اقتباس کردند. منشاء مفهوم اسناد از هایدر (۱۹۵۸) بود که نقش محوری در روانشناسی دهه ۱۹۷۰ داشت. این نظریه بر چگونگی اسنادهای فرد قرار دارد که سبب می شود رفتارهای خود و دیگران را بشناسد. این فرایند چند بعد مهم دارد که منسجم ترین بعد آن، بعد درونی - بیرونی است. واینر چهار بعد مهم دیگر، علاوه بر بعد درونی - بیرونی و بر مبنای هیجانها را شناسایی کرد. او با ثبات بودن، قابل مهار بودن و هدف مند بودن را ارائه داد. واینر بین اسنادهای درونی - بیرونی و اسنادهای قابلیت مهار تمایز قائل شد، از این

¹. Heider

². Teroter

³. Weiner

جهت فردی ممکن است اسناد درونی داشته اما آن موضوع را قابل کنترل نبیند. بعد با ثبات بودن، به عنوان انتظار در مورد رفتار آینده است که مجدداً او این ویژگی را مشابه با تصور خوش بینی در برابر تفکر بدبینی، می داند. هدفمند بودن بعد مهم و دیگری مربوط به شناسایی مسئولیت در برابر دیگران است. افراد مستعد به استرس کسانی هستند که اسنادهای بیرونی یا در مواردی اسنادهای درونی غیرقابل کنترل را احساس می کنند، انتظار بدبینانه ای به آینده داشته و تمایل دارند اعمال ممانعتی دیگران را قصدمند و آگاهانه ببینند (کاسیدی، ۱۹۹۹).

آبرامسون^۱ و همکاران (۱۹۷۸) بر این باورند که سه بعد تبیینی وجود دارد: اول اینکه علت ممکن است چیزی مربوط به شخص باشد (تبیین درونی) یا ممکن است مربوط به موقعیت یا شرایط باشد (تبیین بیرونی)، دوم اینکه علت ممکن است پیامدهای زیادی داشته باشد (تبیین کلی) یا فقط محدود به حادثه موردنظر باشد (تبیین اختصاصی) (پیترسون و سلیگمن، ۱۹۸۴ به نقل از هیبت الهی، ۱۳۷۳). بعنوان مثال اگر رابطه شما با فردی به هم بخورد، می توانید چندین دلیل برای آن ذکر کنید، اگر این موضوع را بعنوان حادثه ای که در طول زمان پایداری می ماند تفسیر کنید (مثلاً بگویید من همیشه باعث به هم خوردن روابط شخصی ام می شوم) انتظار خواهید داشت این موضوع دوباره اتفاق بیفتد و علائمی از درماندگی در روابط آینده شما آشکار خواهد شد. اگر این موضوع را بعنوان حادثه ای کلی تفسیر کنید (مثلاً بگویید من نمی توانم هیچ کار درستی انجام دهم) انتظار خواهید داشت وقایع ناگواری در هر مقطع زمانی زندگی شما پدید آید و حتی احساس درماندگی بیشتری می نمایید. اگر تفسیر شما از این حادثه قبل از آنکه بیرونی بوده، درونی باشد (مثلاً بگویید اشتباه از من بود) نشانه هایی از کاهش اعتماد به نفس را نشان خواهید داد (تروتر، ۱۹۸۷ به نقل از هیبت الهی، ۱۳۷۳).

مدل تجدیدنظر شده درماندگی آموخته شده، نقشهای ویژه ای به هر یک از این سه بعد داده است، بعد از تجربه وقایع بد درونی بودن باورهای علی منجر به فقدان عزت نفس می شود. اگر شخص وقایع بد را با یک عامل درونی تبیین کند، احتمال بیشتری دارد که عزت نفس اش را از دست بدهد. اگر شخص دیگری همین واقعه را با عاملی بیرونی تبیین کند، به احتمال کمتری با از دست دادن عزت نفس مواجه می شود. پایدار بودن باورهای علی بر مزمن بودن درماندگی و افسردگی، بدنبال وقایع حاصل از رخدادهای بد - موثر است. اگر واقعه ناگواری بوسیله علتی ماندگار، تبیین شود، واکنشهای افسردگی متعاقب آن گرایش به تداوم دارند، اگر حادثه ای با

¹. Abramson

عاملی زود گذر تبیین شود، واکنشهای افسردگی کوتاه مدت خواهد بود. سرانجام کلی بودن باورهای علی بر فراگیری نقائصی که بدنبال حوادث بد می آیند، تاثیر می گذارد، اگر شخص معتقد باشد یک عامل کلی این حادثه بد را بوجود آورده است.

بر اساس نظریه تجدیدنظر یافته، درماندگی برای فردی که تمایل دارد وقایع ناگوار را به شکل پایدار درونی و کلی تفسیر کند، احتمال بروز افسردگی بیشتر است. از هنگامی که اولین آزمونهای نظریه سلیگمن، اجرا شد، حداقل ۱۰۴ آزمایش بر روی قریب به ۱۵۰۰۰ نفر اجرا شده و تقریباً همه نشان می دهند سبک اسنادی بدبینانه با افسردگی رابطه دارد. پژوهشهای اخیر سلیگمن، فراتر از افسردگی پیش می رود، او معتقد است سبک اسناد قادر است همانگونه که پیشرفت را پیش بینی می کند در امر پیش بینی مرگ نیز موفق باشد. منطقی بنظر می رسد، افرادی که عادتاً تفسیرهای پایدار، کلی و درونی از شکست هایشان دارند (مانند کودکان بودن) در مقایسه با افرادی که شکست را ناپایدار، اختصاصی و بیرونی تفسیر می کنند (افراد موفق) نسبتاً پشتکار کمتری دارند، کمتر شانس خود را امتحان می کنند و کمتر توانایی هایشان را پرورش می دهند (تروتر، ۱۹۸۷، به نقل از هییت الهی، ۱۳۷۳).

۲-۹-۱- سبک اسناد خوش بین / بدبین

در حالیکه بنظر میرسد، کنترل مشاهده شده به روشنی به عنوان جنبه مهم واسطه شناختی استرس کاملاً ثابت شده، اما بحث قوی که مطرح است در قسمت دوم موضوع دورنمای سبک اسناد مشخص می شود که به شکلی از حس امید یا خوش بینی در مقابل حس نومیدی یا بدبینی است. واینر (۱۹۹۰) استدلال می کند بعد باثبات بودن (خوش بینی - بدبینی) در نظریه اسناد نسبت به بعد بیرونی - درونی (کنترل) مهم تر است. آلوی^۱ و همکاران (۱۹۸۸) نومیدی را به عنوان پیامد فرایند اسناد برای افراد مستعد به افسردگی می شناسند. هم شواهد واینر و هم آلوی و همکاران نشان می دهد کسی که اسنادهای خوش بینانه دارد (همچون، امیدواری بیشتری دارد) نسبت به فردی که اسنادهای بدبینانه اتخاذ می کند، با استرس زندگی بهتر کنار می آید.

بک (۱۹۷۶) در نظریه شناختی افسردگی اش، نومیدی را به عنوان موضوع محوری برای فرد مستعد به افسردگی تشخیص داد. نظریه افسردگی بک در مفاهیم از تریاد شناختی است که در آن افراد افسرده دیدگاه منفی به خود، دنیا و آینده شان دارند علاوه بر آن از منبع متفاوت دیگری مانند کار بالینی با بیماران به موضوع مشابهی دست یافت. استدلال این بحث اینست که

¹. Alloy

تفکر منفی پاسخی به نیازهای بیرونی یا استرس زندگی است و فردی با این شیوه، نمی تواند با استرسهای زندگی کنار بیاید. برای بک، اساس زیاده‌شناختی منفی، نگرش بدبینی یا یک حس نوسیدی است در حقیقت نظریه بک، اساساً بر مبنای تفکر بدبینی در مقابل خوش بینی در مورد خود، دنیا و آینده پایه گذاری می شود (کاسیدی، ۱۹۹۹).

با توجه به رابطه بین خوش بینی و افسردگی، بحث قوی موجود این باور را جایگزین نمود، که افرادی که از سلامت مثبت شان لذت می برند در حقیقت غیرواقعی هستند. به عبارت دیگر افرادی که افسرده می شوند واقعاً بدبینی خیلی زیادی ندارند. آنها تنها این توانایی که افراد غیرافسرده در سوگیری مثبت نسبت به امور دارند، را از دست داده اند.

۲-۹-۲- سبک اسناد و رابطه آن با سلامت و سبک های کنارآیی

سبک اسناد خوش بین بطور کلی با پیامدهای خوب برای سلامت روانشناختی و جسمی در ارتباط است. شی و و کارور (۱۹۸۷ و ۱۹۹۲) خوش بینی را به عنوان یک هسته خلقی بررسی کردند. آنها خوش بینی را به گونه ای که بیشتر احتمال دارد پیامدهای مطلوب را احساس کنند، می بینند، در واقع خوش بینی نوعی احساس کنترل با جهت گیری به آینده است. شی و کارور (۱۹۸۵) و شی و همکاران (۱۹۸۶) شواهدی ارائه دادند که خوش بین ها به استرس مقاوم ترند و این مقاومت نتیجه ای از انتخاب راهکار کنارآیی است. آسپینوال^۱ و تیلور^۲ (۱۹۹۲) در مطالعه طولی بر روی دانشجویان دانشگاه دریافتند که خوش بین ها کمتر متحمل است که از کنارآیی اجتنابی استفاده کنند.

شی و وین تراب^۳ و کارور (۱۹۸۶) سیاهه شیوه های کنارآیی را برای آزمودنیهای اجرا کردند، بویژه از آنها خواسته شد رویداد پراسترسی را در گذشته بخاطر آورند. آزمودنیها قبلاً برای سطح خوش بینی شان به شیوه یک مقیاس خود گزارش دهی آزمون شده بودند. خوش بینی با شیوه های کنارآیی ارجح از نظر آزمودنیها، ارتباط داشت: افرادی که نمرات خوش بینی شان بالا بود از کنارآیی مسئله مدار بیشتر از بدبین ها استفاده کردند. بویژه وقتی رویداد پراسترس زندگی قابل کنترل بد خوش بینی، رابطه منفی با «انکار» و «فاصله گرفتن» از مشکل داشت. خوش بینی تمایل به استاده از مقابله مسئله مدار و پذیرش استرس به عنوان یک

¹. Aspinwall

². Taylor

³. Weintraub

سبک کنارآیی عمومی در میان کل موقعیت های پراسترس دارد (کارور- شی و وین تراب ، ۱۹۸۹). یافته های مطالعه ای که توسط آسپینوال و تیلور (۱۹۹۲) انجام شد با مطالعاتی که قبلاً خاطرنشان کردیم، منسجم بود و نیز نشان داده که خوش بینی در سلامت روانشناختی و جسمی نقش ایفاء می کند. خوش بین ها نسبت به بدبین ها باز هم محتمل تر است که از کنارآیی مسئله مدار فعال استفاده کنند و به احتمال کمتری از کنارآیی دفاعی استفاده می کنند. همانطور که انتظار می رفت ، استفاده از کنارآیی فعال (مسئله مدار) بطور معنی داری با سازگاری روانشناختی مثبت مرتبط است. علاوه بر آن آسپینوال و تیلور نشان دادند که سلامت روانشناختی متاثر از خوش بینی بوده و به نوبه خود با سلامت جسمی ارتباط داشت.

شواهد جمع آوری شده حاکی از این است که بدبین ها استرس و آسیب پذیری بیشتری نسبت به بیماری دارند. در مطالعه طولی (پیترسون، سلیگمن و وایلان، ۱۹۹۸) محققین به تحلیل مصاحبه هایی با فارغ التحصیلان دانشگاه هاروارد از سالهای ۱۹۳۹ تا ۱۹۴۴ که در آن زمان ۲۵ ساله بودند، پرداختند. این پژوهشگران بویژه علاقمند به تفسیر رویدادهای منفی آزمودنی ها در زندگی شان بودند. آنها از آزمودنیها در مورد تجارب شان در جنگ جهانی دوم، سوالاتی همچون «جنگ چگونه بود؟ تا چه حد با مافوق شان جور می شدند؟ و آیا آنها به طور موفقیت آمیزی با مشکلات برخورد می کردند؟ را بررسی کردند. محققین هر پاسخ را به عنوان خوش بینی یا بدبینی کدگذاری کردند. نمونه ای از پاسخ خوش بینانه این بود، من در ارتش کنترل چی بودم اما در مجموع این شغل مختص ارتش است و انعکاس از این دارد که یک مرد باید پستی و بلندیهایش را در شغل نظامی به عنوان گام بلندی باور کند. یک نمونه پاسخ افراد بدبین این بود «بنظر می رسد من نمی توانم بطور جدی در مورد شغلی تصمیم بگیرم. این ممکن است عدم رغبت من برای روبرو شدن با واقعیت باشد، که حاکی از تمرکز فرد بر نگرش منفی و سرزنش نسبت به خودش است. در آغاز ۴۴ سالگی آنهايي که در ۲۵ سالگی بدبین بودند، بطور قابل توجهی سلامتی کمتری نسبت به خوش بین ها داشتند.

