

فهرست مطالب در یک نگاه

ذ	فهرست اختصارات
ز	مقدمه‌ای بر ویراست پنجم
ط	سخن مترجم
۱	بخش اول: زمینه روان‌شناسی سلامت
۳	فصل ۱: مقدمه‌ای به روان‌شناسی سلامت
۲۱	فصل ۲: نابرابری‌های سلامت
۴۵	بخش دوم: باورهای سلامت، رفتار و تغییر رفتار
۴۷	فصل ۳: باورهای سلامت
۸۷	فصل ۴: رفتارهای اعتیادی
۱۳۷	فصل ۵: رفتارهای خوردن
۱۷۹	فصل ۶: ورزش
۲۱۱	فصل ۷: رابطه جنسی
۲۴۳	فصل ۸: ارتقاء سلامت: تغییر رفتارهای سلامت
۲۸۹	بخش سوم: بیمار شدن
۲۹۱	فصل ۹: شناخت‌های بیماری
۳۴۱	فصل ۱۰: دسترسی به خدمات مراقبت از سلامت
۴۰۵	فصل ۱۱: استرس
۴۲۹	فصل ۱۲: استرس و بیماری
۴۷۵	بخش چهارم: بیمار بودن
۴۷۷	فصل ۱۳: درد و تأثیر دارونما
۵۱۵	فصل ۱۴: HIV و سرطان
۵۴۷	فصل ۱۵: چاقی و بیماری کرونری قلب
۵۹۹	فصل ۱۶: سلامت زنان
۶۲۹	فصل ۱۷: سلامت مردان
۶۴۹	فصل ۱۸: سنجش وضعیت سلامت: از نرخ مرگ‌ومیر تا کیفیت زندگی
۶۷۱	بخش پنجم: تأمل در روان‌شناسی سلامت
۶۷۳	فصل ۱۹: روان‌شناسی سلامت انتقادی

فصل ۳: باورهای سلامت..... ۴۷	فهرست اختصارات ذ
چکیده فصل..... ۴۸	مقدمه‌ای بر ویراست پنجم ز
رفتارهای سالم چیستند؟..... ۴۸	سخن مترجم ط
پیش‌بینی رفتارهای سلامت: نقش باورهای سلامت... ۴۹	بخش اول: زمینه روان‌شناسی سلامت..... ۱
نظریه اسناد..... ۴۹	فصل ۱: مقدمه‌ای به روان‌شناسی سلامت..... ۳
ادراک خطر..... ۵۲	چکیده فصل..... ۴
انگیزش و نظریه خودمختاری..... ۵۵	پیشینه روان‌شناسی سلامت..... ۴
خودکارآمدی..... ۵۶	الگوی زیست‌پزشکی..... ۴
الگوهای مرحله‌ای..... ۵۶	قرن بیستم..... ۵
الگوهای شناخت اجتماعی..... ۶۲	روان‌شناسی سلامت..... ۶
مشکلات الگوهای شناخت اجتماعی..... ۷۱	تمرکز روان‌شناسی سلامت..... ۸
مشکلات روش‌شناسی..... ۷۲	اهداف روان‌شناسی سلامت ۱۱
بسط الگوها با اضافه کردن شناخت‌های جدید ۷۴	آینده روان‌شناسی سلامت ۲۱
شکاف قصد- رفتار..... ۷۹	اهداف این کتاب ۴۱
ادغام الگوها..... ۸۱	یک دوره آموزشی کامل در روان‌شناسی سلامت ۶۱
فصل ۴: رفتارهای اعتیادی..... ۸۷	فصل ۲: نابرابری‌های سلامت..... ۲۱
چکیده فصل..... ۸۸	چکیده فصل..... ۲۲
چه کسانی سیگار می‌کشند؟..... ۸۸	نابرابری‌های سلامت..... ۲۲
چه کسانی الکل می‌نوشند؟..... ۹۰	موقعیت جغرافیایی..... ۲۲
اثرات مصرف سیگار و الکل بر سلامتی..... ۹۳	پایگاه اجتماعی- اقتصادی..... ۲۶
اعتیاد چیست؟..... ۹۶	جنسیت..... ۲۹
تغییرات تاریخی در نگرش و رویکرد نظری..... ۹۷	تبیین تغییرپذیری در سلامت و بیماری..... ۳۱
فرایندهای دخیل در یادگیری یک رفتار اعتیادی..... ۹۹	مداخلات پزشکی..... ۳۲
ادغام رویکردهای بیماری و یادگیری اجتماعی..... ۱۰۱	عوامل محیطی..... ۳۶
مراحل سوءمصرف مواد..... ۱۰۹	رفتار..... ۳۸
مراحل ۱ و ۲: شروع و تداوم یک رفتار اعتیادی..... ۱۱۰	بخش دوم: باورهای سلامت، رفتار و تغییر رفتار.. ۴۵
مرحله ۳: ترک یک رفتار اعتیادی..... ۱۱۴	

۲۱۹.....الگوهای تحولی.....
 ۲۲۰.....الگوهای تصمیم‌گیری.....
 یکپارچه‌سازی رویکردهای تحولی و تصمیم‌گیری در
 مورد استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری.....
 ۲۲۲.....
 رابطه جنسی به‌عنوان خطری در زمینه بیماری‌های
 مقاربتی/HIV و ایدز.....
 ۲۲۶.....
 رابطه جنسی به‌منزله یک تعامل و نقش مذاکره.....
 ۲۳۰.....
 ادراک خطر و آسیب‌پذیر بودن.....
 ۲۳۴.....
 آموزش مسائل جنسی.....
 ۲۳۵.....
 روابط قدرت بین شرکای جنسی.....
 ۲۳۸.....

فصل ۸: ارتقاء سلامت: تغییر رفتارهای سلامت ۲۴۳

۲۴۴.....چکیده فصل.....
 ۲۴۴.....چگونگی تغییر رفتار.....
 ۲۴۵.....نیاز به مداخلات مبتنی بر نظریه.....
 ۲۴۶.....نظریه‌های یادگیری و شناختی.....
 ۲۵۷.....نظریه شناخت اجتماعی.....
 ۲۶۴.....الگوهای مرحله‌ای.....
 ۲۶۶.....تغییر عاطفه.....
 ۲۷۳.....فناوری‌های نوین.....
 ۲۷۶.....استفاده از داده‌های خطر زیستی.....
 ۲۷۷.....رسانه‌های جمعی.....
 بهبود پژوهش در حوزه مداخله و جستجوی عناصر
 فعال.....
 ۲۸۲.....
 درک تغییر دائمی رفتار.....
 ۲۸۴.....

بخش سوم: بیمار شدن ۲۸۹

فصل ۹: شناخت‌های بیماری ۲۹۱

۲۹۲.....چکیده فصل.....
 ۲۹۲.....معنای سالم بودن چیست؟.....
 ۲۹۳.....معنای بیمار بودن چیست؟.....

۱۱۹.....مداخلاتی برای ترک.....
 ۱۲۷.....شواهدی برای اثربخشی رویکردهای مختلف ترک.....
 ۱۲۸.....مرحله ۴: عود.....
 ۱۳۰.....دیدگاه رفتار بین اعتیادی.....

فصل ۵: رفتارهای خوردن ۱۳۷

۱۳۸.....چکیده فصل.....
 ۱۳۸.....برنامه غذایی سالم چیست؟.....
 ۱۴۰.....برنامه غذایی چگونه بر سلامت اثر می‌گذارد؟.....
 ۱۴۰.....چه کسانی برنامه غذایی سالم دارند؟.....
 ۱۴۴.....الگوهای تحولی رفتار خوردن.....
 ۱۵۵.....الگوهای شناختی رفتار خوردن.....
 ۱۵۷.....الگوی نگرانی درباره وزن.....
 ۱۶۴.....رژیم گرفتن.....

فصل ۶: ورزش ۱۷۹

۱۸۰.....چکیده فصل.....
 ۱۸۰.....پیدایش دغدغه معاصر درباره رفتار ورزش.....
 ۱۸۱.....ورزش چیست؟.....
 ۱۸۱.....سنجش ورزش.....
 ۱۸۲.....توصیه‌های کنونی.....
 ۱۸۳.....چه کسانی ورزش می‌کنند؟.....
 ۱۸۷.....چرا ورزش؟.....
 ۱۹۶.....عوامل پیش‌بینی‌کننده ورزش.....
 ۲۰۳.....بهبود رفتار ورزش.....
 ۲۰۶.....تبعیت از ورزش و عود.....

فصل ۷: رابطه جنسی ۲۱۱

۲۱۲.....چکیده فصل.....
 ۲۱۲.....تاریخچه مختصری از ادبیات پژوهشی رفتار جنسی.....
 ۲۱۶.....استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری.....

سنجش استرس..... ۴۱۹
روابط بین پژوهش در محیط‌های مختلف و با استفاده
از مقیاس‌های مختلف..... ۴۲۱
تعامل بین جنبه‌های روان‌شناختی و فیزیولوژیکی
استرس..... ۴۲۴

فصل ۱۲: استرس و بیماری..... ۴۲۹

چکیده فصل..... ۴۳۰
آیا استرس باعث بیماری می‌شود؟..... ۴۳۰
چگونه استرس باعث بیماری می‌شود؟..... ۴۳۳
استرس و تغییرات فیزیولوژیکی..... ۴۳۹
تفاوت‌های فردی در ارتباط استرس-بیماری..... ۴۴۰
ایمنی‌شناسی عصبی روانی..... ۴۴۳
تأثیر استرس مزمن..... ۴۵۱
چه عواملی ارتباط استرس-بیماری را تعدیل
می‌کنند؟..... ۴۵۵
مقابله..... ۴۵۶
حمایت اجتماعی..... ۴۶۲
شخصیت..... ۴۶۶
کنترل..... ۴۶۹

بخش چهارم: بیمار بودن..... ۴۷۵

فصل ۱۳: درد و تأثیر دارونما..... ۴۷۷

چکیده فصل..... ۴۷۸
درد چیست؟..... ۴۷۸
نظریه‌های اولیه درد: درد به‌عنوان یک احساس..... ۴۷۹
ورود روان‌شناسی به نظریه‌های درد..... ۴۸۰
نظریه کنترل دروازه درد..... ۴۸۰
نقش عوامل روانی-اجتماعی در ادراک درد..... ۴۸۳
فرایندهای ذهنی-عاطفی-شناختی..... ۴۸۴
نقش روان‌شناسی در درمان درد..... ۴۹۲
نتیجه درمان و مدیریت درد: نقش پذیرش درد..... ۴۹۵

شناخت‌های بیماری چیست؟..... ۲۹۴
الگوی خودتنظیمی رفتار بیماری لونتال..... ۲۹۸
مرحله اول: تفسیر.....
۳۰۴

