

مقایسه میزان استرس بین همسران بیماران سرطانی و همسران عادی

علی پرهیزکار خاجانی

دانشجوی کارشناسی روان شناسی عمومی، دانشگاه پیام نور آستانه اشرفیه
Gut_freund20@yahoo.com

گیلدا دیگان

کارشناس روان شناسی عمومی، سرپرست پژوهشکده گیلدا دیگان
Gildaadeygaan@yahoo.com

محمد مهدی پسندیده

دکتری روان شناسی سلامت، سرپرست دانشگاه پیام نور آستانه اشرفیه
mmpasandideh@gmail.com

زهرا علی پور

دانشجوی کارشناسی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی گیلان
z.alipour@gmail.com

مریم فرهادی

کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، مربی دانشگاه پیام نور آستانه اشرفیه
maryam.farhadi256@gmail.com

چکیده:

این پژوهش با هدف مقایسه میزان استرس بین همسران بیماران سرطانی و همسران عادی انجام شد. جامعه این پژوهش تمام زنان و مردان عادی و همسر بیمار در شهرستان رشت در سال ۱۳۹۵ می باشند. تعداد نمونه ۲۰۰ نفر بوده که ۵۰ زن سالم، ۵۰ زن همسر بیمار، ۵۰ مرد سالم و ۵۰ مرد همسر هستند. روش نمونه گیری در این تحقیق روش نمونه گیری در دسترس می باشد. ابزار پژوهش پرسشنامه ادراک شده PSS14 می باشد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و آمار استنباطی آزمون F و آزمون کروس کال والیس به کمک نرم افزار spss استفاده شد. برپایه آمار سطح معناداری به دست آمده برای تفاوت میزان استرس بین همسران بیماران سرطانی و همسران عادی (۰/۰۰۰) کوچکتر از ۰/۰۱ می باشد. بنابراین فرضیه پژوهش با خطای یک صدم پذیرفته می شود. از این رو با اطمینان ۹۹٪ می توان گفت میزان استرس در زنان و مردان همسر بیماران سرطانی به گونه ای معنادار بیشتر از زنان و مردان همسر عادی است. یافته این فرضیه با پژوهش های ایل بیگی قلعه نی و رستمی (۱۳۹۳) و بیرامی و همکاران (۱۳۹۱) همسو می باشد. بنابراین می توان گفت که بیماری می تواند سبب افزایش استرس در خانواده های بیماران سرطانی شود و خانواده ها را در برابر سختی ها و تنگناها، آسیب پذیر و ضعیف نماید، و در نتیجه بنیان خانواده را سست نماید. باتوجه به یافته های پژوهش می توان دریافت که زنان همسر بیمار در برابر بیماری همسرشان از بیشترین آسیب پذیری برخوردار بوده و مردان عادی در شرایط طبیعی زندگی از بهترین شرایط زندگی برخوردار می باشند.

کلید واژه: استرس، همسران بیماران سرطانی، همسران عادی.

مقدمه:

این پژوهش با هدف مقایسه میزان استرس بین همسران بیماران سرطانی و همسران عادی، به بررسی فرضیه «میزان استرس بین همسران بیماران سرطانی و همسران عادی متفاوت است» می پردازد.

استرس، در ادبیات مدیریت به عنوان واکنشی برای سازش با عامل یا شرایطی که فشاری روانی یا فیزیکی بر فرد وارد می نماید، تعریف شده است. و مدیریت استرس مجموعه راهکارهایی مؤثر برای پیشگیری از استرس، مهار و کنترل استرس، و به حداقل رسانیدن پیامدهای زیانبار آن است. استرس و فشار روانی در زمان امتحان مسئله ای است که مربوط به سن خاصی نیست در هر دوره ای از زندگی گذراندن امتحان می تواند موجب بروز استرس شود. افزایش مراجعه دانشجویان به درمانگاه در دوران امتحانات پایان ترم مبین شیوع این مسئله در بین دانشجویان است. (شیخ چوکامی، ۱۳۹۱).

استرس کلمه ای مشتق از لغت لاتینی string به معنی سختی کشیدن در معنای لغوی اصطلاح stress از زبان انگلیسی گرفته شده و معادل آن در فارسی کلمه فشار است در کتاب های لغت واژه استرس را فشار عصبی می دانند. واژه استرس به معنای نیرو، فشار و اجبار واژه ای است انگلیسی و در زبان های مختلف با همین لفظ به کار برده شده است. بر اساس مطالعات دیویس و نیواستورم (۱۳۷۰) فشار عصبی به وضعی گفته می شود که در آن بر عواطف و هیجان، فراگردهای اندیشیدن و حالت های بدنی انسان کشش و سنگینی وارد می آید هنگامی که فشار عصبی از اندازه بیرون باشد، توانایی انسان در سازگاری با پیرامون به خطر می افتد. فشار روانی مجموعه نیروهای درونی، خواه عضوی، خواه روانی است که بدن را خسته و فرسوده می کند. فشار عصبی یک عبارت کلی است که همه گونه فشاری را، که انسان در زندگی احساس می کند در برمی گیرد. در یک فرایند، تاکید بر این واقعیت است که بین رویا رویی با یک استرس زای بالقوه و واکنش های نهایی شخص به آن، ۳ مرحله رخ می دهد اولین مرحله، مرحله پیش بینی است در ابتدا فرد باید برای استرس زا آماده شود و فکر کند که به چیزی شبیه است و چه پیامدهایی ممکن است به همراه داشته باشد هنگامی که استرس زا وارد می شود، شخص می کوشد تا با آن کنار آید، این مرحله انتظار است مرحله انتظار، شامل زمانی می شود به فرد منتظر پاسخ خوردن است که آیا پاسخ پسخوراند است که آیا پاسخ های کنار آمدن وی شایستگی لازم را دارد یا نه؟ بالاخره مرحله پیامد است (علیپور، ۱۳۹۱).

مرحله پیامد شامل روبرو شدن شخص و واکنش های وی به پیامد موفق یا ناموفق پاسخ کنار آمدنش است در سراسر این فرایند سه مرحله ای بر ۲ مفهوم اصلی تاکید می شود: ارزیابی شناختی و پاسخ های کنار آمدن ارزیابی شناختی فرایند فکراست که در آن شخص به ارزیابی مربوط بودن استرس زا به سلامتی اش می پردازد و استرس زا ممکن است کمک کننده یا آسیب زا باشد. کنار آمدن، تلاش شناختی، هیجانی و رفتاری مشخص برای کنترل درخواست های بیرونی و درونی به خصوص است که فرد را تهدید می کند یا به مبارزه می طلبد و به عبارت دیگر کنار آمدن، تلاش شخصی برای برخورد با استرس زا است کنار آمدن یعنی هر نوع تلاش سالم یا ناسالم، هشیاری نا هوشیار برای جلوگیری، از بین بردن یا ضعیف کردن استرس زاها یا تحمل کردن اثرات آنها به طوری که حداقل آسیب رسانی را داشته باشند (شکوهی یکتا، ۱۳۹۱).

تعاریف بسیاری از استرس وجود دارد. اما یک تعریف کلی از استرس، که توسط هنس سلای که برخی او را پدر تحقیق درباره استرس می دانند، مطرح شده است این گونه است: ۱- استرس عکس العمل نامعین انسان است در مقابل فشار ۲- استرس واکنش فیزیولوژیک بدن ماست در مقابل هر تغییر، تهدید و فشار بیرونی یا درونی است که تعادل روانی ما را بر هم می زند (رفیعی، ۱۳۹۰).

فیزیولوژیست بزرگ قرن نوزدهم فرانسه کلود برنارد معتقد است که قسمت های مختلف بدن موجودات زنده تکامل یافته بوسیله محیط مایعی 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. والترکان در سال ۱۹۳۲ نظریه فوق را بسط و گسترش داد او این ثبات داخلی را تعادل حیاتی نامید، زیرا ناپهنجاری های ارگانیسیم را که در اثر عوامل فشار آور بیرونی و درونی ایجاد شده رفع می کند به عبارت دیگر تعادل حیاتی هنگام فشار بر موجود، به کمک او برای برقراری تعادل می شتابد. بعدها کانون و سلیه ثابت

کردند که فشارهای فیزیولوژیک به خودی خود قادرند تغییرات هورمونی چشمگیری ایجاد کنند که آنها نیز به نوبه خود سبب ایجاد واکنش ها و علائم فیزیولوژیک می گردند سلیه و همکارانش در سال ۱۹۵۲ یک تئوری تفصیلی برای نشان دادن چگونگی واکنش موجود زنده به استرس ارائه دارند و بیان نمودند که چگونه تعادل حیاتی از هم می پاشد و واکنش استرس تحت شرایط شدید آشکاری گردد که به آن واکنش کلی سازگاری (GAS) می گویند و ارگانسیم تحت فشار به واکنش مبارزه یا فرار مبادرت می ورزد و اگر این واکنش مانند زمان جنگ مزمن گردد تغییرات شدید و درازمدت شیمیایی، منجر به ضعیف شدن مصونیت بدن در مقابل امراض و تعداد بیشماری مشکلات دیگر می شود. فردگودوین در سال ۱۹۸۳ نشان داد که انسان ها قدرت زیادی برای تحمل استرس های شدید دارند لیکن هنگامی که درمانده می شوند که قدرت تجهیز مجدد قوا برای مقابله با فشارهای جدید را نداشته باشند جک بارکانن به این نتیجه رسید که حتی رفتارهای کوچک ما می تواند تاثیر چشمگیری بر بیوشیمی بدن بگذارد (قاسم زاده، ۱۳۷۶).

