

مقابله با استرس و درد

اثر: دکتر حسین آزاد
دانشیار دانشکده روانشناسی دانشگاه علامه طباطبایی

(از ص ۲۱۷ تا ۲۳۷)

چکیده:

پژوهشگران و کسانی که تأثیرات فشار روانی را بر سلامت بدنی بررسی کرده‌اند بر این باورند که شادمانی، شوخ طبعی خوش بینانه و خوش خلقی تأثیر منفی بر سلامت بدنی و طول عمر دارند. تحقیقات فریدمن و همکارانش نشان داده است که گرچه شادمانی و احساس خوش بینانه و خوش خلقی در کوتاه مدت ممکن است سودمند باشد، ولی در طولانی مدت می‌تواند طول زندگی افراد را کاهش دهد. یافته‌های این محققان حاکی از آن است که خوش بینی و خوش مشربی می‌تواند به عنوان یکی از مکانیزمهای مقابله‌ای نقش موثری در درمان و بهبود بسیاری از مشکلات مثل جراحی‌ها، جراحتهای، و بیماریها داشته باشد، اما موجب پیامدها و باورهای غیر واقعی شده، فعالیت‌های مخاطره‌آمیز مانند کشیدن سیگار و رانندگی به هنگام نوشیدن الکل را افزایش دهد. برعکس با وجدان بودن به صورت دوراندیشی، راستی، اعتمادپذیری و ناخودخواهی می‌تواند موجب افزایش طول عمر شود. عوامل دیگری مانند ازدواج، حمایت اجتماعی و احساس کنترل شخصی تأثیر عمده‌ای بر توانایی شخص در مقابله با فشار روانی و افزایش طول عمر دارند.

واژه‌های کلیدی: فشار روانی، سلامت بدنی، طول عمر، خوش مشربی
خوش بینانه، با وجدانی، احساس کنترل شخصی.

مقدمه :

آیا باورکردنی است؟

آیا باور می‌کنید که شادمانی شما را می‌کشد؟

می‌توانید باور کنید که مقابله با استرس از طریق شادمانی و خوش مشربی خوش بینانه، ممکن است طول زندگی شما را کاهش دهد؟ گرچه این موضوع تعجب‌آور به نظر می‌رسد، تحقیقاتی که توسط هوارد و فریدمن (Howard, Friedman) و همکارانش (فریدمن و دیگران، ۱۹۹۳، فریدمن، توکر (Tucker)، شوارتز (Schwartz)، مارتین (Martin)، و دیگران، ۱۹۹۵)؛ (فریدمن، توکر، شوارتز، تامپسون، کیزی (Tomlinson - Keasey)، و دیگران، ۱۹۹۵) صورت گرفته حاکی از آنند که شادمانی و خوش مشربی خوش بینانه در خلال کودکی رابطه منفی با طول زندگی دارند. گرچه مقابله با استرس از طریق استفاده از خوش مشربی و خوش بینی ممکن است در کوتاه مدت سودمند باشد، ولی تحقیقاتی آرشویی فریدمن، و همکارانش دلالت بر آن دارند که خوش بینی در طولانی مدت ممکن است زندگی افراد را کوتاه سازد.

بررسی تاریخی:

داده‌های فریدمن از مشهورترین بررسی طولانی مدت در تاریخ روانشناسی است که از مطالعه لویس ام ترمن (Lewis. M Terman) درباره کودکان سرآمد اقتباس شده است. کمی پس از آنکه ترمن نسخه ۱۹۱۶ آزمون هوش استنفورد - بینه را منتشر ساخت، تفکر و تفحص درباره نظریه ژنتیک خویش راجع به هوش را آغاز کرد. او در سالهای ۱۹۲۱ تا ۱۹۲۲، بیش از ۱۵۰۰ کودک ۸ تا ۱۲ ساله بسیار باهوش را در کالیفرنیا شناسایی کرد. تقریباً بهره هوشی تمامی این کودکان بالاتر از ۱۴۰، و متوسط بهره هوش آنان کمی بالاتر از ۱۵۰ بود.

ترمن به دقت، زندگی این نمونه تیزهوش را پی‌گیری کرد. داده‌هایی از قبیل اندازه بدنی، پایداری هیجانی، بینایی چشم، زمینه خانوادگی، رتبه بندیهای والدین

و معلمان و سایر اطلاعات جزئی تر درباره آنان را جمع آوری کرد (ترمن و اودن Oden, ۱۹۴۷). پس از مرگ ترمن در سال ۱۹۵۶ سایر محققان جمع آوری داده‌ها را جمع به این افراد را ادامه داده اطلاعاتی درباره فرزندان و نوه‌های آنان جمع آوری کردند. این مطالعه طولانی مدت خارق العاده که در ابتدا مطالعات ژنتیک نوابغ نامیده شد، هم اکنون مطالعه چرخه زندگی ترمن نام گرفته است.

فریدمن در ۱۹۹۰ و ۱۹۹۱ فرضیه‌ای دایره بر اینکه شخصیت کودکی با سلامت بدنی در طول فراختای زندگی مربوط است پیشنهاد کرد. او با دسترسی به داده‌های چرخه زندگی ترمن، شانس بی همتائی برای آزمون این فرضیه داشت. فریدمن و دیگران در ۱۹۹۳ متولدین بین ۱۹۰۴ تا ۱۹۱۵ را بررسی کردند تا کشف کنند که آیا یک عامل روانشناختی وجود دارد که بتواند پیش بینی کننده طول زندگی در ۷ دهه بعد باشد. در حدود نیمی از آزمودنیها در ۱۹۸۶ هنوز زنده بودند، و اطلاعات مربوط به زمان و علت مرگ اکثر کسانی که مرده بودند در دست بود. (آزمودنیهایی که قبل از ۱۹۳۰ مرده بودند از تجزیه و تحلیل‌های آماری خارج شدند). فریدمن و دیگران داده‌های کافی درباره کودکی این افراد سرآمد در دست داشتند تا بتوانند شش بعد پیش بینی کننده‌ای که آنان حدس می‌زدند با طول زندگی در ارتباط باشد، بنا نهند. این شش بعد عبارت بودند از (۱) جامعه پذیری، مثلاً اشتیاق برای شرکت در گروه‌های بزرگ، (۲) انگیزه عزت نفس بالا، از قبیل اعتماد به نفس و قدرت اراده، (۳) با وجدانی (Conscientiousness) مانند خردمندی و راستگویی، (۴) شادمانی، یا خوش مشربی خوش بینانه، (۵) پر انرژی بودن، یعنی داشتن نیروی بدنی زیاد، و (۶) ثبات و پایداری خلق و خو، یا ثبات هیجانی.