مطالعات دیگری بر اثر خوش بینی در مقابل بدبینی بر بهبودی از بیماری متمرکز شده است. یکی از این تحقیقات بر روی ۳۴ زنی که در طول ۵ سال دچار عود مجدد سرطان پستان شده بودند، پیگیری شد (لوی^۱ و همکاران ، ۱۹۸۹). بدون توجه به شدت بیماری شان بدبین ها زودتر از خوش بین ها مردند. مطالعه دیگری روی بیمارانی که جراحی بای پاس شریان کرونر

¹. Levy

قلب داشتند، دنبال شد (شی و همکاران، ۱۹۸۹). محققین دریافتند که خوش بین ها زودتر از بدبین ها بهبود می یابند، از بیمارستان مرخص می شوند، زودتر به فعالیت های عادی باز می گردند و کیفیت زندگی بالاتری در ۶ ماه بعد را گزارش کردند. با این اشارات خوش بینی سبب شرایط طبی مطلوب می گردد. البته خوش بینی غیرواقعی و بیش از اندازه می تواند سبب گردد تا افراد مشکلاتی همچون بیماری جسمی که نیازمند در مان در مراحل اولیه است و هنوز برای کنار آمدن با آن دیر نشده را انکار کنند یا تصور کنند قادر به کنترل شرایط در موقعیت های غیرقابل کنترل هستند، موقعیت هایی همچون قماربازی و مصرف مواد مخدر، با این وجود شی و کارور وینتراب (۱۹۸۶) استدلال می کنند که بدبین ها به احتمال بیشتری به سمت رفتارهای غیرانطباقی جلب می شوند (با انکار رویدادهای پرتنش و متمرکز شدن بر هیجانات منفی به جای اینکه در برابر مشکل اقدامی کنند)، در مقابل خوش بین ها با احتمال بیشتری به اقتباس راهکارهای موفق کنارآیی نائل می شوند، بر جنبه های مثبت یک رویداد پرتنش تمرکز یافته، در جستجوی حمایت اجتماعی اند و مستقیماً با مشکل برخورد می کنند (ورتمن و همکاران ۱۹۹۸).

در مجموع شماری از محققین معتقدند سبک اسنادی، عامل کلیدی دیگری برای تمایز افرادی که با مشکلات بطور موثری کنار آمده، در مقایسه با کسانی که ممکن است چنین نباشد (آبرامسون و همکاران، ۱۹۷۸، گلاستون^۱ و کاسلو^۲، ۱۹۹۵).

کودکانی که به هنگام مواجهه با رویدادهای منفی سبک اسنادی بدبینانه ای نشان می دهند آن رویداد را آن زمان دائمی (ثابت) و اثرش را فراگیر ادراک می کنند. علاوه بر آن باور دارند شخصاً کوتاهی کرده اند، چرا که مربوط به بخشی از ویژگیهای آنهاست (ویژگی درونی). در مقابل افرادی سبک اسناد خوش بینی رویداد بد را به گونه ای زودگذر و محدود به آن واقعه خاص تعبیر می کنند که برای هر رخداد علت های ممکنه متعددی منهای شخص خودشان وجود دارد. به عبارت دیگر بدبین ها، رویدادهای مثبت را به گونه ای موقتی، خاص و مسبب آن را خوش شانسی تفسیر می کنند، در حالیکه خوش بین ها باور دارند که رویدادهای مثبت دائمی، فراگیر و مسبب آن خودشان هستند (نولن هوکسما^۳ و همکاران، ۱۹۹۲). از دورنمای نظری بنظر

¹. Goldstone

². Kaslow

³. Nolen Hoksema

می رسد اسناد علی مقدم بر انتخاب راهکارهای کنارآیی می باشد. شاید تعیین آن، انتخاب از طریق تاثیر بر فرایند ارزیابی باشد (برودر - ماتسون^۱ و هوانیتز^۲) در این موارد اگرچنین الگویی باشد، انتظار می رود تغییر در سبک اسنادی بر تغییراتی در شیوه کنارآیی اثر بگذارد (کانینگهام^۳، ۲۰۰۱).

واقعیت این است که تفکر بدینی می تواند با مداخله درمانی تغییر کند، همانگونه که در درمان شناختی - رفتاری بک، تمایل به حمایت از سبک شناختی منعطف تری دارد. به عبارت دیگر خوش بینی - بدینی به عنوان سبکی از تفکر (سبک شناختی) توصیف می شود که می تواند آموزش داده شود و پذیرای تغییر است. (کاسیدی، ۱۹۹۹).

۲-۱۰- سلامت روان و ابعاد آن

در این قسمت ابتدا مفهوم سلامت، الگوهای رایج برای مطالعه و ابعاد مختلف آن را توضیح می دهیم و در ادامه مفهوم سلامت و روان و ابعاد مختلف آن را تشریح می کنیم.

مفهوم سلامت: سلامت^۴ سازه پیچیده ایست و منظور از آن تجربه و کنش وری بهینه روانشناختی می باشد؛ سازه پیچیده ایست و منظور از آن تجربه و کنش وری بهینه روانشناختی می باشد؛ اگر چه سوال " حال شما چطور است؟"^۵ بسیار ساده بنظر می رسد، نظریه پردازان معتقدند که موضوع سلامت بسیار پیچیده و بحث انگیز است. از شروع تلاشهای عقلانی آدمیان تا کنون بحث های قابل ملاحظه ای در مورد تجربه بهینه و اینکه "زندگی خوب"^۶ چگونه بنا نی شود، صورت گرفته است؛ چگونگی تعریف ما از سلامت بر اعمال حکومتی، آموزشی، درمانگری، پدری و مادری کردن و همه تلاشهایی که با هدف تغییر آدمی برای بهتر شدن صورت می گیرد، تاثیر می گذارد (رایان و دسی^۷، ۲۰۰۱).

^۱. Bruder-Mattson

^۲. Howanitz

^۳. Cunningham

^۴. well - being or heath

^۵. how are you?

^۶. the good life

^۷. Ryan, R.M & Deci, E. L

سازمان بهداشت جهانی^۱ (۱۹۴۸؛ به نقل از دی ماثور و مارتین^۲، ۲۰۰۲؛ کرتیس، ۱۳۸۰) سلامت را چنین تعریف کرده است: حالت کامل سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی و نه فقط عدم حضور بیماری یا ضعف و سستی.

دانشمندان در تعریف سلامت الگوی عمده را برگزیده اند:

(۱) **الگوی پزشکی**^۳: عقیده کلی الگوی پزشکی اینست که سلامت یعنی فقدان یک یا چند مورد از موارد مرگ، بیماری، ناراحتی، ناتوانی، نارضایتی که در انگلیس به آنها "5D"^۴ گفته می شود. بنابراین اگر فرد بیمار در حال مرگ نباشد در حالت سلامت به سر می برد. پیروان الگوی پزشکی عمدتاً بر تبیین زیست شناختی بیمار متمرکز بوده و تمایل دارند بیماری را بر حسب بدکاری اندامها، سلولها و سایر سیستمهای زیست شناختی مانند بیماری کبد، قلب یا کم خونی و ... تبیین کنند.

(۲) **الگوی محیطی**^۵: این الگو از تحلیل وین اکوسیستم و خطرات محیطی به سلامت انسان پدید آمده است. در این الگو سلامت بر حسب کیفیت سازش یافتگی فرد با محیط به هنگام تغییر شرایط تعریف شده است. این الگو تأثیرات وضعیت اقتصادی، اجتماعی، آموزشی و عوامل محیطی چند گانه بر سلامت شخص را در بر می گیرد. براساس این رویکرد بیماری و عدم سلامت یعنی ناموزونی انسان با تعاملات محیطی.

(۳) **الگوی کلی نگر**^۶: این الگو سلامت را بر حسب کلیت شخصی، و نه براساس بخش بیماری از بدن تعریف می کند. الگوی کلی نگر، جنبه های فیزیولوژیکی، روانی، هیجانی، اجتماعی، معنوی و محیطی افراد و جوامع را شامل می شود و بر سلامت بهینه، پیشگیری از بیماری و حالت های روانی و هیجانی مثبت، متمرکز است. بعضی از دانشمندان در تعریف و تبیین سلامت از نظریه سیستمی^۷ سود می جویند. براساس این دیدگاه که در واقع تعبیر دیگری دیگری از الگوی کلی نگر است، هر قسمت از سیستم هم یک زیر عنصر اساسی برای سیستم

^۱. world health organization

^۲. Dimatteo, M. R & Martin, L. R

^۳. medical model

^۴. death, disease, discomfort, disability, dissatisfaction

^۵. environmental

^۶. holistic

^۷. system theory

بزرگتر است و هم خود یک سیستم مستقل بوده و زیر عنصرهای خاصی برای خود دارد،
عنصرها بصورت تقابلی با همدیگر ارتباط دارند بطوری که اختلال در تعادل حیاتی در هر
سطحی مستلزم سازش یافتگی کل سیستم است. (ادلین و همکاران، ۱۹۹۹؛ به نقل از باباپور
خیرالدین، ۱۳۸۱).

دانشمندان (همان منبع) معتقدند که سلامت دارای ابعادی به شرح زیر می باشد:

- **سلامت جسمانی:** سلامت جسمانی عبارت است از سلامت بدن که این سلامت از
طریق خوردن و آشامیدن صحیح، ورزش منظم، اجتناب از عادات مضر، آگاهی یافتن و
احساس مسئولیت در قبال سلامت و تندرستی، بدنبال مراقبت های پزشکی بودن در صورت نیاز
و شرکت کردن در فعالیت هایی که به پیشگیری از بیماری کمک می کند، محقق می شود.
سلامت جسمانی به منزله ادراک و انتظار مثبت از وضعیت جسمانی مناسب است.

- **سلامت عقلانی:** یعنی داشتن ذهن باز به عقاید و مفاهیم جدید، به عبارت دیگر سلامت
عقلانی عبارتست از فهم این نکته که شخص باطنا دارای انرژی لازم و مناسب برای انجام
فعالیت های عقلانی می باشد. محققان معتقدند فعالیت های بسیار زیاد یا بسیار کم تاثیر منفی بر
سلامت می گذارد، مقدار متوسطی از فعالیت عقلانی در حد بهینه بوده و مناسب است.

- **سلامت معنوی:** یعنی حالت تعادل و نظم فرد با خود و دیگران و توانایی موازنه ساختن
بین نیازهای درونی با خواسته ها و تقاضاهای بقیه دنیا.

الیسون (۱۹۸۳) سلامت معنوی را "نیروی یکارچه بین ذهن و بدن" و گرین برگ (۱۹۸۶)
آنها "عقیده به یک نیروی وحد بخش" می داند. برخی از مولفان دیگر مانند آردل (۱۹۸۶)
سلامت معنوی را "ادراک مثبت از معنی و هدف زندگی" می دانند.

- **سلامت هیجانی:** این بعد از سلامت به فهم هیجانها و شیوه صحیح مقابله با مشکلات که
در زندگی روزمره پدید می آید و چگونه تحمل کردن تنیدگی، اشاره دارد؛ به بیان دیگر
سلامت هیجانی عبارت است از فزونی احساسات مثبت بر منفی.

بطور کلی سلامت هیجانی به صورت دارا بودن "هویت از خود ایمن" و حسن "توجه به
خود مثبت" تعریف شده است. این دو خصیصه جنبه هایی از حرمت خود می باشند. حرمت
خود مولفه اصلی سلامت هیجانی است و یکی از قویترین پیش بینی کننده های سلامت عمومی
است.

- **سلامت اجتماعی:** یعنی توانایی انجام موثر در کارآمد نقشهای اجتماعی بدون آسیب رساندن به دیگران. سلامت اجتماعی در واقع همان ارزیابی شرایط و کارکرد در جامعه است.