در سال ۱۹۵۰ میلادی توماس هلمز به این نتیجه رسید که تنها عامل مشترک در ایجاد هر نوع استرس، لزوم، ضرورت و اجبار در ایجاد تغییر و تحول مهم، در روند زندگی معمول فرد است به منظور نشان دادن تأثیر استرس ناشی از تغییرات عمده زندگی، که گفتیم عامل مشترک بین تمام انواع استرس ها است، هلمز و روانشناسی به نام ریچارد ریپی در سال های ۵۰-۱۹۴۰ میلادی از پنج هزار نفر سوالاتی مبتنی بر اولویت دادن به اتفاقات و حوادث و تغییرات مهم زندگی نمودند که براساس آن مقیاس معروف هلمز ریپی برای اندازه گیری درجه اهمیت وقایع زندگی ساخته شد. با تمام مسائل مربوط به استرس و نتایج خطرناک آن می توان گفت که مهمتر از وجود عوامل استرس زا در زندگی، طرف مقابله با آن می باشد در نتیجه یکی از شعبه های پزشکی به نام طب پیشگیری، تحقیقات بسیاری در ارتباط با نحوه جلوگیری و رفع استرس بر روی آن چه که رفتار سازگاری یا مقاوم بودن مینماید انجام گرفته است این بررسی ها نشان داده است که بعضی از گروههای جامعه، سالم زندگی کرده و طول عمرشان نیز زیاد است (علیپور، ۱۳۹۱).

در دهه های اخیر در مجلات عمومی برای اندازه گیری استرس، پرسشنامه هایی منتشر می شود و به خوانندگانی که در این پرسشنامه ها نمره ی بالایی کسب می کنند، اخطار می شود اگر مایلند بیمار نشوند بهتر است از رویارویی با موقعیت های استرس زا اجتناب کنند؛ اما از طرفی، تغییر شرایط زندگی به عنوان یک رویداد استرس زا معمولاً به طور بالقوه با فرصت بیشتر برای داشتن یک زندگی بهتر، همخوان است. فردی که در یک جامعه مدرن زندگی می کند، با اجتناب از بسیاری از تغییرات زندگی که استرس زا هستند، ممکن است فرصت داشتن یک زندگی بارورتر را از دست بدهد. بنابراین، توصیه صرف به اجتناب از استرس در بسیاری از موقعیت ها ممکن است به رکود زندگی فرد منجر شود. در عین حال، در مطالعاتی که ارتباط بین استرس و بیماری را بررسی کرده اند، دامنه ی همبستگی ها بسیار گسترده بوده است (قربانی، ۱۳۷۴).

در برخی از این مطالعات، ارتباط بسیار بالایی بین استرس و بیماری مشاهده شده است و در برخی دیگر نیز این همبستگی در عین معنادار بودن چندان قوی نبوده است. چنین دامنه ی گسترده ای از این همبستگی ها، بر وجود متغیرهای تعدیل کننده و تفاوت های فردی در ارتباط بین استرس و بیماری دلالت می کند. به عبارت دیگر افرادی وجود دارند، در عین حال که در شرایط پر استرس قرار دارند، بیمار نمی شوند. حال سوال این جاست که چه متغیرهایی در این ارتباط نقشی تعدیل کننده دارند؟ آیا افرادی که در شرایط پر استرس سالم می مانند ساختار ژنتیکی و جسمانی قوی تر دارند؟ آیا از درآمد و تحصیلات بیشتری برخوردارند؟ آیا از حمایت های اجتماعی بیشتری بهره می برند؟ آیا به ورزش می پردازند و رژیم غذایی مناسبی را رعایت می کنند؟ و آیا شخصیت متمایزی دارند که درک، تفسیر و مقابله آنها را با استرس تحت تاثیر قرار می دهد؟ (شریفی، ۱۳۸۲).

انسان برای آنکه به طرز بهنجاری به کار و کوشش بپردازد، باید کمی فشار روانی را احساس کند. هنگامی که مدت های دراز زندگانی فرد با سکوت و آرامش همراه می شود، احساس کسالت کرده و به دنبال امور هیجانی می رود. بررسی ها نشان می دهد که فقدان تحریک عادی برای مدتی، پس از یک دوره کوتاه می تواند هم بسیار ناراحت کننده باشد و هم اثرات ژرفی بر رفتار

بگذارد. به نظر می‌رسد برای آنکه دستگاه عصبی درست کار کند بایستی میزان معینی تحریک به آن وارد شود، اما در عین حال فشار روانی شدید یا طولانی مدت دارای اثرهای آسیب‌زای فیزیولوژیایی و روان‌شناختی است. (اتکینسون؛ ۱۳۸۳)

والتر کانن^۱، فیزیولوژیست آمریکایی در تعریف استرس، پدیده تعادل حیاتی را مطرح کرد و معتقد بود که انسان برای زنده ماندن باید تعادلی درونی بین تمام فعل و انفعالات فیزیولوژیکی خود داشته باشد. این تعادل یا ثبات با همکاری اعضای داخلی بدن و ترشحات گوناگون شیمیایی و فعل و انفعالات الکتروفیزیولوژیکی حفظ می‌شود. اگر این تعادل به دلیل وجود محرک‌های بیرونی برهم خورد، بدن بلافاصله درصدد بازگرداندن تعادل برمی‌آید. برای مثال اگر ارگانسیم به دلیل آسیب‌دیدگی دچار خون‌ریزی شود، در اسرع وقت با تولید بیشتر سلول‌های خونی در بازگرداندن میزان خون از دست رفته تلاش می‌کند. کانن، در تعریف استرس می‌گوید: استرس یعنی هر فشار روانی که از داخل یا خارج باعث برهم خوردن تعادل حیاتی ارگانسیم می‌شود. (شهیدی؛ ۱۳۸۸)

هانس سلیه^۲، روانپزشک اتریشی‌الاصل مقیم کانادا که پایه‌گذار پژوهش‌های علمی درباره پدیده استرس بوده، از اولین کسانی است که رابطه بین استرس و بیماری‌ها را دقیقاً توجیه کرده است. او استرس را به درجه سوخت‌وساز^۳ بدن بر اثر فشارهای روانی زندگی تعریف می‌کند. البته کلمه استرس تنها به روند این پدیده در بدن انسان اطلاق نمی‌شود، بلکه محرک‌های فشارآور^۴ نیز تحت همین نام خوانده می‌شوند (شاملو؛ ۱۳۸۰). او در تعریف استرس می‌گوید: عامل محیطی که خاصیت آسیب‌رسانی دارد و الزاماً باعث صدمه جسمانی می‌شود که نتیجه آن به صورت اثرات گسترده فیزیولوژیکی قابل تشخیص است. این تاثیرات و واکنش‌های فیزیولوژیکی در تمام افراد یکسان می‌باشد (شهیدی؛ ۱۳۸۸).

سلیه، پس از تحقیقات درباره استرس، اصطلاح "سندرم کلی سازگاری" را ارائه داد. طبق این دیدگاه ارگانسیم در معرض استرس سه مرحله را طی می‌کند: در مرحله نخست، افراد مصیبت و سختی را تجربه کرده و سعی می‌کنند با آن مقابله کنند. در این مرحله که مرحله خطر نامیده می‌شود، اگر استرس خفیف باشد، ارگانسیم ناآرام و مضطرب می‌شود و اگر استرس شدید باشد، ارگانسیم شوکه شده و حالات افسردگی در او ظاهر می‌شود. در هر دو حالت میل به غذا خوردن و آمیزش از ارگانسیم سلب می‌شود (شیخ چوکامی، ۱۳۹۱).