تنها دو بعد از این ابعاد پیش بینی کننده، با طول عمر ارتباط داشتند که عبارت بودند از با وجدانی که دارای رابطه مثبت بود، و شادمانی که با طول عمر رابطه منفی داشت.

این یافته که افرادی که از طریق شادمانی و خوش مشربی با استرس مقابله

می‌کنند، زودتر از کسانی که از این حیث در درجه پائینی قرار دارند می‌میرند، تا حدودی به نظر سایر محققان تعجب آور است. زیرا به نظر این محققان خوش بینی و خوش مشربی می‌تواند در سرعت بهبود یافتن از بیماری و جراحی کمک نماید. فریدمن و دیگران این فرضیه را ابراز داشتند که گرچه خوش بینی و خوش مشربی مکانیزمهای مقابله‌ای سازشی در بزرگسالان هستند که به افراد در بهبود جراحی، جراحتهای ضایعه‌گر، و بیماریها کمک می‌کنند، ولی خوش بینی ممکن است منجر به پیامدی شود که نیل وین استین (Neil Weinstein) در ۱۹۸۴ سوگیری خوش بینانه نامیده است، یعنی یک باور غیر واقعی که هر موضوعی بدون توجه به پیامد رفتار شخص می‌تواند صورت پذیرد. افراد دارای سوگیری خوش بینانه ممکن است که خطرات فعالیت‌های معین، از قبیل کشیدن سیگار یا رانندگی به هنگام نوشیدن الکل را کمتر ارزیابی کنند. به عبارت دیگر به اعمال مخاطره‌آمیز بدون توجه به پیامد آن مبادرت ورزند.

فریدمن و دیگران (۱۹۳۳) با وجدانی را به صورت دوراندیشی، راستی، اعتمادپذیری اجتماعی و ناخودخواهی تعریف کردند. وقتی آنان افرادی را که در نقطه بیست و پنج درصدی بالا و بیست و پنج درصدی پایین از نظر وجدانی قرار داشتند مقایسه کردند، تفاوت معنی داری یافتند. یعنی آزمودنیهای دارای وجدان بالا در معرض خطر نسبی ۷۷/۰ بودند، یعنی نسبت خطر مرگ آنان به هر شکل ۷۷ در برابر ۱۰۰ آزمودنی دارای وجدان پائین بود. یک چنین خطر نسبی دلالت بر آن دارد که عامل روانشناختی با وجدانی می‌تواند بر فشار خون سیستولیک، چربی خون و رژیم غذایی تأثیر داشته، پیش‌بینی‌کننده فراخنای زندگی باشد. این محققان فرض کردند که افراد با وجدان، بیشتر از خود مراقبت می‌کنند و در فعالیت‌های مخاطره‌آمیز کمتری درگیر می‌شوند. آنان چنین نتیجه گرفتند که "برای این افراد میل به رفتار کردن به طریق سالم" ممکن است مهمتر از "میل به زنده ماندن" باشد.

در ۱۹۹۵ فریدمن و همکارانش عوامل دیگری را در آزمودنیهای ترمن، از قبیل

جدائی والدین، و بی ثباتی زناشویی مورد بررسی قرار دادند. مانند جمعیت معمولی، علل منتهی به مرگ این افراد دارای هوش بالا نخست بیماری قلبی عروقی و پس از آن سرطان بود. گرچه افراد دارای وجدان بالا کمتر از افراد دارای وجدان پائین دچار مرگ و میر بودند، ولی دلایل خاص مرگ و میر در آنان یکسان بود. البته بی ثباتی ازدواج والدین رابطه معنی دار منفی با طول عمر داشت. خطر مرگ در کودکانی که والدین آنها از هم جدا شده بودند یک سوم، بیشتر از کسانی بود که والدین آنان تا سن ۲۱ سالگی آزمودنیها هنوز پیوند زناشویی شان برقرار بود. همچنین کسانی که ازدواجها و طلاقهای متعدد داشتند، میزان مرگ و میرشان بیشتر از کسانی بود که دارای زناشویی پایدار بودند.

با وجدانی چندین ویژگی مثبت را در بر می‌گیرد که عبارت است از: اعتمادپذیری، راستی، دوراندیشی، پیشرفت، و شایستگی. چون کسانی که دارای چنین ویژگیهایی بودند بیش از دیگران عمر کردند، فریدمن و همکاران در ۱۹۹۵ اظهار داشتند که "از نظر شتاب مردن، خبرهای خوب و دلگرم کننده ممکنست مهارهای خوب برای جلوگیری از مرگ باشند."

اما مهمترین عواملی که برای بررسی میزان مرگ و میر و طول زندگی مورد تحقیق قرار گرفته‌اند عبارتند از: حمایت اجتماعی و کنترل شخصی.

استرس و درد مزمن حالات متداولی برای انسانها هستند. متداول ولی نه بهنجار - تمایل بهنجار انسان به سوی سلامتی است، و هرگونه تمایل برای فرار از سلامتی موجب برانگیختگی "بیماری" می‌شود. افراد به راههای متفاوتی علیه رنج و بیماری می‌جنگند. یکی از این راهها از طریق دستگاه ایمنی است، یعنی محافظت طبیعی بدن از تهاجم موارد بیرونی. راه دیگر برای سازگاری با درد، استفاده از درمانهای پزشکی است، مانند استفاده از دارو و جراحی. راههای دیگر برای رهائی از استرس و درد مزمن عبارت است از خوردن داروهای سرگرم کننده، پرخوری، سوء مصرف الکل، کشیدن سیگار، یا ورزش کردن، ورزش کردن موجب افزایش سلامت فرد

می شود، ولی سایر اقدامها در نهایت به ناسلامتی فرد می انجامند، و حتی افراط در ورزش نیز می تواند منجر به ناسلامتی فرد شود.

راهبردهای روانشناختی که برای سازش با استرس، درد مزمن و طول زندگی مورد بررسی قرار گرفته عبارت است از توانائی شخص برای سازش با استرس و درد که تا حدودی بستگی به منابع شخصی، به ویژه حمایت اجتماعی و احساس کنترل شخصی، دارد.

