



دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

دانشگاه تهران

بررسی رابطه بین عوامل تنش‌زا و نشانگان استرس در جوانان و راه‌های مقابله با آن

مسئول طرح:

دکتر محمد خدایاری فرد

همکاران:

دکتر باقر غباری بناب

دکتر محسن شکوهی یکتا

مشاور:

دکتر مرتضی نصفت

دستیار:

خانم یاسمین عابدینی

با پشتیبانی اجرایی دانشگاه تهران

۱۳۷۹

تشکر و قدردانی

نقش تنیدگی‌های روانی - اجتماعی به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل پیدایش و شکل‌گیری بیماری‌ها و مرگ و میر افراد همواره مطرح بوده است. امروزه نقش تنیدگی از حد یک عامل شناخته شده در سبب‌شناسی تعدادی از بیماری‌های روانی بسیار فراتر رفته و به عنوان یکی از عوامل پیدایش اختلال‌های روان تنی و حتی بیمارهای جسمی مورد بحث است. در این زمینه میتوان به ارتباط رویدادهای تنیدگی‌زا با ناراحتی‌های قلبی، پوستی، دستگاه ایمنی و بیماری‌هایی همچون زخم معده و سرطان اشاره داشت. از طرفی ارزیابی شیوه‌های رویارویی نقش مهمی در سازگاری روان شناختی افراد دارد. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که افرادی که بر مهارت‌های حل مسئله متمرکز می‌شوند در موقعیت‌های تنیدگی‌زا شواهد کمتری از آشفتگی را نشان می‌دهند. این افراد نسبت به کسانی که از رویارویی متمرکز بر هیجان استغاف می‌کنند تسلط بیشتری بر موقعیت دارند، بهتر می‌توانند خود را با شرایط دشوار سازگار کنند و نشانه‌های مرضی کمتری در آن‌ها بروز می‌کند. یکی از مراحل تحول که با فشارها و مشکلات زیادی همراه است دوران نوجوانی و جوانی است. این دوره به عنوان حساس‌ترین دوران زندگی است که با تغییر و تحولات مختلف جسمی، روانی و اجتماعی همراه است. انواع تنیدگی‌ها در دوره نوجوانی و جوانی، نحوه رویارویی و چگونگی تبیین نوجوانان از رویدادهای تنیدگی‌زا و ارتباط آن با سلامت روانی همواره موضوع پژوهش‌های مختلفی بوده است. تعیین عوامل ایجادکننده فشار روانی در نوجوانان و جوانان ایرانی، چگونگی رویارویی آن‌ها با انواع تنیدگی‌ها، نحوه ارزیابی آن‌ها از رویدادهای تنیدگی‌زا و شناسایی نشانگان استرس در جوانان، باتوجه به پژوهش‌های محدودی که در ایران انجام شده است به نظر می‌رسد موضوعی قابل بررسی باشد. به عنوان مجری طرح، با ساده‌ترین کلمات خدای خود را سپاس می‌گویم که توفیق کسب علم و آگاهی را نصیبم نموده است.

هم چنین لازم می‌بینم از کلیه همکاران عزیز و گرانقدری که در انجام این پروژه همکاری نموده‌اند نهایت تشکر و قدردانی را بنمایم. از آقایان دکتر باقر غباری بناب، دکتر محسن شکوهی یکتا، دکتر مرتضی نصفت، حجت الاسلام دکتر علینقی فقیهی و آقای دکتر احمد به پژوه و دکتر محمد جهانفر به واسطه پشتیبانی‌های معنوی و تشویق‌های بی دریغ شان قدردانی می‌کنم.

همچنین از کلیه خانم‌ها یاسمین عابدینی، نجم السادات مظفری، فرشته نقدی، معصومه مرتضوی و فاطمه ترکشوند و آقای محسن پاک نژاد به واسطه همکاری‌های بی دریغ شان تشکر و سپاسگزاری می‌نمایم.

فهرست مطالب

عنوان شماره صفحه

فصل اول: مقدمه	۱
طرح مسأله پژوهش	۲
اهمیت تربیتی پژوهش	۱۰
هدف‌های پژوهش	۱۲
سؤالات پژوهش	۱۳
فرضیه‌های پژوهش	۱۴
تعریف اصطلاحات و واژگان تخصصی پژوهش	۱۵
خلاصه فصل:	۲۰
فصل دوم: بررسی پیشینه پژوهش	۲۲
تاریخچه توجه محققان به تنیدگی روانی:	۲۳
فیزیولوژی تنیدگی روانی	۲۵
چرخه‌های فشار روانی	۳۰
تأثیر تنیدگی روانی بر روی نظام ایمنی	۳۵
تنیدگی روانی و سرطان	۳۸
استرس و بیماری کرونری قلب	۳۸

- ۳۹ استرس آزمایشی و بیماری کرونری قلب
- ۴۰ استرس رویدادهای زندگی و بیماری کرونری قلب
- ۴۱ تنیدگی روانی و پیامدهای مثبت سلامتی
- ۴۱ آیا تنیدگی روانی همان اضطراب است؟
- ۴۲ تنیدگی روانی و اختلالات سایکوسوماتیک
- ۴۲ تعریف اصطلاح سایکوسوماتیک
- ۴۳ علل اختلالات روان تنی
- ۴۶ انواع اختلالات روان تنی
- ۴۶ رابطه تنیدگی روانی و بیماری‌های روان‌تنی:
- ۴۸ تنیدگی روانی و اختلال روان‌پزشکی
- ۴۹ تنیدگی روانی و بیماری سازگاری
- ۵۰ استرس مفید
- ۵۱ ارتباط سخت‌رویی و تنیدگی روانی
- ۵۲ تعریف سخت‌رویی
- ۵۲ نقش سخت‌رویی در سلامتی:
- ۵۴ مکانیزم‌های تأثیر سخت‌رویی بر تنیدگی روانی
- ۵۸ نشانه‌های روان‌شناختی تنیدگی روانی
- ۵۹ تفاوت‌های فردی در برخورد با تنیدگی روانی
- ۶۳ برای کنترل تنیدگی روانی چه کارهایی می‌توانیم انجام دهیم؟

تأثیر مثبت‌نگری در کاهش تنیدگی روانی.....	۶۳
نقش آرام‌سازی در کاهش و کنترل تنیدگی روانی.....	۶۳
راهبردهایی در مورد چگونگی آرام‌سازی.....	۶۴
نقش خواب در کنترل تنیدگی روانی.....	۶۵
نقش فعالیت بدنی در کاهش تنیدگی روانی.....	۶۵
چگونگی اثر پس‌خوراند زیستی در کنترل تنیدگی روانی.....	۶۵
دارو درمانی تنیدگی روانی.....	۶۶
آرام‌بخش‌ها.....	۶۷
جذب و دفع آرام‌بخش‌ها.....	۶۸
لورازپام و اکزازپام.....	۶۸
فعالیت فارماکولوژیک.....	۶۹
اثر بنزودیازپین‌ها.....	۶۹
درمان تنیدگی روانی از طریق درمان خودتنظیم (درمان‌گری مبتنی بر خود‌نظم‌بخشی).....	۷۰
روشهای اندازه‌گیری تنیدگی روانی.....	۷۱
رویدادهای استرس‌زا و درماندگی آموخته شده.....	۷۷
نظریه درماندگی آموخته شده:.....	۷۸
فرمول‌بندی عمر و درماندگی آموخته شده براساس نظریه اسناد.....	۷۸
نظریه ناامیدی.....	۷۸
اسناد و درماندگی آموخته شده.....	۷۹

- ۸۰ تنیدگی روانی و جو سازمانی
- ۸۱ تنیدگی روانی و مدیران
- ۸۲ تنیدگی روانی و معلمان
- ۸۲ رابطه مدیران، تنیدگی روانی و جو سازمانی
- ۸۵ منابع تنیدگی روانی
- ۸۷ رابطه تنیدگی روانی با جنایت و خودکشی
- ۸۹ تنیدگی روانی و خودکشی
- ۹۲ موارد کاربردی و پیشگیرانه تحقیق در زمینه شیوه‌های مقابله
- ۹۳ نظریه سلیه
- ۹۵ مطالعات انجام شده در زمینه تنیدگی
- ۹۹ نشانگان استرس
- ۱۰۷ استرس و عفونت
- ۱۰۷ جنبه‌های روان‌شناختی سیستم ایمنی بدن
- ۱۱۳ خلاصه نتایج برخی از پژوهش‌های انجام شده در خارج از کشور

فصل اول: مقدمه

طرح مسأله پژوهش

در زندگی امروزی بیش از هر زمان دیگر شاهد تنیدگی یا فشار روانی و عوارض ناشی از آن هستیم. همه ما دور و نزدیک، کم و بیش، خواسته و ناخواسته در طول زندگی خود با فشارهای روانی متعددی مواجه شده یا می‌شویم. فشار روانی در هر سن متفاوت است. ناتوانی‌های دوران طفولیت، مسائلی که به هنگام نوجوانی پیش می‌آید و فشارهایی که در زمان پیری احساس می‌شود. تقریباً اکثر مردم تصور می‌کنند که می‌دانند فشار روانی چیست، ولی عده نسبتاً معدودی درک صحیحی از آن دارند، از اثرات فشار روانی در بدن آگاه بوده و می‌دانند چگونه می‌توان آن را کنترل کرد، با آن کنار آمد و حتی از آن به نفع خود استفاده کرد.

گاهی رویدادهای بد و ناگواری در زندگی هرکس اتفاق می‌افتد که آرامش جسمی و روانی وی را بر هم می‌زند و معمولاً باعث می‌شود که برای رهایی از این حالت روش‌ها و راه‌حل‌هایی به کارگیرد. این حالت که تنیدگی یا استرس نامیده می‌شود در اثر عواملی پیش می‌آید که تنیدگی‌زا هستند. رویدادهای تنیدگی‌زا در هر عصر و زمانی به شکل‌های مشخصی وجود داشته‌اند. مثلاً انسان‌های ماقبل تاریخ از حمله حیوانات وحشی یا مرگ در اثر گرسنگی، سرما یا بیماری، تنیدگی‌های زیادی را تحمل می‌کردند یا اینکه چندین قرن قبل تنیدگی ناشی از ابتلاء به بیماری طاعون که تمام مردم را از بین می‌برد وجود داشت با آنکه بشر همواره تنیدگی را تجربه کرده اما به نظر می‌رسد امروزه کمتر کسی است که با این مفهوم آشنا نباشد، چرا که عده زیادی هستند که از فشار ناشی از کار و زندگی صحبت می‌کنند و لذا می‌توان گفت که تنیدگی جزئی از زندگی روزمره و عادی آدمی است. به علاوه شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد مشکلات ناشی از رویدادهای تنیدگی‌زا در قرن بیستم به ویژه در کشورهای صنعتی و پیشرفته غربی افزایش یافته است (پاول و ان رایت ، ۱۹۹۱) تا جایی که بعضی از صاحب‌نظران، عصر ما را "عصر تنیدگی" نامیده‌اند (برزینتر و گلدبرگر ، ۱۹۹۲).

فشار روانی در شرایط و موقعیت‌های گوناگون پدید می‌آید: تحولات سریع در بسیاری از زمینه‌ها، رشد روزافزون جمعیت، تغییر در آداب و رسوم اجتماعی، مسایل مربوط به خانواده، خویشاوندان، مردود شدن در امتحانات، ازدواج، طلاق، مسکن، بیکاری، ورشکستگی، اسباب‌کشی، اختلافات زناشویی، ناسازگاریهای محیط کار، صدمات جسمی شدید، اعمال جراحی، بیماریهای صعب‌العلاج، زندانی شدن، مرگ عزیزان و... همه می‌توانند منشاء بروز مشکلات و ناراحتی‌های متعددی گردند که بعضی از آنها بیشتر جنبه جسمانی دارد و برخی دیگر بیشتر روانی است. بعضی از بحرانها ناگهانی و کوتاه مدت هستند در حالی که برخی دیگر تدریجی و طولانی مدت می‌باشند. به طور کلی فشار روانی و اضطراب جزء لاینفک زندگی انسان هستند. برخی از محققان (کمپل و سینگر ، ۱۹۷۹) معتقدند که اضطراب به مقدار کم برای ما مفید است، یادگیری را پایدارتر،

حافظه را نیرومندتر و عملکرد را بهتر می‌کند. در حقیقت استرس مثبت، نیروی محرکه لازم برای رعایت ضرب‌الاجلها یا تمام کردن به موقع کارها را فراهم می‌کند. از نظر ج. و. لانویل تنها مرده‌ها فاقد استرس هستند. استرس موجب سرگرمی فرد می‌شود و می‌تواند محرک و تشویق کننده باشد. تا زمانی که در فرد احساس کنترل وجود داشته باشد، استرس سودمند واقع می‌شود. دکترهانس سلیه یکی از بزرگترین محققانی است که در زمینه فشار روانی تحقیق کرده است، نتایج تحقیقات و بررسی‌های او نشان می‌دهد که عوامل فشارزا می‌توانند موجب پاسخ‌های جسمانی مختلف مانند افزایش فشار خون، آسیب دیدن بافت عضله، نازایی، توقف رشد، بازداری جنسی و بازداری دستگاه‌های ایمنی بدن شوند. افزایش فشار خون به نوبه خود می‌تواند موجب حمله قلبی و سکته مغزی شود. بازداری دستگاه ایمنی هم فرد را مستعد ابتلاء به انواع عفونتها و حتی سرطان می‌کند. (کارلسون، ۱۹۹۵) معتقد است که عوامل فشارزا ممکن است به پاسخ‌های روانی متعدد مانند اضطراب، افسردگی، نومیدی، بی‌قراری و احساس ناتوانی عمومی در سازش یافتگی با جهان منجر شوند.

محققان دیگر چون (استویوا و کارلسون، ۱۹۹۳؛ دیویدسن و نیل، ۱۹۹۰؛ کمپل و سینگر، ۱۹۷۹) نیز مواردی از قبیل زخم معده، دیابت، آسم، اختلال‌های پوستی، بی‌خوابی، سندرم روده تحریک‌پذیر، اضطراب عملکرد، بیماریهای کرونر قلبی، سردرد میگرنی، سردرد عصبی، آرتريت روماتوئید، تبخالهای عفونی و ویروسی، فلج اطفال، عفونتهای ادراری تناسلی، سرماخوردگی، ذات‌الریه، تب مالت، تومور، یادزدودگی، وسعت هراسی، افزایش کلسترول خون، تندخوئیهها و ریزش مو را به فهرست بیماریهای ناشی از فشار روانی افزوده‌اند.

یکی از موضوعات اساسی در ارتباط با فشارهای روانی، نحوه پاسخ یا واکنش به آنها است که در پژوهش‌های مربوط به این حیطه تحت عنوان روش‌های مقابله مورد بررسی قرار گرفته است. معمولاً پس از وقوع رویداد فشارزا افراد تلاش می‌کنند از یک یا چند روش مقابله استفاده کنند تا در سازگاری با موقعیت‌های دشوار و کاهش اثرات نامطلوب فشارهای روانی به آنان کمک کنند. شیوه‌هایی که فرد برای مقابله با فشار روانی انتخاب می‌کند جزئی از نیمرخ آسیب‌پذیری وی محسوب می‌شود. بکارگیری روشهای نامناسب در مواجهه با فشار روانی ممکن است موجب افزایش فشار روانی گردد. در حالی که بکارگیری شیوه‌های صحیح در رویارویی با آن می‌تواند نتایج مثبتی را بدنبال داشته باشد که مواردی از قبیل افزایش سطح حرمت خود، بیشتر شدن صبر و تحمل در قبال مشکلات و در مجموع تحول تمام ابعاد شخصیت و پویاتر گردیدن آن از جمله این موارد است.

جوانی بخشی از گستره زندگانی افراد است و زمانی است که افراد با یک سری از موانع و چالش‌های رشدی - تحولی روبرو می‌شوند، این چالش‌ها اولاً، شامل تکالیف مرسوم نظیر رشد هویت و شخصیت و

پیشرفت مستقل از خانواده، ایجاد ارتباط و هم‌رنگی با گروه همسالان می‌باشند، ثانیاً انتقال از دوران کودکی به دوران بزرگسالی که از طریق یک سری تغییرات جسمی - روانی ناشی از رشد شناختی مشخص می‌شود را شامل می‌شود. این دوره زمانی است که افراد باید نقش‌های اجتماعی را در گروه همسالان و در ارتباط با افراد جنس مخالف برآورده ساخته و بیاموزند، شرایط و لوازم مدرسه رفتن را رعایت و فراهم نمایند و برای آینده شغلی خویش تصمیم بگیرند... که هر کدام از این ملزومات تحولی و سازگارانه یک نوع توانایی مقابله را می‌طلبد که همانا راهبردهای رفتاری و شناختی برای انتقال مؤثر و سازگارانه می‌باشند. همه جوانان نگرانی‌هایی دارند که به طور معناداری بر زندگی آن‌ها اثر می‌گذارد، مثلاً مطالعات طولی، وجود ارتباط بین وقایع فشارزای زندگی و تضادهای، برخوردها و کشمکش‌های خانوادگی را با رفتارهای تخلف‌آمیز و خودتخریبی و انزوای اجتماعی در جوانان گزارش کرده‌اند (گرشن ، لانگر و آرسک ، ۱۹۷۴، به نقل از فریدنبرگ و لوئیز ، ۱۹۹۳). با وجود این، بر طبق الگوی تبادلی زندگی، استرس و فشار روانی یک جزء نرمال و یک قسمت عادی از زندگی است (لازاروس ، ۱۹۸۰، به نقل از فریدنبرگ و لوئیز، ۱۹۹۳). در این الگو استرس و فشار روانی، به صورت یک عدم توازن و تعادل بین تصورات افراد از تقاضاها و خواسته‌هایی که از آن‌ها می‌شود و بر آن‌ها فشار وارد می‌کند با تصورات آن‌ها از منابعی که برای مقابله با آن خواسته‌ها و تقاضا در اختیارشان است می‌باشد. تعداد جوانانی که نگرانی‌ها و مشکلاتی دارند که ممکن است آن‌ها را درهم شکسته و ناتوان نماید روبه افزایش است و نهایتاً مشکلاتی که بر ذهن، روان و فکر جوانان فشار وارد می‌سازد ممکن است منجر به افسردگی شدید و خودکشی آنان گردد. افزایش میزان خودکشی در جوانان بویژه در بین جوانان ۱۵ تا ۱۹ ساله به طور واضحی از طریق سازمان بهداشت جهانی در تحلیل این سازمان در سال ۱۹۸۹ به ثبت رسیده است (این گزارش در مجله عصر، اول فوریه، ۱۹۹۳ به ثبت رسیده است). جوانان و نوجوانانی که زیاد دست به خودکشی می‌زنند به دلیل آن است که آن‌ها نمی‌توانند با مشکلاتشان در یک زمان خاص مقابله نمایند و زمانی آن‌ها آسیب پذیرتر می‌شوند که فشار وارده بر آن‌ها و عدم اطمینان در آن‌ها افزایش یابد. چنانچه ذکر شد نوجوانی دوره انتقال از کودکی به بزرگسالی است و انتقال از یک دوره تحول به دوره دیگر معمولاً با تنیدگی‌هایی همراه است. چنانچه در بعضی از مطالعات گزارش شده است که نگرانی والدین درباره فرزندان که در سنین نوجوانی هستند بسیار زیاد است و در این زمینه تنیدگی‌های زیادی را متحمل می‌شوند (رستریو و براگنر ، ۱۹۹۱). لارسن و آسموسن (۱۹۹۱) ضمن بررسی جنبه‌های مختلف زندگی نوجوانان به این نتیجه رسیدند که بیشترین زمینه‌ای که در آنان تنیدگی ایجاد می‌کند به " خود آنان یعنی ویژگی‌ها، توانایی‌ها، تمایلات، حالات هیجانی، فعالیت‌ها و عملکردهایشان برمی‌گردد. فعالیت‌های تحصیلی و ارتباط با مسئولان در مدرسه، چگونگی گذراندن اوقات فراغت و نحوه ارتباط با اعضای خانواده نیز از جمله زمینه‌هایی است که میتواند عامل تنیدگی در جوانان شود. سایر حیطه‌های

تنیدگی‌ها عبارت از ارتباط با همسایه‌ها، افراد غریبه یا ناآشنا و همسالان است. مسایل خانوادگی و ارتباط با همسالان برای دختران بیشتر از پسران تنیدگی ایجاد می‌کند. کامپاز (b ۱۹۸۷) بعضی از تنیدگی‌ها از قبیل کشمکش‌های زیاد با والدین و از دست دادن دوستان را به تغییرات خاص دوره نوجوانی ارتباط داده است. هامبورگ (۱۹۹۰) معتقد است که تغییرات اجتماعی و محیطی سبب طولانی‌تر شدن دوره نوجوانی شده و اساساً مشکلاتی را ایجاد کرده است. تغییرات زیست‌شناختی در نوجوانان طی دو قرن گذشته در اثر کنترل عفونت‌ها و بهبود تغذیه به ویژه در جوامع پیشرفته میانگین سن بلوغ را پایین آورده است. به علاوه، تغییرات اجتماعی دو قرن اخیر از قبیل صنعتی شدن جوامع و نیاز به تحصیل سبب افزایش طول دوره نوجوانی شده است. این تغییرات باعث ناهماهنگی بین بلوغ فیزیولوژیک و بلوغ اجتماعی شده است. در حالی که فرد در آغاز نوجوانی به بلوغ فیزیولوژیک می‌رسد ولی هنوز از نظر تجربیات اجتماعی و فعالیت‌های شناختی به بلوغ لازم نرسیده است. هامبورگ اضافه می‌کند که کاهش شبکه‌های حمایت خانوادگی و اجتماعی تنیدگی‌های بیشتری را برای نوجوانان ایجاد کرده است. درحالی که در اجتماعات کوچک به دلیل شبکه‌های وسیع ارتباط خانوادگی و اجتماعی نوجوانان در مواقع تنیدگی مورد حمایت قرار می‌گیرند و روش‌های رویارویی و سازگاری مناسب به آن‌ها یاد داده می‌شود، در جامعه‌های معاصر مسایلی همچون پراکندگی و گستردگی خانواده‌ها، مهاجرت‌ها و افزایش خانواده‌های تک‌والدی منجر به از بین رفتن این شبکه‌های حمایتی شده است. در دوره نوجوانی روابط اجتماعی افراد گسترش می‌یابد و نیاز به استقلال و شکل دادن به هویت بیشتر می‌شود، این موضوع می‌تواند سبب تعارض نوجوانان با والدین شود که این تعارض، می‌تواند در زمینه کارهای معمولی روزمره، انجام فعالیت‌های تحصیلی، انتخاب لباس، ارتباط با برادران و خواهران و... باشد. عامل دیگر تنیدگی و تعارض والدین و نوجوانان به مفهوم شکاف نسل‌ها برمی‌گردد که همان تفاوت در ارزش‌ها، اعتقادات و رفتارهای نسل قدیم و جدید است (مونت مایر، ۱۹۹۰، به نقل از کافی، ۱۳۷۷). تنیدگی بین والدین و نوجوانان در نظریه نظام‌های خانوادگی مورد بررسی قرار گرفته است. براساس این نظریه خانواده واحد سازمانی پویایی است که اعضای آن نسبت به هم وابستگی متقابل دارند. نتیجه این وابستگی آن است که هرگونه تغییر در یک عضو خانواده سبب تغییراتی در سایر اعضای خانواده می‌شود.

دوره نوجوانی، دوره‌ای است که نوجوان باید خود را برای ورود به دانشگاه آماده نماید. از طرفی در دو سه دهه اخیر، رشد جمعیت باعث شده است که دانشگاه‌های کشور ظرفیت پذیرش تمام فارغ‌التحصیلان متوسطه را نداشته باشد. و همین امر باعث وارد شدن فشار زیادی بر نوجوانان جهت گذراندن کنکور ورودی دانشگاهها

شده است. پژوهش‌های متعددی نشان داده است که جوانان پس از ورود به دانشگاه نیز در معرض عوامل نامساعدی چون تشویش، نگرانی، اضطراب و استرس بوده‌اند و این عوامل موفقیت و پیشرفت تحصیلی آن‌ها را تهدید می‌کند و موجب می‌شود که تعدادی از آن‌ها در اتمام به موقع دوره تحصیلی خود ناموفق باشند. این عوامل را می‌توان به دودسته کلی طبقه‌بندی کرد، دسته اول عواملی است که به قبل از ورود فرد به دانشگاه مربوط می‌شود مانند توانایی‌های هوشی، کلامی، تمایلات، رغبت‌ها، وضعیت جسمانی و روانی، وضعیت اجتماعی - اقتصادی و فرهنگی و خانوادگی و میزان پایبندی به آداب و رسوم و... دسته دوم مربوط به حضور فرد در محیط دانشگاه می‌باشد. این عوامل ممکن است ناشی از عدم آشنایی به موقع با مقررات و آیین‌نامه‌های آموزشی، ناآشنایی با عنوانها و سرفصل‌های دروس، نامتناسب بودن میزان دشواری دروس با توانایی‌های دانشجویان، زندگی در خوابگاه، دورماندن از کانون خانواده و... باشد. می‌بینیم که عوامل و وقایع استرس‌زای دوران نوجوانی و جوانی بسیار متنوع و گوناگون بوده و ممکن است مثبت یا منفی باشند، حال باید دید که واکنش‌های ناشی از این عوامل فشارزا در جوانان چگونه است، زیرا اورگانیزم در جریان فشار روانی، ابزارهای دفاعی خود از جمله فرآیندهای ایمنی را در برابر تهاجم عوامل بیولوژیک به کار می‌اندازد که این همان واکنش اختصاصی بدن است. کانون از اولین محققانی بود که عوامل تنش‌زا را عامل اصلی برخی از بیماریها و نشانگان تنیدگی معرفی کرده است، هم‌چنین لازاروس معتقد است که نشانگان تنیدگی واکنش روانی و فیزیولوژیک در برابر شرایط سخت و تنش‌آور است و در حقیقت نوعی مبارزه است که درجه بروز آن به مدت، شدت، قابلیت پیش‌بینی، میزان کنترل، شروع ناگهانی و ارزیابی ذهنی فرد از وقایع ارتباط دارد. بنا به نظر سلیه نشانگان تنیدگی عکس‌العمل‌های فیزیکی، روانی و یا شیمیایی بدن در مقابل رویدادهای تنش‌زا و حساس برای انسان است. تحقیقات گوناگون بیانگر این واقعیت هستند که قرارگرفتن طولانی مدت در معرض رویدادهای تنش‌زا و فشارآور به تغییرات مهم فیزیولوژیکی و روانی و بروز نشانگان تنیدگی می‌انجامد، این حالت عدم تعادل و بی‌ثباتی در محیط داخلی بدن منجر به گسترش علائم و نشانگان اختصاصی می‌گردد، که این نشانگان به صورت روانی، جسمانی، رفتاری یا خانوادگی بروز می‌نماید. از سوی دیگر اتکینسون و همکاران (۱۹۸۳) در این زمینه اظهار می‌دارند: "هرگاه دستگاه عصبی خود مختار که کار بسیج بدن را در موقعیت‌های اضطراری بر عهده دارد برای مدت طولانی بی‌وقفه فعالیت کند، ممکن است برخی از نشانگان تنیدگی مانند زخمهای گوارشی، فشارخون و بیماری‌های قلبی بروز نماید". هم‌چنین مشاهده شده است که استعداد ابتلا به برخی از عفونتهای یروسی به دنبال فشارهای روانی گوناگون افزایش می‌یابد، به علاوه کورتیزول با از بین رفتن بافتهای لنفوئید که برای مبارزه با عوامل بیماری‌زا ضرورت دارند، دفاعهای ایمنی را ضعیف کرده و زمینه را برای عفونت مساعد می‌سازد. کرانول (۱۹۹۰) واکنش‌های ناشی از فشار روانی را چنین طبقه‌بندی کرده است:

- ۱ - واکنش‌های هیجانی (احساساتی شامل تحریک پذیری، خشم و خشونت، اضطراب، احساس ناامیدی، افسردگی نوسان خلق بین سرخوشی و افسردگی)
- ۲ - اختلال در فرآیند تفکر (ناتوانی در فکر کردن به طور واضح، که نمود آن در فرآیندهای دریافت اطلاعات، حل مسأله و تصمیم‌گیری، خلاقیت و بازیابی اطلاعات مشخص می‌شود.
- ۳ - نشانه‌های رفتاری (تغییر در رفتار) از قبیل اختلال‌های خواب، زیاده روی در نوشیدن الکل، افراط یا تفریط در خوردن. اجتناب از تماس با مردم، تغییر در وضع رانندگی
- ۴ - واکنش‌های مثبت (نشانه‌های مهار فشار)
- ۵ - بیماری‌های جسمانی شامل زخم (در ناحیه دهان) کلیت، اسهال، یبوست، سوء هاضمه، احساس سوزش در ناحیه قلب، زخم و دیابت (درمسیر هضم غذا)، تشن پیش از قاعدگی، ناتوانی جنسی و...
- عناصر شکل دهنده تفاوتها مواردی از قبیل ظرفیت جسمانی، طرز برداشت، واکنش پذیری و تجارب پیشین اشخاص می‌باشد، باتوجه به عناصر نام‌برده ممکن است برخی افراد موقعیتی را فشارآور به شمار آورند، در حالی که دیگران ارزیابی متفاوتی از موقعیت داشته باشند. بدین ترتیب نحوه ارزیابی و یا به عبارت دیگر چگونگی ادراک شخص از موقعیت است که در بروز عوارض فشار روانی تعیین کننده محسوب می‌گردد. کارلسون، (۱۹۹۵). تغییرات جسمی دوران بلوغ می‌تواند سبب تغییراتی در وضع روانی نوجوانان شود. براساس نظر سیمونز و همکاران (۱۹۸۷) آن دسته از تغییراتی که براساس تحول فرد به طور هم‌زمان در تمام نوجوانان پیش می‌آید به عنوان تغییرات عادی محسوب می‌شود و مشکل خاصی را ایجاد نمی‌کند. علاوه بر این امکان دارد برای یک نوجوان باتوجه به جنبه‌های خاص زندگی وی رویدادهایی اتفاق افتد که برای سایرین رخ نمی‌دهد. این نوع رویدادهای خاص در صورتی که با روش‌های رویارویی ناکارآمد همراه باشد می‌تواند سبب اختلال‌های روانی شود. (به نقل از گور و کولتن ، ۱۹۹۱). حدود بیست درصد نوجوانان یک اختلال قابل تشخیص روان‌پزشکی دارند. شایع‌ترین آن‌ها اختلال شخصیتی است و پس از آن اختلال سازگاری شایع‌تر است (کاپلان و سادوک ، ترجمه فارسی ۱۳۷۱). براساس نظر لوئیس (۱۹۹۱) تنیدگی‌های دوران نوجوانی می‌تواند سبب اختلال‌های شخصیتی، خلقی ، اختلال خوردن نظیر بی‌اشتهایی روانی یا پرخوری ، اختلال کردار و روان گسیختگی شود. اضطراب یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روانی در دوره نوجوانی است. به ندرت اتفاق می‌افتد که در خلال نوجوانی بحران‌های اضطراب مشاهده نگردند. نشانه‌های جسمانی (ناراحتی، رنگ پریدگی،

تعرق، مشکلات تنفسی، تسریع ضربان قلب، لرزش و جزآن تقریباً همواره با حالات اضطرابی نوجوان همراهند. به هنگام بروز اضطراب نوجوان بی‌پناه و درمانده است و نمی‌تواند علتی برای این حالت عاطفی خود بیابد. نشانه‌های هیستریکی نیز به هنگام بلوغ در دوره نوجوانی افزایش می‌یابد. (دادستان، ۱۳۷۰). احساس افسردگی در میان نوجوانان نسبتاً معمول است. ریشه‌های افسردگی نوجوانان بر اثر تجربه شکست‌های مکرر در طی زمان طولانی است. نوجوان ممکن است واقعاً برای حل مشکلات و رسیدن به اهداف خویش تلاش کرده باشد ولی به موفقیت دست نیافته باشد. احتمالاً غالب مواردی که نوجوان دست به خودکشی می‌زند ناشی از عدم موفقیت در تلاش‌های بی‌شماری است که برای حل مشکلاتش کرده است (ماسن و همکاران، ترجمه فارسی ۱۳۶۸). نوجوانانی که دست به خودکشی می‌زنند معمولاً تاریخچه طولانی مدتی مبنی بر عدم ثبات و ناسازگاری در خانواده دارند و آن‌چنان نسبت به والدین احساس بیگانگی می‌کنند که نمی‌توانند با آنان رابطه برقرار کنند یا از آنان کمک بخواهند. غالباً برای نزدیک شدن به دیگران و کمک عاطفی از آنان تلاش کرده‌اند ولی این روابط پایدار نبوده و منجر به احساس ناامیدی و انزوای آنان شده است. (ماسن و همکاران، ترجمه فارسی ۱۳۶۸). به نظر کامپاز (۱۹۸۷ a) بسیاری از رویدادهای اجتماعی و زیست‌شناختی در سن خاصی رخ می‌دهند. از جمله رویدادهایی که در کودکی و نوجوانی اتفاق می‌افتد شامل تغییرات جسمی، تغییر در دستگاه غدد درون‌ریز، تحول مغز، تحول دستگاه عصبی مرکزی، تغییر در نقش‌های اجتماعی و تغییر خانواده یا مدرسه است. چنین رویدادهایی جزء اصلی تحول نوجوان است و وقتی تنیدگی ایجاد می‌کند که فرد در گذراندن این رویدادها با مشکلاتی مواجه شود.

بیشترین پژوهش و بررسی را در زمینه تنیدگی سلیه انجام داده که از آن به عنوان پاسخ غیراختصاصی بدن به عوامل تنیدگی‌زا یاد کرده است. از طرفی لازاروس (۱۹۶۶) تنیدگی را از بعد محرک بودن آن مورد توجه قرار داده است و این در حالی است که در بعضی از مطالعات نیز از بعد پاسخ به تنیدگی توجه شده که در این صورت بر ارزیابی از تنیدگی و نحوه رویارویی با آن تأکید شده است. فلکمن و لازاروس (۱۹۸۶) راه‌های مقابله با تنیدگی را به دو دسته کلی روش‌های متمرکز بر مسئله و روش‌های متمرکز بر هیجان تقسیم کرده‌اند، در رویارویی متمرکز بر مسئله فرد به طور مستقیم بر رویداد تنیدگی‌زا تمرکز می‌کند تا آن را تغییر دهد و یا کنترل نماید ولی در روش متمرکز بر هیجان فرد سعی می‌کند هیجان‌های ناشی از تنیدگی را کنترل کند. بر مبنای پژوهش‌های مختلف و بررسی‌های فلکمن و لازاروس (۱۹۸۶) دیده شده است که در سازگاری با موقعیت تنیدگی‌زا، روش متمرکز بر مسئله مؤثرتر از روش متمرکز بر هیجان است. اینکه جوانان چگونه با عوامل فشارزا مقابله می‌کنند، به دفعات مورد بررسی قرار گرفته است و در سال‌های اخیر تلاش شده است که ابزارهای طراحی

شود که به طور دقیق‌تری رفتار مقابله در جوانان را انعکاس دهد (دایس - لویس ، ۱۹۹۸؛ کامپاز، مالکران و فانداکارو ، ۱۹۸۸).

در زمینه تنیدگی‌های دوره نوجوانی و چگونگی رویارویی با آن‌ها مسایلی نیز در سطح نظری مطرح شده است. هزلت و هرسن (۱۹۸۷) در کتابی با عنوان روان‌شناسی نوجوانی به شرح نظریه‌های مختلف پرداخته‌اند. آنافرود با تأکید بر نظریه روان‌تحلیل‌گری بیداری مجدد کشاننده‌های لیبیدویی را در تعارض‌ها و شورش‌های نوجوانی مؤثر می‌داند. ظهور کشاننده‌ها منجر به تقویت " نهاد " و تضعیف " من " می‌شود و در نتیجه در افزایش اضطراب، تنش‌ها و تشدید نوسانات عاطفی نقش دارد. آنافرود مکانیزم‌های دفاعی را به عنوان روش‌هایی می‌داند که نوجوان برای رویارویی با موقعیت‌های اضطرابی به کار می‌گیرد. با آنکه در بسیاری از دیدگاه‌های نظری بر وجود تنیدگی‌های دوره نوجوانی تأکید شده است، پژوهشگران علوم اجتماعی و مردم‌شناسان به این نتیجه رسیده‌اند که اساساً مشکلات نوجوانان متأثر از شرایط فرهنگی - اجتماعی است. زیرا رشد و تحول جوانان به خصوص در زمینه‌ها و صحنه‌های اجتماعی و در زمینه‌های عاطفی تحت تأثیر چرخش‌ها و تغییرات جامعه قرار داد. بر این اساس روش‌هایی که بزرگسالان و جوانان برای مقابله با نگرانی‌هایشان استفاده می‌کنند در سطح وسیعی متأثر از جامعه است وقتی که جوانان قادر نیستند به طور مؤثری با نگرانی‌هایشان مقابله کنند، رفتارشان نه تنها می‌تواند تأثیرات مضر بر زندگی خودشان داشته باشد بلکه می‌تواند اثرات مضر روی خانواده یا اجتماع بزرگتری که آن‌ها تابع آن هستند دارا باشد، بنابراین جامعه دلیل مهمی برای نگرانی خودش در مورد نگرانی‌ها و مشکلات جوانان و در مورد تسهیل کردن رشد راهبردهای مؤثر و سالم مقابله که ممکن است جوانان در ارتباط با نگرانی‌ها و مشکلاتشان از آن‌ها استفاده کنند را دارا می‌باشد. به علاوه به منظور پرورش دادن جوانان و بزرگسالانی که قادرند به طور مؤثری با نگرانی‌هایشان مقابله کنند، پژوهش در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد. از طرفی بسیار ضروری و مهم است که جوانان از رفتارها و راهبردهای مقابله‌ای خودشان آگاهی بیشتری پیدا کنند و بیشتر در مورد آن‌ها فکر کنند و بالتجربه بیشتر بتوانند راهبردهای مقابله‌ای خودشان را دچار تغییر نموده و اصلاح کنند. هم‌چنین با شناخت عوامل ایجادکننده فشار روانی و استرس در جوانان و نوجوانان می‌توان با اتخاذ سیاستهای پشتیبانی‌کننده و به طور کلی صورتهای مختلف حمایت‌های اجتماعی، زمینه را برای بازسازی و تخفیف ناراحتی‌های عاطفی و روانی آنان فراهم نمود. برقراری جریانهای حمایت‌کننده به طوری که بتواند جای خالی والدین، دوستان صمیمی و به طور کلی نزدیکان فرد را به نحو احسن پر کند، نقش بسیار مهمی در حفظ سلامت روانی جوانان خواهد داشت.

اهمیت تربیتی پژوهش

در قرن حاضر موضوع تنیدگی یکی از مهم‌ترین زمینه‌های پژوهشی در علوم مختلف بوده است. این موضوع توجه دانشمندان رشته‌های مختلف اعم از پزشکان، روان‌شناسان، فیزیولوژیست‌ها، زیست‌شناسان و جامعه‌شناسان را به خود جلب کرده و هرکدام جنبه‌هایی از مسایل مربوط به تنیدگی را مورد بررسی قرار داده‌اند. همکاری این متخصصان منجر به شکل‌گیری رشته‌های جدیدی همچون " روان‌شناسی بهداشت " و " طلب رفتاری " و " طب روان‌تنی " در دهه‌های اخیر شده که اثرات تنیدگی بر فعالیت‌های رفتاری، سلامتی و فیزیولوژیکی را مورد مطالعه قرار می‌دهند.

به دلیل گسترش عوامل استرس‌زا و کاهش توان مقابله انسان در برابر آنها، استرس به پدیده‌ای بسیار عظیم تبدیل شده است، از جمله مسایل و پدیده‌های مهمی که موجب بروز فشار روانی در افراد مختلف شده عبارتند از مهاجرت به شهرهای بزرگ، صنعتی شدن، تحولات شدید در علوم و فنون، افزایش جمعیت، عدم پایداری به آداب و سنن گذشته، تغییر شکل روابط خانوادگی، گسستن خانواده‌های گسترده، تحمیل جنگ بر ملت‌های نقاط مختلف جهان، اضطراب فراگیر در مورد جنگ هسته‌ای، فقر فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی، گرسنگی، بیماری، تغییر ارزش‌های فرهنگی و اجتماعی و... می‌باشد (فریدنبرگ و لوییز، ۱۹۹۳).

جوانان نیز به عنوان قسمت عظیمی از جامعه، پیوسته در معرض عوامل فشارزای متفاوتی هستند، برای فهم تفکر، احساس و رفتار جوانان، دست‌اندرکاران جامعه، روان‌شناسان و مربیان نیاز به به‌دست آوردن اطلاعاتی در مورد نگرانی‌های جوانان و تحلیل، طرق مختلفی که آن‌ها با مشکلاتشان مقابله می‌کنند دارند، این اطلاعات می‌توانند پایه و اساسی را برای فهم رفتار فردی و گروهی آن‌ها ایجاد کند.

روشهایی که جوانان برای مقابله با مشکلاتشان استفاده می‌کنند ممکن است یک الگوی کلی را

برای زندگی آنان ایجاد نماید، به علاوه اینکه جوانان چگونه برای آینده‌شان برنامه‌ریزی می‌کنند کاملاً تحت تأثیر جامعه‌ای است که آن‌ها در آن زندگی می‌کنند؛ رفتارهای سازگارانۀ جوانان تعیین خواهد کرد که در آینده برای آن‌ها چه پیش خواهد آمد.

مدارس و دانشگاه‌ها به عنوان یکی از نمایندگان بزرگ جامعه‌پذیری جوانان می‌توانند سهم بزرگی در توسعه سلامتی و خشنودی ذهنی و روانی جوانان داشته باشند و مربیان می‌توانند با درک و فهم نیازهای جوانان

و هم‌چنین پاسخ دادن به نیازهای آنها، آنان را در مقابله با مشکلاتشان یاری نمایند و این کار از طریق برنامه‌های آموزشی خاص و برنامه‌های حمایت اجتماعی و در قالب درون‌دادها و برنامه‌های درسی، آموزشی و تحصیلی انجام گیرد. از جمله اهداف مهم در طراحی ابزارهای سنجش راه‌های مقابله، تسهیل رشد روانی افراد می‌باشد، بنابراین ساختن ابزاری که نه تنها بتواند راه‌های مقابلهٔ جوانان را بسنجد بلکه آنان را قادر سازد تا اطلاعاتی در مورد راه‌های مقابلهٔ مثبت جهت تسهیل رشد و تحول خودشان به دست آورند، بسیار ضروری و کمک دهنده می‌باشد. بنابراین می‌توان روش‌های رویارویی متناسب با سلامت روانی را به آن‌ها آموزش داد و به معلمان و مربیان آموزش و پرورش توصیه کرد که به شیوه‌های تبیین دانش‌آموزان و ارزیابی شناختی آن‌ها از عملکرد تحصیلی‌شان توجه خاصی مبذول دارند، اگر معلم دانش‌آموزان را تشویق کنند تا شکست تحصیلی خود را به عواملی ارتباط دهند که قابل کنترل هستند (میزان تلاش)، در آن صورت ممکن است از پیامدهای زیان‌آور شکست در آنان جلوگیری کرد.

مراکز تربیتی مختلف می‌توانند با توجه به وقایعی که برای دانش‌آموزان یا کودکان و نوجوانان پیش آمده موارد آسیب‌پذیر را از همان آغاز شناسایی کنند. مثلاً سلیگمن (۱۹۷۵) مطرح کرده است که تنیدگی‌هایی چون از دست دادن والدین در کودکی، در نحوهٔ تبیین فرد از رویدادهای بعدی و در نتیجه آمادگی برای ابتلا به افسردگی و اضطراب مؤثر واقع می‌گردد. هم‌چنین لوینسون و

همکاران (۱۹۹۴) معتقدند فقدان توانایی حل مسئله و مهارت‌های رویارویی مناسب با تنیدگی‌های مختلف می‌تواند از جمله عوامل مهم آسیب‌پذیری برای اقدام به خودکشی در بعضی از نوجوانان محسوب شود. بنابراین مراکز مشاوره به خصوص در مدارس و دانشگاه‌ها می‌توانند در آموزش مهارت‌های حل مسئله و شیوه‌های رویارویی با تنیدگی به جوانان کمک کنند، هم‌چنین مراکز روان‌درمان‌گری نیز می‌توانند با شناسایی و تشخیص موارد آسیب‌پذیر در پیشگیری از اختلال‌های روانی جوانان مؤثر باشند. در روان‌درمان‌گری می‌توان در نحوهٔ تبیین درست نوجوانان و جوانان نسبت به مشکلات به آن‌ها کمک نمود، روزن‌بان و سلیگمن (۱۹۹۰) بر درستی این مسایل و موفقیت‌های به

دست آمده در این زمینه تأکید کرده‌اند.