در مرحله دوم، افراد تلاش می‌کنند با موقعیت خو گرفته و سازگاری پیدا کنند. در این مرحله ارگانسیم به مقاومت مبادرت می‌ورزد و سعی می‌کند با تغییرات خو بگیرد. تحقیقات سلیه نشان می‌دهد که در حیوانات، غذا خوردن به حد طبیعی بازمی‌گردد ولی اختلال در فعالیت جنسی، همچنان باقی می‌ماند. در مرحله سوم، تحمل افراد به پایان رسیده و تسلیم می‌شوند. ارگانسیم زمانی وارد مرحله سوم یا مرحله خستگی می‌شود که پس از تلاش‌های مکرر برای سازگاری، سیستم دفاعی بدن مختل می‌شود و در نتیجه نتایج واکنش‌های فیزیولوژیکی که در مرحله اول شروع شده بود، خود را نشان می‌دهد. در این حالت اگر محرک استرس‌زا تکرار شود، ارگانسیم علائم و عوارض مرحله خطر را از خود نشان می‌دهد. (شهیدی؛ ۱۳۸۸)

به طور کلی دیدگاه سلیه، چند بعد اساسی را دربرمی‌گیرد. مهمترین این ابعاد این است که هرچند استرس ممکن است بر قسمت خاصی از بدن وارد شود، ولی تاثیر آن، یعنی واکنش فرد به تمام استرس‌ها یکسان است. پس واکنش‌های رفتاری فیزیولوژیکی در افراد یکنواخت می‌باشد. یکی از مسائلی که در ارزیابی دیدگاه کانن و سلیه باید به آن توجه کرد این مساله است که صرفنظر از اینکه هر دو دانشمند، تصویری که از استرس ارائه می‌دهند تصویری صرفاً فیزیولوژیکی است، ولی واکنش نسبت به برهم خوردن تعادل حیاتی کانن یا سندرم سازگاری کلی سلیه، بحثی را در مورد واکنش‌های رفتاری و فیزیولوژیکی زمانی که ارگانسیم، خود را برای رویداد استرس‌زا آماده می‌کند یا انتظار آن را می‌کشد به میان نمی‌آورد. برای مثال مادری که وضع حمل می‌کند ۹ ماه انتظار تولد نوزاد را کشیده و خود را آماده می‌سازد (کریمیان؛ ۱۳۹۵). در سال‌های اخیر دیدگاه سلیه بارها مورد انتقاد قرار گرفته است که مهمترین آنها عبارتند از: وی نقش مهم تفاوت‌های فردی را در واکنش نسبت به استرس

¹ Walter canon

² Hans Selye

³ Hans and tear

⁴ stressor

نادیده گرفته است. سلیه، تنها به تجزیه و تحلیل استرس‌هایی که شدیداً زیان‌آور و مضر هستند پرداخته است (شهیدی، ۱۳۸۸).

پژوهش‌های کوباسا (۱۹۷۹)، هولم^{۱۱} و راهه (۱۹۷۶) و بسیاری دیگر در طول سال‌های گذشته نشان داده‌اند که رویدادهای استرس‌زا در بروز بیماری‌های جسمی و ذهنی موثر هستند. امروزه اکثر محققان نقش استرس را به عنوان عاملی در برانگیختگی فیزیولوژیک مکرر و طولانی که به بروز بیماری‌ها منجر می‌شوند، تایید می‌کنند. (فریدمن و بوت-کولی، ۱۹۸۷). نتایج پژوهش‌های کوباسا (۱۹۷۹) حاکی از این است که تنیدگی‌های روان‌شناختی با بیماری‌ها مرتبط هستند. وی متوجه شد افرادی که درجه‌ی بالایی از تنیدگی را بدون بیماری تجربه می‌کنند ساختار شخصیتی متفاوتی از افرادی که در شرایط تنیدگی‌زا بیمار می‌شوند دارند. «کوباسا» این تمایز شخصیتی را در ساختاری به نام «سرسختی» معرفی نمود. ریشه‌های مفهومی این سازه، بر مجموعه‌ای از سازه‌های شخصیتی مبتنی است که مدی (۱۹۹۰) و کوباسا (۱۹۷۹) آنها را نظریه‌های تکاملی می‌نامند.

کوباسا با استفاده از نظریه‌های وجودگرایی در شخصیت، سرسختی را ترکیبی از باورها در مورد خویشتن و جهان تعریف می‌کند که از سه مولفه‌ی تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی تشکیل شده است (قربانی، ۱۳۷۴).

الگوی پاسخ مدار: کوباسا (۱۹۸۲؛ به نقل از علیپور، ۱۳۹۱) استرس را به عنوان یک پاسخ در نظر می‌گیرند و آن را به عنوان واکنش جسمی و روانی در مقابل عوامل استرس‌زا معرفی می‌کنند. به عبارت دیگر از دیدگاه استورا (۱۹۹۱؛ ترجمه دادستان، ۱۳۷۷). استرس حالتی است ترجمان یک نشانگان معین که با همه تغییرات نامعینی که بر یک نظام زیست‌شناختی اثر می‌کنند مطابقت دارد این رویکرد بر نشانگان سازگاری سلیه (۱۹۵۶؛ به نقل از خدایاری فرد، ۱۳۸۵) مبتنی است (استورا، ۱۹۹۱؛ ترجمه دادستان، ۱۳۷۷).

الگوی محرک مدار: براساس دیدگاه ساترلند و کوپر (۱۹۹۰؛ به نقل از شکوهی یکتا و همکاران، ۱۳۹۱) در الگوی محرک مدار روی محیط تاکید شده است استدلال این رویکرد این است که بسیاری از نیروها و عوامل بیرونی از طریق گوناگون بر روی جاندار تأثیری گذارند. در واقع استرس عبارت است از نیروی وارد شده بر موجود که منجر به یک خواسته یا واکنش قوی شده به طوری که موجب تغییر شکل آن می‌گردد. موجودات زنده و غیرزنده سطوح تحمل معینی دارند چنانچه این خواسته و واکنش فراتر از سطح تحمل آنها باشد آسیب دائمی یا موقتی روی می‌دهد. سارافیتو (۱۹۹۴؛ به نقل از قاسم زاده، ۱۳۷۶) در الگوی محرک مدار استرس به عنوان محرکی که موجب احساس تنش می‌شود در نظر گرفته می‌شود.

الگوی تعاملی: براساس نظریه لازاروس (۱۹۸۰؛ به نقل از علیپور، ۱۳۹۱) براساس الگوی تعاملی، استرس بخشی از زندگی است. ساترلند و کوپر (۱۹۹۰؛ به نقل از شکوهی یکتا و همکاران، ۱۳۹۱) معتقدند در این الگو هر دو الگوی قبلی (پاسخ مدار و محرک مدار) را در بر می‌گیرد در این الگو استرس یک شبکه فرض شده که پنج مسئله عمده در آن مورد توجه قرار می‌گیرد. ارزیابی شناختی: به عقیده لازاروس (۱۹۶۶؛ به نقل از علیپور، ۱۳۹۱) استرس یک تجربه ذهنی که مشروط بر ادراک موقعیت می‌باشد بدین معنی که استرس صرفاً آن چیزی که در محیط روی می‌دهد نمی‌باشد. تجربه شیوه‌ای که موقعیت یا حادثه ادراک می‌شود به آشنایی فرد با موقعیت، رویارویی قبلی، یادگیری و آموزش (مانند توانایی عملی) بستگی دارد.

نفوذ تأثیر بین فردی: یک منبع بالقوه استرس در حلقه اجتماعی ادراک نمی‌شود حضور یا عدم حضور دیگران، یعنی زمینه و عوامل موقعیتی، تجربه ذهنی استرس یا پاسخ و رفتارهای مقابله‌ای را تحت تأثیر قرار می‌دهد این تأثیر ممکن است مثبت و منفی باشد (نیکخواه، ۱۳۷۳).

حالت و وضع استرس: به دنبال عدم تعادل بین خواسته ادراک شده و توانایی ادراک شده برای برآورده کردن آن خواسته بوجود می‌آید به عقیده استورا (۱۹۹۱؛ ترجمه دادستان، ۱۳۷۷) این الگو بر چگونگی ادراک فرد از موقعیت تاکید می‌کند در این مدل تاکید بر کنش و واکنش میان فرد و محیط است استرس به عنوان عدم تعادل درک فرد از خواسته‌های خود و ادراک

منابعی که برای مقابله با آن خواسته ها در اختیار دارد مفهوم سازی می شود بنابراین تجربه عینی است که تعیین می کند آیا یک رویداد استرس زا است یا خیر؟

خواسته: خواسته فشار یا خواسته، محصول خواسته عملی، خواسته ادراک شده، توانایی ادراک شده و توانایی عملی است سطح نیازها، تمایلات و تحریکات فوری، شیوه ادراک خواسته را تحت تاثیر قرار می دهد (علیپور، ۱۳۹۱).