مرحله دوم: مقابله..... ۳۱۴
سازگاری با بیماری جسمی و نظریه انطباق شناختی..... ۳۲۱
رشد پس از آسیب و منفعت‌یابی..... ۳۲۴
استفاده از الگوی خودتنظیمی (SRM) برای پیش‌بینی
نتایج..... ۳۲۶
نقش اساسی انسجام..... ۳۳۰
مداخلاتی برای تغییر شناخت‌های بیماری..... ۳۳۲

فصل ۱۰: دسترسی به خدمات مراقبت از

سلامت..... ۳۴۱

چکیده فصل..... ۳۴۲
نظام‌های مراقبت از سلامت..... ۳۴۲
کمک‌جویی و به تأخیر انداختن..... ۳۴۴
غربالگری..... ۳۵۱
مشاوره پزشکی..... ۳۶۸
تبعیت..... ۳۸۳
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی..... ۳۹۷
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی..... ۴۰۱

فصل ۱۱: استرس..... ۴۰۵

چکیده فصل..... ۴۰۶
استرس چیست؟..... ۴۰۶
شکل‌گیری الگوهای استرس..... ۴۰۷
نقش عوامل روان‌شناختی در استرس..... ۴۱۱
الگوی تبادل استرس..... ۴۱۲
آیا ارزیابی بر پاسخ استرس تأثیر دارد؟..... ۴۱۳
کدام رویدادها به‌عنوان پر استرس ارزیابی می‌شوند؟..... ۴۱۴
خودکنترلی و استرس..... ۴۱۵
استرس و تغییرات فیزیولوژیکی..... ۴۱۶

۶۳۰.....	چکیده فصل.....
۶۳۰.....	تفاوت‌های جنسیتی در سلامت و بیماری.....
۶۳۲.....	نقش رفتار در سلامت مردان.....
۶۳۴.....	تبیین رفتارهای مرتبط با سلامت مردان و نیمرخ‌های بیماری.....
۶۴۲.....	نمونه‌های موردی: مرد بودن چگونه روی سلامت تأثیر می‌گذارد.....

فصل ۱۸: سنجش وضعیت سلامت: از نرخ مرگ‌ومیر تا کیفیت زندگی..... ۶۴۹

۶۵۰.....	چکیده فصل.....
۶۵۰.....	نرخ مرگ‌ومیر.....
۶۵۰.....	نرخ ناخوشی.....
۶۵۱.....	مقیاس‌های عملکردی.....
۶۵۱.....	وضعیت سلامت ذهنی.....
۶۵۲.....	کیفیت زندگی چیست؟.....
۶۵۸.....	تغییر جهتی در دیدگاه.....
۶۶۰.....	کاربرد کیفیت زندگی در حوزه پژوهش.....
۶۶۳.....	تغییر جهت پاسخ.....

بخش پنجم: تأمل در روان‌شناسی سلامت... ۶۷۱

فصل ۱۹: روان‌شناسی سلامت انتقادی..... ۶۷۳

۶۷۴.....	چکیده فصل.....
۶۷۴.....	یادگیری انتقادی بودن.....
۶۷۵.....	انتقادی بودن نسبت به نظریه‌ها.....
۶۷۷.....	انتقادی بودن نسبت به روش.....
۶۷۹.....	انتقادی بودن نسبت به سنجش.....
۶۸۰.....	انتقادی بودن نسبت به رشته.....
۶۸۲.....	روان‌شناسی سلامت انتقادی.....
۶۸۵.....	واژه‌نامه روش‌شناسی.....

واژه‌نامه فارسی به انگلیسی..... ۶۸۷

واژه‌نامه انگلیسی به فارسی..... ۶۹۱

منابع..... ۶۹۵

۴۹۶.....	سنجش درد.....
۴۹۸.....	اثر دارونما.....
۴۹۸.....	دارونما چیست؟.....
۴۹۹.....	تاریخچه درمان‌های بی‌اثر.....
۵۰۰.....	دارونماها چگونه عمل می‌کنند؟.....
۵۰۶.....	نقش اساسی انتظارات بیمار.....
۵۰۷.....	نظریه ناهماهنگی شناختی.....
۵۱۰.....	نقش اثرات دارونما در روان‌شناسی سلامت.....

فصل ۱۴: HIV و سرطان..... ۵۱۵

۵۱۶.....	چکیده فصل.....
۵۱۶.....	بیماری مزمن و روان‌شناسی.....
۵۱۶.....	اچ‌آی‌وی (HIV) و ایدز.....
۵۱۹.....	نقش روان‌شناسی در مطالعه اچ‌آی‌وی.....
۵۲۸.....	سرطان.....
۵۲۹.....	نقش روان‌شناسی در سرطان.....

فصل ۱۵: چاقی و بیماری کرونری قلب..... ۵۴۷

۵۴۸.....	چکیده فصل.....
۵۴۸.....	چاقی.....
۵۵۱.....	چاقی چقدر شایع است؟.....
۵۷۱.....	درمان چاقی.....
۵۷۴.....	آیا اصلاً چاقی باید درمان شود؟.....
۵۸۳.....	بیماری کرونری قلب.....
۵۸۸.....	بازتوانی بیماران مبتلا به بیماری کرونری قلب.....
۵۹۲.....	پیش‌بینی نتیجه وضعیت سلامتی بیمار.....

فصل ۱۶: سلامت زنان..... ۵۹۹

۶۰۰.....	چکیده فصل.....
۶۰۰.....	جنسیت و سلامت.....
۶۰۰.....	افتادن جنین.....
۶۰۶.....	پایان دادن به بارداری.....
۶۱۵.....	بائسگی.....

فصل ۱۷: سلامت مردان..... ۶۲۹

فهرست اختصارات

مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستان	HADS	فعالیت زندگی روزمره	ADL
رویکرد فرایند عمل سلامت	HAPA	سندرم نقص ایمنی اکتسابی	AIDS
الگوی باور سلامت	HBM	درمان آهنگ حرکت انطباقی،	APT
محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - قشر فوق کلیه	HPA	درمان روان‌شناختی تکمیلی	AVE
درمان جایگزینی هورمون	HRT	اثر نقض پرهیز	BDI
تجزیه و تحلیل پدیدار شناختی - تفسیری	IPA	پرسشنامه افسردگی بک	BMI
پرسشنامه ادراک بیماری	IPQ	شاخص توده بدنی	BSE
پرسشنامه ادراک بیماری - نسخه تجدید نظر شده	IPQR	خودآزمایی پستان	CAD
پرسشنامه استرس زاهای زندگی و منابع اجتماعی	LISRES	بیماری عروق کرونری	CBSM
آموزش تبعیت از درمان دارویی	MAT	مدیریت استرس شناختی - رفتاری	CBT
منبع کنترل سلامت چندبعدی	MHLC	درمان شناختی رفتاری	CHD
مصاحبه انگیزشی، انفارکتوس میوکارد	MI	بیماری کرونری قلب	CIN
پرسشنامه درد مک گیل	MPQ	نئوپلازی داخل اپیتلیالی دهانه رحم	CMV
مطالعه کوهورت چندمرکزی ایدز	MACS	سیتومگالوویروس	COPD
نیمرخ سلامت ناتینگهام	NHP	بیماری انسداد ریۀ مزمن	CR
خدمات ملی سلامت	NHS	پاسخ شرطی	CS
کشندهگی سلول کشنده طبیعی	NKCC	محرک شرطی	D&C
اختلال وسواسی اجباری	OCD	اتساع و کورتاژ	DAFNE
دستیار دیجیتال شخصی	PDA	تنظیم دوز برای رفتار خوردن طبیعی	DEBQ
پرسشنامه سبک غذا دادن والدین	PFSQ	پرسشنامه رفتار خوردن داچ	ERPC
نظریه انگیزه محافظت	PMT	تخلیه باقیمانده محصولات حاملگی	FAP
ایمنی‌شناسی عصبی روانی	PNI	پولپوز آدنوماتوز فامیلی	FH
معاینه وضعیت کنونی	PSE	هایپرکلسترولمی فامیلی	GAS
مقیاس استرس ادراک شده	PSS	سندرم انطباق عمومی	GCT
اختلال استرس پس از آسیب	PTSD	نظریه کنترل دروازه	GHQ
		پرسشنامه سلامت عمومی	GSR
		پاسخ گالوانیکی پوست	HAART
		درمان بسیار فعال ضد رتروویروسی	

بیماری مقاربتی	STD	SEIQoL	برنامه برای ارزیابی کیفیت زندگی
پایان دادن به بارداری	TOP	اختصاصی	
نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده	TPB	پایگاه اجتماعی-اقتصادی	SES
نظریه عمل مستدل	TRA	سودمندی مورد انتظار ذهنی	SEU
پاسخ غیرشرطی	UR	نیمرخ اثر بیماری	SIP
محرك غير شرطی	US	پرسشنامه خط نقره ای	SLQ
سازمان بهداشت جهانی	WHO	افراد سوئدی چاق	SOS
پروژه زنان، خطر و ایدز	WRAP	فهرست تجارب اخیر	SRE
		مقیاس سازگاری مجدد اجتماعی	SRRS

مقدمه‌ای بر ویراست پنجم

چرا نخستین بار این کتاب را نوشتم

بعد از چند سال تدریس روان‌شناسی سلامت، نخستین بار این کتاب را در سال ۱۹۹۵ نوشتم. پیش از آن، منابعی که به دانشجویانم توصیه می‌کردم توسط نویسندگان آمریکایی نوشته شده بودند و طبعاً تمرکز آنها بر پژوهش‌های آمریکایی و خدمات مراقبت از سلامت در جامعه آمریکا بود. به‌علاوه، به جای آنکه آن منابع بر نظریه‌ها و الگوها تکیه داشته باشند، بیشتر بر پایه مثال بودند. این موضوع کار ما را سخت می‌کرد، چرا که من به‌عنوان مدرس برای تبدیل آن محتوا به سخنرانی کلاسی مشکل داشتم و دانشجویان هم در خواندن یا مرور و خلاصه‌نویسی با سختی رو به رو بودند. در نتیجه تصمیم گرفتم برای حل برخی از این مشکلات کتاب خودم را بنویسم. می‌خواستم کارهای انجام شده در آمریکا را با کارهای همکارانم در انگلیس و سایر کشورهای اروپا، نیوزلند و استرالیا تکمیل کنم. همچنین می‌خواستم بر نظریه تأکید کنم و کتاب را به‌گونه‌ای بنویسم که مفید باشد. امیدوارم چهار ویراست نخست کتاب این اهداف را محقق کرده باشند.