- **سلامت روانشناختی^۱:** مولفان مختلف تعاریف متفاوتی از سلامت روانشناختی ارائه داده‌اند. برخی از مولفان معتقدند که سلامت روانشناختی یعنی "ادراک مثبت فرد از رویدادها و شرایط زندگی" این تعریف به یک منبع روانی به نام "خوش بینی ارثی" اشاره می‌کند (شی‌یر و کارور، ۱۹۸۵). فردی که بطور ارثی خوش بین است عقیده دارد که هر موقعیت و وضعیتی سرانجام نتیجه مثبتی خواهد داشت. ویسینگ، وان ادن (۱۹۹۴) در تعریف و تبیین سلامت روانشناختی یک عامل کلی را معین کردند که از طریق حس تعلق به زندگی، تعادل عاطفی و رضایت خاطر کلی از زندگی به صورت خودسنجی مشخص و اندازه گیری می‌شود. آنها عنوان نمودند که سلامت روانشناختی یک سازه و پدید چند بعدی است که دارای خصیصه‌هایی می‌باشد که این خصیصه‌ها در حالت سلامت روانشناختی واجد حالات خاصی به شرح زیر می‌باشند:

- **عاطفه^۲:** احساسات مثبت بر احساسات منفی غلبه می‌کند.

- **شناخت:** زندگی قابل درک و قابل کنترل شده و رضایت کلی از زندگی تجربه می‌شود.

- **رفتار:** وجود تجزیه، عمل، علاقه به کار و فعالیت و مبارزه طلبی بدون اجتناب از مشکلات محرز است.

- **خود پنداشت:** احساس خود ارزشمندی و توانایی اثبات وجود خود به منصف ظهور می‌رسد.

- **روابط بین شخصی:** افراد از دیگران حمایت دریافت می‌کنند، به دیگران اعتماد دارند و از مصاحبت و احساساتشان لذت می‌برند.

۲-۱۰-۱- مفهوم سلامت روان

موضوعات سلامت روان شامل ارتقا کنش و روی بهینه و به همان میزان مداخله و کاهش نارسا کنش و روی (کنش وری سازش نیافته)^۳ می‌باشد. سلامت روان شامل دو بعد گسترده

^۱. psychological well - being

^۲. affection

^۳. maladaptive functioning

می باشد: اول، سلامت روان شامل: عدم حضور نارسا کنش وری در جنبه های روانشناختی، هیجانی، رفتاری و اجتماعی می باشد؛ منظور از نارسا کنش وری اختلال در زندگی روزمره می باشد. مشکلات هیجانی و رفتاری آنچنانکه در تشخیص گذاری روانپزشکی مورد بحث قرار گرفتند شامل مواردی مانند: اختلال اضطراب، افسردگی، روان گسیختگی و ... هستند، حضور چنین شرایطی عملکرد روزانه را مختل می کند (مانند عملکرد در مدرسه و روابط بین شخصی) و ممکن است سلامت جسمانی (مانند تلاش برای خودکشی) را مورد تعهد قرار دهد. دوم، منظور از سلامت روان کنش وری بهینه در ابعاد روانشناختی و اجتماعی می باشد. سلامت روان فقط عدم حضور اختلال نیست بلکه حضور و ارتقا کنش وری بهینه شخصی و بین شخصی می باشد.

صلاحیت فرا - اجتماعی^۱، تعاملات بین شخصی مثبت، توانایی کنار آمدن با تنیدگی و پریشانیها و دیگر فعالیت ها شدن از جمله مفاهیم مهم در سلامت روان مثبت می باشد (کازدین^۲، ۱۹۹۳). محققان برای عملیاتی کردن مفهوم سلامت روان از دو سنت فوق یعنی سنت بالینی^۳ (بعد اول) و سنت روانشناختی^۴ (بعد دوم) استفاده می کنند (کی یس، ۱۹۹۸).

نشانه های سلامت روان: سلامت روان بعنوان یک نشانگان^۵ نمایان میگردد. سلامت مانند بیماری هنگامی ظاهر می شود که مجموعه ای از نشانه ها^۶ در یک سطح مشخص و معین و برای مدتی مشخص شده، حاضر شوند و این سلامت با کنش وری های متمایز مغز و کنش وریهای اجتماعی تلاقی^۷ می کند. برای مطالعه سلامت روان محققان باید در جهت عملیاتی کردن سلامت روان بعنوان یک نشانگان از نشانه های سلامت گام بردارند. (کی یس و لویز، ۲۰۰۲). محققان مختلف هر کدام کیفیت ویژه یا از واقعیت سلامت را که بخشی از نشانه های سلامت روان هستند را مورد بررسی قرار می دهند، پژوهشگران در تلاش هستند تا ابعاد مختلف سلامت هیجانی (رضایت خاطر از زندگی یا شادی) سلامت روانشناختی (مانند رشد شخصی) و

^۱. pro – social competence

^۲. Kazdin, A. E

^۳. clinical tradition

^۴. psychological tradition

^۵. syndrom

^۶. symptoms

^۷. coinside

یا سلامت اجتماعی (مانند انسجام اجتماعی) را مورد بررسی قرار دهند و پیش بینی کنند (همان منبع).

با تحقیقات رایف^۱ (۱۹۸۵، ۱۹۸۹؛ به نقل از کی یس ولوپز، ۲۰۰۲) که بطور عملیاتی مفاهیم نظریه های شخصیت و بالینی در مورد کنش وری هاث مثبت آدمی را باهم ترکیب کرد، مطالعه سلامت فاعلی (ذهنی)^۲ به سمت اندازه گیری کنش وری های مثبت آدمی حرکت کرده است. کنشی وری مثبت آدمی شامل ابعاد شش گانه سلامت روانشناختی (رادیف و کی یس، ۱۹۹۵) و ابعاد پنجگانه سلامت اجتماعی (کی یس، ۱۹۹۸) می باشد که در جدول ۱-۲ نشان داده شده است. همانطور که در جدول دیده می شود ابعاد سلامت روانشناختی شامل:

^۱. Ryff, C.D

^۲. subjective well - being

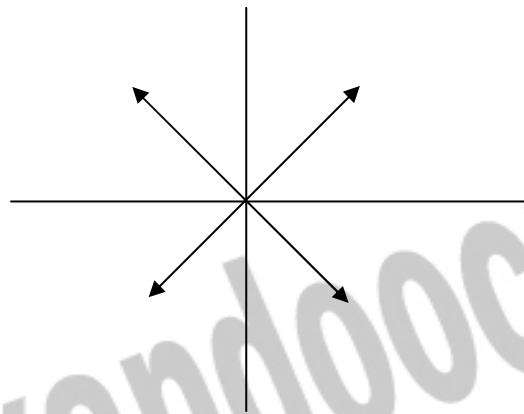
جدول ۲-۲: مفهوم سازی و عملیاتی ابعاد سلامت و روانشناختی و اجتماعی

سلامت روانشناختی	سلامت اجتماعی
پذیرش خود: نگرش مثبت به خود، شناخت جنبه های مختلف خود، احساس مثبت درباره زدگی گذشته خود. رشد شخصی: احساس رشد ممتد داشتن و توان بالقوه داشتن و گشاده رو بودن برای تجارب جدید و احساس دانش پذیر و اثر بخش بودن. هدفمندی در زندگی: داشتن هدف و جهت در زندگی، معنی دادن به زندگی در حال و گذشته، داشتن عقیده و باوری که به زندگی هدف می دهد. تسلط بر محیط: داشتن حس صلاحیت و توانایی برای مدیریت محیط پیچیده، توانایی انتخاب یا خلق زمینه های مناسب برای نیازهای ارزشهای شخصی. خودپیروی: مستقل و خودمختار بودن و توانایی تنظیم رفتار از درون، مقاومت در برابر فشارهای اجتماعی در مورد موضوعی خاص، ارزیابی خود بوسیله معیارهای شخصی. رابطه مثبت با دیگران: داشتن رابطه گرم، رضایت بخش و توام با اعتماد به دیگران، توجه به سلامتی و خشنودی دیگران، قابلیت احساسی همدردی، عاطفه و صمیمیت با دیگران.	پذیرش اجتماعی: نگرش مثبت نسبت به دیگران افراد جامعه و شناخت جنبه های مختلف دیگر افراد علی رغم اینکه آنها گاهی اوقات بصورت پیچیده و گیج کننده رفتار می کنند. شکوفایی اجتماعی: باور داشتن به اینکه جامعه مثبت است، تفکر اینکه جامعه دارای توان بالقوه برای رشد مثبت است. مشارکت اجتماعی: داشتن این احساس که چیزهایی دارند که به جامعه بدهند. این تفکر که فعالیت های روزانه شان برای جامعه با ارزش است. چسبیدن اجتماعی یا انسجام اجتماعی: دنیای اجتماعی را بصورت عقلانی، منطقی و قابل پیش بینی دیدن، علاقمند بودن و توجه داشتن به جامعه و اجتماع. یکپارچگی اجتماعی: داشتن احساس بخشی از اجتماع بودن، احساس باهم بودن و حمایت شدن و اشتراک اجتماعات باهم.

پذیرش خود^۱، رشد شخصی^۲، هدفمندی در زندگی^۳، تسلط بر محیط^۴، خودپیروی^۵ و رابطه مثبت با دیگران^۶ و سلامت اجتماعی شامل: پذیرش اجتماعی^۷، مشارکت اجتماعی^۸، مشارکت اجتماعی^۹، انسجام (چسبندگی) اجتماعی^{۱۰} و یکپارچگی اجتماعی^{۱۱} می باشد.

۲-۱۰-۲- بیماری روانی و سلامت روان: مدل حالت کامل

کب یس ولویز (۲۰۰۲) معتقدند که سلامت روان و بیماری روانی دو انتهای متضاد پیوستار سلامت را تشکیل نمی دهند چرا که اندازه های نشانه های بیماری روانی بشکل خیلی ضعیف و بصورت منفی با اندازه های سلامت فاعلی، رضایت خاطر از زندگی و شادی رابطه دارد. آنها معتقدند مدل سلامت روان کامل^{۱۲} شامل (الف) عدم حضور بیماری روانی و (ب) حضور سلامت بالا می باشد. مدل سلامت روان کامل، ابعاد بیماری روانی و سلامت روان را با هم ترکیب می کند و از این طریق دو حالت برای سلامت روان و دو حالت برای بیماری روانی نمایان می گردد. این الگو سلامت روان و بیماری روانی هرکدام شامل حالت کامل و حالت ناکامل می باشند.



1. self - acceptance
2. Personal growth
3. purpose in life
4. environmental mastery
5. autonomy
6. positive relations
7. social acceptance
8. social contribution
9. social contribution
10. social coherence
11. social integration
12. model of complete mental health

نمودار ۲-۱: بیماری روانی و سلامت روان؛ مدل حالت کامل (همان منبع، ص ۵۰)

سلامت روان کامل نشانگانی است که سطوح بالایی از نشانه های سلامت هیجانی (رضایت خاصر و شادی بالا) سلامت روانشناختی و سلامت اجتماعی را با هم ترکیب می کند و فاقد بیماری روانی کنونی^۱ می باشد. بنابراین افرادی که از سلامت روان برخوردارند، سرزندگی هیجانی از خود بروز خواهند داد، کنش وری های روانشناختی و اجتماعی عالی خواهند داشت و نشانه بیماری های روانی (تا ۱۲ ماه قبل) در آنها دیده نمی شود. از طرف دیگر سلامت روان ناکامل^۲ موقعیتی است که در آن ممکن است افراد از بیماری روانی کنونی رها باشند ولی از سطح پایین از سلامت هیجانی، روانشناختی و اجتماعی برخوردارند.

بیماری روانی کامل نشانگانی که شامل نشانه های سطوح پایینی از سلامت هیجانی، روانشناختی و اجتماعی می باشد و بیماری روانی کنونی مانند افسردگی در آنها قابل تشخیص است؛ بنابراین افرادی که فاقد سلامت روان می باشند نه تنها علائم کلاسیک افسردگی در آنها مشاهده می گردد بلکه آنها احساس خوبی از زندگی شان ندارند و کنش وری های روانشناختی و اجتماعی مناسبی از خود بروز نمی دهند. در مقابل با بیماری های روانی ناکامل اگر چه ممکن است افسرده باشند اما آنها علائم نسبتا بالایی از کنش وری های روانشناختی و اجتماعی و احساس نسبی شادی و رضایت خاطر از زندگی شان را نشان می دهند، این افراد شبیه کسانی هستند که کنش وری بالایی دارند هرچند که دارای مشکل خاصی هستند مانند افراد الکلی که در حرفه شان موفق اند (همان منبع). بنابراین یس (زیر چاپ) این موقعیت را با عبارت "سست و بی حال"^۳ توصیف می کند، در مقابل افرادی که رها از بیماری روانی هستند و سطح بالایی از سلامت هیجانی، روانشناختی و اجتماعی از خود بروز می دهند، "بشاش و سرزنده"^۴ نامیده شده اند.