نظریه جنگ یا گریز: این که بدن انسان همانند مواد جامد عمل کرده و واکنش نشان می دهد اولین بار توسط والتر کانن بیان شد. کانن به تاثیرات سرما، از دست دادن اکسیژن و استرس زاهای محیطی دیگر علاقه مند بود. کانن در مورد این که بدن چگونه به فوریت ها و حوادث واکنش نشان می دهد نظراتی را ارائه داد وی به واکنش فیزیولوژیکی انسان ها و حیوانات در پاسخ به خطر ادراک شده توجه داشت. کانن بر این عقیده بود که وقتی انسان و حیوانات با خطری مواجه شوند احساس خطر باعث تحریک عصب سمپاتیک می شود و این غدد آدرنال فوق کلیوی را برای ترشح اپی نفرین فعال می کند ترشح اپی نفرین باعث تحریک بدن شده، ضربان قلب، فشارخون، قند خون و تنفس را افزایش می دهد همچنین گردش خون در پوست را کاهش داده و گردش خون را در ماهیچه ها افزایش می دهد و این فعل و انفعالات ما را برای پاسخ و واکنش جنگ یا گریز آماده می کند به همین دلیل نظریه کانن، نظریه جنگ یا گریز نامیده می شود که این واکنش در کوتاه مدت یک واکنش سازگارانه می باشد، زیرا موجود را برای پاسخ سریعتر به خطر آماده می کند اما اگر طولانی شود تحریک زیاد برای سلامتی مضر است. کانن عقیده داشت که سطوح پایین استرس قابل تحمل می باشد ولی شدت بالا یا استرس های مداوم باعث به هم خوردن تعادل حیاتی می شود و در صورت ادامه به سیستم بیولوژیکی آسیب می رساند. چنان که اشاره کردیم سلیه نظریه سندرم سازگاری عمومی را مطرح کرد که دارای ۳ مرحله است: ۱- مرحله اعلام خطر: این واکنش آغازین به وسیله فعال کردن دستگاه عصبی خودمختار، بدن را برای پاسخ به استرس بسیج می کند تا آمادگی برای پاسخ جنگ یا گریز حاصل شود ۲- مرحله مقاومت: در این مرحله بدن سعی می کند با استرس زها سازگاری ایجاد کند افت وخیز و تحریک فیزیکی درصد طبیعی باقی می ماند که مرحله تطابق کامل و موفقیت آمیز می باشد که طی آن فرد تعادل خود را بازیابد اما اگر فشار ادامه داشته باشد و یا این که مکانیزمهای دفاعی به کار نیفتد فرد به مرحله دوم می رسد. ۳- مرحله فرسودگی: در این مرحله توانایی ارگانیزم برای مقاومت تعلیل می رود و منجر به فروپاشی می شود سنجش پاراسمپاتیک دستگاه عصبی خود مختار فعال می شود زیرا به طور معمول این سنجش دستگاه عصبی به حفظ تعادل کمک می کند مشکل این است که به دلیل این که فعالیت سمپاتیک به طور غیرعادی خیلی بالاست فعالیت پاراسمپاتیک به طور غیرعادی کم فعال است تا این وضعیت را جبران کند در نتیجه فرسودگی بوجود می آید و این وضعیت ممکن است به افسردگی و حتی مرگ منجر شود (قاسم زاده، ۱۳۷۶).

چگونه می توان از استرس پیش گیری کرد: ۱- تصمیم گیری صحیح و حل مساله: وقتی با استرس مواجه هستید از خودتان سوال کنید چه چیزی در من استرس ایجاد کرده است برای مقابله با مشکل چه باید کرد و سپس تصمیم بگیرید برای حل آن کاری انجام دهید و مداد و کاغذی بردارید راه حل های احتمالی خود را فهرست کنید و پیامد هر یک از راه حل ها را بنویسید و در نهایت بهترین راه حل را انتخاب کنید. ۲- اجتناب از تعلل: سعی کنید کارها را به تعویق نیندازید. ۳- مذاکره: برای حل مشکلات بین فردی خود با دیگران، با آنها گفت و گو کنید. ۴- توجه به واکنش های خود: به راستی در رویارویی با استرس چه واکنش هایی نشان می دهید مثلاً اگر سردرد یا درد قفسه سینه دارید، راهبردهای رفتاری و در صورت داشتن افکار منفی و نگران کننده، راهبردهای شناختی مؤثر خواهند بود. ۵- اختصاص زمانی برای خود. ۶- تخلیه خشم که فعالیت های زیادی مثل پیاده روی، کوه پیمایی، گفتگو در کاهش خشم مؤثرند. ۷- سرگرمی های شاد: فیلم های شاد، کتاب های فکاهی و گذاردن وقت با افراد شاد و شوخ طبع. ۸- کمک به دیگران. ۹- یاری خواستن از دیگران. ۱۰- مشورت با افراد متخصص مانند روان پزشک، روان شناس و مشاوره. ۱۰- امتیاز دادن به خود، قردرانی از خود به خاطر فعالیت های مثبت یا موفقیت هایی که کسب کرده اید مانند فعالیت های مذهبی. ۱۱- ایجاد تعادل بین باید ها و خواسته ها. ۱۲- بایدها: چیزهایی که ناچار هستیم آن ها را انجام دهیم و انجام دادن آنها ضروری است. ۱۳- خواسته ها: چیزهای که دلمان می خواهد انجام دهیم (نیک خواه، ۱۳۷۳).

نظریه زمینه قبلی: براساس این نظریه در برخی افراد و در بعضی از اندام ها و اعضا از قبل زمینه مساعدتری جهت ابتلاء به اختلالات ناشی از استرس وجود دارد. استعدادهای وراثتی همچون زمینه آمادگی به اضطراب و تنش می باشد. تأثیرپذیری متفاوت افراد مختلف در برابر یک نوع محرک مؤید آن نظریه است اما آن چه وراثتی بودن صرف این نظریه را مورد سوال قرار می دهد نقش عوامل روان شناختی افراد از قبیل میزان اطمینان فرد از حمایت های اجتماعی در برابر استرس است (قاسم زاده، ۱۳۷۶).

نظریه الگوی شخصیت: این گروه از نظریه ها به الگوی شخصیتی افراد در نحوه واکنش به استرس توجه دارند این نظریه ها فرض می کنند که آمادگی برای واکنش به استرس به عنوان نتیجه ای از کشمکش های روانی نشأت گرفته از مسائل حل و فصل نشده مراحل اولیه رشد برومی کند. در این باره دیدگاههای چون فریمن و روزمن (۱۹۷۴؛ به نقل از قاسم زاده، ۱۳۷۶) در مورد الگوی شخصیتی تیپ A وجود دارد مبنی بر این که تیپ A با ویژگیهایی رقابت جویی، وقت شناسی شدید، بی حوصلگی و فعالیت های بسیار، به مراتب استعداد بیشتری نسبت به تیپ B در جهت واکنش محرک ها دارند، در نتیجه از آمادگی بیشتری برای ابتلاء به بیماری های مختلف از جمله اختلالات قلبی و عروقی برخوردارند (علیپور، ۱۳۹۱).

نظریه بحران: کاپلان (۱۹۹۴) و لیند من (۱۹۴۴؛ به نقل از کاپلان، ۱۹۹۴) رویکرد روان شناختی را در مورد استرس بیان کردند آنها عقیده داشتند خصوصیات موقعیت های استرس زا و خصوصیات فردی و اجتماعی شخص در تعیین پریشانی و آشفتگی اهمیت دارد. لیندمن و کاپلان عقیده داشتند که در طول بحران، خصوصیات اجتماعی و شخصی فرد نقش سوم را در تجربه به واکنش های بحرانی بازی می کند و شرایط محیطی تعیین کنند های اصلی این واکنش ها می باشند.

هابفول و الفیش (۱۹۸۶؛ به نقل از علیپور، ۱۳۹۱) نظرات کاپلان و لیندمن را مورد انتقاد قرار دادند و اظهار داشتند که خصوصیات فردی، واکنش های بحرانی و فرایند بحران را تحت تأثیر قرار می دهد، خلاصه آن که به نظریه کاپلان و لیندمن تئوری بحران گفته می شود.