اهداف ویراست پنجم

یک کتاب به مرور زمان قدیمی می‌شود. ویراست پنجم برای من مثل یک کتاب کاملاً جدید است؛ چرا که قسمت‌هایی از کتاب را مجدداً نوشتم، مجدداً سازمان‌دهی کردم، قسمت‌هایی را به‌روز کردم و قسمت‌ها و فصول جدیدی را به کتاب اضافه کردم. مشخصاً تغییرات زیر در ویراست جدید اعمال شده است.

- **ساختاری جدید:** کتاب اکنون در پنج بخش سازمان‌دهی شده است: (۱) زمینه روان‌شناسی سلامت؛ (۲) باورهای سلامت، رفتار و تغییر رفتار؛ (۳) بیمار شدن؛ (۴) بیمار بودن؛ و (۵) تأملی بر روان‌شناسی سلامت. این بخش‌ها الگویی پیوستاری از سلامت و بیماری را نمایان می‌سازند. اکنون بخش‌های مختلف کتاب، نظریه و پژوهش را در امتداد این پیوستار پوشش می‌دهند همان‌طور که از سالم بودن به سوی بیمار بودن پیش می‌رویم.
- **تمرکز بر روان‌شناسی سلامت:** اکنون توصیف خود از تمرکز روی روان‌شناسی سلامت را در ابتدای کتاب بسط داده‌ام و نه تنها توضیح داده‌ام که چگونه رشته ما از الگوی زیستی - روانی - اجتماعی مشتق شده است بلکه همچنین توضیح داده‌ام که چگونه این رشته سلامتی و بیماری را روی یک پیوستار می‌بیند، چگونه سعی دارد تا تغییرپذیری‌های فردی را تبیین کند و چگونه بر

مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم بین عوامل روان‌شناختی و سلامت تمرکز می‌کند.

- **تاب‌آوری‌های سلامت:** فصل ۲ جدید است و تغییرات در سلامت و بیماری را برحسب موقعیت جغرافیایی، زمان، طبقه اجتماعی و جنسیت آشکار می‌سازد. دلایل این تغییرات می‌تواند مداخلات پزشکی (مثل واکسیناسیون، دسترسی به متخصصان سلامت)، عوامل محیطی (مثل سیستم فاضلاب، آب آشامیدنی سالم، شهرسازی) و رفتار (مثل سیگار، برنامه غذایی و ورزش) باشد. سپس توضیح می‌دهم که چگونه روان‌شناسی سلامت گرایش دارد تا بر نقش رفتار تمرکز کند.
- **رفتارهای اختصاصی:** کتاب همچنان شامل فصولی درباره رفتارهای اعتیادی، رفتار خوردن، ورزش و رابطه جنسی است، اما این فصول بازنویسی شده‌اند تا پژوهش‌های اخیر و حوزه‌هایی که در حال حاضر روان‌شناسی سلامت بر آنها متمرکز است را منعکس کنند.
- **رفتارهای اعتیادی:** فصل ۴ بر سیگار کشیدن و مصرف الکل تمرکز دارد اما در این ویراست قسمت‌هایی را در مورد مصرف کافئین و وابستگی به ورزش اضافه کرده‌ام تا نشان دهم که چگونه می‌توان نظریه‌های بیماری و یادگیری اجتماعی اعتیاد را برای اعتیادهایی که با مصرف یک ماده سرورکار دارند (مثل کافئین) و اعتیادهایی که مبتنی بر رفتار هستند (مثل وابستگی به ورزش) به کار برد.
- **ارتقاء سلامت:** بزرگترین تحول در روان‌شناسی سلامت از زمان نخستین چاپ این کتاب تاکنون، تغییر جهت از تأکید بر پیش‌بینی رفتار به سمت تأکید بر تغییر رفتار است. فصل ۸ در ویراست جدید به کتاب اضافه شده است. در این فصل طیف وسیعی از نظریه‌ها و راهبردهای کلیدی تغییر رفتار بیان می‌شوند. همچنین جزییات سودمند و مثال‌های کاربردی در مورد اینکه چگونه می‌توان از این نظریه‌ها و راهبردها در عمل استفاده کرد در اختیار می‌گذارد. برخی از مثال‌ها عبارت‌اند از: درمان شناختی رفتاری، مصاحبه انگیزشی، مشوق‌ها، مداخلات رسانه‌های جمعی و مداخلاتی که با استفاده از فناوری‌های نوین مانند لپ‌تاپ و تلفن همراه انجام می‌شوند. امیدوارم این فصل برای کسانی که به یک دیدگاه کلی از این ادبیات پژوهشی وسیع نیاز دارند سودمند باشد.
- **مقابله و حمایت اجتماعی:** این قسمت‌ها را در فصل‌های ۹ و ۱۱ توسعه داده‌ام و پژوهش‌های به روزتر، جزییات موضوعات مربوط به سنجش و تأثیر آنها بر نتایج سلامتی را در فصل‌های یاد شده گنجانده‌ام.
- **دسترسی به مراقبت از سلامت:** تغییر عمده بعدی در روان‌شناسی سلامت این است که به‌جای افراد سالم (و دانشجویان!) بر جمعیت‌های بیمار است تأکید می‌شود. فصل ۱۰، فصل جدیدی در این ویراست است که این تغییر جهت در روان‌شناسی سلامت را نشان می‌دهد و نقش نظریه

روان‌شناختی و روش‌ها در زمینه مراقبت از سلامت را بررسی می‌کند. تمرکز این فصل بر چنین موضوعاتی است: چرا افراد به دنبال کمک می‌روند (یا کمک‌جویی را به تأخیر می‌اندازند)، چگونه غربالگری قبل از اینکه علائم شروع شوند افراد را به کمک‌جویی ترغیب می‌کند، رابطه بین متخصص سلامت و بیمار چگونه است و اینکه چه عواملی تبعیت از درمان را پیش‌بینی می‌کنند.

- **بیماری مزمن:** بیماری‌های مزمن بسیاری وجود دارد و روان‌شناسی سلامت با همه آنها مرتبط است. در این ویراست همچنان در فصل‌های ۱۴ و ۱۵ روی HIV/ایدز، سرطان، بیماری کرونری قلب و چاقی تمرکز کرده‌ام اما تلاش کرده‌ام تا نشان دهم که چگونه پژوهش‌های ما با بسیاری از حالات مزمن دیگر نظیر دیابت، سندرم خستگی مزمن و آسم مرتبط است.
- **سلامت مردان:** در آخرین ویراست، فصلی را در مورد سلامت زنان گنجاندم. به این ویراست فصل جدیدی در مورد سلامت مردان (فصل ۱۷) اضافه کرده‌ام. در این فصل تفاوت‌های جنسیتی در امید به زندگی و علل مرگ‌ومیر را بررسی کرده‌ام و سپس توضیح داده‌ام که چگونه می‌توان این تفاوت‌ها را برای مردان برحسب رفتارهای مرتبط با سلامت، رفتارهای مخاطره‌آمیز و رفتارهای کمک‌جویی توضیح داد. به علاوه با توجه به باورهای سلامت مردان، هنجارهای اجتماعی در مورد مردانگی و ابراز هیجان به بررسی این موضوع پرداخته‌ام که چرا مردان به گونه‌ای که می‌بینیم رفتار می‌کنند. در انتهای فصل این عوامل در زمینه سه مطالعه موردی بررسی شده‌اند: سرطان پروستات، خودکشی و بیماری کرونری قلب.
- **روان‌شناسی سلامت انتقادی:** اغلب به دانشجویان گفته می‌شود که سعی کنند در فکر کردن و نوشتن «انتقادی» باشند، اما غالباً اساتید در مورد اینکه چگونه می‌توان انتقادی بود توضیح خاصی به دانشجویان نمی‌دهند. فصل انتهایی کتاب را بازنویسی کرده‌ام تا انواع سؤالاتی را که می‌توان درباره روان‌شناسی سلامت پرسید مطرح کنم. این سؤال‌ها به شما کمک می‌کند تا دیدگاهی انتقادی‌تر در این حوزه به دست آورید. در این فصل توضیح داده می‌شود که چگونه انتقادی باشیم و چگونه نظریه، روش‌ها، ابزارهای سنجش و کل رشته روان‌شناسی سلامت را تجزیه و تحلیل کنیم. این فصل کادراهی «مشکلات پژوهش در حوزه...» و قسمت‌های «مفروضه‌های روان‌شناسی سلامت» که در هر فصل هستند را در هم می‌آمیزد. این فصل با توضیح روان‌شناسی سلامت انتقادی به پایان می‌رسد و گزینه‌هایی برای مطالعه بیشتر به شما معرفی می‌کند.
- **بخش‌های افزوده:** بخش‌های جدید زیادی را در سرتاسر کتاب اضافه کرده‌ام تا رویکردهای اخیر را نشان دهم. می‌توان به این موارد اشاره کرد: علائم استرس پس از آسیب، ورزش و سندرم خستگی مزمن، رشد پس از آسیب و منفعت‌یابی، تصویرسازی و شناخت‌های بیماری، و تغییر جهت پاسخ. بر سنجش تأکید بیشتری کرده‌ام و روش‌های سنجش سازه‌ها و رفتارهای نظیر ورزش، وابستگی به ورزش، مقابله، حمایت اجتماعی، رفتار خوردن و شناخت بیماری را توضیح داده‌ام.

- **استفاده از اشکال و تصاویر:** حالت بصری کتاب بیشتر شده است و در سرتاسر کتاب از شکل و تصویر بیشتر استفاده کرده‌ام. هدف از این کار این است که روان‌شناسی سلامت را وارد فضای زندگی کنیم و نشان دهیم که فارغ از وضعیت سلامتی ما عوامل روان‌شناختی با زندگی روزانه مرتبط هستند.

همچنین این ویراست ویژگی‌های آشنایی دارد که در ویراست‌های قبلی نیز وجود داشتند:

- **مشکلات پژوهش در حوزه ...:** کادر کوچکی در هر فصل که از دانشجویان می‌خواهد تا برخی از مشکلات پژوهش در آن حوزه خاص روان‌شناسی سلامت را مدنظر قرار دهند. برای مثال در فصل ۳ برخی از مشکلات پژوهش در حوزه باورهای سلامت مطرح می‌شود. در مورد باورها، ما از کجا می‌دانیم که سؤال پرسیدن از افراد درباره باورهای سلامت طرز فکر آنها را تغییر نمی‌دهد؟ آیا ممکن است باورهایی که رفتارها را پیش‌بینی و تبیین می‌کنند از آنهایی که رفتار را تغییر می‌دهند متفاوت باشند؟ و سؤال‌های دیگری از این قبیل. هدف از این مثال‌ها این است که دانشجویان ترغیب شوند تا از برخی تله‌های رایج پژوهش در روان‌شناسی سلامت آگاهی یابند و تشویق شوند تا بی‌نقصی پژوهش‌های خود و دیگران را به چالش کشیده، ارزیابی و تجزیه و تحلیل کنند. در فصل ۱۹ به موضوعات مطرح شده در این کادرها بیشتر پرداخته شده است.
- **تمرکز بر پژوهش:** بیشتر بخش‌های تمرکز بر پژوهش را تغییر داده‌ام و مطالعاتی را در این بخش‌ها گنجانده‌ام که یا در حوزه خود کلاسیک هستند یا از روش‌ها یا ابزارهای اصیل استفاده می‌کنند. برای مطالعه مقالات پژوهشی بیشتر قسمت "برای مطالعه بیشتر" در انتهای هر فصل را بخوانید.
- **مطالعه بیشتر و خودآزمایی:** در نهایت، همان‌طور که شما از ویراست جدید انتظار داشتید، بخشی برای مطالعه بیشتر وجود دارد. این بخش منابع به روزی برای مطالعه بیشتر به شما معرفی می‌کند. همچنین در انتهای هر فصل سؤالات جدیدی وجود دارد که می‌توان از آنها برای بحث کلاسی یا کمک به یادگیری دانشجویان استفاده کرد.

