

دانلود فایل WORD این پایان نامه کارشناسی روانشناسی پیام نور از اینجا

همراه با منابع فارسی و لاتین



پایان نامه برای دریافت کارشناسی ارشد (M. A)

رشته

عنوان:

مقایسه باورهای سلامتی، سرسختی و رویدادهای زندگی در بین بیماران مبتلا به سرطان و سالم

فصل دوم

مبانی نظری و پیشینه پژوهش

مقدمه

در هر پژوهشی مبانی نظری و طرح دیدگاههای نظریه پردازان از اهمیت ویژه ای برخوردار است. یکی از جنبه ها عمده و ضروری در هر پژوهش مطالعه منابع مربوط به موضوع مورد تحقیق است. در این راستا در این فصل ابتدا به بررسی مبانی نظری متغیرهای پژوهش پرداخته شد و سپس پیشینه تحقیق مورد بررسی قرار گرفت.

۱-۲. بیماری سرطان

سرطان واژه ای است که برای طیف وسیعی از بیماری ها که همراه با تکثیر غیر قابل کنترل سلولی و تهاجم به اعضای دیگر بدن است، به کار برده می شود. سلول های سرطانی می توانند از طریق خون یا سیستم لنفاوی به بخش های دیگر بدن انتقال یابند. بیش از دویست نوع سرطان وجود دارد که اغلب براساس عضو یا نوع سلولی که درگیر می شود نام گذاری می شوند (یعقوبی جویباری، فراستی نسب، و آزاده، ۱۳۹۲).

در واقع سرطان نوعی از بیماری است که با رشد کنترل نشده سلولی و تهاجم به بافت های موضعی و متاستاز سیستماتیک مشخص می شود (هالت^۱، ۲۰۰۰). علیرغم پیشرفت های قابل توجه علم پزشکی، سرطان همچنان به عنوان یکی از مهم ترین بیماری های قرن حاضر و دومین علت مرگ و میر بعد از بیماری های قلب و عروق مطرح است. در حال حاضر بیش از ۷ میلیون نفر در جهان در اثر ابتلا به سرطان جان خود را از دست می دهند و پیش بینی می شود که تعداد مبتلایان تا سال ۲۰۲۰ سالانه از ۱۰ میلیون به ۱۵ میلیون نفر برسد (حسن پور دهکردی، ۱۳۸۶).

تاکنون بیش از دویست نوع سرطان شناخته شده است که به طور کلی در چهار گروه قرار می گیرند (یعقوبی جویباری و همکاران، ۱۳۹۲):

کارسینوم: حدود ۸۵ تا ۹۰٪ سرطان ها را شامل می شود که شامل تومورهای سفتی است که از لایه خارجی یک بافت منشا می گیرند. مثال هایی از کارسینوم شامل کارسینوم پستان، ریه، حالب، روده، مریف معده و کلیه می باشد.

لنفوم ها یا سرطان های سیستم لنفاوی: شامل سرطان هایی است که علت تولید سلول غیر عادی در آنها، عملکرد غیر طبیعی غدد لنفاوی یا طحال می باشد. لنفوم می تواند سبب ایجاد تومورهایی سفت در نقاط مختلف بدن گردد.

لوسمی: تومورهایی هستند که مغز استخوان را که در سیستم گردش خون نقش مهمی دارد درگیر می کنند و سبب ایجاد سلول های غیر طبیعی در خون مثل گلبول های سفید غیر طبیعی می گردند.

سارکوم ها: تومورهایی سفتی هستند که از بافت همبندی (بافت هایی که باعث پیوند اعضای بدن به هم می شوند) عضلات، استخوان ها، اعصاب و سایر اعضا منشا می گیرد (یعقوبی جویباری و همکاران، ۱۳۹۲).

۱-۱-۲. سرطان پستان

¹ Holt, J

امروزه همواره بیماری ها رو به افزایش می باشد. در این میان سرطان یکی از خطرناک ترین این بیماری ها بوده است. در حال حاضر انواع مختلفی از سرطان وجود دارد که در این میان سرطان پستان یکی از خطرناک ترین آن ها و دلیل مرگ و میر در سال های اخیر دلیل بوده است و در آینده نیز دلیل مرگ و میر های بیشتری خواهد بود. این بیماری اغلب در میان زنان متداول می باشد (سئوسا و بیندو^۲، ۲۰۱۵). سرطان پستان یکی از انواع سرطان هاست که در آن سلول های غیر طبیعی به صورت غیر قابل کنترل در یک یا هر دو سینه رشد می کنند. این سلول ها می توانند بافت های اطراف را مورد تهاجم قرار داده و موجب تشکیل یک توده شوند که اغلب تومور نامیده میشود. همچنین این سلول ها می توانند انتشار یافته و به بافتها و غدد لنفاوی اطراف گسترش یابند که به آن متاستاز گویند. در حالی که میزان شیوع این بیماری در کشورهای در حال توسعه کمتر می باشد، میزان مرگ و میر بیشتر می باشد. بهبود این بیماری به دو عامل اصلی تشخیص در مراحل ابتدائی و انتخاب روش درمان مطلوب وابسته می باشد (یپ و تیب^۳، ۲۰۱۴).

علت اصلی این بیماری در اکثر بیماران مبهم می باشد، ولی عوامل خطرزای متعددی مربوط به پیشرفت این بیماری می شوند که شامل افزایش سن، سابقه ی خانوادگی، چاقی، مصرف الکل، قرار گرفتن در معرض استروژن، وراثت ژن های مستعد، مشخصا ژن های RBCA1 و RBCA2 دو ژن از مجموعه ژن های انسان هستند که وظیفه اصلی آنها کنترل سلامت DNA و ترمیم جهشها و آسیب های وارده به DNA است وظیفه اصلی دو ژن BRCA1 و BRCA2 ترمیم جهش و آسیب های وارده به DNA است. این دو ژن عضو گروهی از ژنها هستند که به خانواده ژنهای سرکوب گر تومور معروف هستند. برخلاف پیشرفت در شناسایی عوامل خطرزا و نشان های ژنتیکی این بیماری، حدودا ۷۰ تا ۸۰ درصد مواردی که در زنان اتفاق می افتد بدون دلیل شناخته شده ی پیش بینی شده ای می باشد (کلی^۴ و همکاران، ۲۰۰۹).

این بیماری در ابتدا علائم و نشانه ای ندارد. غده شاید آنقدر کوچک باشد که قابل حس کردن نباشد و نشانه های تغییرات غیر معمولی را در خود احساس نکنیم. اغلب ناحیه ی غیر معمول در غربالگری ماموگرافی مشخص شده که پس از آن به تست های گوناگون منجر خواهد شد. در برخی موارد نیز توده توسط خود شخص با دکتر قابل تشخیص می باشد. توده ای که بدون درد، سخت و دارای لبه می باشد بیشتر احتمال توده ی سرطانی بودن را دارد ولی گاهی توده نازک و نرم و دایره ای می باشد. به این دلیل است که هر ساله

² Swetha, T. L. V. N., & Bindu, C. H

³ Yip, C. H & Taib, N

⁴ Kelly, K. M

ضروری می باشد که هر ساله جهت معاینه به دکتر مراجعه شود. از نشانه های آن می توان به ورم کل یا قسمتی از سینه، خارش یا کم رنگ شدن پوست، درد در سینه، درد یا فرورفتگی در نوک سینه، وجود توده در ناحیه ی زیربغل و ... باشد. روش های متعددی در تشخیص این بیماری مطرح می شوند معاینه توسط خود شخص، معاینه توسط پزشک، ام آر آی ، سونوگرافی، ترموگرافی ، بیوپسی ، ماموگرافیه (قائمی و مهدوی، ۱۳۹۶).

۲-۱-۲. سبب شناسی سرطان

طبقه بندی عناصر و عوامل مداخله کننده در کارسینوژنیزس شامل ویروس ها و باکتری ها، و عوامل فیزیکی، شیمیایی، ژنتیکی یا مشخصات فامیلی، رژیم غذایی و عوامل هورمونی است (بهرنز و همکاران، ۱۹۹۷). مشکل است که ویروس ها به عنوان علت سرطان در انسان ارزیابی شوند چون جدا کردن آنها کاری دشوار است. به هر حال وقتی نوع مشخصی از سرطان در گروه های خاصی ظاهر می شود علل عفونی، در نظر گرفته شده یا مورد شک هستند. باکتری ها به عنوان علت سرطان بیش از سال ها است که ارزیابی شده اند اما شواهد اندکی ارتباطی باکتری با سرطان را حمایت می کند. عوامل فیزیکی همراه با کارسینوژنیزس شامل مواجهه با نور خورشید یا تشعشع، تحریک یا التهاب مزمن، و مصرف تنباکو است. تصور می شود که در حدود ۷۵٪ از همه سرطان ها به محیط مرتبط هستند. خطرناک ترین مواد یمیایی اثرات سمی خود را از طریق تغییر ساختمان DNA در نواحی از بدن که از مواجهه با مواد شیمیایی دورتر بوده اند، ایجاد می کنند. کبد، ریه ها و کلیه ها از جمله ارگان هایی هستند که احتمالاً به دلیل نقش خود در سمیت زدایی ماد شیمیایی بیشتر متاثر می شوند (رامچندرن^۵، ۲۰۱۲).

تقریباً نشان داده شده است که در همه انواع سرطان استعداد خانوادگی وجود دارد. این مطلب ممکن است مربوط به ژنتیک، محیط های مشترک، عوامل فرهنگی، شیوه زندگی یا تنها شانس باشد. عوامل مربوط به رژیم غذایی نیز به سرطان های با عامل محیطی مرتبط می شوند. مواد غذایی پیشگیرانه (محافظتی)، سرطان را یا کمک کننده به عامل سرطان را باشند. یکی دیگر از عواملی که در بروز سرطان نقش دارند عوامل هورمونی می باشند. رشد تومور با اختلال در تعادل هورمونی، هم به شکل تولید هورمون توسط خود بدن (آندوژن) و هم به شکل مصرف هورمون های اگزوژن افزایش می یابد (توونسن چین^۶ و لینچ^۷، ۲۰۱۲).

⁵ Ramchandren R

⁶ Townsend W

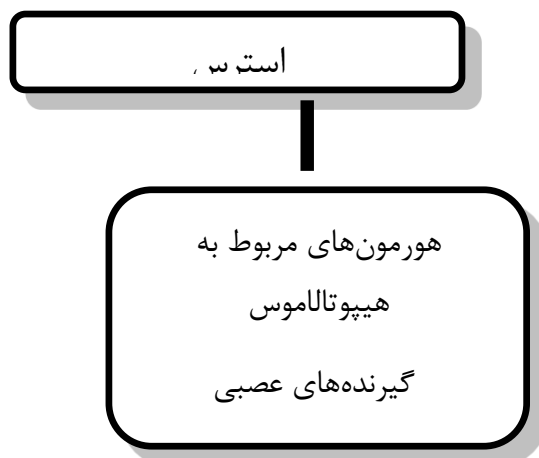
⁷ Linch D

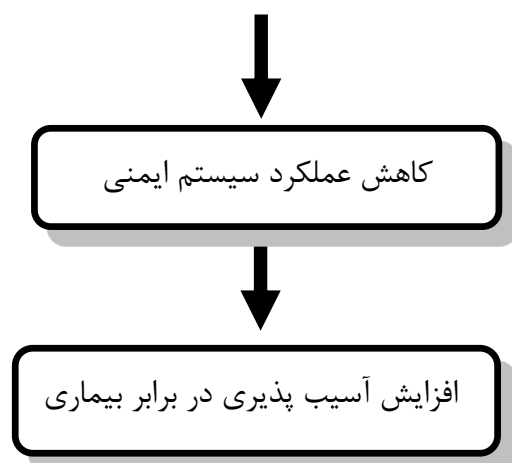
۳-۱-۲. استرس و سیستم ایمنی

در حوزه روان شناسی تندرستی رشته‌ای به نام ایمنی شناسی روانی-عصبی^۸ وجود دارد که ارتباط بین استرس، عملکرد سیستم عصبی، و سیستم ایمنی را بررسی می‌کند. پژوهشگران در حوزه‌های پزشکی و روان شناسی، اختلال‌هایی را بررسی می‌کنند که تحت تأثیر پاسخ‌های مرتبط با استرس می‌دانند که در سیستم عصبی مرکزی آغاز می‌شوند. و همچنین تحقیقات روشن کرده است که تجربیات استرس، عاطفه منفی، افسردگی، فقدان حمایت اجتماعی، و سرکوبی و انکار می‌تواند بر وضعیت عملکرد ایمنی تأثیر بگذارند (هالجین و ویتبورن، ۲۰۰۷، ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۲؛ سادوک و سادوک، ۲۰۰۱؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۹۱).

به طوری که در شکل ۱-۲ نشان داده شده است، رویداد استرس زا می‌تواند یک رشته واکنش‌هایی را در بدن آغاز کند که مقاومت آن را در برابر بیماری کاهش دهد. این واکنش‌ها همچنین می‌توانند نشانه‌های اختلال جسمانی مرتبط با استرس را تشدید کنند. یک توجیه برای این روابط این است که استرس هورمون‌هایی را که توسط هیپوتالاموس تنظیم می‌شوند، تحریک می‌کند و این هورمون‌ها فعالیت سیستم ایمنی را کاهش می‌دهند. وقتی محافظت کاهش می‌یابد، بدن در برابر عفونت، مواد آلرژی زا، و مهاجمان جدی‌تر، نظیر مواد سرطان زا کمتر مقاوم می‌شود. واکنش‌های سیستم عصبی، همچنین از طریق پایانه‌های عصب در قسمت‌هایی از بدن که درگیر سیستم ایمنی هستند، مانند گره‌های لنفاوی، تیموس، و طحال، عملکرد سیستم ایمنی را تغییر می‌دهند. این فرایندها، تعداد زیادی از اختلال‌های جسمانی، از جمله سرطان را توجیه می‌کند (هالجین و ویتبورن، ۲۰۰۷، ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۲).

شکل ۱-۲. رابطه بین استرس، عملکرد سیستم ایمنی، و بیماری





۴-۱-۲. سرطان و عوامل روانی

فشار روانی و شخصیت به عنوان دو عامل روان شناختی که ممکن است در بوجود آوردن سرطان سهم داشته باشند. مطالعات حیوانی نشان داده است که فشار روانی غیرقابل کنترل با رشد سرطان مربوط است. فرضیه در حال ظهور این است: افرادی که احساسات قوی را نکارمی کنند بیشتر مستعد بروز سرطان هستند تا افرادی که می توانند به طور مناسبی هیجانات خود را بروز دهند. در یک مطالعه روان شناختی بر روی بیماران سرطانی اکثرا دارای غدد بزرگ غیر قابل علاجی بودند تنها حدود ۳۰ درصد آنها هیچگونه ناامیدی، یا دلسردی راجع به آینده احساس نمی کردند (ساراسون و ساراسون، ۱۹۸۷؛ ترجمه، نجاریان، اصغری مقدم و دهقانی، ۱۳۸۷؛ سادوک و سادوک، ۲۰۰۱؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۹۱).

