**فصل دوم**

**مروری بر ادبیات پژوهش**

در این فصل، پیشینه­ی پژوهش ارائه شده است. در بخش اول این فصل، متغیرهای تحقیق و نظریه­های مطرح شده در رابطه با این متغیرها ارائه گردیده است تا خواننده درکی وسیع­تر نسبت به متغیرها داشته باشد. در بخش دوم این فصل پژوهش­هایی که در این زمینه انجام شده است، ارائه خواهد شد و در پایان جمع­بندی و فرضیه­های پژوهش ارائه خواهد شد.

**1-2 کار**

كار بخش مهمي از زندگي هر فردي به شمار مي­آيد و از يكسو مي­تواند شماري از نيازهاي اساسي انسان همچون پرورش روح و جسم، برقراري ارتباط اجتماعي، ايجاد حس ارزشمندي، اعتماد به نفس و شايستگي را ارضا كند (حسيني و آشتياني، 1389). بسياري از كارشناسان بهداشت روان، محيط­هاي كاري را يكي از مراكز تأمين ارتقاي بهداشت رواني افراد تلقي مي­نمايند، زيرا محيط كار محلي است كه افراد قسمت اعظم وقت و انرژي خود را در آن صرف مي­نمايند (آهنگی، عابدی و فتح آبادی، 1388). اما از سوي ديگر، ممكن است منبع اصلي بروز استرس نيز باشد (حسيني و آشتياني، 1389) به گونه­ای که محيط كار و شرايط حاكم بر آن از قبيل سختي و زمان كار، نوع مراجعان و كيفيت رابطه با همكاران مي­تواند نقش فشارزايي داشته باشد (بهروزيان، خواجه­الدین، هدایی و زمانی، 1388).

امروزه در محیط­هاي کار هزینه بیماري­هاي مزمن مرتبط با کار در حال افزایش است که خود دلیلی آشکار براي وجود استرس شغلی می­باشد (لوی و ویگمن[[1]](#footnote-1)، 2000). در دهه­هاي اخیر، مطالعات گوناگونی بر روي ارتباط بین کار، استرس و پیامدهاي آن در شاغلان بخش سلامت انجام شده است که در آن موضوعاتی از قبیل بهره­وري، حوادث شغلی، غیبت از کار و افزایش آسیب­هاي جسمانی و ذهنی در گروه­هاي مختلف شغلی مورد بررسی قرار گرفته­اند (برزیده، چوبینه و طباطبایی، 1391).

**2-2 سلامت روان**

مفهوم سلامت روان شامل احساس دروني خوب بودن و اطمينان از كارآمدي خود، اتكاء به خود، ظرفيت رقابت، وابستگي بين نسلي و خودشكوفايي توانایي­هاي بالقوه فكري و هيجاني و غيره مي­باشد. البته با در نظرگرفتن تفاوت­هاي بين فرهنگ­ها، ارائه تعريف جامع از سلامت روان غيرممكن مي­نمايد. با وجود اين، بر سر اين امر اتفاق نظر وجود دارد كه سلامت روان چيزي فراتر از نبود اختلالات رواني است و آنچه مسلم است اين است كه حفظ سلامت روان نيز مانند سلامت جسم حائز اهميت است (شاکری­نیا، 1391). بر اساس اساسنامه سازمان جهانی بهداشت، سلامت که عبارت است از رفاه کامل و نه فقدان بیماری تنها به سلامت جسمی محدود نمی­شود، بلکه با جنبه­های روانی و اجتماعی زندگی بشری نیز در پیوند است (جزایری، 1381). کرسینی[[2]](#footnote-2) (1999؛ به نقل از بهادری­خسروشاهی و هاشمی نصرت­آباد، 1390) سلامت روانی را حالت ذهنی همراه با سلامت هیجانی نسبتاً رها شده از نشانه­های اضطراب و ناتوانی در برقراری روابط سازنده، مقابله با خواسته­ها و محرک­های تنیدگی­زای زندگی تعریف کرده است. کمتر خانواده­ای را می توان یافت که با اختلالات روانی روبرو نشده و یا در یک دوره دشوار به کمک و مراقبت نیازمند نشده باشند. با وجود این خود را ناآگاه نشان می­دهیم و این حقایق را نادیده می­گیریم و یا انکار می­کنیم. شاید به این دلیل باشد که ما از بهداشت روان اطلاعات کافی نداریم که در مورد آن صحبت کنیم. به بیان دیگر نمی­دانیم چه تعداد از افراد نیازمند به دریافت خدمات از این کمک­ها بی بهره­اند (بروتلند، 1381). بهداشت روان با جنبه­های رفتاری و عاطفی زندگی روزمره و همچنین روابط میان افراد که می­تواند بر روی کیفیت زندگی تاثیر مثبت یا منفی داشته باشد، هم پیوند است. افزون بر این بهداشت روان با گسترش خانواده­های مستحکم­تر که از پیوندهای نزدیک تر برخوردارند و می­توانند فرزندانی شاد تربیت کنند، رابطه مستقیم دارد. هدف بهداشت روان توسعه جوامعی است که ملاک احترام در آن ها توانایی های فردی و میزان کمک و حمایت از یکدیگر است (جزایری، 1381). بيماري افسردگي چهارمين مشكل فراگير بهداشتي اعلام شده از طرف سازمان بهداشت جهاني است و شدت ناتوان كنندگي آن قابل مقايسه با 8 بيماري عمده­ي طبي مزمن مي­باشد، پيامد وجود اين بيماري در مبتلايان به بيماري قلبي، وخيم شدن حالت جسمي و روحي آن­ها است (سبزمكان، هزاوهئي، حسن زاده و ربيعي، 1388).