نظریه اسپیلبرگر: در سال ۱۹۶۶ شکل گیری مفهوم استرس با چاپ کتاب اضطراب و رفتار اسپیلبرگر (۱۹۶۶؛ به نقل از قاسم زاده، ۱۳۷۶) و استرس روان شناختی و فرایند مقابله لازاروس (۱۹۶۶؛ به نقل از علیپور، ۱۳۹۱) یک جهش به سوی جلو داشت. اسپیلبرگر (۱۹۶۶؛ به نقل از قاسم زاده، ۱۳۷۶) اضطراب را به عنوان پاسخی، به حوادث استرس زای بیرونی تعریف کرد اما اشاره به واژه استرس نکرد او فرایندی را شرح داد که شامل ارزیابی شناختی اطلاعاتی بود که تجربیات فردی آن را تهدید آمیز تلقی می کند او در کارهای خود روی تفاوت بین تهدیدات جسمی و تهدیدات خود یا الگو تاکید داشت و با این طرز فکر از نظریه کمن و سلیه دفاع کرد.

اسپیلبرگر (۱۹۶۶؛ به نقل از قاسم زاده، ۱۳۷۶) اظهار داشت که اگرچه افراد به طور مشابه به تهدید جسمی واکنش نشان می دهند اما به طور متفاوتی به تهدید «الگو یا خود» پاسخ می دهند و برخلاف سلیه که پاسخ انسانی فیزیولوژیکی را یک امر عمومی می دانست واکنش روان شناختی متفاوتی از افرادی که از نظر خصوصیات شخصیتی متفاوت بودند، مشاهده کرد. نظریه لازاروس و فوکلمن: لازاروس واژه استرس و مقابله را مصطلح کرده است لازاروس و فوکلمن استرس را به مشابه یک ارتباط ویژه بین شخص و محیط که شخص آن را به منزله فشار روزیاده روی در منابع و ظرفیت ها و به خطر انداختن سلامت و رفاه خود ارزیابی می کند، می دانند تاکید این دیدگاه بر تعامل بین شخص و محیط او در تعیین استرس می باشد و همچنین بر اهمیت ارزیابی ماهیت این تعامل تاکید می کند (علیپور، ۱۳۹۱).

استرس منفی و استرس مثبت: برای آنکه استرس و عوامل استرس زا روشن تر تعریف شود، یک مثال می آوریم. فرض کنید از شما خواسته اند تا درباره موضوعی مطلب جمع آوری کنید و آن را در کلاس به صورت سخنرانی (کاری که در تخصص شما نیست) ارائه دهید. واکنش های جسمی، مثل افزایش ضربان های قلب و آهنگ تنفس، بالا رفتن فشار خون، درد معده، خشک شدن دهان و ... نشانه های استرس خواهند بود. عوامل استرس زا که این واکنش ها را راه می اندازد عبارتند از انتقاد درونی از خود، دلهره ناشی از نگاه های کنجکاوانه برخی از دانشجویان، لب لولچه آویزان کردن برخی دیگر و ... بنابراین عامل استرس زا یعنی هر محرکی که استرس به وجود می آورد. البته از این مثال نباید نتیجه گرفت که استرس همیشه منفی است. اگر خوب

توجه کنیم خواهیم دید که تعریف سلیه، هر نوع تقاضای سازگاری از ارگانسیم را استرس آور می‌داند. بنابراین می‌توان گفت که تقریباً همه محرک‌های بیرونی می‌توانند استرس ایجاد کنند، چون همه آنها از ارگانسیم می‌خواهند که سازگار شود. مثلاً وقتی صدایی می‌شنویم به طرف آن برمی‌گردیم و وقتی غذایی در دهان می‌گذاریم بزاق ترشح می‌شود و همه این اعمال برای سازگاری با محیط است. بدین ترتیب می‌توان گفت که در موارد زیادی، استرس خوشایند و مفید خواهد بود. مثلاً، ورزش عامل استرس‌زای خوشایند و مفیدی خواهد بود، زیرا اثربخشی دستگاه قلبی - عروقی را افزایش می‌دهد. سلیه، بین این دو نوع استرس خوشایند و ناخوشایند تفاوت قائل می‌شود. اما روان‌شناسانی که در زمینه بهداشت روان کار می‌کنند اصولاً علاقه دارند پیامدهای منفی استرس را مطالعه کنند و به همین دلیل، آنها اصطلاح استرس را در معنای استرس منفی یا زیان‌آور به کار می‌برند، حال آنکه استرس می‌تواند جنبه مثبت نیز داشته باشد (گنجی؛ ۱۳۷۶).

نظریه پزشکی روان‌تنی: رشته‌ای که با بررسی رابطه‌ی متغیرهای روانشناختی با سلامت جسمانی سروار دارد - در پهنه‌ی پژوهش‌های میان رشته‌ای مرتباً اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. اعتقاد بر این است که بیماری‌هایی مانند حساسیت‌ها، سردردهای میگرنی، فشارخون، ناراحتی‌های قلبی، زخم‌های گوارشی و حتی جوش‌های غرور جوانی با فشار هیجانی ارتباط دارد. پژوهش‌هایی که درباره‌ی این اختلال‌ها صورت گرفته بیش از آن است که بتوان فشرده‌ی آن‌ها را در اینجا بیان داشت، اما ذکر پژوهش‌هایی که رابطه‌ی فشار روانی را با زخم‌های گوارشی و بیماری قلب نشان می‌دهد، نمونه‌هایی از آن پژوهش‌ها به دست خواهد داد (شیخ‌چوکامی؛ ۱۳۹۱).

نظریه ایمن‌شناسی عصبی-روانی: رویکرد بیولوژیک به استرس در کار سلیه از اهمیت بسیاری برخوردار است. او نشان داد که خواسته‌های بیرونی باعث ایجاد پاسخ‌های فیزیولوژیک می‌شود که می‌تواند منجر به آسیب فیزیکی یا حتی مرگ شود. تمایل به نگهداری ثبات محیط درونی (هموستازی) عامل کنترل پاسخ‌های فیزیولوژیک در برابر عوامل فشارزا است. پس از سلیه مطالعه بیولوژیک استرس بر تحلیل مسووط فرآیندهای فیزیولوژیک تأکید کرده و حیطة جدید ایمن‌شناسی عصبی-روانی را به وجود آورده است (کیس سیدی، ۱۹۹۹؛ به نقل از فرجی، ۱۳۷۳).

ایمن‌شناسی عصبی-روانی به مطالعه روابط درونی بین دستگاه عصبی مرکزی و دستگاه ایمنی می‌پردازد (کوهن و هربرت، ۱۹۹۳). دستگاه ایمنی در برابر تمام موجودات ذره بینی مثل باکتری‌ها، ویروس‌ها، قارچ‌ها و انگل‌ها از بدن دفاع می‌کند. وقتی دستگاه ایمنی ضعیف می‌شود، در برابر انواع بیماری‌ها آسیب‌پذیر می‌شویم. ایمن‌شناسی عصبی-روانی بر این باور است که استرس بر سیستم ایمنی اثر گذاشته و عملکرد آن را ضعیف می‌کند. در این شرایط بدن نسبت به بیماری‌هایی مثل سرماخوردگی ساده نیز حساس می‌شود (کیس سیدی، ۱۹۹۹؛ به نقل از فرجی، ۱۳۷۳).

کوهن و هربرت (۱۹۹۶) در تحقیق بر روی حیوانات نشان دادند که مسیرهای فیزیکی برای ارتباط دستگاه عصبی مرکزی و سیستم ایمنی وجود دارد. کاهش مواد شیمیایی در دستگاه عصبی مرکزی منجر به تغییراتی در سیستم ایمنی می‌شود. برخی از مواد شیمیایی که توسط سیستم ایمنی ساخته می‌شوند می‌توانند از مانع مغزی-خونی عبور کرده و کارکرد دستگاه عصبی مرکزی را تغییر دهند. مطالعات آزمایشگاهی با انسان نشان داد رفتارهایی که به طریق شرطی کلاسیک تغییر می‌یابد می‌تواند منجر به تغییر کارکرد ایمنی شده و افرادی که تکالیف متصدی انجام می‌دهند، تحت تأثیر کاهش عملکرد سیستم ایمنی قرار می‌گیرند. مطالعات نشان داده کارکرد ایمنی در افراد دارای افسردگی بالینی یا دارای خلق افسرده کاهش می‌یابد. این امر در نمونه بالینی بیشتر از نمونه غیربالینی است، اما وجود آن در گروه غیربالینی نشانگر استرس می‌باشد. افسردگی دارای انواع درجات متفاوتی است. گروهی از افسردگی‌ها با عنوان افسردگی درون‌زاد شناخته می‌شوند که دارای علل فیزیولوژیک و ژنتیک قوی می‌باشند. این گروه به دارو درمانی بهتر جواب می‌دهند و برخی معتقدند که این اختلال ارتباط چندانی با فشارهای بیرونی نداشته و در بحث استرس نمی‌گنجد، در مقابل نوع دیگری از افسردگی که افسردگی واکنشی یا برون‌زاد نامیده می‌شود، به وضوح با فشارهای خارجی و عوامل محیطی و اجتماعی ارتباط داشته و پیامد فرآیند استرس می‌باشد (شیخ‌چوکامی، ۱۳۹۱).