مطالعه ای توسط گریور و موریس (۱۹۷۵) نشان می دهد طریقی که افراد با هیجان قوی مثل خشم روبرو می شوند بویژه مهم است. این مطالعه رابطه بین شخصیت و سرطان پستان در زنان را مد نظر قرار داده بود. روز قبل از انجام معاینه جراحی برای تعیین اینکه آیا غده های سرطانی آنها بدخیم بودند یا نه، زنان مورد مصاحبه قرار گرفتند و آزمونهای روانشناختی از آنها گرفته د. زنانی که بعدا معلوم شد غده سرطانی آنها بدخیم است یا خشم خود را بسیار مستقیم ابراز می کردند یا کاملا آنرا محبوس می ساختند. محققانی که مصاحبه های روان شناختی را انجام دادند و آزمونها را اجرا کردند، اطلاعی از خوش خیم بودن یا نبودن غده سرطانی آزمودنیها نداشتند. هم آنها و هم آزمودنیها از نتیجه نمونه برداری بی اطلاع بودند. هر چند تفاوت هایی معنی

داری از لحاظ ابراز خشم بین زنان دارای غده سرطانی بد خیم و خوش خیم وجود داشت، هیچ تفاوت معنی داری در دیگر متغیر ها مثل هوش و افسردگی بین آنها وجود نداشت (ساراسون و ساراسون، ۱۹۸۷؛ ترجمه، نجاریان و همکاران، ۱۳۸۷).

براساس نتایج تحقیقات شواهد هم گرایی مبنی بر وجود مجموعه ای از عوامل در برخی از افراد، برای ظهور بالقوه بیماری سرطان یا پیشروری سریع تر در مراحل این بیماری وجود دارد. این عوامل عبارتند از الف) ویژگی های شخصیتی یا سبک های مقابله ای خاص که تحت عنوان سر واژه بیماری سرطان، با تیپ شخصیت C مورد بحث قرار می گیرند. ب) دشواری در بیان عواطف و احساسات؛ ج) نگرش یا تمایل به درماندگی و نا امیدی (تموشوک^۹، ۱۹۸۷). شخصیت های سرطانی، تمایل به افسردگی دارند و بازخورد ناامیدانه ای دارند و مکانیزم دفاعی انکار استفاده می کنند (جعفری و همکاران، ۱۳۸۸). و به جای ابراز نیاز ها و احساسات خود به سرکوب آنها دست می زنند (گارسن^{۱۰}، ۲۰۰۷).

متخصصان بالینی با کمک گرفتن از پژوهشی که تیپ شخصیت C را به مستعد بودن برای سرطان ربط می دهد، درمان هایی را برای سرطان ابداع کرده اند که روش های رفتاری را شامل می شوند. برخی از متخصصان بالینی توصیه کرده اند که به بیماران سرطانی آموزش داده شود به جای اینکه احساسات خشم خود را منکوب کنند، آنها را تخلیه نمایند، و همین طور برای کمک به آرمیدگی، فنون مراقبه را اجرا کنند. علاوه بر این، به بیماران سرطانی یاد داده می شود برای فعال ساختن سیستم ایمنی شان جهت مبارزه با سلول های سرطانی، از تصویر سازی های ذهنی استفاده کنند (هالچین و ویتبورن، ۱۹۴۸، ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۲).

۲-۱-۵. مولفه شناختی سرطان

مدت ها تصور می شد که استرس علت کاهش پاسخ ایمنی است، ولی اکنون دلایل کافی برای تغییر این نگرش وجود دارد. امروزه فرض بر این است که کاهش پاسخ ایمنی ناشی از شناخت های منفی است. سلیگمن (۱۹۹۰) ضمن مطالعه درباره اسردگی خاطر نشان ساخت که تخلیه کتکولامین ها به واکنش آندروفین می انجامد که آن نیز پاسخ ایمنی را متوقف می کند. در حالی که استرس موجب تخلیه کتکولامین ها می شود، ذکر این نکته مهم است که دستگاه ایمنی اغلب در غیاب استرس متوقف می شود. اگر شناخت های منفی علت ضعف در سیستم ایمنی است، این امر باید بتواند توضیح دهد که چرا پژوهشگران قادر نبودند ضعف در سلامتی، مانند فشار خون بالا را براساس استرس زها، پیش بینی کنند، و چرا شرایط منفی غالبا

⁹ Temohok, L

¹⁰ Garssen, B

نشانه ای برای ضعف سلامتی است (فرانکن، ۲۰۰۲؛ ترجمه شمس اسفند آباد، محمودی، امامی پور، ۱۳۸۴؛ سادوک و سادوک، ۲۰۰۱؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۹۱).

شواهد دیگر مربوط می شود به تعامل بین نظریه های آشکار و استرس. به نظر می رسد افرادی که دید منفی نسبت به دنیا دارند استرس بیشتری را تجربه می کنند. پژوهش توماکا و بلاسکوویچ نشان می دهد که افراد مثبت نگر به دنیا، تکالیف آزمایشگاهی را کمتر استرس زا برآورد می کنند و واکنش های چالش انگیز بیشتری نسبت به تهدید نشان می دهند. براساس نظریه لازاروس، دو مرحله متمایز در ارزیابی وجود دارد، ارزیابی اولیه، که تهدید و آسیب را بررسی می کند، و ارزیابی ثانویه، که مهارت انطباقی را ارزیابی می کند. براساس نظریه لازاروس، ارزیابی اولیه و ثانویه فرایندهای متمایزی هستند. ارزیابی اولیه ابتدا رخ می دهد و باعث واکنش استرس به تهدید یا آسیب می شود، در حالی که ارزیابی ثانویه به دنبال استرس می آید و آن را تعدیل می کند (فرانکن، ۲۰۰۲؛ ترجمه شمس اسفند آباد و همکاران، ۱۳۸۴).

امید، خوش بینی و تفکر سازنده همواره با سلامتی رابطه داشته اند. به نظر می رسد افرادی که دیدگاه مثبتی نسبت دنیا و خودشان دارند به راحتی می توانند از اتفاقات ناگوار دوری کنند. آنها به رفتارهایی می پردازند که آنها را از وضعیت ناگوار فعلی می رهاوند. توانایی تفکر مثبت نه تنها مقدار پاسخ استرس را کم می کند بلکه به رشد مهارت های انطباقی می انجامد (ساراسون و ساراسون، ۱۹۸۷؛ ترجمه، نجاریان و همکاران، ۱۳۸۷).

۲-۲. باورهای سلامتی

مدل باورهای سلامتی^{۱۱} ابزاری است که دانشمندان برای آزمایش و پیش بینی رفتارهای مبتنی بر سلامتی از آن استفاده می کنند. در اصل در دهه ۱۹۵۰ این مدل ایجاد و در دهه ۱۹۸۰ به روز شد. این مدل مبتنی بر این نظریه است که تمایل فرد به تغییر رفتارهای سلامتی خود در درجه اول به دلیل درک وی از سلامتی است (شیپرد و توماس^{۱۲}، ۲۰۲۰).

از الگوی باور سلامتی به طور گسترده ای برای تبیین رفتارهای مرتبط با سلامتی در بسیاری از نقاط جهان استفاده شده است تا سرنخ هایی را برای اقدامات بیماران در طول بیماریهای خود ارائه دهد و رفتارهای

^{۱۱} Health Belief Model

^{۱۲} Sheppard J, Thomas CB

مربوط به سلامتی آنها بر اساس اعتقادات خود تبیین و پیش بینی شود (اکویی^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۹). این الگو توسط باکر^{۱۴} و همکاران (۱۹۷۴) بر اساس تئوریهای روان شناختی انگیزش شناخت و انتظار ارزش ساخته شد. باورهای سلامتی، بیان کننده باورهای فردی و عمل به رفتار آگاهانه است و شامل حساسیت درک شده، شدت درک شده، تهدید درک شده، موانع درک شده مزایای درک شده و خودکارآمدی درک شده می باشد (مختار، ۲۰۲۰). الگوی باورهای سلامتی در ابتدا جهت کمک به منظور پیش بینی واکنشهای رفتاری افراد به بیماری ارائه شد و ده ها سال است که در مطالعات حیطه واکسیناسیون خود مراقبتی و سایر رفتارهای اصلاحی بیمار در جهت کاهش تهدید برای سلامتی به کار می رود (شیپرد و توماس، ۲۰۲۰). این مدل بر نقش فرآیند ذهنی فرد در رفتارها تأکید دارد و تغییر باورهای سلامتی قادر است رفتارهای سلامتی را به طور مؤثر تغییر دهد (استروپ و لیهی^{۱۵}، ۲۰۱۴).

طبق این مدل، باورهای فردی شما در مورد سلامتی روحی و جسمی در تعیین رفتارهای مربوط به سلامتی تان نقش دارد. عوامل کلیدی که بر رویکردتان نسبت به سلامتی تأثیر می گذارد به شرح زیر است:

- موانعی که فکر می کنید ممکن مانع راهتان شود
- قرار گرفتن در معرض اطلاعاتی که شما را به اقدام وا می دارد
- این فکر که با انجام رفتارهای سالم چقدر سود خواهید برد
- فکر اینکه چقدر مستعد بیماری هستید
- عواقبی که فکر می کنید ناشی از بیمار شدن شما خواهد بود
- اعتماد به نفس شما در تواناییتان برای موفقیت

متخصصان بهداشت معمولاً به دنبال روش هایی هستند که چنین مدل های باور سلامتی ایجاد کنند تا بتوانند بر عملکردهای افراد تأثیر بگذارند. از جمله این روش ها، رفتارهای که می تواند بر سلامت فردی و عمومی تأثیر بگذارد (کونر و نورمان^{۱۶}، ۲۰۱۵).

۱-۲-۲. مولفه های باورهای سلامتی

۱-۱-۲-۲. شدت خطر

¹³ Acquaye VA

¹⁴ Becker MH

¹⁵ Straub CL, Leahy JE

¹⁶ Conner M, Norman P

احتمال اینکه فرد رفتارهای سلامتی خود را تغییر دهد تا از نتیجه آن جلوگیری کند، به میزان جدی بودن عواقب آن رفتار بستگی دارد (باس^{۱۷}، ۲۰۲۰). مثلاً: اگر جوان و عاشق هستید، بعید است از بوسه زدن بر روی لب عزیز خود جلوگیری کنید فقط به این دلیل که دهانش بو می‌دهد و یا اینکه ممکن است سرما بخورید. از طرف دیگر، اگر احتمال دهید بیماری جدی‌تری ممکن به شما انتقال دهد، احتمالاً دست از بوسیدن وی برمی‌دارید.

به همین ترتیب، وقتی فکر مردم فکر می‌کنند بیماری‌های مقاربتی که ممکن به آن دچار شوند، جزئی است، کمتر از کاندوم استفاده می‌کنند. اما زمانی که اطلاعات در مورد بیماری ایدز افزایش یافت، روابط جنسی محافظت شدن نیز بیشتر شد. دلیل این امر افزایش شدت درک مردم از خطر بود.

شدت یک بیماری می‌تواند تأثیر عمده‌ای بر نتایج سلامتی داشته باشد. با این حال، تعدادی از مطالعات نشان داده‌اند که شدت خطر که توسط اشخاص درک می‌شود کمترین تأثیر را برای این دارد که افراد رفتارهای پیشگیرانه سلامتی را رعایت کنند یا نه (شیپرد و توماس، ۲۰۲۰).

۲-۱-۲-۲. حساسیت درک شده

افراد رفتارهای سلامتی خود را تغییر نمی‌دهند مگر اینکه باور کنند که در معرض خطر هستند (باس، ۲۰۲۰).
مثلاً:

- افرادی که فکر می‌کنند احتمال ابتلا آنها به آنفولانزا کمتر است، واکسن آنفولانزا را نمی‌زنند.
- افرادی که فکر می‌کنند بعید است به سرطان پوست مبتلا شوند کمتر از کرم ضد آفتاب استفاده می‌کنند یا در معرض آفتاب قرار می‌گیرند.
- کسانی که فکر می‌کنند امکان ابتلا آنها از طریق رابطه محافظت نشده به ایدز وجود ندارد، کمتر از کاندوم استفاده می‌کنند.
- جوانانی که تصور می‌نمایند امکان ابتلا به سرطان ریه در آنها پایین است، کمتر مصرف سیگار را ترک می‌کنند.

تحقیقات نشان می‌دهد که حساسیت درک شده نسبت به بیماری نقش مهمی در انجام رفتارهای سلامتی پیشگیرانه دارد (شیپرد و توماس، ۲۰۲۰).

۲-۲-۱-۳. مزایای درک شده

متقاعد کردن مردم برای تغییر رفتاری اگر در ازای این تغییر چیزی دریافت نکنند، دشوار است. اگر در عوض آن چیزی که از آن لذت می‌برد چیزی به شخص نرسد، امکانی که اشخاص آن را رها کنند خیلی کم است (باس^{۱۸}، ۲۰۲۰). مثلاً:

- اگر شخصی فکر نکند که با ترک سیگار به نوعی زندگی او بهتر می‌شود، احتمالاً سیگار را ترک نخواهد کرد.
 - یک زن و شوهر معمولاً ترجیح می‌دهند رابطه جنسی ایمنی نداشته باشند. مگر اینکه متوجه شوند رابطه جنسی محافظت شده، زندگی جنسی آنها را بهتر می‌کند.
 - اگر اشخاص ندانند که منفعت فردی برای آنها وجود دارد، ممکن واکسن نزند.
- این مزایای درک شده توسط مردم اغلب با عوامل دیگری از جمله تأثیر مزایای رفتار مرتبط هستند. اگر اعتقاد دارید ورزش منظم و داشتن رژیم غذایی سالم می‌تواند از بیماری قلبی جلوگیری کند. این باور مزایای ادراک شده باعث می‌شود امکان انجام این رفتارها افزایش یابد (شیپرد و توماس، ۲۰۲۰).

۲-۲-۱-۴. موانع درک شده

یکی از مهمترین دلایلی که مردم رفتارهای سلامتی خود را تغییر نمی‌دهند این است که فکر می‌کنند انجام این کار سخت خواهد بود. تغییر رفتارهای سلامتی نیاز به صرف هزینه و وقت دارد (باس، ۲۰۲۰). موانع معمول درک شده عبارتند از:

- مقدار تلاش لازم
- خطر
- درد و ناراحتی
- هزینه
- ناراحتی
- عواقب اجتماعی

گاهی اوقات فقط مسئله دشواری جسمی نیست، بلکه مشکل اجتماعی نیز هست. به عنوان مثال، اگر فکر می‌کنید کاندوم نشانه بی‌اعتمادی در یک رابطه است، ممکن در استفاده از آن مردد باشید. براساس تحقیقات، مشخص شده موانع موجود برای انجام رفتارهای سالم به تنهایی یکی از قدرتمندترین دلایل برای انجام دادن یا ندادن این نوع رفتارها است (شیپرد و توماس، ۲۰۲۰).

هنگام ارتقاء رفتارهای مربوط به سلامتی مانند واکسیناسیون یا پیشگیری از بیماری مقاربتی، یافتن روش‌هایی برای کمک به افراد برای عبور از موانع موجود مهم است. برنامه‌های پیشگیری از بیماری اغلب می‌توانند با افزایش قابلیت دسترسی، کاهش هزینه‌ها یا ارتقاء باورهای خودکارآمدی بیشتر شود (اکویی و همکاران، ۲۰۱۹).

۲-۱-۵. نشانه‌هایی برای اقدام و خودکارآمدی

یکی از بهترین چیزها در مورد مدل باورهای سلامتی این است که چقدر واقع بین بودن تاثیر در تنظیم رفتار افراد دارد. اینکه فقط فرد تمایل به تغییر رفتارها سلامتی خود داشته باشد کافی نیست که واقعا فرد مجبور به انجام این تغییرات شود. به همین دلیل دو عنصر دیگر نیز لازم است که یک فرد بتواند جهش کند. این دو عنصر شامل نشانه‌های اقدام و کارآمدی می‌شوند. (باس، ۲۰۲۰).

نشانه‌های اقدام، رویدادهای بیرونی هستند که تمایل به ایجاد تغییر در سلامتی را برمی‌انگیزند. این رویدادهای بیرونی می‌تواند حضور یک ون فشار خون در یک نمایشگاه سلامتی، دیدن پوستر کاندوم در قطار، تا دیدن آمار ابتلا به سرطان باشد. نشانه از اقدام چیزی است که به افراد کمک می‌کند که اگر تمایل به ایجاد تغییر در رویکرد مسائل مربوط به سلامتی خود دارند، به سمت عمل حرکت نمایند (اکویی و همکاران، ۲۰۱۹).