**3-2 تعریف سلامت روان**

سازمان بهداشت جهاني سلامت را به صورت بهزيستي كامل فيزيك، رواني و اجتماعي تعريف مي­كنند نه صرف فقدان بيماران و ناراحتي سلامت در ديدگاهي كلي­نگر از جنبه­هاي رواني، اجتماعي و فيزيكي مورد توجه قرارگرفته و رابطه آن با محيط نيز مدنظر قرار مي­گيرد (كارسون، 2007). سازمان بهداشت جهانی در تعریف دیگری، بهداشت روانی را بر اساس جنبه­های زیستی و اجتماعی تعریف می­کند. به نظر سازمان بهداشت روانی برای فرد استعداد ایجاد روابط موزون با دیگران و استعداد شرکت در تغییرات محیط اجتماعی و طبیعی با استعداد کمک به تغییرات به شیوه سازنده قائل است. هچنین بهداشت روانی ایجاب می­کند که بین تمایلات غریزی فرد هماهنگی وجود داشته باشد. در این تعریف هیچ اشاره­ای به بیماری نشده است (ابراهیم ، 2005). سلامت روانشناختي نيز تعريفي است كه دانشمندان روان شناسي و علوم اجتماعي و رفتاري در مورد كارآمدي و عملكرد روانشناختي متناسب انسان ارائه كرده­اند (بهادرخان، 1388).

مفهوم سلامت روانی در واقع جنبه­ای از مفهوم کلی سلامتی است. اگر چه کلمه سلامتی برای ما شناخته شده و دارای مفهوم مشخصی است با این وجود تعریف آن آسان نبوده و برای مردم مختلف دارای معانی متفاوتی است. معنای لغوی سلامتی، کامل بودن، بی عیب و نقص بودن و مقدس بودن است (قاسمی، 1388). از قرن هفتم تا شانزدهم سلامت روان شناختي به صورت پرهيزگاري[[3]](#footnote-3) تعريف مي­شد و روان­نژندي نيز نوعي انفعال­پذيري شيطاني[[4]](#footnote-4) محسوب مي­شد. پس از قرن شانزدهم سلامت روانشناختي مجدداً‌ به صورت طبيعت گرايانه تعريف شد و همزمان با رنسانس روانپزشكي در اواخرقرن نوزدهم و پديدارشدن روان نژندي سلامت روانشناختي نوعاً‌ به صورت فقدان بيماري رواني تعريف گرديد (گنجی، 1392).