ساختار ویراست پنجم

روان‌شناسی سلامت بر دیدگاهی زیستی - روانی - اجتماعی تمرکز دارد؛ سلامت و بیماری به‌عنوان یک پیوستار، مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم بین روان‌شناسی و سلامت و تغییرپذیری. کتاب حاضر طوری سازمان‌یافته است تا این الگوی پیوستاری سلامت و بیماری را در سازمان پنج‌بخشی جدید خود منعکس کند. در این ساختار هر فصل دیدگاهی زیستی - روانی - اجتماعی را آشکار می‌سازد، مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم را بررسی می‌کند و متغیرهای تبیین‌کننده تغییرپذیری را مورد سنجش قرار می‌دهد.

بخش ۱: زمینه روان‌شناسی سلامت

در فصل ۱ دیدگاه‌های عمده روان‌شناسی سلامت بررسی می‌شوند و اهداف و ساختار کتاب حاضر به شکل خلاصه بیان می‌شود. فصل ۲ زمینه‌ای گسترده‌تر از روان‌شناسی سلامت فراهم می‌کند و بر نابرابری‌های سلامت تمرکز دارد. این فصل نشان می‌دهد که چگونه سلامت و بیماری بر اساس عوامل نظیر جنسیت، سن، زمان و موقعیت جغرافیایی تغییر می‌کند. سپس با تمرکز بر پیشرفت پزشکی، عوامل محیطی و نقش رفتار، تبیین‌های احتمالی در مورد این تغییرات بررسی می‌شود. به علاوه تمایل روان‌شناسی سلامت برای تأکید بر نقش رفتار به‌عنوان تبیینی برای نابرابری‌های سلامت توضیح داده می‌شود.

بخش ۲: باورهای سلامت، رفتار و تغییر رفتار

اساس درک سلامت و بیماری نقش باورها و رفتار است. در فصل ۳ تعدادی از نظریه‌های باورهای سلامت توضیح داده می‌شود و سپس به بیان الگوهای کلیدی باورهای سلامت نظیر الگوی مراحل تغییر، الگوی باور سلامت و نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده پرداخته می‌شود. دلیل تمرکز بر باورهای سلامت این استدلال است که رفتارها را در صورتی و هنگامی می‌توان به بهترین شکل درک کرد، پیش‌بینی کرد و تغییر داد که بتوانیم باورهای سلامت فرد را توصیف کنیم. فصل‌های ۴ تا ۷ بر رفتارهای خاصی تمرکز دارند و نظریه‌ها و پژوهش‌هایی را توضیح می‌دهند که در صدد پاسخگویی به این سؤال برآمده‌اند که چرا مردم به شکل سالم رفتار می‌کنند یا نمی‌کنند. این رفتارهای خاص عبارت‌اند از سیگار کشیدن، مصرف الکل و سایر اعتیادها (فصل ۴)، رفتار خوردن (فصل ۵)، ورزش (فصل ۶) و رابطه جنسی (فصل ۷). آخرین فصل در بخش ۲ به ارتقاء سلامت و نظریه‌های تغییر رفتار می‌پردازد و طرز شکل‌گیری مداخلاتی که هدفشان ترغیب افراد به ارتقاء سلامت است را بررسی می‌کند. این فصل راهبردهای تغییر رفتار نظیر درمان شناختی-رفتاری، مصاحبه انگیزشی، استفاده از توسل به ترس، نقش رسانه‌های جمعی و استفاده از فناوری‌های نوین نظیر اینترنت و تلفن همراه را خاطر نشان می‌سازد.

بخش ۳: بیمار شدن

مرحله بعدی در امتداد پیوستار سلامت تا بیماری، به عوامل اولیه دخیل در بیمار شدن می‌پردازد. فصل ۹ شناخت‌های بیماری، طرز ادراک علائم و ایجاد بازنمایی‌های بیماری را توضیح می‌دهد. سپس به نظریه‌های مقابله با بیماری و نقش شناخت‌های بیماری و مقابله در پیش‌بینی نتایج سلامتی بیمار می‌پردازد. فصل ۱۰ راه‌های تماس افراد با سیستم مراقبت از سلامت را بررسی می‌کند. نخست مکانیسم‌های دخیل در کمک‌جویی بررسی می‌شوند، مانند ادراک علامت و هزینه‌ها و منافع مراجعه به پزشک. در گام بعدی پژوهش‌ها در حوزه غربالگری توضیح داده می‌شود. در حالت غربالگری افراد حتی در غیاب هرگونه علامتی به سیستم مراقبت از سلامت مراجعه می‌کنند. نظریه‌ها و پژوهش‌های مرتبط با برقراری ارتباط در مشاوره، با تأکید بر تصمیم‌گیری و اینکه متخصصان سلامت چگونه یک تشخیص

را شکل می‌دهند مورد بحث قرار می‌گیرد. در انتها، موضوعات مرتبط با تبعیت بررسی می‌شود. توضیح می‌دهم که چگونه عوامل روان‌شناختی نظیر باورهای سلامت و بیماری طرز رفتار بیمار را پیش‌بینی می‌کنند. از روی این عوامل می‌توان پیش‌بینی کرد که آیا بیمار طبق توصیه‌های تیم مراقبت از سلامت رفتار خواهد کرد یا خیر. در فصل‌های ۱۱ و ۱۲ نظریه‌های استرس بیان می‌شوند و نشان داده می‌شود که استرس از چه راه‌هایی می‌تواند موجب بیماری شود. فصل ۱۲ نیز نقش مقابله، حمایت اجتماعی، کنترل و شخصیت را در تعدیل رابطه بین استرس و بیماری بررسی می‌کند و تأثیر استرس بر ساختار فیزیولوژیکی و رفتار توضیح داده می‌شود.

بخش ۴: بیمار بودن

همین‌طور که در امتداد پیوستار پیش برویم به مرحله بعدی می‌رسیم: بیمار بودن. موضوعات مهم مربوط به بیمار بودن در بخش ۴ مورد بحث قرار گرفته‌اند. فصل ۱۳ نظریه‌های درد و رویکردهای مدیریت درد را تشریح می‌کند. این فصل نقش مهم اثرات دارونما و مکانیسم‌های احتمالی پشت این اثرگذاری را نیز نمایان می‌سازد. فصل‌های ۱۴ و ۱۵ بر چند بیماری مزمن مشخص تمرکز دارند. در این فصل‌ها نشان داده می‌شود که سازه‌ها و نظریه‌های روان‌شناختی مورد اشاره در کتاب چگونه با شروع، پیشرفت و نتایج HIV، سرطان (فصل ۱۴)، چاقی و بیماری کرونری قلب (فصل ۱۵) مرتبط هستند. این فصل‌ها همچنین به بحث در این خصوص می‌پردازند که عوامل روان‌شناختی کلیدی نظیر رفتارها و باورهای سلامت، شناخت‌های بیماری، تبعیت، مقابله و حمایت اجتماعی با سایر حالات مزمن مانند آسم، دیابت و التهاب مفصل (آرتریت) نیز ارتباط دارند. در ادامه بخش ۴ به موضوعات سلامت زنان نظیر افتادن جنین، پایان دادن به بارداری و یائسگی (فصل ۱۶) پرداخته می‌شود. موضوعات سلامت مردان (فصل ۱۷) نیز با تمرکز بر رفتار و باورهای مردان، هنجارهای اجتماعی مردانگی و ابراز هیجان مورد بررسی قرار می‌گیرند. در نهایت، فصل ۱۸ نقش وضعیت سلامت و کیفیت زندگی در نتایج بیمار را بررسی می‌کند. در این فصل راه‌های مفهوم‌سازی و اندازه‌گیری این سازه‌ها توضیح داده می‌شود.

بخش ۵: تأمل در روان‌شناسی سلامت

در آخرین بخش نگاهی کلی به مطالب مطرح شده در کتاب انداخته می‌شود، فصل ۱۹ به ما نشان می‌دهد که چگونه درباره جوانب مختلف روان‌شناسی سلامت تفکر انتقادی داشته باشیم. این نگاه انتقادی باید بر نظریه‌ها، روش‌ها، سنجش و کلیت رشته روان‌شناسی سلامت حاکم باشد.

سخن مترجم

سلامت و بیماری همواره یکی از جدی‌ترین دغدغه‌های علم بوده و هست. در سال‌های اخیر، دستاوردهای پژوهشی در رشته‌های روان‌شناسی، پزشکی و فیزیولوژی منجر به طرز فکر جدیدی درباره سلامت و بیماری شده است. بر این اساس امروزه سلامت و بیماری در چارچوب الگوی زیستی - روانی - اجتماعی مورد توجه قرار می‌گیرد. در این الگو، سلامت و بیماری محصول ترکیبی از عوامل زیستی (مثل خصایص ژنتیکی)، روانی (مثل سبک زندگی، استرس، باورها) و شرایط اجتماعی (مثل تأثیرات فرهنگی، روابط خانوادگی، حمایت اجتماعی) در نظر گرفته می‌شود.

روان‌شناسی سلامت، گرایشی در روان‌شناسی است که هدف آن درک نحوه تأثیرگذاری عوامل زیستی - روانی - اجتماعی بر سلامت و بیماری است. روان‌شناسان سلامت تلاش دارند تا با استفاده از دانش روان‌شناسی به ارتقاء سلامت و بهزیستی و همچنین التیام و تسکین بیماری‌های جسمانی کمک کنند. روان‌شناسی سلامت بر پیشگیری از بیماری توجهمی ویژه دارد و فعالان و متخصصان در این گرایش، مداخلاتی را برای ارتقاء سبک زندگی سالم طراحی می‌کنند و درعین حال تلاش می‌کنند تا راهکارهایی برای تشویق افراد به توجه بیشتر به سلامت خود بیابند.