اعتقاد بر این است کاهش عملکرد ایمنی که در افراد افسرده برونزاد دیده می شود ناشی از استرس است (هربرت و کوهن، ۱۹۹۳). افرادی که سطوح بالاتری از تنهایی و طلاق بعد از ازدواج را گزارش کرده اند و افرادی که حمایت ادراک شده ضعیف تری گزارش می کنند، همگی کارکرد ایمنی ضعیفی نشان داده اند (کوهن و هربرت، ۱۹۹۶).

مطالعات آزمایشی با استفاده از مواجهه عمدی با ویروس هایی مثل ویروس سرماخوردگی در شرایط کنترل شده، ارتباط بین عوامل روانشناختی نقش مهمی در کارکرد ایمنی دارند. به عنوان مثال یک فرد مبتلا به آسم که اخیراً یک دوست صمیمی مبتلا به آسم را از دست داده کاهش شدید در کارکرد ایمنی نشان می دهد. این حادثه حداقل سه پیامد مربوط به استرس دارد. (۱) داغدیدگی و غم ناشی از آن (۲) از دست دادن دوست به معنای از دست دادن حمایت اجتماعی است (حمایت اجتماعی منبع مهمی در کنار آمدن با استرس محسوب می شود). (۳) مرگ یک انسان در اثر بیماری که خود فرد به آن مبتلا است، احساس خطر را افزایش می دهد (شیخ چوکامی، ۱۳۹۱).

بیر و نیومن (۱۹۷۸) سه دسته از نشانه هایی را که در شرایط استرس شغلی بروز می کنند نام برده اند: نشانه های جسمانی، نشانه های روانی، و نشانه های رفتاری. پژوهش ها نشان می دهد که فشار روانی همواره در سازمان ها رو به رشد بوده است. فشار روانی بر همه جنبه های موجود و عوامل انسانی سازمان تاثیر می گذارد. به عبارت دیگر، فشار روانی، جسم و روان کارکنان را تحت تاثیر قرار می دهد و ممکن است فرد دچار حمله قلبی، شوک، فشار خون، سردردهای میگرنی، زخم معده، کم غذایی، درد عضلات، افسردگی، عقده های حقارت، مکانیزم های دفاعی، احساس بی ارزشی و بی احترامی، مشکل در تصمیم گیری، فرسودگی، فراموشی، اشکال در مهارت ها، و نظایر آن شود. از طرف دیگر، فشار روانی الزاماً فقط در یک قشر معین از نیروی انسانی سازمان چون کارمندان شیوع پیدا نمی کند، بلکه در همه طبقات یعنی مدیران، کارکنان، و ... گسترش می یابد (خنیفر، ۱۳۸۵).

طبقه بندی رویدادهای استرسزا: واینر^۱، رویدادهای فشارزا در محیط را به شرح زیر طبقه بندی کرده است و تاکید دارد که دسته های مختلف رویدادهای استرسزا را نباید مستقل از یکدیگر پنداشت و نقش تفاوت های فردی را نادیده گرفت. ۱- وقایع طبیعی و فجایع شامل بهممن، خشکسالی، زمین لرزه، بیماری های همه گیر و ... ۲- فجایع غیرطبیعی که به دست خود انسان به وجود می آید شامل: ترور، سوانح هواپیما، کشتی، قطار و ... ۳- تجارب شخصی و خصوصی شامل از دست دادن عزیزان، تولد نوزاد و ... (شهیدی؛ ۱۳۸۸)

عوامل مؤثر در تشدید فشار روانی: اثرات فشار روانی، مانند میزان اضطرابی که برمی انگیزد و میزان اخلاص آن در توانایی های شخص برای کار و کوشش، به چند عامل بستگی دارد که از آن جمله است برخی ویژگی های خود فشار روانی، مانند موقعیتی که فشار روانی در آن روی می دهد و برآورد و ارزیابی فرد از موقعیت فشارزا و نیز منابعی که وی برای کنار آمدن با آن در دسترس قرار دارد. این عوامل عبارتند از:

پیش بینی پذیری: حتی وقتی فرد نمی تواند کنترلی بر فشار روانی داشته باشد اگر بتواند آن را پیش بینی کند از شدت آن کاسته می شود. امکان کنترل طول دوره فشار روانی: کنترل داشتن بر طول دوره یک رویداد فشارزا، نیز از شدت فشار روانی می کاهد. ارزیابی شناختی: ادراک یک شخص از یک رویداد فشارزا، به برآورد او از درجه تهدیدآمیز بودن آن رویداد بستگی دارد. موقعیت هایی که شخص آنها را به صورت تهدیدی برای زنده ماندن خود یا به صورت تهدیدی برای اعتبار و ارزش خود ادراک می کند، بیشترین فشار روانی را ایجاد می کند.

احساس کارآیی: اطمینان خاطر آدمی به اینکه می تواند یک موقعیت فشارزا را به خوبی اداره کند نیز عامل عمده ای در تعیین شدت فشار روانی به شمار می رود.

حمایت های اجتماعی: امکان دارد که حمایت عاطفی و توجه مردم، فشار روانی را تحمل پذیرتر کند. معمولاً اگر آدمی مجبور شود بدون یاری های دیگران و به تنهایی با رویدادهایی مانند طلاق، مرگ یک دوست محبوب یا بیماری سختی روبرو شود این رویدادها آسیبزا می شوند. (اتکینسون؛ ۱۳۸۳)

ابراهیمی (۱۳۸۱) نشان داد جانبازانی که کمترین میزان افسردگی را داشتند، به طور معنی داری از روشهای مؤثر مقابله‌ای متمرکز بر مسئله به‌ویژه روشهای روی آوردن به مذهب، مقابله فعال، برنامه‌ریزی، جستجوی حمایت اجتماعی و تفسیر مثبت استفاده می‌کردند. همچنین جانبازانی که بالاترین میزان نشانه‌های افسردگی را داشتند کمتر از جانبازانی که نشانه‌های افسردگی کمتری داشتند، از حمایت اجتماعی برخوردار بوده و کشمکش‌های میان فردی بیشتری را گزارش نمودند. همچنین اشتغال، اعزام داوطلبانه به جبهه‌ها (شاخصی از اعتقاد و تمرکز کنترل درونی) با نشانه‌های افسردگی کمتر رابطه داشت. این بررسی نشان‌دهنده نقش مؤثر حمایت اجتماعی و شیوه‌های مقابله‌ای ویژه در کاهش نشانه‌های افسردگی، احساس بهتر و تحمل پیامدهای بیماریها و آسیب‌های جدی مانند قطع نخاع است.

سعادت‌ی و لشنی (۱۳۹۰) نشان دادند نمرات دختران و پسران در دو متغیر هوش معنوی و راهبردهای مقابله با استرس معنی دار بدست آمد. همچنین تحلیل رگرسیون نشان می‌دهد رابطه معنی دار میان دو متغیر هوش معنوی و راهبردهای مقابله با استرس وجود دارد. میان هوش معنوی و راهبردهای مقابله با استرس رابطه معنی دار وجود دارد و هوش معنوی می‌تواند پیش‌بینی کننده‌ی راهبردهای مقابله با استرس باشد.

نژاداحمدی و مرادی (۱۳۹۳) نشان داد که متغیرهای ذهن آگاهی و راهبردهای مقابله مساله‌مدار و هیجان‌مدار قادرند کیفیت زندگی بیماران سرطانی را پیش‌بینی کنند، در حالی که در مورد متغیر استرس ادراک شده مبتنی بر یافته‌ها، می‌توان بیان داشت، افراد ذهن آگاه، موقعیت‌های تهدیدآمیز زندگی را با استرس کمتری ارزیابی کرده و از راهبردهای سازگارانه‌تری در برخورد با شرایط استرس‌زا استفاده می‌کنند، به‌ویژه از راهبردهای اجتنابی کمتر استفاده می‌کنند. یافته‌های این مطالعه پیشنهاد می‌کند که استفاده از روش‌های افزایش ذهن آگاهی و آموزش راهبردهای مقابله سازگارانه می‌تواند موجب ارتقاء ارزیابی مثبت از شرایط استرس‌زا و سرانجام افزایش کیفیت زندگی بیماران سرطانی شود.

خسروانی (۱۳۹۱) نشان داد بین کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی با راهبرد مساله‌مدار و اجتنابی رابطه مثبت معنی دار وجود دارد.