معمولاً سلامت روانشناختي را به سه شكل مي­توان تعريف كرد: نخست به معناي خودآگاهي[[5]](#footnote-5) يا فقدان خودفريبي حل تعارضات و كشمكش­هاي دروني و پذيرش و پيروي ازسرنوشت و تقدير بشريت. اين تعريف توسط زنگيموند فرويد، ويليام مك دوگال، جورج كلي و بسياري از هستي­گرايان و نظريه پردازان نقش مانند تين برگن و لورنز پذيرفته شده است (تئودور، 1380). تعريف دوم شامل خودشكوفايي[[6]](#footnote-6) و تحقق خود[[7]](#footnote-7) مي­شود. يعني بالفعل ساختن توانايي­هاي روانشناختي ذاتي و دروني فرد كه چنين امري پس از تحقق پيشرفت آرامش و صفاي دروني با استفاده از نوعي دگرگوني رواني ميسر مي­شود. كارل يونگ گوردون آلپورت، انسان­گرايان مانند مازلو و راجرز اين ديدگاه را پذيرفته­اند. سومين تعريف سلامت روان شناختي حدودي است كه فرد توانسته با «شبكه روابط اجتماعي پايدار يكپارچه شود». اريك اريكسون، آدلر، و بسياری از جامعه شناسان اين تعريف را پذيرفته­اند (خداپناهي، 1393). بهداشت رواني علاوه براينكه هدف هر جامعه­اي به شمار مي­آيد. معياري براي سلامت فرد نيز محسوب مي­گردد. اين اصطلاح داراي معاني متعددي است كه از جامعه­اي به جامعه ديگر، فرهنگي به فرهنگ ديگرمتفاوت است به همين دليل در روان شناسي، الگوها و ديدگاه­هاي متفاوتي نسبت به سلامت روان وجود دارد (اندل[[8]](#footnote-8)، 2009). در ذيل به اين ديدگاه­ها اشاره مي­گردد.

**1- معيارهاي سلامت روان يا اشخاص سالم:**

بهداشت رواني علاوه براينكه هدف هر جامعه­اي به شمار مي­آيد. معياري براي سلامت فرد نيز محسوب مي­گردد. اين اصطلاح داراي معاني متعددي است كه از جامعه­اي به جامعه ديگر، فرهنگي به فرهنگ ديگرمتفاوت است به همين دليل در روان شناسي، الگوها و ديدگاه­هاي متفاوتي نسبت به سلامت روان وجود دارد (اندل، 2009). در ذيل به اين ديدگاه­ها اشاره مي­گردد.

از نظر دايان[[9]](#footnote-9)سلامت روان، توانايي ما را در درك واقعيت (همان­گونه كه روي مي­دهد) در پاسخ دادن به چالش­هاي آن و در پيش گرفتن تدابيرخردمندانه براي زندگي افزايش مي­دهد. ويژگي­هاي اشخاص سالم از نظر دايان به شرح زيراست:

- توانايي انجام وظيفه و مسئوليت شخصي.

- قابليت برقرار كردن روابط انساني با ديگران.

- داشتن برداشت­هاي واقع بينانه از انگيزه­هاي ديگران.

- برخورداري از فرايند تفكر و انديشه خردمندانه و منطقي (هندرسون، 2007).

اريكسون[[10]](#footnote-10)، نظريه پرداز رواني- اجتماعي، مشخصات انسان سالم را اين گونه بيان مي­نمايد.

- داراي اعتماد به خود و ديگران مي باشد.

- توانايي كنترل خود و احساسات خود را دارند.

- داراي توانايي پذيرش مسئوليت و همچنين شايستگي و مهارت در امور زندگي هستند.

- هويت واحد و روشن و توانايي برقراري روابط صميمانه با ديگران هستند.

- توانايي راهنماي ديگران به خلاق بودن و پذيرش خويشتن به عنوان شخصي واحد آن چنان كه هست را دارند (كارسون، 2007).

انسان­هاي سالم از نظر الكساندر[[11]](#footnote-11) (1965) داراي معيارهاي سلامت رواني ذيل هستند:

1. داراي فعاليت ذهني مثبت هستند. از بررسي­هاي به عمل آمده چنين نتيجه­گيري شده كه افراد نوروتيك و اشخاص ناسالم فاقد اين خصوصيت هستند و فعاليت مفيد ذهني مي­تواند براي ارزيابي سلامت رواني مورد استفاده قرار مي­گيرد.
2. داراي كنترل و وحدت فكر و عمل هستند. كنترل موثر يكي از مطمئن­ترين نشانه­هاي اشخاص سالم است. ويژگي وحدت فكري و عمل كه معمولاً‌ از آن به عنوان وحدت شخصيت ياد مي­شود معمولاً در بيماران رواني به چشم نمي­خورد.
3. احساسات و عواطف سالم و مثبت دارند. احساساتي مانند عدم امنيت، ناشايستگي، خشم، حسادت، حقارت و گناه، نشانه­هاي بي نظمي عاطفي است و مي­تواند منجر به بيماري رواني گردد. بر خلاف اين احساسات، پذيرش، عشق، تعلق، امنيت و شايستگي فردي، نشانه­هاي ثبات عاطفي و بهداشتي رواني محسوب مي­شود و سلامت عاطفي بخش اصلي بهداشت رواني است.
4. انسان­هاي سالم از آسايش و آرامش خاطر زيادي بهره­مندند. غالباً در بحث از سلامت روان اين معيار مورد اشاره قرار مي­گيرد و ساير معيارهاي سازگاري و سلامت رواني به آرامش فكر مربوط مي­شود.
5. نگرش­هاي سالم نسبت به رويدادهاي زندگي يكي ديگر از ويژگي­هاي انسان­هاي سالم است، بهداشت رواني در حال دشمني يا تعصب يا پيش داوري و نااميدي غيرممكن است.
6. تصورخويشتن به عنوان فردي سالم، داشتن هويت فردي و رابطه كافي با واقعيت از ديگر مشخصات اشخاص سالم از نظر رواني است (خداپناهي، 1393).

**4-2 ویژگی­های افراد سالم**

برای داشتن بهداشت روانی خوب، شرایطی وجود دارد. روبرو شدن با واقعیت، سازگار شدن با تغییرات، گنجایش داشتن برای اضطراب­ها، کم توقع بودن، احترام قائل شدن به دیگران، دشمنی نکردن با دیگران و کمک کردن به مردم (بهادرخان، 1388). بنا بر تحقیقات انجمن ملی بهداشت روانی:

1. افراد سالم از نظر روان احساس راحتی می­کنند. خود را آنگونه که هستند می­پذیرند. از استعدادهای خود بهره مند می­شوند. در مورد عیوب جسمانی و ناتوانی­های خود شکیبا بوده و از آن ناراحت نمی­شوند. دیدگاه واقع­گرایانه دارند و دشواری­های زندگی را سهل می­انگارند. آن­ها وقت کمی را در نگرانی، ترس، اضطراب یا حسادت سپری می­کنند، اغلب آرامند. نسبت به عقاید تازه گشاده رو بوده و دارای طیب خاطر هستند. شوخ طبع هستند و وحشتی از آن ندارند. همچنین از سیستم ارزشی برخوردارند که از تجارب شخصی شان سرچشمه می­گیرد. بدین معنی که یک احساس شخصی مبنی بر درست یا غلط بودن امور دارند.
2. افراد دارای سلامت روان احساس خوبی نسبت به دیگران دارند آن­ها می­کوشند دیگران را دوست بدارند و به آنان اعتماد کنند. چرا که تمایل دارند دیگران نیز آن­ها را دوست داشته باشند و به آن­ها اعتماد کنند. چنین افرادی قادرند با دیگران روابط گرمی داشته باشند و این روابط را ادامه دهند. به علایق دیگران توجه می­کنند و احترام می­گذارند.
3. قدرت روبرو شدن با نیازهای زندگی را دارند. معمولاً نسبت به اعمال فرد احساس مسئولیت می­کنند و با مشکلات به همان شیوه که رخ می­دهد برخورد می­کنند. دارای پندارهای واقع­گرا در مورد آن­چه که می­توانند یا نمی­توانند انجام دهند هستند. بنابراین آن­ها خود را تا آن­جا که ممکن است شکل می­دهند و نیز تا آن­جا که ضرورت دارد با آن سازگار می­شوند (هندرسون و همکاران، 2007).