نقطه آغازین روان‌شناسی سلامت به‌عنوان یک گرایش در علم روان‌شناسی را باید در دهه ۱۹۷۰ میلادی در آمریکا جستجو کرد. کشفیاتی که در سال‌های میانی قرن بیستم در خصوص اثر رفتار روی سلامت و تعامل فرایندهای روانی با فرایندهای فیزیولوژیکی و حتی سیستم ایمنی حاصل شد زمینه را برای ظهور گرایشی مجزا با عنوان روان‌شناسی سلامت مهیا نمود. اهمیت این دستاوردهای پژوهشی آنقدر بود که انجمن روان‌شناسی آمریکا (APA) در سال ۱۹۷۷ میلادی شعبه‌ای را به روان‌شناسی سلامت اختصاص داد. در دهه ۱۹۸۰ میلادی روان‌شناسی سلامت گسترش بیشتری یافت و انجمن‌های مشابهی در سایر کشورها دایر شد. دانشگاه‌ها اقدام به ایجاد رشته تحصیلی روان‌شناسی سلامت در سطح دکتری تخصصی کردند و روان‌شناسان سلامت جزئی از سیستم مراقبت از سلامت شدند.

نظام آموزش عالی کشور ما نیز در دهه ۱۳۸۰ شمسی رشته روان‌شناسی سلامت را در سطح دکتری تخصصی برقرار کرد. هرچند این رشته در کشور ما و سایر کشورها رشته‌ای نوپا محسوب می‌شود اما در طول این سال‌ها در سطح آموزشی، صنفی و حرفه‌ای روند مثبتی را پشت سر گذاشته است و امروز شاهد افزایش توجه حرفه‌ای و همچنین افزایش تعداد علاقه‌مندان به تحصیل در رشته روان‌شناسی سلامت هستیم. تعداد دانشگاه‌هایی که در مقاطع تحصیلات تکمیلی دانشجوی روان‌شناسی سلامت پذیرش می‌کنند افزایش یافته و در مقطع کارشناسی روان‌شناسی نیز درسی با عنوان روان‌شناسی سلامت گنجانده شده است. یکی از وجوه بارز این رشته کاربردی بودن آن است چرا که نقش بُعد روان در نظام سلامت قابل انکار نیست. روان‌شناسان سلامت می‌توانند در حوزه‌های مختلف سلامت حضوری فعال داشته باشند. اما بدون شک برای ایفای نقشی مؤثر باید آموزش لازم و صلاحیت‌های مورد نیاز را کسب کنند. درعین حال پشوانه

پژوهشی پویا زمینه‌ساز غنای بیشتر مداخلات حرفه‌ای خواهد بود. کتاب روان‌شناسی سلامت تألیف پرفسور جین اُگدن در راستای چنین نیازی برای ترجمه انتخاب شد. جین اُگدن استاد و مدیر دوره دکتری تخصصی روان‌شناسی سلامت در دانشگاه سوری انگلستان، به مدد پژوهش‌های متعدد و پر ارجاع در این حوزه و به‌خصوص در زمینه رفتار خوردن و مدیریت چاقی، سلامت زنان و ارتباطات در نظام مراقبت از سلامت، فردی شناخته شده و صاحب‌نام در حوزه روان‌شناسی سلامت محسوب می‌شود. تسلط اُگدن بر مبانی نظری و پژوهشی که حاصل سال‌ها تلاش در این حوزه است، کتابی معتبر، جامع و شناخته شده در سطح جهانی پدید آورده است. این کتاب علاوه بر آموزش مبانی نظری، خواننده را با حوزه‌های مختلف روان‌شناسی سلامت و همچنین نحوه پژوهش در آنها آشنا می‌سازد. کتاب پس مروری بر زمینه روان‌شناسی سلامت و نابرابری‌های سلامت، به سلامت و بیماری همچون یک پیوستار می‌پردازد. باورها و رفتارهای سلامت (رفتارهای اعتیادی، رفتار خوردن، ورزش، رفتار جنسی) و چگونگی تغییر و ارتقاء آنها در بخش سلامت بررسی شده است. در بخش بیمار شدن به شناخت‌های بیماری، استرس و رابطه آن با بیماری و دسترسی به خدمات مراقبت از سلامت پرداخته می‌شود. درد، بیماری‌های جسمی (HIV، سرطان، چاقی و بیماری کرونری قلب)، مباحث عمده در سلامت زنان و مردان و چگونگی سنجش وضعیت سلامت در بخش بیمار بودن مورد توجه قرار می‌گیرد و در پایان بر اهمیت و لزوم نگاه انتقادی در علم روان‌شناسی سلامت تأکید می‌شود. چرا که پیشرفت هر رشته علمی و گشایش عرصه‌های جدید در گرو باور به تفکر انتقادی و عمل در راستای آن است. امید است که مطالعه این کتاب برای دانشجویان و متخصصان حوزه سلامت مفید بوده و درعین حال زمینه‌ساز بروز ایده‌های پژوهشی باشد. بی‌شک یافته‌های پژوهشی معتبر می‌تواند به حضور فعال‌تر و کارآمدتر روان‌شناسان سلامت در نظام سلامت (از سطح سیاست‌گذاری تا اجرا) کمک شایانی کند.

بر خود لازم می‌دانم از استاد ارجمند جناب آقای دکتر علی فتحی آشتیانی کمال قدردانی را داشته باشم که با وجود مشغله فراوان زحمت ویراستاری علمی کتاب را بر عهده گرفتند. ایشان متن را به‌طور کامل مطالعه کردند و پس از آن چند جلسه کامل در دفتر ایشان به بررسی دقیق موارد مبهم پرداختیم. قطعاً بدون حضور ایشان این ترجمه به سرانجام نمی‌رسید. همچنین از دوست عزیزم آقای دیهیم عطارد تشکر می‌کنم که در طول فرایند مطابقت ترجمه با متن اصلی به‌طور کامل مرا همراهی کرد و با دقت و حوصله‌ای ستودنی در اثر نهایی نقشی مؤثر داشت. به‌علاوه از مساعدت‌های آقای دکتر ارجمند و زحمات همکاران محترم انتشارات ارجمند در مسیر انتشار کتاب، سپاسگزارم.

ترجمه کتاب با وسواس فراوان انجام شده است، بااین حال از خوانندگان محترم تقاضا می‌شود با بزرگواری خویش، کاستی‌ها را اعلام کنند. مطمئناً نظرات شما بزرگواران و اساتید فن، مدنظر قرار گرفته و موجب کمال سپاسگزاری خواهد بود.

محسن کجویی

Kachooei.m@gmail.com

۱۱ استرس

استرس چیست؟

شکل گیری الگوهای استرس

- الگوی جنگ یا گریز کانن
- سندرم انطباق عمومی سلیه
- مشکلات الگوی کانن و سلیه
- نظریه رویدادهای زندگی
- مشکلات نظریه رویدادهای زندگی

نقش عوامل روان شناختی در استرس

الگوی تبادلی استرس

- نقش ارزیابی

آیا ارزیابی بر پاسخ استرس تأثیر دارد؟

کدام رویدادها به عنوان پراسترس ارزیابی می شوند

خودکنترلی و استرس

استرس و تغییرات فیزیولوژیکی

- واکنش استرسی
- بهبودیابی از استرس
- فرسایش بدن
- مقاومت در برابر استرس

سنجش استرس

- محیط آزمایشگاهی
- محیط طبیعی
- مزایا و معایب محیطهای مختلف
- مقیاس های فیزیولوژیکی
- مقیاس های خود گزارشی
- مزایا و معایب مقیاس های مختلف

روابط بین پژوهش در محیط های مختلف و با استفاده از مقیاس های مختلف

- پژوهش آزمایشگاهی در برابر پژوهش در محیط طبیعی
- مقیاس های فیزیولوژیکی در برابر خودگزارشی

تعامل بین جنبه های روان شناختی و فیزیولوژیکی استرس

خودآزمایی

بحث و گفتگو

مفروضه های روان شناسی سلامت



چکیده فصل

در این فصل تعاریف استرس بررسی و به الگوهای اولیه استرس یعنی پاسخ جنگ و گریز، سندرم انطباق عمومی و نظریه رویدادهای زندگی پرداخته می‌شود. سپس مفهوم ارزیابی و الگوی تبدالی استرس مطرح شده توسط لازاروس بیان می‌شود. این الگو بر فرایند روان‌شناسی به‌عنوان عامل اصلی فراخوانی پاسخ استرس تأکید دارد. در ادامه فصل به الگوی فیزیولوژیکی استرس پرداخته و تأثیر استرس بر تغییرات فیزیولوژیکی مانند انگیختگی و تولید کورتیزول بررسی می‌شود. در انتها نحوه اندازه‌گیری استرس در شرایط آزمایشگاهی و موقعیت‌های طبیعی توصیف و رویکردهای اندازه‌گیری فیزیولوژیکی و خود گزارشی مقایسه می‌شوند.

استرس چیست؟

اصطلاح «استرس [تنیدگی]» برای افراد مختلف معانی متفاوتی دارد. ممکن است یک فرد عادی استرس را در قالب اصطلاحاتی مانند فشار، تنش، نیروهای بیرونی ناخوشایند یا پاسخی هیجانی تعریف کند. روان‌شناسان استرس را به شیوه‌های مختلفی تعریف کرده‌اند. تعاریف معاصر استرس را به‌صورت

عاملی از محیط بیرونی به‌عنوان یک محرک استرس‌زا^۱ (مانند مشکلاتی در محیط کار)، پاسخی به این محرک استرس‌زا به‌عنوان استرس یا آشفتگی (مانند احساس تنش)، و مفهوم استرس به‌عنوان چیزی که با تغییرات زیست‌شیمیایی، فیزیولوژیکی، رفتاری و روان‌شناختی سروکار دارد مورد توجه قرار داده‌اند. پژوهشگران همچنین بین استرسی که مضر و آسیب‌زا است (استرس بد^۲) و استرسی که مثبت و سودمند است (استرس خوب^۳) تمایز قائل شده‌اند. علاوه بر این، پژوهشگران بین استرس حاد مانند



استرس با یک تناسب فرد-محیط سروکار دارد؛ رویدادی که برای کسی استرس‌زا است ممکن است برای فرد دیگری استرس‌زا نباشد

1. stressor
3. eustress

2. distress

امتحان یا سخنرانی در یک جمع و استرس مزمن مانند استرس شغلی و فقر تمایز قائل می‌شوند. رایج‌ترین تعریف استرس از سوی لازاروس و لانیر (۱۹۷۸) مطرح شد. این تعریف استرس را مبادله‌ای بین فرد و محیط در نظر می‌گیرد و استرس را برحسب «تناسب فرد-محیط»^۱ توصیف می‌کند. اگر فردی با محرک استرس‌زای بالقوه دشواری مانند امتحان یا سخنرانی در جمع مواجه شود، میزان استرسی که او تجربه می‌کند در وهله نخست از طریق ارزیابی او از آن رویداد («آیا این رویداد پراسترس است؟») و در وهله دوم از طریق ارزیابی او از منابع شخصی خود («آیا قادر به مقابله هستم؟») تعیین می‌شود. یک تناسب فرد-محیط خوب منجر به عدم استرس یا استرس اندک می‌شود و تناسب ضعیف موجب استرس بیشتری می‌شود.