حمایت اجتماعی:

مهمترین راهبرد روانشناختی برای سازش با استرس و درد مزمن حمایت اجتماعی است. بعضی از افراد بهتر از دیگران به استرس و درد مزمن واکنش نشان می دهند. آنان کسانی هستند که منابع شخصی بیشتری برای مقابله با آنها دارند. یکی از سودمندترین منابع شخصی به نظر می رسد که حمایت اجتماعی از جانب اعضای خانواده، دوستان، و فراهم کنندگان مراقبت های سلامتی باشد. بینیم که معنی حمایت اجتماعی چیست و به کدام دلایل احتمالی حمایت اجتماعی می تواند فرد را در برابر بیماری و مرگ محافظت کند.

مفهوم حمایت اجتماعی

حمایت اجتماعی چیست؟ گرچه حمایت اجتماعی در حد وسیع مورد تحقیق قرار گرفته، ولی تعریف منحصر به فردی از این مفهوم به دست داده نشده است.

(ساراسون Sarason، ساراسون، ۱۹۹۴، و بیل Veiel، و باومن Baumann، ۱۹۹۲)

متأسفانه محققان مختلف پرسشنامه های زیادی را برای اندازه گیری حمایت اجتماعی مورد استفاده قرار داده اند، که بیشتر آنها از نظر پایائی و اعتبار مورد سوال

بوده اند. (هیتزمن Heitzman، و کاپلان Kaplan، ۱۹۸۸، کاپلان، ۱۹۹۴)

حمایت اجتماعی مواردی از قبیل توجه عاطفی دریافت شده از جانب دیگران،

آگاهی و اطلاعات درباره سلامت، کمک مادی، کلمات و رفتارهای خودافزایی (Self enhancing) ادراک شده از سوی دیگران، و عوامل بسیار دیگری را در بر می‌گیرد. اگر عوامل حمایتی، فشار روانی را ضربه خور می‌سازد (موضوعی که به نظر می‌رسد هم متخصصان بهداشت روانی و هم مجریان خدمات عمومی آن را باور داشته باشند)، محققان باید عامل محافظتی یا عاملی از هزاران هزار مؤلفه حمایت اجتماعی را دریابند.

یک تعریف کلی از حمایت اجتماعی مربوط است به تنوع حمایت‌های مادی و هیجانی که فرد از دیگران دریافت می‌کند. مفاهیم مربوط به تماس‌های اجتماعی و شبکه اجتماعی که گاهی اوقات به جای یکدیگر بکار می‌روند، به تعداد و انواع افرادی که شخص با آنها در ارتباط است اطلاق می‌شود. قطب مخالف آن انزوای اجتماعی است که عبارت است از نبود روابط شخصی با معنای مخصوص. افراد دارای سطوح بالای حمایت معمولاً دارای شبکه اجتماعی وسیع، و تماس‌های اجتماعی زیاد هستند، در حالی که افراد دچار انزوای اجتماعی فاقد این هر دو هستند.

رابطه حمایت اجتماعی با سلامت بدنی و مرگ و میر

پژوهشگرانی مربوط به فشار روانی خیلی زیاد بر این امر توافق دارند که بین حمایت اجتماعی و سلامتی رابطه‌ای وجود دارد، یعنی کسانی که از حمایت اجتماعی بالایی برخوردارند معمولاً از کسانی که دارای چنین حمایتی نیستند سالم‌ترند. مطالعه آلامداکانتی Alameda County، که در ۱۹۷۹ توسط برکمن Berkman و سیم Syme صورت گرفته، و مطالعات کمیته بهداشت تکامسه Tecumseh Community Health که توسط هوس House، روبینز و متزner Metzner در ۱۹۸۲ انجام شده، نقش مثبت حمایت اجتماعی را در سلامتی و خطرات انزوای اجتماعی را در سلامتی آشکار ساخته‌اند.

مطالعه برکمن و سیم برای اولین بار رابطه‌ای قوی بین حمایت اجتماعی و طول عمر نشان داد. برکمن و سیم دریافتند که نبود حمایت اجتماعی مانند کشیدن سیگار و سبک زندگی بی‌تحرک، رابطه‌ای نیرومند با مرگ و میر دارد. تحقیقات نشان می‌دهد که در تمام گروه‌های سنی، زنان در مقایسه با مردان میزان مرگ و میر کمتری دارند. جالب توجه‌ترین که هم در زنان و هم در مردان میزان افزایش مرگ و میر با کاهش همبستگی‌های اجتماعی در ارتباط است. احتمال مرگ به طور معمول در کسانی که همبستگی‌های اجتماعی کمتری داشتند دو تا چهار برابر کسانی بود که همبستگی‌های اجتماعی بیشتری داشتند. این روند در زنان از ۳۰ تا ۴۰ سالگی و در مردان از ۵۰ تا ۵۹ سالگی بیشترین واقعیت را داشت.

ازدواج، جنس، نژاد و حمایت اجتماعی

هم مطالعه برکمن و سیم و هم مطالعه کمیته بهداشت تکامسه دریافتند که ازدواج در سلامتی مردان سودمند است. یعنی مردان متأهل بیش از مردان غیر متأهل از حمایت اجتماعی برخوردار بودند. و این حمایت اجتماعی به طول زندگی آنان کمک می‌کرد. سایر مطالعات نیز این یافته‌ها را تأیید کرده‌اند. مثلاً کاپلان و دیگران در ۱۹۸۸ بیش از ۱۳۰۰۰ مرد و زن را در فنلاند شرقی مورد مطالعه قرار دادند و دریافتند که در مردانی که ارتباط اجتماعی کمتری داشتند، در مقایسه با کسانی که روابط اجتماعی آنان زیاد بود، احتمال مردن ۱/۵ تا ۲ برابر است. اختصاصی‌ترین که خطر مرگ در مردان بیشتر در اثر بیماری‌های قلبی عروقی ناشی از نارسائی خونی عضلات قلب بود.

البته کاپلان و همکاران وی رابطه‌ای قوی یا پایدار بین نبود روابط اجتماعی و مرگ ناشی از آن در زنان نیافتند. این محققان با ارائه این یافته‌ها چنین نتیجه‌گیری کردند که "تا این تاریخ قوی‌ترین شواهد حاکی از آنند که، دست کم در مردان، کاهش روابط اجتماعی در ارتباط با مرگ و میر ناشی از بیماری قلبی عروقی است.