**5-2 نظريه­هاي سلامت روان**

**1-5-2 مفهوم سلامت روان در نظريات روانكاوي**

**1-1-5-2 نظريه زيگموندفرويد**

نظريه فرويد يكي از پيچيده­ترين نظريه­هاي روانشناسي است از نظر فرويد قسمت عمده­اي از شخصيت ما در سطح ناهشيار عمل مي­كند. از انگيزه­هاي واقعي خودمان خبر نداريم و رفتارهايمان تحت مهار هشيار قرار ندارند. ما همگي در تعارض با خودمانيم چونكه نهاد لاجرم با سن برتر درگير خواهد شد. هيچ­گونه صلح و آرامش دروني در كار نخواهد بود. از آنجايي كه من مي­كوشد اين تعارض دروني را حل كند، لذا دست به خود فريبي زده و بنابراين، همه ما واقعيت را تحريف مي­كنيم. از نظر فرويد سلامت جسم و روان، انبساط خاطر در نهايت شادكامي و تن آرامي پديده­هايي هستند كه درارتباط با محيط زيست انسان­ها تحقق مي­پذيرند. كاركرد نامناسب نهادها و نظام­هاي اقتصادي، اجتماعي، فرهنگي، بهداشتي و درماني دريك جامعه در ارتباط مستقيم با بهداشت رواني و جسمي مردم آن جامعه است و سلامت افراد را دچار مخاطره مي­كند، در اجتماعاتي كه انسان­ها تحت تأثير عوامل نامساعد محيطي مانند: حوادث طبيعي (سيل، زلزله، بيماري­هاي اپيرميك، نارسايي­هاي ناشي از گسترش شهرهاي بزرگ (آلودگي هوا، ترافيك، محيط پرهياهو) بي عدالتي اقتصادي، جنگ، بحران­هاي اجتماعي، از هم گسيختگي خانوادگي، تضادهاي درون گروهي و برون گروهي فرهنگي مسائلي از اين قبيل قرار دارند نمي­توان انتظار سلامت جسمي و رواني را داشت، هر يك از پديده­هاي اجتماعي و طبيعي بالا مي­تواند زندگي عادت يك شخص سالم را تحت تاثير قرارداده و آن­را از حالت طبيعي خارج كند. برابر تحقيقات انجام شده، محروميت­هاي زندگي ناشي از پائين بودن طبقه اجتماعي در اختلال­هاي كنشي و رواني نقش بسيار مهم داشته است (اندل، 2009).

افراد پائين­ترين طبقه اجتماعي، بالاترين ميزان روان درماني را در بيمارستان­ها داشته­اند و هر چند موقعيت اجتماعي پائين­تربوده است، تشخيص­هاي روانپزشكي در مراحل پيشرفته­تر بيماري صورت گرفته است. صاحبنظران معتقدند تا زماني كه مفهوم عدالت، تساوي، حقوق اجتماعي و اقتصادي و بهداشتي و درماني در جهان به نحو مطلوبي پياده نشود و توزيع عادلانه وسایل و امكانات درماني پيشگيري بيماري­ها به طور منصفانه صورت نگيرد امكان سلامت جسمي و رواني مطلوب براي جامعه بشري ميسر نيست. اگر به اطراف خود بنگريم متوجه مي­شويم كه سازمان­هاي كوچك و بزرگ اجتماعي در ارتباط با ارگانيسم انساني در فعاليت هستند. سازمان­هايي مانند آموزش و پرورش، بهداشت و درمان. كار و اموراجتماعي، رفاه و بهزيستي، حقوق و اموراقتصادي و موسساتي نظير مهدكودك­ها، رسيدگي به امور سالمندان، امور بي­سرپرستان و ... باني و متولي حقوق اجتماعي و درماني افراد جامعه هستند. سرنوشت بهداشت رواني و جسمي افراد جامعه در حال آينده با توجه به كاركرد اين موسسه ها تعيين مي­شود (فونس[[12]](#footnote-12) و همکاران، 2008).

به نظرفرويد اكثرمردم به درجات مختلف روان­نژند هستند و سلامت روان شناختي يك ايده آل است نه يك هنجار آماري، به عقيده فرويد ويژگي­هاي خاصي براي سلامت روان شناختي ضرورت دارد نخستين ويژگي خودآگاهي است. يعني هر آنچه كه ممكن است در ناخودآگاه موجب مشكل شود بايستي خودآگاه شود (خداپناهی، 1393). خودآگاهي حقيقي ممكن نيست مگر اينكه كنترل غيرواقعي و غيرضروري يا زايد "من برتر" درهم شكسته شود. زيرا گنجايش ناخودآگاه من برتر بازتابي از تحريم­ها،‌ ممنوعيت­ها وايده آل­هاي والدين فرد است و اين مسايل در انسان نوعي احترام غيرمنطقي و انعطاف­پذير جايگزين وجدان سخت­گير و اخلاقي بشود. خودآگاهي عنصر اصلي سلامت روان شناختي است و در شخصي بالغ و پخته واپس زني تمايلات غريزي جايگزين محكوميت آن­ها مي­شود (هندرسون و همکاران، 2007). به نظر فرويد خودآگاهي براي سلامت روان­شناختي كفايت كننده نيست. فرويد بيگانگي منطقي از علاقمندي­ها و اشتياقات عمومي را معيار نهايي سلامت روان­شناختي مي­داند. شكاكيت و بدبيني پيرامون ايدئولوژي­هاي اجتماعي و رهبري سياسي و ترويج كامل فردگرايي، از تعيين كننده­هاي نهايي خصايص انسان بالغ و پخته هستند (میلانی­فر، 1389).