محمدی (۱۳۹۳) نشان داد ۵۵ درصد از تغییرات در کیفیت زندگی دانشجویان را می‌توان با توجه به آمادگی جسمانی و سبک مقابله‌ای آنها تبیین نمود و نیز مشاهده شد که بین مقادیر آمادگی جسمانی (شاخص توده بدنی، انعطاف پذیری، دراز و نشست و استقامت قلبی-عروقی) و سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار با کیفیت زندگی در دانشجویان همبستگی مثبت ولی بین مقادیر آمادگی جسمانی پایین و سبک‌های مقابله‌ای (هیجان‌مدار و اجتناب‌مدار) با کیفیت زندگی دانشجویان رابطه منفی وجود دارد.

بهزادی پور و همکاران (۱۳۹۲) نشان دادند که نتایج حاکی از بهبودی و تفاوت معنی دار گروه آزمایش در تمامی ابعاد مقیاس‌های کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله در مقایسه با گروه گواه بود. پیگیری بعد از ۲ ماه، نتایج به دست آمده در دو گروه را تایید کرد. در پایان نتیجه‌گیری می‌شود که مداخله شناختی رفتاری مدیریت استرس باعث بهبود کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله‌ای بیماران دچار سرطان پستان می‌شود.

نوحی و همکاران (۱۳۹۰) نشان داد که بین میزان کیفیت زندگی و استرس و میزان کیفیت زندگی با روش‌های مقابله‌ای با استرس هیجان‌مدار ارتباط منفی و معنی‌دار و بین میزان کیفیت زندگی و روش‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار ارتباط مثبت و معنی‌دار وجود داشت. نتایج همچنین نشان داد که بین میزان استرس و روش‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار ارتباط منفی و با روش‌های هیجان‌مدار ارتباط مثبت و معنی‌دار وجود داشت. بر اساس نتایج این مطالعه، استفاده از روش‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار با کاهش استرس درک شده و بهبود کیفیت زندگی در بیماران کرونری مرتبط می‌باشد.

ایل بیگی قلعه‌نی و رستمی (۱۳۹۳) نشان داد که تهییج‌پذیری، برون‌گرایی، راهبرد مقابله‌ای مساله‌مدار، راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار، ارزیابی مجدد و سرکوبی هیجان با کیفیت زندگی افراد مبتلا به میگرن رابطه معنی‌دار دارند. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که ۲۸ درصد از واریانس کیفیت زندگی افراد مبتلا به میگرن، توسط ابعاد شخصیتی

HEXACO، تنظیم هیجانی و راهبردهای مقابله با استرس تبیین می شود. استنتاج: ابعاد شخصیتی HEXACO، تنظیم هیجانی و راهبردهای مقابله با استرس، نقشی مهمی در کیفیت زندگی افراد مبتلا به میگرن ایفا می کنند. یافته‌چی و همکاران (۱۳۹۴) نشان دادند بین میانگین نمره‌های شادزیستی و سبک‌های مقابله با استرس در مردان HIV مثبت با مردان سالم تفاوت معنی‌دار وجود داشت. بین میانگین نمرات کیفیت زندگی مردان سالم در مؤلفه‌های عملکرد جسمی، محدودیت ایفای نقش، هیجان، خستگی، درد و سلامت عمومی با بیماران HIV مثبت تفاوت معنی‌دار بود. بیرامی و همکاران (۱۳۹۱) نشان دادند که بین دو متغیر سرسختی روان‌شناختی و حمایت اجتماعی با توان مقابله با استرس در زنان باردار نخست‌زا رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. همچنین متغیرهای سرسختی روان‌شناختی و حمایت اجتماعی قادرند توان مقابله با فشار روانی را در زنان باردار پیش‌بینی کنند.

Archive of SID

روش تحقیق

این پژوهش از نوع مقایسه ای می باشد. به این سبب پرسشنامه استرس ادراک شده PSS14 در بین ۵۰ زن سالم، ۵۰ زن همسر بیمار، ۵۰ مرد سالم و ۵۰ مرد همسر بیمار پخش گردید. روش گردآوری داده ها میدانی بوده و با ابزار پرسشنامه انجام گرفت. جامعه این پژوهش تمام زنان و مردان عادی و همسر بیمار در شهرستان رشت در سال ۱۳۹۵ می باشند. تعداد نمونه ۲۰۰ نفر بوده که ۵۰ زن سالم، ۵۰ زن همسر بیمار، ۵۰ مرد سالم و ۵۰ مرد همسر هستند. روش نمونه گیری در این تحقیق روش نمونه گیری در دسترس می باشد. بدین روش که به بیمارستان های شهر رشت رفته و پرسشنامه بین ۵۰ زن همسر بیمار و ۵۰ مرد همسر پخش گردید؛ سپس پرسشنامه های دیگری بین ۵۰ زن سالم و ۵۰ مرد سالم پخش شد. ابزار پژوهش پرسشنامه ادراک شده PSS14 می باشد.

پرسشنامه استرس ادراک شده در سال ۱۹۸۳ توسط کوهن و همکاران تهیه شده و دارای ۳ نسخه ۴، ۱۰ و ۱۴ ماده ای است که برای سنجش استرس عمومی درک شده در یک ماه گذشته به کار می رود. افکار و احساسات درباره حوادث استرس زا، کنترل، غلبه، کنار آمدن با فشار روانی و استرس تجربه شده را مورد سنجش قرار می دهد. همچنین این مقیاس، عوامل خطرزا در اختلالات رفتاری را بررسی کرده و فرایند روابط تنش زا را نشان می دهد. این پرسشنامه در کشورهای مختلف کاربردهای فراوانی داشته و به همین خاطر به زبان های گوناگون ترجمه و در کشورهای زیادی مورد استفاده قرار گرفته و هنجاریابی شده است. در این مجموعه نسخه ۱۴ ماده ای آن ارائه می شود. آلفای کرونباخ برای این مقیاس در سه مطالعه ۰/۸۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۶ بدست آمده است. نحوه نمره گذاری پرسشنامه به این شکل است که بر اساس طیف ۵ درجه ای لیکرت هرگز = ۰، تقریباً هرگز = ۱، گاهی اوقات = ۲، اغلب اوقات = ۳ و بسیاری از اوقات = ۴ امتیاز تعلق می گیرد. عبارات ۴ - ۵ - ۶ - ۷ - ۹ - ۱۰ و ۱۳ به طور معکوس نمره گذاری می شوند (هرگز = ۴ تا بسیاری از اوقات = ۰). کمترین امتیاز کسب شده صفر و بیشترین نمره ۵۶ است. نمره بالاتر نشان دهنده استرس ادراک شده بیشتر است.

برای تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و به سبب وجود چهار گروه در داده های پارامتریک از آمار استنباطی آزمون F و در داده های ناپارامتریک از آزمون استنباطی کروس کال والیس به کمک نرم افزار spss استفاده شد.

یافته ها

فرضیه:

میزان استرس بین همسران بیماران سرطانی و همسران عادی متفاوت است.

جدول ۴-۱- نتایج آزمون کروسکال والیس تفاوت استرس بین همسران بیماران سرطانی و همسران عادی

سطح معناداری	کا دو	انحراف استاندارد	میانگین	سازه	
۰/۰۰۰	۳۵/۳۶۰	۶/۳۹	۳۹/۹۴	زن همسر عادی	استرس
		۱۰/۳۶	۳۵/۴۲	مرد همسر عادی	
		۶/۶۷	۴۵/۲۰	زن همسر بیمار	
		۱۰/۳۳	۴۰/۲۲	مرد همسر بیمار	

برپایه جدول بالا سطح معناداری به دست آمده برای تفاوت میزان استرس بین همسران بیماران سرطانی و همسران عادی (۰/۰۰۰) کوچکتر از ۰/۰۱ می باشد. بنابراین فرضیه پژوهش با خطای یک صدم پذیرفته می شود. از این رو با اطمینان ۹۹٪ می توان گفت میزان استرس در زنان و مردان همسر بیماران سرطانی به گونه ای معنادار بیشتر از زنان و مردان همسر عادی است.