مرگ همسر نوعاً منجر به از دست دادن منبع مهمی از حمایت اجتماعی می‌شود، ولی مردان و زنان به طور یکسان تحت تأثیر واقع نمی‌شوند. هلسینگ (Helsing)، زکلو (Szklo)، و کامستاک (Comstoc) در ۱۹۸۱ دریافتند که میزان مرگ و میر در مردان بیوه بیش از مردان زن دار است، ولی خطر مرگ در زنان بیوه بیش از زنان شوهردار نیست. همچنین هلسینگ و دیگران دریافتند که مردان بیوه‌ای که دوباره ازدواج کرده‌اند عمرشان طولانی‌تر از مردانی است که ازدواج نکرده‌اند، در حالی که در زنان چنین نتیجه‌ای وجود ندارد. شوارتز (Schwarzer) و لپین (Leppin) در ۱۹۹۲ این احتمال را که از دست دادن همسر می‌تواند منجر به مرگ زودرس در بازماندگان شود مورد بررسی قرار دادند. آنان دریافتند که بازماندگان این افراد به هنگام داغداری در معرض خطر مرگ و میر فراینده‌ای هستند. البته مردان در شش ماه نخستین پس از مرگ همسر در معرض بیشترین خطر قرار دارند. شوارتز و لپین دو دلیل برای تفاوت‌های جنسی ارائه دادند، نخست اینکه زنان شبکه اجتماعی خود را نسبت به اعضای خانواده و دوستان بیش از مردان وسعت می‌بخشند و پس از مرگ همسر حمایت اجتماعی بیشتری دریافت می‌دارند. در حالی که مردان تمایل دارند که متکی به حمایت اجتماعی همسران خود باشند. ثانیاً زنان به هنگام مرگ همسر جوانتر هستند، و این جوانتر بودن آنان را در معرض خطر کمتری نسبت به مرگ قرار می‌دهد.

شوارتز و لپین اظهار داشته‌اند که به دلایل مختلف شش ماه اول داغداری ممکن است که برای مردان مخاطره‌آمیز باشد. یعنی فقدان شبکه اجتماعی وسیع منجر به تنهایی شدید و افسردگی در مردان می‌شود و اینگونه حالات روانشناختی ممکن است خطر خودکشی، ضعف، عادات خوردن و سوءاستفاده از الکل را افزایش دهد. همچنین تنهایی و افسردگی ممکن است موجب بازداری دستگاه ایمنی و مبارزه دستگاه قلبی عروقی شود.

گرچه مردان از ازدواج سود بیشتری می‌برند، ولی زنان از حمایت اجتماعی

بهره بیشتری می‌گیرند. در مطالعه آلامداکانتی (۱۹۷۹) خطر مرگ در زنان واقع در سنین ۳۰ تا ۴۹ که همبستگیهای اجتماعی کمی داشتند ۴/۶ بود، در حالی که این خطر در مردان واقع در همین سنین که از همبستگی اجتماعی کمی برخوردار بودند، تنها ۲/۵ بود. در سنین ۶۰ تا ۶۹ در زنان دارای همبستگیهای اجتماعی کم، خطر مرگ ۳، ولی در مردان واقع در این سنین تنها ۱/۸ بود. مقایسه نتایج مختلف (Meta analysis) که توسط شوارتزر ولپین ۱۹۸۹ صورت گرفت این یافته را مورد تأیید قرار داد و آشکار ساخت که رویهمرفته همبستگی بین حمایت اجتماعی و سلامت خوب در زنان در حدود ۰/۲۰ ولی در مردان تنها ۰/۰۸ است.

به چه دلیل زنان بیش از مردان از حمایت اجتماعی سود می‌برند؟ شاید بدین علت است که زنان شبکه اجتماعی وسیع تری دارند که شامل بسیاری از زنان دیگر است. آرگیل (Argyle) در ۱۹۹۲ اظهار داشت که سبکهای اجتماعی زنان و مردان متفاوت است. یعنی زنانی که در برگیرنده روابط اجتماعی نزدیک هستند، گرم و قابل اعتمادترند، علائم و رفتارهای پاداش‌انگیز مثبت‌تری نشان می‌دهند، و همکاری و معاضدت آنان بیش از مردان است. آرگیل اظهار می‌دارد که هم زنان و هم مردان ترجیح می‌دهند که زنان را به عنوان همراز خود داشته باشند ولی زنان به احتمال بیشتر از این ترجیح سود می‌برند. در نتیجه، زنان تمایل به داشتن دوستیهای صمیمانه تری از نظر هیجانی دارند، و این شبکه اجتماعی حمایتی ممکن است سهمی در سلامت روانی و بدنی بهتر در زنان داشته باشند.

ازدواج در افراد سالخورده تر ممکن است به عنوان داشتن یک همراز مهم نباشد. برای بررسی این موضوع لیزا برکمن (Lisa Berkman) و همکارانش (آکسمن Oxman، برکمن، کاسل Kasl، فری من Freeman، وبارت Barrett، ۱۹۹۲) در حدود ۲۰۰۰ مرد وزن سالخورده را در یک مجتمع بررسی کردند. آنان دریافتند که هر قدر این افراد حمایت اجتماعی بیشتری تجربه کنند، میزان افسردگی آنان کمتر است.

همچنین این محققان دریافتند که حمایت هیجانی ادراک شده بیش از حمایت

ملموس، از قبیل دیدار یک دوست، موجب محافظت فرد در برابر افسردگی می شود. اما موضوع مهم تر در این بحث، این یافته آنهاست که افراد سالخورده تری که هیچگاه یک همراز نداشته اند، بیش از کسانی که اصلاً ازدواج نکرده اند دچار افسردگی می شدند. علاوه بر آن، آنان دریافتند که کسانی که همرازهای بلند مدت داشتند بیش از کسانی که به تازگی دارای همراز شده بودند در برابر خطر محافظت می شدند.

آیا زمینه نژادی در حمایت اجتماعی نقشی بازی می کند؟ برکمن با ملاحظه بررسیهای قبلی درباره حمایت اجتماعی نتیجه گرفت که حمایت اجتماعی به طور آشکار به مردان سفید پوست در مقابله با فشارهای روانی که ممکن بود با مرگ و میر در رابطه باشند، به ویژه مرگ به دلیل بیماری قلبی کمک می کند. البته داده های این بررسی در مورد افراد غیر سفید پوست تاثیر بسیار ضعیف تری را نشان دادند. یکی از این مطالعات که توسط برکمن مورد تجدید نظر قرار گرفت مطالعه آمداکانتی بود که مجدداً توسط شوئن باخ Schoenbach، کاپلان، فریدمن، و کلین بام Kleinbaum در ۱۹۸۶ در اوانزکانتی Evans County جورجیا صورت گرفت. این محققان در مردان اروپائی الاصل امریکائی یک رابطه مثبت قوی بین نبود همبستگیهای اجتماعی و مرگ و میر یافتند. البته در زنان اروپائی الاصل امریکائی، مردان افریقائی الاصل امریکائی، زنان افریقائی الاصل امریکائی هیچ رابطه پایداری آشکار نشد. دلیل نبود یک رابطه در بین افراد افریقائی الاصل امریکائی آشکار نیست ولی برکمن در ۱۹۸۶ پیشنهاد کرد که دست کم در زنان افریقائی الاصل امریکایی حمایت اجتماعی معمولاً بسیار قوی است.