به عقيده فرويد انسان متعارف كسي است كه مراحل رشد دوران جنسي را با موفقيت گذرانيده باشد و در هيچ يك از مراحل بيش از حد تثبيت نشده باشد. به نظر او كمتر انساني متعارف به حساب مي­آيد و هر فردي به نحوي از انحاء‌ نامتعارف است. فرويد از حيطه روانشناسي انسان نامتعارف را به دو گروه روان نژند[[13]](#footnote-13) و روان پريش[[14]](#footnote-14) تقسيم مي­كند و هسته مركزي بيماري رواني را، اضطراب[[15]](#footnote-15) مي­داند (چان پينگ، 2009).

**2-1-5-2 نظريه كارل يونگ**

ويژگي اشخاص سالم، از نظر يونگ پذيرش ناشناخته و مرموز است. همان­طوركه يونگ در زندگي خودش پذيرفت. چون اينها تنها آفريده عقل نيستند، مي­توانند عوامل نامعقول را به ناهشيارهشياري راه دهند. با آن كه از كاربرد عقل و منطق دست بر نمي­دارند، به روياها و تخيلات توجه مي­كنند و با نيروهاي ناهشيار به تعديل كردن فرآيندهاي هشيار مي­پردازند. همچنين ناشناخته و مرموز مي­تواند پديدارهاي مابعد الطبيعي و معني، از اعتقاد به غيب گرفته تا اعتقاد به خداوند را در بربگيرد (میلانی­فر، 1389). به نظر يونگ سلامت روانشناختي و خودشناسي يكسان هستند. تحقق خود با سه معيارمشخص مي­شود: نخست بايستي واپس زني تخليه شود، تنش­هايي بين كنش­ها و نگرش­هاي ناخودآگاه و خودآگاه به آرامشي مبدل شوند تا فرد بتواند از راه معرفت خود به آرامش و صفاي دروني برسد. دوم فرد بايستي بين نمادين ناخودآگاه را درك كند. سوم شخص بتواند از طريق ايمان شخصي به نماد يا اسطوره خصوصي خودشناسي نزديك شود. به نظر يونگ خودشناسي و خود بودن حالت گريز از بودن و ميل به شدن است (خداپناهي، 1393).

**3-1-5-2 دیدگاه کارن هورنای**

به عقیده وی انسان برخوردار از سلامت روان دارای این ویژگی­هاست: الف) احساس عدم امنیت نمی­کند و لذا فاقد پرخاشگری و خودشیفتگی است. ب) قدرتمندی نیازهای دهگانه در او خفیف است، به علاوه قابلیت تغییر و تحول و جایگزینی این نیازها را دارد. ج) انسان سالم از هر سه نوع طبقه کلی نیازها با توجه به اوضاع و احوال متناسب استفاده می­کند، در حالی که کودکان فقط به سوی دیگران می­روند، نوجوانان در مقابل دیگران می­ایستند و سالمندان از دیگران دوری می­کنند. د) انسان سالم به دلیل آگاهی از "خود واقعی­اش" و استعدادهای بالقوه خود تسلیم محض محیط اجتماعی و فرهنگی نیست بلکه ابتکار و شخصیت خودش را عهده­دار می­شود. هـ) خودشناسی و کوشش برای تحقق استعدادهای فطری و ذاتی وظیفه اخلاقی و امتیاز معنوی شخصیت سالم است و هدف او کمال است. و) شخیت و دگرگونی انسان سالم به عهده خود او است نه محیط و اجتماع. ز) انسان سالم خودآگاهی دارد و از خود واقعی و استعدادهایش کم و بیش آگاه است و خودش بسیاری از مشکلات زندگانی­اش را حل می­کند، لذا به دیگران وابستگی ندارد.