شکل‌گیری الگوهای استرس

در دهه‌های گذشته، الگوهای استرس از لحاظ تعریفی که از استرس داشته‌اند، تأکیدی که بر عوامل فیزیولوژیکی و روان‌شناختی داشته‌اند و توصیف آنها از ارتباط بین افراد و محیط با یکدیگر متفاوت بوده‌اند.

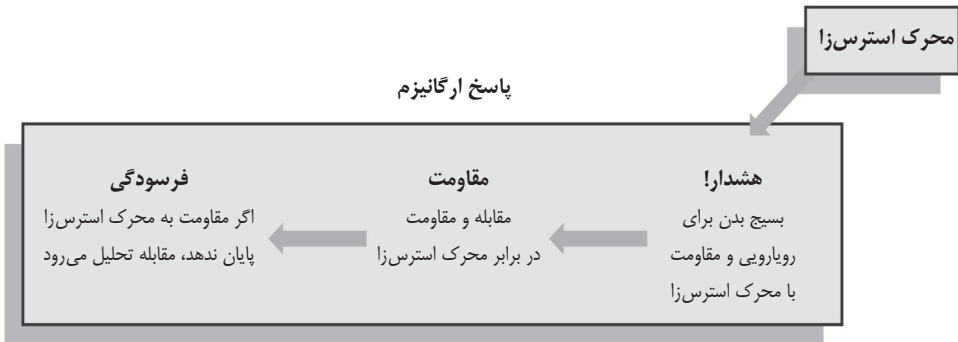
الگوی جنگ یا گریز کانن

یکی از نخستین الگوهای استرس توسط کانن (۱۹۳۲) مطرح شد. الگوی او الگوی استرس جنگ یا گریز نامیده شد. او پیشنهاد کرد تهدیدهای بیرونی پاسخ جنگ یا گریز را فراخوانی می‌کنند که افزایش میزان فعالیت و افزایش انگیزتگی را در پی دارد. این تغییرات فیزیولوژیکی، افراد را قادر به گریز از منبع استرس یا جنگ با آن می‌کنند. در الگوی کانن، استرس به‌عنوان پاسخی (عمدتاً فیزیولوژیکی) به محرک‌های استرس‌زای بیرونی تعریف می‌شود. کانن استرس را به‌عنوان پاسخی انطباقی در نظر گرفت زیرا فرد را قادر می‌سازد تا رویدادی پراسترس را مدیریت می‌کند. باین وجود، به‌نظر او تداوم استرس می‌تواند موجب مشکلات پزشکی شود.

سندرم انطباق عمومی سلیه

سندرم انطباق عمومی سلیه (GAS) در سال ۱۹۵۶ تدوین شد و سه مرحله را در فرایند استرس توصیف کرد (سلیه، ۱۹۵۶). مرحله اول، مرحله «هشدار» نامیده می‌شود، که با افزایش فعالیت مشخص می‌شود، و به‌محض رویارویی فرد با موقعیت پراسترس روی می‌دهد. مرحله دوم، «مقاومت» نام دارد، که شامل مقابله و تلاش است تا اثرات مرحله هشدار از بین برود. مرحله سوم «فرسودگی» نامیده می‌شود، که در صورت رویارویی مکرر فرد با موقعیت پراسترس روی می‌دهد و فرد دیگر توانی برای مقاومت بیشتر ندارد. این الگو در تصویر ۱-۱۱ نشان داده شده است.

1. person-environment fit



شکل ۱-۱۱ سندرم انطباق عمومی (GAS) سه مرحله‌ای سلیه (۱۹۵۶)

مشکلات الگوی کانن و سلیه

الگوی جنگ یا گریز اولیه کانن و الگوی سندرم انطباق عمومی (GAS) سلیه پایه‌های مهمی برای پژوهش در حوزه استرس فراهم کردند. اما این الگوها مشکلاتی دارند:

۱. تصور هر دو الگو این است که فرد به صورت خودکار به یک محرك استرس‌زای بیرونی پاسخ می‌دهد و استرس را در یک چارچوب محرك-پاسخ ساده توصیف می‌کنند. بنابراین به موضوع تفاوت‌های فردی توجهی ندارند و نقش اندکی برای عوامل روان‌شناختی قائل هستند. برای مثال درحالی‌که یک امتحان می‌تواند برای فردی استرس‌زا باشد، ممکن است برای فردی دیگر فرصتی برای درخشش باشد.
۲. همچنین هر دو الگو، پاسخ فیزیولوژیکی به استرس را همسان توصیف کرده‌اند. این پاسخ، پاسخی غیراختصاصی در نظر گرفته می‌شود چرا که تغییرات فیزیولوژیکی صرف‌نظر از ماهیت محرك استرس‌زا یکسان هستند. این موضوع در استفاده از اصطلاح «انگیختگی»^۱ انعکاس یافته است که توسط پژوهشگران متأخرتر مورد انتقاد قرار گرفته است. بنابراین این دو الگو فرد را به صورت منفعل و پاسخ‌دهنده خودکار به جهان بیرونی توصیف کرده‌اند.

نظریه رویدادهای زندگی

در تلاش برای رهایی از الگوهای استرس سلیه و کانن، که بر تغییرات فیزیولوژیکی تأکید دارند، نظریه رویدادهای زندگی شکل گرفت تا استرس و تغییرات مرتبط با استرس را به‌عنوان واکنشی به رویدادهای زندگی مورد بررسی قرار دهد. هولمز و راهه (۱۹۶۷) فهرست تجارب اخیر (SRE) را تدوین کردند، که فهرست گسترده‌ای از تغییرات یا رویدادهای احتمالی زندگی را در اختیار پاسخ‌دهندگان قرار می‌داد.

1. arousal

این رویدادها و تغییرات بر اساس شدت عینی مفروض مرتب شدند از رویدادهایی مانند «مرگ همسر»، «مرگ یکی از اعضای اصلی خانواده» و «زندانی شدن» تا رویدادهای معتدل تری مانند «جدا شدن فرزند از خانواده» و «بارداری» تا رویدادهای خفیف تر مانند «به تعطیلات رفتن»، «تغییر عادت‌های غذایی»، «تغییر عادت‌های خواب» و «تغییر تعداد اعضای خانواده در دوره‌های». در ابتدا فهرست تجارب اخیر (SRE) به سادگی از طریق محاسبه تعداد تجارب واقعی اخیر نمره گذاری می شد. برای مثال فردی که هم مرگ همسر و هم مرگ یکی از اعضای اصلی خانواده را تجربه کرده بود، با فردی که اخیراً دو بار به تعطیلات رفته بود نمره مشابهی دریافت می کرد. فرض می شد که این نمره شاخصی از سطح استرس را منعکس می کند. پژوهش‌های اولیه که به این شیوه از فهرست تجارب اخیر (SRE) استفاده کردند، بین نمره فهرست تجارب اخیر (SRE) افراد و وضعیت سلامتی آنها رابطه نشان دادند. اما این روش نامناسب اندازه گیری، بعدها با روش‌های دیگر جایگزین شد و از یک نظام وزن دهی استفاده شد که در آن هر رویداد بالقوه زندگی توسط افراد مختلف وزن دهی شد و بین تجارب مختلف زندگی تمایز ایجاد شد. در مطالعه‌ای طولی، تأثیر رویدادهای زندگی بر میزان مرگ و میر در ۱۷ سال پیگیری بررسی شد (فیلیپ و همکاران، ۲۰۰۸). شرکت کنندگان ۹۶۸ مرد و زن اسکاتلندی ۵۶ ساله بودند که مقیاس رویدادهای استرس‌زای زندگی را در خط پایه پر کردند، سپس بعد از ۸ یا ۹ سال و بعد از آن در سال‌های ۱۱-۱۳ دوباره مقیاس را تکمیل کردند. در طول این ۱۷ سال ۲۶۶ شرکت کننده فوت کردند. نتایج نشان داد که وقتی جنس، وضعیت اشتغال، مصرف سیگار، شاخص توده بدنی (BMI) و فشارخون سیستمیک کنترل شد، بار استرسی که آنها تحمل می کردند قویاً پیش‌بینی کننده مرگ و میر بود.

مشکلات نظریه رویدادهای زندگی

استفاده از فهرست تجارب اخیر (SRE) و مقیاس‌های مشابه تجارب زندگی به دلایل زیر مورد انتقاد قرار گرفته است:

۱. **رتبه‌بندی خود فرد از رویداد مهم است.** این موضوع توسط پژوهشگران زیادی مطرح شده است که نباید به خودی خود به تجارب زندگی به صورت پراسترس یا بی خطر نگاه کرد، بلکه باید به تفسیر فرد از رویداد توجه شود. برای مثال ممکن است طلاق برای یک نفر به شدت ناراحت کننده باشد، درحالی که برای فردی دیگر ممکن است رهایی از موقعیتی ناخوشایند باشد. پیلکونیس و همکاران (۱۹۸۵) سیاهه‌ای از رویدادهای زندگی را به گروهی از افراد دادند تا تکمیل کنند و همچنین با آنها درباره این تجارب مصاحبه کردند. آنها گزارش دادند که یک روش مفید برای سنجش تأثیر بالقوه رویدادهای زندگی، این است که رتبه‌بندی خود فرد از این تجربه را برحسب این موارد ارزیابی کنیم: (۱) مطلوبیت رویداد (رویداد مثبت در نظر گرفته می شود یا منفی؟)؛ (۲) چقدر روی رویداد کنترل دارد (نتیجه رویداد توسط خود فرد تعیین می شود یا دیگران؟)؛ و (۳) میزان سازگاری مورد نیاز به دنبال رویداد. با این روش می توان ارزیابی خود فرد از رویدادها را در نظر گرفت.