هدف‌های پژوهش

رویدادهای مختلفی در زندگی اتفاق می‌افتد که می‌تواند منجر به تنیدگی شود، از جمله این رویدادها می‌توان به حوادثی چون زلزله، سیل، تصادف، مرگ عزیزان، بیماری، طلاق و... اشاره داشت. تأثیر تعدادی از رویدادها بر وضع جسمانی و روانی در دوره‌های خاصی از زندگی بیشتر از

سایر دوره‌ها است. مثلاً به نظر می‌رسد تنیدگی ناشی از مرگ والدین در کودکی اثرش بیش از سایر دوره‌های زندگی باشد یا اینکه احتمال تعارض با والدین در دوره نوجوانی افزایش می‌یابد. بدین ترتیب می‌توان موقعیت‌هایی را که باعث تنیدگی می‌شود به مسایل خانوادگی، تحصیلی، ارتباط اجتماعی و نظایر آنها گسترش داد.

مسئله دیگر در ارتباط با تنیدگی نحوه پاسخ یا واکنش به آن است که می‌تواند در سازگاری فردی نقش مهمی داشته باشد، این موضوع معمولاً تحت عنوان روش‌های مقابله مورد بررسی قرار می‌گیرد. به نظر می‌رسد افراد در ارزیابی از رویدادهای تنیدگی‌زا با یکدیگر فرق داشته باشند. معمولاً پس از ارزیابی یک رویداد، شخص تلاش می‌کند از یک یا چند روش مقابله‌ای استفاده کند تا در سازگاری با موقعیت‌های دشوار و کاهش اثرات تنیدگی به او کمک کند.

هم چنین دیده شده است یک رویداد مشخص در دو فرد اثرات مختلفی داشته است. وقوع یک رویداد می‌تواند در یک نفر سبب اضطراب شدید، افسردگی یا سایر نشانه‌های مرضی شود، در حالی که همین رویداد ممکن است در فردی دیگر هیچ تأثیر منفی نداشته باشد یا اینکه منجر به نوعی تغییر جزئی در رفتارش شود. این مسئله باعث شده است که پژوهشگران به مطالعه و بررسی ابعاد مختلف تنیدگی، نشانگان و راههای مقابله با آن علاقمند شوند. در این پژوهش، هدف اصلی بررسی رابطه بین عوامل تنش‌زا و نشانگان استرس در جوانان و راههای مقابله با آن، می‌باشد و هدف‌های دیگر این پژوهش عبارتند از:

- ۱ - آماده سازی ابزاری مناسب جهت سنجش و اندازه‌گیری میزان استرس‌هایی که به جوانان وارد می‌شود.
- ۲ - آماده سازی مقیاس نشانگان استرس، جهت سنجش نشانه‌های روان شناختی ناشی از استرس‌هایی که به جوانان وارد می‌شود.

۳ - آماده سازی مقیاس راههای مقابله با مسایل و مشکلات جوانان

۴ - رتبه‌بندی رویدادها و موقعیت‌های فشارزا

۵ - رتبه‌بندی انواع راههای مقابله مورد استفاده توسط نوجوانان

سؤالات پژوهش

پیچیدگی‌های جامعه بشری و شتاب تند تغییر و تحولات به وجود آمده در عرصه‌های مختلف زندگی، موجب بروز نگرانیها، اضطرابها، تنشها، تعارضها و تضادهایی در افراد جوامع مختلف شده است. تا جایی که برخی از روان‌شناسان، عصر حاضر را دوران اضطراب و استرس نام نهاده‌اند و اعمال شیوه‌های درمانی برای کنترل این دو عامل را از جمله وظایف مشاوران و روان‌درمانگران مراکز و کلینیک‌های مشاوره می‌دانند. از آنجایی که قشر عظیمی از جمعیت هر کشوری را جوانان تشکیل می‌دهند و انجام پژوهشهای متعدد و مشاهدات مراکز مشاوره‌ای نشان داد است که عوامل نامساعدی نظیر تشویش، نگرانی، اضطراب و استرس، موفقیت و پیشرفت تحصیلی جوانان را تهدید می‌کند و موجب می‌شود تعدادی از آنها حتی نتوانند به موقع دوره تحصیلی خود را به اتمام برسانند و یا اینکه خود را برای شغل مورد علاقه و متناسب با استعدادهایشان آماده نمایند پژوهش حاضر با هدف شناسایی عوامل ایجادکننده فشار در نوجوانان، نشانگان روان‌شناختی ناشی از این فشارها و راههای مقابله مورد استفاده آنها، در پی پاسخگویی به سؤالاتی از این قبیل می‌باشد:

- ۱ - آیا بین عوامل تنش‌زا و نشانگان استرس رابطه‌ای وجود دارد؟
- ۲ - آیا جوانان برای مقابله با مشکلاتشان از راهبردهای مقابله‌ای خاصی استفاده می‌کنند؟
- ۳ - آیا ارتباطی بین راههای مقابله مورد استفاده جوانان و نشانگان استرس در آنان وجود دارد؟
- ۴ - آیا بین راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار و نشانگان استرس رابطه‌ای وجود دارد؟
- ۵ - آیا بین راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار و نشانگان استرس رابطه‌ای وجود دارد؟
- ۶ - آیا بین نوجوانان دختر و پسر در زمینه موارد ذکر شده در بالا تفاوتی وجود دارد؟

فرضیه‌های پژوهش

استرس بخش جدایی‌ناپذیر زندگی انسان است و به دو صورت مثبت و منفی ظاهر می‌شود و به عنوان یک پدیده فیزیولوژیک می‌تواند اثرات نامطلوبی بر رفتار، تفکر و واکنش‌های فرد باقی گذارد. برخی از متخصصان، منابع ایجاد‌کننده استرس را به چهار دسته تقسیم کرده‌اند:

۱ - منابعی که از درون فرد سرچشمه می‌گیرند.

۲ - منابعی که از ارتباط‌های اجتماعی سرچشمه می‌گیرند.

۳ - منابع مرتبط با خانواده

۴ - منابع مرتبط با جامعه

هم‌چنین به موجب الگوی نظری تعاملی استرس که مورد تأکید بسیاری از پژوهشگران و نظریه پردازان قرار گرفته، ارزیابی فرد از ارتباط خود با محیط، نقش تعیین‌کننده‌ای در ایجاد استرس دارد، یعنی هیچ محرک یا پاسخ معینی، بدون ارزیابی ارتباط فرد - محیط نمی‌تواند استرس‌زا یا غیر استرس‌زا تلقی شود. بنابر این فرض می‌شود که: جوانان از لحاظ رتبه‌بندی انواع مختلف حوادث فشارزا با دیگر اقشار جامعه متفاوت بوده و در این زمینه تفاوت‌های جنسیتی نیز به صورت بارزی وجود دارند.

چنانچه ذکر شد موقعیت‌های فشارزا، موقعیت‌های معارضی هستند که ارگانسیم برای سازگاری با آنها ناچار باید کوششهایی فراتر از ظرفیت خود بکار برده و پاسخهای مطلوب (زیست‌شناختی، فیزیولوژیک و روان‌شناختی و رفتاری) ارائه کند. درجه تحمل در برابر وضعیت‌های استرس‌زا یکی از

وجوه اختلافات فردی است که حد سازگاری انسان را نسبت به محیط نشان می‌دهد، برخی افراد در چنین شرایطی آستانه مقاومت بیشتری نشان داده و بیشتر دوام می‌آورند. واکنش‌هایی که در برابر استرس، توسط فرد صورت می‌گیرد قابل تقسیم به چهار دسته زیر است: واکنش‌های فیزیولوژیک، شناختی، هیجانی و رفتاری. از طرفی براساس نظریه تعاملی استرس «مقابله» فرایندی پویا و دائماً در حال تغییر و مجموعه‌ای از رفتارها و شناخت‌هایی است که در پاسخ به موقعیت خاص استرس‌زا ارائه می‌شود، چهار راهبرد کلی مقابله عبارتند از: مقابله مسئله‌مدار، هیجان‌مدار، پاسخ‌های مقابله‌ای غیر مؤثر و پاسخ‌های مقابله‌ای کمتر مفید، بر این اساس فرضیه دیگر این پژوهش عبارت است از اینکه: بین شدت نشانگان استرس در جوانان و کیفیت مهارت‌های مقابله‌ای

آنها ارتباط منفی و معناداری وجود دارد. بدین معنا که هر قدر جوانان بیشتر از مقابله‌های مسئله‌مدار استفاده نمایند، بروز نشانگان استرس در آنها ضعیف‌تر خواهد بود.

از آنجا که حمایت اجتماعی، یک منبع مقابله‌ای بسیار قوی برای حذف آثار موقعیت‌های استرس‌زا است، اشخاصی که از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردارند، در برابر موقعیت‌های استرس‌زا مقاوم‌ترند. در حالی که حمایت اجتماعی از فرد محافظت می‌کند، فقدان حمایت اجتماعی و یا از دست دادن آن به عنوان یک استرسور محسوب می‌شود. نتایج بسیاری از پژوهشها نیز حاکی از آن بوده است که اشخاصی که منابع حمایتی فردی و محیطی زیادتری در اختیار داشته‌اند، به میزان بیشتری به تلاشهای مقابله‌ای فعال اتکاء دارند، مصمم‌تر عمل می‌کنند و به میزان کمتری از مقابله اجتنابی استفاده می‌کنند، بنابراین یکی دیگر از فرضیه‌های این پژوهش عبارت است از اینکه: بین حمایت اجتماعی و نشانگان استرس رابطه‌ای منفی و معنادار وجود دارد، بدین معنا که هر اندازه جوانان حمایت اجتماعی بیشتری را دریافت نمایند، شدت بروز نشانگان استرس در آنها کمتر خواهد بود.

تعریف اصطلاحات و واژگان تخصصی پژوهش

۱ - **تعریف استرس:** بوم و همکاران (۱۹۸۱) استرس را این گونه تعریف می‌کنند: «استرس عبارت است از فرآیندی که براساس آن رویدادهای محیطی که استرسور نامیده می‌شوند، موجودیت و سلامتی موجود زنده را مورد تهدید قرار می‌دهند». محققان دیگر استرس را به عنوان شرایطی تعریف می‌کنند که در آن تفاوت قابل ملاحظه‌ای بین الزامات و تقاضاهای تحمیل شده بر فرد و توانایی فرد در پاسخ به این تقاضا به وجود آمده است (کاپلان، ۱۹۸۱).

--- لازاروس و فلکمن (۱۹۸۴) یکی از تعاریف بسیار ارزشمند را در زمینه استرس ارائه داده‌اند: «استرس یک رابطه اختصاصی بین شخص و محیطی است که به وسیله آن فشار ارزیابی شده یا از حد امکانات او فراتر رفته و سلامتی او را در معرض خطر قرار می‌دهد». در این تعریف تأکید می‌شود که استرس اشاره دارد به یک رابطه فشارزا، بین شخص و محیط. وقتی فرد از کنار آمدن با این وضعیت ناتوان است به مشکلات روانی و جسمی مبتلا می‌شود. (کاپلان و همکاران، ۱۹۹۳).

--- استرس جنگ مغلوبه نظام فیزیولوژیکی بدن ما در مقابله با عامل مزاحم مانند ترس، درد، گرسنگی، آفات ارضی و سماوی، خشم و غضب، تهدید، فقدان امنیت، ظلم، شکنجه، تعدی و تجاوز، اغفال، فریب و گول

خوردن، تحقیر و بیماری یا موانع برآورده شدن خواست انسان می‌باشد، این عوامل تعادل روانی انسان را به هم زده و هیجان را به وجود می‌آورند (دکترابراهیم چهرازی، روزنامه اطلاعات سال ۶۹، ص ۷).

--- استرس حالتی در یک ارگانیزم زنده است که از رابطه متقابل بین ارگانیزم با محرکات و موقعیت‌های زیان‌آور به وجود می‌آید، یعنی استرس یک حالت پویا در ارگانیزم است، یک محرک ناگهانی با بار هیجانی، علامت و یا هر جنبه‌ای از محیط بیرونی، درونی و اجتماعی نیست (ولف، روان‌شناسی سلامتی، ص ۷۹).

--- استرس یا تنیدگی گاهی به معنی یک رویداد یا موقعیتی است که بر ارگانیزم تأثیر مخرب دارد (Stressor) و گاه به معنی تنش روان شناختی ناشی از این رویدادها و موقعیت‌ها (ربر، ۱۳۶۸).

--- استرس عبارت است از فشار دردناک یا مخالفی که هم بر حالات جسمانی و هم بر حالات عاطفی، پریشانی و تنش تحمیل می‌کند (اولین کنفرانس ملی استرس عاطفی و بیماری قلبی، ۱۳۷۰).

--- اصطلاح استرس یا تنیدگی از کلمه لاتین Stringere مشتق شده است که به معنای درآغوش گرفتن، فشردن و بازفشار است. رفتارهایی که می‌تواند با احساسات متضاد همراه باشند. برای مثال می‌توان کسی را در آغوش گرفت اما در همین حال، وی را دچار اختناق کرد. فشرده شدن یا زیر فشار قرار گرفتن به اختناق منتهی می‌شود و احساس درماندگی و اضطرابی را به وجود می‌آورد که قلب و روح ما را دربر می‌گیرد (استورا، ۱۹۹۱).

--- امروزه اصطلاح استرس به محرکی اطلاق می‌شود که می‌تواند تغییراتی را در رفتار، شناخت، هیجان و فیزیولوژی ایجاد نماید (دیویدسن و نیل، ۱۹۹۰).

و بالاخره پروفیسور سلیه (۱۹۳۰) در مورد فشار روانی چنین می‌گوید: «تنیدگی عبارت است از

مجموعه واکنش‌های غیر اختصاصی که تحت تأثیر محرک‌های گوناگون در ارگانیزم ایجاد می‌شود».

۲ - استرسور یا عامل تنش‌زا: عامل تنش‌زا محرکی است که موجب پدید آمدن حالت تنش و تنیدگی در

فرد می‌گردد.

۳ - نشانگان تنیدگی یا استرس: نشانگان استرس، پاسخ ارگانیزم به یک عامل تنش‌زا است (سلیه،

۱۹۳۰) استونینگ و رابکین (۱۹۷۶) نشانگان استرس را چنین تعریف کرده‌اند: «پاسخ فرد به قایع یا تغییراتی

که با موقعیت اجتماعی او متضاد و مخالف است». این واکنش‌ها یک یا چند واکنش فیزیولوژیک، روانی،

خانوادگی، رفتاری و... را در پی دارد که این واکنش‌ها فوراً یا با تأخیر بروز می‌کنند. بعضی از این پاسخ‌ها

عبارتند از: فشارخون بالا، اختلال خواب، افسردگی، اضطراب، عدم تمایل جنسی و... که این‌ها از نشانگان تنیدگی می‌باشند (نقل از کرنیک و همکاران، ۱۹۸۳).

هم‌چنین در نظریه تعاملی لازاروس، یک رابطه تعاملی بین فرد و محیط وجود دارد که هر یک روی دیگری تأثیر گذاشته و نشانگان تنیدگی حاصل این تعامل است.

۴ - شیوه‌های مقابله: چگونگی مواجهه فرد با اضطراب‌های موجود در زندگی، این اصطلاح برای روش‌های مبارزه با منبع اضطراب مورد استفاده قرار می‌گیرد و به چهار روش انفصالی، اجتنابی، شناختی و هیجانی انجام می‌پذیرد.

--- شیوه انفصالی مقابله با تنیدگی: راهبردهایی که ناهشیارانه برای مقابله مستقیم با اضطراب به کار برده می‌شوند نه با منبع اضطراب.

--- شیوه اجتنابی مقابله با تنیدگی: راهبردهایی که ناهشیارانه برای فاصله گرفتن و اجتناب از منبع اضطراب، اعم از اجتناب در سطح تفکر و انکار وجود عامل تنیدگی‌زا و یا اجتناب در سطح عمل، اتخاذ می‌شوند.

--- شیوه شناختی مقابله با تنیدگی: راهبردهایی که هشیارانه برای مقابله مستقیم با منبع اضطراب و جهت حل مسأله به کار برده می‌شوند.

--- شیوه هیجانی مقابله با تنیدگی: راهبردهایی که تحت تأثیر حالت‌های هیجانی اتخاذ می‌شوند.

۵ - افسردگی

حالت روانی ناخوش که با دلزدگی، یأس و خستگی‌پذیری مشخص می‌شود و غالباً با یک اضطراب کم و بیش شدید همراه است (منصور، دادستان و راد، ۱۳۶۵).

۶ - پرخاشگری: رفتاری که با عمل حمله کردن و به مقابله رفتن مشخص می‌شود و با رفتار امتناع از جنگیدن یا گریختن از مشکلات متضاد است (منصور، دادستان و راد، ۱۳۶۵).

۷ - بدنی سازی: ضابطه اصلی اختلال بدنی سازی ناراحتی‌های جسمانی مکرر و متعددی است که فاقد مبنای جسمانی هستند، سالیان دراز ادامه می‌یابند، به درمان‌گری پزشکی منجر می‌شوند (مثل استفاده از داروها) و مشکلات معناداری را در قلمرو کنش وری اجتماعی، حرفه‌ای و یا قلمروهای دیگر ایجاد می‌کنند.

۸ - اضطراب: احساس رنج‌آوری که با یک موقعیت ضربه‌آمیز کنونی یا با انتظار خطر مربوط به شئی نامعین وابسته است (دادستان، ۱۳۷۶).

۹ - سخت‌رویی: کوباسا، مدی و کاهن (۱۹۸۲)، با استفاده از تئوری‌های وجودی شخصیت، سازه سخت‌رویی را به عنوان مجموعه‌ای از ویژگی‌های شخصیتی تعریف می‌کنند که به عنوان یک منبع مقاومت در مواجهه با رویدادهای استرس‌زای زندگی عمل می‌کند. این متغیر شخصیتی از سه مؤلفه وابسته به هم که شامل "تعهد"، "کنترل" و "مبارزه‌جویی" می‌شود تشکیل شده است. تعهد مفهوم مقابل خودباختگی، کنترل مفهوم مقابل ناتوانی و مبارزه‌جویی مفهوم مقابل احساس تهدید یا ترس است.

۱۰ - حمایت اجتماعی: یکی از راههای مقابله است که نشان دهنده تمایل فرد به در میان گذاشتن مشکلاتش با دیگران و طلب حمایت برای مقابله با مشکل است.

۱۱ - تمرکز بر حل مسئله یا مسئله‌مداری: راهبردهای مقابله‌ای است که متمرکز بر درگیر شدن با مشکل به طور سیستماتیک و منظم می‌باشد که شامل به حساب آوردن نقطه‌نظرها و یا راههای مختلف در جهت حل مشکل و برخورد با مسئله است.

۱۲ - جستجوی تعلق: راهبردی است که نشان دهنده نگرانی و ناراحتی کلی فرد در مورد ارتباط خود با دیگران و به طور اخص نگرانی از اینکه دیگران چه فکری می‌کنند.

۱۳ - تفکر امیدوارانه: راهبردی است که از طریق امیدوار بودن و انتظار نتایج خوب و مثبت داشتن مشخص می‌شود.

۱۴ - عدم مقابله: راهبردی که منعکس‌کننده ناتوانی یا کم‌توانی فرد جهت درگیری با مشکل بوده و باعث ایجاد و رشد نشانه‌های روان‌تنی در فرد می‌گردد.

۱۵ - تنش‌زدایی: راهبردی که نشان دهنده تلاش برای اینکه خود را از طریق رهاکردن از تنش، بهتر احساس کردن می‌باشد.

۱۶ - اتکاء به سازمان‌های اجتماعی: راهبردی است که شامل گرفتن حمایت از سازمانها و نهادهای اجتماعی از طریق نوشتن عرض حال یا عضویت در گروهی خاص و... می‌شود.

۱۷ - تغافل یا فراموشی: از یاد بردن و فراموش کردن آگاهانه مشکل و ممانعت آگاهانه از یادآوری مشکل

۱۸ - درون‌ریزی: راهبردی که نشان دهنده صرف‌نظر کردن افراد از بروز مشکل به دیگران، تمایل فرد به نگهداری و حفظ مشکل و نگرانی نزد خود و پنهان کردن مشکل از دیگران می‌باشد.

۱۹ - حمایت‌های معنوی و روحانی: راهبردی است که منعکس‌کننده اعتقاد به یاری گرفتن از

خداوند، پیامبر، ائمه یا رهبران روحانی و معنوی می‌باشد و شامل دعا کردن و نماز خواندن و... است.

۲۰ - مثبت‌نگری: راهبردی که نشان دهنده داشتن نگرش مثبت و نشاط‌انگیز به موقعیت‌های جاری بوده و شامل دیدن جنبه‌ها و ابعاد مثبت و درخشان رویدادها و خود را به صورت فردی خوش‌بخت و خوش‌شانس دیدن می‌گردد.

۲۲ - آرامش‌جویی: راهبردی است که شامل جستجوی سرگرمی‌های آرام‌بخش و به دنبال آرامش بودن از طریق فعالیت‌هایی چون مطالعه کتاب، کشیدن نقاشی و... در اوقات فراغت و بیکاری می‌گردد.

۲۳ - تفریحات جسمی و بدنی: این راهبرد شامل انجام بازی‌های ورزشی و فعالیت‌های جسمی - ورزشی مانند پرورش اندام می‌گردد.

۲۴ - درماندگی آموخته شده: فرض بنیادی نظریه درماندگی آموخته شده این است که آن چه باعث افسردگی می‌شود بی‌تفاوتی و احساس ناتوانی خود در عمل و کنترل زندگی خویش است که از طریق تجربیات نامطلوب و ضربه‌های روانی که در کنترل آن‌ها موفق نبوده، کسب می‌شود.

۲۵ - اختلالات روان‌تنی یا سایکوسوماتیک: طبق تعریف انجمن روان‌شناسان آمریکا در سومین طبقه‌بندی از بیماری‌ها در سال ۱۹۸۰، اختلالات روان‌تنی به صورت زیر تعریف شده است: «تحریک‌ها و عوامل محیطی حادی که بر اثرات روانی خود به طور موقت سبب شروع یا تشدید حالات جسمانی بشوند، چنان‌که این حالات جسمانی یا همراه با ضایعات پاتولوژیکی مشخص و قابل مشاهده‌ای (مثل زخم معده) باشند و یا در پی یک فرآیند پاتوفیزیولوژیکال قرار گیرند (مثل چاقی، لاغری، استفراغ).

خلاصه فصل:

در این فصل به اهمیت پژوهش در زمینه شناسایی استرسورها، نشانگان استرس و راههای مقابله در جوانان اشاره گردید و گفته شد که همه ما در طول زندگی خود با فشارهای روانی متعددی مواجه شده و می‌شویم، فشار روانی در هر سن متفاوت است، ناتوانیهای دوران طفولیت، مسایلی که به هنگام نوجوانی پیش می‌آید و فشارهایی که در زمان پیری احساس می‌شود. لذا می‌توان گفت که تنیدگی یا استرس جزئی از زندگی روزمره و عادی آدمی است. سلیه یکی از بزرگترین محققانی است که در زمینه فشار روانی تحقیق کرده است، نتایج تحقیقات او نشان می‌دهد که عوامل فشارزا می‌توانند موجب پاسخ‌های جسمانی مختلف مانند افزایش فشار خون، آسیب دیدن بافت عضله، نازایی، توقف رشد و بازداری دستگاههای ایمنی بدن شوند. هم‌چنین یکی از موضوعات اساسی در ارتباط با فشارهای روانی، نحوه پاسخ یا واکنش به آنها است که در پژوهش‌های مربوط به این حیطه تحت عنوان روش مقابله مورد بررسی قرار گرفته است. بکارگیری روشهای نامناسب در مواجهه با فشار روانی ممکن است موجب افزایش فشار روانی گردد. در حالی که بکارگیری شیوه‌های صحیح در رویارویی با آن می‌تواند نتایج مثبتی را به دنبال داشته باشد. از طرفی دوران جوانی، بخشی از گستره زندگانی افراد است و زمانی است که افراد با یک سری از موانع و چالش‌های رشدی - تحولی روبرو می‌شوند. این چالش‌ها شامل رشد هویت و شخصیت در آنان، پیشرفت مستقل از خانواده، ایجاد ارتباط با گروه همسالان، یادگیری نقش‌های اجتماعی، مشکلات مرتبط با تحصیل و مدرسه، یافتن شغلی مناسب برای آینده و... می‌گردند که هرکدام از این ملزومات تحولی و سازگارانه نوع خاصی از مقابله را می‌طلبد. از آنجا که عوامل و وقایع استرس‌زای دوران نوجوانی و جوانی بسیار متنوع و گوناگون می‌باشند، بررسی چگونگی واکنش‌هایی که آنها در برابر این عوامل فشارزا از خود نشان می‌دهند بسیار مهم است، و این در حالی است که یک موقعیت خاص برای بعضی از افراد فشارزا بوده ولی همین موقعیت برای فرد دیگر فاقد فشار می‌باشد، بنابراین می‌بینیم که نحوه ارزیابی و یا به عبارت دیگر چگونگی ادراک شخص از موقعیت است که در بروز عوارض فشار روانی تعیین‌کننده محسوب می‌گردد.

هم‌چنین در زمینه اهمیت تربیتی پژوهش اشاره شد که برای فهم شیوه‌های تفکر، احساس و رفتارهای جوانان، دست‌اندرکاران جامعه، علی‌الخصوص روان‌شناسان، مربیان و والدین نیاز به بدست آوردن اطلاعاتی در مورد نگرانیهای جوانان و تجزیه و تحلیل روشهای مختلفی که آنان با مشکلاتشان مقابله می‌کنند دارند، از طرفی مدارس و دانشگاهها به عنوان نمایندگان جامعه می‌توانند سهم بزرگی در توسعه سلامتی و خشنودی ذهنی و روانی جوانان داشته باشند و مربیان می‌توانند با درک نیازهای نوجوانان و جوانان و پاخ دادن به نیازهای آنها، آنان

را در مقابله با مشکلاتشان یاری نمایند که این کار از طریق برنامه‌های آموزشی خاص و برنامه‌های حمایت اجتماعی و در قالب درونداها و برنامه‌های درسی و آموزشی انجام می‌گیرد. و در نهایت با تعریف اصطلاحات مهم موجود در این پژوهش، گفتیم که پروفسور سلیه استرس یا تنیدگی را چنین تعریف می‌کند: «تنیدگی عبارت است از مجموعه واکنش‌های غیراختصاصی که تحت تاثیر محرک‌های گوناگون در ارگانیسم ایجاد می‌شود».

فصل دوم

بررسی پیشینه پژوهش

تاریخچه توجه محققان به تنیدگی روانی:

اصطلاح تنیدگی از زبان انگلیسی گرفته شده است و معادل دقیق آن در فارسی کلمه " فشار " است، که البته معنای وسیع و طیف گسترده آن را نمی‌رساند (شاملو، ۱۳۶۳). این اصطلاح حداقل از قرن پانزدهم در زبان انگلیسی مورد استفاده قرار گرفته است. در این زبان کلمه تنیدگی را به معنای فشار یا کشش فیزیکی به کار می‌برند، تا قرن هفدهم کاربرد آن در حوزه‌های مهندسی معماری تعمیم یافت و از آن پس این کلمه در مفهوم سختی و فلاکت در مورد انسان نیز مورد استفاده قرار گرفت.

به عبارت دیگر فشار وارده بر فرد جایگزین فشار وارده بر شئی شده بود، در اوایل قرن بیستم دنباله دو بعضی از محققین دیگر تنیدگی را در رابطه با اختلال روان‌تنی و به عنوان یکی از بیماری‌های جسمی و روانی مطرح نمودند (بلورچی، ۱۳۷۰). سپس در سال ۱۹۳۰ هانس سلیه تمایز بین علت اختلالات بدنی و اثرات آن را مطرح کرد. او علل یا محرک‌های خارجی را تحت عنوان عامل تنیدگی و حالت عدم تعادل بدن را تحت عنوان تنیدگی مطرح و معرفی نمود (بلورچی، ۱۳۷۰). برای شناسایی بیشتر واژه تنیدگی باید به تاریخچه آن برگردیم، یعنی زمانی که این واژه برای رسانیدن مفهوم فشار فیزیکی استفاده می‌شد، فیزیکدانان طبق فرمول ثابت می‌کنند که هر چه نیروی وارده بر سطح بیشتر باشد، فشار حاصله از آن نیز بیشتر خواهد بود. P یا فشار، و واحد آن پاسکار F یا نیرو، و واحد آن نیوتن و A یا سطح و، واحد آن متر مربع می‌باشد. حال اگر یک نیوتن نیرو بر روی یک متر مربع سطح وارد کنیم، یک پاسکال فشار خواهیم داشت. هرچه نیرو افزایش یابد در صورتی که سطح ثابت باشد، فشار به همان نسبت یا اندازه افزایش می‌یابد. با توجه به این مسأله کلود برنارد فیزیولوژیست معروف قرن نوزدهم، خاطرنشان می‌سازد که قسمت‌های مختلف بدن موجودات زنده به وسیله محیطی مایع، مانند خون احاطه شده که برای ادامه زندگی باید به طور مستمر وجود و ثبات داشته باشد. به نظر او هدف تمام ساختارهای فیزیولوژیک تنها حفظ این ثبات است (فونتانو، ۱۹۹۰).

هانس سلیه (۱۹۳۰) تعریف کاملاً نوینی برای فشار ارائه نمود. سلیه با تأکید بر سیستم آندوکرینی، بر این نظر است که تحت تأثیر هر عامل یا محرکی تغییرات حفاظتی و سازگار کننده‌ای در ارگانسیم روی می‌دهد. به نظر او هر محرک فشارزا، اگر فشار کافی داشته باشد ممکن است منجر به ایجاد واکنش که او آن را سندرم سازگاری عمومی نامیده است شود (فونتانو، ۱۹۹۰). خصوصیات این سندرم عبارت است از: ازدیاد ترشحات هورمون‌های بخش قشری فوق کلیوی، بر اثر تحریکات غده هیپوفیز مغز که موجب واکنش‌های فیزیولوژیک می‌شود. سلیه به هنگام طرح تاریخی این موضوع چنین می‌گوید: " تنیدگی عبارت است از مجموعه واکنش‌های

غیراختصاصی که تحت تأثیر محرک‌های گوناگون در ارگانیسم ایجاد می‌شود." تنیدگی از نظر ماهیت اختصاصی بوده‌ام منشاء غیراختصاصی دارد. اختصاصی بودن ماهیت آن یعنی اینکه دارای تغییرات قالبی و کلیشه‌ای و یکسان و ویژه‌ای است که مهمترین آن عبارتند از: واکنش غده قشری فوق کلیه یا بخش جلوی هیپوفیز، کاهش میزان ائوزینوفیل در خون و رشد فرآیندهای زخمی در دستگاه گوارش، اما غیراختصاصی بودن آن از این نظر است که تنیدگی بر اثر محرکهای گوناگون به وجود می‌آید (فونتانو، ۱۹۹۰).

البته سلیه مانند سایرین در ابتدا تصور می‌کرد که تنیدگی تنها تحت تأثیر عوامل زیان آور، روی ارگانیسم ایجاد می‌شود اما بعداً عنوان نمود که: «هرچیز خوشایند و ناخوشایند باعث تنیدگی می‌گردد، یک ضربه دردآور به همان میزان می‌تواند علت یک تنیدگی گردد که یک بوسه صمیمانه» (فونتانو، ۱۹۹۰).

فشار روانی و اضطراب دو واکنش طبیعی ارگانیزم در موقعیت‌های تهدید کننده هستند. بدون این واکنش‌ها بقای نوع انسان به خطر می‌افتد. فشار روانی عاملی است که ما را در مواجهه با مسایلی که از آنها شناختی نداریم و یا اتفاقاتی که به وضوح ما را مورد تهدید قرار می‌دهد، آماده می‌سازد. فشار روانی از طریق تشدید جریان خون موجب افزایش فعالیت ما شده و می‌تواند در دستیابی به اهداف موردنظر مفید واقع شود. با این وجود مقادیر زیاد یا طولانی مدت فشار روانی نه تنها دیگر مفید نیست بلکه زیانبار نیز می‌باشد.

اشخاصی که درباره فشار روانی اطلاع کمی دارند اغلب آن را نوعی نیروی خارجی نیرومند می‌پندارند که در مقابل آن کنترل کمی می‌توانند داشته باشند. آن‌ها احساس می‌کنند که در صورت امکان باید از این فشارها ممانعت به عمل آورد ولی چنانچه برای شخص امکان‌گریزی وجود نداشته باشد باید آن را تحمل کند. در مورد فشار روانی عمل خودکار یا گریز ناپذیر وجود ندارد. هر یک از ما در مواجهه با موقعیت بالقوه پرفشار به شیوه کاملاً متفاوتی واکنش نشان می‌دهیم و به انتخاب روش مقابله با آن می‌پردازیم، ما می‌توانیم راهی را انتخاب کنیم که خود را دچار درماندگی کنیم و یا عملاً از تجربیات خود لذت ببریم. در فشار روانی عواملی چون، زمینه، شرطی شدن، فشارهای روانی پیشین فرد، مدت زمان و شدت آن نقش مهمی را ایفا می‌کند. واکنش هر فرد در مقابل فشار روانی از الگوی پیچیده افکار و رفتار او نشأت می‌گیرد. برای مثال ما بر اساس آن که چه عقیده‌ای نسبت به خود و جهان داریم و خود را چگونه قانع می‌سازیم به فشار پاسخ می‌گوئیم. هم‌چنین واکنش ما در مقابل فشار متکی است به آن که تا چه حد بر زندگی خود کنترل داریم و هم‌چنین بر وضعیت فعل و انفعالات شخصی ما و وضعیت جسمانی ما متکی است. این عوامل و بسیاری دیگر مجموعاً نمونه واحد فشار شخصی را برای هر یک از ما به وجود می‌آورد. اگر ما بتوانیم با فشارهای روانی به طور صحیحی برخورد کنیم، فشار روانی

دوستی می‌شود که ما را برای مواجهه شد با مسایل بصری نیرو می‌دهد ولی اگر با ضعف با آن برخورد کنیم و بگذاریم از کنترل ما خارج شود، فشار روانی دشمنی می‌شود که باعث بروز بیماری‌های مختلف به خصوص امراض شدید قلبی و ضعف ارگان‌های بدن می‌شود.

فیزیولوژی تنیدگی روانی

برای درک بهتر معنی فشار روانی بهتر است ابتدا نظری به چگونگی کار بدن انسان داشته باشیم. بدن ما شامل مواد شیمیائی و قسمتهای متنوعی است که هر یک به هنگام اعمال حیاتی نظیر حرکت کردن، نفس کشیدن، خوابیدن، خوردن و غیره لحظه به لحظه در حال تغییرند ولی این تغییرات بایستی در حدود معین و هماهنگ با یکدیگر باشند.

«کلود برنارد» بیولوژیست بزرگ فرانسوی قرن نوزدهم خاطرنشان کرده است که محیط داخلی بدن ما بایستی هماهنگی لازم را حفظ کند. به عنوان مثال برای تأمین نیازهای حیاتی، فشار خون پیوسته در حال تغییر است به همین ترتیب جریان قلب، مقدار اکسیژن و مواد غذایی در خون هماهنگ عمل می‌کند. اما اگر هر یک از آنها بیش از اندازه تغییر کند بدن قادر به تحمل آن نبوده و منجر به مرگ می‌شود. در حقیقت یکی از حالات بیماری، زمانی است که تغییرات جسمانی از حد معین تجاوز می‌کند. علت چنین تغییراتی ممکن است عوامل خارجی نظیر میکروب، صدمات بدنی، آلودگی هوا یا احتمالاً از کارافتادگی قسمتی از اعضای بدن در نتیجه پیری باشد.

بررسیهای دکتر برنارد توسط «والتر بی کانون» فیزیولوژیست دانشگاه هاروارد تکمیل شد. دکتر کانون در بررسیهای خود به این نتیجه رسید که اگر هر تغییری از حد معینی تجاوز کند «نظام بدن» تعدیلات لازم را به عمل می‌آورد از این جهت اعمال کوچک اما زیادی برای جلوگیری از گسترش تغییرات اصلی بوقوع می‌پیوندد. بطور مثال به هنگام اهداء خون سایر سیستمهای حیاتی کمبود آن را در بدن جبران می‌کنند. تغییرات کوچکی در سراسر سرخرگهای بدن و همچنین جریان قلب بوقوع می‌پیوندد از سلولها مایع لازم وارد سیستم گردش خون می‌شود که بعداً با نوشیدن آب یا آب میوه جبران می‌گردد بدین ترتیب تمام قسمتهای بدن به اندازه کافی خون دریافت می‌کنند.

دکتر کانون بخصوص به نحوه واکنش‌های بدن در مواقع اضطراری توجه داشت. مثلاً اینکه چگونه بدن بصورت بالقوه و ناگهانی در مقابل مخاطرات واکنش نشان می‌دهد. وی در یکی از آزمایش‌های خود به مطالعه روی عکس‌العمل‌های یک گربه به هنگام برخورد ناگهانی با یک سگ پرداخت و مشاهده کرد که «آدرنالین» خیلی سریع در جریان خون وارد شده ضمناً واکنش شدیدی در سیستم عصبی سمپاتیک بوجود می‌آید. کانون تا آن زمان به این امر واقف نبود که این سیستم با ترشح تقریباً یکسان هورمونی بنام «نورآدرنالین» عمل می‌کند. این دو هورمون سبب بروز تغییرات متنوعی بدین صورت می‌شود. سرعت گردش خون گربه افزایش یافته، میزان قند خون بالا رفته، مکانیزم لخته شدن خون تسریع شده، عمل عضلانی تقویت و تنفس تند و سلول‌های خونی از مخزن ذخیره خود وارد جریان خون شده ضمناً حواس پنجگانه حساستر می‌شوند. در این مدت کار دستگاه هاضمه که غیرلازم است موقتاً متوقف می‌شود. کانون متوجه شد تمام این کارها مفید و ضروری است. همانطور که پزشکان معتقدند انطباقی بوده و باعث ادامه فعالیت‌های حیاتی می‌شود. عباس چینی مترجم (۱۳۷۱). اما تحول اساسی در مفهوم فشار روانی و نقش تعیین کننده آن در بیماری‌ها مدیون پژوهش‌های دکتر هانس سلیه اهل کاناداست. سلیه ابتدا از بکار بردن واژه فشار برای بیان حالتی که تحقیق او کشف نموده بود امتناع ورزید اما بتدریج نظرش را تغییر داد، در اواسط سال ۱۹۴۰ در یافته‌هایش واژه فشار را به میان آورد. کاربرد این واژه در چند مورد تازگی داشت.

سلیه فشار را به مثابه حالتی توصیف می‌کرد که به صورت یک نشانگان ظاهر می‌شد یعنی فشار روانی با توالی حوادث ویژه‌ای آشکار می‌گردید. سلیه این توالی را اصطلاحاً نشانگان سازگار کلی GAS نامید و در آن سه گام را مشخص کرد:

گام اول «واکنش اخطار» ، گام دوم «مقاومت» و گام سوم «فرسودگی» واکنش اخطار از نظر فیزیولوژی پاسخ پیچیده‌ای است که از آنچه سلیه عامل فشار می‌نامید منشاء می‌گیرد چنانچه عامل فشاری موجود باشد «واکنش اخطار» را بدن‌بال خواهد داشت. احتمالاً آشناترین عنصر واکنش اخطار ریختن آدرنالین در جریان خون است. همگی ما در یکی دو نوبت احساس کرده‌ایم که در مواقع هیجان یا ترس ضربان قلب ما بیشتر می‌شود. این ازدیاد ضربان ناگهانی قلب بر اثر ترشح آدرنالین از غده آدرنال که در فوق کلیه‌ها است بوقوع می‌پیوندد. همزمان مقداری تغییرات بدنی دیگر نیز صورت می‌گیرد تنفس تندتر می‌شود و خون از پوست و احشاء به ماهیچه‌ها و مغز جاری می‌شود. در نتیجه دستها و پاها سردتر می‌شود (به این دلیل است که دستهای سرد معرف عصبی بودن می‌باشند). مواد غذایی در قسمتهایی از بدن توزیع می‌شود که نیاز به واکنش در این موقعیت اضطراری دارند. بخصوص اعضای ماهیچه‌ای. علاوه بر اینها، احساس‌های جسمی شناخته شده دیگری وجود دارند که ما قادر به

مشاهده آنها نیستیم. هیپوتالاموس، بخشی از مرکز مغز که احساساتی از قبیل ترس، خشم، نشاط و ناامیدی را در کنترل دارد، در سیستم اختلال هورمونی جزو اصلی کلیدی است. زمانی که مغز واکنش «خطری» را ثبت می‌کند. هیپوتالاموس اختلال الکتروشیمیایی را به غده هیپوفیز که در قاعده (مرکز) مجامه قرار دارد، می‌فرستد. هیپوفیز هورمونی به نام ACTH (هورمون محرک قشر غده فوق کلیوی) برای فعال کردن غده آدرنال ترشح می‌کند. این غده‌ها هم به نوبت ماده‌ای به نام کورتیکوئید در جریان خون ترشح می‌کنند که پیغامهایی را به سایر غدد و اعضاء حمل می‌کنند.

هنگامی که عامل فشاری مشخص شود و مرحله اختلال بوجود آید تنها شبکه فعال سیستم هورمونی نیست. والتر.ب. کانون روانشناس بزرگ که مطالعات بی سابقه‌ای در مورد واکنش فشار انجام داده است وارد عمل شدن سیستم عصبی خود کار ANS و یک رشته شبکه‌های عصبی که اکثر اعضاء داخل بدن را بهم مرتبط می‌سازد، کشف نمود (ANS راهی است که پیامها از آن طریق به غدد فوق کلیوی فرستاده می‌شود که نتیجتاً آدرنالین ترشح شده و سبب سرعت ضربان قلب و تنفس می‌شود) والتر.ب. کانون اصطلاح واکنش اضطراری که بهترین توصیف آن را به عنوان یکی از موارد حساس مرحله اختلال سلیه می‌دانیم نیز توصیف کرده است. منتها واکنشی را که کانون نشان داد، کوششی بود برای تضمین بقای اعضای بدن با توجه به اصل «جنگ یا فرار» یعنی در مقابله با خطر بزرگ، مجموعه‌ی اعضاء موجود زنده باید با خطر مبارزه کند یا از آن فرار کند. در حیوانات نیز مانند انسان این واکنش در یک فعل و انفعال متقابل مابین استعداد ژنتیکی و شرایط عملی وارد می‌گردد. بنابراین بیشتر حیوانات به هنگام مقابله با خطر حتی خرس یا شیر فرار می‌کنند. از طرف دیگر حتی حیواناتی از قبیل حیوانات خانگی چنانچه در تنگنا قرار گیرند ممکن است بصورت وحشتناکی بجنگند. واکنش اضطراری کانون خاص‌تر و موردی بزرگتر از مرحله اختلال سلیه است.

پی‌آمدهای دیگری نیز در مورد واکنش فشار وجود دارد یکی کشش عضلانی است به ویژه اغلب چنین کششی در ناحیه انتهائی پشت، گردن و شانها و بصورت سردرد بروز می‌کند. متأسفانه این کشش اغلب پس از آنکه واکنش اختلال که مسبب اصلی آن بود از بین می‌رود نیز باقی می‌ماند.

یکی دیگر از نتایج واکنش اختلال این است که سبب می‌شود معده اسید هیدروکلریک را که معمولاً جهت جذب غذا مفید است ترشح کند. هرگاه اسید ترشح شود و معده خالی باشد می‌تواند مخاط داخلی معده، مری و بخش فوقانی روده‌ها را بسوزاند. این چنین سوختن نسوج چنانچه بیش از یک دوره زمانی تکرار شود می‌تواند به رشد زخم معده منتهی گردد. روشن است وضعیت مشابهی نیز با سیستم قلبی عروقی بوقوع می‌پیوندد تا جایی

که تحریک‌های مداوم در پاسخ به واکنش‌های اختلال منجر به امراض قلب و عروق یا حتی حمله‌های قلبی می‌شوند. اینکه واکنش‌های فشار در میان مدیران و شاغلین حرفه‌های تخصصی منجر به زخم معده یا امراض قلبی می‌شود تعجبی ندارد!