و بدین ترتیب در هر نمونه ای از زنان افریقائی الاصل امریکائی، از نظر ظهور تفاوت های معنی دار باید همگنی بسیار زیادی وجود داشته باشد.

حمایت اجتماعی چگونه در سلامتی سهیم است؟

اگر استرس موجب بیماری می شود، بنابراین ممکن است که حمایت اجتماعی سپرهای در برابر بیماریهای وابسته به استرس ایجاد کند. شواهد موجود دست کم درباره مردان اروپائی الاصل امریکائی، که به نظر می رسد حمایت اجتماعی در پائین یا بالا بردن تاثیرات زیانبخش فشار روانی، نقش داشته و در نتیجه محافظت هائی در برابر مرگ و بیماری فراهم می سازد، صادق است. حمایت اجتماعی چه چیز سودمندی را فراهم می سازد؟ چه چیزی فشارآور، و یا از نظر انزوای اجتماعی تهدید کننده زندگی است؟

پاسخ به این سوالها هنوز روشن نیست، ولی یک احتمال این است که افراد منزوی از نظر فیزیکی در شرایطی متفاوت زندگی می کنند و این شرایط بر زندگی آنان تاثیر می بخشد. احتمال دیگر این است که حمایت اجتماعی سپری فراهم می سازد که می تواند فرد را در برابر استرس حفظ کند. بدین ترتیب پیش فرض فرضیه سپر شدن حمایت اجتماعی این است که بعضی از افراد که در معرضه تجربه فشار روانی زیاد هستند، از طریق حمایت اجتماعی که از اعضای خانواده و دوستان دریافت می کنند به عنوان یک سپر، در برابر استرس و پیامدهای روانی آسیب رسان آن، حفظ می شوند (کاسل Cassel، ۱۹۷۶، کاپلان، کاسل، و گار Gore، ۱۹۷۷).

بعضی از افراد نه تنها بیش از دیگران حمایت اجتماعی دریافت می دارند، بلکه این احتمال وجود دارد که از حمایتی که به دست می آورند سود بیشتری ببرند. به عنوان مثال، در یک بررسی معلوم شد که مردان متاهل با سرعت بیشتری از جراحی قلبی کرونری بهبود می یابند تا مردان غیر متاهل (کولیک Kulik، ماهلر Mahler، ۱۹۸۹).

محققان دیگر پیشنهاد کرده اند که متغیرهای شخصیتی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت بدنی محسوب می شوند. کانل Connell، و دائوجللی D'augelli در ۱۹۹۰ مدلی را که عوامل شخصیتی از قبیل، پیوند جوئی، یاری خواهی، و کمک

دهی را در بر می‌گرفت ارائه دادند. این سه متغیر شخصیتی نه تنها به طور مستقیم در دریافت حمایت اجتماعی سهیم است بلکه در وسعت شبکه و رفتار حمایتی، که هر دو به دریافت حمایت اجتماعی مربوطاند، سهم دارند. به عبارت دیگر، دوست داشتن دیگران و خواهان داد و ستد و دوستی با آنان بودن، شبکهٔ دوستان فرد را گسترش داده و رفتارهای دوستانه و حمایتی وی را افزایش می‌دهد. رفاقت، وسعت شبکه، و رفتارهای حمایتی، همگی فرد را قادر می‌سازند که احساس کند به هنگام نیاز، حمایت اجتماعی در دسترس وی خواهد بود. گرچه کانل و دائوجللی با مطالعه‌ای که انجام دادند شواهدی در پشتیبانی از مدل نظری خویش ارائه دادند، تحقیقات بیشتری برای معتبر ساختن تعامل‌های بین عوامل شخصیتی، وسعت شبکه، رفتارهای حمایتی، حمایت دریافت شده، و سلامت ادراک شده ضروری است.

اگر افراد مساعدت‌کننده و مفید، حمایت اجتماعی مناسبی دریافت می‌کنند، بنابراین افراد متخاصم باید حمایت کمتری دریافت کنند. هاردی (Hardy) و اسمیت (Smith) در ۱۹۸۸ شواهدی در پشتیبانی از این فرض پیدا کردند. شرکت‌کنندگان در این مطالعه که از نظر خصومت در حد بالائی بودند کم‌تر از کسانی که میزان خصومت در آنان پائین بود حمایت اجتماعی دریافت داشتند و حوادث منفی و فشارهای روزمرهٔ بیشتری را گزارش کردند. آیا افراد می‌توانند از طریق کاهش خصومت و رفتار دوستانه و مفید بودن حمایت اجتماعی خویش را افزایش دهند؟ نتایج این مطالعات پاسخ مثبت ارائه می‌دهد. هر چند ملاقات سادهٔ بیشتر با دوستان خویش یا پیوستن به سازمانهای اجتماعی احتمالاً حمایت اجتماعی فرد را افزایش نخواهند داد.

چنانکه محققان خاطر نشان کرده‌اند این موضوع گمراه‌کننده خواهد بود که اظهار شود که هر قدر فرد اجتماعی‌تر شود آسوده‌تر خواهد بود (ریز (Reis)، ویلر (Wheeler)، کرنیس (Kernis)، اسپیگل (Spiegel)، ونزلیک (Nezlek)، ۱۹۸۵). منبع حمایت

اجتماعی احتمالاً برای سلامتی قطعی تر از فراوانی تماس اجتماعی است. علاوه بر شخصیت چه چیز دیگری ممکن است که در حمایت اجتماعی سهیم باشد؟ یک احتمال این است که افراد منزوی شده از نظر اجتماعی، ممکن است دوستان و آشنایان کمتری داشته باشند که آنان را در محافظت از سلامتی خویش تشویق کنند یا به هنگام بیماری به پزشک برسانند. لانگلی (Langlie) در ۱۹۷۷ و برومن (Broman) در ۱۹۹۳ شواهدی دال بر این که تماسهای اجتماعی بر عملیات حفظ سلامتی شخص تاثیر می‌گذارد پیدا کردند. مثلاً برومن دریافت که افراد متاهل احتمالاً کمتر از افراد مجرد سیگار می‌کشند یا دچار سوء استفاده از الکل هستند. همچنین افرادی که عضو افتخاری یک سازمان بودند با احتمال بیشتر از کمربندهای ایمنی استفاده می‌کردند و با احتمال کمتر دچار سوء مصرف الکل و کشیدن سیگار بودند. همچنین برومن دریافت که نبود روابط اجتماعی با فقر رفتارهای سلامتی در ارتباط است.