۲. **مشکل سنجش گذشته‌نگر.** بیشتر رتبه‌بندی‌های تجارب زندگی یا رویدادهای زندگی به شکل گذشته‌نگر است و هنگامی انجام می‌شود که فرد بیمار شده یا به متخصص سلامت مراجعه کرده است. این موضوع تلویحات آشکاری برای درک ارتباط علی بین رویدادهای زندگی و استرس بعدی و بیمارهای مرتبط با استرس دارد. برای مثال اگر فردی به سرطان مبتلا شده باشد و از او خواسته شود تا تجارب زندگی‌اش در طول سال گذشته را رتبه‌بندی کند، وضعیت روانی فعلی او بر یادآوری او از سال گذشته تأثیر خواهد گذاشت. اگر آنها به دنبال علتی روانی - اجتماعی برای بیماری خود می‌گردند، این تأثیر ممکن است موجب بیش‌گزارش‌دهی رویدادهای منفی و کم‌گزارش‌دهی رویدادهای مثبت شود («من سرطان گرفتم چون شوهرم مرا طلاق داد و از کار اخراج شدم»). در عوض، اگر آنها در جست‌وجوی علتی پزشکی تر برای بیماری خود باشند، ممکن است رویدادهای منفی زندگی را کمتر گزارش کنند («من سرطان گرفتم چون که این یک ضعف خانوادگی است و ربطی به سبک زندگی و تجارب من ندارد چون من سال گذشته مشکلی نداشتم»). ارتباط بین خودگزارشی رویدادهای زندگی و الگوهای علی بیماری، حوزه پژوهشی جالبی است. پروژه‌های پژوهشی می‌توانند به تجزیه‌وتحلیل این مشکل یادآوری انتخابی بپردازند. اما این تأثیر وضعیت فعلی سلامت فرد بر رتبه‌بندی گذشته‌نگر، به تلاش‌ها جهت برقراری رابطه علی بین رویدادهای زندگی و شروع بیماری لطمه می‌زند.
۳. **تجارب زندگی ممکن است با یکدیگر تعامل داشته باشند.** وقتی از افراد خواسته می‌شود تا سیاهه‌ای از تجارب اخیر زندگی خود را تکمیل کنند، این تجارب مستقل از یکدیگر در نظر گرفته می‌شوند. برای مثال طلاق، تغییر شغل و ازدواج را می‌توان به‌عنوان انباشتی از رویدادهای زندگی در نظر گرفت که ممکن است با یکدیگر به ایجاد یک دوره زمانی پراسترس کمک کنند. اما ممکن است یک رویداد با اثرات رویدادی دیگر مقابله کند و هرگونه پیامد پراسترس منفی را برطرف کند. در ارزیابی اثرات بالقوه تجارب زندگی باید به تعاملات بین رویدادها نیز پرداخته شود.
۴. **نتیجه مجموعه‌ای از تجارب زندگی چیست؟ در اصل، فهرست تجارب اخیر (SRE) برای سنجش ارتباط بین تجارب پراسترس زندگی و وضعیت سلامت طراحی شد.** از این رو، فرض می‌شد که اگر تجارب زندگی حقیقتاً پراسترس باشند آنگاه به‌عنوان نتیجه مقتضی آن باید یک وضعیت سلامت را اندازه گرفت. درست و سراسرترین مقیاس وضعیت سلامت می‌تواند تشخیص بیماری مانند سرطان، حمله قلبی یا فشارخون باشد. در این چارچوب، می‌توان یک تجزیه‌وتحلیل همبستگی ساده انجام داد تا ارزیابی کرد که آیا تجارب زندگی بیشتر با یک تشخیص پزشکی همبستگی دارند یا خیر. صرف‌نظر از مشکلات یادآوری گذشته‌نگر و امثال این‌ها، این روش تا حدی اجازه سنجش علیت را می‌دهد. آزمودنی‌هایی با تعداد بیشتر رویدادهای زندگی، بیشتر احتمال دارد که تشخیص پزشکی دریافت کنند. اما سنجش نتیجه با چنین مقیاسی محدودکننده است، زیرا «بیماری‌های» خفیف‌تر را نادیده می‌گیرد و بر مداخله‌ای توسط حرفه پزشکی متکی است تا تشخیص گذاشته شود. علاوه بر این، نقش خود تشخیص را نیز به‌عنوان یک رویداد زندگی نادیده می‌گیرد. یک مقیاس سنجش نتیجه جایگزین می‌تواند ارزیابی علائم

باشد. بنابراین می‌توان از فرد خواست که نه تنها تجارب زندگی‌اش را ارزیابی کند بلکه علائم مرتبط با سلامت را نیز ارزیابی کند (مانند درد، خستگی، از دست دادن اشتها و غیره). در این چارچوب، تجزیه و تحلیل همبستگی می‌تواند ارتباط بین رویدادهای زندگی و علائم را بررسی کند. باین وجود، این مقیاس سنجش نتیجه نیز مشکلات خودش را دارد: آیا «تغییر عادت‌های خوردن» یک رویداد زندگی است یا علامتی از یک رویداد زندگی؟ آیا «تغییر عادت‌های خواب» یک محرک استرس‌زا است یا پیامد استرس؟ بنابراین انتخاب مقیاس نتیجه مناسب برای سنجش اثرات رویدادهای زندگی بر سلامت دشوار است.

۵. *محرک‌های استرس‌زا ممکن است کوتاه‌مدت یا دائمی باشند.* معمولاً در سنجش تجارب زندگی، این رویدادهای استرس‌زا به صورت تجاربی کوتاه‌مدت مفهوم‌سازی شده‌اند. اما ممکن است بسیاری از رویدادها دائمی و مزمن باشند. موس و سویندل (۱۹۹۰) قلمروهای مربوط به استرس‌زاهای دائمی را شناسایی کردند که طبق نظر آنها شکل مزمن تجارب زندگی را منعکس می‌کنند:

- استرس‌زاهای سلامت جسمی (مانند شرایط پزشکی)
- استرس‌زاهای خانه و همسایگی (مانند امنیت، نظافت)
- استرس‌زاهای مالی
- استرس‌زاهای شغلی (مانند مشکلات بین فردی، فشار زیاد)
- استرس‌زاهای مربوط به همسر (مانند مشکلات هیجانی با همسر)
- استرس‌زاهای مربوط به فرزندان
- استرس‌زاهای مربوط به روابط خویشاوندی
- استرس‌زاهای مربوط به روابط دوستانه

آنها این عوامل را در مقیاس خود وارد کردند-پرسشنامه استرس‌زاهای زندگی و منابع اجتماعی^۱ (LISRES)- که بر ماهیت مزمن تجارب زندگی تاکید دارد و آنها را در بافت منابع مقابله‌ای فردی قرار می‌دهد. به نظر موس و سویندل رویدادهای زندگی را نباید به تنهایی ارزیابی کرد بلکه باید در دو جنبه از زندگی فرد ادغام شوند: منابع اجتماعی دائمی (مانند شبکه‌های حمایت اجتماعی، منابع مالی) و استرس‌زاهای دائمی.

نقش عوامل روان‌شناختی در استرس

در الگوهای اولیه استرس که توسط کانن و سلیه مطرح شد، استرس به‌عنوان پاسخی خودکار به محرک استرس‌زای بیرونی مفهوم‌سازی شد. این دیدگاه در نسخه‌های مختلف نظریه رویدادهای زندگی نیز انعکاس یافته است و استرس را پاسخی به تجارب زندگی در نظر می‌گیرد. باین حال، انتقادات مطرح شده در بالا به نظریه رویدادهای زندگی رویکرد متفاوتی را به استرس پیشنهاد می‌کند، رویکردی که در

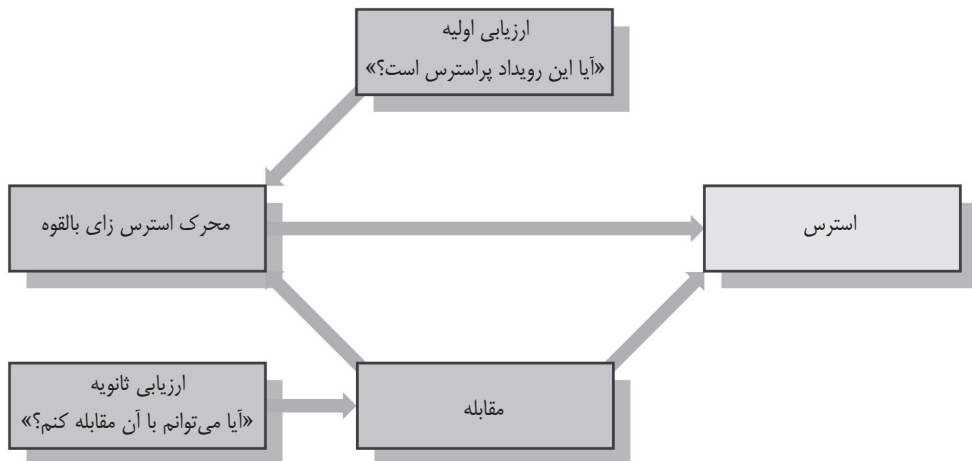
1. Life Stressors and Social Resources Inventory (LISRES)

آن فرد دیگر به محرک‌های استرس‌زا منفعلانه پاسخ نمی‌دهد بلکه به‌طور فعال با آنها تعامل می‌کند. این رویکرد به استرس، نقشی برای وضعیت روان‌شناختی فرد قائل می‌شود و در قالب الگوی تبادلی استرس لازاروس و نظریه ارزیابی او ظهور یافته است.

الگوی تبادلی استرس

نقش ارزیابی

در دهه ۱۹۷۰، کارهای لازاروس در مورد استرس، عوامل روان‌شناختی را به قلمرو درک پاسخ استرس وارد کرد (لازاروس و کوهن، ۱۹۷۳؛ لازاروس، ۱۹۷۵؛ لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۷). عوامل روان‌شناسی در قالب مفهوم ارزیابی^۱ وارد حوزه استرس شدند. به‌نظر لازاروس استرس به تبادلی بین فرد و دنیای بیرونی او مربوط می‌شود، در صورتی که فرد یک رویداد بالقوه پراسترس را واقعاً پراسترس ارزیابی کند، پاسخ استرس فراخوانی می‌شود. بنابراین در الگوی لازاروس، افراد به‌صورت موجوداتی روان‌شناختی توصیف شدند که به‌جای پاسخ‌دهی منفعلانه، دنیای بیرون را ارزیابی می‌کنند. لازاروس دو نوع ارزیابی را تعریف کرد: اولیه و ثانویه. طبق نظر لازاروس، فرد ابتدا خود رویداد را ارزیابی می‌کند؛ ارزیابی اولیه. می‌توان یک رویداد را به ۴ روش ارزیابی کرد: (۱) نامربوط؛ (۲) مطلوب و مثبت؛ (۳) آسیب‌رسان و یک تهدید؛ (۴) آسیب‌رسان و یک چالش. سپس نوبت به ارزیابی ثانویه می‌رسد، که در آن فرد جنبه‌های مثبت و منفی راهبردهای مقابله‌ای مختلف را ارزیابی می‌کند. بنابراین ارزیابی اولیه شامل یک ارزیابی از دنیای بیرونی و ارزیابی ثانویه شامل ارزیابی فرد از خودش است. این الگو در شکل ۲-۱۱ نشان داده شده است.