اگر فرض کنیم که عامل فشاری که واکنش اختلال را وارد کرده است، هنوز موجود باشد آن واکنش با مرحله مقاومت مواجه می‌شود. در طی مرحله دوم نشانگان سازگاری کلی GAS بدن برای مبارزه با عامل فشار عملاً بسیج خواهد شد. شاخص برجسته واکنش اختلال در طی این دوره مقاومت ناپدید خواهد شد و به نظر خواهد رسید که بدن در حالی که شدیداً با عامل فشار مبارزه می‌کند «به حالت عادی مراجعه کرده است»

در اینجا خطری موجود است که مرحله مقاومت بیش از اندازه بطول انجامد. اگر بدن برای مدتی طولانی بسیج شود ذخایرش بتدریج تخلیه می‌شود. هنگامی که چنین اتفاقی بیفتد مرحله آغاز ورود به آخرین مرحله نشانگان کلی GAS فرسودگی می‌باشد. زمانی که مرحله مقاومت کامل شده و فرسودگی وارد عمل می‌شود یک بار دیگر بدن نشانه‌هایی همانند نشانه‌های واکنش اختلال ظاهر می‌سازد. حتی مهمتر از آن، به هر جهت این مرحله بدین معنی است که بدن به حد زیادی در مقابل امراض و بدکار کردن اعضایش آسیب‌پذیر می‌شود. در حقیقت این همان جایی است که امراض مربوط به فشار روانی شروع به تظاهر می‌کنند.

در این مرحله همان‌گونه که سلیه خود خاطر نشان ساخته است راهی برای ممانعت از نشانگان سازگاری کلی GAS بطور کامل وجود ندارد. انجام هر کاری بدون فایده است. واکنش فشار متوالیاً بوسیله تعداد بی‌شمار عوامل فشار چه مثبت و چه منفی تکرار خواهد شد. هیجان، شادی و خوشحالی غیرمنتظره همانند غم و اندوه ناگهانی با تأثیر برابر می‌توانند واکنش اختلال را موجب گردند. تکرار تظاهرات واکنش اختلال قابل تحمل‌اند. حتی تهاجمات مکرر در جهت حوزه مقاومت. اما سیر به مرحله فرسودگی خطرناک است. از آن خطرناک‌تر تحمل و شکیبایی در مقابل آنهاست. در صورتی که امکان عدم انجام چنین اعمالی وجود داشته باشد. شفر، مارتین (۱۹۸۲).

طبیعت فشار روانی

مرحله ۳:

فرسودگی

مرحله ۲:

مقاومت

GAS نقصان

می یابد یا

متوقف می شود مؤث بی تأثیر رفتار موفق نبرد یا فرار

مرحله ۱:

واکنش اخطار

هیپوتالاموس

غده هیپوفیز

دستگاه گردش خون

غده آدرنال

کورتیکوئید به اعضاء

و دستگاههای فعال کننده فرستاده می شود

فعال شدن سلسله

اعصاب مرکزی GAS

متوقف می‌شود خطرناک سالم تصمیم گرفته شده ادراک و ارزیابی شناختی

عامل فشار

حادثه خارجی یا داخلی

توالی وقایع در نشانگان سازگاری کلی GAS CNS سلسله اعصاب مرکزی

به نقل از شفر، مارتین (۱۹۸۲)

چرخه‌های فشار روانی

چنانچه اشاره شد در صورتی که عوامل فشارزا ادامه یابند در بدن انسان آثار درازمدت رفتاری، فیزیولوژیایی، هیجانی و شناختی (تفکری) رخ می‌دهد و اگر این آثار مانع سازگاری با محیط شده یا موجب ناراحتی و پریشانی گردند خود به فشارزا تبدیل می‌شوند.

در شکل ۲-۲ چرخه پریشانی و در شکل ۲-۳ چرخه سلامتی نشان داده شده است.

پریشانی

افزایش بار فشار روانی	فشارزاهای تغییر	فشارزاهای بیماری	فشارزاهای فوبیایی
فشارزاهای شیمیایی	فشارزاهای هیجانی	فشارزاهای فیزیکی	
فشارزاهای رفت و آمد همه روزه	فشارزاهای محیطی	فشارزاهای اجتماعی	
از حومه به شهر و بالعکس	فشارزاهای خانوادگی	فشارزاهای کار	
فشارزاهای تصمیم گیری	فشارزاهای درد		

کاهش باروری

کاهش شادمانی

کاهش صمیمیت

شناختی (مثلاً افزایش آشفتگی، کاهش تمرکز حواس)

هیجانی (مثلاً اضطراب، افسردگی و خشم زیاد)

فیزیولوژیکی (مثلاً کاهش ماهیچه‌ای زیاد، فشارخون بالا و ضربان قلب تند رفتاری (مثلاً پرخوری و زیاده‌روی در مصرف الکل)

اختلالات شناختی (مثلاً مشکلات حافظه، افکار وسواسی و اختلالات خواب)

اختلالات هیجانی (مثلاً اضطراب و افسردگی مزمن، فوبیها تغییرات شخصیتی و بیماری روانی)

اختلالات پزشکی (مثلاً سردردها، تنش‌های زیاد، و بیماری قلبی)

اختلالات رفتاری (مثلاً چاقی و الکلیسم سرچشمه فشار)

اثرهای فوری

چرخه پریشانی

اثرهای درازمدت

خسارت‌های کلی

شکل ۲ - ۲ چرخه پریشانی (برگرفته از محی‌الدین، ۱۳۷۴)

سلامتی

افزایش دهنده تندرستی

پاسخ‌های سبک زندگی

افزایش باروری

افزایش شادمانی

افزایش صمیمیت

فشارزاهای شیمیایی

فشارزاهای رفت و آمد همه روزه

از حومه به شهر و بالعکس

فشارزاهای تصمیم‌گیری

فشارزاهای تغییر فشارزاهای بیماری فشارزاهای فویبایی

فشارزاهای هیجانی فشارزاهای فیزیکی

فشارزاهای محیطی فشارزاهای اجتماعی

فشارزاهای خانوادگی فشارزاهای کار

فشارزاهای درد

پاسخهای سازگاران

شناختی و هیجانی

(مثلاً بی خطری

فشار روانی، دوباره

سازی شناختی)

پاسخهای سازگاران

فیزیکی (مثلاً

تغذیه، ورزش

واستراحت)

پاسخهای سازگاران

رفتاری (مثلاً مثبت

بودن، برنامه ریزی

زمانی)

پیشرفت سلامتی

روانی و مقاومت در

برابر فشارزاهای

آینده

پیشرفت سلامت

بدنی و مقاومت در

برابر بیماری

افزایش عزت نفس،

حرمت نفس و

اعتماد به نفس

سرچشمه فشار

فنون و مهارتها

چرخه سلامتی

اثرهای درازمدت

مزایای کلی

شکل ۲-۳ چرخه سلامتی (برگرفته از محی‌الدین، ۱۳۷۴)

تأثیر تنیدگی روانی بر روی نظام ایمنی

پاسخ استرس از تعامل پیچیده بین فعالیت‌های فیزیولوژیکی فرآیندهای شناختی و پاسخ‌های رفتاری تشکیل شده است. این پاسخ باعث فعال شدن رشته‌های سمپاتیک و پاراسمپاتیک نظام عصبی خودمختار می‌شود که به نوبه خود می‌تواند بر روی بعضی از پیامدهای سلامتی مانند عملکرد قلبی - ریوی تأثیر بگذارد. با وجود این پاسخ‌های استرس قادر نیستند تغییراتی که افراد را آماده دریافت سایر اختلالات از قبیل ویروس‌ها و تومورها

می‌کند، توضیح دهند. برای اینکه ببینیم استرس چگونه می‌تواند روی سایر اختلالات تأثیر داشته باشد، نیازمند حرکت به سمت حوزه جدیدی از مطالعات هستیم که اثر استرس و دیگر فرآیندهای فیزیولوژیکی را بر روی نظام ایمنی بررسی می‌کند. این حوزه جدید تحت عنوان "ایمنی شناسی روان - عصبی" معروف است. مطالعات قبلی در این زمینه نشان می‌دهد استرس دارای یک اثر تضعیف‌کننده در عملکرد نظام ایمنی بدن است. نظام ایمنی در برگیرنده، سلولها، بافتها و ارگان‌هایی است که با سیستم گردش خون و نظام لنفاوی مرتبط است. تحقیقات نشان می‌دهد که بعضی از پارامترهای ایمنی بافت سلولی تحت تأثیر استرس قرار می‌گیرند. در مطالعه‌ای کارکلت - گلاسر و همکاران (۱۹۸۴) تعدادی از پارامترهای مرتبط با ایمنی را در ۷۵ دانشجوی سال اول پزشکی در یک ماه قبل از امتحانات نهایی و مجدداً در زمان شروع امتحانات بررسی کردند. نتایج این بررسی نشان داد، فعالیت سلول ایمنی در بعد از امتحان در مقایسه با قبل از آن به طور معناداری کاهش می‌یابد. در مطالعه دیگری، مک‌ناوکتون و همکاران (۱۹۹۰) وضعیت ایمنی ۱۲ زن مسن با استرس بالا را با ۱۲ زن مشابه با استرس پایین مقایسه کردند. نتایج نشان داد که در زنا با استرس بالا نظام ایمنی فعالیت کمتری داشت. این یافته‌ها نشان می‌دهد که توانایی نظام ایمنی در پاسخ به مهاجمان بیرونی کاهش می‌یابد. به علاوه در ارتباط بین افزایش استرس و کاهش کارکرد نظام ایمنی نتایج نشان می‌دهد که خلق افسرده و عدم حمایت اجتماعی با کاهش ایمنی همراه است. دورین و همکاران (۱۹۸۲) نشان دادند که استرس امتحان بیشتر در بین افرادی باعث تضعیف نظام ایمنی می‌شود که با اضطراب بیشتری واکنش نشان می‌دهند. کای - کلت گلاسر و همکاران (۱۹۸۵) دریافتند که آموزش آرامش‌دهی با افزایش فعالیت ایمنی در افراد مسن مرتبط است و توانایی آرام کردن خود می‌تواند به عنوان یک راهبرد مقابله انطباقی در پاسخ به حوادث زندگی تلقی شود. بر این اساس ویتالیانو و همکاران (۱۹۸۷) نشان دادند که راهبردهای مقابله‌ای مسأله - مدار با افسردگی ارتباطی منفی داشته و راهبردهای مقابله‌ای می‌توانند استرس را تعدیل کنند. گذرگاه نهایی بین استرس روان‌شناختی و پاسخ ایمنی مربوط به افسردگی است، تحقیقات اولیه نشان می‌دهد که هیجانات می‌توانند بر روی نظام ایمنی تأثیر بگذارند، برای مثال سولومون و موس (۱۹۶۴) دریافتند که تعارض هیجانی باعث بروز سریع‌تر و حادتر روماتیسم مفصل در بیماران مبتلا به آن می‌شود. مطالعات زیادی در زمینه استرس، افسردگی و کارکرد ایمنی صورت گرفته است. بعضی از این تحقیقات بر روی افرادی صورت گرفته است که تجربه مرگ ناگهانی یکی از اعضای نزدیک خانواده را داشته‌اند. این رویداد یکی از استرس‌زاترین رویدادهایی است که مردم ممکن است تجربه کنند. بیشتر کسانی که مرگ عزیز را تجربه می‌کنند، دوره موقتی از افسردگی را در طی فرآیند سوگ تجربه می‌کنند. افرادی که دوره‌ای از سوگ را می‌گذرانند نظام ایمنی‌شان دچار تغییر می‌شود. (بارت روپ و همکاران، ۱۹۷۷). به طور کلی داده‌های به دست آمده از این تحقیقات اشاره بر این دارند که چگونه، چه به صورت مستقیم و چه به

صورت غیرمستقیم باعث تأخیر بر روی نظام ایمنی شده که می‌تواند آسیب‌پذیری فرد را به بیماری به خصوصی مثل سرطان، بیماری‌های عفونی و ... افزایش دهد.

به طور کلی ترشح طولانی کورتیزول و کورتیکوئیدها در فشار روانی مزمن سبب درماندگی تدریجی غدد کورتیکوسورنال می‌گردد. ترشحات بیش از حد این هورمون‌ها اختلال‌های گوناگو متابولیک یا عضوی را به وجود می‌آورد. از قبیل فشارخون شریانی، زخم معده، پوکی استخوان، ضعف دفاع‌های ایمنی، حساسیت در برابر بیماری‌های آلرژیک و احتمالاً برخی از انواع بیماری‌های قند و چاقی، اختلال‌های پوستی، برخی از آرتروزهای رماتیسمی که بخشی از آن به ناهماهنگی عمل

هورمون‌های ضد آماس و آماس‌زا مربوط می‌شود که در خلال فشار روانی مزمن به زیان مواد ضد التهاب ترشح می‌شوند (توکلی خمینی، ۱۳۷۷).

هنگامی که شخص استراحت می‌کند، آرام است یا خوابیده است تجدید سازمانی در انرژی روانی او به وجود می‌آید که تجدید سازمان بیوشیمیایی بدن را موجب می‌شود. تحقیقات نشان داده‌اند که تن‌آرامی سلامتی را تأمین و از انحطاط عصبی بیولوژیکی (اصطلاحی کلی برای بیان آشفتگی ناگهانی عصبی یا روانی که فرد را ناتوان و بی‌قابلیت می‌سازد. به طوری که غالباً مستلزم بستری شدن است.) ممانعت به عمل می‌آورد. بدین طریق انرژی روانی می‌تواند در بدن تأثیر کند. انرژی اهمیت شایانی در درک ما نسبت به فشار روانی دارد. زیرا بدن و ذهن ذخایر انرژی را برای تأمین مصرف زیاد آن که در شرایط فشار روحی مورد نیاز است جذب می‌کنند. این ذخیره انرژی به شکل ویتامی‌ها، مواد معدنی و مواد تولید کننده انرژی که به شکل چربیها و کربوهیدرات‌ها ذخیره شده‌اند نگاهداری می‌شود. کبد به عنوان انبار مهم ذخایر عمل می‌کند. به هنگام فشار روانی در جاهایی که انرژی بیشتر مورد لزوم است به کبد اخطار می‌شود که ساکاروز و سایر مواد معدنی را در جریان خون رها کند. چون بدن قادر است چنین انرژی را به شکل مواد مغذی ذخیره کند می‌تواند در مقابل مقدار مورد تقاضای فشار روانی، حتی چنانچه جذب مواد مغذی فعلی آن با انرژی مورد لزوم مطابقت نداشته باشد جوابگو باشد. به هر حال جهت بسیج کردن مداوم بدن برای مقابله با عوامل فشار، تقاضای بیشتر انرژی را ایجاد می‌کند. از آنجا که غدد آدرنال، تیموس (غده‌ای در عقب نیمه بالایی جناغ سینه) و غده هیپوفیز بسیار زیاد کار می‌کنند تا بدن ما را در پاسخ به واکنش اخطار نشانگان سازگاری کلی GAS بسیج نمایند، ما به مقادیر بیشتری از ویتامین‌های C و B و اسیدپنتوتنیک نیاز داریم تا سطح انرژی خود را به اندازه کافی نگاه داریم. چنانچه ذخایر مواد غذایی بر اثر حوادث پرفشار و متناوب در زندگی ما تقریباً مصرف شده باشند. ما قابلیت کمتری برای تولید سطوح انرژی

لازم خواهیم داشت و احتمال وقوع انحطاط عصبی بیولوژیکی بیشتر خواهد بود. بدون چنین انرژی، قابلیت بدن و ذهن برای فایق آمدن و مقاومت کردن در مقابل حمله‌های فشار روانی تا حد قابل ملاحظه‌ای نقصان می‌یابد و ازدیاد وقوع امراض جدی در طی مرحله فرسودگی از این بابت است. از نظر روان‌شناسی این تخلیه تدریجی انرژی بدن در یک دوره ناتوانی و خستگی خود را ظاهر می‌سازد که به نظر می‌رسد از خود تغذیه می‌کند و به آرامی به سوی تخلیه کامل ذهنی و جسمی منحرف می‌شود (شفر، ۱۹۸۲).

تئیدگی روانی و سرطان

تحقیقات زیادی در زمینه استرس و ارتباط آن با سرطان صورت گرفته است. مطالعه بر روی حیوانات اشاره دارد بر این که تجربه استرسورهای غیرقابل کنترل با افزایش خطر ابتلا به سرطان همراه است. در تحقیقی اسکالر و آنیسمان (۱۹۸۱) تومورهای سرطانی را به دو گروه از موش‌ها تزریق کردند. یک گروه از این موش‌ها در معرض شوک غیرقابل اجتناب و گروه دیگری در معرض شوک قابل اجتناب قرار گرفتند. نتایج نشان داد تومورهای سرطانی در موش‌هایی که در معرض شوک‌های غیرقابل اجتناب قرار گرفته بودند، سریعتر رشد کردند. این نتیجه در حالی به دست آمد که هر دو گروه برای مدت یکسانی در معرض شوک قرار گرفته بودند.

در مورد انسان‌ها نیز جونز و همکاران (۱۹۸۹) گزارش دادند که فقدان یک فرد مورد علاقه، با احتمال بیشتر بروز سرطان ارتباط دارد. در مطالعه‌ای بر روی بیماران مبتلا به سرطان متاستاتیک پستان، دورگاتیس (۱۹۷۹) دریافت که بیمارانی که مدت بیشتری زنده بودند، توانایی بیشتری را در آشکارکردن پریشانی روانی و احساسات منفی از قبیل خشم، خصومت، اضطراب و ناراحتی از خود نشان دادند. در مقابل گروهی که مدت کمتری زنده بودند بیشتر بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای انکار استرس و پریشانی و یا سرکوبی استفاده کرده بودند. اسکالر و آنیسمان (۱۹۸۱) با بررسی ادبیات تحقیق و تحقیقاتی که در زمینه استرس و سرطان انجام شده است به این نتیجه رسیدند که رشد سرطان به طور معناداری به وسیله استرس و احساس درماندگی افزایش پیدا می‌کند (کاپلان و همکاران، ۱۹۹۳).

استرس و بیماری کرونری قلب

بیماری کرونری قلب (CHP) اساساً یک بیماری روان‌تنی است که از چند دهه قبل تاکنون نقش عوامل روان - شناختی و اجتماعی در بروز آن آشکار شده است. بیشتر مطالعاتی که در این زمینه صورت گرفته است بر

پایه مشاهدات بالینی، مطالعات توصیفی و تحقیقات مقطعی قرار داشته‌اند. اخیراً مطالعات زیادی در زمینه نقش علی استرس بر روی دو گروه افراد سالم و بیمار قلبی صورت گرفته است. در آزمودنی‌های سالم نحوه بروز بیماری و در گروه بیماران CHD، دوره بیماری مورد مطالعه قرار گرفته است. دسته دوم مطالعات دربرگیرنده تحقیقات آزمایشی است که با استفاده از تکنولوژی مدرن به ارزیابی جنبه‌های گوناگون کارکرد قلب و پاسخ به استرسورها پرداخته‌اند (تن‌ننت، ۱۹۹۶)

استرس آزمایشی و بیماری کرونری قلب

بر اساس بخش عظیمی از تحقیقات، مدل آزمایشی می‌تواند مدارک نیرومندی در زمینه ارتباط علی بین استرس و کارکرد قلبی را نشان دهد. این مطالعات نشان دهنده ارتباط بین دامنه‌ای از پیامدهایی چون فشار خون، ضربان قلب، جریان خون کرونری و سایر پیامدهای قلبی می‌باشند. کرائتز و همکاران (۱۹۹۱) واکنش ضربان قلب و فشارخون گروهی از بیماران CHD و گروه کنترل را نسبت به استرسورهای آزمایشی بررسی کردند. نتایج نشان داد واکنش‌های ضربان قلب و فشار خون حاصل از اثر استرس با شدت اسکیمی شریانی رابطه دارد. بر این اساس بیمارانی که دارای پیش زمینه بیماری بودند خطر بیشتری در مقابل تغییر ضربان قلب و فشار خون داشتند، از طرف دیگر استرسورهای آزمایشی ممکن است دارای اثرات متفاوتی باشند. مثلاً یک تکلیف آزمایشی مثل گفتگوی عمومی تقلیدی باعث ایجاد تغییرات بیشتری می‌شود تا تکالیف ریاضی یا یادگیری کلمات، به این خاطر که تکلیف اولی تشابه به استرسورهای زندگی عادی دارد (کرائتز و همکاران، ۱۹۹۱). این نتایج نشان می‌دهد که بین تغییرات ضربان قلب حاصل از استرس‌های آزمایشگاهی و تغییراتی که به وسیله فعالیت مربوط به کار حاصل می‌شود همبستگی ضعیفی وجود دارد (شارپلی و مک‌لین، ۱۹۹۱). علاوه بر این تغییراتی که در اثر استرسورهای آزمایشی به وجود می‌آیند با سن، جنسیت و وضعیت جسمی افراد مرتبط هستند. نتایج بعضی از تحقیقات حاکی از این است که استرسورهای آزمایشی باعث ایجاد فشار خون بیشتری در مردان میانسال می‌شوند تا در مردان جوان. هم‌چنین این استرسورها فشارخون را بیشتر در زمان که در دوره یائسگی هستند افزایش می‌دهند تا در زمانی که در دوره قبل از یائسگی قرار دارند (آنز و همکاران، ۱۹۹۳).

نقطه ضعف اصلی پژوهش‌های آزمایشی در این است که استرسورهای آزمایشی کاملاً با استرسورهای تجربه شده در زندگی روزانه همسان نیستند. این استرسورها اغلب بسیار خفیف، استاندارد شده و تنها در محیط آزمایشگاه قابل تکرار می‌باشند. بر این اساس، این واقعیت را باید پذیرفت که این استرسورها در مقایسه با

رویدادهای استرس‌زای زندگی نسبتاً پیش‌پا افتاده و کم اهمیت هستند و به تبع آن پاسخی که آزمودنیها به این استرسورها می‌دهند مشابه پاسخ‌هایی نیست که به رویدادهای استرس‌زای زندگی می‌دهند (تن ننت، ۱۹۹۶).

استرس رویدادهای زندگی و بیماری کرونری قلب

مطالعات آزمایشی زیادی از پرسشنامه رویدادهای زندگی به خصوص مقیاس درجه‌بندی سازگاری مجدد (SRRS) برای اندازه‌گیری استرس استفاده کرده‌اند (هلمز و راهه، ۱۹۶۷). سیگریست و همکاران (۱۹۸۲) با انجام مطالعه‌الی ۳۸۰ بیمار مرد آلمانی را که دارای اولین آنفارکتوس قلبی (MI) بودند با ۱۸۰ نفر از افراد گروه کنترل مقایسه کردند، نتایج نشان داد که ۳۱ درصد ۳۱٪ از بیماران مبتلا به MI، سه برابر بیشتر در معرض رویدادهای منفی زندگی قرار داشتند. در حالی که این میزان در گروه کنترل ۱۴٪ بود (کاپلان و همکاران، ۱۹۹۳، به نقل از بیاضی، ۱۳۷۶). بعضی از مطالعات گذشته فکر و آینده‌نگر نیز ارتباط مثبتی را بین استرس رویدادهای زندگی با MI و مرگ ناگهانی نشان داده‌اند. در یک مطالعه آینده‌نگر که به وسیله رابرمن و همکاران (۱۹۸۴) صورت گرفت، استرس رویدادهای زندگی مرگ و میر در اثر MI را در طی یک دوره سه ساله پیش‌بینی کرد. با وجود این در سایر مطالعات انجام شده ارتباطی بین استرس رویدادهای زندگی و XHP مشاهده نشده است. به عنوان نمونه ثورل و همکاران (۱۹۷۵) با انجام مطالعه بر روی کارگران ساختمانی و پیگیری آن به مدت دو سال به این نتیجه رسیدند که نمرات (SRRS) قادر به پیش‌بینی MI یا مرگ و میر ناشی از MI نیستند. در یک مطالعه مشابه اما وسیع‌تری که بر روی نمونه‌ای بیش از دوازده هزار مرد صورت گرفت و به مدت ۶ سال مورد پیگیری قرار گرفت رویدادهای زندگی نتوانستند مرگ و میر در اثر MI یا CHD را پیش‌بینی کنند (هولیس و همکاران، ۱۹۹۰).

دیمزداله و هردز (۱۹۸۲) در بررسی شصت تحقیق انجام شده در زمینه استرس رویدادهای زندگی با عوامل خطر CHD به این نتیجه دست یافتند که اسیدهای چرب آزاد و کلسترول در واکنش به تعدادی از استرسورهای روان‌شناختی افزایش می‌یابند. اما این افزایش در مورد تری‌گلیسیریدها به وجود نمی‌آید.

در یک بررسی بسیار تازه نیورا و همکاران (۱۹۹۲) به این نتیجه رسیدند که شکلهای خفیف استرس زندگی بر روی چربی‌ها و لیپوپروتئین‌ها اثری ندارند، اما فرمهای شدیدتر آنها بر روی سطوح چربی‌ها موثر هستند. تحقیقات بعدی این یافته‌ها را تأیید می‌کنند. به طور کلی مطالعات انجام شده در زمینه استرس

رویدادهای زندگی همراه با مطالعات آزمایشگاهی نشان می‌دهند که استرس زندگی بر روی پیامدهای قلبی مؤثر هستند (تن‌ننت، ۱۹۹۶).

تئیدگی روانی و پیامدهای مثبت سلامتی

بیشتر تحقیقات انجام شده در زمینه استرس در جهت شناخت اثرات منفی استرس بر روی سلامتی بوده است، در حال حاضر مدرک اندکی در حمایت از اثرات مثبت استرس بر روی سلامتی وجود دارد. با این وجود کوهن و هوبرمن (۱۹۸۳) معتقدند که آن دسته از رویدادهای زندگی که به وسیله افراد مثبت ارزیابی می‌شوند، ممکن است باعث محافظت آن‌ها در مقابل تجربه استرس شود. علاوه بر این تحقیقات کویزینس (۱۹۷۶) نشان می‌دهند که حالت‌های روان‌شناختی مثبت (مثل قه‌قه خندیدن) می‌تواند نتایج سلامتی مثبتی را فراهم آورد. کاراسک و همکاران (۱۹۸۲) نیز گزارش کردند که افرادی که به طور موفقیت‌آمیزی با موقعیت‌های استرس‌زای زندگی مقابله می‌کنند، می‌توانند رشد فیزیولوژیکی را تجربه کنند. علاوه بر این نتایج تحقیقات انجام شده بر روی حیوانات نشان می‌دهد که موش‌هایی که تحت استرس مزمن قرار دارند، در ابتدا سطح کارکرد نظام ایمنی آن‌ها کاهش می‌یابد، اما تدریجاً با گذشت زمان عملکرد آن‌ها بالاتر از خط پایه قرار می‌گیرد و بالاخره به مرور زمان به حالت عادی بر می‌گردد. در واقع نظریه‌ای که مدعی است استرس می‌تواند بعضی سودمندی‌ها را برای سلامتی دربر داشته باشد از حمایت‌های اندکی برخوردار است. با این وجود، تنها با تمرکز بر روی جنبه‌های منفی این رابطه ممکن است بعضی ارتباطات جالب را فراموش کنیم (کاپلان و همکاران، ۱۹۹۳).

آیا تئیدگی روانی همان اضطراب است؟

لوولو (۱۹۶۸)، ترجمه قریب، ۱۳۷۱، ص ۱۰۷؛ پیشنهاد می‌کنند که نباید استرس و اضطراب را معادل یکدیگر دانست آن‌ها اعتقاد دارند که استرس و اضطراب دارای ارتباطی تنگاتنگ هستند و اضطراب یکی از عوامل آنی و شایع استرس است.

زارعی (۱۳۶۸) در مقاله خود تحت عنوان "مطالعه الکترونوروفیزیولوژیک استرس" بیان می‌کند که بدون شک لازمه پژوهش در مورد استرس، بررسی مؤلفه‌ها و اجزای اضطراب و تاحدودی مهم افسردگی است، به

دلیل این که اضطراب و افسردگی از مهم‌ترین و شایع‌ترین پدیده‌هایی می‌باشند که در هنگام القاء استرس بروز پیدا می‌کنند، در واقع هرآنچه که به عنوان پیامد استرس دانسته می‌شود از عوارض اضطراب است.

هم چنین محمدیان (۱۳۶۸) اعتقاد دارد که اگرچه استرس و اضطراب گاهی اوقات معادل و مساوی یکدیگر تلقی می‌گردند، اما بدون تردید نمی‌توان این دو مفهوم را یگانه و به صورت واحدی در نظر گرفت بلکه می‌توان گفت که اضطراب و استرس ارتباط بسیار تنگاتنگ و نزدیکی با هم دارند.

تنیدگی روانی و اختلالات سایکوسوماتیک

تعریف اصطلاح سایکوسوماتیک

اصلاح سایکوسوماتیک از دو بخش Psycho و Soma تشکیل شده است، Psycho به معنی روان و Soma به معنی جسم می‌باشد، به همین دلیل اختلالات سایکوسوماتیک در فارسی اختلالات روان تنی گفته می‌شوند. البته بعضی کتب و سخنرانی‌ها به جای استفاده از اصطلاح روان تنی به کلمه " روان تنایی " بر می‌خوریم، که استفاده از این اصطلاح برای اولین بار توسط دکتر حسن بطحائی انجام گرفت، وی مطلب را این گونه بیان می‌کند که: " وقتی در گذشته برای روح و جسم ثنویت و دوتایی "سوما" و "پسیه" قایل بودند، در لغت خارجی بین سوما و پسیه خط فاصلی می‌گذاشتند که به منزله "واو" عطف ما در زبان فارسی است. وقتی که در سلسله علل جنبه روانی بیشتر منظور بود، پسویکوسوماتیک یا روان‌تنی و هنگامی که جنبه جسمانی بیشتر مورد نظر بود، تنی و روانی یا سوماتوپسیستیک اصطلاح می‌کردند، اما همین که افکار تغییر کرد و روا و تن و جسم و روح را دو جزء تشکیل دهنده یک کل شناخته و انسان را شخصیتی واحد و کامل تلقی کردند که درای جنبه‌های مختلف تنی و روانی است و دیگر بین این دو جدایی و استقلال قایل نبودند اصطلاح تنی و روانی یا روان تنی کافی نیست، به این علت زبان‌های خارجی با حذف خط فاصله بین سوما و سایکوتیک کلمه واحدی برای مهوم واحدی انتخاب کردند که مفهوم دوتایی و ثنویت را دیگر نمی‌رساند از نظر دستور زبان فارسی ما بدین منظور باید کلمه‌ای بیابیم که معهداً وحدت را برساند، آیا به جای تنی و روانی یا روان و تنی (واو) را حذف کرده و کلمه روان‌تنی یا تن روانی را اختیار کنیم. وقتی بخواهیم واژه تازه‌ای از دو واژه‌ای که به تنهایی مستقل هستند بسازیم می‌توانیم آن دو را بدون (واو) عطف به دنبال هم بیاوریم و بگوئیم تن‌روانی یا روان تنی، ولی چون این دو ایجاد ابهام و ثنویت می‌کنند و حکایت از دوتایی دارد در فارسی ترکیب دو کلمه آخر کلمه اول (ا) قرار می‌دهند، مثلاً در مورد "تن روانی" به شکل "تن‌روانی" می‌شود ولی چون به گوش ثقیل و خوشایند

نیست از کلمه " روان تنایی " استفاده می‌کنیم، اما در این جا در مقابل اصطلاح سایکوسوماتیک در زبان فارسی از همان اصطلاح رایج آن در بین صاحب‌نظران فارسی زبان در روان پزشکی و روان‌شناسی، یعنی " روان‌تنی " استفاده می‌کنیم.

در مورد اختلالات روان‌تنی تعاریف متعددی شده است که وجود گوناگونی تعاریف، دلیل بر وسعت علل این مفهوم می‌باشد و باتوجه به این وسعت علل و گوناگونی تعاریف است که " ولمن " (۱۹۸۸)، در کتاب خود تحت عنوان اختلالات روان‌تنی سه زمینه مطالعاتی متفاوتی را در مورد سایکوسوماتیک مطرح می‌کند: ۱ - سایکوسوماتیک به عنوان یک تئوری در مورد ارتباط ذهن و بدن ۲ - سایکوسوماتیک به عنوان یک تئوری در مورد بیماری‌های معین ۳ - سایکوسوماتیک به عنوان یک تکنیک درمانی که شامل هر دو شیوه‌های درمان پزشکی (دارویی) و روانی می‌باشد.

اما به طور سنتی حرفه پزشکی متمرکز بر بیماری‌های جسمانی بوده و هدفش فهم و کنترل عوامل جسمانی می‌باشد و مرکز اصلی توجه روان‌شناسی آشکارکردن عوامل عاطفی و روانی که منجر به رشد اختلالات روانی می‌شد بوده است، که امروزه ما فهمیده‌ایم که هردوی این گرایش‌ها محدود شد هستند، اگرچه یک بیماری ممکن است به طور اصولی جسمانی یا روانی باشد، اما بر طبق نظر دانشمندان جریان‌های روان‌شناسی و فیزیولوژی دو روی یک سکه می‌باشند که این دو می‌توانند متغیر سومی ایجاد کنند، برای مثال در ریشه بی‌اشتهایی روانی، تغییرات رفتاری و روانی دیده می‌شود که با عدم بلوغ الگوی بخش هورمونی ارتباط دارد. اما تعریف کلی که توسط انجمن روان‌شناسان آمریکا در سومین طبقه‌بندی خود از بیماری‌ها در سال ۱۹۸۰ ارائه شده است، اختلالات روان‌تنی را به صورت زیر تعریف کرده است: تحریک‌ها و عوامل محیطی حادی که بر اثرات روانی خود به طور موقت سبب شروع یا تشدید حالات جسمانی بشوند چنانکه این حالات جسمانی یا همراه با ضایعات پاتولوژیکی مشخص و قابل مشاهده‌ای (مثل زخم معده باشند و یا در پی یک فرآیند پاتوفیزیولوژیکال قرار گیرند (مثل چاقی، لاغری، استفراغ).

علل اختلالات روان‌تنی

باتوجه به بررسی نظرات و منابع متعدد در مورد عوامل ایجاد کننده و بیماری‌های روان‌تنی عوامل مشترکی که تقریباً در تمام کتب فارسی و بعضی کتب لاتین دیده شده است تحت عناوین زیر می‌باشند:

۱ - عوامل زیستی: تعدادی از عوامل زیستی که به طور مستقیم یا غیرمستقیم در ایجاد اختلالات روان‌تنی مؤثر هستند عبارتند از: الف - عوامل ژنتیکی ب - تفاوت در واکنش‌های خودمختار ج - ضعف جسمی د - ناتوانی در مکانیزم کنترل داخلی بدن

الف - عوامل ژنتیکی: دلایل و شواهد علمی زیادی موجود است که نشان می‌دهد وراثت در ایجاد واکنش‌های روان‌تنی نقش مهمی دارد، پژوهش‌های مختلف نشان داده است که برادرها و خواهرهایی که برادر یا خواهر مبتلا به زخم معده دارند، دو برابر افراد ناوابسته دچار این بیماری می‌گردند (گرگوری و روسن؛ ۱۹۶۵).

ب - تفاوت در واکنش‌های خودمختار: متخصصین روان‌تنی، واکنش‌های سیستم عصبی خودمختار افراد را به عنوان یکی از عوامل زیستی اختلالات روان‌تنی طبقه‌بندی کرده‌اند، مثلاً ولف پیشنهاد می‌کند که افراد را از لحاظ واکنش‌های عصبی خودمختار به ۳ گروه تقسیم کنیم: ۱ - واکنش دهندگان معده‌ای ۲ - واکنش دهندگان ضربانی ۳ - واکنش دهندگان دماغی؛ افراد گروه‌های سه گانه در مقابل موقعیتهای متفاوت، براین اساس واکنش نشان می‌دهند: مثلاً یک فرد واکنش دهنده معده‌ای در مقابل استرس‌ها ترشح معده زیاد دارد و بنابراین ممکن است مبتلا به پپتیک اولسر شود.

ج - ضعف‌های بدنی: وجود ضعف در یک عضو بدن می‌تواند در ایجاد بیماری‌های روان‌تنی نقش داشته باشد ضعف بدنی از یک سیستم عضوی ممکن است به وسیله توارث، بیماری یا ضربه‌ای قبلی که در زندگی ایجاد شده باشد. افرادی که ضعف بدنی دارند نسبت به استرس از دیگران تحریک‌پذیرتر می‌باشند؛ شخصی که ضعف معده در او به ارث برده شده یا به وجود آمده در وقت عصبانیت و اضطراب احتمال ایجاد اختلالات معده‌ای در او زیاد است.

ه - ناتوانی در کنترل مکانیزم داخلی بدن: هنگامی که استرس‌ها و هیجانات از لحاظ زمانی و دفعات ادامه پیدا می‌کنند و بدن ما به طور دائم در حال آماده باش و پاسخ‌گویی به این موقعیت‌ها باشد تعادل حیاتی بدن به هم می‌خورد و مکانیزم داخلی در کنترل صحیح خود ناتوان می‌شود و بدین ترتیب زمینه ایجاد اختلالات روان‌تنی به وجود می‌آید.

۲ - عوامل روانی - اجتماعی: در روان‌شناسی نقش عوامل روانی - اجتماعی در اختلالات روان‌تنی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و متخصصین در مشخص کردن این عوامل تحقیقات فراوانی انجام داده‌اند که با

توجه به نتایج به دست آمده از این تحقیقات عوامل زیر تحت عنوان عوامل روانی - اجتماعی اختلالات روان تنی دسته‌بندی شده‌اند:

الف - استرس؛ موقعیت‌های فشارزا از مهم‌ترین عوامل روانی - اجتماعی اختلالات شمرده می‌شوند، از آنجایی که در این تحقیق استرس جایگاه خاصی دارد در قسمت بعدی در این مورد بحث خواهد شد.

ب - خصوصیات شخصیتی؛ دانبار (۱۹۴۲-۱۶۵۴) و همکاران نشان دادند که همانند سازی یا خصوصیات شخصیتی خاص موجب اختلالات روان تنی خاص می‌شود. برای مثال خشک بودن، حساسیت بالا نسبت به تهدید و خصوصیات مزمن دائمی، خصوصیات هیستند که اگر در فردی وجود داشته باشند امکان ابتلاء فرد موردنظر به فشارخون بالا خیلی افزایش می‌یابد.

هم‌چنین فریدمن و روزمن (۱۹۵۹) افراد را به دو تیپ شخصیتی، A و B تقسیم کردند، تیپ A دارای این خصوصیات بودند: تندحرف زدن، رقابت، بی‌حوصلگی، تندراندگی کردن، پرخاشگری، عصبانیت و خصومت در صورتی که تیپ شخصیتی B خصوصیات بالا را دارا نبودند و طبق این تقسیم‌بندی نتیجه گرفتند که امکان ابتلاء به این اختلالات روان تنی در تیپ A بیشتر از تیپ B می‌باشد.

ج - روابط بین فردی: روابطی که فرد با دیگران دارد خصوصاً رابطه‌ای که با فامیل و والدین خود دارد، در اختلالات روان تنی نقش اساسی را بازی می‌کنند، رابطه فرد با دیگران در دوران کودکی برای وی تجاربی می‌سازد که خود این تجارب کودکی می‌توانند زمینه‌ساز واکنش‌های روان تنی بزرگسال می‌شوند، به طوری که رجوع به تاریخچه افراد مبتلا به بیماری‌های روان تنی غالباً نشان دهنده دوران زندگی پرتلاطم و آزاردهنده است.

د- انواع یادگیری: براساس نظرات متفاوت واکنش‌های روان تنی می‌توانند تحت تأثیر هر دو نوع یادگیری شرطی و کلاسیک و یادگیری شرطی سازی عاملی اینجاد می‌شوند، از آنجا که یادگیری شرطی کلاسیک دستگاه مغزی - نخاعی و حرکات ارادی دخالت ندارند می‌توان فعالیت‌های سمپاتیک را که واکنش‌های طبیعی و فطری و غیرشرطی به محرک غیرشرطی هستند را به هیجان هر نوع تکانشی که بلافاصله قبل از محرک غیر شرطی رخ می‌دهد، شرطی کرد. زیادی کنش سمپاتیک شبیه لرزشی است که شخص قبل از دریافت شوک الکتریکی در خود حس می‌کند و یا شبیه ترشح بزاق و دهان سگ و یا انسان است که هنگام شنیدن صدای زنگ شرطی شده و از خود بروز می‌دهد.

در عضو از پیش معین شده می‌گردد. الکساندر تحت عنوان مجموعه تعارض، توضیح می‌دهد که اگر شخص منفعل - وابسته‌ای به نیازش باشد و این نیاز به وابستگی‌ها به وسیله شخص دیگر ارضاء شود، موجب تحریک سلسله اعصاب پاراسمپاتیک می‌گردد که اگر این حالت تکرار شود و فرد حالت «آماده باش مزمن» پیدا می‌کند که می‌توان بروز بیماری کولیت و آسم را در مورد این فرد انتظار داشت و اگر همین شخص «منفعل وابسته» اقدام برای تسلط بر وابستگی خود کند موجب تحریک زیاد سمپاتیک می‌شود که آن هم موجب حالت مزمن آماده باش بودن بدن می‌شود که اختلالاتی همچون میگرن، فشارخون، آرتودیت را می‌تواند به دنبال خود داشته باشد که الکساندر با توجه به این مسئله تعارض خاص را برای بیماری «روان‌تنی» خاص پیش‌بینی می‌کند. نظریات الکساندر در سال ۱۹۸۵ به وسیله میرسکی مورد تأیید قرار گرفت. یکی از نظریه‌هایی که می‌تواند به جای نظریه اختصاصی بودن واکنش در بیماری‌های روان‌تنی به کار رود نظریه «آسیب‌پذیری جسمی» است، براساس این نظریه سیستم بدن شخص که از لحاظ دستگاه اعصاب خودمختار نامتعادل باشد، در مقابل فشار آسیب‌پذیرتر است در این آسیب‌پذیری و فرو ریختن مقاومت مخصوصاً در ضعیف‌ترین اعضاء بدن رخ می‌دهد، برای مثال می‌توان گفت که بیمار زخم معده‌ای با بیمار مبتلا به آسم تفاوت زیادی از لحاظ انگیزه‌های روانی و خصوصیات شخصیتی ندارد و فقط معده او ضعیف‌تر از دستگاه تنفسی‌اش است. که البته ضعف دستگاه‌های جسمی ممکن است ناشی از وراثت با محیط باشد.

۲ - ترکیب غیراختصاصی استرس: نظریه کلی بودن زمینه ابتلا به بیماری‌های روان‌تنی نیز مورد عنایت تعدادی از متخصصین روانی است در پژوهش‌هایی که توسط محققین مختلف از جمله باک و هابس صورت گرفته است این نتیجه به دست آمده که امکان بروز بیش از یک نوع خاص واکنش روان‌تنی در افراد وجود دارد و بنابراین زیربنای شخصیتی این نواحی امراض کلی است و نه اختصاصی. دلیل دیگری که بر علیه اختصاصی بودن واکنش روان‌تنی عرضه می‌شود این است که در بیماری‌های روان‌تنی در حالی که یک حالت روانی ممکن است در یک بیماری خاص مسلط باشد ولی منحصر به آن نیست. مثلاً، عناد، سرکوبی، خشم، اضطراب و مانند آن در همه نوع بیماری‌های روان‌تنی مانند فشارخون، آسم و زخم معده یافت می‌شود، به طور کلی می‌توان گفت که منظور از ترکیب غیراختصاصی استرس این است که وقتی شخص با استرس مواجه می‌شود حالت آماده باش مزمن بدون ارتباط با واکنش‌های مسیر عصبی اختصاصی به وجود می‌آید. صاحب‌نظران بر این عقیده‌اند که نظریه سلیه در مورد پاسخ به استرس در این گروه نظریات جای می‌گیرد.