خودکارآمدی عنصری است که تا سال ۱۹۸۸ به مدل باورهای سلامتی اضافه نشده بود. خودکارآمدی اعتقاد فرد به توانایی او در ایجاد یک تغییر مرتبط با سلامتی را بررسی می‌کند. شاید به نظر بی‌اهمیت برسد، اما ایمان به توانایی خودتان در انجام کاری، تاثیر زیادی بر توانایی واقعی‌تان در انجام آن کار دارد (باس، ۲۰۲۰).

۲-۲-۲. تاثیر خودکارآمدی در باورهای سلامتی

یافتن راه‌هایی برای بهبود خودکارآمدی فردی می‌تواند تاثیر مثبتی بر رفتارهای مرتبط با سلامتی داشته باشد (شیپرد و توماس، ۲۰۲۰). به عنوان مثال، یک مطالعه نشان داد زنانی که احساس خودکارآمدی بیشتری نسبت به شیردهی دارند، احتمال بیشتری دارد که به نوزادان خود مدت بیشتری شیر بدهند. محققان نتیجه

گرفتند که آموزش اعتماد به نفس بیشتر مادران در مورد شیردهی باعث بهبود تغذیه نوزادان می‌شود. تصور اینکه شکست خواهید خورد، تقریباً باعث می‌شود که حتماً این اتفاق رخ دهد. در حقیقت، در سال‌های اخیر مشخص شده است که خودکارآمدی یکی از مهمترین عوامل توانایی فرد در مذاکره موفقیت آمیز در مورد استفاده از کاندوم است (اکویی و همکاران، ۲۰۱۹).

۳-۲. سرسختی

۱-۳-۲. تاریخچه سرسختی

سرسختی روانشناختی یک سازه شخصیتی مثبت است که برای اولین بار توسط مدی و کوباسا در دهه هشتاد قرن بیستم بر اساس نظریه های وجودی شخصیت مورد توجه ویژه قرار گرفت. کوباسا (۱۹۷۹) سرسختی روانشناختی را ترکیبی از باورها در مورد خویشتن و جهان تعریف می کند که از سه مؤلفه تعهد، کنترل و مبارزه جویی تشکیل یافته است. کوباسا در تلاش برای رسیدن به عوامل مؤثر پاسخ در برابر استرس که تأثیر منفی وقایع استرس زا را کنترل می کند، به نکات ظریفی در کار سلیه (۱۹۵۶) اشاره می کند. واسطه های میانجی استرس و بیماری شامل آمادگی فیزیولوژیکی، تجربیات دوران اولیه کودکی، منابع اجتماعی و شخصیت (که در اینجا بر آن تأکید می شود) همگی مسؤل چیزی هستند که سلیه آن را شیوه مشخص برخورد هر فرد با وقایع استرس زای زندگی می نامد. کوباسا این نظریه را ارائه کرد که سرسختی روانشناختی مجموعه ای از ویژگی های شخصیتی است که در هنگام مواجه با وقایع استرس زای زندگی، به عنوان منبع مقاومت ایفای نقش می کند، امکان بروز علایم بیماری را کاهش می دهد و از تجربیات مفید و متفاوت دوران کودکی نشأت می گیرد (مدی و کوباسا، ۱۹۸۴، به نقل از انریث، ۲۰۱۴).

۲-۳-۲. تعاریف سرسختی

بنابر تعریفی که توسط اسنایدر^{۱۹} (۲۰۱۲) در مورد سرسختی ارائه شده است و همچنین مورد توافق همگان قرار دارد؛ سرسختی "مجموعه و منظومه ای از ویژگی های شخصیتی است که به عنوان منبع مقاومت در برابر رویدادهای استرس زای زندگی عمل می کند". علاوه بر این افراد سرسخت سه مشخصه اساسی دارند، که مجموع آن ویژگی سرسخت بودن را منجر می شود: (الف) هدفمند بودن و تعهد عمیق به مردم و فعالیت

هایی که انجام می دهند و مسئولیت هایی که بر عهده می گیرند (ب) احساس کنترل داشتن بر وقایع و رویدادهای پیرامون خود، و نیز (ج) توانایی در نظر گرفتن تغییر و دگرگونی ها به عنوان یک چالش معمول.

در تعریف دیگر سرسختی یکی از عناصر شخصیت است که همه افراد درجاتی از آن را برخوردارند و همچون سایر ساختارها (یا صفات) شخصیتی، همواره در تغییر و تحول است و میزان و پویایی سرسختی تحت تاثیر تجارب رشدی، تفاوت های فردی، جنسی و سنی است. از این رو سرسختی روان شناختی به عنوان یک صفت شخصیتی و یک تعدیل کننده رابطه میان استرس-بیماری شناخته شده است (دای، هانسون، مالتبی، پروکتور و وود^{۲۰}، ۲۰۱۴).

در تعریفی دیگر سرسختی روانشناختی سرسختی روانشناختی را ترکیبی از باور ها در مورد خویشتن و جهان تعریف می کند که از سه مؤلفه تعهد، کنترل و مبارزه جویی تشکیل یافته است (شوری^{۲۱}، ۲۰۱۲).

۲-۳-۳. ابعاد و نظریه های سرسختی

۲-۳-۳-۱. ابعاد سرسختی

از دیدگاه کوباسا^{۲۲} (۲۰۱۴) فرد سرسخت کسی است که سه مشخصه عمومی دارد: الف) تعهد ب) کنترل ج) مبارزه جویی

- تعهد یعنی اعتقاد به اهمیت، جالب بودن و معنی داری فعالیت های زندگی است. کوباسا معتقد است که تعهد، اساسی ترین عامل حفظ بهداشت است. مناسبات افراد متعهد با خودشان و با محیطشان متضمن فعال بودن و روی آوری است تا منفعل بودن و روی گردانی.
- کنترل کوباسا با استفاده از منبع کنترل راتر به مفهوم کنترل دست یافت. افراد منبع کنترل را بر اساس تجارب و یادگیری مرتبط با تقویت می آموزند. ویژگی شخصیتی کنترل شامل تمایل شخص به احساس و اقدام به نحوی که گویی در رویارویی با شرایط و مقتضیات گوناگون زندگی صاحب نفوذ و تسلط است، می باشد تا درمانده و وامانده.

²⁰ Day, Hanson, Maltby, Proctor & Wood

²¹ Shorey

²² Kobasa

• مبارزه جویی تعهد به عنوان سیستم اعتقادی است که تهدید ادراک شده ناشی از وقایع استرس زای زندگی را به حد اقل می رساند. یعنی این اعتقاد که در زندگی تغییر از ثبات عادی تر است و این که انتظار تغییر داشتن محرکی برای رشد است نه تهدیدی برای امنیت. افراد مبارزه جویی را با آغوش باز می پذیرند و آن را نوعی چالش تلقی می کنند.

۲-۳-۴. نظریه های سرسختی

۲-۳-۴-۱. نظریه کوباسا در مورد سرسختی

کوباسا (۲۰۱۴) با استفاده از نظریه های وجودی در شخصیت، سرسختی را ترکیبی از باور ها د مورد خوشبینی و حعان تعریف می کند که سه مؤلفه تعهد، کنترل و مبارزه جویی تشکیل شده است. شخصیتی که از تعهد بالایی برخوردار است به اهمیت، ارزش و معنای این که چه کسی است و چه فعالیت هایی انجام می دهد، پی برده است و به همین مبنا قادر است در مورد آنچه که انجام می دهد معنایی بیابد و کنجکاوی خود را برانگیزد. این اشخاص در بسیاری از جنبه های زندگیشان همچون شغل، خانواده و روابط بین فردی کاملاً آمیخته می شوند افرادی که در مؤلفه کنترل قوی هستند، رویداد زندگی را قابل پیش بینی کنترل می دانند و بر این باورند که قادرند با تلاش، آنچه را در اطرافشان رخ می دهند تحت تأثیر قرار دهند. چنین اشخاصی برای حل مشکلات، به مسئولیت خود بیش از اعمال و یا اشتباهات دیگران تأکید می کنند. مبارزه جویی نیز باور به این امر است که تغییر، نه ثبات و نه امنیت، جنبه طبیعی زندگی است. اشخاصی که مبارزه جویی بالایی دارند، موقعیت های مثبت و یا منفی را که به سازگاری مجدد نیاز دارند، فرصتی برای یاد گیری رشد می دانند تا تهدیدی برای امنیت آسایش خویش. چنین باوری انعطاف پذیری شناختی، قدرت تحمل رویداد ها و موقعیت های مبهم و نااحت کننده زندگی را به همراه دارد.

از دیدگاه کوباسا سرسخت کسی است که سه مشخصه عمومی دارد.

- ۱- اعتقاد به این که قادر به کنترل یا تأثیر گذاری بروی حوادث است و استرس را قابل تغییر می داند.
- ۲- توانایی احساس عمیق در آمیختگی و یا تعهد نسبت به فعالیت های که فرد انجام می دهند.
- ۳- انتظار این که تغییر، یک مبارزه هیجان انگیز برای رشد بیشتر است و آن را جنبه ای عدی از زندگی می داند (کوباسا، ۲۰۱۴).

کوباسا (۲۰۱۴) برای بررسی این تئوری سه فرضیه ارائه کرد و آنها را در پژوهش خود مورد آزمایش قرار داد و این فرضیات به صورت زیر بوده اند.

فرضیه ۱- در میان اشخاصی که تحت شرایط پر استرس هستند، آنهایی که دارای احساس کنترل بیشتری بر روی اتفاقات زندگی شان هستند، از سلامتی بیشتری نسبت به افراد که در مقابل نیرو های خاجی احساس ضعف می کنند ، برخوردارند .

فرضیه ۲- در میان اشخاصی که تحت شرایط پر استرس هستند آنهایی که به مسائل مختلف زندگی شان احساس تعهد می کنند سالمتر از افرادی هستند که دچار بیگانگی می شوند .

فرضیه ۳- در میان اشخاصی که تحت شرایط پر استرس هستند آن دسته که تغییر را یک مبارزه می دانند سالم تر از اشخاصی هستند که تغییر را یک تعهد در نظر می گیرند .

سرسختی چیزی فراتر از جمعی سه مولفه تعهد ، کنترل و مبارزه جویی است. کوباسا، مادی و زولا^{۲۳}(۲۰۱۴) اظهار می دارند که انعطاف پذیری روانشناختی افراد سرسخت، صرفاً از تأثیر انفرادی این سه مولفه سرچشمه می گیرد بلکه ناشی از شیو مقابله ای خاصی است که با ترکیب پویایی این سه مولفه همخوان است .

از دید کوباسا و همکاران (۲۰۱۴) در واقع ، سرسختی ساختار واحدی است که یکپارچه سازی مولفه هایش می پردازد ، به عبارت دیگر سرسختی تمایز های مولفه هایش را از بین می برد و در آنها یکی یکی همگونی ایجاد می کند و ویژگی شخصیتی سرسختی نگرش درونی خاصی را به وجود می آورد که شیوه رویارویی افراد با مسائل مختلف زندگی را تحت تأثیر قرار می دهد ، همچنین سرسختی باعث می شود که فرد استرس را ها را به صورتی واقع بینانه و با بلند نظری مورد توجه قرار می دهد. همچنین سرسختی زائیده دانشی است که بر مبنای آن شخص به منابع بیشتری برای پاسخ گویی به استرسور های دسترسی پیدا می کند. در نهایت سرسختی باعث پژوهش دیدی خوشبینانه نسبت به استرسور ها می شود. بعبارتی صفت مبارزه جویی فرد سرسخت را قادر می سازد تا حتی حوادث نا خوشایند را بر حسب امکانی برای یاد گیری نه برای ایمنی در نظر بگیرد و تمامی این جنبه ها باعث پیشگیری یا کوتاه شدن مدت پیامد های منفی حوادث استرس زا می شود . در واقع سرسختی سپری در مقابل برانگیختگی شدید فیزیولوژیکی در اثر حوادث استرس زا است که سیله و دیگر محققان معتقدند عامل آسیب پذیری در مقابل بیماری ها می باشد .

۲-۳-۴. نظریه براون در مورد سرسختی

از دید براون (۲۰۰۹؛ به نقل از شری، ۲۰۱۲) ویژگی های سرسختی و روانشناسی عبارتند از :

۱- حس کنجکاوی قابل توجه

- توانایی شناختی برای پرس و جو .
- پرورش کنجکاوی و ارزش دادن به آن .
- افزایش دانش و معلومات .
- پرس و جوی عمیق .
- رشد خلاقیت
- ۲- تمایل به داشتن تجارب معنی دار .
- درک تجربه
- ارزش دادن به تجربه .
- توانایی باز شناسی الگوی گشتالت .
- توانایی نظم دادن به اهداف .
- آسوده بودن و آرامش داشتن .
- جرقه ذهنی پرس و جو .
- ۳- اعتقاد به مؤثر بودن آنچه که مورد تصور ذهنی قرار گرفته است .
- اعتقاد به مؤثر بودن رفتار ها .
- تجارب گذشته بتواند موجب پرورش این اعتقاد شود که شخص توانایی تأثیر گذاری دارد .
- تمایز گذاری .
- سرسختی و اصرار .
- اعتقاد زیاد به خود .
- تحقق امور مورد انتظار
- دانش و معلومات لازم برای انتخاب کردن .
- قدرت اداره کردن
- دانش کنترل شخصی .
- ۴- انتظار این که تغییر امری طبیعی است و هر محرک با اهمیت می تواند موجب رشد و پیشرفت گردد
- (براون، ۲۰۰۳؛ به نقل از شری، ۲۰۱۲).
- تجارب قبلی از تغییر مؤثر و کارآمد .
- موافق تغییر (میزان تغییر اندک تا شدید) .

توانای شناختی برای پذیرش تغییر مهارت های اجتماعی برای دستیابی به حمایت و کمک .

محرك جویی .

تحمل بالا برای تغییر .

جستجو گر تغییر .

خود شکوفایی .

۵- ابراز وجود ، نیرومندی و پر انرژی بودن .

داشتن رفتار ابراز وجود قبلی که با ادراک موقعیت همراه بوده باشد .

توانمندی فیزیکی

کنترل شخصی

خود شکوفایی .

سرسختی روانی .

۶- توانایی استقامت و مقاومت .

توانمندی .

تجارب گذشته مثبت همراه با سرسختی روانی .

توانمندی ذهنی (آمادگی) .

توانایی مقابله با استرس .

دستیابی به هدف

این ویژگی های مختلف می توانند در سازگاری با وقایع استرس آور زندگی مفید باشند. منطق انتخاب این ویژگی ها ارزیابی های شناختی خوش بینانه ای است که می تواند علیرغم استرس آور بودن آنها باعث درک معنی داری و طبیعی ویژگی ها از سوی فرد شوند . با این وجود تصمیم گیری قاطعانه می تواند منجر به یکپارچگی آنان در تجارب آینده شود . به این ترتیب افراد سرسخت وقایع استرس آور را به وقایع قابل تحمل تر تبدیل می کنند(براون، ۲۰۰۵؛ به نقل از مادی^{۲۴}، ۲۰۱۴).