افرادی که از سلامت روان برخوردار نیستند و بیماری های روانی کنونی را تجربه می کنند و در عین حال از سطح پایینی از سلامت هیجانی، روانشناختی و اجتماعی برخوردارند، بعنوان

^۱. recent mental illness

^۲. incomplete mental health

^۳. Languishing

^۴. flourishing

کسانی که "در باتلاق مشکلات زندگی، دست و پا می زنند"^۱ و تقلای زیاد می کنند، توصیف شده اند از طرف دیگر افرادی که دارای یک بیماری روانی هستند ممکن است سطح متوسط یا بالایی از سلامت هیجانی روانشناختی واجتماعی در آنها دیده شود که این افراد بعنوان افرادی که "در یک حالت تنازع و مبارزه با زندگی"^۲ هستند، توصیف شده اند (کی یس و هایت، زیر چاپ؛ به نقل از کی یس و لویز، ۲۰۰۲).

کوتاه سخن این سلامت روان عبارتست از نشانگانی از نشانه ها؛ این نشانه ها شامل، سلامت هیجانی که بازتابی از ارزیابی های فرد از شادی و رضایت خاطر داشتن زندگی و توازن و تعادل بین عواطف مثبت و منفی فرد است و نیز شامل کنش و ریهای مثبت یعنی وجود سلامت روانشناختی واجتماعی می باشد. بیماری روانی و سلامت روان حالت های کاملی هستند که توسط حضور و عدم حضور نشانه های اختلالهای روانی و سلامت فاعلی، قابل تشخیص می گردند (همان منبع).

۲-۱۱- آموزش مهارتهای مدیریت بر استرس^۳

افرادی که نمی توانند استرس های زندگی را از طریق کوششهای خود یا حمایت دیگران کاهش دهند، می توانند از یادگیری تکنیک های مدیریت بر استرس بهره ببرند. برنامه های مدیریت بر استرس همچنین افرادی را که در معرض خطر بیماری بوده یا از استرس مرتبط با ناخوشی ناشی از بیماریها رنج می برند را جهت می دهد، این بیماریها شامل سردرد، سوءمصرف الکل، چاقی، بیماریهای قلبی عروقی و افزایش فشار خون می باشد (ورتمن و همکاران، ۱۹۹۸).

آموزش مهارتهای مدیریت بر استرس ویژه دانش آموزان دبیرستانی شیوه آموزشی خانم مک نامارا در طول یک دوره سه ساله در دانشگاه آکسفورد مورد پژوهش قرار گرفته و در یک دوره یک ساله ارزیابی در دبیرستانها بسیار موفق بوده است. این برنامه بویژه برای آموزش در جهت سلامت روان فردی بسیار مناسب است (مک نامارا^۴، ۲۰۰۱). این برنامه آموزشی مبنایی پیشگیرانه دارد و از رویکردی آزمایشی به یادگیری اقتباس می شود. این برنامه با تاکید بر

¹. floundering in life

². struggling with life

³. stress management training

⁴. MC Namara

محرمانه بودن محتوای اظهار نظر دانش آموزان و انعطاف پذیری به آنها حق شرکت در کلاس را در شرایطی آرامش بخش می دهد.

عناوین آموزشی این برنامه شامل:

۱- مقدمه ای بر استرس و کنار آیی

۲- راهکارهای ذهنی و عقلانی برای کنار آمدن با استرس

۳- راهکارهای جسمی (فیزیکی) کنار آیی همچون داشتن تغذیه ای سالم، خواب کافی و استفاده از ورزش

۴- مهارت های مطالعه، آمادگی برای امتحان و مدیریت بر زمان

۵- مهارت های ارتباطی و میان فردی

۶- تقویت اعتماد به نفس و عزت نفس، پیشگیری و کنار آمدن با افسردگی و اضطراب می باشد. (مک نامارا، ۲۰۰۱).

۲-۱۱-۱- مقدمه ای بر استرس و کنار آیی

در این جلسه دانش آموز می آموزد که استرس می تواند منشاء خارجی ای (بیرونی) داشته باشد، مواردی همچون: تکالیف مدرسه، آمادگی برای امتحانات، جر و بحث با دوستان و خانواده، مراقبت از خواهر و برادرها، نگرانی برای دیگران، مشاهده بگومگوی والدین، گردن کلفتی یا مشاهده قلدری همکلاسی ها (دانش آموزان مدرسه) و غصه خوردن بدلیل فوت یکی از بستگان. همچنین استرس می تواند از درون چشمه بگیرد، استرس درونی شامل: نیاز به کسب موقعیتی بالا در مدرسه، نیاز به محبوب بودن، طالب بهترین ها بودن یا سخت گیری به خود باشد.

او می آموزد برای اینکه قادر به برخورد با این استرسها باشد، نیازمند تفکر به شیوه ای مثبت و سازنده و شناسایی و یافتن حمایت های اجتماعی در این زمینه است. آنچه که باید دانست در ابتدا علائم استرس است. استرس بر تمام افراد تاثیر یکسانی ندارد وقتی فشارهای روانی افزایش می یابند هر فرد به شیوه خاص خود پاسخ می دهد. برخی افراد بیش از پیش تحریک پذیر و دمد می میشوند در حالیکه افراد دیگر غیرفعال تر شده و نمی توانند تصمیم بگیرند. آنچه در این میان مهم است چگونگی واکنش دهی و پاسخ ما به استرس می باشد. با شناخت علائم استرس فرد بهتر می تواند با استرس کنار آید.

تأثیرات استرس بر افکار عبارتند از: احساس دشواری در تمرکز، تضعیف حافظه، دشواری در تصمیم گیری، تفکر آشفته فراموشی، گم کردن وسایل، پیش بینی بدترین ها، نگرانی یا نشخوارگری در مقایسه با حل مسائل، انعطاف ناپذیری در تلاش برای کنترل امور، فقدان چشم اندازی به آینده.

آثار جسمی استرس عبارتند از: درد و رنج، سردرد، کمردرد، خستگی فوق العاده، تهوع، احساس خفگی در گلو، تیک در چشمها یا لبها، لرزش دستها یا لرزش صدا، به هم فشردن دندانها یا مشتها، تند شدن ضربان قلب، تپش قلب، عرق کف دستها، سردی انگشتان، خشکی دهان، تکرر ادرار، تنفس عجیب و غریب، اسهال یا یبوست بدتر شدن بیماریهای مرتبط با استرس همچون آسم و پسیوریازیس.

اثرات استرس بر احساس عبارتند از: تحریک پذیری یا کم حوصلگی، پرخاشگری یا درون گرایی، عزت نفس پایین، گریستن، بدبینی، احساس گناه، اضطراب، افسردگی، خشم، خصومت، احساس نومیدی، نگرانی در مورد سلامتی، بیچارگی، ترس غیرمنطقی، و حساسیت بیش از حد نسبت به انتقادگری و ناتوانی در برقراری ارتباط دارد.

تأثیرات استرس بر رفتار نیز عبارتند از: کاهش قدرت مدیریت بر زمان، ناتوانی در سازماندهی و مدیریت بر خود، دور و بر خود چرخیدن، تغییر در الگوهای خواب (ناتوانی در بخواب رفتن یا بیش خوابی)، انجام دادن کارها با عجله، فراموشی در تماس گرفتن با دوستان، واکنش بیش از اندازه نسبت به مسائل، وول خوردن / ناخن جویدن / ور رفتن به موها، افزایش مصرف سیگار یا الکل، تکلم بی وقفه، اختلالات وسواس، اجبار، غیبت های فراوان از مدرسه. همه این علائم به یک دلیل وجود دارند. آنها سبب می شوند تا ما در برخورد با یک موقعیت تهدید کننده سریعاً با جنگیدن یا گریختن از آن موقعیت خلاص شویم اما مشکل اینجاست که در دنیای پیچیده کنونی بندرت عمل جنگ یا گریز مفید واقع می شود. وقتی برای مدتی طولانی احساس استرس کنیم یا از انجام عملی ناتوان بمانیم این علائم می توانند در ما احساس خستگی و کوفتگی بوجود آورد. و در نهایت اثری منفی بر سلامت جسمانی و روانی مان داشته باشند (مک نامارا، ۲۰۰۱).

۲-۱۱-۲- راهکارهای ذهنی و عقلانی جهت کنارآیی با استرس

آموزش چگونه کنترل کردن افکار، قدرتمندترین ابزار مدیریت بر استرس است. این ویژگی به فرد توانایی کنترل تاثیرگذاری از افراد و چگونه زندگی کردن را می دهد.

در مرحله اول فرد باید تشخیص دهد چه وقت دچار استرس می شود و چه علائمی دارد ممکن است به هنگام تماشای تلویزیون، با سهل انگاری در انجام تکالیف مدرسه یا وقتی با افراد خاصی صحبت می کند دچار استرس شود. پس از شناسایی، بهترین کار ثبت علائم و وقایع استرس در برگه آگاهی از استرس روزانه است. در این برگه فرد علاوه بر علائم و موقعیتی که دچار استرس شده به ثبت افکار استرسی می پردازد. افکار استرسی که بدنبال رویداد استرسی می آیند، احساسات منفی را برمی انگیزانند.

رویدادها ⇐ افکار ⇐ احساسات

وقتی ما با موقعیتی تهدید کننده مواجه می شویم اغلب در مورد همه چیز به شیوه ای منفی فکر می کنیم که این شیوه تفکر حتی ما را مضطرب تر می کند. سعی می کنیم خود یا دیگران را سرزنش کنیم و در این میان گفتار درونی ما لحن انتقادگری به خود می گیرد به ما غر می زند، ما را مضطرب می کند به ما احساس حقارت بخشیده و از آنچه از زندگی می خواهیم ما را باز می دارد. گاه این گفتار ما را تنها نخواهند گذاشت، ما را سرزنش می کنند، با خشونت در مورد ما قضاوت می کنند، سر راه ما قرار می گیرند که همه اینها می تواند شک دائمی به تواناییهای ما بوجود آورد توانایی هایی همچون موفقیت در امتحان، کنار آمدن مطلوب با استرس خانواده، پیدا کردن شغل به هنگام ترک مدرسه و موفقیت در شکل دهی به یک ارتباط. نمونه ای از گفتگوهای منفی درونی چنین اند: تو چاق و بدقواره ای، تو هرگز نمی توانی کاری را درست انجام دهی، تو مثل بقیه نیستی و کسی حوصله تو را ندارد، تو خیلی احمق هستی، تو همیشه شکست می خوری. گاه این جملات شکل «باید» به خود می گیرد: من همیشه باید دانش آموز موفق باشم، من همیشه باید در وضعیت خوب و شادی باشم در غیر اینصورت مردم مرا دوست نخواهند داشت، من هرگز نباید خود را در حالت استرس و اضطراب ببینم. همه این جملات افکار و باورهای غیرمنطقی هستند که پس از شناسایی، نیاز به تغییر دارند، به عبارتی برای هر یک از این گفتار و جملات، عبارت مثبتی را جایگزین می کند. بطور مثال در مقابل این جمله که «من فرد چاق و بدقواره ای هستم»، به خود می گوید: «درست است که فرد چاقی هستم اما مهربان و دوست داشتنی نیز هستم» و یا در مقابل جمله منفی: «من همیشه شکست می خورم»، به خود می گوید: درست است که شکستهایی داشته ام اما تجارب موفقیت آمیزی را نیز داشته ام (مک نامارا، ۲۰۰۱).

همراه با شیوه های عقلانی، آموزش شیوه های تن آرامی در کاهش استرس بسیار موثرند. آرامش نقطه مقابل استرس است. به هنگام راحتی، بدن در یک وضعیت انگیزتگی پایینی است. به این معنا که فرد به احتمال کمی به استرس واکنش نشان می دهد. از طریق روشهای تن آرامی فرد می تواند بدن را به وضعیت دلپذیر انگیزتگی پایین انتقال دهد، بنابراین فشار روحی مرتبط با استرس کاهش می یابد. روشهای آرام سازی درمان موثری برای بیخوابی، افزایش فشار خون، سردردهای هیجانی، اختلالات اضطرابی و برانگیختگی خود کار منتشر محسوب می شود (ورتمن و همکاران، ۱۹۹۸). چنین شیوه ای شامل شل کردن پیشرونده گروههای عضلانی بدن می باشد (اورلی^۱، ۱۹۸۹).