تئیدگی روانی و اختلال روان‌پزشکی

خلاصه‌ای از این اندیشه در نمودار ۱ ارائه شده است. در هریک از انتقال دهنده‌های عصبی سه سطح وجود دارد که مستلزم پاسخ به فشار روانی است که عبارتند از: ادراک فشار روانی، واکنش فوری، نشانه‌ها و تظاهرات طولانی، فشار روانی، اینکه انتقال دهنده‌های عصبی بر اساس سرعت واکنش و حدود فعالیت می‌تواند تشخیص داده شود، بر اساس اصول متداول پایه گذاری شده است. اسیدهای آمینه بازدارنده (مثل اسید آمینه بوتریک و گابا) و اسیدهای آمینه تحریک کننده (مثل گلوامات)، تأثیرات خاص کوتاه مدت و محدود شده‌ای دارند. انتقال دهنده‌های مونوآمین (نورآدرنالین، دوپامین، هیدروکسی، تربت پامپین، استیل کولین و هیستامین) واکنش‌های آرام‌تر و با دوام‌تری را ایجاد می‌کنند که به نظر می‌رسد، فعالیت‌های اسید آمینه اولیه را منظم می‌کند. حتی نوروپپتیدها (مثل کورتیکوتروپین، آزادکننده عامل CRF و آندروفین)، واکنش‌های آرام‌تری را ایجاد می‌کنند و دیرتر پاسخ می‌دهند که این پاسخ بادوام‌تر و طولانی‌تر است (کوپر، ۱۹۹۱). ما فرض می‌کنیم که جنبه‌های آسیب‌زایی فشار روانی و پاسخ به فشار روانی را به وسیله بررسی پاسخ‌ها و تعامل سه گروه از انتقال دهنده‌های عصبی تعبیر و تفسیر نمود.

عوامل محیطی

عوامل فردی

ادراک فوری فشار روانی

واکنش‌های هورمونی

طولانی مدت

واکنش‌های کارکردی

رفتار

عواطف

شناخت

CRF √ OPIODS /

OXY √ VASO / ۹

NA 5HT ۲ Adr ۳

DA ۴ AcH ۵ HIST ۶

گلوتومات ۱ رگابا

نیازهای منابع

عوامل تنیدگی زا، حمایت‌ها

نمودار ۱: رابطه بین فشار روانی و اختلالات روان‌پزشکی «به نقل از استنفورد و سالمون (۱۹۹۳)».

تنیدگی روانی و بیماری سازگاری

منابع فشار روانی، تعادل حیاتی را از دو طریق به هم می‌زنند، یکی به دلیل آنکه ماورای قدرت ما برای سازگاری هستند و دوم به دلیل آن که ضعف خاصی در ساخت موجود زنده وجود دارد، موجب بیماری می‌شوند، فشارهای روانی مداوم مکانیزم‌های حفاظتی بدن را درهم می‌شکنند. بیماری‌هایی که در رشدشان، تأثیرات غیراختصاصی منابع فشار روانی مؤثر شناخته شده‌اند، بیماری سازگاری یا بیماری‌های ناشی از فشار روانی نامیده می‌شوند. ولی از آنجایی که یک منبع فشار روانی خالص وجود ندارد، واکنش‌های غیراختصاصی در ایجاد هر بیماری نقش دارند ولی هیچ بیماری صرفاً به تنهایی ناشی از فشار روانی نیست. پس ایجاد واکنش‌های غیراختصاصی توسط «عوامل شرطی» گوناگون که استعداد ایجاد بیماری را بالا می‌برند یا پایین می‌آورند یا کاهش می‌دهند، تعیین می‌شوند. در تحقیقات مربوط به فشار روانی، واژه شرطی به معنایی که مورد استفاده

پاولوف قرار گرفت، نیست، بلکه به معنای ایجاد شرایطی برای اتفاق امری است، مثلاً مقاومت یا استعداد و آمادگی (کوتاش، شل‌زینگر، ۱۹۸۱).

«عوامل شرطی» به طور انتخابی تأثیرات فشار روانی را افزایش می‌دهند و یا از تأثیرات فشار روانی دیگر بازداری می‌کنند. این عوامل شرطی ممکن است درونی باشند (مانند آمادگی ژنتیک، سن، جنس) یا بیرونی (مانند درمان با دارو و یا هورمون خاص یا عوامل مربوط به رژیم غذایی). تحت تأثیر چنین عوامل شرطی که حساسیت را معین می‌کند، فشار روانی که در حالت معمول خود به خوبی قابل تحمل است، می‌تواند باعث بیماری شود و بیماری سازگاری را ایجاد نماید که به طور انتخابی برنواحی آسیب‌پذیر بدن اثر می‌گذارد.

استرس مفید

سلیه معتقد است که هرچیز خوشایند و ناخوشایندی که آهنگ زندگی ایجاد می‌کند؛ باعث شدت استرس می‌شود. یک ضربه دردآور به همان میزان می‌تواند علت یک استرس گردد که «یک بوسه صمیمانه». هم‌چنین او اعتقاد دارد که میزان مشخصی از فشارهای عصبی برای زندگی سالم لازم است. به علاوه او بین دو نوع استرس تفاوت قایل می‌شود، استرس بد یا دسترس و استرس خوب یا مفید یا اوسترس .

استرس مفید واژه‌ای است که برای نوع مفید فشار عصبی، یعنی فشاری که ما را زنده نگه می‌دارد، وضع شده است. سلیه معتقد است که «انسان قادر است فشار عصبی منفی را به یک فشار مثبت تبدیل کند». اصولاً اندکی استرس برای این که فرد بتواند به طور عادی به اداره امور بپردازد لازم است. سطح پایینی از برانگیختگی حسی باعث توجه و دقت بیشتر به کار می‌شود. زمانی که زندگی به مدت طولانی آرام و صلح‌آمیز باشد معمولاً مردم احساس خستگی می‌کنند و خود بدن‌بال هیجان می‌روند، دیدن فیلم‌های پلیسی و جنایی یا پرداختن به ورزش‌های خشن جزء این موارد است.

تجربیهاتی که در مورد از بین بردن همه محرک‌های حسی خارجی به طور آزمایشی در افراد داوطلب انجام گرفته، نشان می‌دهد که این حالت بسیار ناخوشایند است و باعث اختلالات شدید موقتی در رفتار و تفکر و عواطف فرد می‌شود. سیستم عصبی به نحوه آشکار به مقدار معینی تحریک احتیاج دارد تا اعمال خود را به خوبی انجام دهد. اما اگر استرس خیلی شدید و طولانی باشد می‌تواند اثرات مخرب فیزیولوژیکی - روانی به جای بگذارد. از آنجایی که استرس پاسخ نامعین بدن به هرگونه تقاضا است، لذا همه افراد همیشه تحت درجاتی

از استرس هستند و حتی مادامیکه قلب انسان در حالت استراحت کامل است باید به طپش خود ادامه دهد، شش‌ها دم و بازدم داشته باشند و حتی مادامی که مغز انسان در خواب و رؤیا است، فعالیت می‌کند.

ارتباط سخت رویی و تنیدگی روانی

تحقیقات زیادی از نقش استرس در ظهور بیماری‌های جسمی و روانی حمایت کرده‌اند، در شرایط پراسترس افراد بیشتر به بیماری مبتلا می‌شوند. اما افرادی نیز وجود دارند که در این شرایط سلامتی خود را حفظ می‌کنند. به عبارت دیگر، گروهی از افراد علی‌رغم مواجهه طولانی با موقعیت‌های استرس‌زای زندگی، دچار بیماری نمی‌شوند. این افراد دارای توانایی‌ها و ویژگی‌های شخصیتی به خصوصی هستند که باعث افزایش مقاومت آنان در مواجهه با رویدادهای استرس‌زای زندگی می‌شود. براین اساس محققان تلاش کرده‌اند تا آن دسته از تفاوت‌های فردی و شخصیتی را که باعث تعدیل اثرات استرس بر روی سلامت روانی و جسمانی می‌شود شناسایی کنند. یکی از خطوط اصلی پژوهش در این زمینه مربوط به مفهومی است که کوباسا و همکاران از آن به عنوان «سخت رویی» نام برده‌اند (رودوال، ۱۹۸۹، به نقل از کوباسا، ۱۹۸۴).

کوباسا (۱۹۷۹) در راستای شناخت آن دسته از ویژگی‌های شخصیتی که در برابر اثرات استرس مقاومت می‌کنند. مطالعه‌ای را بر روی گروهی از مدیران با استرس بالا انجام داد. این مدیران از دو گروه مستقل تشکیل شده بودند، یک گروه دارای سطوح بالای بیماری و گروه دیگر در سطح بالایی از سلامتی قرار داشتند. نتایج نشان داد مدیران با استرس بالا و بیماری پایین کمتر از خود باخته بودند، اعتقاد داشتند که دارای کنترل بیشتری بر روی زندگی خود هستند، بیشتر علاقمند به تجربه مبارزه‌جویی بودند، جهت‌گیری پیشرفت‌گرایانه بیشتری داشتند و تهدید کمتری را در حوزه‌های شخصی و بین فردی در مقایسه با مدیران با استرس بالا و بیماری بالا ابراز کردند (مری و کوباسا، ۱۹۸۴ به نقل از کاپلان و همکاران، ۱۹۹۳).

سخت‌رویی بر روی ارزیابی از یک رویداد و راه‌بردهای مقابله با آن نیز تأثیر می‌گذارد.

سخت‌رویی با تأثیر بر روی ارزیابی شناختی، شخص را قادر می‌سازد تا تجربه استرس‌زا را در جهت یک تجربه کمتر استرس‌زا سوق دهد. در تحقیق دیگری سولومون و همکاران (۱۹۸۷) دو گروه از بیماران مبتلا به ایدز را با هم مقایسه کردند. نتایج نشان داد بیماران که مدت طولانی‌تری زنده ماندند به طور معناداری در مقیاس کنترل کوباسا نمرات بالاتری را نسبت به افرادی که زودتر از پای درآمدند، داشتند، براین اساس تموشوک

و همکاران (۱۹۸۸) نشان دادند که، آن دسته از مردان HIV مثبتی که در پرسشنامه سخت‌رویی کوباسا به خصوص مقیاس کنترل نمرات پایین داشتند، اختلالات عصب روان‌شناختی بیشتری را در مقایسه با کسانی که نمرات بالاتری در سخت‌رویی داشتند نشان دادند.

تعریف سخت‌رویی

کوباسا مدی و کوهن (۱۹۸۲) با استفاده از تئوری‌های موجود شخصیت، سازه سخت‌رویی را به عنوان مجموعه‌ای از ویژگی‌های شخصیتی تعریف می‌کنند که به عنوان یک منبع مقاومت در مواجهه با رویدادهای استرس‌زای زندگی عمل می‌کنند.

این متغیر شخصیتی از سه مؤلفه (وابسته به هم) «تعهد» «کنترل» و «مبارزه جویی» تشکیل شده است. تعهد مفهوم مقابل خودباختگی، کنترل مفهومی مقابل ناتوانی و مبارزه جویی مفهوم مقابل احساس تهدید یا ترس است. افراد سخت‌رو کسانی هستند که به سادگی در برابر اعمال و رفتار خود احساس تعهد کرده، عقیده دارند که رویدادهای زندگی قابل کنترل و پیش‌بینی است و بالاخره تغییر در زندگی و نیاز به انطباق با آن را نوعی شانس و مبارزه‌جویی برای رشد بیشتر در نظر می‌گیرند، به جای آن که آن را تهدیدی برای زندگی خود به شمار آورند (فلورین و همکاران، ۱۹۸۱) اظهار می‌دارند که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افراد سخت‌رو صرفاً از تأثیر انفرادی و مستقل این مؤلفه‌ها سرچشمه نمی‌گیرد، بلکه ناشی از شیوه مقابله‌ای خاصی است که با ترکیب پویای این سه مؤلفه همخوان است، در حقیقت، سخت‌رویی ساختار واحدی است که از عمل یک پارچه و هماهنگ این سه مؤلفه مرتبط با هم سرچشمه می‌گیرد (پارکروندال، ۱۹۹۸).

نقش سخت‌رویی در سلامتی:

شواهد زیادی دلالت دارند بر این که سخت‌رویی با سلامت روانی و جسمی ارتباط مثبت دارد و پیامدهای منفی استرس بر روی سلامتی را کاهش می‌دهد. نتایج تحقیقات انجام شده در این زمینه حاکی از وجود اثرات سودمند سخت‌رویی بر روی سلامتی و نقش تعدیل‌کننده آن بر روی استرس است. اگرچه این امکان وجود دارد که سخت‌رویی به طور مستقیم بر روی سلامتی اثر نداشته باشد، اما به طور غیرمستقیم با تأثیر بر روی سایر متغیرها مثل سبک زندگی اثرات سودمندی را بر روی سلامتی دارد، در این زمینه تحقیقات نشان داده‌اند که بعضی از اثرات سودمند سخت‌رویی بر سلامتی به خاطر شیوه‌های بهتر زندگی در افراد سخت‌رو است (روث

و همکاران، ۱۹۸۹). در واقع از سال ۱۹۷۹ که شواهد روایی سازه سخت رویی گردآوری شد. این فرض نیز مطرح شد که سخت‌رویی می‌تواند در برگیرنده اندازه معقولی از سلامت روانی باشد. به عنوان مثال، سخت‌رویی با گزارش‌های خودسنجی از اضطراب، افسردگی، اختلال بدنی سازی، حساسیت بین فردی، نمره کل در (فهرست نشانه‌های هاپکینز)، در افسردگی در پرسشنامه افسردگی بک و شدت نشانه‌های بیماری جسمانی، ارتباط منفی داشته است (مدی و همکاران، ۱۹۹۴). از طرف دیگر مطالعات متعددی نشان داده‌اند که سخت‌رویی دارای اثرات محافظت کننده در ارتباط بین استرس و بیماری می‌باشد (کوباسا و همکاران، ۱۹۸۲).

شاید به این خاطر که افراد سخت‌رو رویدادهای زندگی را کمتر استرس‌زا تلقی کرده و به طور مؤثری با آن‌ها مقابله می‌کنند. بر این اساس فلورین و همکاران (۱۹۹۵) نشان ادند که سخت‌رویی با استفاده از مکانیزم‌های «ارزیابی و مقابله» به طور مثبتی در سلامت روانی مشارکت دارد.

بررسی فرآیندی که سخت‌رویی به وسیله آن در سلامت روانی مشارکت می‌کند، از این فرضیه که اثرات سخت‌رویی به وسیله مکانیزم‌های ارزیابی و مقابله انتقال داده می‌شوند، حمایت کرد. تحلیل این نتایج آشکار کرد که بعضی از مؤلفه‌های سخت‌رویی می‌توانند افراد را آماده کنند برای اینکه رویدادهای زندگی را کمتر تهدید کننده ارزیابی کرده و برای مقابله موفقیت‌آمیز با آن به خودشان اطمینان داشته باشند. بر این اساس الگوهای ارزیابی و مقابله افراد سخت‌رو به طور معناداری در پیامدهای بهتر سلامت روانی مشارکت دارند. مری و همکاران (۱۹۹۴) در بررسی ارتباط سخت‌رویی و سلامت روانی، ارتباط بین سخت‌رویی و مقیاس‌های بالینی «پرسشنامه چند وجهی» (شخصیتی مینه سوتا) که MMPI را بر روی نمونه‌ای از دانشجویان سال اول مورد مطالعه قرار دادند. نتایج نشان داد که سخت‌رویی با اغلب مقیاس‌های شناختی MMPI دربرگیرنده گرایش‌های آسیب روانی است، ارتباط منفی دارد. همچنین سخت‌رویی یک ارتباط کاملاً منفی را با گرایش‌های سایکوتیک نشان داد.

بر این اساس گو می‌توان نتیجه گرفت که این الگوی ارتباط منفی بین سخت‌رویی و مقیاس‌های MMPI می‌تواند نشان دهنده این موضوع باشد که سخت‌رویی شاخصی از سلامت روانی است. در زمینه نقش سخت‌رویی در تعدیل اثر استرس بر بیماری و تأثیر آن بر روی سلامت روانی تحقیقات زیادی صورت گرفته است. بر این اساس کوباسا (۱۹۷۹) مطالعه‌ای را بر روی ۳۰۰ نفر از افرادی که دارای مشاغل مدیریتی و سرپرستی بودند انجام داد و در این مطالعه رویدادهای استرس‌زای زندگی در طول چند سال گذشته، بیماری‌هایی که افراد به آن دچار شده بودند و ویژگی شخصیتی سخت‌رویی بررسی شد. نتایج نشان داد، مدیرانی که در شرایط پراسترس، سالم باقی مانده بودند از نظر میزان سخت‌رویی تفاوت معناداری با مدیرانی که در این شرایط

به بیماری دچار شده بودند داشتند. به عبارتی دیگر، مدیرانی که در مؤلفه‌های تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی قوی‌تر بودند، در شرایط پراسترس نیز بیمار نشدند. در مطالعات بعدی کوباسا، مری و کوهن (۱۹۸۲) در جهت بررسی نقش علی سخت‌رویی در جلوگیری از بیماری‌ها، این ۳۰۰ مدیر را در یک مطالعه آینده‌نگر به مدت دو سال مورد پی‌گیری قرار دادند. هدف از این مطالعه، بررسی پراش حاصل از سخت‌رویی و رویدادهای استرس‌زا در میزان سلامت و بیماری مدیران بود. این بررسی بر مبنای داده‌هایی که این محققان در مورد میزان سخت‌رویی، استرس و سلامتی مدیران در مطالعه قبلی داشتند، صورت گرفت. با استفاده از تکنیک تحلیل کوواریانس، اثر سخت‌رویی و رویدادهای استرس‌زا بر بیماری، در حالی که اثر آن‌ها در بیماری‌هایی که آزمودنی‌ها قبلاً داشتند کنترل می‌شد مورد مطالعه قرار گرفت. نتایج نشان داد که حتی وقتی تأثیر سخت‌رویی در کاهش خطر ابتلاء به بیماری و رویدادهای استرس‌زا در افزایش این خطر نقش دارند. در این مطالعه مشخص شد مدیران سخت‌رو، حتی با میزان بالایی از استرس کاملاً سالم باقی می‌مانند (کوباسا، مری و کاهن، ۱۹۸۲).

مکانیزم‌های تأثیر سخت‌رویی بر تنیدگی روانی

در سال‌های اخیر، توجه زیادی به سخت‌رویی به عنوان یک عامل تعدیل کننده اثر استرس بر روی سلامتی شده است. بر اساس نظر کوباسا (۱۹۷۹) اثرات سخت‌رویی بر روی سلامت روانی به وسیله مکانیزم‌های ارزیابی و مقابله انتقال داده می‌شود. کوباسا (۱۹۸۲) خاطر نشان می‌کند که سخت‌رویی با تمایل به دریافت بالقوه رویدادهای استرس‌زای زندگی به شیوه‌ای که کمتر تهدید کننده باشد، ارتباط دارد. در حمایت از این عقیده یافته‌ها نشان می‌دهند که اشخاص سخت‌رو رویدادهای زندگی را مشابه افراد غیرسخت‌رو تجربه می‌کنند. اما این رویدادها را غیراسترس‌زا ارزیابی کرده و در مورد توانایی خود برای مقابله با آنها خوشبین هستند (آلرد، اسمیت، ۱۹۸۹؛ پاگانا، ۱۹۹۰). بر این اساس به نظر می‌رسد سخت‌رویی دو مؤلفه ارزیابی را تغییر می‌دهد؛ ارزیابی از تهدید را کاهش داده و انتظار برای مقابله موفقیت‌آمیز با آن را افزایش می‌دهد (فلورین و همکاران، ۱۹۹۵). همراه با مدل‌های حاضر از استرس و مقابله که بر روی اهمیت ارزیابی شناختی در تطابق با موقعیت‌های استرس‌زا تأکید می‌کنند (لازاروس، ۱۹۸۵) به نظر می‌رسد که کیفیت‌های تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی بر روی شیوه‌ای که افراد سخت‌رو رویدادهای استرس‌زای زندگی را ارزیابی می‌کنند، تأثیر می‌گذارند (کوباسا، ۱۹۸۲). رودوال و اگوستس دویتر (۱۹۸۴) در پژوهشی، فرآیندهای ارزیابی را در افراد سخت‌رو و افراد غیرسخت‌رو با توجه به تجربه‌های اخیر زندگی مورد مطالعه قرار دادند، موضوع مورد مطالعه این بود که آیا افراد سخت‌رو بر اساس رفتارها و انتخاب‌هایشان تمایل به مواجهه و رویارویی متفاوت با تجارب زندگی را دارند و یا اینکه آن‌ها

تجربه‌های مشابه را به شیوه‌ای متفاوت از افراد غیرسخت‌رو مورد ارزیابی قرار می‌دهند؟، نتایج نشان دهنده تفاوت معنادار بین افراد سخت‌رو و غیرسخت‌رو از لحاظ ارزیابی رویدادها بود. هم‌چنین افراد سخت‌رو، در مقایسه با افراد غیرسخت‌رو، تجارب زندگی‌شان را بیشتر مثبت و قابل کنترل گزارش کردند و فقط درصد کمی از رویدادها را کمتر قابل کنترل ارزیابی کردند، در حالی که افراد سخت‌رو و غیر سخت‌رو از نظر درصد رویدادهایی که غیر قابل کنترل ارزیابی کرده بودند تفاوتی نداشتند. این نتایج نشانگر این است که افراد سخت‌رو تمایل بیشتری دارند که رویدادها و وقایع استرس‌زای زندگی را به شیوه‌ای کمتر استرس‌زا مورد ارزیابی قرار دهند. در زمینه سایر تفاوت‌های افراد سخت‌رو و غیرسخت‌رو از نظر فرآیندهای ارزیابی مطالعات دیگری نیز صورت گرفته است، رودوال و زون (۱۹۸۹) مطالعه‌ای را بر روی گروه‌هایی از زنان سخت‌رو و غیرسخت‌رو جهت بررسی نقش تعدیل‌کننده سخت‌رویی بر روی استرس انجام دادند، هدف مطالعه آن‌ها بررسی این موضوع بود که آیا سخت‌رویی می‌تواند افراد را در مقابل تغییرات استرس‌زای زندگی باتوجه به نحوه ارزیابی و تفسیر این رویدادها محافظت کند یا خیر؟، نتایج نشان دهنده این بودند که زنان سخت‌رو در مقایسه با زنان غیرسخت‌رو به طور معناداری تجارب زندگی خود را مطلوب‌تر ارزیابی کرده بودند و هم‌چنین زنان غیرسخت‌رو معتقد بودند که هر یک از رویدادهای منفی تلاش فراوانی را جهت سازگاری می‌طلبند و نهایتاً این که زنان سخت‌رو با ویژگی هیجان‌پذیری منفی همبستگی منفی داشتند و در مقایسه با زنان غیرسخت‌رو دارای یک انعطاف‌پذیری ویژه نسبت به استرس بودند. در مورد نقش تعدیل‌کننده سخت‌رویی بر روی استرس، وای (۱۹۹۱) در مطالعه‌ای که بر روی نمونه‌ای شامل ۸۲ نفر از دانشجویان (۴۱٪ مرد و میانگین سنی ۲۱/۴ سال) انجام داد از دانشجویان مرد و زن با سخت‌رویی پایین و بالا خواست تا یک تکلیف تهدیدآمیز را مورد ارزیابی قرار دهند، نتایج نشان داد که سخت‌رویی استرس را تعدیل می‌کند، و این نقش تعدیل‌کنندگی سخت‌رویی در جریان یک ارزیابی انطباقی از استرس صورت می‌گیرد. آزمودنی‌هایی که نمره بالایی در سخت‌رویی داشتند، استرس‌ورهای عینی یکسان را کمتر تهدیدکننده درجه‌بندی کرده بودند تا آزمودنی‌هایی که نمره سخت‌رویی آن‌ها پایین بود، مردان دارای سخت‌رویی بالا در مقایسه با مردان دارای سخت‌رویی پایین کنترل بیشتری را گزارش کردند. نتایج این پژوهش با نتایج مطالعات قبلی در مورد ارتباط بین سخت‌رویی و ارزیابی استرس رویدادهای زندگی همخوان است (رودوال و اگوستس دویتر، ۱۹۸۴). نحوه مقابله با استرس یکی دیگر از مکانیزم‌های اثر سخت‌رویی بر استرس است. کوباسا (۱۹۸۴) بر اینکه افراد سخت‌رو در مقابله با استرس از مقابله گشتاوری و فعال استفاده می‌کنند اشاره کرده است. او اعتقاد دارد که این مقابله با استفاده از «الگوها و راهبردهای مسأله - مدار» استرس را به تجربه‌ای بی‌خطر تبدیل می‌کند. بالعکس افراد غیرسخت‌رو از " شیوه‌های مقابله‌ای واپس

عوامل تنش‌زا و نشانگان استرس در جوانان و راه‌های مقابله با آن روی " مثل کناره‌گیری و انکار استفاده کرده که نه تنها به حل مشکل کمکی نمی‌کند بلکه باعث افزایش مشکلات عاطفی، هیجانی و ناسازگاری‌هایی نیز می‌گردد (فلورین و همکاران، ۱۹۹۵). در مقابله گشتاوری، فرد با استفاده از راهبردهای خاص رویدادها و وقایع منفی را به رویدادهای مثبت تبدیل می‌کند و جنبه مخرب و آسیب‌رسان آن را کاهش می‌دهد. این شیوه مقابله از دو مرحله ذهنی و عملی تشکیل شده است. در مرحله ذهنی فرد با بلند نظری، رویداد استرس‌زا را از چشم‌اندازی وسیع‌تر نگاه می‌کند. این نوع برخورد ذهنی، سبب نمی‌شود که آن رویداد خاص آن‌چنان مهم ناراحت‌کننده و منفی به نظر نیاید. پس از آن در مرحله عملی فرد در جهت رفع عامل استرس‌زا، اقداماتی عملی را به صورتی قاطعانه انجام می‌دهد. در مقابله واپس‌رونده برخلاف مقابله گشتاوری، فرد از استرس یک مصیبت و فاجعه می‌سازد، بدترین چیزی که ممکن است اتفاق بیفتد و به سبب همین عدم غلبه ذهنی براسترس، فرار از آن را ترجیح می‌دهد و با انجام اعمالی چون تفریحات افراطی، استفاده نابه‌جا از مواد، روی آوردن به الکل و... تلاش می‌کند که عامل استرس‌زا را فراموش کند. تحقیقات نشان دهنده این است که وجه تمایز افراد سخت‌رو بدون در نظر گرفتن استرسی که با آن درگیر هستند، همان استفاده از مقابله گشتاوری در رویارویی با رویدادهای استرس‌زای زندگی است و این نوع مقابله است که استرس را از عاملی منفی به پدیده‌ای مثبت تبدیل کرده و در نتیجه از اثرات منفی آن بر روی سلامتی ممانعت به عمل می‌آورد (مری، ۱۹۹۰، به نقل از بیاضی، ۱۳۷۶).

مدل کوباسا درباره انتقال اثرات سخت‌رویی بر روی سلامتی روانی با میانجی مکانیزم‌های ارزیابی و مقابله توسط تحقیقات بعدی مورد حمایت قرار گرفته است. فونک (۱۹۹۲) اعتقاد دارد که بیشتر تحقیقات قبلی در آزمون تجربی مسیرهای علی فرض شده شکست خورده‌اند. او پیشنهاد می‌کند که برای ارزیابی نظریه سخت‌رویی در موقعیت‌های استرس‌زای واقعی زندگی از مطالعات طولی که در آن‌ها سخت‌رویی و سلامت روانی در موقعیت‌های مختلف زمانی اندازه‌گیری می‌شوند استفاده شود. متغیرهای مقابله و ارزیابی اندازه‌گیری شود و از معادلات ساختاری برای تحلیل این مسیرها استفاده شود. فلورین و تومن (۱۹۹۵) بر اساس پیشنهاد فونک (۱۹۹۲)، پژوهشی را بر روی گروهی از سربازان تازه وارد انجام دادند. هدف این مطالعه، بررسی میزان مشارکت نسبی هرکدام از مؤلفه‌های سخت‌رویی و شیوه‌های ویژه‌ای بود که هرکدام از این مؤلفه‌ها از طریق آن بر روی سلامتی تأثیر می‌گذاشتند. بنابراین چگونگی مشارکت سخت‌رویی در سلامت روانی در طی یک موقعیت استرس‌زای زندگی واقعی با مدنظر قراردادن نقش مکانیزم‌های مقابله و ارزیابی مورد مطالعه و بررسی قرار گرفت. بدین ترتیب که نمونه‌ای شامل ۲۷۶ نفر سرباز تازه وارد، پرسشنامه‌های سخت‌رویی، سلامت روانی، ارزیابی شناختی و شیوه‌های مقابله را در شروع و پایان یک دوره چهارماهه آموزش نظامی تکمیل کردند. نتایج

نشانگر این بود که دو مؤلفه تعهد و کنترل که در ابتدای دوره اندازه‌گیری شده بودند، سلامت روانی را در پایان دوره آموزشی با میانجی مکانیزم‌های مقابله و ارزیابی پیش‌بینی کردند. مؤلفه تعهد، سلامت روانی را از طریق کاهش ارزیابی از تهدید و استفاده از راهبردهای هیجان - مدار و افزایش ارزیابی ثانویه، افزایش داد. کنترل نیز سلامت روانی را از طریق کاهش ارزیابی از تهدید، افزایش ارزیابی ثانویه و استفاده از راهبردهای حمایت‌جویی و مسأله‌گشایی، افزایش داد. در زمینه همبستگی درونی مؤلفه‌های سخت‌رویی با یکدیگر نتایج نشانگر آن است که اگرچه مؤلفه‌های تعهد و کنترل با هم همبستگی معناداری داشتند اما به نظر می‌رسد که مؤلفه مبارزه‌جویی ساخت روان‌شناسی متفاوتی را نشان می‌دهد. در حالی که مؤلفه‌های کنترل و تعهد یا میانجی مکانیزم‌های مقابله و ارزیابی توانستند تغییرات سلامت روانی را در طی دوره آموزش نظامی به طور معناداری پیش‌بینی کنند. مؤلفه مبارزه‌جویی نشان دهنده هیچ‌گونه پیش‌بینی معناداری نبود. چنین به نظر می‌رسد که در طی دوره مواجهه و مقابله با استرس، تعهد و کنترل نقش‌های مکملی را بازی می‌کنند. در حالی که تعهد به افراد اجازه می‌دهد تا در شرایط استرس‌زا ایستادگی کنند، کنترل سبب می‌شود که افراد کوشش‌های فعالانه‌ای را جهت یافتن راه حل مناسب در موقعیت‌های پیچیده به کار گیرند. شخصی که از تعهد بالایی برخوردار است ممکن است انگیزه‌ای نیرومند را در خود جهت اینکه از نظر روانی در مقابل یک موقعیت ایستادگی کرده و با عواقب و تقاضاها و خواسته‌های آن روبه‌رو شود احساس کند. بنابراین، اگرچه ضرورتاً تعهد یک عامل مقاوم در برابر استرس ولی برای فعال کردن راهبردهایی که به تمام شدن موقعیت استرس‌زا می‌انجامد کافی نیست. تعهد باید با احساس تسلط، چیره‌گی و کنترل تکمیل شود. که این احساس نشان دهنده اعتقاد راسخ فرد به این است که می‌تواند به شکلی کار با مشکل برخورد کند. و بنابراین می‌تواند باعث درگیری افراد با حل مشکل شده و منجر به توجه آن‌ها به منابع بیرونی حمایت بشود. چنین به نظر می‌رسد که این فکر باعث بهبود مفهوم مقابله‌گشتاوری می‌شود که در ابتدا توسط کوباسا (۱۹۸۲) مطرح شده است. مکانیزم‌های روان‌شناختی‌ای که از طریق آن اشخاص سخت‌رو موقعیت استرس‌زا را تبدیل به تجربیات و موقعیت‌های بی‌خطر می‌کنند شامل ترکیبی از راهبردهای مقابله‌ای که به مؤلفه‌های تعهد و کنترل مرتبط است. این یافته‌ها پیشنهاد هال و همکاران (۱۹۸۷) را مبنی بر حذف مؤلفه مبارزه‌جویی از مؤلفه سخت‌رویی به اثبات رسانید.

حتی هنگامی که مبارزه‌جویی با مقیاس جدید سخت‌رویی اندازه‌گیری شد ارتباطی را با مؤلفه‌های دیگر سخت‌رویی نشان نداد و ارزش معناداری در مدل ساختاری که سخت‌رویی را به سلامت روانی پیوند می‌دهد نداشت (فلورین و همکاران، ۱۹۹۵).

نشانه‌های روان‌شناختی تنیدگی روانی

بدن انسان تنها وسیله‌ای نیست که اطلاعات در مورد فشار را بتوان از طریق آن بدست آورد. بلکه رفتار و احساسات افراد نیز شاخصه‌های مهمی برای تعیین فشار روانی آنها بشمار می‌رود.

بعضی از واضحترین الگوهای غلبه بر فشار که معمولی و بی‌تاثیر هستند و مردم اغلب تحت فشار آنها را بکار می‌برند عبارت است از سیگارکشیدن، مشروب خوردن و پرخوری. سایر شاخصه‌های عمومی شامل خشمناک شدن و فعالیت زیاد است. افراد تحت فشار گرایش به سریع رفتن، سریع صحبت کردن حتی تنفس سریع دارند. نشانه خوب آن چنانچه شخصی در حال رفتن باشد، اجبار در شتاب کردن است. افراد تحت فشار معمولاً باقی ماندن در ترافیک یا منتظر آسانسور شدن را کاری بی‌نتیجه تصور می‌کنند. در واقع فرایند شناختی آنها از هم گسیخته می‌شود و در نتیجه آن الگوهای طبیعی نظم تغییر می‌یابند. مثلاً شخصی که در حالت معمولی پاکیزه و بسیار مرتب است تحت شرایط فشار ممکن است تبدیل به شخص غیرمنظم و ناپاکی شود یا برعکس خانه‌داری که معمولاً بی‌نظم و بی‌دقت است ممکن است اتفاق افتد تحت واکنش فشار، همین شخص اجباراً پاکیزه و منظم شود. پاسخهای شناختی به فشار نیز می‌تواند دقیقتر باشند. برای مثال، فشار مشکلات مربوط به حافظه را می‌تواند بوجود آورد. شخص تحت فشار ممکن است در مورد بخاطر داشتن صحیح همه مطالب گرفتاری پیدا کند و یا در مورد جزئیات گیج شود. نشانه دیگر تفکر تکراری است. شخصی که تحت فشار است گرایش به محدود کردن ذوقهای خود دارد و درباره عقاید ویژه‌ای مکرراً فکر می‌کند.

فشار بر احساسات نیز می‌تواند تاثیر گذارد. مثال معمولی تحت فشار قرار داشتن " ایجاد وقفه در تاجر عاطفی " است. تاجر واژه‌ای است که روانشناسان برای بیان پاسخ شخصی فرد به محیط خود بکار می‌برند. چنین وضعیتی هنگامی حادث می‌شود که شخص به احساسی بیش از حد می‌چسبد. مانند شخصی که از یک فکر ناراحت کننده ممکن است اضطراب دائمی پیدا کند. مورد مثال آن می‌تواند شخصی باشد که هنگامی که تحت فشار قرار می‌گیرد ناله و شکوه را ادامه می‌دهد. مثالهای دیگر در مورد اثر فشار بر عواطف، تظاهرات خشم یا نشاط ناگهانی، یا تغییرات شدید خلقی مانند افسردگی یا فعالیت فوق‌العاده است: در دو مرحله اول نشانگان کلی GAS شخص ممکن است از خود افسردگی یا فعالیت بیش از حد نشان دهد. این خلق و خوی نامتعارف افسردگی شامل نشانه‌هایی مانند ناتوانی، ازدست دادن احساس خوش خلقی، نخندیدن و بی‌تفاوتی است که ممکن است تا چندین روز ادامه داشته باشد. حالت بیش از حد فعال شدن کاملاً عکس آن است؛ شخص با

نشاط، با هیجان و احتمالاً خشن و پرسروصدا می‌شود و اغلب بد رفتاری می‌کند. خلق چه افسرده و چه فعال شده باشد، آشکارا اختلاف بارز با رفتار عاطفی طبیعی شخص را نشان می‌دهد.

افراد تحت فشار احساس فزاینده بی‌حسی، بی‌حالی و بی‌علاقگی و کرختی دارند کار آنها بنظرشان کسل‌کننده و بسیار خسته کننده می‌رسد و حتی فائق شدن بر کوچکترین عامل فشار روحی برایشان مشکل خواهد بود. این افراد استعداد استنباط وضع واقعی اشیاء را از دست می‌دهند؛ همین که وسعت ذوقهای آنها تنگتر شده و با شدت ادامه می‌یابد تپه‌های کوچک بنظرشان در واقع به شکل کوهها جلوه‌گر خواهند شد.

همین که افراد در مرحله فرسودگی عمیقتر فرو می‌روند. رفتار آنها بیشتر و بیشتر افسردگی را ظاهر می‌سازد: آنها خستگی را تجربه می‌کنند که نوعاً، به وسیله خواب تخفیف نمی‌یابد و احساس مبهم اضطراب‌آمیزی دارند. آنها بی‌عاطفه و بدخلق می‌شوند و حتی بیشتر منزوی شده و به سوی خوابیدن، تلویزیون تماشا کردن، یا خیالبافی گرایش پیدا می‌کنند. آنها به رفتارهای فائق شونده غیر موثر ادامه می‌دهند. به ویژه سیگار یا مواد مخدر یا مواد دیگر و کلاً احساس درماندگی و ناتوانی در جهت حل کردن مشکلات خود دارند.

این نشانه‌های رفتاری شناختی و عاطفی همگی باهم تجارب فشار روانی را منعکس می‌سازند مانند نشانه‌های فیزیکی در بدن، شماری از این نشانه‌های روانی و شدت آنها کلیدی هستند برای تعیین این که شخص تا چه حد تحت فشار است. شفر، مارتین (۱۹۸۲).

تفاوت‌های فردی در برخورد با تنیدگی روانی

منابع ایجاد فشار روانی در افراد مختلف منجر به بروز واکنشهای متفاوت می‌شود. برخی از مردم بهتر از سایرین می‌توانند با این عوامل محرک و تنش‌زا مقابله کنند و در واقع رفتارشان طوری است که از عهده مبارزه طلبی‌ها و هم‌اوردجوییهای محیط برمی‌آیند. درحالی که بسیاری از مردم باتوجه به جنبه‌های شخصیتی، نسبت به فشارهای روانی کاملاً مستعد و بی‌مقاومتند. بدین معنی که اگر با عوامل تنش‌زا مواجه شوند قادر نیستند با آنها مقابله نموده از عهده حل مشکل برآیند. البته عوامل بسیاری می‌تواند در بوجود آمدن این تفاوتها دخالت داشته باشند که از میان آنها می‌توان به شخصیت فردی، انگیزه، توانمند بودن یا بالعکس ناتوانی در امر مقابله با مشکلات خاصی که در شرایط ویژه پیش می‌آید، روحیه ایمان و توکل به خداوند، صبور بودن،

امیدوار بودن، قابل انعطاف بودن و استفادی بجا و صحیح از تواناییها (خصوصاً متناسب با سن) برخوردار بودن از بصیرت لازم و کافی نسبت به انگیزه‌ها و نیز نقاط ضعف خود و بسیاری از عوامل دیگر اشاره نمود.

تحقیقات متعددی نشان داده است که نحوه برخورد اشخاص با مشکلات بیش از خود مشکلات دارای اهمیت است. در نتیجه بیشترین تحقیقات در مورد فشار روانی و داروهای پیشگیری کننده آن بر آنچه که روانشناسان آن را «سرسختی» یا رفتار مقابله‌ای می‌نامند متمرکز شده است. روانشناسان به تعدادی از عوامل شخصی اشاره می‌کنند که بنظر می‌رسد می‌تواند در مقابله با فشار روحی مؤثر واقع شود. در میان آنها می‌توان از این احساس که اداره و مسئولیت زندگی شخصی به عهده شما است. داشتن شبکه‌ای از دوستان و فامیل و چیزی را که روانشناسان «حمایت اجتماعی» می‌نامند، نام برد.

دکتر کارولین بدل توماس از جان هاپکینز عوامل روانی را به سوابق تندرستی درازمدت ۱۳۳۷ نفر از دانشجویان پزشکی که بین سالهای ۱۹۴۸ و ۱۹۶۴ فارغ‌التحصیل شده‌اند مرتبط ساخته است. او دریافت که یکی از مهمترین نشانه‌های بیش کننده سرطان، امراض و خودکشی را «کمبود ارتباط نزدیک با والدین» و برداشت منفی در مورد فامیل تشکیل می‌دهد.

تحقیق در مورد حیوانات نیز این عقیده را که داشتن مصاحب سدی در مقابل بدبختی‌ها و مصائب است تایید کرد. میمونهای اسکیرل هنگامی که به تنهایی با مار بوآ روبرو می‌شوند خیلی بیش از مواقعی که بصورت گروهی در مقابل این حیوان قرار دارند وحشت زده می‌شوند.

تومورهای سرطانی در موشهایی که به آنها سلولهای سرطانی تزریق شده و آنها را از دیگران جدا کرده‌اند با سرعتی بیش از موشهای مشابه که با گروهی از هموعان خود در یک قفس مانده‌اند، رشد می‌کنند.

تحقیق در مورد حیوانات نشان داده است هنگامی که انگیزه‌های عامل فشار روحی تحت نظم و ترتیب باشد آنها کمتر آسیب می‌بینند. محققان دانشگاه ویکانسن میمونها را در معرض سروصدای زیاد قرار دادند اما به نیمی از آنها اجازه دادند این سروصدا را با زنجیری که در دسترس آنها بود قطع کنند. گرچه هر دو گروه میمونها در معرض سروصدای مشابه بودند. اما میمونهایی که به زنجیر دسترسی داشتند در ارتباط با هورمونهایی که در خون آنها وجود دارد، فشار روحی کمتری بروز دادند و بنظر می‌رسید تحت کنترل بودن علت این وجه تمایز بوده است.

در مورد کارگران نیز این امر صدق می‌کند. رابرت کاراسک استاد مهندسی صنایع دانشگاه کلمبیا دریافته است آشپزها، خیاطها، کارگران خط مونتاژ و کسانی که کنترل کمتری بر کار خود دارند بیش از کسانی که به کار خود احاطه و تسلط دارند و خط مشی کار خود را تعیین می‌کنند در معرض امراض قلبی قرار دارند. اپراتورهای تلفنی، پیشخدمتها، صندوقدارها و سایر کسانی که کار آنها مستلزم فعالیت شدید بدنی است ولی فرصت و موقعیت تصمیم‌گیری مستقل را ندارند در بدترین شرایط واقع شده‌اند. کاراسک به این نتیجه رسید که تلفیق متقاضیان بسیار و کنترل کم بظاهر باعث افزایش خطر ابتلاء به بیماریهای قلبی است. درست به همان اندازه که ممکن است سیگارکشیدن یا ازدیاد بیش از حد چربی خون در بدن چنین عوارضی داشته باشد.

پزشکان در سالهای اخیر یک عامل روانی دیگر را که به نحو موثری استعداد افراد را نسبت به بیماریهای قلبی و سایر بیماریهای مرتبط با فشار روحی افزایش می‌دهد شناسائی کرده‌اند. رفتار نوع A برای نخستین بار بوسیله دو نفر از پزشکان متخصص قلب سانفرانسیسکو به اسامی دکتر فردمن و روزمن تشخیص داده شد. نوع A از دو بخش اصلی تشکیل شده است که از طریق تستهای شخصیتی استاندارد شده، مصاحبه و گفتگوی توأم با احتیاط با شخص بیمار قابل شناسایی است. فردمن می‌گوید: در درجه اول این تمایل وجود دارد که کوشش کنیم بسیاری از کارها را در زمان کوتاهی انجام دهیم. در مرحله بعد خصومتها پیش افتاده باعث می‌شود مردم از مسائل جزئی آزرده و خشمگین شوند و نشانه‌های تلاش و مبارزه در مقابل زمان و دیگران را از خود بروز دهند.