۲-۳-۴. نظریه لماکی در مورد سرسختی

لماکی^{۲۵} (۱۹۸۲؛ به نقل از انریث^{۲۶}، ۲۰۱۴) پیشنهاد می کند افرادی که تفسیر های بد بینانه ای از زندگی دارند در معرض مخاطرات طبیعی هستند زیرا سیستم دفاعی بدن آنها عملکرد مطلوب ندارد. به این ترتیب وقایع استرس آوردگی به عنوان پیشرو یا پیشاینده سلامت و سرسختی روانشناختی عامل تعدیل کننده در پیواستار بیماری استرس می باشد و معتقد است که احساس پیوستگی فرد مهم ترین پیشاینده مربوط به سرسختی است. وی می گوید؛ پیوستگی شامل احساسات و پویای اعتماد است که شخص نسبت به محیط بیرونی و درونی دارد و می تواند بر احساس آنها به صورت منطقی وقایع را پیش بینی کند. چرا که بعضی از افراد از دیگران از لحاظ روانشناختی سرسخت ترند؟ دلیل این امر چیست؟ دو تجربه را که احتمالاً منجر به این وضع می شود پیشنهاد می کنند. اول احتمال افراد سرسخت الگویی در پیش رو داشته اند که آنها را در زمینه تعهد، کنترل و مبارزه طلبی سرمشق قرار داده اند و این الگو با پیامدهای مثبت و سالمی رو به رو داشته اند. دوم، از آنجا که سرسختی روانشناختی را می توان یاد گرفت، احتمالاً افراد در مواجهه با وقایع کارآمدی و کنترل بر محیط کسب کرده اند.

۲-۳-۴. نظریه مدی و پوکتی در رابطه با سرسختی

مدی و پوکتی^{۲۷} (۲۰۰۹؛ به نقل از انریث، ۲۰۱۴) اظهار می دارند احتمالاً تجارب دوره کودکی و تعامل با والدین و اطرافیان می تواند منجر به یک شخصیت سرسخت شود. این نویسندگان در این زمینه بر جنبه های مثبت رابطه تأکید دارد. احساس کنترل می تواند ناشی از تجارب منظم و موفقیت در انجام وظایف باشد و مبارزه طلبی را می توان از طریق تجارب متعدد و توأم با تغییرات در هنجار ها برای کودک به وجود آورد، یک پیامد ویژگی سرسختی روان شناختی، حفظ سلامت در برابر وقایع استرس آور زندگی است و آثار واسطه ای و تعدیل کننده سرسختی روانشناختی به عنوان یک محافظت اساسی در برابر بیماری عمل می کند. آثار واسطه ای زمانی رخ می دهد که وقایع رنج آور زندگی خیلی منفی تلقی نشوند و در نتیجه چندان زیانبار بحساب نیایند. در این نظریه بیان شده است که افراد با سرسختی بالا در مقایسه با افرادی با سرسختی پایین، رویداد های استرس زا را مثبت تر و قابل کنترل تر ارزیابی می کنند و همین امر باعث می شود تا برانگیختگی های فیزیولوژیکی که در ارزیابی منفی رویداد ها ایجاد می شود و به بروز بیماری ها منجر می گردد.

²⁵ Lemaci

²⁶ Enright

²⁷ Medi & Pokti

پولاک (۱۹۸۹) براساس مفهوم سرسختی کوباسا، مفهوم سرسختی سلامت را مطرح کرد. مفهوم سرسختی سلامت، ارتباط بیشتری با زمینه های سلامت و بیماری دارد. سرسختی مرتبط با سلامت به این اشاره دارد که تا چه حد فرد به انجام فعالیتهای مرتبط با سلامت متعهد است، سلامت خود را کنترل پذیر ادراک می کند و عوامل استرس زای سلامتی را فرصتی برای رشد شخصیتی در نظر میگیرد سرسختی مرتبط با سلامت ویژگی شخصیتی است که با مؤلفه های کنترل مبارزه طلبی و تعهد موجب سازگاری افراد با مشکلات جدی و مزمن سلامت میشود (پولاک، ۱۹۸۹). افراد دارای سرسختی سلامت ضمن ارزیابی مثبت رویدادها از راهبردهای مقابلهای مؤثر برای مقابله با بیماریها استفاده می کنند، از حداکثر منابع خود استفاده می کنند و تمایل به ارزیابی مجدد استرس زاهای سلامت به عنوان عواملی سودمند برای رشد و یادگیری نه تهدید کننده و زیان بخش دارند (بروکس^{۲۸}، ۲۰۰۸).

۵-۳-۲. عوامل مؤثر بر سرسختی

۱-۵-۳-۲. الگوی شخصیتی رفتار الف

یکی از مشهور ترین الگوهای شخصیتی رفتاری الگوی شخصیتی الف می باشد. در سال ۱۹۵۹ در متخصص قلب به نامهای فریدمن و روزنمن^{۲۹} مشاهده کردند که مردان و زنانی که دارای ویژگی هایی از قبیل تلکم سریع، رقابت جویی، بی حوصلگی، سخت کوشی، پرخاشگری و خشونت هستند حدوداً هفت برابر بیشتر از افراد فاقد همین ویژگی ها مستعد ابتدا به بیماریهای کرون قلبی می باشند. الگوی شخصیتی رفتاری الف - آمیزه ای کنشی - هیجانی است که با تلاشی افراطی جهت کسب امتیازات زیاد چه بسا نامحدود در زندگی و در کوتاهترین زمان ممکن و در مخالفت و در قالب یا افراد دیگر مشخص می شود (فریدمن و روزنمن، ۱۳۵۹؛ به نقل از حقیقی و همکاران، ۱۳۹۱).

²⁸ Brooks, MV

²⁹ Feid man & Rozen man

افرادی که با متغیر شخصیت منبع کنترل درونی مشخص می شوند، اعتقاد دارند، تقویتی که آنها دریافت می کنند تحت کنترل رفتارها و ویژگی های خود آنهاست. آنهایی که دارای منبع کنترل بیرونی هستند تصور می کنند که تقویت توسط دیگران، سرنوشت، یا شانس کنترل می شود. آنها متقاعد شده اند که در رابطه با این نیرو های بیرونی، عاجز هستند. منبع کنترل ما تأثیر زیادی بر رفتارمان دارد. افراد دارای منبع کنترل بیرونی، معتقدند رفتارها و توانایی هایشان تأثیر زیادی در تقویت های که دریافت می کنند، ندارند، اغلب ارزش کمی برای هرگونه تلاش در جهت بهبود شرایط خود قائل اند. در مقابل افراد دارای منبع کنترل درونی معتقدند که آنها کنترل جدی بر زندگی دارند و طبق آن نیز رفتاری می کنند. این افراد ارزش بیشتری برای مهارتها و پیشرفت های خود قائل اند، نسبت به نشانه های محیطی که برای هدایت رفتار خود به کار برند هوشیارتر هستند. آنها اضطراب کمتر و اعتماد به نفس بیشتری را گزارش می دهند، آمادگی بیشتری برای پذیرفتن مسئولیت اعمالشان دارند، و از سلامتی روانی و جسمانی بیشتری برخوردارند (ویسی و همکاران، ۱۳۸۹).

عمدتاً حاصل موفقیت ها و شکست های مربوط به پیشرفت است که تأثیر مهمی بر پیشرفت بعدی ندارد افرادی که عزت نفس کمی دارند دچار اضطراب زیاد می شوند. برخی معتقدند که مهمترین فایده عزت نفس زیاد این است که خود در برابر اضطراب محافظت می کند. پس عزت نفس کم افراد را نسبت به اضطراب آسیب پذیر می سازد اما چون عزت نفس کم بد است بدان معنی نسبت که متورم کردن عزت نفس خوب است، در واقع، عزت نفس متورم جنبه تیره هم دارد. افرادی که خود انگاره ی متورم دارند، وقتی که خود انگاره مطلوب آنها تهدیدی می شود به نحو چشمگیری برای پرخاشگری و اقدامات خشونت بار مستعدی می شوند. عزت نفس نتیجه نهایی کارکرد سازگارانه و ثمر بخش خود است عزت نفس درست مثل خوشحالی است، به این صورت که وقتی سعی می کنید خوشحال باشید، افراطی عمل نمی کنید. بلکه خوشحالی پیامد جالبی خوشنودی ها، پیروزی ها و روابط مثبت زندگی است. به همین نحو، عزت نفس پیامد جالبی رسیدن به آرزوها و آمال شخصی و تبعیت از هنجارهایی است که فرهنگ آنها را تعیین کرده است (فاتحی زاده و احمدی، ۱۳۸۴).

۲-۳-۶. تفاوت های افراد در سرسختی

کوباسا (۲۰۱۴) بیان نمود که یکی از تفاوت های افراد در سخت کوشی، تفاوت در میزان خودشکوفایی آنهاست. در بررسی مفهوم سرسختی و خود شکوفایی معلوم شده است که این دو خصوصیه از جهات متعددی همسو هستند. شخصیت را بر اساس یک نیروی اساس شکل می دهد. زندگی به عنوان فرآیندی از بروز این نیرو در نظر گرفته می شود، نه حاصل نیروهای متضاد یا متعارض. وی با توجه به ماهیت این نیرو ما بین دو گونه مختلف مدل کامروایی تفاوت قائل شده است و افرادی که دارای ویژگی های خودشکوفایی هستند، از میزان سرسختی بالاتری برخوردارند و یکی از ویژگی های افراد سر سخت این است که وقتی در مقابل مشکلات قرار می گیرند کمتر هیجانی می شوند و بیشتر عقلانی هستند و این مسأله باعث شده که در زمان کمتر به این نتیجه دست یابند که مردان سر سخت ترند زیرا زنان در برابر مشکلات بیشتر از مردان واکنش هیجانی نشان می دهند.

۲-۴. رویدادهای زندگی

زندگی بشر از بدو تولد تا لحظه ی مرگ سرشار از پیشامدهای گوناگونی است که اغلب از طرف انسانها، به دو دسته ی مطلوب و نامطلوب یا خوشایند و ناخوشایند تقسیم می شود. رخدادهای گروه اول، همچون: کسب مال، مقام، شهرت، موفقیت، سلامتی و... انسان را به وجد میآورد و خوشحال می کند و رویدادهای دسته دوم مانند: فقر، شکست، بیماری، مرگ و... توأم با رنج و درد است که حتی اندیشیدن به آنها آدمی را به ستوه می آورد (گوستلا و مولدز^{۳۰}، ۲۰۰۷).

رویدادهای زندگی شامل رویدادهای مجزا مشاهده شدنی و قابل گزارش عینی اند که مستلزم نوعی سازگاری اجتماعی یا روان شناختی یا هر دو هستند. مرگ یکی از اعضای خانواده شروع کاری جدید و متولد شدن نوزاد در خانواده از نمونه های مهم تر رویدادهای زندگی است (شارما^{۳۱}، ۲۰۱۶). مشکلات مالی مشکلات و نبود امنیت شغلی مشکلات خانوادگی، نگرانی درباره مرگ نزدیکان و مسائل مربوط به روابط زناشویی و بارداری به عنوان رویدادهای استرس زای زندگی شناخته می شوند (رضایی و همکاران، ۲۰۱۹). بروز بعضی از رویدادها در زندگی می تواند اثرات جبران ناپذیری بر افراد داشته باشد؛ برای مثال پژوهش لیو و

³⁰ Guastella, A., & Moulds, M

³¹ Sharma M

ژانگ^{۳۲}(۲۰۱۸) نشان داد بیش از ۷۵ درصد از افرادی که حداقل یک رویداد منفی را در زندگی خود تجربه کرده اند، گرایش به خود کشی داشته اند و این حوادث مربوط به مشکلات در ازدواج، محیط خانه شغل و ارتباطات دوستانه است.

علاوه بر پژوهش اصلی درباره رویدادهای استرس زای زندگی در سال ۱۹۶۷ توسط هولمز و راهه که نشان داد ارتباط روشنی بین رویدادهای استرس زای زندگی با مشکلات روان شناختی وجود دارد، پژوهشهای بالینی نیز نشان داده اند افرادی که دچار مشکلات روانی هستند ۵/۲ برابر بیشتر رویدادهای منفی زندگی را تجربه کرده اند (اثری و لنکرانی^{۳۳}، ۲۰۱۶). همچنین پژوهشگران نشان داده اند افرادی که دچار افسردگی هستند در بیش از ۸۰ درصد موارد حداقل یک رویداد استرس زا را تجربه کرده اند (اثری و لنکرانی، ۲۰۱۶).

هر ساله انجمن روان پزشکی آمریکا نظرسنجی با عنوان استرس در آمریکا انجام میدهد انجمن روان پزشکی آمریکا^{۳۴} (۲۰۱۳) طبق نظرسنجی سال ۲۰۱۳، حدود ۴۲ درصد از بزرگسالان گزارش کردند که سطوح استرس در آنها نسبت به ۵ سال گذشته افزایش پیدا کرده است ۳۶ درصد نیز گفتند که میزان استرس آنها تغییری نکرده است؛ در حالی که ۶۱ درصد از بزرگسالان عنوان کردند که مدیریت استرس برای آنها اهمیت دارد، ولی تنها ۳۵ درصد به معنای واقعی به مدیریت استرس خود پرداختند؛ ۴۴ درصد بزرگسالان گزارش کردند که به اندازه کافی برای مدیریت استرس وقت نگذاشته اند و ۱۹ درصد نیز گفته اند که هرگز برای مدیریت استرس کار عملی انجام نداده اند به همین خاطر شناسایی عوامل محافظت کننده در برابر این رویدادهای استرس زا از اهمیت دوچندانی برخوردار است.

۲-۴-۱. استرس

به طور کلی اصطلاح فشار عصبی یا استرس از کلمه لاتین استرینگر^{۳۵} مشتق شده است که به معنای در آغوش گرفتن، فشردن و باز فشردن است. رفتارهایی که می توانند با احساسات متضاد همراه باشند. فشرده شدن یا زیر فشار قرار گرفتن به اختناق منتهی می شود و احساس درماندگی و اضطرابی را به وجود می آورد که قلب و روح را در برمی گیرد. بدین ترتیب درماندگی و استیصال^{۳۶} اصطلاح دیگری است که از استرینگر مشتق شده

³² Liu Y, Zhang J

³³ Assari, S., & Lankarani, M. M

³⁴ American Psychiatric Association

³⁵ Stringere

³⁶ Distress

است و بیانگر احساس رها شدگی، انزوا، ناتوانی و جز آن است که در یک موقعیت حاد (نیاز، خطر، رنج) در فرد ایجاد می شود (دادستان، ۱۳۹۹).

استرس^{۳۷} ادراک شده بخشی از زندگی روزمره است. استرس حالت یا فرایندی روانشناختی است که در هنگام وقوع اش فرد با حوادثی مواجه می شود که آنها را نسبت به بهزیستی جسمی و روانشناختی خود تهدید آمیز ادراک می کند. استرس ادراک شده از تعامل با محیط نشأت می گیرد و زمانی رخ می دهد که بین فشارهای (استرس های) موقعیتی و منابعی که فرد در اختیار دارد ناهماهنگی وجود داشته باشد (هزاوه ای، حسینی، معینی، مقیم بیگی، حمیدی، ۱۳۹۱). عامل تنیدگی یا استرس در برگیرنده نشانگانی همانند احساس فشار روانی (استرس یا تنیدگی) و احساس مضیقه است (وطن پرست، خلیل زاده، محمدی، یادگاری و عزیزی، ۱۳۹۳). استرس ادراک شده واقعیتی غیر قابل انکار در زندگی بشر است و بعنوان یکی از مهمترین عوامل پیدایش بیماری ها شناخته می شود بنابراین، نحوه پاسخ یا واکنش به آن که می تواند در سازگاری فرد نقش بسزایی داشته باشد، مسأله ی بسیار مهمی است (نیکنامی، دهقانی، بوراکی، کاظم نژاد و سلیمانی، ۱۳۹۳). در عصر جدید، پیشرفت علم و تکنولوژی از یک سو شرایط زندگی را تسهیل نموده است و از سوی دیگر تحولات سریع اجتماعی و پیچیدگی های زندگی امروزی سلامت و آرامش را تهدید می کند. به همین دلیل افراد اغلب از استرس، رنجش بی دلیل یا از بی کفایتی در رویارویی با مشکلات زندگی رنج می برند (صالحی و مسلمان، ۱۳۹۴).