البته، افزایش عملیات سلامتی تنها تبیین ارتباط بین تماسهای اجتماعی و سلامتی خوب محسوب نمی‌شود. مثلاً هم در مطالعه آلامد اکانتی و هم در مطالعه تکامسه، عملیات سلامتی مورد توجه قرار گرفتند، ولی همچنان نبود حمایت اجتماعی ارتباط مستقیمی با مرگ و میر داشت. پیشنهادها و ترغیب‌های دوستان ممکن است که رفتارهای سلامتی را افزایش دهند، ولی آنها تنها پاسخ نیستند. شاید فراوان‌ترین تبیین پیشنهاد شده آن باشد که حمایت اجتماعی تأثیرات زیانبخش استرس را کاهش می‌دهد یا از بین می‌برد و در نتیجه در برابر بیماری و مرگ محافظت می‌کند. البته این فرضیه سپرسازی، پیامدهای فیزیولوژیایی استرس را مطرح می‌کند. جان کاسل (John Cassel) و همکارانش (کاسل، ۱۹۷۶، کاپلان، کاسل، وگور، ۱۹۷۷) از جمله کسانی هستند که پیشنهاد کرده‌اند نبود حمایت اجتماعی در تعامل با حوادث زندگی فشار آور موجب بیماری می‌شود. افرادی که از حمایت اجتماعی قوی برخوردارند به صورت طبیعی در برابر تأثیرات زیانبخش مجادله‌های تفرانگیز

روزمه و حوادث فشارزای زندگی محافظت می‌شوند. شواهدی در تایید فرضیهٔ سپرسازی در دست است. در یک مطالعه براون، بهرولچین (Bhrolchain) و هریس (Harris) در ۱۹۷۵ دریافتند که زنانی که رابطهٔ نزدیک و صمیمی داشتند در برابر حوادث فشارزا بسیار مقاوم بودند، در حالی که زنانی که حمایت‌های اجتماعی نیرومند نداشتند به هنگام مواجهه شدن با حوادث فشارآور زندگی افزایش معنی داری در آشفتگی‌های روانپزشکی تجربه می‌کردند.

کهن (Cohen) و مک کی (Mc Key) در ۱۹۸۴ بعضی از جنبه‌های فرضیهٔ سپرسازی را پذیرفتند، ولی اظهار داشتند که فرضهای اساسی آن بسیار کلی است. در عوض، آنان یک مدل چند جنبه‌ای که هم منابع خاص حمایتی را به حساب می‌آورد و هم، هیئت ویژهٔ تجربه فشارآور را در نظر می‌گرفت ارائه دادند. فرضیهٔ کهن و مک لی آن بود که بعضی روابط، حمایت‌کننده‌تر از سایر روابط هستند و تنها روابط حمایت‌کننده هستند که موجب فراهم شدن انواع عملیات حمایت اجتماعی مناسب شده و به عنوان سپرهای کارآمد در برابر استرس عمل می‌کنند. دنکل - شتر (Dunkel - Schetter) در ۱۹۸۴ در مطالعهٔ مربوط به حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به سرطان شواهدی دال بر تایید این فرضیه یافتند. یعنی نه تنها بیماران سرطانی حمایت اجتماعی را در ارتباط با بیمارانشان مفید ارزیابی کردند، بلکه سودمندی این حمایت‌ها بر حسب اینکه این حمایت از جانب چه کسی باشد متفاوت بودند، و به ویژه حمایت هیجانی از جانب پزشکان سودمندترین ارزیابی شدند.

کنترل شخصی:

عامل مهم دیگری که ممکن است بر توانائی شخص برای مقابله با فشار حوادث زندگی استرس زا و افزایش طول زندگی تاثیر بگذارد احساس کنترل شخصی است. بسیاری از محققان باور دارند که کسانی که احساس می‌کنند بر حوادث زندگی‌شان کنترل دارند بهتر از کسانی که احساس می‌کنند زندگی آنان توسط نیروی خارج از

آنان تعیین می شود قادر به مقابله با استرس هستند.

تحقیق در زمینه کنترل شخصی در ۱۹۶۶ هنگامی که جولیان راتر (Julian Rotter) مقیاسی برای اندازه گیری کنترل تقویت داخلی و خارجی منتشر کرد نیرو گرفت. فرضیه راتر این بود که افراد را می توان برحسب میزانی که باور دارند تحت کنترل حوادث مهم زندگی خویش هستند روی پیوستاری قرار داد. آنان که باور دارند بر زندگی خویش کنترل دارند نمراتشان در جهت مکان کنترل درونی است در حالی که کسانی که باور دارند که خوشبختی، سرنوشت، یا اعمال دیگران تعیین کننده زندگی آنهاست نمره بالایی در مکان کنترل بیرونی به دست می آورند.

در ۱۹۷۷، لانگر (Langer)، رودین (Rodin) مطالعه ای را که در آن مقیمان خانه سالمندان تشویق شدند تا فرض کنند که مسئولیت و کنترل بیشتری بر زندگی روزمره خود دارند گزارش کردند. به مقیمان طبقه چهارم خانه سالمندان گفته شد که آنان اگر بخواهند می توانند نظم روزمره را تغییر دهند. آنان می توانند تغییراتی در مبلمان ایجاد کنند، تصمیم بگیرند که چگونه اوقات خود را بگذرانند، ملاقات خود با افراد را در خانه انتخاب کنند، تصمیم بگیرند که هر فیلمی را که دوست دارند تماشا کنند، و به همین ترتیب. علاوه بر آن، به این مقیمان گیاه کوچکی داده شد که مجاز بودند آن را بپذیرند یا رد کنند. به آنان گفته شد که به هر شکلی که بخواهند می توانند از آن مواظبت کنند. همگی گیاه را پذیرفتند. یک گروه مقیمه ای از مقیمان طبقه دوم نیز ارتباطی موازی دریافت کردند، ولی در این ارتباط بر مسئولیت کارکنان این خانه تاکید شد. به هر یک از این مقیمان هم گیاهی داده شد. این گیاه به صورت هدیه ای بود که در رد آن آزاد نبودند، و اگر چه این گیاه به مقیمان تعلق داشت، ولی پرستاران مسئول مواظبت از آن بودند.