رفتار نوع A از سوی انجمن قلب آمریکا و انستیتوی ملی خون، ریه و قلب به عنوان یک عامل توأم با ریسک مثبت برای بیماریهای قلبی پذیرفته شده است. تحقیقات نشان داده است کسانی که در گروه A قرار دارند در مقابل فشار روحی عکس‌العمل متفاوتی نسبت به دیگران که در گروه B واقع شده‌اند نشان می‌دهند هنگامی که دکتر روفورد ویلیامز در دانشگاه دوک از گروهی از دانشجویان مرد دوره لیسانس درخواست کرد یک عمل ریاضی ذهنی تفریق ممتد عدد ۱۳ از عدد ۷۶۸۳ انجام دهند. دانشجویانی که از گروه A بودند نسبت به دانشجویان گروه B ۴۰ بار کوتیزول و ۴ بار اپینفرین بیشتر تولید کردند و جریان خون در عضلات دانشجویان گروه A سه بار بیشتر از دانشجویان گروه B بود حال آنکه وظیفه‌ای که انجام می‌دادند با یکدیگر تفاوتی نداشت. دکتر ویلیامز می‌گوید: مردی که از گروه A می‌باشد چنان حساسیت نشان می‌دهد که گوئی در یک موقعیت فوری یا تهدیدکننده قرار گرفته است. او به این نتیجه رسیده است که به حرکت درآوردن کورتیزول و

اپینفرین می‌تواند عامل جریان بیشتر چربی خون شود که متعاقباً ممکن است این چربی در اطراف قلب متمرکز گردد.

بهرحال آنچه از فشار روانی موضوع پیچیده‌ای می‌سازد آن است که هرکس با توجه به تواناییهای خود شرایط را به شکلی تعبیر و تفسیر می‌کند. وقتی این تفسیر را به عوامل تنش‌زا در زندگی روزانه می‌افزاییم از شدت تاثیر فشار روانی می‌کاهیم یا به آن اضافه می‌کنیم. درک فشار روانی می‌تواند تاثیر آن را تغییر دهد اما این بدان معنا نیست که اگر فشار روانی را نادیده بگیریم یا نسبت به آن واکنش نشان ندهیم، فشار روانی از بین می‌رود. این طرز برخورد ما با فشار روانی خطاست. زیرا آسیب ناشی از فشار روانی و نشانه‌های آن در نظر گرفته نمی‌شود. به جای طفره رفتن از مسائل تنش‌زا، بهتر آنست که برای حل و فصل عاقلانه مسایل راهی پیدا کنیم.

به گفته دکتر هانس سلیه هر بار که نسبت به یک محرک تنش‌زا، خوشایند یا ناخوشایند واکنش نشان می‌دهید، بخشی از انرژی موجود برای انطباق دادن خود را مصرف می‌کنید. به اعتقاد دکتر سلیه شخص با انرژی انطباقی بدنیا می‌آید و باتوجه به مقدار موجود این انرژی می‌تواند خود را با شرایط تطبیق دهد.

آیا افراد خاصی هستند که نمی‌توانند با تنیدگی روانی خود مقابله کنند؟

در واقع، نه بسیاری از مردم فکر می‌کنند افرادی که تحت فشار روانی هستند به طور دائم در تلاش و تلاطم می‌باشند. هرکسی ممکن است با مشکلات استرس‌آمیز مواجه شود، اما بعضی از مردم نسبت به بعضی دیگر آمادگی بیشتری برای تحت استرس قرار گرفتن دارند. افرادی که بیشتر اوقات غمگین هستند، افرادی که خودشان را دست کم می‌گیرند، کسانی که انتظار دارند همه کارهایشان در طول پنج دقیقه انجام پذیرد، کسانی که غالباً در حال رقابت هستند، افرادی که اغلب خود را مورد بازخواست قرار می‌دهند و احساس می‌کنند که اگر همه چیز مطابق میل آن‌ها نباشد شکست خواهند خورد، کسانی هستند که به احتمال زیاد در مقابل موقعیت‌های استرس‌زا پاسخ‌های نامناسب می‌دهند، کسی که زیاد غمگین نیست و عموماً آرام است می‌تواند به خوبی از عهده استرس‌هایی که با آن مواجه می‌شود برآید. بعضی از مردم در مواجهه با موقعیت‌های استرس‌آمیز دچار آشفتگی می‌شوند و تصور می‌کنند که هیچ کاری از دست آن‌ها بر نمی‌آید. در این صورت ممکن است به تدریج سلامتی آن‌ها به خطر بیفتد زیرا هر کسی برای برخورد با مشکلاتش احتیاج به یک آرامش نسبی دارد (خدایاری‌فرد، ۱۳۷۸).

برای کنترل تنیدگی روانی چه کارهایی می‌توانیم انجام دهیم؟

روش‌های مختلفی وجود دارد که شما می‌توانید با استفاده از آنها به خودتان کمک کنید که در مقابل فشارروانی یا استرس پریشان نشوید، شما باید در مورد این روش‌ها فکر کنید و ببینید که کدامیک از آنها می‌تواند بیشترین کمک را به شما بکند.

راه‌های زیادی برای مواجه شدن با استرس پیشنهاد می‌شود که می‌توانید همه آنها را هم زمان به کار ببرید:

۱ - استفاده از روش‌های مفید برای نگرستن به موقعیت‌های استرس‌زا یا مثبت‌نگری

۲ - یادگیری آرام‌سازی

۳ - انجام فعالیت‌های بدنی

۴ - گفتگو با یک مشاور یا روان‌شناس در مورد مشکلات موجود درد زمینه روابط شخصی و مشکلات کاری یا تحصیلی و...

تأثیر مثبت‌نگری در کاهش تنیدگی روانی

نقش آرام‌سازی در کاهش و کنترل تنیدگی روانی

آرام‌سازی، مهارتی است که می‌توان آن را به آسانی یاد گرفت. این مهارت می‌تواند باعث کاهش میزان استرس، تنش و اضطراب در افراد گردد. این مهارت امکان آن را فراهم می‌کند که افراد بتوانند با صرف انرژی کمتر، فعالیت بیشتری انجام دهند و واضح‌تر یا بهتر فکر کنند. با یادگیری این مهارت، افراد می‌توانند نسبت به تنش‌های عضلانی بدنشان آگاه شوند و در صورت تمایل این تنش‌ها را از بین ببرند. تمرین منظم آرام‌سازی به ما کمک می‌کند که انرژی لازم را برای مواجه شدن با موقعیت‌های استرس‌زا به دست آوریم. این کار، فشارها و ناراحتی‌ها را بیرون می‌ریزد و تعادل در زندگی روزانه ما برقرار می‌کند (دیویس و همکاران، ۱۹۸۸، به نقل از خدایاری فرد، ۱۳۷۸).

راهبردهایی در مورد چگونگی آرام سازی

در یک صندلی راحت بنشینید یا این که به راحتی بر روی زمین به پشت دراز بکشید و زیر زانوهایتان بالش‌های کوچکی قرار دهید. لباس‌های تنگ و کمربند خود را شل کنید. چند لحظه به آرامی و منظم نفس بکشید، در عین حال هرگاه که نفس خود را بیرون می‌دهید و بازدم می‌کنید، کلمه «آرام» را به زبان آورید. حالا فکر خود را بر قسمت‌های مختلف بدن‌تان متمرکز کنید و در حین نفس کشیدن عضلات آن قسمت را سست کنید. عده‌ای معتقدند که بهتر است آن قسمت از بدن را که بر روی آن متمرکز شده‌اید ابتدا سفت و منقبض کنید و سپس انقباض را به تدریج از بین برده و بعد به تنفس خود بیندیشید و در عین حال آن قسمت را آرام نمایید. از انگشت شست پا شروع کنید و به تدریج به طرف بالا بیایید و بر روی قسمت‌های بعدی بدن به نوبت تمرکز کنید. یعنی عضلات ساعد پا، ران، شکم، انگشتان و مچ دست، بازو، شانه، گردن، عضلات اطراف چشم، عضلات پیشانی، دهان و سایر قسمت‌ها. به هر قسمت توجه کنید، آن را ابتدا منقبض کرده، سپس آرام و رها سازید (بنسون، ۱۹۸۵).

اگر شما در سست کردن عضلات قسمت‌های مختلف بدن‌تان مشکل دارید، بهتر است که از شخص دیگری بخواهید که هر قسمت را به آرامی ماساژ بدهد و در عین حال، شما هم راجع به آرام کردن آن قسمت بیندیشید، وقتی که کلمه «آرام» را با خودتان تکرار نمی‌کنید، بهتر است که راجع به موضوعاتی فکر کنید که به شما آرامش و راحتی می‌دهد و تا آن‌جا که امکان دارد از فکر کردن در مورد موضوعات ناراحت کننده مربوط به زندگی روزانه خودداری کنید.

یک روش آسان‌تر و مؤثر برای ایجاد آرامش، نفس کشیدن آرام با چشم‌های بسته و تمرکز روی دستها و یا انگشتان است. اجازه دهید که همه افکار از ذهن‌تان خارج شود. سعی نکنید آن‌ها را نگه دارید. با هر بازدم، زیر لب بگوئید " آرام " این کار را ادامه دهید. افرادی که دارای عقاید مذهبی قوی هستند می‌توانند نام خدا را زیر لب زمزمه کنند. شما هر چه بیشتر فعالیت‌های مربوط به آرام سازی را انجام دهید، آسان‌تر می‌توانید این کار را تکرار کنید. سعی کنید هر روز یک یا دو بار دقیقی را (حدود ۱۰ تا ۲۰ دقیقه) برای انجام این کار اختصاص دهید. روشها و تکنیک‌های آرام سازی دیگری نیز، به جز مورد ذکر شده در فوق وجود دارد. یوگا و مراقبه تکنیک‌های دیگری هستند که می‌توانند برای بعضی از افراد مفید باشند. علاوه بر این شما می‌توانید مجموعه‌ای از برنامه‌های آرام‌سازی را که به صورت نوار کاست هستند از مراکز بهداشت روانی تهیه کنید و با نحوه آرام‌سازی بیشتر آشنا شوید. شما از طریق آزمایش و خطا می‌توانید به نتیجه مطلوب برسید.

نقش خواب در کنترل تنیدگی روانی

خواب هم عامل مهمی است که توانایی شما را در کنترل موقعیت‌های استرس‌زا، تحت تأثیر قرار می‌دهد. به طور کلی شما می‌توانید از خود سؤال کنید که به چه مقدار استراحت نیاز دارید؟ میزان آرامش شما در طول روز بستگی به میزان خوابتان دارد. میزان نیاز به خواب از فردی به فرد دیگر متفاوت است. اما اکثر بزرگسالان در هر شبانه روز به ۷ تا ۸ ساعت خواب احتیاج دارند. البته افراد کوچکتر نسبت به افراد بزرگتر احتیاج بیشتری به خواب خواهند داشت.

نقش فعالیت بدنی در کاهش تنیدگی روانی

این یک واقعیت است که اگر شما دارای فعالیت بدنی منظم باشید، مشکلات و اتفاقات، شما را کمتر ناراحت خواهد کرد. افراد ورزشکار نسبت به افراد غیرورزشکار کمتر دچار افسردگی می‌شوند. البته این موضوع شامل ورزشهایی مثل دومارتن و یا وزنه برداری نمی‌شود. اما ورزشهایی با فعالیت بدنی زیاد مثل شنا، فعالیت‌های سبک و راه‌پیمایی‌های سریع توصیه می‌شود.

چگونگی اثر پس‌خوراند زیستی در کنترل تنیدگی روانی

روشهای «پس‌خوراند» جهت کسب آرامش روانی و تنظیم فرآیندهای زیستی، شامل روشهایی چون موج نگار عضلانی، موج نگار مغزی، میزان پاسخ الکتریکی پوست و... می‌باشند. سیستم)، در عصبی خودمختار (واقع ANS مجموع متشکل از دو بخش سمپاتیک و پاراسمپاتیک است که در بروز هیجان ناشی از فشار روانی، معمولاً بخش سمپاتیک تحریک و بخش پاراسمپاتیک مهار می‌گردد. عملکرد این دو بخش اغلب در جهت متضاد یکدیگر است. حالت بهنجار بدن که حالتی بین نهایت برانگیختگی و آرامش نباتی است با توازن بین این دو دستگاه برقرار می‌شود. عملکرد دستگاه سمپاتیک به صورت عمومی و فراگیر بوده و برانگیختگی کلی را موجب می‌شود. در حالی که دستگاه پاراسمپاتیک در هر زمان به صورت اختصاصی بر یک عضو اثر می‌گذارد. بخش پاراسمپاتیک را می‌توانیم به عنوان بخش مسلط دوره آرامش تلقی کنیم (اتکینسون و همکاران، جمعی از مترجمان، ۱۳۶۶). با مشخص شدن این که فشار روانی باعث ایجاد تغییر در الگوی پاسخ فیزیولوژیکی ANS

می‌گردد و موجب تحریک نسبتاً متوالی سیستم سمپاتیک و مهار سیستم پاراسمپاتیک می‌شود. می‌توان گفت در واقع فشار روانی مزمن موجب اکتساب برخی علائم مرضی فیزیولوژیک یا روانی می‌شود که به عنوان راهبردهای کنارآمدن با فشار روانی از طرف فرد انتخاب می‌شود.

لذا چنانچه با استفاده از آموزش پس‌خوراند زیستی سیستم «ANS» که پیش از این غیر ارادی تصور می‌شد، تحت تسلط و کنترل ارادی در آورده شود، این امکان که اختلالات روان‌تنی درمان یا حداقل کنترل شوند فراهم می‌شود. پس‌خوراند زیستی نه تنها می‌تواند نحوه‌هایی از فشار روانی را به انسان آموزش دهد، بلکه هم‌چنین می‌تواند جنبه‌هایی از زندگی را که موجب فشار روانی می‌شود، تعیین کند. برای مثال، در یک برنامه به افرادی از فشارخونشان در زمانی که آن‌ها مشغول صحبت کردن درباره جنبه‌های گوناگون زندگی‌شان بودند، پس‌خوراند داده می‌شد، به این ترتیب هرگاه در حین صحبت کردن پیرامون مسایل مختلف زندگی از قبیل ازدواج، شغل، تحصیل و ... فشار خون آزمودنی‌ها بالا می‌رفت، آن‌ها با شنیدن صدای بوق از این امر مطلع می‌شدند و در واقع می‌آموختند چه بخش‌هایی از زندگی موجب فشار روانی آن‌ها شده است. در مجموع این پس‌خوراند به آن‌ها اطلاعات ضروری را به منظور تعیین مواردی که آن‌ها احتیاج به مقاومت مؤثری در جهت پایین آوردن فشارخونشان داشتند، ارائه می‌گردد (بوتزین و آکوسلا، ۱۹۸۷).

دارو درمانی تنیدگی روانی

درمان‌های جسمانی بیماری‌های روانی مثل الکتروشوک درمانی که سرلتی از پیشگامان آن بود، درمان با اغماء انسولینی که ساکل مبتکر آن بود و جراحی روانی که مونیز معرفی نمود همه در نیمه اول قرن بیستم شروع شده و طلیعه انقلاب بیولوژیک روان‌پزشکی بودند.

تقریباً پس از کشف کلروپرومازین (لاگاکتیل) در اوایل دهه ۱۹۵۰، داروهای روانی ره صورت نقطه اتکاء درمان روان‌پزشکی درآمد، علی‌الخصوص در مورد بیمارانی که بیماری آن‌ها شدید بود. کید روان‌پزشک ایتالیایی در سال ۱۹۴۹، درمان تحریک مانی را به وسیله لیتیوم شرح داده که از آن به عنوان حادثه‌ای برجسته در تاریخ داروشناسی روانی یاد می‌شود. کید در حین تحقیقات بر روی حیوانات و به طور تصادفی متوجه شد که لیتیوم کربنات، حیوانات را دچار سستی و بی‌حالی می‌کند. این مشاهده باعث شد که دارو را برای چند بیمار دچار تحریک تجویز نماید. در سال ۱۹۵۰، کارپنتیه در تلاش برای ساختن یک داروی آنتی‌هیستامینیک، که بتواند به عنوان داروی کمکی برای ایجاد بی‌هوشی مورد استفاده قرار گیرد، کلروپرومازین (یک داروی ضد

جنون فنوتیازین آلیفاتیک) را کشف کرد. توانایی این دارو برای ایجاد «خواب مصنوعی» توسط لایبوریت گزارش شد. در سال ۱۹۶۰، با معرفی کلرودیازپوکسید (یک داروی ضد اضطراب بنزودیازپینی که در اواخر دهه ۱۹۵۰، توسط اشترن باخ در آزمایشگاه لاروس ساخته شد). مجموعه داروهای روان‌پزشکی شامل داروهای ضد جنون (مثل کلرو پرومازین و هالوپریدول)، ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای (مثل (مثل ای‌پی‌پرامین) و بنزود MAOI (اپیرونیازید) یک داروی ضدمانی (لیتیسوم) و مواد ضد اضطراب (مثل یازپین‌ها، علاوه بر داروهای قدیمی‌تر مثل باربیتورات‌ها) طی بیست و پنج سال بعدی تمرکز بیشتر روی مطالعات بالینی برای اثبات تأثیر این داروها و ساختن ترکیبات مشابه در هر طبقه بوده است (کاپلان، سادوک، پورافکاری، ۱۳۶۱).

آرام بخش‌ها

یکی از رؤیاهای و آرزوهای انسان مدرن به دست آورد ماده آرام‌بخشی است که عامل رخوت جسم و روا بوده و سبب آرامش اعصاب و برطرف شدن حالت تنش شدید عصبی فرد خسته و از پادرامده گردد و هیجان وی را تشدید نموده و بدون آن که آدمی را در خواب آلودگی و خماری فرو برد و سبب برطرف شدن غم‌ها و خصوصاً غم‌های بی‌دلیل و اغراق‌آمیز وی گردد. در زمانه‌ای که رخوت و آرامش را در سایه‌رهایی و کم کردن فشار عضلانی یا فعالیت‌های سرگرم کننده به وجود می‌آورند، به مواد آرام‌بخش و رخوت‌زای شیمیایی که تبلیغ می‌کنند نیازی نیست.

تحقیقات تجربی افرادی از قبیل دل و هیبل در مورد حیوانات امکان نشان دادن اثر بارز کلرپرومازین را در تشکیل سیستم شبکه‌ای بارز کرد، این ماده مانع پاسخ هیپوفیزی به فشار روانی می‌گردد. تحلیل کروناکسیمتری و اندازه‌گیری حداقل زمان تحریک نشان داده است که این ماده ضمن آرام کردن فعالیت مجدد دستگاه تنظیم کننده تغییرات کروناکسی ارتباطی را که به وسیله عمل بازتاب یا عمل فارماکودینامیک اساسی تحریک شده‌اند، مانع می‌شود. با فرض این که اغلب عدم تعادل‌های عصبی نتیجه اختلالات این مراکز است. خواه اختلال اساسی ناشی از خستگی‌ها و شوک‌ها در عین حال روی ارگانسیم و کورتکس اثر کند، خواه اختلال کورتیکال نوروها، به منظور به هم زدن تعادل آن‌ها روی این مراکز منعکس شوند، استفاده از یک ماده آرام‌بخش برای آن‌ها دارای اهمیت فراوانی است تا بتوانند بدون داشتن اثر خواب‌آور خاص و در نتیجه بدون ایجاد خواب، با کم کردن تنش عصبی - روانی و آرام کردن هیجان و اضطراب، تمام تحریکات کورتیکال را تشکیل دهد. و همان‌طور که دلی می‌گوید: «مواد معالجه سستی و رخوت هستند که با مداوا به صورت خواب فرق می‌کنند،

زیرا در این صورت انسان نمی‌خواهد ولی خود را در حالتی که کاملاً خاص از آرامش، سکون و بی‌تفاوتی هیجانی، مستغرق احساس می‌کند. در این حالت انسان آرام، ساکت و فاقد هدف و علاقه می‌شود، اعمال ذهنی آدمی بطئی ولی تقویت می‌شود. مصرف مقدار بیشتری از این ماده دارای اثر خواب‌آور می‌باشد. در روان‌پزشکی کلورپرومازین آرام‌بخش حالات تحریکی شدیدی است که حالت اضطراب را برطرف می‌سازد و رفتارهای تنشی فرد را کنترل می‌نماید (سروری، ۱۳۶۲). معروف‌ترین آرام‌بخش‌ها که برای درمان حالات اضطراب مورد استفاده و تجویز روان‌پزشکان قرار می‌گیرد عبارتند از: بنزودیازپین‌ها شامل (کلودیازپاکسید)، کلرازپات، دی‌پتاسیم (ترنکسن)، دزیزپام (والیوم)، فلورازپام (دالمین)، لورازپام (آتیوم)، اگزازپام، پرازپام (ورستران) و تمازپام.

جذب و دفع آرام‌بخش‌ها

تمام بنزودیازپین‌ها، به راحتی از لوله گوارشی جذب شده و بین ۲ تا ۶ ساعت سطح آن‌ها در خون به حداکثر می‌رسد، تفاوت در زمان به حداکثر رسیدن سطح خونی، که به طور عمده تفاوت در قابلیت جذب از لوله گوارشی را نشان می‌دهد، در تجربه ذهنی بیمار مصرف‌کننده منعکس می‌گردد. برای مثال، دوز واحد کلرازپات که سریعاً به سطح بالایی در خون می‌رود منجر به احساس آرامش سریع می‌گردد. در حالی که دوز واحد پرازپام، که جذب آن کند است، برای بیمار به دشواری قابل تشخیص است. بنابراین، خواب‌آلودگی اولیه را ممکن است با داروهایی که خاصیت جذب‌کننده دارند (مانند پرازپام) کمتر نمود. معه‌ذا، وقتی سوخت و ساز دارو به سطح ثابتی رسید تفاوت‌های اولیه ناشی از جذب و پخش از بین رفته و تفاوت‌های مربوط به متابولیسم آشکار می‌گردد.

لورازپام و اکزازپام

لورازپام و اکزازپام، متابولیت‌های فعال ندارند، برای متابولیسم به کبد متکی نیستند و از طریق کونژوگه شدن خیلی سریع غیرفعال می‌شوند. این داروها دارای نیمه عمر کوتاه بوده و برای خواب‌آلودگی طولانی مطلوب نمی‌باشند. نیمه عمر اکزازپام بین ۵ تا ۱۲ ساعت است که این نیمه عمر ممکن است در افراد مسن حتی به ۲۰ ساعت هم برسد. اکزازپام به علت نداشتن متابولیت‌های فعال، خاصیت تجمع‌داری نداشته و در مواردی که به عنوان درمان نگاهدارنده مورد استفاده قرار می‌گیرد می‌توان روزی دو یا سه بار آن را مصرف کرد. تجمع

دارویی خطری است که به خصوص سالمندان با تجویز سایر بنزودیازپینها همیشه باید مدنظر قرار گیرد. بنزودیازپینها به غیر از لورازپام و اکزازپام، مسیرهای متابولیک اکسیداتیو مشترکی در کبد را دارا هستند.

فعالیت فارماکولوژیک

بنزودیازپینها به نظر می‌رسد که در سیستم عصبی مربوط به گام‌آمینوبوتریک اسید (GABA) و گلیسین، که دو انتقال دهنده مهاری اساسی در مغز و نخاع شوکی هستند، مؤثر واقع می‌شود. فعالیت آرام‌بخش بنزودیازپینها، که تا حدودی با باربیتوراتها و سایر آرام‌بخشها مشترک است، امکان (در دارد مربوط به گیرنده‌های (در GABA مناطق مختلف مغز باشد. شناسایی گیرنده‌های بنزودیازپین مغز، اخیراً زمینه تازه‌ای برای پژوهش گشوده است. خاصیت ضداضطراب این داروها (مجزا از تأثیر آرام‌بخش) ممکن است به این گیرنده‌ها مربوط باشد (گلابرگ، پورافکاری، ۱۳۶۸).

اثر بنزودیازپینها

مطالعه و مرور ۲۵ مطالعه که بین سال‌های ۱۹۷۳ تا ۱۹۷۸ به چاپ رسیده است، جملگی برتری بنزودیازپینها را بردار و نما در زمان اضطراب «نوروتیک» تایید می‌کنند. مرور مدارک و شواهد به دست آمده از مطالعات کنترل شده حاکی از این است که تأثیر ضداضطراب بردار و نما حدود ۳۵٪؛ باربیتوراتها ۵۰٪، و بنزودیازپینها ۷۵٪ است. به طور کلی شواهد کافی وجود دارند که نشان دهنده تأثیر و بی‌خطر بودن بنزودیازپینها و برتری آنها نسبت به باربیتوراتها در درمان اضطراب می‌باشند. در مواجهه با فشار روانی مربوط به یک فقدان بزرگ، فرصت ابراز احساسات دادن به بیماران و بنزودیازپینها شاید مهم‌ترین جزء مداخله درمانی باشد (گلابرگ و پورافکاری، ۱۳۶۸). قابل ذکر است که به غیر از بنزودیازپینها، داروهای دیگری از جمله داروهای ضدجنون و داروهای ضدافسردگی با مقدار کم و هم‌چنین داروهای ضدحساسیت و بالاخره داروهای مهارکننده گیرنده‌های بتا‌آدرنرژیک هم در درمان اضطراب و فشار روانی مصرف می‌شوند که به علت جنبه تخصصی آن، در این مقوله به شرح تفصیلی آنها نمی‌پردازیم.

درمان تنیدگی روانی از طریق درمان خودتنظیم (درمان‌گری مبتنی بر خودنظم‌بخشی)

فراوانی روزافزون عوامل فشارزا و اضطراب، نتایج ناگواری برای بشر امروزی به ارمغان آورده است. پزشکان انواع و اقسام داروهای آرام‌بخش را برای کاهش و کنترل فشار روانی و افزایش سطح تحمل بیماران تجربه کرده و به کار برده‌اند، اگرچه این داروهای آرام‌بخش به خیلی از مردم کمک می‌کند ولی مکانیزم‌های اساسی و زیربنایی پاسخ‌ها را تغییر نمی‌دهند. به همین دلیل، استفاده از داروهای قوی‌تر جهت نگه‌داشتن سطح فشار روانی بیماران در حدی مطلوب به طور دائمی لازم می‌گردد. علاوه بر این، عدم تأثیر و بی‌کفایتی بعضی از داروها، درمان‌گران را بر آن داشته است که جهت کنترل فشار روانی و اضطراب به پژوهش دربارهٔ ابزارهایی که پاسخ‌هایی مغایر با پاسخ‌های فشار روانی در فرد ایجاد می‌کنند، بپردازند. تعدادی از شیوه‌های مؤثر و مفید خودنظم‌جویی حاصل این تلاش‌ها بوده است که با مفهوم سستی عوامل خارجی (داروها) برای درمان فرد متفاوت است. علی‌رغم تفاوت در روش و محتوای این فنون نشان‌دهندهٔ یک جهت‌گیری مشترک در آموزش انفرادی به منظور تمرین در جهت مهار ارادی پاسخ‌های جسمانی و فیزیولوژیک و روانی در برابر عوامل فشارزایی زندگی هستند. استفاده از این رویکرد، به سادگی، بر غلبه بر مشکلات ناشی از فشارهای روانی ممتد و بیش‌ازحد، فرد را برای مشارکت فعال و سازنده در دمان از طریق تحول مهارت‌های شخصی جدید، توانا می‌کند. بالنتیجه افراد می‌آموزند که به منظور اجتناب از واکنش‌های جنگ و گریز، رفتارشان را تغییر دهند.

در این جا به چند شیوه در این زمینه اشاره می‌کنیم که خصوصاً برای کنترل فشار روانی مؤثر هستند، هر فرد به طور نظام‌دار یاد می‌گیرد که چگونه واکنش‌های فشارزای خود را بروز داده و آن‌ها را از طریق آرام‌سازی خودنظم‌جویانه کنترل کند. یعنی آن‌ها به جای پاسخ خودبه‌خودی همراه با مکانیزم نارسای قدیمی جگ - گریز یاد می‌گیرند که چگونه آرامش داشته باشند. علی‌رغم ظاهری متفاوت، این شیوه‌ها، همه معنی این نسخهٔ قدیمی هستند که «شفا درون خودشماست». اما این شیوه تحت یک آیین جدید به طور جداگانه و براساس ذهن علمی قابل اثبات خود انجام گرفته و برای به نظم درآوردن مراجع، تمرین‌های منظمی به آن‌ها می‌دهد، تمام این روش‌ها زمانی مؤثرند که فرد بتواند یک سازگاری مثبت و طولانی با آن‌ها برقرار کند. برای مثال شیوه‌های خودنظم‌جویی عبارتند از: آرام‌سازی، آموزش پس‌خوراند زیستی، آموزش خودزاد و مراقبهٔ متعالی. هر چند شیوه‌های دیگری نیز تا به حال عرضه شده‌اند، ولی این چهار شیوه بر همهٔ آن‌ها مقدم بوده و صلاحیت خود را براساس تحقیقات متعدد به اثبات رسانده‌اند. نتیجهٔ تحقیق ویلموت (۱۹۹۰) مبتنی بر «کاهش فشار روانی و آرام‌سازی در دانشجویان سال آخر» نشان داد که برنامه آموزش آرام‌سازی می‌تواند در کاهش فشار فیزیولوژیکی و اضطراب دانشجویان مؤثر باشد.

روشهای اندازه‌گیری تنیدگی روانی

روش‌های بررسی و ارزیابی و اندازه‌گیری استرس، بسیار متعدد هستند. از روش‌های آزمایشگاهی و بررسی محیط طبیعی گرفته تا روش‌های روان‌شناختی و رفتاری و ذهنی، که برای ارزیابی و اندازه‌گیری استرس، آن را در این دو بخش مطالعه می‌کنیم: الف) اندازه‌گیری استرسورها

اندازه‌گیری استرسورها، علاوه بر شناخت استرسورهایی است که در محیط طبیعی زندگی فرد وجود دارند، هدف شناخت استرسورهایی است که در زندگی گذشته فرد نیز تأثیر داشته‌اند، از طریق روش‌های آزمایشگاهی و تجربی علاقه بر این است که عواملی که استرسورها را تحت نفوذ خود دارند مثل شدت، مدت و تنوع و تکرار آن شناخته بشود. برای مثال بادادن یک الکتروشوک، با شدت و مدت متنوع به حیوان، به بررسی رفتارهای او می‌پردازیم. که برای شناخت این‌ها لازم است که حوادث زندگی و تجربیاتی که فرد برای سازش معنی‌دار خود با محیط دارد، اندازه‌گیری و مشخص بشوند. روش‌های گزارش فردی از طریق پرسش و پاسخ، چک لیست کردن و یا پاسخ دادن به یک لیست مشخص و میزان کردن و درجه دادن به آن‌ها و... که روش‌هایی هستند که ما را برای رسیدن به اهداف فوق کمک می‌کنند. مقیاس درجه‌بندی سازگاری اجتماعی (SRRS) که توسط هولمز و راهه ارائه شده است، اولین تلاش علمی است که برای بررسی تغییراتی است که در محیط اجتماعی فرد ظاهر می‌شود. البته این یک مقیاس اعتباری است. نتایجی که از طریق این مقیاس به دست می‌آید، در واقع یک فهرست کیفیتی از میزان استرس تجربه شده فرد تحت شرایطی است که فرد سازگاری خود را از دست می‌دهد. از این مقیاس جهت تحقیقات مختلف، از جمله برای مشخص کردن ارتباط بین حوادث استرس‌زا و یا استرس‌های آشکار، یا بیماری‌های فیزیکی مثل عفونت‌های ویروسی و باکتری، بیماری‌های روان‌تنی و ... به کار می‌رود.

ب) اندازه‌گیری پاسخ استرسی

از آن‌جا که پاسخ استرسی به صورت مختلف فیزیولوژیکی، روانی و ذهنی جلوه می‌کند، لذا روش‌های بررسی پاسخ استرسی همان روش فیزیولوژیکی، روانی و ذهنی خواهند بود که ما در این جا بعضی از روش‌ها را مورد بررسی قرار می‌دهیم.

ب - ۱) روشهای فیزیولوژیکی

روش‌های فیزیولوژیکی بسیار متنوع می‌باشند که می‌توان روش‌های زیر را ذکر نمود.

ب - ۱-۱) روش سایکا فیزیولوژیکال

پاسخ‌های روانی فیزیولوژیکی یک بخش مهمی از پاسخ استرس هستند که هم شامل پاسخ‌های مشخص و هم غیرمشخص فیزیولوژیکی - روانی می‌شوند، بررسی فعالیت‌های الکتریکی توسط الکتروانسفالوگرافی، تست پاسخ الکتریکی پوست، بررسی فشارخون و ... در این مورد استفاده وسیع دارند. بررسی فشار خون و فعالیت‌های ماهیچه‌ای که در چگونگی ایجاد و ابقاء بعضی از مشکلات مرتبط با سلامتی که نتیجه یک پاسخ استرسی هستند مثل هیپرتنش، اختلالات درد، مورد استفاده قرار می‌گیرند. از روش پاسخ پسیکوفیزیولوژیکی برای ارزیابی برخورد یک فرد با استرس، هم‌چنین برای مقایسه پاسخ‌های پسیکوفیزیولوژیک افراد مختلف در برخورد با یک استرسور و یک استرسور در گروه‌های مختلف چه واکنش‌هایی را بر می‌انگیزد، مورد استفاده قرار می‌گیرد.

اندازه‌گیری پاسخ‌های سایکوفیزیولوژی برای مطالعه استرس به کار می‌رود. اما هنوز یک سری مسایل ناشناخته‌ای درباره این سیستم‌های پاسخ محیطی وجود دارد. مطالعات و تحقیقات آینده باید ارتباط بین شاخص‌های روانی، فیزیولوژیکی را با سایر جزئیات پاسخ استرسی بررسی و آزمایش کنند.

ب - ۱-۲) روش بیوشیمی

یکی دیگر از روش‌های فیزیولوژیکی است که از دیرباز مورد استفاده قرار گرفته و هنوز هم مورد استفاده است. این روش یک امتیاز نسبت به روش‌های آزمایشگاهی یا بررسی رفتار در محیط طبیعی دارد و آن این است که محقق از طریق گرفتن نمونه خون آزمودی برای مثال و تست کردن آن در یک محیط حساس هورمونی تحت تأثیر استرس و بررسی تغییرات آن، امکان مطالعه پاسخ‌های بیوشیمی را در موقعیت استرس‌زا دارد.

هورمون آدرنوکورتیکوتروپین ، کاتاکولامین‌ها ، اندرفین‌ها و ... بعضی از متغیرهایی هستند که از طریق روش بیوشیمی مورد بررسی قرار می‌گیرند. علاوه بر این متغیرها، بعضی از سیستم‌های فیزیولوژیکی بدن که پاسیویا اکتیو در مقابل موقعیت استرس‌زا هستند، مثل سیستم عصبی مرکزی ، سیستم ایمنولوژی ، سیستم آدرنوکورتیکال هیپوفیز، هیپوتالاموس ، سیستم آدرنومیدولاری در اثر سمپاتیک و ... مورد بررسی قرار می‌گیرند. سیستم S. A. S. برخورد با استرس، اکتیو و فعال می‌شود، البته نه همیشه و مستلزم یک فشار یا تلاش

فیزیکی برای فعال شدن این سیستم است. این سیستم فعالیت متابولیکی بدن را در پاسخ به موقعیت استرس‌زا، افزایش می‌دهد. ما از طریق، میزان اندازه‌گیری میزان، اپی‌نفرین موجود در خون به عنوان شاخص فعالیت سیستم فعال بودن S. A. S یا نبودن این سیستم را در برخورد با استرس مشخص می‌کنیم. سیستم آدرنوکورتیکال -) در اثر هیپوفیز هیپوتالاموس (سیستم HPAC برخورد ارگانسیم با یک موقعیت استرس‌زا را فعال کنند. این در واقع نقش عقب‌نشینی حفاظتی برای بدن دارد، که از طریق بالا بردن هشپاری فرد، تحریک سیستم عصبی سمپاتیک و منع حرکتی... بدن را محافظت می‌کند.

اگر این سیستم (HPAC) که در واقع نقش حفاظت در مقابل استرسورها را به عهده دارد، به نحوی دچار اختلال شود، فرد به انواع بیماری‌ها و اختلالات مثل کاردیوواسکولار یا اختلالات قلبی، زخم معده، اختلال در سیستم ایمنی بدن، افسردگی کلینیکی و ... مبتلا می‌شود.

در مورد کاتاکولامین‌ها باید گفت که در این مورد عقیده بر این است که ترشح این نوع اسیدامینه در مغز در نتیجه درگیر شدن فرد، با موقعیت استرس‌زا و یا حالت افسردگی است. بنابراین از طریق اندازه‌گیری میزان ترشح این نوع اسیدامینه می‌توان نحوه برخورد افراد با موقعیت استرس‌زا را مشخص کرد (در صورت نبودن سایر علائم افسردگی).

سیستم انکفالین، اندروفین، در اثر برخورد فرد با موقعیت تنفرزا و ناراحت کننده که نتیجه مواجهه با استرس فعال است، تحریک می‌شود. این سیستم ممکن است که کاهش ترس، توقف دردهای مرتبط با رفتار حفاظتی و کاهش درد در هنگام پاسخ مواجهه با استرسور، کمک کند. علاوه بر این استرس‌های غیرقابل اجتناب ممکن است حساسیت برای ابتلا به بیماری از طریق تأثیر بر سیستم ایمنی بدن را، تحت تأثیر قرار دهد. براساس مطالعاتی که در سال ۱۹۸۴، توسط مک‌کاب و اسکیندرمن (۱۹۸۴)، انجام گرفت مشخص شد که استرس حاد ترشح هورمون استروئید را که می‌دانیم در ارتباط با سیستم لنفوی است و پاسخ ایمنی را متوقف می‌کند، افزایش می‌دهد و با افزایش این هورمون در خون، حساسیت بدن برای ابتلاء به انواع عفونت‌ها و رشد تومورها... بالا می‌برد ولی مکانیزم‌های این اثر استرس هنوز ناشناخته است. تحقیقی دیگر که در سال ۱۹۸۵ توسط آدر و کوهن انجام گرفت، نشان می‌دهد که سیستم ایمنی تحت تأثیر سیستم‌های آدرنوکورتیکال - هیپوفیز هیپوتالاموس HPAC و سیستم CNS است و نقش استرس در این سیستم، افزایش دادن عملکرد ایمنی بدن است.

علائم فیزیولوژیکی که در بالا ذکر شد تحت تأثیر استرس بروز می‌کند که می‌توان با اندازه‌گیری آن‌ها، تأثیرپذیری فرد را مشخص کرد ولی نمی‌توانند به عنوان تنها شاخص استرس، مورد ارزیابی قرار بگیرند، زیرا آن‌ها فقط جنبه‌هایی از استرسورها و پاسخ استرسی را اندازه می‌گیرند و احتمالاً دیگر عوامل به همان اندازه عوامل فیزیولوژیکی مهم و مؤثر هستند. از طرف دیگر علاوه بر استرسوره، سطح فعالیت فرد، جنس، سن و وزن و ... می‌توانند پاسخ‌های فیزیولوژیکی را در انسان تحت تأثیر قرار دهند.

ب - ۲) روش‌های ارزیابی رفتاری

ارزیابی رفتاری پاسخ استرسی به طور کلی شامل مشاهده سیستم به وسیله آزمایشگر و گزارش فردی آزمودنی است که به طور جداگانه آن‌ها را مورد بحث قرار می‌دهیم.

ب - ۲-۱) مشاهده رفتار

مشاهده رفتار آزمودنی تحت شرایط استرس به دو طریق انجام می‌گیرد: اولین نوع مشاهده ثبت خصوصیات رفتاری آزمودنی در هنگام دادن پاسخ استرسی است. مثل وضعیت چهره در هنگام بیان جملات، میزان و سرعت صحبت که معمولاً در یک نشست مصاحبه‌ای به دست می‌آید. برای اجرای این نوع مشاهده، دستورالعمل مشخصی برای ارزیابی رفتار استرسی وجود و در آن، شاخص‌های معتبر و موثقی از یک الگوی رفتاری خاص تعیین شده است و نوع رفتارهای شخصی که باید اندازه‌گیری شود. مثل رفتار ویژه فردی، ولوم صدا، سرعت سخن، کیفیت سخن، کنترل در مصاحبه هم‌چنین وضعیت نگرش و افکت فرد و ... مشخص شده‌اند. این روش دارای محدودیت‌هایی است، از جمله ای که اغلب پیدا کردن یک رفتار معتبر و موثق و یکسان در پاسخ به استرسور خاص مشکل است. نوع دوم مشاهده که در اغلب تحقیقات مربوط به استرس به کار می‌رود، داشتن توانایی انجام عمل یا عملکرد مناسب است، یعنی یک سری وظایف و تکالیف یا تست‌هایی در شرایط مختلف استرسی به آزمودنی‌ها داده می‌شود، سپس تغییراتی که در سطوح مختلف عملکرد فرد، مانند حافظه، توجه، یادگیری، حل مسئله و مهارت‌های حرکتی، بینایی و ... رخ می‌دهد مورد ارزیابی و بررسی قرار می‌گیرند، در این روش تکلیف خاصی را به فرد می‌دهند و بعد او را در معرض یک سری استرسورهای خاص قرار می‌دهند و کیفیت انجام عمل را از نظر میزان افزایش انگیزش، توجه، تمرکز و سایر عوامل مؤثر در انجام عمل، در ۳ مرحله قبل از ارائه استرسور، در هنگام مواجهه با استرسور و بعد از آن، اندازه‌گیری می‌کنند. این روش را به صورت مختلف می‌توان اجراء کرد. مانند روش استفاده از ۲ گروه، ک یک گروه در موقعیت استرس‌زا

قرار می‌گیرند و گروه دیگر، گروه کنترل هستند، در پایان آزمایش نتایج دو گروه را باهم مقایسه می‌کنند. روش دیگر استفاده از دو گروه می‌باشد که یک گروه کاراسترس‌زا را باید انجام دهند و گروه دیگر کار فاقد استرس را انجام می‌دهند و در پایان نتایج دو گروه با هم مقایسه می‌شود. تعمیم نتایج در روشی که باید آزمودنی‌ها عملی را در حضور و یا عدم حضور استرس انجام دهند، مشکل است، زیرا موقعیت‌های آزمایشگاهی هیچ‌گاه نمی‌توانند مثل موقعیت‌های طبیعی و محیط طبیعی باشند. مثلاً در این دو دهه اخیر، برای کنترل پاسخ‌های استرسی به محرکات طبیعی و اندازه‌گیری آن‌ها، از روش الکتروشوک استفاده می‌کردند. البته دادن الکتروشوک در آزمایشگاه به سادگی قابل کنترل است، اما با توجه به دانش و شناختی که ما از الکتروشوک داریم چگونه می‌توانیم انجام عمل فرد را در محیط طبیعی‌اش کنترل کنیم.

قابل ذکر است که این جا بحث روی مفید نبودن این اطلاعات نمی‌باشد، زیرا به وسیله این روش کنترل موقعیت‌ها و آزمودن فرضیه‌ها، ما اطلاعات خوب و مفیدی را به دست می‌آوریم و می‌توان آن‌ها را در محیط طبیعی هم مورد ارزیابی قرار داد.

ب ۲-۲) گزارش فردی

در مواقعی که ما قادر به اندازه‌گیری شاخص‌های رفتاری در محل آزمایشگاه نباشیم و یا خواهان جمع‌آوری اطلاعات بیشتر و اضافی در مورد رفتار فرد تحت استرس باشیم، از روش گزارش فردی استفاده می‌کنیم. طبق این روش ما یک پرسشنامه مشخص با معیارها و درجه‌بندی معین به آزمودنی می‌دهیم و آزمودنی هم از طریق درجه‌بندی یا چک کردن و یا نمره دادن به آن‌ها پاسخ لازم را می‌دهد. در این مورد می‌توان از پرسشنامه یا سیاهه فعالیت، پرسشنامه رضامندی ازدواج، پرسشنامه رفتار جنسی، پرسشنامه رفتارهای ویژه مثل ناخن جویدن، تکرار ادرار، اجتناب از استرسورهای معین و ... استفاده کرد که مثال‌های اندکی از پرسشنامه‌های گزارش فردی هستند.

این روش دارای معایبی نیز می‌باشد زیرا اطلاعات جامع و کاملی که ممکن است از طریق مشاهده به دست آید را جمع‌آوری نمی‌کند و این مهم‌ترین عیب این روش است زیرا خیلی از جنبه‌های فعالیت فرد در هنگام پاسخ استرس و یا در ارتباط با استرس می‌توانند مهم باشند که روش گزارش فردی از مشخص کردن آن‌ها ناتوان است.