استرس شرایطی است که در نتیجه تعامل میان فرد و محیط به وجود می آید و موجب ایجاد ناهماهنگی - چه واقعی و چه غیر واقعی - میان ملزومات یک موقعیت و منابع زیستی، روانی و اجتماعی فرد می شود. در اینجا هر چهار جز را به طور مختصر توضیح می دهیم (سارافینو، ۲۰۱۷؛ ترجمه احمدی ابهری و همکاران، ۱۳۹۸):

۱. استرس از توان زیستی، روانی و اجتماعی فرد، برای سازگاری با وقایع یا شرایط مشکل، می کاهد. این توان ها محدودند.
۲. عبارت «ملزومات یک موقعیت» به مقدار منابعی که برای تطابق با یک موقعیت استرس آور، مورد نیاز است، گفته می شود.

۳. زمانی که میان ملزومات یک موقعیت و منابع فرد توازن برقرار نباشد، تضادی به وجود می آید.

۴. ما ملزومات، منابع و تضادها را در تعامل با محیط ارزیابی می کنیم. عوامل بسیار بر این تعامل اثر می گذارد مانند تجربیات گذشته و جنبه های گوناگون موقعیت.

۲-۴-۲. جنبه های زیستی، روانی و اجتماعی استرس

۲-۴-۲-۱. مولفه های زیست شناختی استرس

الف) پاسخ سمپاتیک / آدرنال و هیپوفیز / آدرنال

وقتی مردم با چالشی رو برو می شوند، معمولاً تلاش زیادی برای کنار آمدن با آن به خرج می دهند. همچنین وقتی مردم کنترل از دستشان خارج می شود، معمولاً کوشش می کنند تا دوباره کنترل را به دست گیرند. تحت این شرایط، بدن یک پاسخ سمپاتیک / آدرنال می دهد. دستگاه سمپاتیک به فرد اجازه می دهد با فعال ساختن بدن خود به درخواست های آنی محیطی پاسخ گوید: ضربان قلب بالا می رود، فشار خون افزایش می یابد و فرد هشیار تر می شود و خلاصه، فرد انگیزه می شود (فرانکن، ۲۰۱۴؛ ترجمه شمس اسفند آباد، محمودی، امامی پور، ۱۳۹۹).

دستگاه سمپاتیک / آدرنال مسئول انگیزه است و دستگاه هیپوفیز / آدرنال بیشتر مربوط به واکنش جنگ و گریز می شود. در شرایط استرس پاسخ های سمپاتیک / آدرنال و هیپوفیز آدرنال همزمان رخ می دهند. با وجود این این دو دستگاه در برخی از شرایط جداگانه عمل می کنند. معمولاً وقتی می کشیم با انجام دادن برخی از انواع رفتارهای انطباقی بر استرس کنترل پیدا کنیم. وقتی سطح کنترل خود را به دست می آوریم، سطح کورتیزل افت می کند، در حالی که سطح اپی نفرین بالا می رود. کورتیزل شاخص عمل دستگاه هیپوفیز / آدرنال و اپی نفرین به عنوان شاخص فعالیت دستگاه سمپاتیک / آدرنال می دانند (فرانکن، ۲۰۱۴؛ ترجمه شمس اسفند آباد و همکاران، ۱۳۹۹).

ا) نشانگان عمومی انطباق^{۳۸}

مطالعه علمی استرس با پژوهش های سلیه^{۳۹} آغاز شد که اولین مقاله او در این زمینه به سال (۱۹۳۶) منتشر گردید. وی تغییرات فیزیولوژیایی و روان شناختی ناشی از تنیدگی را مورد توجه قرار داد. سلیه در این تئوری

³⁸ General Adaptation Syndrome

³⁹ Selye, H

تشریح کرد که چگونه تعادل حیاتی از هم می‌پاشد. وی واکنش در برابر استرس را در یک فرایند سه مرحله ای موسوم به نشانگان عمومی انطباق (GAS) خلاصه کرد (سارافینو، ۲۰۱۷؛ ترجمه احمدی ابهری و همکاران، ۱۳۹۸):

۱. **مرحله هشدار**^{۴۰}: نخستین مرحله GAS، همانند واکنش جنگ- یا گریز موردی اضطراری است- کار آن، بسیج نیروهای بدن است. به هنگام آغاز مرحله هشدار، برانگیختگی روی می‌دهد؛ این برانگیختگی با وضعیت فشار خون سنجیده می‌شود- برای مثال فشار خون برای یک لحظه پایین می‌افتد، اما به سرعت بالا می‌رود. برانگیختگی شدید، در نتیجه ترشح هورمون‌ها به وسیله سیستم غدد درون ریز ایجاد می‌شود: غده هیپوفیز، ماده ACTH را ترشح می‌کند که افزایش ترشح اپی نفرین، نور اپی نفرین و کورتیزول را به وسیله غدد آدرنال در جریان خون، سبب می‌شود. در پایان این مرحله، بدن کاملاً بسیج شده است تا در برابر استرس به شدت مقاومت نشان دهد. اما بدن نمی‌تواند این برانگیختگی شدید را برای مدتی طولانی حفظ کند. بعضی از موجوداتی که مدتی طولانی، در شرایط بسیار پر استرس مرحله هشدار نگه داشته شده اند، طی چند ساعت یا چند روز مرده اند (سارافینو، ۲۰۱۷؛ ترجمه احمدی ابهری و همکاران، ۱۳۹۸).

۲. **مرحله مقاومت**^{۴۱}: اگر استرسی تداوم یابد، اما آنقدر شدید نباشد که به مرگ بینجامد، واکنش فیزیولوژیکی وارد مرحله مقاومت می‌شود. در این مرحله، بدن شروع به سازگار شدن با عامل استرس را می‌کند. برانگیختگی فیزیولوژیکی تا حدی تعدیل می‌یابد، اما به هر صورت بالاتر از حالت طبیعی باقی می‌ماند. با وجود تداوم این میزان از برانگیختگی، ارگانیزم ممکن است نشانه‌های اندکی از استرس را نشان می‌دهد. اما توانایی مقاومت آن در مقابل استرس‌های جدید، ممکن است مدت‌ها مختل شود. براساس نظریه سلیه، یکی از پیامدهای این اختلال، افزایش آسیب‌پذیری در برابر مشکلات بهداشتی است که او آن را «بیماری‌های سازگاری» نامیده است. این مشکلات بهداشتی، مواردی از قبیل فشار خون بالا، زخم معده، آسمو

⁴⁰ Alarm reaction

⁴¹ Stage of resistance

بیماری هایی که بر اثر اختلال سیستم ایمنی به وجود می آیند را شامل می شود (سارافینو، ۲۰۱۷؛ ترجمه احمدی ابهری و همکاران، ۱۳۹۸)

۳. **مرحله فرسودگی^{۴۲}:** برانگیختگی فیزیولوژیکی طولانی مدت، تضعیف سیستم ایمنی و کاهش اندوخته های انرژی را در پی دارد، به حدی که مقاومت بدن محدود می شود. در این زمان، مرحله فرسودگی آغاز می شود. اگر استرس ادامه یابد، احتمال آسیب و بیماری عضو های درونی و حتی مرگ نیز وجود دارد (سارافینو، ۲۰۱۷؛ ترجمه احمدی ابهری و همکاران، ۱۳۹۸).

۲-۲-۴-۲. مولفه آموخته شده استرس

الف) پیش بینی ناپذیری و پاسخ استرس

تجربه ما از استرس به چندین عامل روانی بستگی دارد. پژوهش ها نشان می دهد اگر به طور مکرر در معرض رویداد آزاردهنده پیش بینی ناپذیر قرار بگیریم، دچار استرس و بیماری می شویم. استرس پیش بینی ناپذیر در مقایسه با استرس پیش بینی پذیر، کورتیکوسترون بیشتری تولید می کند، باعث زخم معده، تغییر سطح گلوکز و اسیدهای چرب و نقص عملکرد ماهیچه قلب می شود (فرانکن، ۲۰۱۴؛ ترجمه شمس اسفند آباد و همکاران، ۱۳۹۹).

پژوهشگران ضمن بررسی های خود درباره نقش پیش بینی پذیری توانسته اند سه عامل موثر را در استرس زایی محرک های آزار دهنده شناسایی کنند: تمیز نشانه های استرس، قابلیت دسترسی به یک پاسخ انطباقی، و تجربه مکرر محرک آزاردهنده.

تمیز نشانه های استرس. پژوهش ها نشان می دهد اگر موجود زنده ای استرس ادواری را تجربه کند، دانستن اینکه استرس چه موقع رخ می دهد، به او کمک می کند تا قبل از شروع استرس آماده شود و بعد از اتمام آن نیز آرامش یابد. بنابراین یاد گرفتن تمیز نشانه هایی است که شروع استرس را اعلام می کند (فرانکن، ۲۰۱۴؛ ترجمه شمس اسفند آباد و همکاران، ۱۳۹۹).

دسترسی به پاسخ انطباقی. پاسخ انطباقی استرس را کاهش می دهد. مطالعات نشان می دهد این احتمال که تاثیر آنها به خاطر فعالیت (تمرین) بیشتر باشد- که با اجتناب فعال همراه است- پذیرفتنی نیست. واکنش انطباقی در صورتی موثر است که نسبتاً آسان و به دور از تضاد باشد. بنابراین در زندگی روزمره اگر فرد یاد

⁴² Stage of exhaustion

بگیرد که چه کاری را انجام دهد استرس کمتری را تجربه می کند (فرانکن، ۲۰۱۴؛ ترجمه شمس اسفند آباد و همکاران، ۱۳۹۹).

تجربه مکرر با محرک اجتنابی. مطالعات نشان می دهد که واکنش استرس حاد باعث تخلیه نوراپی نفرین می شود. در حیوانات، پس از واکنش استرس حاد، یادگیری کند می شود. این کاهش در یادگیری به تخلیه نوراپی نفرین نسبت داده شده است. ماریان فرانکن هاوسر (۱۹۸۰) می گوید که مواجه شدن مکرر با عاملی استرس زا وقتی واکنش استرس را کم می کند که در درگیری روان شناختی کاهش یابد (فرانکن، ۲۰۱۴؛ ترجمه شمس اسفند آباد و همکاران، ۱۳۹۹).

ب) منابع استرس

در این قسمت به دو دسته از منابع استرس مرتبط با پژوهش حاضر می پردازیم: منابع درون فردی و منابع درون خانوادگی.

منابع درون فردی. بعضی اوقات منبع استرس در درون خود فرد است، مثلاً زمانی که بیمار می شود. بیمار بودن ملزوماتی را بر سیستم زیستی و روانی فرد تحمیل می کند. میزان استرسی که این ملزومات به وجود می آورند به شدت بیماری و سن فرد بستگی پیدا می کند (سارافینو، ۲۰۱۷؛ ترجمه احمدی ابهری و همکاران، ۱۳۹۸).

مورد دیگری که امکان دارد ایجاد استرس کند، موقعیت هایی است که با یکدیگر همخوانی ندارند. کشمکش هایی که تعارض ایجاد می کنند، معمولاً در سه دسته قرار می گیرند: تعارض خوشایند/خوشایند؛ تعارض هایی که در نتیجه وجود دو موقعیت ناهم ساز، اما خوشایند ایجاد می شود. تعارض ناخوشایند/ ناخوشایند؛ تعارض هایی که در نتیجه انتخاب میان دو موقعیت ناخوشایند ایجاد می شوند و تعارض خوشایند/خوشایند؛ زمانی پیش می آید که ویژگی های هم خوشایند و هم ناخوشایند را در یک هدف یا موقعیت ببینیم (سارافینو، ۲۰۱۷؛ ترجمه احمدی ابهری و همکاران، ۱۳۹۸).

منابع درون خانوادگی. رفتار، نیازها و ویژگی های شخصیتی هر یک از اعضای خانواده، بر دیگران تاثیر دارد و بعضی اوقات موجب ایجاد استرس می شود. درگیری های میان فردی ممکن است در نتیجه مشکلات مالی، رفتارهای نامعقول یا اهداف متضاد ایجاد شود (سارافینو، ۲۰۱۷؛ ترجمه احمدی ابهری و همکاران، ۱۳۹۸).

یکی از جامع ترین نظریه ها در مورد نقش عوامل شناختی در استرس ریچارد لازاروس و همکارانش ارائه کرده اند. براساس این نظریه چگونگی ارزیابی فرد از هر رویدادی، نقشی بنیادی در تعیین مقدار پاسخ استرس و نیز نوع راهبرد های انطباقی ایفا می کند که فرد ممکن است در برخورد با استرس به کار گیرد. ارزیابی در دو مرحله رخ می دهد (فرانکن، ۲۰۱۴؛ ترجمه شمس اسفند آباد و همکاران، ۱۳۹۹):

۱. **ارزیابی اولیه.** فرایندی است که استرس توسط شخص شناخته می شود (حسن شاهی، ۱۳۸۱). در واقع در این مرحله فرد به تحقیق معلوم می کند که آیا یک رویداد استرس زا باعث آسیب/فقدان، تهدید یا چالش می شود. آسیب/فقدان اشاره به صدمه ای دارد که رخ داده است، مانند از دست دادن یک عضو، از دست دادن شغل یا از دست دادن عزت نفس؛ تهدید اشاره به چیزی دارد که ممکن است باعث صدمه یا فقدان شود؛ چالش به معنای نیروی بالقوه برای رشد، تسلط یا اشکالی از موفقیت است (فرانکن، ۲۰۱۴؛ ترجمه شمس اسفند آباد و همکاران، ۱۳۹۹).

۲. **ارزیابی ثانویه.** عبارت است از فرایند شکل گیری واکنش در قبال تهدید (حسن شاهی، ۱۳۸۱). بعد از ارزیابی اولیه، فرد منابع انطباقی و انتخاب های خود را ارزیابی می کند؛ از خود می پرسد که چه کار می توان کرد. به طور کلی فرد برای کنار آمدن با استرس به منابع فیزیکی، اجتماعی، روانی و مادی چندی دسترسی دارد. منابع فیزیکی و جسمی شامل سلامتی و انرژی، منابع اجتماعی شامل خانواده و دوستان، منابع روانی شامل عزت نفس و توانایی های حل مسئله و منابع مادی شامل پول و تجهیزات است (فرانکن، ۲۰۱۴؛ ترجمه شمس اسفند آباد و همکاران، ۱۳۹۹).

۲-۴-۳. رویدادهای استرس زای زندگی به ترتیب میزان استرس زایی

با درجه بندی از ۱۰۰ تا ۰ (اقتباس از هولمز و راهه^{۴۳})

هولمز و راهه ، بعنوان دو محقق استدلال می کنند که هر تغییری در زندگی نیاز به سازگاری دارد و می تواند استرس زا ادراک شوند . آنها در کوشش برای اندازه گیری اثر تغییرات زندگی مقیاس رویداد های زندگی را تدوین کرده اند . در این مقیاس که از ۴۳ عبارت تشکیل شده است رویدادهای مربوط به یک سال گذشته

مورد بررسی قرار می گیرد. بستگی به میزان تغییر و حدود سازش لازم برای هر شخص در اثر هر رویداد و به نسبت اهمیت آنها برای هر یک از رویدادهای تنیدگی زا نمره هایی در نظر گرفته می شود. مثلاً برای مرگ همسر نمره ۱۰۰، مرگ یک خویشاوند نزدیک نمره ۶۳ و بیکار شدن نمره ۴۷ تعیین شده است. بدین ترتیب هولمز و راهه ارتباط بین رویدادهای زندگی و کاهش تدریجی سلامتی را مطرح کرده اند (هولمز و راهه، ۱۹۶۷).