این دو گروه مقیمان از نظر سن، جنس، سلامت بدنی و روانی، و شرایط اجتماعی اقتصادی تقریباً برابر بودند. همچنین در تمام طول آزمایش، مقیمان این دو طبقه توجه یکسانی توسط کارکنان دریافت می داشتند. بدین ترتیب، این دو گروه

کاملاً قابل مقایسه بودند، جز آنکه مقیمان طبقه چهارم کنترل و مسئولیت بیشتری بر زندگی روزمره خویش، از جمله مواظبت از گیاه خود، داشتند. مقیمان طبقه دوم یک زندگی به ظاهر راحت تر و بی دردسرتی داشتند. تصمیم‌های روزمره برایشان اتخاذ می‌شد، و بدین ترتیب آنان از قید اتخاذ تصمیم در زندگی خود رها بودند. به هر حال لانگر و رودین دریافتند که مقیمان گروهی که به آنان تفویض مسئولیت شده بود، شادتر، فعال‌تر، و گوش به زنگ ترند، و میزان کلی سلامت آنان بیشتر است. تنها در عرض سه هفته اکثر افراد گروه مقایسه (۷۱٪) ضعیف‌تر شده بودند، در حالی که تقریباً تمام افراد گروهی که به آنان مسئولیت داده شده بود (۹۳٪) رویهمرفته بهبودهایی در حالات بدنی و روانی نشان دادند.

رودین و لانگر در ۱۹۷۷ یک مطالعه پیگیر ۱۸ ماهه از این مقیمان، به جز کسانی که مرخص شده بودند به عمل آوردند. گرچه تقریباً تمام شرکت کنندگان در آن زمان در اطاقهای متفاوتی زندگی می‌کردند و هیچ ارتباط اضافی درباره کنترل شخصی و مسئولیت دریافت نکردند، مقیمان واقع در گروه اولیه القاء شده مسئولیت سودمندی خود را همچنان حفظ کرده بودند. آنان سالم‌تر، فعال‌تر، اجتماعی‌تر، نیرومندتر و خود انگیزه‌تر از گروه مقایسه اولیه بودند. علاوه بر آن، میزان مرگ و میر در گروه القاء شده مسئولیت هم پائین‌تر از حد انتظار بود و هم پائین‌تر از گروه مقایسه اولیه. جالب توجه اینکه از نظر علل مرگ بین این دو گروه هیچ تفاوتی پیدا نشد.

معنی یافته‌های رودین و لانگر آشکار است. افراد مسن‌تر (و شاید دیگران نیز) احتمالاً برحسب کنترل شخصی و احساس مسئولیت کامیاب شده بودند. البته مواظبت از گیاه تنها یک جنبه از مسئولیت ترغیب شده در این مقیمان بود، ولی این مطالعه به نظر می‌رسد که دلالت بر آن داشته باشد که افراد مسن‌تر به هنگام داشتن کاری از قبیل مواظبت کردن، یا تغذیه کردن شخص دیگر، پرورش و نگهداری یک کودک، مراقبت از یک باغچه، یا حتی یک گیاه کوچک بهتر عمل می‌کنند. هنگامی

که حق انتخاب و کنترل شخصی از فرد سلب شود، افراد مسن تر به احتمال بیشتری شهادت خود را از دست می دهند، هشیاری و فعال بودن آنان کاهش می یابد، بیماریهای بیشتری آشکار می سازند و میمیرند. رودین و لانگر (۱۹۷۷ ص ۱۹۷) نتیجه گرفتند که "پیامدهای منفی سالمندی با بازگشت به سنی که شخص حق اتخاذ تصمیم و احساسی از شایستگی داشته باشد ممکن است به تعویق افتد، دگرگون شود، یا احتمالاً جلوگیری شود.

کنترل تا چه حد می تواند این احساس را در شخص به وجود آورد که فاقد اراده و تصمیم است؟ لانگر و رودین بر اساس تحقیقات خود اظهار می دارند که کنترل بر موارد بالنسبه خفیف برای ایجاد نتایج عمده در زندگی فرد مناسب است. تصمیم گیری درباره جابجایی وسایل خانه، زمان آب دادن به یک گیاه، و تماشای یک فیلم به ندرت حوادث عمده تاریخی در دنیا یا حتی در زندگی اشخاص محسوب می شود، ولی در تاریخچه زندگی فردی که احساس می کند کنترل شخصی از وی سلب شده چنین حوادثی به طور آشکار مهم هستند. افراد نیاز دارند که بتوانند حق انتخاب داشته باشند و مسئولیت این انتخابها را بپذیرند.

نتیجه:

فشار روانی و درد مزمن شرایط متداول در زندگی انسانها هستند - متداول ولی نه بهنجار. تمایل بهنجار افراد غالباً به سوی سلامت بدنی است و هرگونه گرایش برخلاف این خواست موجب بیماری و عدم سلامت بدنی خواهد شد.

غالباً این باور وجود دارد که سازش با مسائل زندگی فشار روانی از طریق شادی و شوخ طبعی خوش بینانه می تواند طول زندگی مورد انتظار را افزایش دهد. ولی تحقیقاتی که توسط محققان (فریدمن و همکاران) صورت گرفته نشان داده است که شادمانی و خوش بینی و خوش خلقی در کوتاه مدت ممکن است سودمند باشد، ولی در طولانی مدت می تواند طول زندگی افراد را کاهش دهد.

این محققان شش جنبه پیش‌بینی‌کننده را که حدس زدند با طول زندگی در رابطه باشد مورد بررسی قرار دادند. این شش جنبه عبارت بودند از:

(۱) جامعه‌پذیری، (۲) عزت نفس بالا، (۳) باوجدانی، (۴) شادمانی یا شوخ طبعی خوش بینانه، (۵) پرنرزی بودن و (۶) ثبات خلق یا پایداری هیجانی.

از این شش جنبه فقط دو جنبه با طول زندگی رابطه داشت، بدین صورت که با وجدانی رابطه مثبت و شادمانی خوش بینانه رابطه منفی با طول زندگی نشان دادند. پژوهشگران و کسانی که تاثیرات فشار روانی را بر سلامت بدنی بررسی کرده‌اند بر این امر توافق دارند که بین حمایت اجتماعی و سلامت بدنی رابطه مثبتی وجود دارد، یعنی کسانی که از حمایت اجتماعی بالایی برخوردارند معمولاً بیش از کسانی که دارای چنین حمایتی نیستند می‌توانند با فشارهای روانی مقابله کنند و از سلامت بدنی بیشتری بهره‌مند شوند.