شکل ۲-۱۱ نقش ارزیابی در استرس

1. appraisal

نوع ارزیابی‌های اولیه و ثانویه تعیین می‌کنند که آیا فرد به رویدادی پاسخ استرس نشان می‌دهد یا خیر. طبق الگوی لازاروس این پاسخ استرس می‌تواند شکل‌های مختلفی به خود بگیرد: (۱) عمل مستقیم؛ (۲) جستجوی اطلاعات؛ (۳) هیچ عملی انجام ندادن؛ یا (۴) ایجاد راهی برای مقابله با استرس به شکل آرمیدگی یا مکانیسم‌های دفاعی.

الگوی ارزیابی لازاروس و تبادل بین فرد و محیط، مسیر تازه‌ای را در بررسی پاسخ استرس نشان داد؛ فرد دیگر به‌طور منفعلانه به دنیای بیرونی پاسخ نمی‌دهد، بلکه با آن تعامل دارد.

آیا ارزیابی بر پاسخ استرس تأثیر دارد؟

چندین مطالعه تأثیر ارزیابی پر استرس را بررسی و نقش وضعیت روان‌شناختی فرد را بر پاسخ استرس او ارزیابی کرده‌اند. در مطالعه‌ای قدیمی توسط اسپیسمن و همکاران (۱۹۶۴)، به آزمودنی‌ها فیلمی نشان داده شد که مراسم ختنه‌کردن را همراه با جراحی ناخوشایند آلت تناسلی نمایش می‌داد. فیلم با سه صدای مختلف نمایش داده شد. در حالت اول، حالت آسیب، صدا بر درد و قطع عضو تأکید داشت. در حالت دوم، حالت انکار، صدا نشان می‌داد که افراد حاضر در جشن خوشحال و خوشنود هستند. در حالت سوم، حالت عقلانی‌سازی، صدا تفسیری انسان‌شناسانه از مراسم می‌داد. بنابراین، مطالعه ارزیابی آزمودنی‌ها از موقعیت را دستکاری و تأثیر نوع ارزیابی را بر پاسخ استرس آنها ارزیابی کرد. نتایج نشان داد که حالت آسیب برای آزمودنی‌ها پر استرس‌ترین حالت بود. این نشان می‌دهد که رویدادها خودشان استرس را فراخوانی نمی‌کنند، بلکه تفسیر یا ارزیابی فرد از آن رویدادها است که موجب استرس می‌شود. به همین ترتیب، ماسن (۱۹۷۵) استدلال کرد که پاسخ استرس به میزانی از آگاهی نسبت به موقعیت پر استرس نیاز دارد و گزارش داد بیماران در حال مرگی که ناهشیار بودند در مقایسه با آنهایی که هشیار بودند نشانه‌های اندکی از استرس فیزیولوژیکی نشان می‌دهند. به نظر او بیماران هشیار می‌توانستند موقعیت خود را ارزیابی کنند درحالی‌که بیماران ناهشیار قادر به چنین کاری نبودند. در نتیجه، این مطالعات نشان می‌دهند که ارزیابی با پاسخ استرس مرتبط است. اما برعکس این قضیه، برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهند که ممکن است ارزیابی همیشه ضروری نباشد. برای مثال رپتی (۱۹۹۳) استرس‌زاهای عینی (مانند شرایط آب و هوایی، شلوغی) و استرس‌زاهای ذهنی (مانند استرس ادراک‌شده) تجربه‌شده توسط کسانی که در قسمت کنترل ترافیک هوایی مشغول به کار هستند را ارزیابی کرد. نتایج نشان داد که هم استرس‌زاهای عینی و هم ذهنی به‌طور مستقل بیماری‌های خفیف و ناراحتی روان‌شناختی را پیش‌بینی می‌کنند.

این موضوع نشان می‌دهد که ارزیابی همیشه ضروری نیست یا اینکه گاهی اوقات افراد سطح استرس ذهنی خود را نمی‌پذیرند. همسو با این احتمال برخی از پژوهشگران «افراد سرکوب‌کننده» را مشخص کرده‌اند، کسانی که برای اجتناب از اطلاعات پر استرس از بی‌توجهی انتخابی و فراموشی استفاده می‌کنند (روث و کوهن، ۱۹۸۶). بین حالت فیزیولوژیکی و سطح اضطراب گزارش‌شده این افراد ناهمخوانی دیده می‌شود. برای مثال وقتی با یک استرس‌زا مواجه می‌شوند می‌گویند «من خوبم»

اما بدنشان انگیزختگی نشان می‌دهد. این موضوع اشاره بر این دارد که اگرچه ارزیابی برای پاسخ استرس ضروری است اما ممکن است افرادی باشند که در برخی موقعیت‌ها پاسخ هیجانی خود به یک استرس‌زا را سرکوب یا انکار می‌کنند.

کدام رویدادها به‌عنوان پراسترس ارزیابی می‌شوند؟

طبق نظر لازاروس قبل از اینکه یک رویداد بتواند پاسخ استرس را فراخواند باید به‌صورت پراسترس ارزیابی شود. می‌توان از این موضوع این‌گونه نتیجه گرفت که ماهیت خود رویداد خیلی مهم نیست؛ همه‌چیز به درک خود فرد برمی‌گردد. اما پژوهش‌ها نشان می‌دهند که برخی رویدادها هستند که نسبت به رویدادهای دیگر بیشتر احتمال دارد که به پاسخ استرس منجر شوند.

- **رویدادهای برجسته.** افراد غالباً در محیط‌های مختلفی مانند کار، خانواده و دوستان حضور دارند. برای یک نفر، کار ممکن است مهم‌تر باشد، درحالی‌که برای فرد دیگری زندگی خانوادگی مهم‌تر است. سویندل و موس (۱۹۹۲) بیان کردند که استرس‌زاهای در قلمروهای مهم زندگی در مقایسه با قلمروهای حاشیه‌ای، پراسترس‌تر هستند.

- **بار اضافی.** به نظر می‌رسد انجام همزمان چند کار در مقایسه با تمرکز بر تکالیف کمتر به استرس بیشتری منجر شود. بنابراین استرس‌زایی که به استرس‌زاهای دیگر افزوده می‌شود در مقایسه با زمانی که همان محرک استرس‌زا به‌تنهایی روی می‌دهد، پراسترس‌تر ارزیابی خواهد شد؛ این حالت در سطح عوام به «گاهی که پشت شتر را می‌شکند» معروف است.



رویداد باید استرس‌زا ارزیابی شود تا یک پاسخ استرس را فراخوانی کند

- **رویدادهای مبهم.** اگر رویدادی واضح باشد، آنگاه فرد می‌تواند به‌طوری مؤثر یک راهبرد مقابله‌ای اتخاذ کند. اما اگر رویداد مبهم و نامعلوم باشد، آنگاه فرد باید ابتدا انرژی و زمانی را صرف بررسی این موضوع کند که کدام راهبرد مقابله‌ای از همه بهتر است. این موضوع در ادبیات پژوهشی مربوط به استرس شغلی انعکاس یافته است که نشان می‌دهد کنترل شغلی ضعیف و ابهام نقش در محیط کار اغلب به پاسخ استرس منجر می‌شود.

- **رویدادهای غیرقابل کنترل.** اگر یک محرک استرس‌زا قابل پیش‌بینی و کنترل باشد، معمولاً نسبت به رویدادی غیرقابل کنترل و تصادفی کم استرس‌تر ارزیابی می‌شود. برای مثال مطالعات

آزمایشی نشان می‌دهند که صدای بلند غیرقابل‌پیش‌بینی از صدای قابل‌پیش‌بینی پراسترس‌تر است (گلس و سینجر، ۱۹۷۲). در ادامه به موضوع کنترل بیشتر پرداخته می‌شود.

خودکنترلی و استرس

اخیراً نظریه‌های استرس بر شکل‌های مختلف خودکنترلی تأکید دارند و آنها را در درک استرس مهم می‌دانند. این تأکید در نظریه‌های خودکارآمدی، سرسختی و احساس تسلط نشان داده شده است.

۱. **خودکارآمدی.** در سال ۱۹۸۷، لازاروس و فولکمن پیشنهاد دادند که خودکارآمدی عامل نیرومندی در تعدیل پاسخ استرس است. خودکارآمدی به احساس اطمینان فرد درباره اینکه می‌تواند عمل دلخواه را انجام دهد اشاره دارد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که ممکن است خودکارآمدی در فرونشانی پاسخ‌های طبیعی دستگاه ایمنی ناشی از استرس و تغییرات فیزیولوژیکی مانند فشارخون، ضربان قلب و هورمون‌های استرس نقشی میانجی‌گر داشته باشد (بندورا و همکاران، ۱۹۸۸؛ ویندلفیلد و همکاران، ۱۹۹۰). برای مثال، این باور که «من اطمینان دارم که می‌توانم در این امتحان موفق شوم»، ممکن است به تغییراتی فیزیولوژیکی منجر شود که پاسخ استرس را کاهش دهد. بنابراین باور به توانایی کنترل رفتار ممکن است با این موضوع که آیا رویداد بالقوه پراسترس به پاسخ استرس ختم می‌شود یا خیر مرتبط باشد.
۲. **سرسختی.** این تغییر جهت به سمت تأکید بر خودکنترلی در مفهوم «سرسختی» مطرح شده توسط کوباسا^۲ نیز نشان داده شده است (مادی و کوباسا، ۱۹۸۴). سرسختی این موارد را منعکس می‌کند: (۱) احساس کنترل شخصی؛ (۲) میل به پذیرش چالش‌ها؛ و (۳) تعهد. میزان سرسختی بر ارزیابی فرد از استرس‌زاهای بالقوه و پاسخ استرس ناشی از آن تأثیر می‌گذارد. بر این اساس، احساس کنترل داشتن ممکن است در فرایند ارزیابی اولیه نقش داشته باشد.
۳. **تسلط.** کاراسک و ثورل (۱۹۹۰) اصطلاح «احساس تسلط» را تعریف کردند، که کنترل فرد بر پاسخ به استرس را منعکس می‌کند. آنها استدلال کردند که میزان تسلط می‌تواند با پاسخ استرس مرتبط باشد.

مختصر اینکه، بیشتر پژوهشگران فعلی در حوزه استرس، استرس را نتیجه تناسب فرد-محیط در نظر گرفته و بر نقش ارزیابی اولیه («آیا این رویداد استرس‌زا است؟») و ارزیابی ثانویه («آیا می‌توانم با آن مقابله کنم؟») تأکید دارند. به عوامل روان‌شناختی به‌عنوان مؤلفه‌ای مهم در پاسخ استرس نگرسته می‌شود. با این حال، این عوامل همیشه به‌عنوان همزمان با تغییرات فیزیولوژیکی در نظر گرفته می‌شوند.