ب - ۳) ارزیابی شناختی

خواهیم دید که در چندین مدل استرسی، جزئیات شناختی پاسخ استرسی به عنوان یک متغیر مهم مطرح است. بنابراین به دلیل داشتن نقش اصلی در پدیده استرس، اندازه‌گیری شناختی لازم و ضروری است. اما یک مشکل عمده و اساسی که در این ارزیابی وجود دارد این است که مفهوم شناخت یا جریان شناختی به آسانی تعریف نمی‌شود و معنا و تعریف آن اغلب بر اساس یک نظریه و تئوری ویژه است و تعریف واحدی ندارد. مثلاً یک محقق ممکن است به مطالعه محتوی جریان فکر و یا محصول تولید شده جریان شناختی، علاقمند باشد و روش درون‌نگری و گزارش فردی جریان تفکر، چک کردن لیست نگرش‌ها یا تجربیات هیجانی را برای رسیدن به آن تعریف ارائه دهد و محقق دیگری ممکن است که به مطالعه جریان شناختی علاقمند باشد که امکان دارد برای آزمودنی قابل دسترسی و آشکار باشد یا نباشد. بنابراین ارزیابی شناختی می‌تواند به طرح‌های متنوع اندازه‌گیری تفکر، نگرش و خلق و خو ارجاع شود. البته یک نکته مهم که باید در مورد پاسخ شناختی بدانیم این است که جریان شناختی فقط به جزئیات ارائه شده به پاسخ استرسی مربوط نمی‌شود، بلکه می‌تواند کل پاسخ استرسی را تحت تأثیر قرار دهد و حتی آن را تغییر داده و عوض کند. تحقیقات اخیر، متغیرهای شناختی را در ارتباط با سایر جزئیات پاسخ استرسی مثل پاسخ روانی و در ارتباط با بیماری و سلامتی مورد ارزیابی و آزمایش قرار می‌دهند و روش‌های پرسشنامه گزارش فردی، چک کردن لیست و مصاحبه را از روش‌های ارزیابی شناختی ذکر می‌کنند.

اِکینرود (۱۹۸۴)، آزمایشی را انجام داد و جزئیات شناختی پاسخ به استرس حاد و مزمن را طی آ مورد ارزیابی و اندازه‌گیری قرار داد. در این آزمایش تعدادی زن به عنوان آزمودنی مورد استفاده قرار گرفتند، آن‌ها در جلسه اول مورد مصاحبه قرار گرفتند و بعد موظف شدند که به مدت ۲۸ روز گزارش روزانه تهیه نمایند که در آن گزارش می‌بایستی گزارش حوادث استرس‌زای روزانه، نشانه‌ها، علائم و حالات عاطفی و کل احساساتی که در یک روز داشتند، ثبت می‌کردند. از این طریق محقق توانست که در پایان آزمایش خود، استرسورهای حاد (مانند حوادث حاد زندگی طی ۱۲ ماه گذشته)، استرسورهای مزمن (مانند سطح پایین طبقه اجتماعی - اقتصادی، فشار و تضادهای اجتماعی) و همچنین حالات خوب روانی (مانند هیجانانگ مثبت و منفی، توازن حالات عاطفی) را مشخص و مورد مطالعه قرار دهد. داده‌های به دست آمده نشان می‌دهد که استرسورهای روزانه با سمپتوم و علائم بدنی فرد مطابقت دارند و استرسورهای مزمن و حوادث زندگی از طریق تأثیر بر استرسورهای

روزانه و وضعیت روانی فرد به طور غیرمستقیم بر خلق و خوی فرد اثر می‌گذارند و علاوه بر آن وضعیت روانی قبلی فرد تعیین‌کننده مستقیم خلق و خوی فعلی فرد است. این مطالعه نشان داد که استرسورهای روزانه تأثیر بیشتری نسبت به استرسورهای مزمن بر فرد دارند.

باتوجه به روش‌های فیزیولوژیکی، رفتاری و شناختی که در بالا ذکر شد، مسئله و سؤال اصلی این است که کدام روش شاخص مناسب و خوبی برای مشخص کردن استرسها می‌باشد؟ پاسخ این سؤال به مبنای تئوریک و نظری محقق و محدودیت‌های فنی روش‌های فوق مربوط است. برای اندازه‌گیری بهتر استرس و درک نوع پاسخ‌ها، روش اندازه‌گیری ترکیبی پیشنهاد شده است. این روش بر پاسخ‌های متعددی که در واکنش به استرسورها، مثل پاسخ‌های فیزیولوژیکی، رفتاری و شناختی داده می‌شود تأکید می‌کند. این روش تأکید بر ارزیابی پویای استرسورها و پاسخ استرسی دارد زیرا فرض می‌شود که عوامل محیطی می‌تواند نحوه مواجهه فرد با موقعیت استرس‌زا (سطح استرسی) را تحت تأثیر قرار دهند و مجدداً نحوه مواجهه فرد با استرسورها، عوامل محیطی را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

رویدادهای استرس‌زا و درماندگی آموخته شده

فرض بنیادی نظریه درماندگی آموخته شده این است که آن چه باعث افسردگی می‌شود بی‌تفاوتی و احساس ناتوانی فرد در عمل و کنترل زندگی خویش است که از طریق تجربیات نامطلوب و ضربه‌های روانی که در کنترل آن‌ها موفق نبوده کسب می‌شود. این نظریه در آغاز یک نظریه یادگیری واسطه‌ای بود که برای تبیین رفتار سگ‌هایی که شوک‌های الکتریکی غیر قابل‌گریز دریافت کرده بودند تنظیم شده بود. به زودی پس از دریافت نخستین شوک‌ها، به نظر می‌رسید که سگ‌ها با بی‌تفاوتی تحریک دردآور را پذیرفته و تسلیم شده‌اند. در بخش بعدی آزمایش که شوک‌ها قابل‌گریز بودند ولی سگ‌ها پاسخ اجتناب را مثل گروه گواه یادنگرفته بودند، گوشه‌ای دراز می‌کشیدند و ناله می‌کردند.

بر پایه این مشاهدات، سلیگمن (۱۹۷۴) پیشنهاد کرد که حیواناتی که با محرک آزارنده غیرقابل‌کنترل روبرو می‌شوند، احساس درماندگی را یاد می‌گیرند. این درماندگی بر عملکرد آن‌ها در موقعیت‌های استرس‌زایی نیز که می‌توانند کنترل کنند اثر می‌گذارد. به نظر می‌رسد که توانایی و انگیزش و یادگیری پاسخ به شیوه مؤثر را نسبت به تحریک دردآور از دست داده‌اند، بررسی‌های دیگری که روی اثرات استرس غیرقابل‌کنترل انجام گرفت نشان

داد که درماندگی آموخته شده در حیوانات می‌تواند به عنوان مدلی برای حداقل شکل‌های معینی از افسردگی در انسان مورد استفاده قرار بگیرد. سلیگمن به شباهت بین تغییرات مشاهده شده درماندگی در مطالعات آزمایشی روی حیوانات و حداقل بعضی از نشانه‌های افسردگی توجه کرد. همانند بعضی افراد افسرده، حیوانات نیز در رویارویی با استرس منفعل بودند و در راه‌اندازی عملی که باعث مقابله با استرس می‌شد شکست خوردند، مشکلاتی در خوردن داشتند، آنچه که خورده بودند بالا می‌آوردند و به این ترتیب وزنشان را از دست دادند. یکی از انتقال دهنده‌های عصبی (نوراپی نفرین) در حیوانات سلیگمن کاهش یافته بود. آزمایش روی انسان‌ها نتایج مشابه با این آزمایشات به باور آورده است.

افرادی که در معرض صدای غیرقابل گریز، شوک غیرقابل اجتناب با مشکلات غیر قابل حل قرار می‌گرفتند در گریز از صدا یا شوک یا حل مشکلات ساده شکست می‌خوردند (برای مثال هیروتو و سلیگمن، ۱۹۷۵).

نظریه درماندگی آموخته شده:

رویداد آزارنده غیرقابل کنترل احساس درماندگی افسردگی

فرمول‌بندی عمر و درماندگی آموخته شده براساس نظریه اسناد

رویداد آزارنده اسناد به عوامل کلی و پایدار احساس درماندگی احساس افسردگی (هیچ پاسخی برای تغییر موقعیت در دسترس نیست)

نظریه ناامیدی

رویداد آزارنده

استاد به عوامل کلی و پایدار یا عوامل شناختی دیگر

احساس ناامیدی (هیچ پاسخی برای تغییر موقعیت در دسترس نیست و پیش‌بینی می‌شود که پیامدهای مطلوبی رخ نخواهد داد)

افسردگی

شکل شماره ۲: نظریه ناامیدی - درماندگی (به نقل از دیویدسون و نیل، ۱۹۹۴).

اسناد و درماندگی آموخته شده

پژوهش‌های بسیاری که روی انسان‌ها انجام شده نشان داده است که گاهی درماندگی ایجاد شده، عملکرد را تسهیل می‌کند (برای مثال، ورتمن و برم، ۱۹۷۵). به علاوه برخی افراد افسرده خود را مسئول شکست خویش قلمداد می‌کردند. پس اگر آن‌ها خود را درمانده احساس می‌کنند چرا خودشان را در این درماندگی مقصر می‌دانستند؟ بنابراین آبراسون، سلیگمن و تیزدال در مدل اولیه درماندگی آموخته شده تجدیدنظر کردند و مفهوم اسناد، یعنی تبیین فرد از رفتارش (واینر و دیگران، ۱۹۷۱) را اساس این تجدیدنظر قرار دادند. از این راه عناصر یادگیری و شناختی درهم ادغام شد.

در موقعیت شکست، فرد سعی می‌کند که شکست خود را به علت‌های مختلفی نسبت دهد. الگوی تجدیدنظر شده درماندگی اسنادی فرض می‌کند که سبکی که فرد شکست را تبیین می‌کند، آثار بعدی آن رویداد را تعیین خواهد کرد. این نظریه پیشنهاد می‌کند که زمانی که رویدادهای منفی زندگی به علل کلی و پایدار نسبت داده می‌شود عزت نفس تضعیف شده و فرد از عدم کفایت خود شرم‌منده شده و خود را برای شکست مقصر قلمداد می‌کند، در نتیجه به افسردگی دچار می‌شود. در این جا با سبک اسنادی، افسردگی را یعنی تمایل به نسبت دادن پیامدهای بد به عوامل کلی، درونی و پایدار روبرو هستیم، یعنی هنگامی که فرد با این سبک (یک استعداد مزاجی)، رویدادهای آزاردهنده (استرس) را تجربه می‌کند افسرده شده و عزت نفس او از هم پاشیده می‌گردد (پیترسون و سلیگمن، ۱۹۸۴).

نظریه ناامیدی

آخرین تجدیدنظر در نظریه درماندگی به نظریه ناامیدی انجامید (آبرامسون، متالسکی و الوی، ۱۹۸۹ به نقل از فرخی، ۱۳۷۶). بر طبق این نظریه، افسردگی به واسطه حالت ناامیدی (که پیش‌بینی می‌کند، پیامدهای مطلوبی به وقوع نمی‌پیوندد و یا پیامدهای نامطلوبی رخ می‌دهد که شخص هیچ پاسخی برای تغییر موقعیت ندارد) اتفاق می‌افتد. در فرمول‌بندی مجدد، رویدادهای منفی (استرسورها)، استعداد مزاجی تعامل داشته و

ناامیدی را اعلام می‌کنند. یک استعداد مزاجی، الگوی سبک اسناد است که رویدادهای منفی را به عوامل کلی و پایدار که گونه‌های مختلف استعداد مزاجی نیز از قبیل تمایل به استنباط تصویر منفی از خود وجود دارد. همان‌طوری که در فرمول‌بندی مجدد اسنادی دیده شده نسبت دادن نمره‌های ضعیف به عوامل کلی و پایدار به افسردگی منجر می‌شود در حالی که در الگوی ناامیدی، فقط دانشجویانی که عزت نفس پایینی داشتند آن هم از طریق یک عامل میانجی (افزایش احساس ناامیدی) افسردگی نشان دادند (متالسکی و دیگران، ۱۹۹۳). یکی از مزیت‌های نظریه ناامیدی این است که می‌تواند به طور مستقیم در ابتلای توأمان، اختلال اضطراب و افسردگی به کار رود. اختلال وحشت زدگی، گذر هراسی و وسواس اضطرابی، اختلال تنش متعاقب وقوع یک حادثه مصیبت‌بار، همه با افسردگی توأم هستند. الوی و دیگران (۱۹۹۰) بر چند ویژگی مهم ابتلای توأمان اشاره کردند، نخست اینکه، اضطراب بدون افسردگی نسبتاً عمومیت دارد ولی افسردگی خالص نادر است. دوم این که مطالعات بسیاری نشان داده‌اند که تشخیص اضطراب مقدم بر افسردگی است (برای مثال، راده، لوینسون و سلیه، ۱۹۹۱). الوی و دستیارانش نشان دادند که انتظار درماندگی، اضطراب ایجاد می‌کند و وقتی که انتظار درماندگی قطعی شد یک نشانگان با مؤلفه‌های اضطراب و افسردگی به وجود می‌آید و در نهایت اگر درک شود که احتمال وقوع رویدادهای منفی بدون تردید روی می‌دهد ناامیدی گسترش می‌یابد.

تئیدگی روانی و جو سازمانی

فشار روانی بخشی از زندگی روزانه مدیران و کارمندان را تشکیل می‌دهد. تغییرات سازمانی، توقعات کارمندان و کارکنان از مدیریت، دگرگونی‌های تکنولوژی، انتظارات جامعه و رفتاری‌های شخصی و اجتماعی سبب می‌شود که عوامل فشارزا بر فرد فشار آورد و گاه او را دچار آشفتگی، اضطراب، نگرانی و تشویش سازد.

فشار روانی در همه افراد یکسان نیست، برخی از مدیران در برابر حوادث کوچکی از خود واکنش منفی و شدید نشان می‌دهند. برخی دیگر از همان حوادث آشفته نمی‌شوند. فشار روانی گاه سبب آسیب‌های فراوان به فرد و سازمان می‌شود. فشار روانی در فرد باعث می‌شود که بدن وظایفی را که به طور عادی و به سادگی می‌تواند انجام دهد با دشواری بیشتری به انجام رساند. نزاع با یک همکار، محروم شدن از پاداش، دیر رسیدن به سرکار، پیش آمدن یک مشکل مالی و از دست دادن یکی از نزدیکان همه نمونه‌هایی از فشار روانی فردی است. تغییراتی که در محیط سازمان پدید می‌آید، همچون تغییر در گردش کار، استفاده از تکنولوژی تازه، برپایی جلسات اداری، بحث درباره نیازهای هر بخش، بحث‌های مالی و بودجه، کمی درآمد مؤسسه، قوانین و مقررات

محدودکننده، تنزل وضع سازمانی کارکنان، فشار مدیریت و همکاران، فشار هیئت مدیره یا رؤسای سازمان بر مدیران را می‌توان نمونه‌هایی از فشارهای روانی سازمانی به حساب آورد (علوی، ۱۳۷۱، ص ۲۲۸). فشار روانی برحسب اندازه آن می‌تواند برای کارکرد شغلی سودمند یا زیانبار باشد، هنگامی که هیچ فشار روانی نباشد، شور و شوق‌های شغلی ناپیدا هستند، عملکرد به کم بودن گرایش می‌یابد. در حالی که فشار روانی افزایش یابد، عملکرد روبه افزایش می‌گذارد، زیرا فشار روانی یاری می‌دهد تا شخص همه منابع را برای تأمین نیازمندی‌های انجام شغل بسیج نماید. این یک محرک سالم است که کارمندان را برمی‌انگیزد تا به توقع‌های شورانگیز شغلی پاسخ گویند. سرانجام فشار روانی به یک حالت تراز می‌رسد که بالاترین ظرفیت عملکرد روزانه شخص مطابقت دارد. از این به بعد فشار روانی بیشتر دیگر نمی‌تواند بهبودی پدید آورد. اگر فشار روانی بیش از اندازه شود، کاهش در عملکرد را در پی خواهد داشت. زیرا فشار روانی در آن اختلال پدید می‌آورد. کارمندی که توانایی سازگاری خود را از دست می‌دهد، از گرفتن تصمیم ناتوان می‌شود و در فشار خود پریشان می‌گردد. اگر فشار به نقطه خردکنندگی برسد عملکرد از میان می‌رود، در این مرحله کارمند فرو می‌ریزد، چنان بیمار می‌شود که از کار باز می‌ماند، از کار برکنار می‌شود یا خود از پرداختن به کاری که فشارآور است، سرباز می‌زند (دیویس، ۱۳۷۰).

تنیدگی روانی و مدیران

فشار روانی جدای از زندگی شغلی مدیران نمی‌باشد و در عملکرد آنان تأثیر جدی دارد. فشار روانی بر توانایی مدیران تأثیر می‌گذارد. یک بعد توانایی مدیران مربوط به سلامت جسمانی و سلامت روانی آنان می‌باشد. معلمین، معمولاً از کسی پیروی می‌کنند و با کسی از روی علاقه کار می‌کنند که ویژگی‌های شخصیتی انسانی و توانایی‌های کاری او را بپذیرند. حال اگر فشار روانی در سلامت جسمانی و روانی مدیران تأثیر گذارده و اخلال ایجاد کرده باشد، پذیرش آن‌ها به عنوان مدیر و رهبر از سوی معلمین با مشکل مواجه خواهد شد. موفقیت مدیران آموزشی مستلزم نفوذ آنان به عنوان رهبر، در رفتار معلمین است. اگر مدیریت آموزشی خواسته باشد تنها با تکیه بر ابلاغ یا حکم رسمی و قانونی بر دیگران و محیط کار فرماندهی کند، بدون شک مورد پذیرش کامل قرار نخواهد گرفت (میرکمالی، ۱۳۷۳، ص ۷۳). بنابراین تعادل فشار روانی مدیران آموزشی و سلامتی روانی آنان امری حیاتی است. کسی که می‌خواهد به دیگران دستور بدهد باید یک فرد سالم و متعادل باشد. سلامتی روانی، به عقیده بسیاری از دانشمندان به مراتب از سلامتی جسمی مهم‌تر است. افرادی که سلامتی روانی ندارند، نه تنها

زندگی را به خود، بلکه به همه اطرافیان خود تلخ و ناگوار می‌کند و سبب ناراحتی، دل‌سردی، افسردگی و رفتار تهاجمی افراد می‌شوند. متأسفانه، رفتارهای ناشی از عدم سلامت روانی سبب به هم خوردگی محیط و اختلال در رفتار زیردستان می‌شود (میرکمالی، ۱۳۷۳، ص ۹۲).

وجود فشار روانی بیش از ظرفیت روانی فرد و طولانی شدن آن منجر به ناراحتی‌ها و اختلالات جسمانی و روانی می‌شود. یک مدیر نابهنجار می‌تواند رفتار افراد یک مدرسه اعم از معلمان، دانش‌آموزان، اولیاء و کارکنان را به رفتار نابهنجار تبدیل کند. اگر مدیر که باید ناراحتی‌ها و تنش‌ها را از بین ببرد و جلوی گسترش آن‌ها را بگیرد، خود دچار ناراحتی و نابهنجاری روانی باشد، محیط آموزشی رادچار مشکلات فراوان و غیرقابل حیران خواهد کرد (میرکمالی، ۱۳۷۳، ص ۹۳). اصول بهداشتی به ما می‌گوید که مدیر باید محیط مناسبی برای افراد و اجتماع ایجاد کند، محیط مناسب شامل مسایلی از قبیل احترام به شخصیت افراد، دوست داشتن آن‌ها و اعمال تشویق و تقویت زمینه‌های مثبت به جای تنبیه و روش‌های بازدارنده، بدبین نبودن و داشتن اعتماد به همکاران است (میرکمالی، ۱۳۷۳، ص ۹۵).

تنیدگی روانی و معلمان

معلم در تربیت نسل آینده نقش بسیار مهمی را برعهده دارد. معلم همواره به عنوان یک الگو در ذهن دانش‌آموزان نقش می‌بندد. او با این الگودهی می‌تواند نسلی را هدایت کند، برهمین اساس است که معلم باید از سلامت و تعادل روانی برخوردار باشد. شخصیت و تعادل روانی معلم پیش از سایر طبقات اجتماع موردنظر و بااهمیت است. زیرا معلم به عنوان یک عامل شرطی کننده می‌تواند در دانش‌آموزان واکنش‌های مثبت و سازنده و یا واکنش‌های منفی ایجاد کند. تماس نزدیک معلم با دانش‌آموزان و نفوذی که بر آن‌ها دارد نقش مهمی در سلامت فکری و روانی آن‌ها ایفا می‌کند. این تأثیر و نفوذ معلم و رفتار او در دانش‌آموزان ممکن است به طور مستقیم و یا غیرمستقیم صورت پذیرد (بدری مقدم، ۱۳۶۶، ص ۶۵). بنابراین سلامت روانی کادر آموزشی مدرسه به ویژه معلمان باید مورد توجه ویژه دست‌اندرکاران وزارت آموزش و پرورش قرار گیرد.

رابطه مدیران، تنیدگی روانی و جو سازمانی

فشار روانی قبل از هر چیز بر محیط انسانی تأثیر داد. این محیط، محیطی است که در درون آن کارکنان مشغول انجام وظیفه می‌باشند. هنگامی که فشار روانی از اندازه بیرون باشد توانایی انسان در سازگاری با پیرامون

در خطر می افتد (دیویس، ۱۳۷۰، ص ۶۳). جو سازمانی اصطلاح وسیعی است که به ادراک معلمان از محیط عمومی کار در مدرسه اطلاق شده و متأثر از سازمان رسمی، غیررسمی، شخصیت افراد و رهبری سازمانی است. در صورتی که فشار روانی مدیران بیش از ظرفیت روانی آنان باشد در شخصیت آنان و شیوه‌های رهبری‌شان مؤثر بوده و در نتیجه ادراک و احساس معلمان از محیط و پیرامون کار در مدرسه تأثیر منفی خواهد داشت.

رنسیس لیکرت، برای اندازه‌گیری جو سازمانی، یک ابزار برجسته پدید آورد که بر سبک مدیریتی که به کار بسته می‌شود توجه دارد. براساس یافته‌های لیکرت عناصر جو سازمانی عبارتند از رهبری، انگیزش، ارتباطات میان کنش و نفوذ، تصمیم‌گیری، هدف‌گذاری و نظارت (دیویس، ۱۳۷۰، ص ۴۰).

پیامدهای فشار روانی به نوبه خود بر هر یک از این عوامل اثر می‌گذارد، در اثر افزایش فشار روانی ممکن است انگیزش گاهی یابد، در برقراری ارتباط با زیردستان، بالادستان و همقطاران اختلال ایجاد شود، در تعامل و نفوذ بر دیگران اختلال به وجود آید، فرآیند تصمیم‌گیری منطقی دچار نقصان شود، سبک‌های رهبری به سمت خودکامی تمایل پیدا کند و سایر مشکلات عدیده‌ای که ممکن است پدیدار شود. ایجاد فرصت‌های لازم برای شرکت کارکنان در فرآیند تصمیم‌گیری موجب تقویت عوامل مؤثر در کاهش فشار روانی می‌شود. فرنچ و کاپلان (۱۹۷۳) در جریان بررسی روی کارکنان ناسا، به این نتیجه رسیدند که، اشخاصی که در تصمیم‌گیری فرصت مشارکت بیشتری داشتند، رضایت شغلی بیشتر، احساس تهدید کمتر، عزت نفس بیشتر را گزارش کردند. باک (۱۹۷۳) طی بررسی‌های خود به این نتیجه دست یافت که هر دو گروه مدیران و کارگرانی که بیشتر احساس فشار می‌کردند، اعتقاد بیشتری به این داشتند که گروه سرپرستی به آن‌ها امکان مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها را نمی‌دهد. مارگولیس (۱۹۷۴) در پژوهش‌های خود به این نتیجه دست یافت که عدم مشارکت، دارای رابطه‌ای مستقیم با سلامت جسمانی کمتر، افسردگی، کمی عزت نفس، ناخشنودی از زندگی، نارضایتی از شغل، کمی انگیزه، قصد ترک شغل و غیبت از کار را دارد (کوپر، ۱۳۷۳، ص ۱۰۳).

جو سازمانی می‌تواند به عنوان یک منبع فشار روانی محسوب گردد. ساختار یک سازمان، سلسله مراتب عمودی و افقی سازمان، نحوه ارتباطات سازمانی، شیوه‌های مدیریتی رؤسای سازمان موجب فشار روانی در نزد برخی کارکنان می‌گردد. ویژگی‌های شخصیتی فرد، اگر با موقعیت و جایگاه وی در سازمان سازگاری نداشته باشد، عاملی خواهد بود برای ایجاد فشار روانی. یکی از ویژگی‌های بارز نظام آموزش و پرورش ایران، متمرکز بودن آن است به ویژه در بعد ساختاری، به عبارتی تشکیلات، وظایف، قوانین و دستورالعمل‌های یکسان و مشابهی برای سراسر کشور ابلاغ و اجرا می‌شود. با این وجود تفاوت‌های بسیار زیادی بین مدارس وجود دارد

که این تفاوت‌ها گاهی موجب نقل و انتقالات و جابه‌جایی معلمان در سطح منطقه می‌شود. یک وظیفه مشخص و معین در حین اجراء از مدرسه‌ای تا مدرسه‌ای بسیار متفاوت است، حتی نتیجه کار نیز متفاوت نمایان می‌شود. دکتر میرکمالی، علت اصلی این تفاوت‌ها را وجود انسان‌های داخل سازمان می‌داند (یادگاری، ۱۳۶۹، ص ۹۷).

مدیر مدرسه به عنوان مسئول تحقق کارکرد مدرسه تأثیر زیادی در ایجاد جو سازمانی سالم و مثبت دارد. به عبارتی وی موجب عوامل مؤثر در جو سازمانی نمی‌باشد. جو سازمانی زاینده فلسفه ذهنی و اجتماعی افرادی است که در سازمان گردهم آمده‌اند. مدیر مدرسه باید برای به وجود آوردن جو سازمانی شوق‌انگیز و مشوق برای رشد شخصی معلمان و افزایش کارایی، دارای برنامه‌های کوتاه مدت و بلند مدت باشد. مدیر مدرسه نه تنها موظف است به روابط کادر آموزشی مدرسه توجه نماید، بلکه می‌بایست جو مدرسه را طوری فراهم نماید تا معلمان احساس دوستی و صمیمیت با یکدیگر، اعتماد و امنیت داشته باشند. بدین منظور رفتار مدیر نباید خالی از احساس و عاطفه باشد چرا که موجب تضعیف روحیه معلمان خواهد شد و در نتیجه بر اثربخشی مدرسه تأثیر منفی می‌گذارد. فشار روانی و جو سازمانی در مقوله‌ای هستند که مجزا از انسان به خوبی قابل تحلیل نیستند. فشار روانی در لابه‌لای هر لحظه زندگی حضور دارد و اصولاً بدون فشار روانی زندگی قابل تصور و تجسم نیست اعم از جنبه مفید یا منفی آن.

جو سازمانی نیز مانند ذرات هوا در داخل سازمان وجود دارد. جو سازمانی منبسط از عواملی است که رفتار مدیر در شدت، کیفیت و میزان این عوامل تأثیر زیادی دارد و از سویی فشار روانی نیز بر رفتار مدیر اثر می‌گذارد، فشار روانی به همان اندازه جزیی از حیات یک مدیر است که شادی، عشق، درد یا هر احساس دیگر که بخشی از حیات روانی او را تشکیل می‌دهد. بعضی از مدیران تحت شرایطی که فشارهای مختلف عادی است، احساس کامیابی می‌کنند و راه کمال می‌پیمایند (ساعتچی، ۱۳۷۰، ص ۵۹). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که فشار روانی رفتار مدیر را تحت تأثیر قرا می‌دهد و رفتار مدیر بر شدت، میزان و کیفیت جو سازمانی مدرسه مؤثر واقع می‌شود. فشار روانی بر حسب اندازه و شدت آن می‌تواند برای کارکرد مدیر سودمند و یا زیانبار باشد. هنگامی که هیچ فشار روانی نباشد. شورهای شغلی ناپیدا هستند و از عملکرد کاسته خواهد شد، در حالی که فشار روانی افزایش یابد عملکرد نیز افزایش خواهد یافت، زیرا فشار روانی به شخص کمک می‌کند تا همه منابع را برای نیازمندی‌های شغلی بسیج نماید. از کارکردهای مهم مدیر مدرسه ایجاد جو سالم و مثبت است. اکثر متغیرهای این جو از رفتار مدیر تأثیر می‌پذیرد. لذا میزان فشار روانی مدیر بر کیفیت جو مدرسه مؤثر خواهد بود. به عنوان مثال مدیری که توانایی سازگاری خود را از دست بدهد، از گرفتن تصمیم ناتوان می‌شود و در رفتار

خود پریشان می‌گردد (دیویس، ۱۳۷۰) و این پریشانی رفتار مسلماً بر چگونگی صمیمیت، دوستی، همکاری و تبادل نظر در مدرسه اثر خواهد گذاشت.

منابع تنیدگی روانی

قبلاً بیان شد که فشار روانی جزئی از زندگی بشر بوده و غیرقابل اجتناب است. گذراندن اوقات زندگی انسان در سه بخش عمده صورت می‌پذیرد: سازمان، جامعه و خانواده. بدیهی است که فشار روانی نیز در این سه بخش وجود دارد و به عبارتی می‌توان منابع فشار روانی را به این سه بخش مرتبط دانست. پستونچی معتقد است که سرچشمه فشار روانی در زندگی سه قسمت است: ۱- مشاغل و سازمان ۲- مسایل اجتماعی ۳- خانواده. برخی از صاحب‌نظران علل فشار روانی را به دو بخش عمده درون‌سازمانی و برون‌سازمانی تقسیم کرده‌اند. ماتسون فشارزاهای برون‌سازمانی را به صورت تغییرات اجتماعی، تکنولوژی، خانواده، جابه‌جایی، شرایط اقتصادی و مالی، نژادی و طبقه اجتماعی و شرایط محل زیست با شرایط محیط زندگی تقسیم می‌کند (لوتانز، ۱۳۷۲، ص ۲۲۴). این گونه عوامل تحت کنترل فرد نیست و به عبارتی می‌توان گفت شخص را به احاطه خود درآورده‌اند. معرفی منابع و عوامل فشار روانی بستگی به این دارد که دانشمندان انسان را از چه دیدگاهی مورد بررسی قرار دهند. علماء رفتار سازمانی، فرد را در درون سازمان و به عبارتی "سازمانی" می‌دانند و به همین لحاظ منابع فشار روانی را به درون سازمانی و یا برون سازمانی تقسیم می‌کنند. برخی نیز انسان را در درون جامعه می‌بینند و تقسیمات خود را بیشتر جامعه‌شناختی ارائه می‌دهند، به نظر می‌رسد با اندکی تغییر تقسیم منابع فشار روانی به سه قسمت عمده توسط پستونچی، کاربردی‌تر باشند.

الف - فشار روانی ناشی از مشاغل و سازمان

به تقریب می‌توان گفت هر وضع شغلی می‌تواند فشار عصبی پدید آورد که این به ظرفیت انطباقی و واکنش فرد در برابر آن وضع بستگی دارد. دیویس معتقد است که علت‌های معمولی فشار عصبی در کار می‌تواند ناشی از: (۱) فشارهای زمان پایان دادن کار (۲) کیفیت سست سرپرست (۳) فضای سیاسی ناامن (۴) تفاوت ارزش‌های سازمان با ارزش‌های کارمند (۵) دگرگونی از هر نوع آن، به ویژه زمانی که عمده کلی و نامعمول است (۶) تعارض و ابهام نقش (۷) سرخوردگی و ناکامی (۸) اختیار نابسند و نابرابر با مسئولیت‌ها باشند (دیویس، ۱۳۷۰، ص ۶۳).

عدم رضایت از کار، روابط ارضا نشده در محیط کار و استرس از آینده در محیط کار و همچنین تقاضاهای بیش از اندازه (فشارهایی هستند که در اثر وجود کار بسیار زیاد و زمان بسیار کم برای انجام آن، ایجاد می‌شوند) موجب فشارهای روانی شغلی می‌گردند (وارد، ۱۳۷۳، ص ۶۴).

ب: فشارهای ناشی از مسایل اجتماعی

عوامل اجتماعی شامل کلیه عوامل محیطی هستند که شخص را احاطه کرده‌اند و او در زندگی خود با آنها سر و کار دارد. موقعیت‌هایی که معمولاً خارج از کنترل مستقیم ما می‌باشند مانند: مبادله و معامله، درصف ایستادن، ازدست دادن کالا، تأخیر، کار با کامپیوتر، تأخیر هواپیما و ... در بروز فشار روانی مؤثر می‌باشند (وارد، ۱۳۷۳، ص ۶۳). بسیاری از مسایل اجتماعی که منجر به فشارهای روانی می‌گردد از زندگی شهری و مدرن سرچشمه می‌گیرد از قبیل رقابت با دیگران، تقاضاهای تحصیلی و شغلی، هرچه میزان بهره‌گیری از تکنولوژی در زندگی بالا باشد به همان نسبت میزان فشار روانی بالا خواهد بود. حوادث زندگی در افزایش و کاهش فشار روانی مؤثر است. اکثر مردم حوادث آسیب‌زا را در زندگی تجربه نمی‌کنند اما آن‌ها بسیاری از تغییرات عظیم را پشت سر می‌گذارند و در طول زندگی‌شان با مشکلات مزمن مواجه می‌شوند. به طور کلی تغییراتی که زندگی معمولی را بر هم بزند و یا آماده برای متلاشی شدن می‌نماید حوادث زندگی نامیده می‌شوند (قماشچی، ۱۳۷۰، ص ۶۴). محققان علوم پزشکی نظیر هولمز و راهه، این نکته را تأیید کرده‌اند که تغییرات بسیار ناگهانی زندگی در حقیقت افراد را به شدت گرفتار فشار روانی می‌کند. (لوتانز، ۱۳۷۳، ص ۲۲۴).

ج: فشارهای ناشی از شرایط خانوادگی

خانواده پایه و اساس جامعه است. در صورتی که امور خانواده منظم و مناسب با موقعیت‌های مختلف اعضای آن باشد، می‌توان گفت بسیاری از مسایل رخ نخواهد داد. وضعیت شغلی اعضای بر خانواده تأثیر دارد و همچنین وضعیت خانواده بر شغل سازمانی فرد مؤثر است. در صورتی که توازن مناسبی بین وقت و انرژی مصرف شده در هنگام کار با وقت و انرژی که صرف امور مربوط به خانه می‌شود موجود باشد، فشار حاصل می‌گردد (وارد، ۱۳۷۳، ص ۶۹).

ایجاد روابط صمیمی در محیط خانه در آسایش روحی اعضاء تأثیر فراوانی دارد. در صورتی که این روابط در محیط خانه ارضاء نشود سبب فشارهای روانی خواهد شد که بسیاری از بحران‌ها و مشکلات خانوادگی نیز از همین مسئله نشأت می‌گیرد و موجب تشدید فشار روانی خواهد شد.

رابطه تنیدگی روانی با جنایت و خودکشی

قتل و خودکشی نتیجه قابل انتظار ناشی از درجات بالای خشونت نسبت به دیگران و نسبت به خویشان است. هیچ‌گونه تفاوتی بین این دو نوع رفتار وجود ندارد مگر در جهت‌گیری آن‌ها و هر دو اقدامی برای محروم کردن یک فرد از زندگی می‌باشند. قتل و جنایت به عنوان «یک اقدام ارادی و از پیش طراحی شده برای کشتن فردی دیگر» تعریف می‌شود و همواره از دو دیدگاه مورد بررسی و توجه بوده است. یکی از جهت قانونی آن، یعنی نقض قوانین جامعه، و دیگر از نظر بهداشتی و طبی، یعنی یک رفتار ناسالم که نیاز به دخالت طبی و روان‌پزشکی را در جهت رفع آن مطرح می‌سازد. از این دیدگاه، موقعیت استرس‌زای غیرقابل اجتناب به عنوان یکی از عوامل مهم در بروز چنین رفتار به شمار می‌آیند.

براساس نظریه‌های روانکاوی، مشکل‌های استرس‌زای عاطفی - هیجانی عامل اساسی در بروز رفتارهای ناهنجار به شمار می‌روند. زیرا این عوامل سبب آشفتگی و پریشانی شخصیت شده و فرد مبتلا را به سوی اقدام‌های انحرافی و رفتارهای غیرقانونی می‌کشاند. همواره نمی‌توان به ارتباط میان این‌گونه اشکال‌ها و احساس‌های ناخودآگاهانه حقارت و طردشدگی پی برد. از دیدگاه روان‌شناختی، جنبه‌های فوق با پی‌آمد درونی‌ترین تنش‌ها و تعارض‌های ناشی از برخورد بین اصل لذت (نهاد یا Id) و اصل واقعیت (من I go) و من برتر (super - ego) به شمار می‌رود.

پیش از این، نظریه‌های روان‌شناختی بر این عقیده استوار بود که بین بهره‌هوشی و تبه‌کاری همبستگی و ارتباط وجود دارد و بخش وسیعی از جنایت‌کاران را افرادی تشکیل می‌دهند که از بهره‌هوشی پایینی برخوردارند، هم‌زمان با پایان جنگ جهانی، نادرستی این نظریه ثابت شد و تنها معدودی از دانشمندان بر این اعتقاد باقی ماندند. کوشش‌های انجام شده در جهت ارتباط شخصیت با تبه‌کاری نیز به همین سرنوشت دچار شد. آزمون‌های متعدد و گوناگونی در جهت بررسی خصوصیت‌های عاطفی - احساسی، نیازها و انگیزه‌ها در مورد جنایت‌کاران به کار گرفته شده و در تلاش برای نشان دادن یک نیم‌رخ قابل قبول از تبه‌کاری و جنایت، برخی از

روانشناسان تمام کوشش خود را بر روی صفات منفرد، و برخی دیگر، بر روی الگوی کامل شخصیت متمرکز کردند. با وجود پژوهش‌هایی که در طی پنجاه سال اخیر انجام گرفته‌اند، تاکنون تنها شواهد بسیارناچیزی از وجود صفات معینی که خاص افراد تبه‌کار باشد، و یا به عبارت دیگر، چیزی به عنوان " تیپ شخصیتی تبه‌کار " به دست آمده‌اند. حتی خصوصیت‌های شخصیتی مانند عدم ثبات عاطفی و یا عدم بلوغ عاطفی نیز به عنوان صفاتی که اختصاصاً با تیپ جنایتکار همراه باشد، به شمار نیامده‌اند.

با وجود این آیزنک به طور مکرر بیان داشته است که امکان دارد اعمال جنایتکارانه در ارتباط با ضعف هوشیاری و وجدان اخلاقی باشد و ادعا نموده است که بین رفتار تبه‌کاری و جنایت‌آمیز و سطح پایین هوشیاری، ارتباطی متقابل وجود دارد.

هم‌چنین آیزنک ادعا نمود که افراد «برون‌گرا» از سطح پایه آگاهی و هوشیاری پایین‌تری برخوردارند و بنابراین در مقایسه با افراد «درون‌گرا» گرایش و آمادگی بیشتری برای رفتار جنایت‌کارانه دارند. این مسأله در افرادی که میزان «نوروتیسم» بالاتری دارند بسیار شدیدتر و بارزتر است. زیرا پاسخ‌های هیجانی و عاطفی در برابر موقعیت‌های استرس‌آمیز روزمره احتمالاً پایدارتر می‌باشند و در مورد برون‌گرایان مبتلا به نوروز این واکنش‌ها رنگ خشونت به خود می‌گیرد.

به طور کلی عمل جنایت‌آمیز نشانگر یک وضعیت ناهنجار ذهنی است و بزه‌کاری و جنایت شاخص‌ها و نشانه‌های وجود مشکلات استرس‌آمیز عاطفی - هیجانی است و بنابراین، اقدام‌های درمانی موفقیت‌آمیز در مورد مجرمان و جنایت‌کاران باید در جهت تلاش برای کاستن از تعارض و تنش در آنان باشد. در خاتمه این بخش از سخن، اشاره‌ای کوتاه به پیامدها، مشکلات و یا ضایعه‌های ناشی از تمدن و شهرنشینی ضروری به نظر می‌رسد. تا همین اواخر، مردم انگلیس خود را به عنوان ملتی قانون شکن و خشن به حساب نمی‌آوردند اما اکنون، خشونت و آشوب‌های عصیانگرانه در میدان‌های ورزشی، حمله به مأمورین پلیس، درگیری و خشونت بین کارگران و نیز بین کارگران و کارفرمایان، قتل و آدم‌کشی، و به طور کلی بمب‌گذاری و تروریسم و سایر تظاهرات ناشی از تعارض و کشمکش، به صورتی فزاینده به عنوان بخشی از زندگی روزمره این مردم درآمده است و این در حالی است که رفتارهای از این نوع، در جوامع متمدن مغایر قانون و اختلال در نظم و مدنیت محسوب می‌شوند.

خشونت‌های اجتماعی که در «بريستون» و «توکست» و سایر شهرهای بزرگ انگلستان به وقوع پیوسته است به عنوان نشانه و علامتی بیمارگونه از یک جامعه تحت استرس توصیف شده است. استرسی که در درجه

اول ناشی از بالا بودن میزان بیکاری در این جامعه است. اگر این مسئله را در واقع چنان که هست ببینیم، به نظر می‌رسد که محرومیت و تنش باید خاستگاه مشترک این رخداد‌های بیمارگونه باشد.

تنیدگی روانی و خودکشی

اکنون به بررسی آنچه که توسط «فانکشتاین» (و همکاران ۱۹۵۷) تحت عنوان «ابعاد دوگانه خشم»، یعنی خشم بیرونی و خشم درونی، در پاسخ به موقعیت‌های استرس‌آمیز بیان شده است، می‌پردازیم.

بعد خشم در جهت بیرونی، در نهایت با قتل مشخص می‌شود. در حالی که خودکشی، نشانگر وضعیت نهایی بعد خشم در جهت درونی آن است. این دو نوع رفتار ناهنجار، بیانگر تمایل و انگیزش یا غریزه نابودکردن و انهدام است که در تمامی افراد بشر وجود دارد. قتل و خودکشی پیامد منطقی مراحل افراطی و نهایی خشونت به دیگران و نسبت به خویشان است. تنها تفاوتی که این دو نوع رفتار ۱ - که منجر به محروم ساختن فرد از زندگی می‌شوند از هم جدا می‌کند در واقع اختلاف در جهت‌گیری آن‌ها است. قتل به عنوان یک عمل ارادی و از پیش طرح‌ریزی شده برای کشتن یک فرد دیگر، تعریف و توصیف شده است. در تلاش برای تبیین و توضیح جنایت، با دو دیدگاه متفاوت در این مورد روبرو می‌شویم که یکی برداشت مجریان قانون، و دیگری دیدگاه روانی اجتماعی آن است. از دیدگاه قانون که برخورداردی سخت با مسئله دارد، قتل‌ها عملی است از پیش طراحی شده و عمدی و بنابراین لازم است که مرتکبین قتل مورد مجازات قرار گیرند. اما دیدگاه دیگر، به طور عمده مربوط به روان پزشکان می‌باشد، برخورداردی ملایم‌تری نسبت به مسئله دارد و این پدیده را به عنوان نشانه‌ای از بیماری‌های روانی می‌نگرد و در نتیجه مرتکبین قتل را افرادی بیمار به شمار می‌آورد که لازم است تحت مراقبت‌های پزشکی قرار بگیرند. از دیدگاه روان‌کاوی، نوعی از هم‌پاشیدگی در ساختار «من» و «من برتر» رخ می‌دهد. عقیده بر این است که اقدام به قتل از تمایل‌های عمیق ناخودآگاه نشأت می‌گیرد که تحت کنترل فرد نیستند. هرچند گزارش‌های مختلف نشان می‌دهند که تقریباً ۲۷٪ قتل‌ها به علت حوادث استرس‌آمیز درون خانواده رخ می‌دهند، اما با توجه به این نگرش، دقیقاً نمی‌توان مشخص کرد که این گونه تمایل‌های درونی به وسیله کدام نوع از موقعیت‌های استرس‌زا تحریک و برانگیخته می‌شوند. گرچه برخی از دانشمندان و صاحب نظران جامعه‌شناسی، قتل و خودکشی را به یکدیگر مربوط می‌دانند، اما به نظر می‌رسد که بررسی این دو پدیده به صورت جداگانه مفیدتر باشد. ارتکاب به قتل بوده و به طور کلی، میزان اقدام به خودکشی پنج برابر خودکشی‌های موفق می‌باشد. در مورد علت‌شناسی خودکشی سه نظریهٔ مختلف وجود دارد. یکی از دیدگاه

تحلیل روانی، دیگری از نظر جامعه‌شناسی و سومی از دید روان‌شناسی. نظریه تحلیل روانی به این صورت است که افراد زمانی دست به خودکشی می‌زنند که تمایل‌های ناخودآگاه دیگرآزاری (سادیستی) و نابودکننده شخص نتوانسته باشد در جهت فرد موردنظر تخلیه شود و در نتیجه به سمت خود شخص برگشته و به صورت خودکشی نمایان می‌شود.