اعتقاد بر این است، از آنجایی که استرس و اضطراب با تنش عضلانی رابطه دارد، (انقباض فیبرهای عضلانی) کاهش انقباض عضلات می تواند احساس استرس و اضطراب را تخفیف دهد. تن آرامی معمولاً از قسمتهای پایینی بدن آغاز شده و سپس بطرف بالا تا عضلات صورت پیش می رود آزمودنی بطور سیستمیک عضلات انتخاب شده را منقبض و شل می کند تا کل بدن آرام شود. تمرین مداوم به آزمودنی این امکان را می دهد که به احساس استرس خو گرفته و یک نگرش آرام تر بودن را ایجاد کند. از دیگر تکنیکهای آرام سازی، تنفس کنترل شده می باشد. چون وضعیتهای آرامش با تنفسهای عمیق و طولانی همراه است، آرام سازی می تواند سبب ایجاد چنین الگوی تنفس شود. در آغاز یک تنفس عمیق و روح بخش کشیده، سپس از طریق دهان، آن را خارج می کند. در نهایت تنفسهای عمیق که تا ۱۰ ثانیه به درازا می کشد جای تنفس های سطحی کوتاه را می گیرد. این روش به نظر می رسد در کنترل درد مرتبط با استرس همچون سردرد یا دردهای صورتی^۲ (مربوط به صورت) تا حدی موثر باشد (ورتمن و همکاران، ۱۹۹۸).

بنظر می رسد شیوه های آرام سازی که بطور منظم تمرین شوند عملکرد سیستم ایمنی را بهبود می بخشند، در مطالعه ای روی دانشجویان سال اول پزشکی به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند (کیکولت^۳ - گلاس^۴ و همکاران، ۱۹۸۴ به نقل از ورتمن و همکاران، ۱۹۹۸).

¹. Everly

². facial pain

³. Keicolt

⁴. Glaser

آنها در شرایط آزمایش که ماهانه ۵ تا ۱۰ جلسه قبل از شروع امتحاناتشان تشکیل می شد، حضور پیدا کردند. در زمان امتحانات هر دو گروه علائم کاهش عملکرد سیستم های ایمنی، سلولهای کشنده کمتر را نشان دادند. اما اعضای گروه تن آرامی، اضطراب کمتری را گزارش کرده و آنهایی که تمرین تن آرامی بیشتری (۱۰ جلسه) را گزارش کرده بودند، شمارش سلولهای T بیشتری نسبت به کسانی که به دفعات کمتری (۵ جلسه) تمرین کرده بودند، داشتند. در مطالعه دیگری ساکنین ۴۵ ساله یک موسسه خصوصی سالمندان، به سه گروه دسته بندی شدند: یک گروه آموزش تن آرامی، گروه دوم، آموزش برقرار ارتباط اجتماعی دریافت کرده و گروه سوم گروه کنترل بود (کیکولت، گلاسر و همکاران ۱۹۸۵). اعضای دو گروه اول هفته ای ۳ بار برای مدت یک ماه مورد مشاهده قرار گرفتند. در آخر ماه، گروه آرام سازی در فعالیت سلولهای کشنده و دیگر علائم بهبود عملکرد سیستم ایمنی افزایش چشمگیری را نشان دادند، همچنین کاهش معنی داری در فشار مرتبط با خود، اتفاق افتاد. مطالعه پیگیری که یک ماه پس از پایان آموزش تن آرامی انجام شد، به نتایج معنی داری نرسید، که این اهمیت تمرین طولانی مدت منظم روشهای تن آرامی را ارائه می دهد (ورتمن و همکاران، ۱۹۹۸).

۲-۱۱-۳- روشهای فیزیکی کنار آمدن با استرس

شیوه های فیزیکی به داشتن سبک زندگی سالمتری^۱ می پردازد، این بخش شامل داشتن تغذیه ای سالم، خواب و ورزش کافی است که منجر به حفظ و تقویت سیستم ایمنی بدن و بالا بردن سطح انرژی می گردد (مک نامارا، ۲۰۰۱).

تغذیه و کنترل وزن: افراد به شیوه های متفاوتی به استرس پاسخ می دهند، برخی سیگار می کشند، بری الکل می نوشند، و برخی مصرف غذایشان را کاهش یا افزایش می دهند. همه این رفتارها بخشی از یک حلقه معیوب پاسخی غیرانطباقی است که خود، استرس بیشتری بوجود می آورد. مثالی از پرخوری را در نظر بگیرید. اثر پرخوری، افزایش وزن است که خود، استرسی افزوده می باشد. کسی که ۲۵٪ وزن طبیعی اش، اضافه وزن دارد، حدود ۲/۵ برابر شانس حمله قلبی و افزایش فشار خون دارد همچنین خطر سکته در او بیشتر است. خودپنداره فرد چاق ممکن است پایین باشد که سبب کاهش اطمینان و استرس دیگری می گردد.

یک رژیم سالم کاملاً متعادل که دربردارنده تغذیه متناسبی است می تواند برای کمک به مقابله با استرس مورد استفاده قرار گیرد (پاول و انرایت، ۱۹۹۱). اصول تغذیه سالم عبارتند از:

¹. healthier life style

کاهش مصرف چربیها، قند، نمک و محدود کردن مصرف کافئین، افزایش مصرف فیبر کربوهیدراتها و مصرف متناسبی از میوه ها و سبزیها است، علاوه بر آن بر تنوع مواد غذایی مصرف شده تاکید دارد. (مک نامارا، ۲۰۰۱)

خواب: خواب نامطلوب می تواند در فرد حس درماندگی، تحریک پذیری و عدم توانایی برای کنار آمدن بوجود آورد. بنابراین به عنوان یک ابزار مهم مدیریت بر استرس تلقی می شود (مک نامارا، ۲۰۰۱).

برای همه ما داشتن یک خواب خوب و عمیق مهم است. خواب با عملکرد نیروبخشی در بدن، فرایندهای جسمی را کاهش داده و نیاز به استراحت ناشی از استرس روزانه را تامین می کند. الگو و طبیعت دقیق خواب از فردی به فردی دیگر متفاوت است. برخی افراد می توانند با ۳ یا ۴ ساعت خواب شبانه سر و حال باشند در حالیکه افراد دیر بنظر می رسد به خواب بیشتری نیاز دارند.

ورزش: استرس بدن را برای جنگ یا گریز آماده می کند، مقدار خون قلب را افزایش می دهد، عضلات را منقبض و کارهایی از این قبیل را انجام می دهد. ورزش کردن، روش مناسبی برای از بین بردن فشار و تاثیرات منفی آن می باشد. در واقع ورزش، «نسخه طبیعی استرس» نامیده می شود. در بحث سلامت جسمی، بهترین تمرین، تمرینهای هوازی است. شنا، پیاده روی، دو، اسکی، دوچرخه سواری، رقص و طناب زدن می باشد، هر فعالیتی که جذب اکسیژن را افزایش دهد سبب تقویت سیستم قلبی عروقی می گردد. (ورتمن و همکاران، ۱۹۹۸). مطالعات زیادی نشان داده که تمرینات هوازی منظم، تناسب قلبی عروقی، پایداری، آهنگ و قدرت عضله، قابلیت انعطاف و وزن مطلوب را افزایش داده و به کنترل فشار خون و تنظیم سطح کلسترول بدن کمک نموده و مقاومت به استرس را افزایش می دهد. بطور مثال، در مطالعه ای روی نوجوانان، محققان دریافتند افرادی که بطور منظم ورزش می کردند، به استرس و بیماریهای کمتری در برابر حوادث منفی زندگی در مقایسه با کسانی که ورزش نمی کردند، دچار می شوند (براون^۱ و سیگل^۲، ۱۹۸۸). ورزش همچنین می تواند خلق فرد و حس کلی سلامت را افزایش داده، اضطراب، افسردگی و فشار روحی را کاهش دهد - هرچند، شاید به آن اندازه که مقالات عامه پسند اشاره می کنند، نباشد. افرادی که به یک برنامه ورزشی منظم

¹. Brown

². Seigel

متعهد می شوند نسبت به کسانی که گهگاه و یا اصلاً ورزش نمی کنند، تمایل به داشتن «تصویر خود» مثبت تر، عزت نفس بالاتر، احساس خود کارآمدی بیشتری دارند. آنچه که محققان نمی دانند اینست که آیا ورزش مستقیماً سلامت روانشناختی فرد را از طریق برخی فرایندهای بیوشیمیایی تحت تاثیر قرار می دهد یا تاثیرات غیرمستقیم دارد - یعنی چون افراد معمولاً با دوستانشان ورزش می کنند و از قابلیت اجتماعی بودن لذت می برند، یا چون احساس می کنند در حال انجام دادن کار مؤثری هستند از ورزش سود می برند. (ورتمن و همکاران، ۱۹۹۸).

مک نامارا (۲۰۰۱) یکی از فواید روانشناختی ورزش را به سبب ترشح اندورفین ها در مغز می داند. اندورفین ها که آرایش شیمیایی شبه اپیوئیمی دارند، سبب احساس استرس کمتری می گردند.

۲-۱۱-۴- مهارتهای مطالعه، آمادگی برای امتحان و مدیریت بر زمان

مطالعه برای امتحان یکی از پراسترس ترین و مشکل ترین چالش هایی است که جوانان با آن روبرو می شوند. برخی افراد بنظر می رسد بهتر قادر به مدیریت زمان، تطابق با تکالیف منزل و بازیابی آنها هستند. این افراد به جای باهوش بودن بسادگی آموخته اند مهارتهای مطالعه ای مؤثری داشته باشند بدون اینکه در این مشکل غوطه بخورند و احساس افسردگی کنند.

مهارتهای مفیدی که دانش آموز لازم است بیاموزد: صرف وقت کافی برای یادگیری یک درس، داشتن استراحت های ۱۵-۱۰ دقیقه ای به ازای هر ۵۰-۴۰ دقیقه مطالعه، اختصاص فضایی ثابت که تا حد امکان جذاب، تمیز و ساده و بدون وسایل غیرضروری و نیز انتخاب زمانی مناسب برای مطالعه است بدین ترتیب برخی افراد که در صبح تمرکز بهتری دارند این کار را صبح و برخی که در غروب یادگیری بهتری دارند زمان مطالعه را برای غروبها تنظیم کنند.

مدیریت بر زمان: هنگامی که فردی اهداف و فعالیت هایی را طرح ریزی می کند نیاز به جدول زمانبندی برای تنظیم زمان دستیابی و مدیریت موثر زمانی دارد. این بدان معنا نیست که فرد لزوماً سریعتر پیش می رود بلکه زمان را به گونه ای موثرتر سازماندهی می کند. پس در ابتدا فرد باید فهرست و حق تقدم های خود را معین کند. برای اینکار هر فرد می تواند روزانه زمان اندکی به تعیین فهرستی از «چیزهایی که باید انجام داد» را اختصاص دهد. چنانچه اهداف بزرگ به تکالیف کوتاه مدت اختصاصی شکسته شوند حسی از هدفمندی خلق می شود. مواجهه با اهداف کوتاه مدت قابل دستیابی و خارج کردن آنها رفته رفته از لیست حق تقدم ها می تواند

احساس موفقیت و تقویت را بوجود آورد. تهیه فهرست همچنین فرصتی را برای کنار هم نهادن اولویتها، ارزیابی تکالیفی که باید به آن رسید، تکالیفی که می توانند در انتظار باشند و تکالیف اختیاری را فراهم می آورد. راهکار مفید دسته بندی تکالیف به صورت A، B و C است. A به معنای فوراً، B به معنای بهترین کاری که امروز باید انجام شود و C کاری که می تواند منتظر بماند. صرف زمان زیادی برای قسمت C با هزینه کردن بخش A کاری غیرسازنده است. در قرن ۱۸ اقتصاددانی به نام پارتو اصل پارتو یا قانون ۸۰/۲۰ را ارائه داد. این قانون می گوید، تنها ۲۰٪ از تکالیفی که در روز انجام می دهیم، ۸۰٪ پاداشی را ایجاد می کنند. این اصل، به ما کمک خواهد کرد تا انرژی مان را روی درست ۲۰٪ از تکالیف که در اولویت A جا داده ایم، متمرکز کنیم. این کار همچنین به ما کمک نموده تا با انجام ندادن امور بخش C راحت تر باشیم. کسی که با چیدن اولویت ها مشکل دارد. اغلب مقدار برابری از زمان و تلاش را برای تکالیف متفاوت از نظر اهمیت صرف می کند. کمال گرایان با انجام بسیار عالی هر کاری و تحت فشار قرار دادن خود، کار را با آهستگی به پایان می برند.