۱. مرگ همسر ۱۰۰
۲. طلاق ۷۳
۳. جدایی زناشویی ۶۵
۴. زندانی شدن ۶۳
۵. مرگ یکی از اعضاء خانواده ۶۳
۶. جراحی یا بیماری شخصی ۵۳
۷. ازدواج ۵۰
۸. اخراج شدن از کار ۴۷
۹. آشتی با همسر ۴۵
۱۰. بازنشستگی ۴۵
۱۱. تغییر وضعیت سلامتی یکی از اعضا خانواده ۴۴
۱۲. بارداری ۴۰
۱۳. مشکلات جنسی ۳۹
۱۴. اضافه شدن عضوی به خانواده ۳۹
۱۵. تغییر در امور تجاری ۳۸
۱۶. تغییر در وضعیت مالی ۳۷
۱۷. مرگ دوستی نزدیک ۳۷
۱۸. تغییر شغل ۳۶
۱۹. تغییر در میزان مشاجرات با همسر ۳۵
۲۰. وام بانکی بیش از ده هزار دلار ۳۱

۲۱. جدا شدن دختر یا پسر از خانواده ۲۹

۲۲. مشکلات با خانواده همسر ۲۲

۲-۴-۴. نظریه های رویدادهای استرس زا

با وجود تحقیقات وسیعی که در زمینه استرس انجام شده و استفاده گسترده ای که از این مفهوم می شود، هنوز هم استرس به طور دقیق تعریف نشده است. برخی از افراد وقتی درمورد استرس صحبت می کنند، در واقع به یک محرک محیطی اشاره می کنند. بعضی آن را پاسخی به محرک محیطی می بینند و عده ای آن را در تعامل بین محرک محیطی و پاسخ جست وجو می کنند. نظریه پردازان و پژوهشگران مختلف نیز هر کدام استرس را از زاویه متفاوتی تحلیل کرده اند. در اینجا به بررسی برخی از این نظریه ها می پردازیم.

۲-۴-۴-۱. نظریه روانکاوی

از نظر فروید "من"، هسته اصلی شخصیت است و هر نوع تهدید به ارزش و کفایت آن، در واقع هسته مرکزی وجود شخص را تهدید می کند. هنگام تهدید "من" مکانیسم های دفاعی مختلفی به منظور حفظ "من" از تحقیر و درهم پاشیدگی به کار گرفته می شوند. ما همواره از این مکانیسم ها استفاده می کنیم، زیرا وجود آنها برای ناچیز جلوه دادن شکست ها و حمایت در نگرانی ها و احساس ارزش و کفایت فردی ضروری است. البته اگر در استفاده از مکانیسم های دفاعی افراط شود، دفاع هایی که برای حفظ تمامیت شخص به وجود آمده، خود موجب بروز اختلال می شوند. گاهی مکانیسم های دفاعی (برای مثال دلیل تراشی) زمانی به کار برده می شوند که افراد برای مستدل جلوه دادن عقاید و رفتار خود در تکاپو هستند. هنگامی که از درک اتفاقات و حوادث ناموافق و مخالف عاجز می مانیم یا در مقابل عمل و رفتار خود یا وقایع خارجی، دچار استرس می شویم، دفاع های ایمنی بخش برای حمایت ما در مقابل اضطراب وارد عمل می شوند. میزان استرس قابل تحمل در هر فرد بدون آنکه علائم اختلال و به هم خوردن سازمان رفتاری و تمامیت فردی در وی بروز کند، قدرت تحمل استرس نامیده می شود (روزنهان و سلیگمن، ۲۰۱۰، ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۵).

۲-۴-۴-۲. نظریه کانن

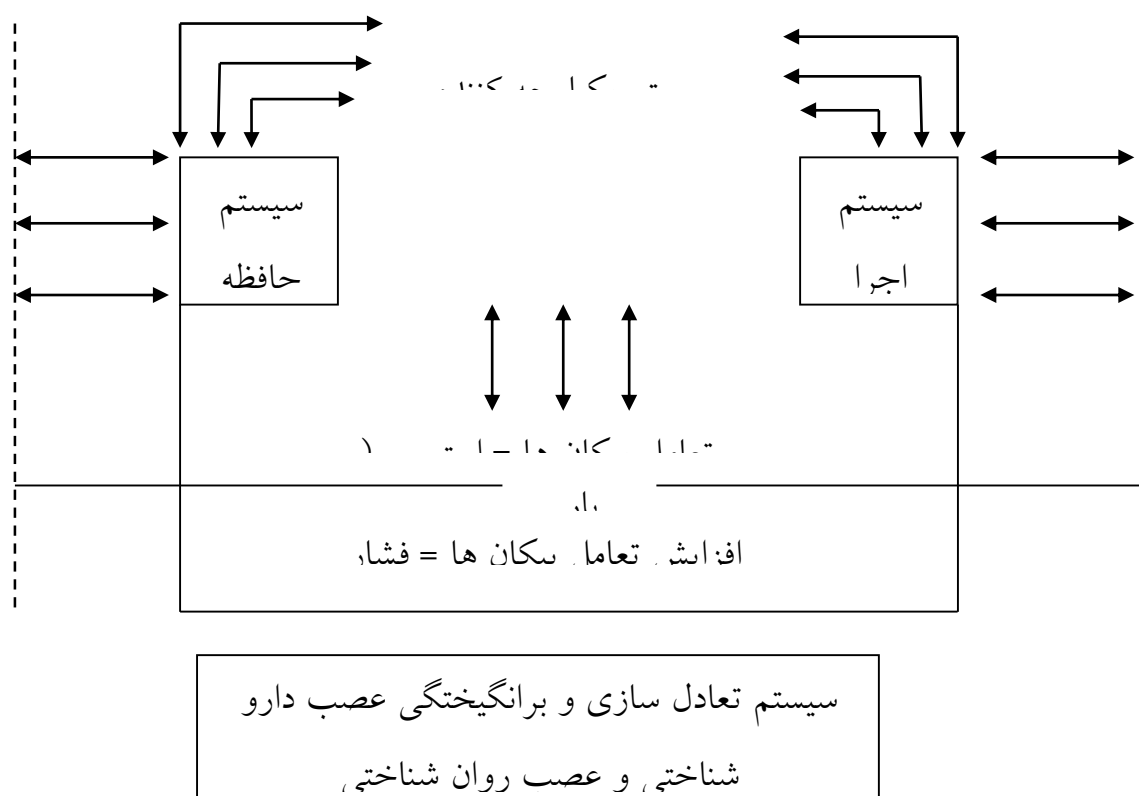
والتر کانن (۱۹۲۰) نشان داد که پاسخ استرس بخشی از عملکرد دستگاه یکپارچه ذهن می باشند. وی مشاهده کرد سرمای شدید، فقدان اکسیژن و عواملی که باعث برانگیختگی هیجانی می شوند، باعث ترشح اپی نفرین (آدرنالین) و نور اپی نفرین (نور آدرنالین) می شوند. این هورمون ها وارد دستگاه گردش خون می شوند، و ضمن تحریک شاهرگ های مغزی اعصاب سمپاتیک موجب افزایش ضربان قلب، تنفس و ارسال خون به عضلات مخطط و رها سازی چربی از ذخیره های بدن می شوند که بدن را برای جنگ یا گریز آماده می کنند (گیلبرت و دیگران ۲۰۰۴؛ به نقل از نظری، ۱۳۹۰).

محققان در مطالعات خود به این نتیجه رسیده اند که دستگاه پاسخ به استرس دیگری نیز وجود دارد، دستگاه قشر مخ از طریق هیپوتالاموس و بخش بیرونی غده فوق کلیوی را تحریک کرده و کورتیزول ترشح می شود. این هورمون به عنوان شاخص فیزیولوژیک استرس شناخته شده است. پاسخ ارگانیسم، پاسخ جنگ یا گریز می باشد، یعنی موجود زنده برای رهایی از موقعیت به فعالیت می پردازد و سعی می کند آن را حذف کرده و از میان بردارد و یا برعکس برای حذف خود از آن اجتناب نموده و از آن فرار می کند (گیلبرت و دیگران ۲۰۰۴؛ به نقل از نظری، ۱۳۹۰).

۲-۴-۳. مدل پردازش اطلاعات^{۴۴}

این دیدگاه استرس فیزیولوژیکی، روانشناختی و زیست شیمیایی را از یکدیگر متمایز میکند (هامیلتون، ۱۹۸۰؛ به نقل از کریم پور، ۱۳۹۳) و معتقد است که نمی توان استرس را بدون تغییر و تفسیر محرک به عنوان عامل فشار زا، شناخت و در واقع این مدل هم استرسور (عامل فشار زا) و هم پاسخ استرس را مورد توجه قرار داده است و تاکید خاصی بر ارزیابی شناختی و توجه قرار دارد و در واقع تعبیر و تفسیر فرد از استرس مستلزم توجه انتخابی است. یعنی این که به کدام محرک در حافظه کوتاه مدت توجه می شود و کدام محرک نادیده گرفته می شود و علاوه بر این پردازش مستلزم ساخت های حافظه دراز مدت نیز هست. یعنی زمینه شناختی است که سبب می شود فرد بعضی را ناخوشایند تفسیر کند به طور کلی، توجه حافظه کوتاه مدت و دراز مدت و فرآیند تصمیم گیری در ارزیابی شناختی محرک ها و پاسخ ها به عنوان فشار زا ضروری هستند. این مدل فرض می کند که عوامل فشار زایی که توسط افراد بیشتر ارزیابی می شوند فشار بیشتری بر سیستم وارد میکند.

با توجه به نظریاتی که در زمینه استرس مطرح گردیده صرف نظر از اینکه استرس را به عنوان محرک و پاسخ و یا به عنوان تبادل این دو در ارتباط با محیط در نظر بگیریم یک فرآیند پیچیده است که دارای ابعاد فیزیولوژیک، محیطی، اجتماعی، شناختی و روان شناختی است و از طرف دیگر قرار گرفتن در شرایط استرس زا انسان را از جهات مختلف تحت تاثیر قرار می دهد و نهایتاً منجر به آشفتگی و اختلالات جسمی، روانی و اجتماعی می شود و به طور کلی اثرات مخرب بسیاری بر انسان باقی می گذارد.



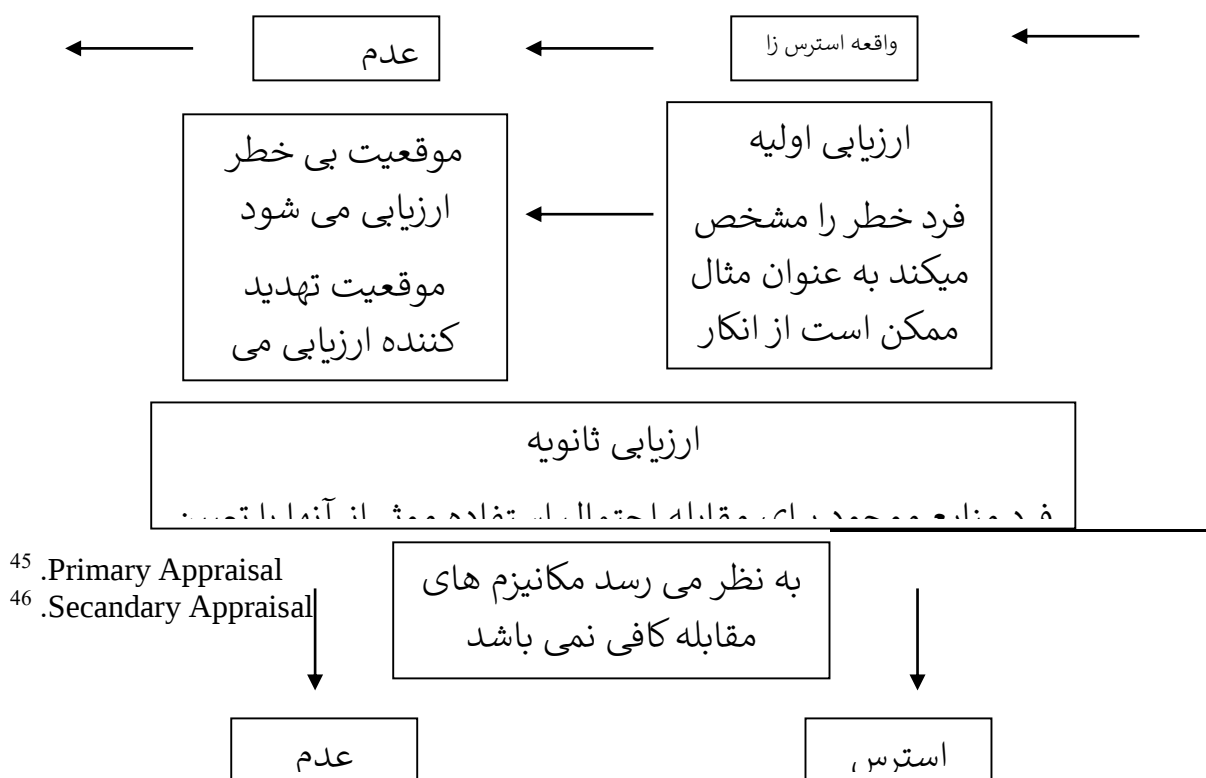
۲-۴-۴. نظریه فولکمن و لازاروس (الگوی تبادلی)

نمودار ۳- مدل پردازش اطلاعات (هامیلتون، ۱۹۸۰؛ به نقل از آدینه،

لازاروس و فولکمن اعتقاد دارند که تفسیر وقایع استرس زا بیشتر از خود وقایع اهمیت دارند. ادراک، خطر بالقوه، تهدیدها، چالشها، به همراه میزان اطمینان از برخورد با آنهاست که توانایی ما برای مقابله با استرس را تعیین می کند. به عنوان مثال از دست دادن شغل برای کسی که فاقد مهارت دیگر بوده و یا فرصتی برای جایگزینی ندارد می تواند بسیار استرس زا باشد تا فردی که دنبال رشد در جهات مختلف است. استرس به عنوان یک رابطه خاص میان فرد و محیطی است که توسط فرد به صورت طاقت فرسا یا فراتر از منابع خود ارزیابی می شود و فرد آن را برای سلامتی مخاطره آمیز می داند. این تعریف نشانگر رویکرد تبادلی است که

بر تعامل بین فرد و محیط در تعیین استرس تاکید دارد. این رویکرد همچنین بر اهمیت ارزیابی در تعیین ماهیت این تبادل تاکید داشته و معتقد است که استرس تنها در موقعیت هایی ایجاد می شود که تهدید کننده چالش انگیز یا به طور بالقوه خطرناک ارزیابی شود (کریم پور، ۱۳۹۳).

ارزیابی بر دو نوع است ارزیابی اولیه^{۴۵} و ارزیابی ثانویه^{۴۶} نمودار ۲ ارزیابی اولیه و ثانویه را نشان می دهد. به هنگام مواجهه با یک واقعه تاثیر آن بر سلامت خود را مورد ارزیابی قرار می دهیم، یک واقعه ممکن است نا مربوط، مطلوب و مثبت یا استرس زا ارزیابی شود. ارزیابی نا مربوط بودن موقعیت معمولاً هیچ تاثیری بر هیجان ما ندارد. ارزیابی مثبت و مطلوب بدین معناست که به نظر می رسد آن مفهوم خوبی دارد و ارزیابی استرس زا بودن موقعیت می تواند بدین معنا باشد که آن واقعه خطرناک، تهدید کننده یا چالش انگیز است. به علاوه هر یک از این ارزیابی ها احتمالاً هیجانات متفاوتی ایجاد میکند. ارزیابی خطر یعنی احتمال آسیب روانی که در حال وقوع است. مثل بیماری یا آسیب ارزیابی تهدید یعنی پیش بینی ارزیابی شده، زیان و چالش می تواند به معنای اطمینان فرد درغلبه بر خواست های دشوار باشد. ارزیابی خطر می تواند باعث ایجاد خشم، نفرت، نا امیدی یا ناراحتی شود. ارزیابی تهدید می تواند منجر به ایجاد نگرانی اضطراب یا ترس و ارزیابی چالش می تواند به ایجاد انتظار، امید یا برانگیختگی منجر شود این هیجانات مستقیماً منجر به استرس نمی شود، بلکه به واسطه ارزیابی از وقایع منجر به استرس می شوند، این فرایند ارزیابی اولیه نامیده می شود (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴).