در سال ۱۹۳۸ «مینگر» به سه عنصر مختلف در خودکشی اشاره می‌کند. میل به کشتن (امیال خشونت‌آمیز) میل به کشته شدن (احساس بی ارزش بودن) و تمایل به مردن (احساس ناامیدی و یأس). فاربر و شنایدمن (۱۹۷۵)، هفتصد یادداشت خودکشی را براساس سه عنصر پیشنهادی مینگر طبقه بندی کردند و به نتایج زیر دست یافتند. تقریباً بیست درصد از آن‌ها در ارتباط با میل به کشتن، پانزده درصد در ارتباط با میل به کشته شدن و چهل درصد از آن‌ها در ارتباط با تمایل به مردن بود. حدود بیست درصد از یادداشت‌ها، قابل انطباق با هیچ کدام از سه مقوله فوق نبود. نظریه‌های جامعه‌شناختی بیشتر بر مبنای کارهای دوکهایم در سال ۱۹۵۱ قرار دارد. وی بر آن بود که به طور کلی خودکشی در گروه‌هایی که انسجام بیشتری دارند کمتر اتفاق می‌افتد. هرچند برخی افراد به علت این که عضوی از یک گروه و یا از جامعه منسجم هستند، اقدام به خودکشی می‌کنند. دورکهایم به طور کلی نتیجه گرفت که میزان خودکشی با میزان یکپارچگی و انسجام گروهی که فرد عضوی از آن است نسبت معکوس دارد. دورکهایم خودکشی را از نظر گونه‌شناسی، به سه نوع نوع‌گرا، خودگرای و نوع‌انومی (هرج و مرج‌طلبی و ضدنظم موجود اجتماعی) تقسیم می‌کند.

نوع اول با خودکشی نوع‌گرای، دارای انگیزه‌های اجتماعی و بیانگر مفاهیمی از قبیل تعالی و بهبود شرایط و وضعیت گروه و محترم شمردن موازین و نیازهای آن است. این عمل از نظر معنی، دارای باری سستی بوده و عملی تشریفاتی محسوب می‌شود. چنانکه در «هاراکیری» ژاپنی‌ها و «ساتی» هندوها مشاهده می‌شود. خودکشی خودگرای یا را می‌توان معادل مفهوم تمایل به کشته شدن در دیدگاه تحلیل روانی قرار داد که در آن، هیچگونه انگیزه اجتماعی دیده نمی‌شود و ارتباط با رفاه گروه یا جامعه ندارد و در حقیقت حالتی از ستیزه‌جویی با موازین جامعه را نشان می‌دهد.

درماندگی و ناکامی‌های زندگی ممکن است سبب سوق دادن برخی از افراد به سمت اقدام به خودکشی شود. خودکشی از نوع آنومیک نیز پایه و اساسی فردی دارد اما معمولاً به دنبال دوره‌های رکود اقتصادی و بیشتر هنگامی رخ می‌دهد که در فرد احساس بیچارگی و جدائی از گروه اجتماعی خود ظاهر می‌شود. آنومی از نظر مفهوم، بیانگر واپس زدن و رد قوانین و مقررات جامعه است. در سال‌های اخیر گروهی از مؤلفین و پژوهشگران

به بازنگری و بررسی مجدد نظریات دورکهایم در مورد خودکشی پرداخته‌اند. به عنوان مثال می‌توان از «هندی» و «شورت»، «گیس» و «مارتین» نام برد. گیس در سال ۱۹۶۶ و «پیرس» در سال ۱۹۶۷ به بررسی ارتباط میان استرس و خودکشی پرداختند و به این نتیجه رسیدند که حداقل در مورد خودکشی از نوع خودگرایی یا توجه دورکهایم بیشتر به حوادث استرس‌زا، بوده است. دورکهایم هم‌چنین وضعیت تأهل و کمبود اعتقادات مذهبی فرد را به عنوان عوامل بالقوه استرس‌زا به شمار آورده است. در این مورد، خلاصه نظریات دورکهایم این بود که افراد متأهل نسبت به افراد مجرد، استرس کمتری متحمل می‌شود و در نتیجه، میزان خودکشی در افراد متأهل پایین‌تر است. علاوه بر این، از نظر اعتقادی مسیحیان پروتستان بیش از کاتولیک‌ها و یهودیان در معرض استرس و فشار روانی قرار دارند و میزان خودکشی در گروه اخیر یعنی کاتولیک‌ها یهودیان در مقایسه با پروتستان‌ها کمتر است. «هنری» و «شورت» در سال ۱۹۵۴ خودکشی را پاسخی احتمالی و قابل انتظار در برابر موقعیت‌های استرس‌زا دانستند. آنان عقیده داشتند که در صورت عدم وجود مانع و مهار جارجی، قرار گرفتن در معرض استرس و محرومیت، منجر به خودکشی می‌شود. مقصود این پژوهشگران از مانع و مهار جارجی، در درجه اول وضعیت اجتماعی از نظر قدرت و اقتدار و برتری، و موقعیت و مالکیت و در درجه دوم، استحکام روابط خویشاوندی و سیستم‌های وابستگی است. بنابراین در کلمات زیر که دوبرو در کنار هم قرار گرفته‌اند، واژه اول دارای وضعیت بهتری بوده و دچار فشارهای روانی کمتری است.

سفید پوست / سیاه پوست، مرد/ زن، درآمد بالا/ درآمد پایین

افراد جوان / افراد پیر و افسران ارتش / درجات پایین‌تر و سربازان وظیفه.

گیس در سال ۱۹۶۶ در مورد ارتباط وضعیت تأهل با مسئله خودکشی در بین مردان به این نتیجه دست

یافت که میان تأهل و خودکشی رابطه‌ای معکوس وجود دارد. (جدول ۱)

وضعیت تأهل	درصد افرا	میزان متوسط خودکشی در یکصد هزار نفر
متأهل	۷۹/۳	۳۶/۲
بیوه	۹/۶	۶۴/۷
مجرد	۸/۶	۷۶/۴

۱۱۱/۱	۲/۵	طلاق گرفته
-------	-----	------------

جدول شماره ۱ - رابطه معکوس میان تأهل و میزان خودکشی

در پژوهش‌های انجام شده در ایران، این رابطه معکوس بین تأهل و خودکشی مشاهده نمی‌شود. در بررسی دکتر داویدیان و خانم پورمند بر روی یکصد مورد اقدام به خودکشی، نتایج زیر به دست آمده:

از این عده ۶۹ نفر زن و ۳۱ نفر مرد بودند که ۵۱ درصد زن‌ها و ۴۸ درصد مردها متأهل گزارش شده‌اند. نتایج به دست آمده در بررسی ۷۲۰ بیمار بستری در بخش مسمومین توسط آقای دکتر بلالی و خانم ریزالبی به قرار زیر است:

۵۳ درصد از این عده متأهل، ۴۵ درصد مجرد و ۲ درصد را افراد مطلقه تشکیل می‌دهند. در بررسی انجام شده توسط دکتر عبداللهیان و همکاران روی صد مورد اقدام به خودکشی در بخش مسمومین بیمارستان امام رضا مشهد نیز نتایج مشابهی به دست آمده، یعنی ۴۸٪ مجرد و ۴۹٪ متأهل و ۳٪ مطلقه.

«ویلکینز» در سال ۱۹۶۷ متون مربوط به خودکشی را به طور جامع و گسترده مورد بررسی قرار داد و به دنبال آن اظهار داشت که در بررسی‌های مختلف، تفاوت‌های کلی بین اقدام واقعی به خودکشی و قصد خودکشی دیده شده است. «استنگل» در سال ۱۹۶۹ برای اولین بار موارد اقدام به خودکشی موفق را از موارد ناموفق آن تفکیک کرد.

موارد کاربردی و پیشگیرانه تحقیق در زمینه شیوه‌های مقابله

یافته‌های تحقیقات مربوط به شیوه‌های مقابله می‌تواند در پیشگیری و هم‌چنین در درمان اختلال‌ها کاربرد داشته باشد. اقدامات پیشگیرانه می‌توانند آموزش لازم در این زمینه را، در خلال دوران نوجوانی و حتی کودکی تدارک ببینند و بدین منظور لازم است منابع مختلف مقابله از همان ابتدا به نحو مطلوب نبا گذاشته شوند. مداخلات درمانی نیز می‌توانند عوامل تنیدگی‌زا و یا تقویت مقاومت شخص (از قبیل منابع و فرآیندهای مقابله) را هدف قرار دهند. برای تعیین شیوه مطلوب مقابله با تنیدگی، نمی‌توان راهبرد یگانه‌ای را ارائه داد. بلکه لازم است انعطاف کافی وجود داشته باشد و به تناسب ارزیابی از موقعیت، به انتخاب مؤثرترین شیوه مقابله مبادرت شود.

در موقعیت هایی که به عنوان قابل چالشگری و مهارشده ارزیابی می شوند. فرآیندهای مقابله روی آوردی بیش از همه مؤثر واقع می شوند. اما در شرایطی که قابل تغییر نیست، فرآیندهای مقابله اجتنابی کارآمدتر هستند.

اشتغال به فعالیت های جایگزین، در موقعیت هایی که عامل تنیدگی را غیرقابل تغییر است، می تواند منابع جدید را ارضا و در اختیار شخص قرار دهد و سازش یافتگی وی را بالا ببرد. لیکن همین فعالیت ها در موقعیت هایی که قابلیت مهارشده را دارند و شخص می تواند طی آن ها عمل سازنده اختیار کند، ممکن است نیروی شخص را در مسیر انحرافی که به حل مسأله منتهی نمی شود به جریان اندازد و موجبات احساس گناه شکست را در وی فراهم آورد.

در زمینه ارجحیت شیوه رفتاری یا شناختی مقابله نیز شیفمن (به نقل از موس و اسکافر، ۱۹۹۳) به این نتیجه رسید که هر دو شکل پاسخ مقابله ای (رفتاری و شناختی) مؤثرند. ضمن آن که ترکیب هر دو نوع نیز بر انتخاب جداگانه هر کدام برتری دارد. اهمیت مقبله روی آورید - شناختی به خصوص در این است که مستقل از عوامل تنیدگی زای موقعیتی به کارگرفته می شود. مقابله روی آوردی - رفتاری بیشتر به مواردی از قبیل مصرف الکل (کمتر کردن استفاده آن) و افسردگی (کمتر کردن تأثیرات آن) پاسخگوست. راهبردهای مقابله شناختی در بسیاری از موقعیت ها می توانند با انعطاف پذیری مورد استفاده قرار گیرند و کمتر تحت تأثیر موقعیت واقع شوند. بدین ترتیب، احتمال تخریب آن ها توسط عوامل تنیدگی زای بزرگ زندگی، یا کم بودن حمایت های اجتماعی در زمینه چالشگری های سازش یافته که موجب ارتقاء سطح انعطاف پذیری اشخاص در زندگی می شوند بررسی های بیشتری الزامی می نماید. به نظر می رسد آن دسته از عوامل تنیدگی را که بیشتر قابل مهار شدن هستند و یا مواردی که فرصت آموختن مهارت های جدیدتر مقابله را در اختیار شخص قرار می دهند، موجب تسهیل رشد می شوند.

نظریه سلیه

سلیه تحقیقات خود را از دهه ۱۹۳۰ آغاز کرد و تا زمان مرگ خود در سال ۱۹۸۲ مفهوم تنیدگی را در سطح همگانی مطرح ساخت. او به بررسی تأثیرات تنیدگی بر پاسخ های فیزیولوژیکی پرداخت و سعی کرد این واکنش ها را به بروز بیماری ها ربط دهد. وی در اولین کارهای خود، تنیدگی را به عنوان محرک و سپس به منزله

پاسخ در نظر گرفت و برای ایجاد تمایز بین این دو، در مورد محرک واژۀ «تندگی‌زا» رابه کار برد و برای اشاره به پاسخ واژه «تندگی» را مطرح ساخت (سلیه، ۱۹۸۱، نقل از موس و اسکافر، ۱۹۹۳).

خدمات وی به تحقیقات تندگی شامل ارائه مفهومی از تندگی و ارائه الگویی برای چگونگی دفاع بدن در موقعیت‌های تندگی‌زا بود. او مفهوم تندگی را به عنوان یک پاسخ نامشخص معرفی کرد و مرتباً تأکید می‌کرد که تندگی یک پاسخ عمومی جسمانی است که توسط هر عامل تندگی‌زای محیطی ایجاد شده باشد. وی با ارائه الگوی زیست - شیمیایی تندگی، نشانگان عمومی سازس (GAS) را به عنوان الگویی برای توصیف واکنش زیست شناختی در مواجهه با تندگی جسمانی مستمر و شدید معرفی کرد.

GAS به تلاش‌های عمومیت یافته بدن برای دفاع خود در مقابل عوامل مضر اشاره دارد. این نشانگان شامل تمام تغییرات نامعین خاص است که به دستگاه زیستی القاء شده و در سه مرحله قابل وقوع است:

۱ - واکنش هشدار : واکنش اولیه ارگانیزم است و مربوط به زمانی است که موجود به طور ناگهانی با محرک‌های مختلف روبرو می‌شود و نمی‌تواند خودش را با آن‌ها سازگار کند. این واکنش دارای دو مرحله است: الف - ضربه: واکنش فوری و ابتدایی نسبت به عامل آزار رساننده، افزایش دمای بدن، از دست دادن انقباض طبیعی عضلانی، بالا رفتن فشارخون، و تپش قلب از نشانه‌های عمومی آن به شمار می‌روند. ب - مواجهه با ضربه: واکنش بازگشتی یا مرحله بسیج دفاعی که طی آن قشر غده فوق کلیوی بزرگ می‌شود و ترشح هورمون‌های کورتیکوئید افزایش می‌یابد. اکثر بیماری‌های حاد مرتبط با تندگی به این دو مرحله مربوط می‌شوند.

۲ - مقاومت : ارگانیزم از طریق مکانیزم‌های سودمند مقابله با تندگی سازش یافته و تعادل خود را باز می‌یابد.

۳ - فرسودگی : اگر عامل تندگی‌زا تشدید شود یا ارگانیزم قادر به ارائه پاسخ مؤثری نباشد، مرحله سوم یعنی فرسودگی را به دنبال خواهد داشت که بر مبنای نظر سلیه مکانیزم سازشی مختل شده و کاملاً از بین می‌رود، و در نتیجه ارگانیزم یا دچار صدمات غیرقابل جبرانی خواهد شد و یا خواهد مرد.

در نهایت دیدگاه سلیه نسبت به تندگی وارد چارچوب ادبیات روان‌شناسی شد، لیکن مرتباً در شیوه‌های تبیین آن تغییراتی به وجود آمد. درنوند (به نقل از دبسون ، ۱۹۸۲) طی ایجاد تغییراتی در الگوی زیست شیمیایی سلیه آن را در زمینه مطالعات اختلالات روانی در محیط اجتماعی قابل استفاده نمود. او در واکنش‌های تندگی ۵ عامل عمده را پیشنهاد داد. اولین عامل، متغیرهای تندگی بیرونی است که در جهت برهم زدن تعادل

ارگانیزم عمل می‌کند. دومین عامل، عوامل میانجی مشخص است که می‌تواند تأثیرات عوامل تنیدگی‌زا را کاهش دهد. سومین عامل، خودتنیدگی است که نتیجه تعامل بین عوامل تنیدگی‌زا و عوامل میانجی است. چهارم نشانگان سازش یافتگی است که ارگانیزم طی آن سعی می‌کند با عوامل تنیدگی‌زا مقابله کند. پنجمین عامل، پاسخی است که ارگانیزم به موقعیت تنیدگی‌زا می‌دهد.

مطالعات انجام شده در زمینه تنیدگی

توسعه و تکامل مفهوم تنیدگی سهم مهمی در درک ماهیت و علل بروز نشانگان تنیدگی در طول دوران گذشته داشته است. بک و همکارانش (۱۹۸۸) فرضیه‌های اساسی تنیدگی را از جهت جنبه‌های زیستی، روانی و اجتماعی مورد بررسی قرار داده‌اند. کانن، ولف، سلیه و لازاروس از جمله تئوریسین‌های معروفی هستند که در تکامل مفاهیم متعلق به تنیدگی نقش عمده‌ای را ایفا نموده‌اند. کانن اولیه محقق بود که تنیدگی را عامل اصلی برخی از بیماری‌ها معرفی کرده است. ایشان در توسعه ایده‌های خود، دربارهٔ ثبات همودینامیکی بدن، فشار و تنیدگی‌های ناشی از تنش‌های اعمال شده بر روی مکانیسم‌های اختصاصی بدن که برای حفظ حالت ثبات درونی آن ضروری است، بحث کرده است. ولف تنیدگی را به صورت توانایی درونی که به وسیله نیروهای خارجی ایجاد می‌گردد، تأکید فراوان داشته است. لازاروس معتقد است که تنیدگی، واکنش روانی و فیزیولوژیکی در برابر شرایط سخت و در حقیقت یک نوع مبارزه است که موجب تحریک منابع مقابله افراد می‌شود. لازاروس معتقد است که درجه بروز نشانگان تنیدگی که به وسیله عامل تنش‌زا ایجاد می‌شود، به ارزیابی ذهنی فرد از وقایع ارتباط دارد و فرد ممکن است وقایع تهدید کننده یا غیر تهدید کننده بیابد.

لازاروس اظهار می‌دارد که تنیدگی یک تجربه کاملاً فردی است و به فشار وارده بر فرد بستگی دارد. تنیدگی بستگی به عامل ایجاد کننده و نحوه درونی شدن تجربه فردی و درک فرد از شرایط دارد. از عوامل آشکارکننده تنیدگی، فعالیت مقابله‌ای و یا سازگاری در افراد می‌باشد.

سلیه تنیدگی را عکس العمل نامشخص و نامعلوم بدن در برابر هرگونه درخواست‌های وارد شده می‌داند. به عبارت ساده به نظر وی نشانگان تنیدگی عکس العمل‌های فیزیکی، روانی و یا شیمیایی بدن در مقابل رویدادها و موقعیت‌های تنش‌زا و حساس برای انسان است. اگر انسان در زمان نسبتاً طولانی تحت فشارهای جسمی، روحی و روانی بیش از حد تحمل خویش قرار گیرد، ممکن است این رویدادها و فشارها او را از پای

درآورد و پیامدهای خطرناک و جبران‌ناپذیری به دنبال داشته باشد. به نظر سلیه، انسان‌ها به مقداری از فشارهای جسمی، روحی و روانی برای زندگی سالم نیازمندند. او این نوع فشارهای روانی را تنیدگی مثبت می‌خواند. اما انسان‌ها دارای نقطه اوج و یا حداکثر تحمل برای این گونه فشارها هستند. تعیین حداکثر میزان تحمل انسان‌ها در مقابل رویدادهای تنش‌زا، استانداردپذیر نمی‌باشد. به طور کلی می‌توان گفت که انسان‌ها در مقابل انواع مختلف رویدادهای تنش‌زا، مناسب‌ترین عکس‌العمل و رفتارها را از خود نشان می‌دهند. ولیکن چنانچه میزان این گونه فشارها بیشتر از اندازه تحمل باشد، نتایج نامطلوب و حتی خطرناک و جبران‌ناپذیر، دربرخواهد داشت.

تحقیقات گوناگون بیانگر این واقعیت هستند که قرارگرفتن طولانی مدت در معرض تنیدگی و عوامل تنش‌زا به تغییرات مهم فیزیولوژیکی و روانی بروز نشانگان تنیدگی می‌انجامد. این حالت عدم تعادل و بی‌ثباتی در محیط داخلی بدن، منجر به گسترش علائم، نشانگان و بیماری‌های اختصاصی می‌گردد.

عامل تنش‌زا سیستم درونی فرد را تحریک می‌کند، چیزی که به نام سندرم سازگاری عمومی شناخته شده است و زمانی که پاسخ‌های ستیز - گریز در جهت برطرف نمودن تأثیرات منفی عوامل تنش‌زا با شکست مواجه شوند، ضعف و خستگی در فرد عارض می‌گردد و به صورت گوناگونی نمود پیدا می‌کند. این اختلالات می‌تواند به صورت روانی، عاطفی و یا رفتاری بروز نماید. اختلالات روانی ممکن است شامل مواردی مانند: اختلالات حافظه، افزایش بی‌توجهی، کاهش تمرکز، فروریختن قدرت‌های سازمان‌دهی و برنامه‌ریزی درازمدت باشند. تغییرات عاطفی به صورت تشدید خصومت‌ها

و حالت‌های دفاعی، افسردگی، احساس ضعف و از دست دادن قوای درونی، احساس بیهودگی، بدبینی نسبت به ارزش‌ها و انگیزه‌های دیگران، نوسانات خلق (از حالت غمگینی تا شادی، خوش‌بینی تا بدبینی) که به طور سریع و ناگهانی صورت می‌گیرد؛ نمایان شدن حالت خودبیمارانگاری، پیدایش تغییرات شخصیتی (برای نمونه افراد تمیز و مرتب به طور ناگهانی نامرتب و کثیف می‌شوند) بروز می‌نمایند. عوامل تنش‌زا می‌تواند به روش‌های مختلفی روی رفتار افراد نیز تأثیر بگذارد، جدیت و اشتیاق افراد از بین می‌رود، سرگرمی‌ها فراموش می‌گردند، سطوح انرژی فردی کاهش پیدا می‌کنند، و به خاطر همین امر انجام کارها مشکل و ناممکن به نظر می‌رسد.

از سوی دیگر اتکینسون و همکاران (۱۹۸۳) در این زمینه اظهار می‌دارند: هرگاه دستگاه عصبی خودمختار که کار بسیج بدن را در موقعیت‌های اضطراری بر عهده دارد، برای مدت طولانی بی‌وقفه فعالیت کند، ممکن است برخی از نشانگان تنیدگی مانند زخم‌های گوارشی، افزایش فشارخون، بیماری‌های قلبی بروز نماید. هم‌چنین عوامل تنش‌زا می‌تواند پاسخ‌های ایمنی موجود زنده را مختل کرده و توانایی بدن را در مبارزه علیه

ویروس‌ها و باکتری‌ها، کاهش دهد؛ چنین احتمال می‌رود که فشار هیجانی در بیش از ۵۰٪ اختلالات جسمی نقش عمده‌ای را ایفا می‌نماید (اتکینسون و همکاران، ۱۹۸۳؛ ترجمهٔ براهنی و همکاران ۱۳۶۹).

درک کلی از عوامل مؤثر در بروز نشانگان تنیدگی شامل بررسی متغیرهای شخصیتی فرد، تنیدگی ناشی از وقایع جاری زندگی و ماهیت کلی عوامل تنش‌زا می‌باشد، با توجه به اینکه بروز نشانگان تنیدگی به عوامل متعددی بستگی دارد، در این قسمت عوامل مؤثر در بروز نشانگان تنیدگی مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرند. الکینسون و همکاران (۱۹۸۳) در این زمینه می‌نویسند: میزان بروز نشانگان تنیدگی به چندین عامل بستگی دارد، که «پیش‌بینی پذیری» یکی از این عوامل است. حتی وقتی انسان نمی‌تواند کنترلی بر عوامل تنش‌زا داشته باشد، اگر بتواند آن را پیش‌بینی نماید، از شدت آن کاسته می‌گردد. عامل دیگر امکان «کنترل طول مدت» عامل تنش‌زا است، کنترل داشتن بر طول دوره یک رویداد تنش‌زا نیز از شدت نشانگان تنیدگی می‌کاهد. عامل سوم «ارزیابی شناختی» فرد از رویداد است؛ دو فرد متفاوت ممکن است یک رویداد تنش‌زای معین را به دو صورت متفاوت ادراک نمایند. و این به معنایی بستگی دارد که آن موقعیت در نظر هر یک از آنان دارد. اهمیت خود واقعیت‌های عینی یک موقعیت، کمتر از اهمیت برآوردی است که افراد از آن موقعیت‌ها می‌کنند. ادراک شخص از یک رویداد تنش‌زا به برآورد او از درجه تهدیدآمیز بودن آن رویداد نیز بستگی دارد. مثلاً موقعیت‌هایی که فرد آن‌ها را به صورت تهدیدی برای زنده ماندن خود و یا به صورت تهدید برای اعتبار و ارزش خود ادراک می‌کند، بیشترین میزان نشانگان تنیدگی را ایجاد می‌کنند. عامل بعدی «احساس کارایی فرد» است. اطمینان خاطر آدمی از این که می‌تواند یک موقعیت تنش‌زا را به خوبی اداره نماید نیز عامل عمده‌ای در تعیین شدت نشانگان تنیدگی به شمار می‌رود. در حمایت‌های اجتماعی از عوامل مؤثر دیگر در این رابطه است. حمایت‌های عاطفی و توجه اطرافیان، عامل تنش‌زا را تحمل پذیرتر می‌کند. بسیاری از پژوهش‌ها نمایانگر این نکته هستند که مردمانی که پیوندهای اجتماعی گسترده‌تری دارند، بیش از کسانی که از پشتیبانی اجتماعی کمتری برخوردارند، عمر می‌کنند و کمتر از آنان گرفتار نشانگان تنیدگی می‌شوند (نمودار شماره...).

حوادث تنش‌زای زندگی تا اندازه قابل توجهی در مطالعات مربوط به مدل «سلامتی - بیماری»

کنترل بر طول دوره عامل تنش‌زا

دسترسی به حمایت‌های اجتماعی

میزان نشانگان تنیدگی

پیش‌بینی‌پذیری رویداد تنش‌زا

احساس کارایی

ارزیابی شناختی و معنی رویداد برای فرد توسط پژوهشگران مورد بررسی قرار گرفته است. هولمز و راهه اهمیت زیادی برای اندازه‌گیری سیستماتیک وقایع زندگی از طریق سنجش رابطه میان حوادث عمده زندگی و بیماری‌های جسمی و روانی قایل بودند. نتایج تحقیقات این پژوهشگران نشان می‌دهد که هر فرد دارای میزان معینی انرژی است و اگر قرار باشد شخصی همزمان با چند موقعیت فشارآور و تنش‌زا مقابله کند، انرژی او کاهش می‌یابد، وقتی منابع روانی فرد که برای مقابله با مشکلات دیگر ضروری است، کمتر شود، مقاومت او برای مقابله با بیماری نیز کاهش خواهد یافت.

و همین زمینه یوتروپری (۱۹۸۷) معتقدند که هرگونه عاملی که باعث شود فرد احساس تنیدگی بنماید، به عنوان عامل تنش‌زا شناخته می‌شود. عوامل تنش‌زای داخلی از درون فرد سرچشمه می‌گیرند. این‌ها شامل عواملی مانند تب، حاملگی، یائسگی و یا هیجان‌هایی مانند احساس گناه می‌باشند. عوامل تنش‌زای خارجی از بیرون فرد سرچشمه می‌گیرند، و شامل عواملی مانند تغییرات قابل ملاحظه در دمای محیط، تغییرات در خانواده و یا نقش‌های اجتماعی و یا طردشدن می‌باشد.

لاکمن و سورنسن (۱۹۸۷) معتقدند چگونگی عملکرد عوامل تنش‌زا و در نتیجه ایجاد نشانگان تنیدگی در انسان به تعداد عوامل، ماهیت عوامل و مدت تماس با عوامل تنش‌زا بستگی دارد. معمولاً هیچ عامل تنش‌زایی به تنهایی قادر به ایجاد عدم تعادل در سیستم انسانی نمی‌باشد، بلکه عوامل دیگری نیز در این امر سهیم هستند، از نظر ماهیت عوامل، در اکثر موقعیت‌های تنش‌آور شدید، بیشترین انرژی برای سازگاری مورد نیاز است. در ضمن صرف نظر از ماهیت عوامل تنش‌زا، قدرت آن نیز به طور متفاوتی بر افراد تأثیر دارد، و هرچه قدرت آن بیشتر باشد واکنش و نشانگان تنیدگی بیشتری در فرد به وجود می‌آید و سلامتی فرد را بیش از پیش به مخاطره می‌افکند.

به نظر می‌رسد در این باور که برای هر فرد یک نقطه فروپاشی وجود دارد، حقیقتی نهفته باشد. هرچه افراد تنش و فشار روانی بیشتری تجربه کنند، بیشتر احتمال می‌رود که هم از نظر فیزیکی و هم از نظر روان‌شناختی از پا درآیند. روبه‌رویی با رویدادهای تنش‌زای متعدد در یک زمان واحد، به طور آشکار منجر به بروز نشانگان تنیدگی در فرد می‌شود. تنش و فشارهایی که در طول زمان برهم انباشته می‌شوند، می‌توانند اثرات بلندمدت منفی داشته باشند.

افرادی که در گذشته رویدادهای تنش‌زای متعددی را تجربه نموده‌اند، بیشتر مستعد افسردگی، اضطراب و عکس‌العمل‌های بیش از حد دستگاه‌های فیزیولوژیکی هستند (ساراسون، ۱۹۸۸).

بسیاری از اشخاصی که از بحران بیرون آمده‌اند، تغییرات مثبتی را در زمینه منابع اجتماعی و شخصی خویش گزارش کرده‌اند. به این نحو که بعد از بحران مهارت‌های جدید مقابله، ارتباطات جدید با خانواده و دوستان، و اولویت‌های وسیع‌تر را با خود به ارمغان آورده‌اند، درک غنی‌تری از زندگی پیدا کرده و بیشتر قدر آن را می‌دانند. پژوهش جونز و سلدر (۱۹۹۶) در مورد کودکان دبستانی تأیید کننده این مطلب است. هان (۱۹۹۳) نیز طی مطالعات طولی به شناسایی تأثیرات مثبت و منفی تنیدگی پرداخت و دریافت که اشخاصی که در طی دوره جوانی تغییرات خانوادگی را تجربه کرده بودند، در میانسالی هم‌دلی بیشتری نشان می‌دهند. وی بر این باور است که تنیدگی لزوماً موجب تخریب نیست.

نتایج مطالعات طولی وی که در مورد بیماران بستری در بیمارستان انجام شده‌اند حاکی از آن است که اشخاصی که بیماری بیشتری را تجربه کرده‌اند در زمان‌های بهبود اشخاص محکم‌تر و قوی‌تر هستند و در قبال ابهامات، شکیباتر هستند. اگرچه توانایی این اشخاص در زمینه مهار هیجانات خویش کاهش یافته است. وی این طور نتیجه‌گیری می‌کند که بدین ترتیب ممکن است تحول اخلاقی در بین جوانان، توسط فرآیند «من» صورت پذیرد که اجازه می‌دهد تنیدگی به جای آن انکار شود، تجربه و حل شود.

نشانگان استرس

یکی از مهم‌ترین و اساسی‌ترین مسائلی که همه انسان‌ها را در سنین مختلف تحت تأثیر قرار می‌دهد استرس یا فشارهای روانی است. تقریباً اکثر مردم تصور می‌کنند که می‌دانند استرس یعنی چه؟ اما عده نسبتاً معدودی درک صحیح و درستی از آن داشته و از اثرات سوء آن در بدن خود آگاه هستند و می‌دانند که چگونه می‌توان آن را کنترل کرده و با آن کنار آمد و یا حتی از آن به نفع خود استفاده کرد. استرس یا فشار روانی، نوعی واکنش فیزیکی، ذهنی، شیمیایی بدن انسان در برابر رویدادها و حوادث زندگی است که موجب ایجاد ترس، هیجان، احساس خطر یا خشم در انسان می‌شود.

عوامل و وقایع استرس‌زا ممکن است خوب یا بد باشند، برای مثال: این رویدادها و وقایع می‌توانند برخورد ناگهانی با یک اتومبیل در خیابان، تغییر در نوع شغل و ... باشند. برخی از نشانگان استرس به اندازه‌ای خفیف

هستند که ممکن است حتی متوجه آن‌ها نشویم اما برخی دیگر مانند: تعریق زیاد، دست یا پاهای سرد، بی‌اشتهایی، اختلال خواب و تپش قلب به وضوح مشخص است. واکنش‌های دیگر استرس گاهی کاملاً بر ما پوشیده است و به ذهنی خطور نمی‌کند که استرس باشند مانند: امراض میکروبی که بدن ما را مورد حمله قرار می‌دهند. زندگی بدون استرس امکان پذیر نبوده و در واقع می‌توان گفت جزء اجتناب‌ناپذیری از زندگی انسان است. زیرا استرس عاملی است که ما را در مواجهه شدن با مسائلی که از آن‌ها شناختی نداریم و یا حتی رویدادهایی که به وضوح ما را مورد حمله قرار می‌دهند آماده می‌سازد.

هر سنی فشارهای روانی خاص خود را دارد مانند وابستگی کامل و ناتوانی‌های دوران کودکی، مسایل و مشکلاتی که در سنین نوجوانی پیش می‌آید و فشارهایی که در دوران پیری و کهولت گریبان‌گیر انسان‌ها می‌شود. حتی انسان‌ها در محیط کار نیز به نوعی تحت تأثیر عوامل تنش‌زای ناشی از شغل یا حرفه خود قرار می‌گیرند. توجه به این نکته ضروری است که اگر ما با استرس به طور صحیحی برخورد کنیم، استرس دوستی خواهد بود که ما را در برخورد و مواجهه شدن با مسایل و مشکلات آتی نیرو خواهد داد، اما اگر با ضعف با آن برخورد کرده و در برابر فشارهای روانی مقاوم نباشیم و بگذاریم تا از کنترل ما خارج شود، برخی از این اختلالات در زیر توضیح داده می‌شود:

بیماری‌های جسمی (فشارخون بالا، زخم معده و دوازدهه، آسم، آرتروز، پرکاری غده تیروئید، میگرن، بیماری عروق کرونر، سردردهای تنشی، اختلالات خواب، بیماری قند، بی‌اشتهایی روانی و غیره).

مسایل روانی (نگرانی، اضطراب، افسردگی، تغییرات سریع خلق و خو)، مسایل شناختی (اختلال در توجه، اختلال در تمرکز حواس، اختلال در حافظه) و مسایل رفتاری (لکنت زبان، ناخن جویدن، بی‌قراری). امروزه جوامع نوین بشری فشارهای روانی بیشتری را بر وی تحمیل می‌کنند، در واقع می‌توان گفت فشارهای روانی در تمام طول زندگی در دوران کودکی، دوران تحصیل و بزرگسالی همراه بشر باقی می‌مانند از سوی دیگر همه مشاغل و حرفه‌ها، استرس به همراه داشته و استرس جزئی از

زندگی روزمره تمامی انسان‌ها می‌باشد، فشارهای روانی بر ما سنگینی کرده و فشار می‌دهند، ممکن است این احساس در ما به وجود آید که در اثر سنگینی و فشار حاصل، از یک تصمیم‌گیری مهم خرد می‌شویم و یا به علت گرفتاری‌ها و مشکلات زندگی تحت فشار هستیم. در علم روان‌شناسی فشار روانی یعنی انتظار سازگاری یا انطباق از ارگانیزم.

فشار روانی مجموع واکنش‌های جسمانی، عاطفی و ذهنی است که انسان در برابر محرک‌های داخلی یا خارجی بر هم زنده‌تبات بدن از خود نشان می‌دهد، در صورتی که این واکنش‌ها نسبت به محرکات کافی نباشند، اختلالات جسمانی و روانی پدید می‌آید. مردم در برابر موقعیت‌های فشارآور، درجه‌برداری جداگانه دارند (دیویس، ۱۳۷۰، ص ۶۴۴). به همین ترتیب فشار روانی اثرات متفاوتی بر جنبه‌های فیزیولوژیکی، روانی، عاطفی، مردم خواهد داشت. شماری از مردم با پدید آمدن کوچکترین دگرگونی یا حالت فوریت، به آسانی پریشان می‌گردند. دیگران خونسرد، آرام و جمع و جورند، تا اندازه‌ای به دلیل اعتمادی که به توانایی خود و رویارویی با دشواری دارند، آنان احساس فشار عصبی اندک دارند، مگر آن که یک عامل فشار آور عمده و طولانی در کار باشد (دیویس، ۱۳۷۰، ص ۶۴۴).

اگرچه مسئله تأثیر عوامل محیطی بر بیماری‌ها از قدیم مورد توجه قرار گرفته و در پزشکی قدیم ایران نیز تحت عنوان «اعراض نفسانی» و تأثیر آن‌ها بر بیماری‌ها سخن گفته شده است اما فرضیه‌های مربوط به رابطه بین محرک‌های محیطی و بیماری از ابتدای قرن حاضر به طور جدی مورد بحث و پژوهش قرار گرفته‌اند. ژاسپر (۱۹۱۳) در کتاب خود با عنوان «آسیب‌شناسی روانی عمومی» بر مفهوم واکنش تأکید می‌کند. از دیدگاه او واکنش، پاسخی عاطفی در برابر یک حادثه است. تقریباً در همان زمان آدلف می‌یر ارتباط مستقیم میان محرک‌های محیطی و پدیده بیماری را به صورت فرضیه فرمول‌بندی می‌کند. اما در حقیقت تحول اساسی در مورد مفهوم استرس و نقش تعیین‌کننده استرس در ایجاد بیماری‌ها مدیون پژوهش‌ها و مطالعات دکتر هانس سلیه هل مونترال کانادا است. آزمایش‌هایی که هانس سلیه بر روی حیوانات انجام داده است نشان می‌دهد که استرس موجب می‌شود که آسیب‌های شدیدی به اعضای بدن ارگانیزم وارد شود، البته این یافته‌ها کاملاً مشابه به بسیاری از اختلال‌ها و نشانگان استرس در انسان می‌باشد. برای روشن کردن موضوع، سلیه مجبور بود که واکنش استرس را (مثلاً از طریق تزریق هورمون) و افزودن استرس بر روی آن عضو بدن به حد اعلاء برساند، وی به این نتیجه رسید که استرس مزمن ممکن است باعث ایجاد بیماری در انسان شود، مخصوصاً اگر عضو مربوطه آسیب دیده و یا کار زیادی به آن تحمیل شده باشد. فشارخون، بیماری زخم معده، اختلال‌های غدد مترشحه و بیماری‌های خانواده آرتروز و روماتیسم مفصلی از این قبیل هستند، سلیه این بیماری‌ها را بیماری‌های استرس می‌نامید. نظریه سیه مفاهیم بسیار زیادی را در برمی‌گیرد، در واقع این بیماری‌ها آن‌هایی هستند که پزشکان در مواقع استرس آور به آن برخورد می‌کنند. به طور مثال بیماری تیروئید در زمان جنگ خیلی شیوع پیدا می‌کند، چون این وضع استرس آور اصولاً جنبه روانی دارد. سلیه و سایرین به این نتیجه رسیده‌اند که بیماری‌های

استرس، روان‌تنی هستند. سلیه معتقد است که مقداری فشار روانی برای انسان لازم است تا همواره بیدار و هوشیار باشیم، وی این مقدار لازم را استرس شفافبخش می‌نامد. سلیه در کتاب خود تحت عنوان «استرس بدون پریشانی» که در سال ۱۹۷۴ منتشر شد، همچون دیگر محققان بر نقش مهم و اساسی عوامل روان‌شناختی مؤثر در عمل و مکانیسم و پی‌آمدهای استرس تأکید ورزیده است.

در این زمینه عواطف گوناگونی دخالت دارند. غم یا شادی، عوامل شادی آور یا غم‌انگیز، سوگ، کامیابی، تنش در یک کارگر، کامیابی مسئولان، اندوه و غم شخص از کار برکنار شده، ناامیدی فرد بیکار، پیروزی یک ورزشکار، لذت و شوق بازیافتگان و هرگونه هیجانی می‌تواند استرس را برانگیزد. درهریک از این موقعیت‌ها بدن انسان با تغییرات بیوشیمیایی مشخص و ثابت از خود واکنش نشان می‌دهد، عواملی که موجب برانگیخته شدن استرس می‌شوند و عوامل استرس‌زا یا تنش‌زا نامیده می‌شوند، متنوع هستند، اما پاسخ‌های بدن، از نظر زیستی دارای یک ماهیت هستند. با وجود این ممکن است بر حسب شرایط در زمینه، شرطی شدن، استرس‌های قبلی، مدت زمان، شدت و نتیجه آن (متفاوت باشند). سلیه محرک را عامل استرس‌زا می‌نامد. از نظر او باید بین استرس و عامل استرس‌زا تفاوت وجود داشته باشد. از دیدگاه او عوامل فشارزا گوناگون هستند: سرما، گرما، خستگی، مواد سمی، عفونی، ضربه، اشعه خورشید و تکان‌های عصبی کارکردی مانند ترس و خشم و یا هرگونه عامل تنش‌زا که باعث بروز واکنش می‌شود. در هنگام استرس همواره واکنشی یکسان که همان واکنش غیراختصاصی می‌باشد به وجود می‌آید و ارگانسیم خود را با وضعیت و موقعیت جدید سازگار می‌کند، این سازگاری برای حیات ارگانسیم ضروری است و هدف آن حفظ تعادل بنیادی است.

استرس جنبه فیزیولوژیک نیز دارد و استرس فیزیولوژیک برای آهنگ زیست و آنچه که کلود برنارد «ثبات محیط داخلی بدن» و کانن در تعادل درونی بدن می‌نامد امری ضروری است. سلیه (۱۹۵۰) مفهوم استرس را با ارائه مفهوم دیگری به نام «سندرم عمومی سازگاری» کامل‌تر کرد. اگر استرس به منزله مجموعه کنش و واکنش تلقی شود سندرم عمومی سلیه سه مرحله مهم و اساسی را دارا است: مرحله هشداردهنده، مرحله مقاومت، مرحله درماندگی. این مراحل به ویژه در زمانی که ارگانسیم در برابر یک استرس دائمی (عامل استرس‌زا) قرار می‌گیرد بروز می‌کنند.

واکنش‌های هشدار دهنده: عبارت است از مجموعه پدیده‌های عمومی غیراختصاصی، و آن زمان است که ارگانسیم به طور ناگهانی در معرض یک عامل زیان‌بخش، یک محرک یا یک استرس قرار می‌گیرد که از نظر

کمی و یا کیفی با آن‌ها سازگاری و تطابق ندارد. اگر محرک‌هایی که واکنش هشدار دهنده را برانگیخته‌اند تداوم یابند ارگانیزم وارد مرحله مقاومت می‌شود.

مرحله مقاومت. عبارت است از مجموعه واکنش‌های غیراختصاصی. این مرحله زمانی بروز می‌کند که ارگانیزم برای یک مدت طولانی در معرض محرک‌های زیان آور قرار گیرد و در خلال واکنش هشدار دهنده با آن سازگار شود. بالاخره چنانچه یک محرک زیان بخش یا استرس آور باز هم ادامه یابد، بدن به مرحله درماندگی می‌رسد.

مرحله درماندگی. عبارت است از مجموعه واکنش‌های غیراختصاصی. این مرحله زمانی بروز می‌کند که ارگانیزم قدرت سازگاری خود را در مقابل محرک یا عامل تنش‌زا از دست می‌دهد. در بیماری‌شناسی انسانی، مرحله درماندگی با مرحله ضعف و تحلیل نهائی قوا در بیماری‌های مزمن انطباق دارد.

البته چنانچه در خلال مرحله مقاومت، عامل تنش‌زا از بین برود ممکن است تعادل برقرار گردد که با یک زندگی طولانی سازگاری دارد و این همان نظریه سندرم سازگاری سلیه است.

رئیلی (۱۹۳۴) فرآیندهای واکنش غیراختصاصی را تحت عنوان (سندرم تحریک) توصیف می‌کند که به توضیحات سلیه بسیار نزدیک است. اما با تعبیری متفاوت، در سال ۱۹۵۰ ولف مطالعات مهمی در مورد استرس ناشی از حوادث محیطی انجام داده است. بررسی‌های او بر این فرضیه استوار است که رویدادها و حوادث استرس‌زا که به وسیله فرد «این گونه دریافت می‌شود» به یک سری واکنش‌های محافظت‌کننده فیزیولوژیک می‌انجامد که اگر این واکنش‌ها بیش از اندازه معین و یا به طور نامطلوب بروز کنند موجب آسیب‌های فیزیولوژیک می‌شوند.