آموزش به چنین افرادی در جهت تغییر کیفیت تلاش شان مفید است. این کار ممکن است تعمداً به سرعت و کیفیتی نازل انجام شود. (پاول و انرایت، ۱۹۹۱).

۲-۱۱-۵- مهارت های ارتباطی و میان فردی

شیوه برخورد ما با دیگران چه در محیط کار، خانه و اجتماع می تواند عامل مهمی در ایجاد استرس باشد. ارتباط ضعیف می تواند منجر به روابط ناسالم و روابط ناسالم احتمالاً موجب افزایش استرس است. قلب ارتباط میان فردی سالم، مهارت ابراز وجود^۱ یا جرأت مند بودن است. افرادی که مهارت های ابراز وجود بر این منبنا قرار دارد که ما همگی مساوی هستیم و هیچ کس اهمیت کمتر یا بیشتری نسبت به دیگران ندارد و چون همگی مساوی هستیم، پس لازم است از حقوق انسانی یکسانی برخوردار باشیم. هدف ابراز وجود ایستادن بر حقوق فردی بدون شکستن حقوق دیگران است. حقوق انسانی هر فرد شامل حق بیان احساسات، حق بیان باورها و نقطه نظرات، حق «نه» گفتن حق تغییر افکار، حق ارائه درخواست های معقول از دیگران، حق چیدن اولویت های شخصی، حق تصمیم گیری، حق اختصاص زمانی به خود و حق کاستن از برخی مسئولیت هایی که دیگران بر گردن ما نهاده اند.

¹. assertiveness

شیوه بیان حقوق فردی سبک ارتباطی ما را نشان می‌دهد. سبک های ارتباطی منفعل^۱، پرخاشگر^۲ و جرأت‌مند، سه سبک ارتباطی متفاوتند. سبک رفتاری انفعالی شامل زیر پا نهادن حقوق فردی با ناکامی در بیان احساسات، افکار و باورهای صادقانه است که متعاقباً به دیگران اجازه نقض حقوق فرد را می‌دهد. رفتار پرخاشگرانه شامل حمایت از حقوق شخصی فرد و بیان افکار، احساسات و باورها به شیوه ای معمولاً نامناسب است و همیشه حقوق شخصی دیگری را نقض می‌کند. در مواجهه با فرد پرخاشگر مردم اغلب احساس می‌کنند تخریب شده اند و برتری با سرکوب دیگران حفظ می‌شود. اما رفتار جرأت‌مند شامل طرفداری از حقوق شخصی و بیان افکار و احساسات و باورها بطور مستقیم، صادقانه و خودانگیخته به شیوه ای توأم با احترام به حقوق دیگران است. فرد جرأت‌مند موقعیتی را ارزیابی نموده، تصمیم می‌گیرد چگونه عمل کند و پاسخی می‌دهد که بدون اضطراب و احساس گناه است. افراد جرأت‌مند به خود و دیگران احترام می‌گذارند و مسئولیت اعمال و انتخابهایشان را بعهده می‌گیرند. آنها نیازهایشان را تشخیص می‌دهند و هر آنچه را که می‌خواهند آشکارا و علناً درخواست می‌کنند چنانچه درخواست شان رد شد، ممکن است احساس ناراحتی، نوسیدی کنند و یا معذب باشند اما خود پنداره شان شکسته نمی‌شود. آنها وابسته به رضایت دیگران نیستند، لنگر حمایت هایشان به همان اندازه که خارجی است عمیقاً در درون خودشان نیز قرار دارد. (پاول و انرایت، ۱۹۹۱). در هر صورت ارتباطات که یکی از علل اصلی استرس در میان دانش آموزان است را می‌توان با آموزش الگوهای صحیح ارتباطی به مهمترین حمایت و منبع مبارزه با استرس تغییر داد (مک نامارا، ۲۰۰۱).

۲-۱۱-۶- تقویت اعتماد به نفس، عزت نفس و مقابله با افسردگی و نگرانی

شواهد روزافزون نشان می‌دهند که عزت نفس مثبت پادزهری برای افسردگی است. از جمله مثال های اعمال مفید عزت نفس: ایجاد خودارزیابی های مثبت با خاطر نشان کردن موفقیت ها، توانایی ها، اخلاقیات خوب، ویژگیها و اعمال فرد است. (هم^۳ و واستا^۴، ۱۹۷۶) شواهد نشان می‌دهند که عزت نفس ما را از حملات اضطراب، احساس گناه، افسردگی، شرم انتقاد و دیگر

^۱. passive

^۲. aggressive

^۳. Homme

^۴. Vasta

حمله های درونی و بیرونی محافظت می کند یکی از راههای ارتقای اعتماد به نفس، پاداش دادن به خود در مقابل کارهای خوب و مثبتی است که در طول روز انجام می دهیم چند تکه در باب اعتماد به نفس: ۱- اطمینان تنها یک مولفه نیست بلکه از چیزهای زیادی تشکیل شده است چرا که افراد با اعتماد به نفس بالا در مورد همه چیز اطمینان ندارند. ۲- ظاهر افراد می تواند گمراه کننده باشد، چرا که اکثر افراد، اطمینان واقعی کمتری نسبت به آنچه که بنظر می رسند، دارند. ۳- تمرین کمال می آورد چرا که هر کسی اشتباه می کند و نباید از تلاش برای کارهای جدید و با اطمینان عمل کردن واهمه داشت، در این میان باید از اشتباهات درس گرفت و این را دانست که تنها افرادی اشتباه نمی کنند که چیزهای جدید را امتحان نمی کنند. به مجردی که چیزی اتفاق افتاد، آن را تمام شده تلقی کرده و با فکر کردن به آن خود را شکنجه نداد. ۴- با خود مهربان باشیم و خود را بخاطر اشتباهاتمان ببخشیم.

۵ - افراد با اعتماد به نفس را به عنوان الگو و مدل در زندگی قرار داده و از شیوه ای که با مشکلات مواجه می شوند، تقلید کنیم (مک نامارا، ۲۰۰۱).

افسردگی: به معنای احساس پستی و غمگینی بسیار زیاد یا احساس سردی، تهی بودن و کرخی است. تجربه این احساس برای جوانان امروزی بسیار رایج است. هر چند دقیقاً نمی دانیم چرا روبه افزایش است، اما ممکن است به دلیل تغییرات جامعه یا درون خانواده های در طی ۲۰ یا ۳۰ اخیر باشد. جوانان ممکن است تحت انواع جدیدی از استرس ها بوده و بخواهند نسبت به نسل های گذشته خیلی بیشتر از قید و بندهای شوند. نوجوانان ممکن است احساس انزوای بیشتر می داشته باشند چرا که تعداد افراد کمتری وجوه دارند می توانند به آن ها پاسخ دهند و کلاً بنظر می رسد همه چیز در حال تغییر است. آنها احساس می کنند از آنها انتظار می رود با این تفاوت بسیار زیاد و موقعیت های پراسترس درونشان کنار بیایند.

نکاتی چند که در مقابله با افسردگی موثر است را در اینجا می آوریم:

۱- بهترین راه برای مقابله با افسردگی بیان احساسات برای فردی فهیم و دانا است. زیربایان احساسات برای فردی فهیم هنوز به عنوان بهترین راه شادی بخش و رهایی از غمگینی عنوان می شود.

۲- از آنجا که افسردگی فرد را به ورطه خود شکست دهی، بی هدفی و بیهودگی وعدم تمایل به تلاش می کشاند، دراین موارد بهتر است روی تغییرات کوچک متمرکز شد و بهتر آنکه به آینده وافق های دوردست فکر نکرد، با ساده کردن هدف وتوجه به آینده و

موقعیت فعلی به فرایند بهتر شدن دامن زد، همچنین وقتی علت موقعیت ناخواسته ای روی چیزهای بسیار اندکی تاثیر بگذارد (برخلاف علتی که تقریباً همه چیز را به هم می ریزد) بطور مثال اگر موقعیت ناخوشایندی را به علل موقتی یا عللی که به سادگی قابل تغییر است، تفسیر کنیم امیدواری بوجود می آید مثلاً در مقابل این موضوع که «نمرات من پایین بودند چون سرما خوردم» یا «.....» یا «چون من سعی کردم در اتاق نشیمن که استریو، تلویزیون و سرو صدای دیگران بود درس بخوانم». را برای تغییر وجود دارد. این موقعیت خوشحال کنندتر بنظر می رسد. بطور مثال : کسی که ۶ پا و هفت اینچ بلندی دارد فقط مانع از این می شود که در آینده خلبان شود . اما اگر خلق بدی داشته بشد ممکن است مشاغل و ارتباطات بسیاری را از دست دهد.

۳- در دست گرفتن افکار راه خوبی برای مبارزه با افسردگی است. افکار افسرده آور فرد را به تنزل می کشانند. بهترین راه جنگیدن با این افکار است. به هنگام خطرات وقایع اندوهناک و فاجعه ای ، به حافظه کمی استراحت داد و صبر کنیم تا خلق مان کمی بهتر شود چرا که با حال بد، تحلیل وقایع به گونه ای است که باید روی نکات منفی متمرکز شد.

۴- با ظلم «بایدها» و «همه» و «همیشه» مبارزه کرد.

۵- برخلاف سگهای سلگمن ، با تصوراتی که می پندارند آدم بدبختی هستیم، مبارزه کنیم. خوش بینی آموخته شده اکتسابی و شهادت دستیابی به آن با تلاش ما را در مسیری قرار می دهد که به تبع آن به موفقیت ، دوستان بیشتر، افسردگی کمتر و سلامت بهتر می رسیم (سلگمن، ۱۹۹۱) در تمام جنبه های خاص برای مقابله با افسردگی خوش بینی عامل مهمی است (اینترنت، ۲۰۰۲).

۲-۱۱-۶-۱- آموزش مجدد سبک اسناد در افسردگی

فرد افسرده مستعد این باور است که این موقعیت بد هرگز بهتر نخواهد شد.

«این موضوع (این فرد) کل زندگی مرا نابود می سازد» «این کار ... اشتباهی است که من مرتکب شده ام اگر این دیدگاهها درست باشند فرد حق دارد افسرده شود اما واقعیت این است که این دیدگاهها هرگز درست نیستند.

تغییر تبیینی که ما از موقعیت داریم می تواند آشکارا واکنشهای هیجانی را تغییر دهد. اگر اسنادهایمان را طوری تغییر دهیم که خود را به عنوان فردی با مسئولیت کمتر برای رویدادی ناموفقی (چون طلاق، مردودی، تصادف، عمل بی فکر بی مبالاتی) ببینیم، به احساس گناه یا

افسردگی کمتری دچار می شویم. اگر اسنادهایمان را طوری تغییر دهیم که با وجود پذیرش مسئولیت برای موقعیتی ناخواسته، هنوز امیدی به تغییر این موقعیت در آینده داشته باشیم، در نتیجه نومیدی کمتر و اعتماد به نفس بیشتری را احساس خواهیم کرد. برای اینکار باید با ادراکهای غلط، اندیشه های غیرعقلانه، نتیجه گیریهای غلط و احساس گناه بیش از حد مبارزه کرد. بدین منظور به افراد آموزش داده می شود تا به محض خطور افکار منفی به ذهنشان به جستجوی هیجانات منفی متعاقب آنها پردازد، افکار و هیجانات را ثبت کند سپس به چالش با آنها پرداخته و از خود سوالات زیر را پرسد:

چه مدرکی برای این فکر وجود دارد؟ آیا راه دیگری وجود دارد تا به این موقعیت بنگرم؟ هر چند فکر اولیه ام درست بود، اما آیا این موقعیت به زشتی که من فکر می کردم بود؟ بک و ایس با شیوه های شناختی و عقلایی هیجانی شان به جایگزینی تفکر غیرمنطقی و غیرعقلانی با اندیشه های منطقی دارند. بطور مثال فرد می آموزد در مقابل هر فکر غیرمعقول، اندیشه ای معقول را جایگزین کند مثلاً در مقابل این فکر غیرمنطقی که تون صدایم وحشتناک است و مرا شرمند می کند این دیده منطقی که «درست است که صدای خیلی مطلوبی ندارم اما مکانیک شاد و شنگولی هستم» و یا در مقابل این جمله که «تاسی سرم خیلی زشت به نظر می رسد» این جمله که «فکر و شخصیتم، تاسی سرم را می پوشاند».