⁴⁵ Primary Appraisal

⁴⁶ Secondary Appraisal

پس از ارزیابی اولیه، یک ارزیابی ثانویه از موقعیتی که در آن قرار داریم انجام می دهیم. بدین صورت که بهترین روش مقابله با آن موقعیت را جستجو می کنیم. یعنی منابع موجود برای مقابله را در نظر گرفته و بهترین مورد را انتخاب می کنیم. اگر مکانیسم های موجود برای مقابله با موقعیت کافی نباشد استرس ایجاد می شود، در غیر این صورت استرس را تجربه نمی کنیم. استرس، خصوصیت شخص یا محیط به هنگام تاثیر بر یکدیگر است. به اعتقاد لازاروس افراد، قربانی صرف نیستند، به عبارت دیگر، نحوه ارزیابی آنها از تاثیر شخصی و منابع مقابله و رویارویی با این رویدادها (ارزیابی ثانویه) ماهیت استرس را تعیین می کند (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴).

۲-۴-۵. میانجی های پاسخ به تنش

درباره علت آمادگی بعضی از مردم برای ارزیابی تنش را بودن رویدادها سه نظریه بنیادی وجود دارد؛ روانکاوی، رفتاری، شناختی.

۲-۴-۵-۱. نظریه روانکاوی

روانکاوان بین اضطراب عینی که پاسخی است به موقعیت آسیبی، و اضطراب روان نژند که اضطرابی است بی تناسب با خطر موجود، تمایز قائل می شوند. فروید بر آن بود که اضطراب روان نژند ریشه در تعارض های نا هشیار شخص دارد، تعارض بین تکانه های نا پذیرفتنی و محدودیت های واقعیت تهدید بسیاری از تکانه های بن به علت تضاد بین آن با ارزش های من یا ارزشهای اجتماعی است. نظریه روانکاوی بر آن است که آدمیان همگی گرفتار تعارض های ناهشیارند، تعارض های برخی مردم بیشتر و شدیدتر است و همین مردم رویداد های بیشتری را تنش زا می بینند (شفیع آبادی و ناصری، ۱۳۹۸).

۲-۴-۵-۲. نظریه رفتارگرایی

در حالی که فروید تعارض های ناهشیار را خاستگاه درونی پاسخ های تنش زا می دانست، توجه رفتارگرایان معطوف شیوه های یادگیری، پیوند یافتن پاسخ های تنشی به موقعیت هاست، آدمی در مواجهه با موقعیت های معینی که قبلاً آسیبی تنش زا بوده اند نیز واکنش های ترس و اضطراب پیدا می کند. بعضی هراس ها از طریق معین شرطی شدن های کلاسیک ایجاد می شود. برای مثال دانشجویی که در امتحان رد شده سالها بعد که برای درس دیگری به همان کلاس وارد می شود احساس اضطراب می کند (اتکینسون، ۲۰۱۶؛ ترجمه براهنی و همکاران، ۱۳۹۹).

۲-۴-۳. نظریه شناختی

آبرامسون و تیزدیل^{۴۷} (۱۹۸۷) تغییری در نظریه درماندگی آموخته پیش کشیدند که بر اساس آن نوعی شیوه شخصیتی در مدار توجه قرار می گیرد که برای رویدادهای پر اهمیت، اسناد یا تبیین های علمی خاص به دست می دهد این محققان برآنند که هرگاه آدمی رویدادهای منفی را به علل اساسی در شخص خودش نسبت دهد (تقصیر خودم است) که پایدار و ثابت هستند (همیشه هم همین طور خواهد بود) و به جوانب متعددی از زندگانشان تاثیر بگذارد. احتمال درماندگی و کندی پاسخ به رویدادهای منفی برای او بیش از دیگران است، شیوه نگرش بدبینانه با بیماری جسمی پیوند دارد به این ترتیب نگرش بد بینانه از راه کاهش کارایی دستگاه ایمنی به صورت مستقیم و از راه کاهش تمایل شخص به رفتار سلامتی مدار به صورت غیر مستقیم بر سلامت شخص تاثیر میگذارد (اتکینسون، ۲۰۱۶؛ ترجمه براهنی و همکاران، ۱۳۹۹).

۲-۵. مروری بر پیشینه پژوهش

۲-۵-۱. پژوهش های داخلی

عبدی زرین و همکاران (۱۴۰۰) پژوهشی با هدف مقایسه سبک زندگی، راهبردهای مقابله با استرس و تاب آوری در زنان مبتلا به سرطان سینه و زنان سالم انجام دادند. این مطالعه یک پژوهش کمی و از نوع علی-مقایسه ای (پس رویدادی) بود که در آن ۳۰ نفر از زنان مبتلا به سرطان سینه به همراه ۳۰ نفر از زنان سالم مراجعه کننده به بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی قم به روش نمونه گیری هدفمند با توجه به هدف و نمونه پژوهش انجام شد که در آن، دو گروه از نظر مشخصات دموگرافیک همگن شدند. داده های

پژوهش از طریق پرسشنامه تاب آوری، پرسشنامه سبک زندگی و پرسشنامه مقابله با شرایط پراسترس گردآوری شده و به وسیله نرم افزار SPSS-26 و آزمون آماری t زوج مستقل، ضریب همبستگی پیرسون و آزمون t دقیق فیشر مورد تحلیل قرار گرفت. تحلیل یافته ها نشان داد که از میان راهبردهای مقابله ای، سبک مقابله ای مسئله مدار متداول ترین راهبرد مقابله ای است. همچنین نتایج آزمون t نشان داد که بین تاب آوری زنان مبتلا به سرطان سینه با زنان سالم تفاوت معناداری وجود داشت. ($P<0/05$) که تاب آوری زنان مبتلا به سرطان سینه بیشتر از زنان سالم بود.

آزادی، احدی و حاتمی (۱۳۹۹) پژوهشی با هدف بررسی رابطه بهزیستی روان‌شناختی و سرسختی روان‌شناختی با نقش میانجی‌گری حمایت اجتماعی در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام دادند. پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های همبستگی مبتنی بر روش مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش شامل زنان مبتلا به سرطان پستان در استان مازندران در سال ۱۳۹۷ بود. به این منظور نمونه‌ای شامل ۲۳۶ بیمار مبتلا به سرطان پستان به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند، سپس مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی ریف (RSPWB)، سرسختی روان‌شناختی (AHI) و حمایت اجتماعی برلین روی آنان اجرا شد. داده‌ها با استفاده از الگوی معادله ساختاری (SEM) تحلیل شدند. یافته‌ها همبستگی بین متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی و سرسختی روان‌شناختی با حمایت اجتماعی معنادار بود. شاخص‌های برازش حاکی از برازش مناسب با الگوی پیشنهادی بود. همچنین رابطه غیرمستقیم بین سرسختی روان‌شناختی و بهزیستی روان‌شناختی از طریق حمایت اجتماعی معنادار بود.

کاتبی و سپاه منصور (۱۳۹۸) پژوهشی با هدف مقایسه سرسختی سلامت و امید به زندگی در بیماران مبتلا به دیابت و سرطان سینه انجام دادند. پژوهش توصیفی و از نوع علی-مقایسه ای بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان سینه و دیابت نوع دوم مراجعه کننده به دو بیمارستان کاشانی و الزهرای شهر اصفهان بودند. با روش نمونه گیری در دسترس تعداد ۴۶۸ نفر (۲۳۴ نفر بیمار سرطانی و ۲۳۴ نفر بیمار دیابتی) انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه سرسختی سلامت (گیبهارت و همکاران، ۲۰۰۱) و پرسشنامه امید به زندگی (میلر، ۱۹۹۸) بود. داده های پژوهش با کمک روش های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و تحلیل واریانس با نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ تحلیل شد. نتایج نشان داد که بین میانگین سرسختی سلامت و هر یک از زیرمقیاس های آن شامل ارزش سلامت، مکان کنترل درونی و بیرونی سلامت و شایستگی سلامت افراد دو گروه مبتلا به دیابت نوع دوم و سرطان سینه از نظر آماری تفاوت معنی داری وجود دارد ($P<0/05$). همچنین، نتایج نشان داد که بین میانگین نمره امید به زندگی و ابعاد آن شامل تفکر

عامی و تفکر راهبردی در افراد دو گروه بیمار دیابت نوع دوم و سرطان سینه از نظر آماری تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < 0.05$).

بشرپور و همکاران (۱۳۹۷) پژوهشی با هدف نقش باورهای سلامتی و ادراک بیماری در پیش بینی رفتارهای ارتقادهنده سلامتی بیماران مبتلا به سرطان انجام دادند. در این مطالعه مقطعی، ۱۲۵ بیمار سرطانی بستری در بخش خون و انکولوژی بیمارستان امام خمینی شهر اردبیل، در پاییز سال ۱۳۹۴ به روش نمونه گیری در دسترس شرکت کردند. برای جمع آوری داده ها از پرسش نامه ادراک بیماری، مقیاس باور سلامتی و نیمرخ سبک زندگی ارتقادهنده سلامتی استفاده شد. داده های جمع آوری شده با استفاده از آزمون های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ تجزیه و تحلیل شدند. یافته ها: نتایج نشان داد رفتارهای ارتقادهنده سلامتی بیماران سرطانی با تهدید سلامت عمومی ($r=0.18, P<0.05$)، آسیب پذیری ادراک شده ($r=0.33, P<0.001$)، شدت ادراک شده ($r=0.29, P<0.001$) و فواید خودیاری ($r=0.19, P<0.04$) ارتباط مثبت دارد. از بین مولفه های ادراک بیماری نیز این رفتارها با خط زمانی حاد ($r=0.52, P<0.001$)، خط زمانی دوره ای ($r=-0.31, P<0.001$)، پیامدهای بیماری ($r=-0.31, P<0.001$) و تظاهرات هیجانی ($r=-0.25, P<0.01$) رابطه منفی ولی با کنترل شخصی ($r=0.35, P<0.001$) رابطه مثبت دارد. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد ۲۳ درصد از کل واریانس رفتارهای سلامتی را باورهای سلامتی و ۳۹ درصد آن را ادراک بیماری تبیین می کند. نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان می دهد که باورهای مربوط به وضعیت و پیامدهای بیماری و چگونگی ادراک بیماری در بیماران مبتلا به سرطان، در تمایل آنها به انجام رفتارهای ارتقادهنده سلامتی نقش دارد.

دهداری و همکاران (۱۳۹۷) پژوهشی با هدف کارایی سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی، در پیش بینی رفتارهای تغذیه ای پیشگیری کننده از سرطان معده انجام دادند. در این مطالعه مقطعی، ۱۲۴ دانشجوی دختر ساکن خوابگاه های دانشگاه یزد در سال ۱۳۹۴ با روش نمونه گیری در دسترس (غیرتصادفی) انتخاب شدند. داده ها توسط پرسشنامه محقق ساخته، جمع آوری و با استفاده از آزمون های همبستگی پیرسون، تحلیل واریانس یک طرفه، تی مستقل و رگرسیون خطی چندگانه تحلیل شدند. میانگین سن دانشجویان، 25.39 ± 2.91 سال بود. ۹۵٪ نمونه ها موانع زیادی برای انجام رفتارهای پیشگیری کننده ذکر کردند و تنها ۱٪، رفتارهای پیشگیری را در سطح مطلوب انجام داده بودند. متغیر موانع درک شده توانست ۱۳٪ تغییرات رفتارهای تغذیه ای دانشجویان را برای پیشگیری از سرطان معده توضیح دهد.

ماهان، سگال و گیتی قریشی (۱۳۹۶) پژوهشی با هدف مقایسه ی استرس و سبک های مقابله ای در بیماران مبتلا به سرطان و افراد سالم انجام دادند. برای این منظور، طی یک پژوهش مقایسه ای، ۱۰۰ بیمار مبتلا به سرطان (۵۰ نفر مرد مبتلا به سرطان معده، مری، روده بزرگ و راست روده و پروستات و ۵۰ نفر زن مبتلا به سرطان معده، مری، روده بزرگ و راست روده و پستان) به صورت نمونه ی در دسترس انتخاب و با ۱۰۰ نفر (۵۰ نفر مرد و ۵۰ نفر زن) از افراد سالم در گروه سنی ۴۰-۶۰ سال همتا سازی شدند. تحلیل واریانس نتایج نشان داد که استرس و سبک های مقابله ای شامل جستجوی حمایت اجتماعی، ارزیابی مثبت مجدد، کنار آمدن رویارویانه، دوری جویی، خویشتن داری، گریز و اجتناب در دو گروه متفاوت است.

صادقی و همکاران (۱۳۹۳) پژوهشی با هدف کاربرد الگوی اعتقاد بهداشتی جهت پیشگیری از سرطان پوست در کشاورزان انجام دادند. این پژوهش مطالعه ای نیمه تجربی بود. جمعیت مورد مطالعه، تعداد ۲۰۰ نفر از کشاورزان تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهرستان سیرجان بودند که به طور تصادفی به دو گروه مداخله (۱۰۰ نفر) و کنترل (۱۰۰ نفر) تقسیم شدند. مداخله آموزشی طی دو جلسه ۶۰ دقیقه ای انجام شد. اطلاعات از طریق تکمیل پرسشنامه (حاوی ۴۹ سوال) طی مصاحبه مستقیم قبل از مداخله آموزشی و سه ماه بعد از آن، جمع آوری گردید. و داده ها با استفاده از کای اسکوتر، آزمون دقیق فیشر، تی مستقل و تی زوجی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته ها: پس از مداخله، نمرات آگاهی در هر دو گروه مداخله و شاهد افزایش یافت. این یافته به علت اجرای برنامه های آموزشی روتین در آن مراکز بود. حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع و موانع درک شده، راهنما برای عمل و خودکارآمدی نیز پس از مداخله در گروه مداخله افزایش یافت، ولی در گروه شاهد افزایشی نداشته و اختلاف معناداری مشاهده نگردید. نتیجه گیری: الگوی اعتقاد بهداشتی در آموزش کشاورزان موثر بود؛ بنابراین پیشنهاد می گردد در کنار روش های آموزش سنتی از الگوی اعتقاد بهداشتی استفاده گردد.

خانجانی، بشیرپور، بهادری خسروشاهی (۱۳۹۱) پژوهشی با هدف مقایسه ویژگی های شخصیتی، میزان تنیدگی روانی و افسردگی در افراد مبتلا به سرطان و افراد عادی انجام دادند. این پژوهش از نوع توصیفی علی مقایسه ای بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه بیماران سرطانی بستری شده در بیمارستان شهید قاضی و بخش سرطانی بیمارستان عالی نسب شهر تبریز بودند و گروه کنترل نیز افراد سالم را شامل می شد که از بین کارکنان و معلمان آموزش و پرورش و کارکنان اداره مخابرات از طریق همتا سازی با گروه بیماران انتخاب شدند. نمونه پژوهش نیز شامل ۱۱۱ نفر بود که از این تعداد ۵۵ نفر مبتلا به سرطان و ۵۶ نفر افراد سالم بودند. همچنین برای گردآوری داده ها از پرسشنامه جمعیت شناختی محقق ساخته، آزمون ارزیابی تیپ C، آزمون

شخصیتی آیزنگ، مقیاس رویدادهای زندگی و پرسشنامه افسردگی زونگ استفاده شد. برای تجزیه تحلیل داده‌ها نیز از روش‌های آماری توصیفی و تحلیل آزمون t استفاده شد. نتایج نشان داد که بیماران مبتلا به سرطان نسبت به افراد سالم در معرض استرس شدیدتری قرار داشتند. همچنین این بیماران در عامل برون گرایی، نمرات پایین‌تر و در عامل روان‌نژندگرایی و در تیپ C نمرات بالاتری نسبت به افراد سالم به دست آوردند. از سویی میزان افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان، بیشتر از افراد سالم بود.