ولف به همراه هینکل (۱۹۵۷-۵۸) به نقش مهم تحولات فرهنگی و اجتماعی توجه می‌کند و از مطالعات آنان چنین استنباط می‌شود که تحولات و تغییرات مهم زندگی می‌توانند سلامت فرد را به خطر اندازد و در این زمینه دو شرط اساسی را مطرح می‌کنند:

۱ - اول اینکه رویداد به شدت بر فرد اثر گذاشته باشد.

۲ - فرد در برابر بیماری خاصی مستعد باشد.

به این ترتیب اثرهای یک حادثه تنها از طریق ابعاد خود حادثه یا رویداد تعیین نمی‌شود بلکه ویژگیهای فیزیولوژیک و روانی فرد نیز در این میان تأثیر اساسی دارد. یکی از ابعاد مهم پژوهش در زمینه فشار روانی مربوط به تعدادی از ویژگیهای شخصی و متغیرهای موقعیتی است که می‌توانند به پیش‌بینی این موضوع پردازند که چه کسانی به احتمال زیاد تحت تأثیر پیامدهای نامطلوب فشار روانی قرار می‌گیرند و چه کسانی قرار نمی‌گیرند.

منابع مقاومت در برابر فشار روانی را می‌توان به ۴ گروه طبقه‌بندی کرد:

۱ - اقدامات بهداشتی (مثلاً: تمرینات ورزشی، استراحت کافی، غذای مناسب)

۲ - توانمندی‌های سرشتی (مثلاً: سابقه بیماری در خانواده)

۳ - گرایش‌های شخصیتی (مثلاً: سخت‌رویی)

۴ - ویژگی‌های موقعیتی (مثلاً: حمایت‌های اجتماعی)

لاکمن و سورنس (۱۹۸۷) معتقدند، چگونگی عملکرد عوامل تنش‌زا و در نتیجه ایجاد نشانگان تنیدگی در انسان به تعداد عوامل، ماهیت عوامل و مدت تماس با عوامل تنش‌زا بستگی دارد. معمولاً هیچ عامل تنش‌زایی به تنهایی قادر به ایجاد عدم تعادل در سیستم انسان نمی‌باشد، بلکه عوامل دیگری نیز در این امر سهیم هستند. از نظر ماهیت عوامل در اکثر موقعیت‌های تنش‌آور شدید، بیشترین انرژی برای سازگاری مورد نیاز است. در ضمن صرف نظر از ماهیت عوامل تنش‌زا، قدرت آن نیز به طور متفاوتی بر افراد تأثیر دارد و هرچه قدرت آن بیشتر باشد، واکنش و نشانگان تنیدگی بیشتری در فرد به وجود می‌آید و سلامت فرد را بیش از پیش به مخاطره می‌افکند، افرادی که در گذشته رویدادهای تنش‌زای متعددی را تجربه نموده‌اند، بیشتر مستعد افسردگی، اضطراب و عکس‌العمل‌های بیش از حد دستگاه‌های فیزیولوژیکی هستند (ساراسون ، ۱۹۸۸).

دانست و همکاران (۱۹۸۶) یافته‌های پژوهشگران در این زمینه را جمع‌بندی کرده می‌گویند: «حمایت‌های اجتماعی و منابع حمایتی درون خانواده تعدیل‌کننده‌های بسیار قوی عوامل تنش‌زا و نشانگان تنیدگی می‌باشند».

پژوهش‌های بسیاری در طول سال‌های گذشته نشان داده‌اند که رویدادهای تنش‌زا در ظهور بیماری‌های جسمی و ذهنی مؤثر هستند (کوباسا ، ۱۹۷۹؛ هولمز و راهه ، ۱۹۷۶). امروزه اکثر محققان نقش عوامل تنش‌زا را به عنوان عاملی در برانگیختگی فیزیولوژیک مکرر و طولانی که به بروز نشانگان تنیدگی و بیماری‌ها منجر

می‌شوند، تأیید می‌کنند (فریدمن، بوت - کلی، ۱۹۸۷). در دهه‌های اخیر در مجلات عمومی برای اندازه‌گیری عوامل تنش‌زا، پرسشنامه‌هایی منتشر می‌شود و به خوانندگانی که در این پرسشنامه‌ها نمره بالایی کسب می‌کنند، اخطار می‌شود که اگر مایلند بیمار نشوند، بهتر است که از رویارویی با موقعیت‌های تنش‌زا اجتناب کنند. اما از طرفی، تغییر شرایط زندگی به عنوان یک رویداد تنش‌زا، معمولاً به طور بالقوه با فرصت بیشتری برای داشتن یک زندگی بهتر همخوان است (کوباسا، ۱۹۷۹). فردی که در یک جامعه مدرن زندگی می‌کند، با اجتناب از بسیاری از «تغییرات زندگی» که تنش‌زا هستند، ممکن است فرصت داشتن یک زندگی بارورتری را از دست بدهد (کوباسا، ۱۹۷۹). بنابراین توصیه صرف به اجتناب از عوامل تنش‌زا در بسیاری از موقعیت‌ها، ممکن است به رکود زندگی فرد منجر شود. در عین حال، در مطالعاتی که رابطه بین عوامل تنش‌زا و نشانگان تنیدگی را بررسی کرده‌اند، دامنه همبستگی‌ها از ۰/۲ تا ۰/۷۸ است. اکثر این همبستگی‌ها از ۰/۳ کمتر است و در برخی مطالعات نیز بسیار پایین‌تر بوده است (کوباسا، ۱۹۷۹).

انواع علائم استرس: علائم استرس را می‌توان در دو گروه علائم فیزیکی و بدنی و علائم روانی تقسیم کرده و به طور جداگانه ای بررسی کرد:

الف) علائم بدنی و فیزیکی

علائم بدنی استرس بسیار زیاد بوده و در افراد مختلف به صورت گوناگون جلوه می‌کنند، اما بعضی از تجلیات علائم استرس بیشتر از بقیه بوده و تا حدودی جنبه عمومی دارد. به وسیله آزمایشات و تست‌هایی که امروزه انجام می‌دهند ما می‌توانیم استرس‌هائیکه با آن‌ها مواجه هستیم، به دقت میزان و درجه آن را در خود تعیین کنیم، در این زمینه مثالی می‌آوریم: فرض کنید که شما در حال رانندگی در یک اتوبان و بزگراه هستید، ناگهان با یک ماشین سواری دیگر که دچار انحراف از مسیر حرکت خود شده است، تصادف می‌کنید و به این علت دچار شکستگی استخوان‌ها می‌شوید. شما فوراً، به دلیل این‌که مورد تهدید واقع شده‌اید، واکنش نشان داده و مراحل GAS رخ می‌دهد. بدین ترتیب با شروع شدن مرحله هشدار، قلب شما تند می‌زند، تنفس کند می‌شود، مردمک چشم منبسط می‌شود و از طرف دیگر به دلیل آسیب دیدگی پاهایتان، شما یک سری واکنش‌های عاطفی نیز از خود نشان می‌دهید، فریاد می‌کشید و پس از این عصبانیت زودگذر، توجه شما به مسایل جانبی دیگر معطوف می‌شود، عضلات شما سفت می‌شود، احساس سردرد و کمردرد کرده و ممکن است در معده خود احساس سوزش و درد کنید، بعد از چند دقیقه، این علائم حاد مرحله هشدار، از بین می‌رود، ضربان قلب و تنفس به حالت عادی بر می‌گردد، حالات عاطفی معتدل و ملایم می‌شود، اما ممکن است بعضی

از این تغییرات فیزیولوژیکی مثل انقباض عضلانی، درد معده و حالت بهم خوردگی، از بین نرفته باشد و برای مدتی پایدار بماند. ما می‌توانیم از طریق نتایجی که از برخورد با یک استرسور در ما ایجاد می‌شود، علائم فیزیولوژیکی و حتی سطح استرس را اندازه‌گیری کنیم. مثلاً اگر تنش عضلانی، هم‌چنین سایر تغییرات فیزیولوژیکی رخ داده، یک اثر باقی مانده از استرس باشد، چگونگی تنش عضلانی بر ما، یک شاخص از سطح استرس می‌باشد.

ب) علائم روانی و رفتاری: تنها علائم بدنی و تغییرات انتقال یافته از استرس بیان‌کننده علائم استرس نیستند، بلکه رفتار و احساسات انسان هم می‌تواند به عنوان شاخص‌های قوی برای این باشند که آیا از استرس رنج می‌بریم یا نه؟

در مراحل مختلف سندرم GAS مثل مرحله مقاومت، مرحله هشدار، یک سری شاخص‌های رفتاری گوناگون رخ می‌دهد، البته بعضی از این رفتارهای آشکار و عمومی است و بعضی از این رفتارها غیرمؤثر می‌باشد مثل سیگار کشیدن، نوشیدن و پرخوری و ... است. از جمله رفتارهای مشترک و عمومی، افزایش فعالیت فرد است، بعضی از مردم، تحت شرایط استرس آور، تمایل به راه رفتن تند، تندحرف زدن، حتی تند نفس کشیدن دارند. علاوه بر شاخص‌های رفتاری، یک سری علائم روانی هم بروز می‌کند، مثلاً الگوهای نرمال روانی تغییر پیدا می‌کند، جریان ذهنی فرد از هم پاشیده می‌شود و سازماندهی و وحدت روانی فرد به هم می‌خورد، عاطفه و هیجان فرد تحت تأثیر استرس قرار گرفته و فرد یک حالت عاطفی چسبنده‌ای دارد. مثلاً برای مدتی ناراحت و افسرده و در نهایت به اختلال جریان فکر هم منجر می‌شود. عصبانیت ناگهانی فرد، سرخوشی، تغییرات سریع خلق، گرایش به افسردگی و یا پرکاری،... از سایر علائم روانی استرس می‌باشد. پاسخ‌های شناختی نیز تحت تأثیر استرس قرار می‌گیرد. البته این اثرپذیری خیلی دقیق و ظریف است، استرس می‌تواند به عنوان یک علتی برای اختلالات حافظه یا افکار تکراری و وسواسی در زمینه یک عقیده خاص، مطرح شود، اختلال جریان فکری نیز می‌تواند ایجاد شود، این علائم روانی و رفتاری و ذهنی هم می‌تواند مانند علائم فیزیکی، شاخصی را برای تجربه کردن استرس توسط فرد باشد. اگر شما خودتان یک سری از علائم روانی حاصل از استرس را در خود مشاهده کردید، این یک شاخص خوبی است برای اندازه‌گیری این موضوع، که چه مقدار از اثرات زیان بار استرس رنج می‌بردی، علائم روانی هم مانند علائم فیزیکی در صورت ادامه داشتن استرس به مرحله تخلیه نزدیک شده و قوی و شدید می‌شوند. اما علائم فیزیکی بدن را به سوی بیماری‌های شدید و جدی بدنی سوق می‌دهند و علائم روانی هم سبب پایین آمدن انرژی و خستگی و سستی روانی فرد می‌شوند که نهایتاً ممکن است به سایکوز هم منجر شوند.

استرس و عفونت

زنجیره‌ای از عوامل روانی - اجتماعی میزان مقاومت میزبان در برابر عفونت‌ها را نشان می‌دهد. در یک سری مطالعات‌های گسترده، راسموسن و همکاران (۱۹۶۳) روش‌های یادگیری اجتنابی را به عنوان یک الگوی استرس روانی - اجتماعی به کار گرفتند، آن‌ها نشان دادند که موش‌هایی که به طور مکرر در معرض یک شوک اجتنابی قرار می‌گیرند به صورت فزاینده‌ای مستعد ابتلاء به عفونت ویروس تب‌خال (راسموسن و دیگران، ۱۹۵۷) ویروس پولیومیلیت یا فلج اطفال (جانسون، ۱۹۶۵) عفونت ویروس کوکساکسی B (جانسون، ۱۹۶۳) و عفونت ویروس پولیوما (راسموسن، ۱۹۶۹) می‌باشند.

برخلاف تأثیرات استرس بر روی موش‌ها، استرس اجتنابی در میمون‌ها میزان مقاومت میزبان را در برابر ویروس پولیومیلیت افزایش می‌دهد (راسموسن، ۱۹۶۳) این تفاوت بین موش‌ها و میمون‌ها در مورد رابطه استرس و استعداد ابتلاء به عفونت ممکن است بستگی به تفاوت‌های نوعی یا تفاوت در نمونه‌های به کار گرفته شده، داشته باشد. عوامل اجتماعی نظیر نوع محل سکونت نیز در میزان مقاومت میزبان مؤثر است. آدر و همکاران (۱۹۶۹) طی یک سری از مطالعات در سال‌های دهه ۱۹۶۰ نشان دادند که استعداد ابتلاء به عفونت‌های ویروسی و انگلی بستگی به این موضوع دارد که حیوانات به صورت انفرادی سکونت دارند یا به صورت گروهی. نقش استرس در ایجاد امراض عفونی در انسان‌ها نیز توجه قابل ملاحظه‌ای را به خود جلب کرده است. مثلاً تأثیر استرس و سایر عوامل روانی - اجتماعی نظیر شخصیت و سازگاری، در ارتباط با عفونت‌های تب‌خال ویروسی و عفونت‌های باکتریایی مورد توجه قرار گرفته است (کوهن و ویلیامسون، ۱۹۹۱).

این مطالعات اهمیت پیچیده بودن و درهم آمیختگی‌های بالقوه در مورد اثرات استرس و عفونت در انسان را نشان می‌دهد.

جنبه‌های روان‌شناختی سیستم ایمنی بدن

سیستم ایمنی نسبت به عوامل روان‌شناختی بسیار حساس است. شواهد فراوانی وجود دارد که عوامل روان‌شناختی، به ویژه نگرش فرد نسبت به خود و دیدگاهش نسبت به زندگی، می‌تواند تکثیر سلول‌های بدخیم و رشد سرطان را کاهش داده یا سرعت بخشد (گلدبرگ، ۱۹۸۱). تجارب فشارآور، حالات عمیق تنش و

اضطراب، ناکامی‌های شدید، افسردگی مزمن، بی‌خوابی‌های مداوم، سوگ و داغ‌دیدگی و سایر حالات عاطفی منفی می‌تواند سبب کاهش موقت و دائم پاسخ‌دهی سیستم ایمنی شود و موجود زنده را به ورطه بیماری بکشاند (لیپووسکی، ۱۹۸۵).

دستگاه عصبی مرکزی تأثیر فراوانی روی کنش‌های سیستم ایمنی دارد:

شواهد آزمایشگاهی قطعی و فزاینده‌ای وجود دارد مبنی بر این که مغز نقش مهمی در تعدیل و پاسخ‌دهی به تغییرات سیستم ایمنی ایفا می‌کند. به نظر می‌رسد هورمون‌های هیپوتالاموس و هیپوفیز در این رابطه نقش میانجی‌گری دارند. عوامل بسیاری می‌تواند پاسخ‌های ایمنی بدن را تغییر دهد: ساعت وقوع آن در روز، سن فرد، بارداری و بالطبع فشار روانی. می‌دانیم که دوزهای بالای استروئیدهای تزریقی تأثیر تضعیف‌کننده‌ای روی پاسخ سیستم ایمنی هورمونی و سلولی دارد، هرگونه فرآیند فشارزایی که فیزیولوژی طبیعی هورمون‌ها را برهم زند، به طور طبیعی بر کارکرد سیستم ایمنی تأثیر می‌گذارد (زگانس، ۱۹۸۲).

ایمنی‌شناسی روانی شاخه‌ای از علم ایمنی‌شناسی است که روابط بین دستگاه‌های عصبی غدد درون‌ریز و فرآیندهای روان‌شناختی و همین‌طور تأثیر آن‌ها بر کنش‌های سیستم ایمنی را بررسی می‌کند. نقص یا بدکاری سیستم ایمنی می‌تواند اختلالات جسمی یا روان - تنی گوناگونی ایجاد نماید. در چند پژوهش روی حیوانات که از فشارزها استفاده شده است، این فشارزها باعث کاهش پاسخدهی سیستم ایمنی شده‌اند. در موارد بسیاری کورتیکو استروئیدها و سایر هورمون‌هایی که به فشار روانی پاسخ می‌دهند، بر اجزای پاسخ‌های ایمنی تأثیر گذاشته‌اند.

لیپووسکی (۱۹۸۵) معتقد است که دانش فعلی ما از مکانیسم‌های ایمنی به ما اجازه می‌دهد فرض کنیم که برداشت سمبلیک انسان از حوادث و پیامدهای هیجانی آن‌ها ممکن است باعث تغییر، یعنی ارتقاء یا بازسازی دفاع‌های ایمنی بدن شود که گمان می‌رود در وراثت نئوپلاسم نقش داشته باشد. به علاوه مراقبت‌های ناکافی از لیمفوسیت‌های دفاع ایمنی بدن، گسترش دامنه علائم روان - تنی را وسعت می‌بخشد.

ماسن (۱۹۷۵) گزارش نمود که ممکن است تجربه فشارزا باعث تغییراتی در غدد درون‌ریز شود. این تغییرات به نوبه خود بر کنش‌های سیستم ایمنی تأثیر گذاشته و آسیب‌پذیری موجود زنده را در مقابل بیماری‌ها افزایش می‌دهد. رویدادهای فشارزا می‌توانند بر کار آمین‌های زیستی - ژنتیکی عصبی مرکزی تأثیر بگذارد و باعث کاهش مقاومت موجود زنده شود و در نتیجه به اختلالات روان - تنی منجر شود. دوریان (۱۹۸۲) فراوانی لیمفوسیت‌ها و یادشدن پاسخ آن‌ها در پی تغییر عوامل فشار را گزارش می‌کنند. به عقیده برموت و لاک

(۱۹۸۴) تجارب فشارزا می‌تواند باعث کاسته‌شدن واکنش‌های سیستم ایمنی نسبت به بیماری‌های عفونی شود. کاملاً مشهود است که فشار روان‌شناختی توان دفاعی موجود زنده را کاهش داده و آمادگی ابتلاء به بیماری را افزایش می‌دهد. برای مثال، اسهال و آسیب‌های معدی به احساسات مشخص شکست و درماندگی مربوط است (میلر، ۱۹۸۳). یکی از اثرات دلسرد کننده و غیرقابل پیش‌بینی و غیرقابل کنترل فشارزها افسردگی است. حتی افسردگی مختصر می‌تواند موجب روی آوردن به رفتار غیرمنطقی و ناسالم شود. افسردگی شدید ممکن است به نادیده انگاشتن فاجعه‌آمیز سلامت و در مواردی به خودکشی منجر گردد:

«بیمارانی وجود دارند که هنگام شنیدن خبر سرطان غیرقابل علاج، روی از دنیا برگردانده و طی چند روز بدون هیچ علت جسمانی قابل تشخیص می‌میرند» (میلر، ۱۹۸۳).

ظاهراً سیستم ایمنی آن‌ها از عمل باز می‌ماند. این که چگونه فشار روانی بر سیستم ایمنی تأثیر می‌گذارد همیشه مشخص نیست. واقعیت این است که کورتیکواستروئیدهای آزاد شده می‌تواند تحت فشار روانی باعث تضعیف واکنش‌های ایمنی گردد. آن‌ها در عملکرد سلول‌های سفید خون دخالت کرده، شکل‌گیری گاماگلوبین را متوقف می‌کند، باعث درهم ریختگی بافت‌های لنفی می‌شوند و مقدار ائوزینوفیل را کاهش می‌دهند (لوی، ۱۹۸۲). ماکروفاژها و سلول‌های کمک دهنده T و مهاجم T در واکنش‌های سلولی سیستم ایمنی دخالت دارند و گیرنده هورمون‌ها و پپتیدهای کنترل شده مغز هستند. بنابراین به نظر می‌رسد فشار روانی نه تنها باعث آزادسازی کورتیکواستروئیدها می‌شود بلکه کاتاکولامین‌هایی را هم که ترشح و کاهش سریع دارند فعال کرده و بر کنش‌های سیستم ایمنی تأثیر می‌گذارد. (آدر، ۱۹۸۱).

«کلارک» و «اوآس» (۱۹۹۵) در تحقیق خود، به یک مطالعه مقطعی در مورد شناخت خصوصیات شخصیتی، اجتماعی و خودمختاری پرداختند که تعامل خاصی با وقایع کوچک زندگی و تجارب بزرگ زندگی در حیطه بین فردی داشته است، آن‌ها در این تحقیق چنین نتیجه گرفتند که استقلال، تعامل معناداری با هیچ یک از مقیاس‌های وقایع زندگی نداشته است و وقایع جدی‌تر زندگی، نسبت به عوامل تنیدگی‌زای روزمره یا فشارهایی که ممکن است، بیشتر آشکار شوند، با ملال و کج خلقی، تعامل دارند.

ساندلر و همکاران (۱۹۹۴) در یک مطالعه طولی به بررسی عوامل فشارزا، راه‌های مقابله و نشانگان روان‌شناختی در کودکانی که والدین آن‌ها از یکدیگر طلاق گرفته بودند پرداختند، آن‌ها بدین منظور تعداد ۲۵۸ کودک ۱۰ ساله را انتخاب کرده و انواع راه‌های مقابله‌ای را که آن‌ها در برخورد با مشکلات به کار می‌گرفتند و اثرات

عوامل فشارزا را بر روی آن‌ها و ایجاد نشانه‌های روان‌شناختی در آنان را مورد بررسی قرار دادند، نتایج نشانگر این بود که: این کودکان از یک الگوی ۴ بعدی در مقابله‌هایشان استفاده می‌کنند که شامل، مقابلهٔ فعال که خود از مقابلهٔ مسأله مدار و هیجان مدار تشکیل شده است، و مقابلهٔ غیرفعال که از عدم مقابله و مقابله از طریق حواس‌پرتی تشکیل می‌گردد، می‌شود. قابل ذکر است که عدم مقابله شامل راهبردهایی چون تفکر امیدوارانه، واپس‌رانی، خیالبافی و ... می‌گردد در حالیکه مقابله از طریق حواس‌پرتی شامل تلاش برای انجام کارهای دیگری که فرد را از فکر کردن دربارهٔ مشکل دور نگاه می‌دارد می‌گردد. هم‌چنین دیده شد که مقابلهٔ اجتنابی یا عدم مقابله با افسردگی، اضطراب و رفتارهای مشکل‌آفرین، ارتباط معنی‌داری داشته و بین حوادث فشارزا و ناراحت‌کننده و افسردگی، اضطراب و رفتارهای مشکل‌آفرین یک رابطهٔ مثبت دیده شد.

فرایدمن (۱۹۹۱) در پژوهشی جهت مطالعهٔ انواع نگرانی‌های نوجوانان اسرائیلی و منابع مشورتی برای آنان تعداد ۱۶۴۵ دانش‌آموز دبیرستانی کلاس نهم تا یازدهم را با استفاده از یک پرسشنامه که در آن از آن‌ها خواسته شده بود تا سه تا از مهم‌ترین مشکلاتشان را بنویسند، مورد بررسی قرار داد. نتایج نشان دادند که نگرانی‌ها و مشکلات جوانان اسرائیلی شامل ۶ مقوله به شرح زیر می‌باشند:

۱ - مطالعه و تحصیل و انتخاب شغل، برنامه‌ریزی برای آینده ۲ - مسایل مرتبط با «من» اجتماعی: روابط بین فردی و اجتماعی ۳ - مسایل مربوط به «من» شخصی: ارتباط با والدین و خانواده، ظاهر، و وضع ظاهری ۴ - مسایل مرتبط با خدمت سربازی و ورود به سرویس ارتش ملی ۵ - مسایل مرتبط با سیاست، مشکلات عمومی و شخصی ۶ - مسایل مربوط به سلامتی و استفاده از دارو: استفاده از سیگار، مواد مخدر و ...

هم‌چنین یافته‌های این پژوهش نشانگر آن بود که نوجوانان کوچک‌تر بیشتر نگران مطالعه و تحصیل و انتخاب شغل و مسایل مربوط به روابط بین فردی بودند در حالیکه نوجوانان بزرگ‌تر بیشتر نگران خدمت سربازی و وضع ظاهریشان بودند. از طرفی این نوجوانان اسرائیلی سه منبع مهم و بزرگ برای راهنمایی و مشورت را داشتند، دوستان، والدین و خواهر و برادرها، برای کلاس نهمی‌ها مشورت با والدین و دوستان در اولویت قرار داشت در حالی که کلاس یازدهمی‌ها مشورت با دوستان در اولویت قرار داشت.

آینسلی و همکاران (۱۹۹۶) در پژوهشی به بررسی واسطه‌گرهای، استرس در نوجوانان در محیط‌های آمادگی برای دانشگاه (مراکز پیش‌دانشگاهی) پرداختند، آن‌ها ۴ متغیر را که فرض کرده بودند، استرس و تنش روانی نوجوانان را در برخورد با مشکلات تحصیلی و اجتماعی کاهش می‌دهند را مورد آزمایش قرار دادند (این چهار متغیر عبارت بودند از: احساس کنترل، حمایت اجتماعی ادراک شده، میزان انگیزش پیشرفت و رضایت از

تجارب زندگی)، آن‌ها بدین منظور ۶۱ نفر دانش‌آموز دبیرستانی را انتخاب نمودند و برای آن‌ها پرسشنامه سطح استرس و پرسشنامه‌های کنترل، حمایت اجتماعی و رضایتمندی را اجرا نمودند (CASSQ).

نتایج نشان دادند که:

- ۱ - دانش‌آموزان دارای سطوح بالای فشار روانی، احساس کنترل کمتری بر زندگی خود دارند، حمایت کمتری را دریافت می‌کنند، انگیزش پیشرفت بیشتری را دارا هستند و دارای تجارب رضایتمندانه کمتری هستند.
- ۲ - هم‌چنین دانش‌آموزانی که حمایت اجتماعی بیشتری را دریافت کرده بودند، دارای احساس کنترل بیشتر بر روی زندگی‌شان بودند و استرس کمتری را تجربه می‌کردند.
- ۳ - دانش‌آموزان دارای انگیزش پیشرفت بالا، دارای استرس بیشتری بودند، که این به دلیل تمایل آن‌ها جهت به دست آوردن نمرات بالاتر در دروس بود.

اسکات و همکاران (۱۹۹۹)، در پژوهشی که بر روی ۷۷ نوجوان متعلق به خانواده‌های کشاورز و روستایی انجام دادند، وقایع فشارزای خانوادگی، راه‌های مقابله و سازگاری این جوانان را بررسی و مطالعه کردند و به نتایج زیر دست یافتند: ۱ - یافته‌ها نشان دادند که جوانانی که خانواده‌هایشان میزان تغییر و تحولات بیشتری را تجربه می‌کردند، استرس‌های شخصی بیشتری را گزارش کردند. ۲ - دو راهبرد مقابله‌ای، حمایت روحانی و حمایت اجتماعی، دارای ارتباط مثبت و معنی‌دار، با سازگاری نوجوانان بود، بدین معنا که جوانانی که خانواده‌های آن‌ها از سطوح بالاتری از حمایت‌های معنوی، روحانی و اجتماعی استفاده می‌کردند دارای سازگاری بیشتری بودند و استرس کمتری را تجربه می‌کردند، و به میزان بیشتری از زندگی خانوادگی‌شان رضایت داشتند. ۳ - زنان بیشتر از مردان، استرس‌های خانوادگی را گزارش کرده بودند.

لارسن و آسموسن (۱۹۹۱) ضمن بررسی جنبه‌های مختلف زندگی نوجوانان به این نتیجه رسیدند که بیشترین زمینه‌ای که در آنان تنیدگی ایجاد می‌کند به «خود» آنان یعنی ویژگی‌ها، توانایی‌ها، تمایلات، حالات هیجانی، فعالیت‌ها و عملکردهایشان برمی‌گردد. فعالیت‌های تحصیلی و ارتباط با مسئولان در مدرسه، چگونگی گذراندن اوقات فراغت و نحوه ارتباط با اعضای خانواده نیز از جمله زمینه‌هایی است که می‌تواند عامل تنیدگی نوجوانان باشند.

بلدر و فالن (۱۹۹۵) تعداد ۴۲۱ دختر و ۵۹۲ پسر را مورد ارزیابی قرار دادند، آن‌ها بدین منظور پرسشنامه رویدادهای زندگی که شامل رویدادهای خانوادگی، تحصیلی، ارتباط با دیگران و سلامتی بود را به کار گرفته و پس از تحلیل نشان دادند که، بیشترین درصد نوجوانان یعنی ۲۵٪ از آن‌ها از رویدادهای خانوادگی رنج می‌برند و پس از آن مسایل مرتبط با برقراری ارتباط با دیگران، بیماری و مسایل تحصیلی قرار داشت.

لویسون و همکاران (۱۹۹۴)، ارتباط بین رویدادهای تنیدگی‌زا و اقدام به خودکشی را در تعداد ۱۵۰۸ نوجوان ۱۴ تا ۱۸ ساله بررسی کردند، این افراد بر اساس نمونه برداری تصادفی از مدارس انتخاب شدند، نشانه‌های مرضی آن‌ها با توجه به ملاک‌های سومین مجموعه بازنگری شده تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی بررسی شد، به علاوه مقیاس درجه‌بندی شده افسردگی هامیلتون، مقیاس رویدادهای عمده زندگی، روش‌های رویارویی و پرسشنامه سبک اسنادی نیز اجرا شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که قوی‌ترین عامل پیش‌بینی کننده خودکشی، داشتن سابقه اقدام به خودکشی است. پس از آن عواملی همچون داشتن افکار خودکشی، افسردگی، اقدام به خودکشی یکی از دوستان و حرمت خود پایین، تأثیر داشتند. هم‌چنین دیده شد که جوانان رویدادهای منفی را به عوامل پایدار، درونی و کلی نسبت می‌دهند.

بلانکشتین و همکاران (۱۹۹۱) در تحقیق خود به بررسی «عوامل تنیدگی‌زای روزمره» در دانشجویان زن و مرد که هنوز فارغ‌التحصیل نشده بودند، پرداختند. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که تفاوت جنس در این مورد وجود ندارد، هرچند که زنان به خاطر بدبینی و ضعف پایداری سازش روان شناختی، عوامل تنیدگی‌زای روزمره بیشتری را تجربه می‌کردند.

گولین و همکاران (۱۹۸۱) با استفاده از پرسشنامه سبک اسناد و مقیاس افسردگی بک تعدادی از دانش‌آموزان را مورد ارزیابی قرار دادند، پس از تحلیل داده‌ها مشخص شد در ارتباط با رویدادهای نامطلوب و فشارزا، بین نمره مقیاس افسردگی بک با اسنادهای درونی، پایدار و کلی همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد (نقل از کوهن و گاتلیب، ۱۹۸۳).

بیسلینگر و موس (۱۹۸۱)، به نقل از بروین و کویکن، (۱۹۹۴) نشان دادند که در افراد افسرده، شیوه‌های مقابله اجتنابی با سطوح بالای نشانه‌ی افسردگی و مقابله متمرکز بر مسئله با سطوح پایین افسردگی در ارتباط است.

خلاصه نتایج برخی از پژوهش‌های انجام شده در خارج از کشور،

تحقیقات انجام شده (لهمن، الارد و رشن ، ۱۹۸۰) تأثیرات مثبت حمایت اجتماعی در مقابله با فشارهای روانی را بیان داشته‌اند، بر طبق پژوهش‌های انجام شده وجود دوستان در مقابله با بحران‌های گوناگون زندگی بزرگسالان از قبیل از دست دادن همسر (هرن ، ۱۹۹۸) و یا زندگی در محلی که یک حادثه طبیعی در آنجا اتفاق افتاده (فلمینگ و دیگران، ۱۹۸۲) می‌تواند مفید و مؤثر باشد.

بیلینگر، موس و کرانکیت (۱۹۸۳)، شیوه‌های مقابله‌ای ۴۰۹ مرد و زنی که برای درمان افسردگی یک قطبی در بخش روان‌پزشکی بستری بودند و ۴۰۹ فرد غیر افسرده را مقایسه کردند و نتیجه گرفتند که افراد افسرده در مقایسه با غیر افسرده‌ها، بیشتر از مقابله متمرکز بر هیجان و کمتر از پاسخ‌های مقابله‌ای متمرکز بر حل مسأله استفاده می‌کنند.

گراسی و رستی (۱۹۹۶) به مطالعه نشانه‌های مرضی و سازش یافتگی با بیماری در بین ۵۲ نفر بیمار مبتلا به سرطان پرداختند، نتایج تحقیق حاکی از ارتباط بین شیوه‌های هیجانی تنیدگی، ضعف مکانیزم‌های مقابله، پایین بودن حمایت اجتماعی، بیرونی بودن مسند مهارگری، گزارش نشانه‌های روان‌شناختی و سازش نایافتگی با سرطان بود.

دوون و همکارانش (۱۹۹۵) نیز در تحقیق خود که به بررسی اثرات تنیدگی، نقش جنس در ادراک تنیدگی، مقابله، چگونگی ادراکات مؤثر بر راهبرد مقابله‌ای و احساس کمال روان‌شناختی پرداختند. در این پژوهش آزمودنی‌ها شامل تعدادی زن و مرد روماتیسمی بودند که با مقیاس اندازه‌گیری ورم مفاصل، مقیاس مقابله با تنیدگی، پرسشنامه بهداشت روانی و پرسشنامه هیجانی تنیدگی، مورد بررسی قرار گرفتند. نتیجه چنین شد که هرچند زنان روش‌های مقابله‌ای حمایتی را بیشتر از مردان به کار می‌برند، لیکن جنس، عامل مهمی در تعیین احساس کمال روان‌شناختی، محسوب نشد.

هاستینگز و همکارانش (۱۹۹۶) در تحقیق خود به بررسی نقش تفاوت‌های جنس در تنیدگی و مهارت‌های مقابله‌ای پرداختند. آزمودنی‌های تحقیق را، مردان و زنان مبتلا به «اختلال سلوک» و «سالم» تشکیل می‌دادند، نتایج تحقیق حاکی از آن بود که تفاوت‌های جنس در مورد تنیدگی‌ها و مهارت‌های مقابله‌ای وجود ندارد.

بانیارد و همکاران (۱۹۹۳) در تحقیق خود به بررسی نظریه‌های روان‌شناختی مقابله با تنیدگی، کار نظریه‌های برابری طلبی زنان و طرح فرمول‌بندی مجدد نظریه مقابله، پرداختند و به این نتیجه رسیدند که زنان در مقایسه با مردان، کمتر توانایی مقابله با تنیدگی را دارند اگرچه، تفاوت معنی‌داری وجود نداشت.

گاش و کاتلین (۱۹۹۸) در پژوهش خود به بررسی دیدگاه لازاروس و فلکمن پرداختند که آنها در سال ۱۹۸۴، چهارچوب مقابله با تنیدگی را مطرح کرده بودند و درخصوص مقابله و اختلال در سلامتی در زنان و مردان بیوه به تحقیق پرداختند. نتیجه این بود که، بین آزمودنی‌ها در بدکاری و اختلال سلامتی و ارزشیابی، تفاوتی وجود ندارد، گرچه بین شیوه مقابله با اختلال سلامتی در مردان و زنان تفاوت وجود نداشت.

کارلسون و پریور (۱۹۹۹) در مطالعه‌ای تحت عنوان نقش حمایت اجتماعی در روابط فشارزا، به بررسی نقش حمایت اجتماعی در کشمکش‌های خانوادگی پرداختند، آن‌ها به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی می‌تواند به عنوان پیشایندهی در روابط فشارزا به خصوص در فشارهای ناشی از کشمکش‌های خانوادگی در نظر گرفته شود، از این بعد شبکه حمایت‌های اجتماعی خانوادگی می‌تواند میزان فشارآور بودن پیشامدهای فشارزا را کاهش دهد.

وینستد (۱۹۹۲) نیز رابطه دوستی و تعاملات اجتماعی و مقابله با فشارهای روانی را به صورت یک پژوهش آزمایشی مورد بررسی قرار داد. در مطالعه او ۹۰ پسر و ۹۸ دختر دانشجو شرکت داشتند. آزمودنی‌ها به صورت تصادفی با یک دوست و با یک غریبه به مدت ۱۵ دقیقه قبل از اجرای آزمایش در اتاق انتظار قرار گرفتند. آزمایش مورد نظر عبارت بود از اجرای ۴ دقیقه سخنرانی فی‌البداهه که آزمودنی‌ها قبلاً از موضوع سخنرانی اطلاع نداشته و فقط می‌دانستند که قرار است سخنرانی کنند. بنابراین نمی‌توانستند یادداشتی نیز همراه داشته باشند. سخنرانی‌ها ضبط می‌گردید و روز بعد به آن‌ها ارائه می‌شد، اطلاعات لازم در مورد نوع آزمایش قبلاً به آزمودنی‌ها داده شد و سپس آنان قبل از اجرای آزمون، به مدت ۱۵ دقیقه با یک دوست و یا یک غریبه در انتظار قرار گرفتند. یافته‌های پژوهش نشان داد که آزمودنی‌هایی که حمایت بیشتری را در یک موقعیت استرس‌زا از طریق تعامل با یک دوست دریافت کردند، افسردگی کمتری را تجربه کرده و در طی آزمایش نیز با اطمینان بیشتری عمل نمودند.

گریفیت و دابو (۱۹۹۳)، در پژوهشی با هدف بررسی راههای مقابله جوانان در برخورد با عوامل فشارزای موجود در خانواده، مدرسه و همسالان، تعداد ۳۷۵ جوان را از مدارس راهنمایی و دبیرستانی را انتخاب نموده و آن‌ها را به سه گروه سنی تقسیم کردند و سپس پرسشنامه راههای مقابله را به آن‌ها داده تا پُر کنند، نتایج نشان

داد که: ۱ - جوانان بیشتر در مواجهه با مشکلات و عوامل فشارزای خانوادگی از پاسخ مقابله‌ای اجتنابی استفاده می‌کنند و در مواجهه با عوامل فشارزای مربوط به همسالان بیشتر از مقابله‌ی رویکردی استفاده می‌کنند. ۲ - دختران نسبت به پسران، بیشتر از هر دو نوع مقابله‌ی رویکردی و مقابله‌ی اجتنابی استفاده می‌کنند. ۳ - علی‌رغم نوع عامل فشارزا، راهبردهای مقابله‌ای رویکردی، بیشتر پیامدها و نتایج مطلوب و مورد علاقه را پیش‌بینی می‌کند، در حالی که راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی بیشتر نتایج و پیامدهای ناخواسته را پیش‌بینی می‌کند.

پتاسک و همکاران (۱۹۹۲) رویدادهای زندگی و چگونگی رویارویی با آن را در ۱۸۶ دانشجویان مطالعه کردند، نتایج نشان دادند که دانشجویان پسر بیشتر از رویارویی متمرکز بر مسئله و دانشجویان دختر از رویارویی متمرکز بر هیجان استفاده می‌کنند. در زمینه‌ی تنیدگی هم مشخص شد تنیدگی خانوادگی و بیماری در دختران بیشتر از پسران بود، در صورتی که در پسران تنیدگی اقتصادی بیشتر از دختران گزارش شد.

ماسنت و تریبر (۲۰۰۰)، در پژوهشی با هدف بررسی رابطه‌ی بین سبک‌های مقابله‌ای توأم با خشم (بیانات خشم‌آمیز) و رفتارهای سبک زندگی (مانند فعالیت‌های فیزیکی، مصرف الکل، سیگار و کافئین)، تعداد ۴۱۱ نوجوان ۱۳ تا ۲۰ ساله (۱۹۸ پسر و ۲۱۳ دختر) را مورد مطالعه قرار دادند. آن‌ها در این پژوهش از مقیاس بیانات خشم آلود و پرسشنامه خلاصه شده خودگزارشی استفاده کردند، و به نتایج زیر دست یافتند:

تحلیل همبستگی و مربع فی نشان داد که نوجوانان دارای سبک‌های مقابله‌ای فرونشانی خشم (عدم بیانات خشم‌آلود) نسبت به همسالانشان مصرف الکل بیشتری دارند و ساعات کمتری را در هفته صرف فعالیت‌های ورزشی و فیزیکی می‌نمایند. و نوجوانان دارای سبک‌های مقابله‌ای خشم‌آلود (بیانات خشم‌آلود) مصرف بیشتر کافئین و قهوه را گزارش کردند، به طور کلی نتایج نشانگر این بود که فرونشانی خشم و عصبانیت به طور شدید و یا بیان گفته‌های خشم‌آلود و برون‌ریزی خشم با سبک‌های زندگی گستاخانه در ارتباط می‌باشد.

شوارتز و همکاران (۲۰۰۰) در پژوهشی به بررسی نقش سبک‌های اسنادی در عملکردهای روان‌شناختی نوجوانان پرداختند، آن‌ها در این پژوهش ۸۴۱ نوجوان را که یا دارای سبک‌های اسنادی سازگارانه یا ناسازگارانه بودند مورد بررسی قرار دادند، آن‌ها بدین منظور از یک پرسشنامه خودگزارشی دو قسمتی استفاده کردند و نشنگان افسردگی، تمایل به خودکشی، عملکردهای شناختی (عزت نفس، مهارت‌های مقابله) و عملکردهای بین شخصی (مهارت اجتماعی، کشمکش با والدین، حمایت اجتماعی دوستان و خانواده) را اندازه‌گیری کردند. نتایج نشان دادند که سبک‌های اسنادی با متغیرهای چندگانه مرتبط با افسردگی، در ارتباط بوده است، به علاوه، جوانان

در طول زندگیشان تغییرات معناداری را در سبک‌های اسنادیشان تجربه می‌کنند (از سازگاران به ناسازگاران و بر عکس) و نهایتاً اینکه تغییر در سبک‌های اسنادی مرتبط با تغییر در نشانه‌های روان‌شناختی و دیگر متغیرهای روان‌شناختی است.

ماسکوئیز و همکاران (۲۰۰۰)، ۸۶ آزمودنی نوجوان را که دارای یک عمل جراحی در طی ۱۲ ماه گذشته زندگیشان بودند مورد بررسی قرار دادند، نتایج نشان دادند که کیفیت پایین گروه‌های زندگی با استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه مرتبط می‌باشد، تحلیل رگرسیون نشان داد که نشانگان مرتبط با اختلال التهاب روده در حال حاضر، حمایت اجتماعی دریافت شده در حال فرو رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه در زمان جراحی، هرکدام سهم مستقل و بالایی در کیفیت زندگی پس از جراحی را دارا هستند. به طور کلی می‌توان گفت که سه رفتار مقابله‌ای که به نظر ناسازگارانه می‌رسند (کنترل خود، سرزنش خود و گریز) با کیفیت پایین زندگی پس از عمل جراحی روده مرتبط هستند.

شیمای و همکاران (۲۰۰۰) در پژوهشی با هدف مطالعه مشکلات جاری رفتار غذایی نوجوانان و ارتباط آن با مقابله با استرس، تعدادات ۱۴۸۶ دانش‌آموز دبیرستانی کلاس نهم و دهم رامورد بررسی قرار دادند، آن‌هابدین منظور از یک پرسشنامه خودتکمیلی که شامل آیتم‌هایی برای سنجش انتخاب نوع غذا، رفتار غذایی و مشکلات تغذیه‌ای بود استفاده کردند، نتایج نشانگر این بود که نمره مقابله‌های متمرکز بر مشکل به طور مثبتی با ترجیح دادن غذاهای سالم مرتبط بوده و نمره مقابله متمرکز بر هیجان به طور مثبتی با نمره‌های غذاخوردن توأم با هیجان و ترجیح غذاهای خارجی، مرتبط بود.

بونانو و همکاران (۲۰۰۰) در پژوهش خود، به بررسی پیامدهای فیزیولوژیکی و روان‌شناختی، خود فاش‌سازی کودکان در مورد ابتلاء خود به ایدز (HIV/ AIDS) نزد دوستانشان پرداختند، نتایج نشان دادند که کودکانی که ابتلاء خود به ایدز را به دوستانشان گفته بودند، کاهش زیادی در CD4 داشتند تا کودکانی که هنوز ابتلاء خود به ایدز را به دوستانشان بروز نداده بودند، کلاً پیامدها و نتایج مثبت سلامتی ناشی از خودفاش‌سازی در این مطالعه دیده شد.

ناگامین و ناکامارا (۲۰۰۰) در پژوهشی به بررسی تفاوت‌های فردی در پاسخ استرس فیزیولوژیکی و روان‌شناختی به یک واقعه فشارزای واحد پرداختند، آن‌ها بدین منظور ۶۴ دانشجوی دانشکده را در طول یک ترم مورد آزمایش قرار دادند نتایج نشان دادند که تفاوت‌های معناداری بین گروه دارای پاسخ استرس پایین و گروه دارای پاسخ استرس بالا موجود بود.