در نهایت افراد افسرده، از اسنادهای متعددی استفاده می کنند که ممکن است در ابتدا بنظر غیر قابل تغییر برسند (توانایی اندک بدشمنی، دیگران بر علیه من هستند) اما به این علل، می توان با دید قابل اصلاح نگرست (با یادگیری مهارتها)، می توان سعی کرد فهرستی از موفقیت های هفتگی و شرحی از آنها را در قالب ویژگیها و مهارتهای شخصی به روی کاغذ آورده مثلاً: نمراتم در درس ریاضی و علوم اجتماعی بالا رفت چون یاد گرفتم هر روز وقت خود را سازماندهی کنم تا از مطالعه عناوین لذت ببرم. داشتن چند هدف مهم زندگی، با معنا بخشیدن به زندگی، فرد را مجبور می کند به دنبال دانش، مهارت و مدل های نقش مورد نیاز بگردد و در نهایت پس از دستیابی به اهداف فرد به غرور ناشی از خود کارآمدی می رسد.

۱۲-۲- مروری بر پژوهشهای پیشین

تحقیقات انجام شده در ایران

نوری (۱۳۷۴) به بررسی اثرات آموزشی تنیدگی زدایی بر عوامل اضطرابی بی شخصیت پرداخت و نتیجه گرفت از میان ۵ مولفه اضطرابی شخصیت (اضطراب کلی، اضطراب پنهان

در گه اضطرابی، اضطراب آشکار و حالت اضطرابی) به خود دومولفه Q_3 و C بقیه عوامل اضطرابی شخصیت تحت تاثیر آموزش تنش زدایی در افراد مضطرب تقلیل می یابند.

فتوحی (۱۳۸۰) در بررسی اثربخشی آموزش ابراز وجود به شیوه گروهی در افزایش توان مقابله با استرس دانش آموزان دختر دبیرستانی به این نتیجه رسید که آموزش ابراز وجود به شیوه گروهی توان مقابله با استرس دانش آموزان دختر را افزایش می دهد که این افزایش در تمامی مقیاس های ره های مقابله با استرس تائید گردید.

جابر قادری (۱۳۸۰) در مقایسه میزان اثربخشی آموزشی ایمن سازی در برابر استرس و حساسیت و حساسیت زادی بوسیله حرکت چشم و بازپردازی در کاهش علائم آسیب دیدگی روانی کودکان آنرا دیده جنسی دریافت در آن گروه از کودکان که تحت تاثیر آموزش ایمن سازی در برابر استرس قرار گرفته بودند فقط در پرسشنامه علائم اختلال استرس پس از سانحه (فرم والدین)، تفاوت معناداری حاصل شد یعنی این درمان موجب بهبود علائم درون گرایانه و برون گرایانه و رفتارها و افکار مزاحم و اجتنابی می شود اما آن گروه کودکان که تحت تاثیر درمان حساسیت زدایی از طریق حرکت چشم و بازپردازی قرار گرفته بودند، در هر دو پرسشنامه استس پس از سانحه (فرم والدین و فرم کودک) بهبودی قابل ملاحظه ای را نشان دادند. یعنی این شیوه منجر به بهبود علائم درون گرایانه و علائم جسمی و احساس آسیب به خود و افسردگی شده است.

خاتمی زاده (۱۳۷۵) در بررسی تاثیر شیوه شناخت درمانی "بک" بر کاهش اضطراب دانش آموزان دختر به این نتیجه رسید که شیوه شناخت درمانی گروهی بک نتوانست اضطراب دانش آموزان دختر مقطع متوسطه را کاهش دهد.

رابطه سبک های اسناد و شیوه کنار آیی با استرس

شیرازی (۱۳۷۸) به بررسی و تحقیق پیرامون شیوه های مقابله (کنار آمدن) با تنش روانی و ارتباط آن با اسناد های علم و سلامت روان دانش آموزان تیزهوش و عادی شهر اهواز پرداخت. نتایج این تحقیق نشان داد که رابطه معناداری بین شیوه های مقابله و مکان کنترل دانش آموزان تیزهوش وجود ندارد و در صورتی که این رابطه در دانش آموزان عادی دیده می شود. همچنین در دانش آموزان تیزهوش و عادی رابطه معناداری بین شیوه های مقابله و سلامت روان وجود دارد. واکثر دانش آموزانی که شیوه مقابله ای متمرکز بر مسئله دارند اس سلامت روان بیشتری

برخوردارند و کلیه دانش آموزانی که شیوه مقابله ای متمرکز بر هیجان دارند، مشکوک به اختلالات روانی اند.

شعاع (۱۳۸۲) در مقایسه رابطه منبع کنترل با فشارروانی و شیوه های مقابله با آن در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس و افراد سالم به نتایجی حاکی از معنادار بودن رابطه بیماری مولتیپل اسکروزیس با سبک مقابله ای (کنار آیی) متمرکز بر هیجان رسید به این معنا که بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس نسبت به افراد سالم بیشتر از سبک مقابله ای متمرکز بر هیجان استفاده کرده اند و در مورد این فرض که بیماران مبتلا به بیماری مولتیپل اسکروزیس از منبع کنترل بیرونی بیشتر بهره می گیرند

امینی خوئی (۷۷) در بررسی و مقایسه منبع کنترل، شیوه های مقابله ای و باورهای غیرمنطقی در بین دو گروه معتادان و افراد عادی (غیر معتاد) دریافت منبع گروه معتاد در مقایسه با افراد غیر معتاد جهت گیری بیرونی تری دارد، اما در مورد شیوه های مقابله ای (هیجان محور- مساله محور) بین دو گروه تفاوت معنی داری مشاهده کرد اما این تفاوت را چشمگیر نیافت به عبارتی هیجان محور بودن شیوه های مقابله ای میان میانگین های مورد مقایسه تفاوت معناداری بدست نیامد. گروه معتاد مورد تأیید واقع نشد همچنین در زمینه باورهای غیرمنطقی ملاحظه نمود که بین دو گروه معتادان و افراد عادی در باور ضرورت تأیید و حمایت از جانب دیگران تفاوت معنی داری وجود دارد در باور تأیید و حمایت از جانب دیگران، انتظار بالا از خود، نگرانی توام با اضطراب، اجتناب از مشکلات، وابستگی به دیگران، درماندگی نسبت به تغییر تفاوت معنی داری وجود دارد.

نظری (۷۴) در بررسی سبک اسنادی (نظریه تجدید شده درماندگی آموخته شده) در زنان افسرده و مضطرب و مقایسه آن با زنان عادی به این نتیجه رسید که سبک اسنادی زنانی افسرده در مقایسه با زنان عادی را برای حوادث به درونی تر پایدارتر و کلی تر است. همچنین اسناد زنان افسرده در مقایسه با زنان عادی برای حوادث خوب بیرونی تر، ناپایدارتر و اختصاصی تر است. در ارتباط با زنان مضطرب به این نتیجه رسید که اسناد آنها برای حوادث بد درونی تر، پایدارتر و کلی تر است و برای حوادث خوب بیرونی تر، ناپایدارتر و اختصاصی تر است.

بررسی ها در زمینه شیوه های کنار آیی با استرس

حکمت پور (۱۳۸۰) با بررسی رابطه میان استرس و سبک های مقابله ای در دانشجویان با زن و مرد شهرستانی و تهرانی دریافت رابطه معناداری میزان استرس و سبک های مقابله مسئله مدار

و هیجان مدار و اجتنابی وجود دارد. به این ترتیب که بین میزان استرس و دانشجویان و میزان استفاده از سبک ای مقابله ای مختلف رابطه همبستگی معناداری برقرار است. این رابطه در مورد سبک مقابله ای مسئله مدار منفی و سبکهای هیجانی مدار و اجتنابی، مثبت می باشد. اولین میزان استرس دو گروه دانشجویان شهرستانی و تهرانی تفاوت مشاهده کرد. دانشجویان شهرستانی با عوامل استرس زای بیشتری روبرو هستند که علت آن دوری از خانواده و در اختیار داشتن منابع حمایتی کمتری است، بنابراین استرس بیشتری را تجربه می کنند. در ادامه دانشجویان زن عموماً هیجانی تر و عاطفی تر بوده و در مواجهه با رویدادهای استرس زا هیجانی تر از مردان برخورد می کنند، همچنین بیشتر از مردان به اجتماع و افراد دیگری روی می آورند.

توانگر (۱۳۷۳) به مطالعه شیوه های مقابله جانبازان شهر یزد پرداخت وی نتیجه گیری نمود که جانبازانی که در حال حاضر به گونه ای از ناراحتی عصبی و اختلال رفتاری شکایت دارند به طرز معناداری بیشتر از روش اجتناب و گریز و کمتر از روش های خویشتن داری و حل مسئله برنامه ریزی شده استفاده می کنند. همچنین جانبازانی که در حال حاضر از ناراحتی عصبی و اختلالات رفتاری شاکی نیستند بطور معنی داری از روش اجتناب و گریز و بیشتر از روش های خویشتن داری و حل مسئله برنامه ریزی شده استفاده می کنند. فاضل (۱۳۸۱) در رابطه کارآیی خانواده و راهبردهای مقابله با استرس نوجوانان فاقد واجد پدرشهر تهران دریافت که راهبردهای حمایت اجتماعی، تعلق و تفکر آرزومندانه در هیچ کدام از بخش ها (آزمونی ای فاقد پدر و کلیه آزمونی ها) با کارآیی خانواده رابطه همبستگی معنی داری نداشتند ولی بقیه راهبردها دریک، دو یا هر سه بخش با کارآیی خانواده رابطه همبستگی داشتند. همچنین بین راهبردهای کنارنیامدن، کاهش تنش، نادیده گرفتن و خودداری در نوجوانان فاقد و واجد پدر تفاوت معناداری مشاهده شد. ولی بین نوجوانان فاقد و واجد پدر در میزان استفاده از سبک های مقابله ای تفاوت معناداری مشاهده نشد.

قمری (۱۳۸۲) با مقایسه شیوه های مقابله با استرس و سلامت روانی مادران دانش آموزان عقب مانده ذهنی و مادران دانش آموزان عادی شهر تهران مشاهده نمود که در شیوه مقابله هیجانی با استرس بین مادران دانش آموزان عقب مانده و عادی تفاوت وجود دارد و مادران دانش آموزان عقب مانده نسبت به مادران دانش آموزان عادی از شیوه مقابله هیجانی بیشتر استفاده می کنند. او همچنین دریافت که بین شیوه های مقابله ای هیجانی و سلامت روان

همبستگی معکوس وجود دارد. این شیوه شناختی مقابله و سلامت روان همبستگی مثبت و مستقیم وجود دارد.

یاراحمدی (۱۳۸۲) در بررسی رابطه بین عوامل شخصیتی و شیوه مقابله با استرس در دانش آموزان شهرستان سنندج نتیجه گرفت که بین عامل شخصیتی دلبز بودن و شیوه مقابله مسئله وار و همچنین بین عامل شخصیتی روان نژندی و شیوه مقبله ای هیجان مدار همبستگی معناداری وجود دارد.

اشتری (۱۳۷۶) با بررسی راههای مقابله با استرس در افراد مستعد و غیر مستعد به بیماری عروق کرونر قلب در دانشجویان مرد پزشکی به این نتیجه رسید که بین راههای مقابله هیجان محور در پرشکان مرد مستعد به بیماریهای کرونر قلب تفاوت وجود ندارد.

کافی (۱۳۷۵) در بررسی رابطه شیوه های رویارویی با تنیدگی با سلامت روانی در نوجوانان مدارس عادی و خاص به این نتیجه رسیده است که نوجوانانی که میزان ناراحتی آنها از تنیدگی کمتر است از سلامت روانی بیشتر برخوردارند و آنانی که در برخورد با تنیدگی از شیوه های رویاروی متمرکز بر مسئله استفاده می کنند به طور معناداری از نوجوانانی که از رویارویی های متمرکز بر هیجان با تنیدگی از شیوه های رویارویی متمرکز بر مسئله استفاده می کند به طور معناداری از نوجوانانی که از رویارویی های متمرکز بر هیجان استفاده می کنند از سلامت روانی بیشتری برخوردارند. در مورد نوع تنیدگی ها به استثنای تنیدگی های خانوادگی سایر تنیدگی های تحصیلی، فردی، اقتصادی، همسالان، نوجوان شاغل به تحصیل در مدارس عادی با نوجوانان شاغل به تحصیل در مدارس خاص متفاوت بود.