بحث و نتیجه گیری:

برپایه آمار سطح معناداری به دست آمده برای تفاوت میزان استرس بین همسران بیماران سرطانی و همسران عادی (۰/۰۰۰) کوچکتر از ۰/۰۱ می باشد. بنابراین فرضیه پژوهش با خطای یک صدم پذیرفته می شود. از این رو با اطمینان ۹۹٪ می توان گفت میزان استرس در زنان و مردان همسر بیماران سرطانی به گونه ای معنادار بیشتر از زنان و مردان همسر عادی است. یافته این فرضیه با پژوهش های ایل بیگی قلعه نی و رستمی (۱۳۹۳) و بیرامی و همکاران (۱۳۹۱) همسو می باشد. بنابراین می توان گفت که بیماری می تواند سبب افزایش استرس در خانواده های بیماران سرطانی شود و خانواده ها در برابر سختی ها و تنگناها، آسیب پذیر و ضعیف نماید، و در نتیجه بنیان خانواده را سست نماید. باتوجه به یافته های پژوهش می توان دریافت که زنان همسر بیمار در برابر بیماری همسرشان از بیشترین آسیب پذیری برخوردار بوده و مردان عادی در شرایط طبیعی زندگی از بهترین شرایط زندگی برخوردار می باشند.

به مسئولین پیشنهاد می شود تا برای همسران بیماران سرطانی، به ویژه زنان همسر بیماران سرطانی برنامه های آموزش تمرینات آرام بخش و مدیریت استرس برگزار گردد. همچنین به پژوهشگران آینده پیشنهاد می شود تا این پژوهش را با خود بیماران نیز بسنجند. یعنی در بین یک زوج که یکیشان بیمار سرطانی است، کدام یک استرس بیشتری دارند؟

منابع:

- ابراهیمی، امرا.. (۱۳۸۱) بررسی رابطه شیوه‌های مقابله با استرس و حمایت اجتماعی با میزان افسردگی جانبازان قطع نخاعی. مرکز پزشکی نور؛ اصفهان.
- انکینسون، ریتا ال ؛ انکینسون، ریچارد، اس؛ هیگارد، ارنست آر (۱۳۸۳)زمینه روانشناسی هیلگارد. ترجمه: براهنی، محمدنقی و همکاران. تهران: انتشارات رشد.
- استورا، اچ .ب (۱۹۹۱) تنیدگی یا استرس .ترجمه ی پریخ دادستان (۱۳۷۷). تهران: انتشارات رشد، چاپ اول .
- ایل بیگی قلعه نی، رضا؛ رستمی، مریم (۱۳۹۳) نقش ابعاد شخصیتی **HEXACO** ، تنظیم هیجانی و راهبردهای مقابله با استرس در پیش‌بینی کیفیت زندگی افراد مبتلا به میگرن. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۴ (۱۱۲) ۶۷- ۷۶.
- بافته‌چی، شهین و همکاران (۱۳۹۴) مقایسه شاد زیستی، کیفیت زندگی و راهبردهای رویارویی با استرس در مردان **HIV** مثبت با مردان سالم. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۲۴ (۹۴) ۵۶ - ۴۸.
- بهزادی پور، ساره و همکاران (۱۳۹۲) اثربخشی مداخله شناختی رفتاری مدیریت استرس بر کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله ای در زنان مبتلا به سرطان پستان. نشریه روشها و مدل‌های روان شناختی، ۳ (۱۲) ۴۶- ۲۹.
- بیرامی، منصور؛ زحمت یار، حاجیه؛ بهادری خسروشاهی، جعفر (۱۳۹۱) پیش بینی راهبردهای مقابله با فشار روانی دوران بارداری در زنان باردار نخست‌زا براساس مؤلفه‌های سرسختی و حمایت اجتماعی. پژوهش پرستاری، ۷ (۲۷) ۹ - ۱.
- خدایاری فرد، محمد (۱۳۸۵) استرس و روش های مقابله با آن. دانشگاه تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد.
- خسروانی، الهه (۱۳۹۱) بررسی ارتباط راهبردهای مقابله ای با کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی بیماران عروق کرونری قلب. چهارمین کنگره بین المللی روان تنی.
- خنیفر، حسین (۱۳۸۵) استرس شغلی. از افسانه تا واقعیت. فصلنامه راهبرد.
- رفیعی، حسن؛ سبحانیان، خسرو (۱۳۹۰) خلاصه روانپزشکی جلد دوم کاپلان و سادوک. انتشارات ارجمند.
- زوهمند، م (۱۳۸۶) بررسی رابطه ی بین خدمات حمایتی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به **MS** شهر تهران ، پایان نامه کارشناسی ارشد ، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی .
- سعادت، هیمن؛ لشنی، لیلیا (۱۳۹۰) رابطه هوش معنوی با راهبردهای مقابله با استرس. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- شریفی، و؛ رحیمی موقر، ا؛ محمدی، م.ر؛ رادگودرزی، ر؛ سهیمی ایزدیان، ا؛ و فرهودیان، ع (۱۳۸۲) سه دهه پژوهشهای بهداشت روان کشور: یک بررسی علمسنجی. فصلنامه تازه های علوم شناختی، ۵ (۲) ۱۶ - ۱.
- شکوهی یکتا، محسن؛ شهائیان، آمنه؛ پرند، اکرم (۱۳۹۱) روانشناسی خانواده (فصل ۵). تهران: انتشارات تیمورزاده و طبیب.
- شهیدی، شهریار؛ حمدیه، مصطفی (۱۳۸۸) اصول و مبانی بهداشت روانی. تهران: انتشارات سمت، ص ۱۵۲.
- شیخ چوکامی، مریم (۱۳۹۱) بررسی رابطه بین سبک های هویت با سبک های مقابله با استرس و عزت نفس در دانشجویان دانشگاه پیام نور آستانه اشرفیه. دانشگاه پیام نور آستانه اشرفیه، پایان نامه کارشناسی.
- علیپور الهام (۱۳۹۱) درمان استرس. تهران: انتشارات آوای ظهور.
- قاسم زاده فرید (۱۳۷۶) استرس و ریشه یابی عوامل ایجادکننده و راههای مقابله با آن. تهران: انتشارات پزشک.
- قربانی، نیما (۱۳۷۴) سخت رویی در ساختار وجودی شخصیت. مجله پژوهش های شخصیتی، ۳ (۴) ۹۲ - ۷۶.
- فرجی، جمشید (۱۳۷۳) بررسی اثر آرامش عضلانی بر سیستم ایمنی انسان. دانشگاه فردوسی مشهد، پایان نامه کارشناسی ارشد.
- قربانی، زهره (۱۳۹۱) نظریه امید اسنایدر. دانشگاه الزهراء. ص ص ۱-۲.
- کاپلان، هارولد (۱۹۹۴) داروهای روانپزشکی و سایر درمانهای زیست‌شناختی: سیناپسین روانپزشکی کاپلان و سادوک. ترجمه محقق، رضا (۱۳۷۵). تهران: انتشارات علمی آینده سازان.
- کریمیان، ابودر (۱۳۹۵) استرس. پژوهشکده باقرالعلوم.
- گنجی، حمزه (۱۳۷۶) بهداشت روانی. تهران: انتشارات ارسباران، چاپ اول، ص ۶۸.
- محمدی، علی (۱۳۹۳) رابطه ی بین آمادگی جسمانی و راهبردهای مقابله با استرس با کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز. اولین همایش علمی پژوهشی علوم تربیتی و روان شناسی آسیب های اجتماعی و فرهنگی ایران.



- نژاداحمدی، ندا؛ مرادی، علیرضا (۱۳۹۳) رابطه ذهن آگاهی، راهبردهای مقابله‌ای و استرس ادراک شده با کیفیت زندگی بیماران سرطانی. فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، ۹ (۳۵) ۱۸۸ - ۱۷۱.
- نوحی، عصمت؛ عبدالکریمی، مهدی؛ رضائیان، محسن (۱۳۹۰) کیفیت زندگی و رابطه آن با میزان استرس و روش‌های مقابله با آن در بیماران مبتلا به اختلال عروق کرونر. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۱۰ (۲) ۱۳۷ - ۱۲۷.
- نیک خواه، مرتضی (۱۳۷۳) روشهای برخورد با استرس‌های زندگی. تهران: انتشارات جوانه.
- Beehr Terry A و Newman John E (1978) Job stress, employee health, and organizational effectiveness: A factor analysis, model, and a literature review. *Personnel Psychology*, 31: 665-99
- Cohen, S.; Helbert, T.B (1996) Health psychology: psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology. US National Library of Medicine National Institutes of Health
- Friedman, H.S & Booth - Kewely, S.(1987). The disease - prone personality. *American psychologist*, 42,539-555.
- Holmes, T.H, & Rahe, R.H.(1976). The social readjustment rating scale. *Journal of psychosomatic Medicine*, 11,213-218
- Kobasa, S.C.(1979). Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *Journal of personality and social psychology*, 36,1-11.
- Maddi, S.R.(1990). Issues and intervention in stress mastery. In S.H.Friedman(Ed). *Personality and Disease*.

Archive of SID