دهقان زاده و همکاران (۱۳۹۱) پژوهشی با هدف بررسی ارتباط مشخصات فردی اجتماعی، سبک زندگی و میزان مواجهه با رویدادهای استرس‌زا با سرطان کولورکتال انجام دادند. در این مطالعه مورد شاهدهی تعداد ۱۵۰ بیمار مبتلا به سرطان کولورکتال از مراکز آموزشی درمانی شهر رشت به روش نمونه‌گیری در دسترس و ۱۵۰ فرد سالم به روش تصادفی خوشه‌ای انتخاب گردیدند. ابراز جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه‌ای مشتمل بر سه بخش زیر بود: ۱- مشخصات فردی اجتماعی ۲- داده‌های مربوط به سبک زندگی ۳- مقیاس درجه بندی سازگاری مجدد اجتماعی هولمز و راهه. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. یافته‌ها: یافته‌های مربوط به مشخصات فردی اجتماعی نشان می‌دهد که ارتباط معناداری میان شاخص توده بدن ($p<0.001$)، سابقه پولیپ روده ($p<0.001$)، بیماری التهابی روده ($p<0.001$)، دیابت ($p<0.01$)، سابقه سرطان کولورکتال در فامیل درجه یک ($p<0.001$) و سرطان کولورکتال وجود دارد. در خصوص متغیرهای مربوط به سبک زندگی نتایج نشان می‌دهد که بین دو گروه مورد مطالعه از نظر استعمال سیگار ($p<0.01$)، مصرف میوه جات ($p<0.001$)، سبزیجات ($p<0.001$)، محصولات لبنی ($p<0.025$)، مصرف گوشت قرمز ($p<0.001$)، وضعیت اجابت مزاج ($p<0.001$) و ورزش ($p<0.001$) اختلاف آماری وجود دارد. همچنین اختلاف معناداری بین سبک زندگی کلی دو گروه مشاهده می‌شود ($p<0.001$). تجزیه و تحلیل رویدادهای استرس‌زای زندگی حاکی از آن است که میانگین نمرات در گروه مورد به میزان قابل توجهی بیشتر از گروه شاهد بوده و این اختلاف از نظر آماری معنادار است ($p<0.001$ و $t=14.73$). نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر نشان می‌دهد که اختلاف معناداری از نظر متغیرهای فردی اجتماعی، سبک زندگی و میزان مواجهه با رویدادهای استرس‌زا بین دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به سرطان کولورکتال وجود دارد. نتایج حاصل از این تحقیق و پیشنهادات آن برای افراد تیم بهداشتی و عموم مردم به خصوص افراد مستعد ابتلا اهمیت بسزایی دارد، تا اطلاعات بیشتری درباره عوامل خطر ابتلا و پیشگیری از آن کسب کنند.

منیره و همکاران (۱۳۸۹) پژوهشی با هدف بررسی رابطه میان بروز سرطان پستان با رویداد‌های استرس‌زا و ویژگی‌های شخصیتی افراد انجام دادند. این بررسی از نوع توصیفی-مقطعی است و در آن ۱۵۵ بیمار زن

۷۰-۲۰ ساله، مراجعه کننده به بیمارستان هفت تیر و انستیتو کانسر تهران در طی ۷ ماه در سال ۱۳۸۵ بررسی شدند. میزان تحصیلات آزمودنی ها حد اقل پنجم ابتدایی بود و در دو گروه: زنان مبتلا به سرطان پستان (۸۵ نفر) و غیرمبتلا (۷۰ نفر) جای داده شده بودند. گردآوری داده ها به کمک دو پرسش نامه رویدادهای استرس زای زندگی پیکل و پرسش نامه شخصیت کلونینگر انجام شد. دو گروه از نظر ویژگی های شخصیتی و استرس های زندگی ارزیابی گردیدند. داده ها با کمک روش های آمار توصیفی، آزمون های آماری مان-ویتنی و t در نرم افزار SPSS-۱۷ تحلیل شدند. یافته ها: میانگین سن بیماران ۴۴ (۴۶-۴۲) سال و میانگین سن زنان سالم ۳۷ (۴۰-۳۴) سال بود. شمار رویداد های زندگی در گروه بیمار ۱۱/۲ (۹/۸-۱۲/۶) با $p < 0/001$ به طور معنی داری از گروه سالم ۸۷ (۶۷-۱۰۷) بیشتر بود ($p < 0/001$). همچنین شمار رویدادهای پرخطر در گروه بیمار ۲/۴ (۲/۲-۲/۶) با به طور معنی داری از گروه سالم ۱/۸ (۱/۶-۲) بیشتر بود ($p < 0/005$). همچنین شدت این رویداد ها نیز در گروه بیمار ۴۳ (۴۹-۳۷) به طور معنی داری از گروه سالم ۲۴ (۱۹/۵-۲۸/۵) بیشتر بود ($p < 0/001$). ویژگی های شخصیتی پشتکار و خودفراروی به طور معنی داری در گروه بیمار بیش از گروه سالم بودند ($p < 0/001$). نتیجه گیری: بین حوادث زندگی، حوادث پرخطر زندگی و شدت هر یک از آنها با بروز سرطان پستان ارتباط وجود دارد. همچنین میان دو ویژگی شخصیتی پشتکار و خودفراروی بیشتر که تا اندازه ای بیانگر ویژگی های وسواسی و البته معنوی گرایی افراد است، نیز با بروز سرطان پستان ارتباط وجود دارد. کنترل شده است انجام بررسی های گسترده تر در این زمینه پیشنهاد می گردد.

جعفری و همکاران (۱۳۸۸) در پژوهشی به بررسی مقایسه ای تیپ شخصیت C، منبع کنترل و سخت رویی در بیماران مبتلا به سرطان و افراد عادی پرداختند. نتایج نشان داد که تیپ شخصیت C و منبع کنترل در زنان و مردان مبتلا به سرطان بالا بوده و میزان سخت رویی در این افراد پایین است. یافته ها بیانگر آن است که افراد مبتلا به سرطان در مقایسه با افراد عادی از تیپ شخصیتی C، منبع کنترل بیرونی بالاتر و سخت رویی پایین تری برخوردارند.

۲-۵-۲. پژوهش های خارجی

تایسک^{۴۸} (۲۰۲۳) به بررسی اینکه استرس مزمن چگونه باعث رشد سرطان می شود پرداختند. استرس مزمن بخشی جدایی ناپذیر از زندگی روزمره مدرن است. عملاً تمام بیماری های انسان به ویژه سرطان تحت تأثیر

منفی آن قرار می گیرند. مطالعات متعدد نشان داده اند که عوامل استرس زا، افسردگی، انزوای اجتماعی و ناملایمات با پیش آگهی بدتری برای بیماران مبتلا به سرطان، با افزایش علائم، متاستاز زودرس و کوتاه شدن طول عمر مرتبط است. دوره‌های نامطلوب زندگی طولانی مدت یا بسیار شدید توسط مغز درک و ارزیابی می شوند که به پاسخ‌های فیزیولوژیکی تبدیل می شوند که از طریق رله‌هایی به هیپوتالاموس و لوکوس سرلئوس انجام می شوند. این امر باعث فعال شدن محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال (HPA) و سیستم عصبی محیطی (PNS) با ترشح گلوکوکورتیکواستروئیدها/اپی نفرین و نور اپی نفرین (NE) می شود. این هورمون‌ها و انتقال‌دهنده‌های عصبی بر نظارت سیستم ایمنی و پاسخ ایمنی به بدخیمی‌ها با تغییر دادن ایمنی از پاسخ نوع ۱ به نوع ۲ تأثیر می گذارند. این نه تنها مانع از تشخیص و کشتن سلول های سرطانی می شود، بلکه در واقع سلول های ایمنی را برای تسهیل رشد سرطان و گسترش سیستمیک تحریک می کند.

گیو^{۴۹} و همکاران (۲۰۲۳) به بررسی عوامل پیش بینی کننده بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر رفتار غربالگری سرطان در بستگان درجه یک بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال مرتبط با سندرم لینچ پرداختند. این مطالعه مقطعی در بخش کولورکتال یک بیمارستان عالی کلاس A در گوانگژو از دسامبر ۲۰۱۷ تا دسامبر ۲۰۱۹ انجام شد. در مجموع ۲۶۵ FDR از ۹۶ بیمار مبتلا به CRC مرتبط با سندرم لینچ انتخاب شدند. این مطالعه در بخش کولورکتال یک مرکز سرطان سوم در گوانگژو انجام شد. برای ارزیابی از پرسشنامه دموگرافیک، پرسشنامه ساده شده دانش CRC و مقیاس مدل اعتقاد بهداشتی قهرمان استفاده شد. داده ها با استفاده از توصیف آماری، مقایسه بین گروهی و رگرسیون لجستیک باینری تجزیه و تحلیل شدند. در مجموع ۱۶۰ (۶۰,۴٪)، ۶۱ (۲۳,۰٪)، و ۴۴ (۱۶,۶٪) از شرکت کنندگان به ترتیب دارای سطح آگاهی بالا، متوسط و پایین در مورد CRC بودند. میانگین نمره کلی اعتقاد بهداشتی $13/02 \pm 121/36$ بود. شصت و یک شرکت کننده (۲۳,۰٪) تحت غربالگری سرطان مرتبط با سندرم لینچ قرار گرفتند. عوامل پیش‌بینی‌کننده رفتار غربالگری شامل جنس (مرد)، سن (بزرگ‌تر)، وضعیت متاهل (تاهل)، سرطان‌های اولیه متعدد بیماران شاخص و سطوح بالای آگاهی و باورهای بهداشتی ($P < 0/05$) .

لی^{۵۰} و همکاران (۲۰۲۲) به بررسی باورهای بهداشتی نسبت به غربالگری سرطان ریه در میان سیگاری های چینی آمریکایی در معرض خطر پرداختند. اشباع داده ها پس از مصاحبه با ۱۲ شرکت کننده به دست آمد.

⁴⁹ Gu, J

⁵⁰ Lei, F

سیگاری های پرخطر چینی آمریکایی حساسیت کم به سرطان ریه را درک می کردند، زیرا آنها معتقد بودند که عوامل محافظتی مختلف سرطان ریه (مانند انجام ورزش، رژیم غذایی سالم و غیره) خطر ابتلا به سرطان ریه را در آنها کاهش می دهد. همه شرکت کنندگان شدت بالایی از سرطان ریه را درک کردند. آنها اذعان داشتند که سرطان ریه تأثیر زیادی بر زندگی آنها خواهد داشت. مزایای درک شده غربالگری سرطان ریه در بیشتر جنبه ها دقیق بود، اگرچه سردرگمی های جزئی هنوز در بین این جمعیت مشاهده می شد. موانع درک شده در سطوح شرکت کنندگان، پزشکان و سازمانی متفاوت بود. سیگاری های چینی آمریکایی پرخطر به غربالگری سرطان ریه اعتماد چندانی نداشتند. نشانه هایی برای اقدام برای غربالگری سرطان ریه شامل توصیه های ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی بود.

لین^{۵۱} و همکاران (۲۰۲۱) به بررسی وضعیت چاقی در ارتباط بین باورهای مرتبط با سرطان و رفتارهای سلامت در بازماندگان سرطان پرداختند. خودکارآمدی پایین برای مراقبت از سلامتی با زمان نشستن طولانی تر در نمونه کلی همراه بود ($p = 0.04$). در بازماندگان سرطان با اضافه وزن یا چاقی، مشارکت در رفتارهای سالم تر با (۱) احساس کمتر تحت تأثیر توصیه های خطر سرطان و (۲) اعتقاد به اینکه PA یا چاقی بر رشد سرطان تأثیر می گذارد (هر دو $P < 0.05$) مرتبط بود. در میان افراد دارای اضافه وزن و چاقی، ارتباط بین باورهای سرطان و رفتارهای بهداشتی بر اساس نوع سرطان تفاوت معنی داری نداشت.

در پژوهشی دیگر کوواس و بورس^{۵۲} (۲۰۲۰) در مطالعه ای با عنوان رابطه اضطراب، علائم بدنی و سرسختی در دوره بلوغ نشان دادند که اضطراب و علائم جسمانی با سرسختی رابطه معنادار منفی داشت. والترز^{۵۳} و همکاران (۲۰۱۵) با بررسی ادراک باورهای سلامتی در کارگرهای مشکوک به ابتلا به آسم مرتبط با شغل نشان دادند که ادراک این باورها می تواند برنامه های بهتری را در رابطه با بهداشت آنها در محل کار به وجود آورد.

بیوزگوا،^{۵۴} جاروسوا^{۵۵} و هاجنوا^{۵۶} (۲۰۱۵) در مطالعه ای به بررسی اضطراب، افسردگی و جنبه هایی از کیفیت زندگی در افراد مبتلا به سرطان پرداختند. نتایج نشان داد که در ۳۳/۹٪ از افراد اضطراب و در ۴۷/۶٪ از افراد

⁵¹ Lin, A

⁵² Kovacs IK, Borcsa M

⁵³ Walters GI

⁵⁴ Bužgová, R

⁵⁵ Jarošová, D

⁵⁶ Hajnová, E

افسردگی مشاهده گردید. نتایج تجزیه و تحلیل رگرسیون نشان داد که در افراد مبتلا به سرطان اضطراب و افسردگی با عملکرد فیزیکی و عاطفی پایین مرتبط است.

هیرش^{۵۷} و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی به تبیین این موضوع پرداختند که زنان تحت مطالعه آنها با وجود احتمال خطر بالای شکستگی ناشی از پوکی استخوان به دلیل اینکه سبک باور سلامتی در آنها نهادینه نشده اقدامات مؤثری در رابطه با پیشگیری از صدمات احتمالی ناشی از این بیماری انجام نمی دهند.

در مطالعه ای دیگر وانگ و همکاران (۲۰۱۴) موضوع باورهای سلامتی در رابطه با غربالگری های مربوط به سرطان پستان بررسی کردند و نتایج نشان داد که باورهای سلامتی نقشی کلیدی در اتخاذ اینگونه برنامه های سلامتی دارد.

التروچوف^{۵۸} (۲۰۱۴) پژوهشی با هدف بررسی ارتباط بین صفات شخصیتی و تاب آوری در برابر استرس انجام داد. او در پژوهش خود به این نتیجه دست یافت که صفات شخصیتی به پیش بینی اینکه چگونه استرس ها روی ایمنی روانی اثر می گذارد کمک می کند.

کلونین گر^{۵۹} و زوهر^{۶۰} (۲۰۱۱) به بررسی شخصیت و سلامت ادراک شده پرداختند. نتایج پژوهش آنها نشان داد که شخصیت اثرات نیرومندی بر سلامت دارد و بیش از یک سوم واریانس سلامتی را تبیین می کند.

دانلود فایل WORD این پایان نامه کارشناسی روانشناسی پیام نور از اینجا

همراه با منابع فارسی و لاتین

⁵⁷ Hsieh E

⁵⁸ Ulrichová, M

⁵⁹ Cloninger, C. R

⁶⁰ Zohar, A. H