مطالعات متعدد بیانگر آن هستند که ازدواج نیز می‌تواند در سلامت بدنی فرد تاثیر مثبت داشته باشد، دلیل این امر آن است که افراد متأهل بیش از افراد غیر متأهل مورد حمایت اجتماعی قرار می‌گیرند و این حمایت اجتماعی بر طول زندگی آنان می‌افزاید.

احساس کنترل شخصی عامل مهم دیگری است که ممکن است تاثیر عمده‌ای بر توانایی شخص در مقابله با فشار روانی و افزایش طول زندگی داشته باشد. زیرا کسانی که احساس می‌کنند می‌توانند بر حوادث زندگی خود کنترل داشته باشند بهتر از کسانی که باور دارند زندگی خارج کنترل آنان است از پس مسائل و مشکلات زندگی و استرس بر می‌آیند.

پیشنهادها:

گرچه این بررسیها تاثیر عوامل گوناگونی را بر سلامت بدنی آشکار ساخته‌اند، با این وجود به نظر می‌رسد که تاثیر این عوامل همچنان بحث‌انگیز است. بنابراین

تحقیق درباره این عوامل به ویژه نقش شادمانی و خوش مشربی خوش بینانه، و با وجدانی در سلامت بدنی و کاهش یا افزایش طول دوران عمر می تواند سودمند و حائز اهمیت بسیار باشد.

منابع:

1. Argyle, M. (1992). Benefits produced by supportive social relationships: The meaning and measurement of social support (pp.13-32). New York: Hemisphere.
2. Berkman, L.F., and Syme, S.L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: A nine - year follow up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109,189-204.
3. Broman, C.L. (1993). Social relationships and health related behavior. *Journal of Behavioral Medicine*, 16,335-350.
4. Brown, G.W., Bhrolchain, M.N., and Harris, T.O. (1975). Social class and Psychiatric disturbance among women in an urban population. *Sociology*, 9,225 - 254.
5. Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104,107-123.
6. Cohen, S., and McKay, G. (1984). social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. *Handbook of psychology and health: vol.4. social psychology and health* (pp.253- 267). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
7. Connell, C. M., and D'Augelli, A. R. (1990). The contribution of personality characteristics to the relationship between social support and perceived physical health. *Health psychology*, 9,192-207.
8. Dunkel-Schetter, C. (1984). Social Support and Cancer: Findings based on patient interviews and their implications. *Journal of Social Issues*, 77-98.
9. Friedman, H.S., Tucker, J.S., Tomlinson - Keasey, C., Schwartz, J. E., Wingard, D. L., and Criqui, M.H. (1993). Does childhood personality predict longevity? *Journal of personality and social psychology*, 65,179-183.
10. Friedman, H.S., Tucker, J.S., Schwartz, J.E., Martin, L.R., Tomlinson- Keasey, C., Wingard, D.L., and Criqui, M.H. (1995). Childhood consciousness and longevity; *Health and Social Psychology*, 68,696-703.
11. Friedman, H.S., Tucker, J.S., Schwartz, J.E., Tomlinson- Keasey, C., Martin, L.R., Wingard, D.L., and Criqui, M.H. (1995). Psychological and behavioral predictors of longevity: The aging and death of the "Termites." *American Psychologist*, 50,69-78.

12. Hardy, J.D., and Smith, T.W. (1988) Cynical hostility and Vulnerability to disease: Social support, life stress, and Physiological response to conflict, *Health Psychology*, 7, 447-459.
13. Friedman, H.S., (Ed.). (1990). *Personality and disease*. New York: Wiley
14. Friedman, H.S. (1991). *The self-Healing personality : why some people achieve health and others succumb to illness*. New York: Holt.
15. Heitzmann, C.A., and Kaplan, R.M. (1983). Assessment of methods for measuring social support. *Health psychology*, 7, 75-109.
16. Helsing, K.J., Szklo, M., and Comstock, G.W. (1981), Factors associated with mortality after widowhood. *American Journal of Public Health*, 71, 802-809.
17. House, J.S., Robbins, C., and Metzner, H.L. (1982). The association of social relationships and activities with mortality: prospective evidence from the Tecumseh Community Health study. *American Journal of Epidemiology*, 116, 123-140.
18. Kaplan, B. H., Cassel, J.C., and Gore, S. (1977). Social support and health. *Medical Care*, 15, 47-58.
19. Kaplan, R.M. (1994). Measures of health outcome in social support research. *Social support and cardiovascular disease* (pp65-94). New York: Plenum.
20. Kulik, J.A. and Mahler, H.I.M. (1989), Social support and recovery from surgery. *Health psychology*, 8, 221-238.
21. Langley, J.K. (1977). Social networks, health beliefs and preventive behavior. *Journal of Health and Social Behavior*, 18, 244-260.
22. Oxman, T.E., Berkman, L.F., Kasl, S., Freeman, D.H., Jr., and Barratt, J. (1992). Social support and depressive symptoms in the elderly. *American Journal of Epidemiology*, 135, 350-368.
23. Reis, H.T., Wheeler, L., Kernis, M.H., Spiegel, N., and Nezelek, J. (1985). on specificity in the impact of social participation on physical and psychological health. *Journal of personality and social psychology*, 48, 456-471.
24. Rodin, J., and Langer, E.J. (1977). Long-term effects of a control-relevant intervention with the institutionalized elderly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 897-902.

25. Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *psychological Monographs*, 80 (Whole No.609).
26. Sarason, B. R., and Sarason, I. G (1994). Assessment of social support. *Social support and cardiovascular disease* (pp.41-63) Now York: Plenum.
27. Schoenbach, V. J., Kaplan, B.H., Freedman, I. and Kleinbaum, D.G. (1986). Socialties and mortality in Evans County, Georgia. *American Journal of Epidemiology* 123,577-591.
23. Schwarzer, R., and leppin, A. (1989). Social support and health: Ameta-analysis. *Psychology and Health*, 3, 1-15
29. Schwarzer, R. and leppin, A. (1992), Possible impact of social ties and support on nobidity and mortality. The meaning and measurement of social support (PP. 65- 83). New York: Hemisphere.
30. Termen, L. M., oden, M.H. (1947) *Genetic studies of genius: The gifted child grows up* (vol.4) Stanford, Ca: Stanford university press.
31. Veiel, H. O. F., and Baumann, R (1992). Comments on concepts and methods. The meaning and measurement of social support (pp.313-319). Now York: Hemisphere.
32. Weinstein, N.D. (1984). Why it won't happen to me Perception of risk factors and suceptibility. *Health Psychology*, 3, 431-457.