محمدیان (۱۳۷۴) در بررسی رابطه بین ویژگیهای شخصیتی، استرس، شیوه های مقابله با خودکشی در افراد اقدام کننده شهر ایلام این نتایج را بدست آورده است. افراد اقدام کننده به خودکشی با رویدادهای استرس زایی بیشتری مواجه بوده اند.

مروری بر پژوهشهای انجام شده در خارج

الف- آموزش مهارتهای مدیریت براسترس:

تیمرمن^۱ و همکاران (۱۹۹۸) به بررسی اثرات برنامه آموزشی مدیریت براسترس در افراد بدون شکایات بهداشتی (روانی) جدی اما با یک شانس فزاینده ای برای رشد آنها بعنوان پیامد استرس پرداختند. در این مطالعه آزمودنیها بطور تصادفی از جامعه ای شلوغ انتخاب شده و

¹. Timmerman

سپس برای شرکت در برنامه آموزی غربالگری شدند. برنامه آموزشی در بردارنده چند عامل خطر بهداشتی (روانی) بوده که می توانست به آنها اسناد داده شود عواملی چون: رویدادهای گذشته زندگی، روان رنجورخویی، عدم جرات سبک کنار آیی اجتنابی و فقدان حمایت اجتماعی. نتایج نشان داد گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، از نظر معناداری، فشارروانی کم، اضطراب کم، گرفتاریهای روزانه کم، جرات بیشتر و رضایت بیشتر توام با حمایت اجتماعی را در پیگیری گزارش کردند، اما در مهارتهای کنار آیی هردو گروه تغییرات معناداری وجود نداشت.

دیویدسون^۱ و همکاران (۱۹۹۷) به آموزش مهارتهای کنار آیی^۲ به نوجوانان مبتلا به دیابت شیرین وابسته به انسولین باهدف مروری بر استفاده از او کاربرد آموزش مهارتهای کنار آیی با آموزش راههای موثر جهت مدیریت براسترس زاهایی که در رابطه با دیابت شیرین (وابسته به انسولین) هستند، پرداختند. جامعه شرکت کننده در این پژوهش نوجوانان ۱۳-۲۰ ساله و آموزشی توسط دانشجویان پرستاری دانشگاه ییل انجام می شد. نتایج نشان داد آموزش به نوجوانان دیابتی جهت استفاده مناسب از مهارتهای کنار آیی ممکن است به آنها کمک کنند تا سازگاری طولانی مدت سالمی با دیابت داشته باشند.

کانینگهام^۳، براندون^۴ و فراید نبرگ (۲۰۰۲) در مطالعه ای به بررسی اثربخشی برنامه جامع مدرسه مدار آموزشی تفکر خوش بینی جهت افزایش منابع راهکارهای کنار آیی کودکان (در مرحله پیش نوجوانی) پرداختند. این برنامه که بر مبنای الگوگیری از معلمان و آموزش مهارتهای تفکر خوش بینی قرار داشت روان شناسان مدرسه همراه، با معلمین کلاسی برنامه ای ۸ هفته ای را به دانش آموزان کلاس پنجم و ششم به صورت گروههای کلاسی و به عنوان بخشی از برنامه عادی مدرسه، به اجرا درآوردند. نتایج این تحقیق نشان داد کودکان شرکت کرده در این برنامه بهبودی معنی دار را در کارآمدی کنار آیی و کاهش سبک های اسنادی افسرده وار و راهکارهای کنار آیی غیرسازنده (اجتنابی) همچون نگرانی، تفکر آرزومندانه، نداشتن کنار آیی، نادیده انگاری مشکلات، در مقایسه با گروه کنترل نشان دادند. این نتایج از اجرای برنامه های

¹. Davedson

². coping – skills training

³. Cunningham

⁴. Brandon

عملی کم هزینه غیر مضر در محیط های مدرسه که سلامت روان تمام نوجوانان را هدف قرار می دهد، حمایت می کند.

پژوهش انجام شده توسط کریست^۱ همکاران (۲۰۰۲) روی نوجوانان داغدیده ناشی از مرگ یک والد در واقعه یازدهم سپتامبر نشان داد که چگونه متخصصین سلامت می توانند راهکارهای کنارآیی نوجوانان را حمایت کرده و خانواده در آماده نموده تا سبب تسهیل حس تفوق نوجوانان شده که خود ناشی از تکالیف سازگار شدن با مرحله نهایی بیماری والدین، مرگ و پس از آن می باشد.

هاردین^۲ (۲۰۰۲) در تحقیقی پیرامون اثرات مداخله ای طولانی مدت پرستاری روانی اجتماعی^۳ بر نوجوانانی که در معرض استرس ناشی از واقعه ناگوار قرار گرفته بودند افزایش درک آنها از استرس و افزایش خود کاری آمده و حمایت اجتماعی شان کاهش فشار روانی نوجوانان را در پی داشت.

ب) تحقیقات پیرامون راهکارهای کنارآیی:

مطالعه که توسط الندیک^۴ و همکاران (۲۰۰۱) انجام شد، ارتباط میان رویدادهای منفی زندگی، سبک اسنادی منفی کنارآمدن اجتنابی و سطح تری را در ۹۹ کودک که از حادثه آتش سوزی ساختمان جان سالمی بدر برده بودند را نشان داد آنها نتیجه گرفتند این عوامل پیش بینی کننده سطح ترس در این کودکان بود.

مطالعه آئالتو^۵ (۲۰۰۲) و همکاران نشان داد که رگه اضطراب، سبک های دفاعی، رویدادهای زندگی، عزت نفس و علائم بدنی (سوماتیک) ۵ عامل خطر بهداشت روانی در نوجوانی و پیش بینی کننده های فشار روانی در بزرگسالی هستند به گونه ای که نمرات بالایی را در آزمون GHQ بزرگسالی را به همراه دارند. زنان (۳۶٪) نسبت به مردان (۲۳٪) به احتمال بیشتری تحت فشار بودند. نتایج نشان می دهد رگه اضطراب پیش بینی کننده مهم فشار روانی است. تفاوت های مبتنی در دیگر پیش بینی کننده ها نشان دهنده تفاوت های مبتنی در راهکارهای کنارآیی است.

¹. Krist

². Hardin

³. psychosocial nursing

⁴. Ollendick

⁵. Aalto

مطالعه لويس^۱، برواو^۲ و ساندرا^۳ (۲۰۰۲) در مورد راهکارهای کنارآبی دختران نوجوان مبتلا به HIV/AIDS نشان داد. از راهکارهای گوش دادن به موسیقی، تفکر در مورد موضوعات خوب، خود تصمیم گیری در امور، صمیمی بودن با فردی که از آنها مراقبت می کند، خوابیدن، تلاش برای پرداختن به مشکلات خوردن، تماشای تلویزیون، رویای نیمروزی و دعا استفاده می کنند. این نوجوانان همچنین گزارش کرده اند، استفاده کمی از راهکارهای غیر انطباقی نظیر استفاده از الکل و مواد مخدر داشته اند.

مک لالوچ و همکاران (۱۹۹۴) به نقل از توکلی (۱۳۷۷) به مطالعه کنش های روانشناختی افراد افسرده خود پرداختند. آنها به این نتیجه رسیدند که راهبردهای مقابله ای مورد استفاده این بیماران عمدتاً شامل مواردی از تفکر آرزومندانه و خود متهم سنی است نتایج مطالعه دیگری در زمینه راهبردهای خود انگیزه مقابله و ادراک اضطراب توسط بیماران تحت جراحی قلب بیانگر آن بود که مقابله فعل پذیر و بازسازی چهارچوب به شکل مثبت با اضطراب کمتر مرتبط است بیماران که در طی درمان مکرراً راهبردهای مقابله ای خود را تغییر می دادند درمقایسه با آنان که دارای رویکردهای دائمی مقابله بودند، اضطراب کمتری را تجربه می کردند.

ژاکوبز و همکاران (۱۹۹۴) به نقل از فاضل (۱۳۸۱) در مورد ۶۷ نفر کسانی که همسر خود را از دست داده یا همسرانشان مبتلا به بیماری بودند که زندگی شان را تهدید می کرد به مطالعه پرداختند، نتایج پس از ۱۳ ماه بیانگر این واقعیت بود که کسانی که کمتر از روش برنامه ریزی متمرکز بر مسئله استفاده می کردند نمرات بالاتری در مقیاس افسردگی داشتند و پس از ۲۵ ماه نیز مقابله به شیوه خود متهم سازی با نمرات استیصال جدایی رابطه معکوس را نشان داد.

فولکمن و لازاروس (۱۹۸۶) به این نتیجه رسیدند که زوجهای مبتلا به افسردگی نسبتاً شدید، از شیوه مقابله اجتنابی استفاده کردند و تمایل دارند با موقعیت ها و رویدادها به طریق غیر یاری رسانی، پرخشگرانه و غیر فعال مواجه شدند.

فورسیت و کامپاس (۱۹۷۸) دریافتند زمانی که موقعیت توسط فرد قابل کنترل ارزیابی شود، استفاده از مقابله مسئله مدار با نشانه های روانشناختی کمتر مرتبط بوده و برعکس زمانی که موقعیت غیرقابل کنترل ارزیابی شود، مقابله مسئله مدار با آشفتگی بیشتر در ارتباط است. مقابله

1. Lewis

2. Brawo

3. Sandra

از طریق روش های اجتنابی نیز زمانی که وقایع غیر قابل کنترل ارزیابی می شوند با نشانه های روانشناختی کمتر و زمانی که وقایع کنترل تر ارزیابی می شوند بانشانه های روانشناختی بیشتر در ارتباط بود.

بلیک^۱ و واندیور^۲ (۱۹۸۸) در تحقیقی باعنوان ارتباط تندرستی با تغییرات استرس زای زندگی، حمایت اجتماعی و مقابله به این نتیجه رسیدند که استفاده از مقابله شناختی فعال بطور مستقیم و استفاده از مقابله اجتنابی با حالات تندرستی رابطه معکوس دارد. فولکمن و لازاروس (۱۹۸۰) رابطه معناداری بین حالات هیجانی و سبک های مقابله ای و هیجان مدار گزارش کردند. در حالی که سبک های مقابله ای اجتنابی با حالات هیجانی بد در ارتباط بود.

بیلینگز و موس (۱۹۸۴) گزارش کردند مقابله از طریق حل مسئله فعال یا بازساخت دهی معنای وقایع با نشانه های عدم تندرستی کمتر و مقابله (کنار آیی) اجتنابی با نشانه های بیشتری در ارتباط بود.

بریک^۳ و دیگران (۱۹۹۲) به این نتیجه رسیدند که دانشجویان افسرده در مقایسه با دانشجویان غیر افسرده فاقد بسیار از مهارت های بین فردی بوده و دانشگاهی آنها جلوگیری می کند در خواست های غیر منطقی برای خود و دیگران ایجاد کرده اند و از مسائل انگیزشی که از موفقیت رنج می باشند.

¹. Black

². Vandiuier

³. Brack

خلاصه

در این فصل مبنای نظری و یافته های پژوهش در رابطه با عناوین تحقیق به قرار زیر بررسی شد:

الف - استرس از جنبه های محرک، پاسخ و تعاملی بررسی شده سپس به تشریح ویژگیهای استرس نوجوانی، عوامل موثر بر آن و نشانه های آن در نوجوانی پرداخته شد.

ب - کنار آمدن با استرس: کنار آمدن از دیدگاه لازاروس، همچنین عوامل موثر بر کنار آیی و استرس، شامل حمایت اجتماعی، تفاوت های فردی و عزت نفس بررسی شد.

ج - سبک اسناد، سبک اسناد به طور کلی و جنبه های مختلف آن تشریح شد.

د - سلامت روان و نشانگان آن از دیدگاه کی یس و لوپز بررسی شد.

و - آموزش مهارت های مدیریت بر استرس و مضامین گنجانیده شده در این عنوان آموزشی

مفصلاً تشریح شد.

ه - در پایان یافته های پژوهشی در ایران و خارج آورده شد.

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoocn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید

Filename: Document1

Directory:

Template: C:\Documents and Settings\hadi tahaghoghi\Application
Data\Microsoft\Templates\Normal.dotm

Title:

Subject:

Author: ww

Keywords:

Comments:

Creation Date: 4/12/2012 12:52:00 AM

Change Number: 1

Last Saved On:

Last Saved By: hadi tahaghoghi

Total Editing Time: 0 Minutes

Last Printed On: 4/12/2012 12:52:00 AM

As of Last Complete Printing

Number of Pages: 71

Number of Words: 17,720 (approx.)

Number of Characters: 101,010 (approx.)