**4-1-5-2 دیدگاه اریک برن**

نظریه "تحلیل ارتباط محاوره­ای" اریک برن در واقع سازشی است بین روانکاوی و ارتباط متقابل. مختصر اینکه اریک برن معتقد است که انسان برخوردار از سلامت روان شناختی دارای این ویژگی­ها است:

1. بین حالت­های من او (من والدینی، من کودکی و من بزرگسالی) تعادل برقرار است و در صورت به هم خوردن این تعادل، توانایی سازماندهی مجدد شخصیتش را دارد.
2. نتیجه­گیری بین فرد سالم بر اساس وضعیت چهارم (من خوب هستم، تو خوب هستی) است، زیرا سه حالت قبلی به کودکان اختصاص دارند و الگوی شخصیت کودکی و افراد نابالغ هستند.
3. انسان سالم در هر لحظه از نوع حالت نفسانی خودش آگاهی دارد. چون رفتار نانسان مبتنی بر مجموعه­ای از احساسات، اخلافیات و کنترل اگاهانه است.
4. شخصیت طبیعی و سالم سازمان یافته است و مرزهای شخصیتی آن مشخص شده و در عین حال نفوذپذیر است و در هنگام رویارویی با تعارضات شدید درونی، به صورت آگاهانه به گونه­ای از این بخش­ها استفاده می­کند که هر کدام نقش متناسب خودشان را انجام دهند.
5. شخصیت سالم در ابعادی مختلف شخصیتش "تعصب و تغییرناپذیری" ندارد و چنین فردی ضمن شناختن الگوهای موفقیت آمیز رفتاری و اگاهی از تصاد ها و تشابهات درونی خودش، آزادی انتخاب بیشتری دارد.
6. فرد سالم مسئولیتش رفتار و تفکرش را می­پذیرد و رفتار او با دیگران آگاهانه و مبتنی بر صمیمیت و علاقه است.
7. انسان سالم علاوه بر تصمیم گیری و انتخاب آگاهانه در زمان حال زندگی می­کند نه در گذشته یا آینده.
8. مبنای فعالیت در نظریه برن، نیاز به تشخیص و منزلت است. یعنی اینکه فرد هم مورد احترام دیگران واقع شود و هم برای دیگران احترام قابل شود و شخصیت سالم نیز بایستی چنین خصوصیتی را در تعامل با مردم و جامعه داشته باشد (خداپناهي، 1393).

**5-1-5-2 دیدگاه هری استاک سالیوان**

نظریه سالیون با عنوان "نظریه روابط بین فردی" شهرزت یافته است. بنابر نظریه سالیوان شخصیت «الگوی نسبتاً پایدار و مکرر موقعیت­های بین فردی است که زندگی انسان را مشخص می­کند.» به عقیده وی انسان از بدو تولد تا مرگ تحت تاثیر روابط بین فردی است و افکار و احساسات او نیز متأثر از این امر است. گر چه وی اهمیت وراثت و رشد را انکار نمی­کند، اما انسان را محصول تکامل اجتماعی می­داند.

نظریه شخصیت سالیون ویژگی­های سلامت روان شناختی را از دیدگاه او عنوان می­کنیم:

1. شخصیت برخوردار از سلامت روان شناختی "انعطاف پذیر" است و با توجه به موقعیت­های بین فردی نوین، در روابطش با دیگران به صورت متناسب تغییرپذیر است.
2. فرد سالم قادر به تمایزگذاری بین افزایش و کاهش "تنش" است و رفتار او در جهت کاهش تنش معطوف می­شود.
3. به گفته سالیوان شخصیت سالم بایستی بنا بر گفته چارلز اسپیرمن همیشه در حال "آموزش و فراگیری روابط و ارتباطات" باشد.
4. زندگی شخص برخوردار از سلامت روان، دارای جهت یافتگی است. بدین معنی که امیالش را به خوبی یکپارچه می­سازد که منجر به رضایتمندی شود یا اضطراب او را نسبتاً کم کند یا از بین ببرد. بنابراین شخصیت سالم کسی است که دستگاه روانی او حداقل تنش را داشته باشد و چنین فردی معمولاً روابط اجتماعی انعطاف پذیر، واقعی و اعتمادآمیز دارد.

**2-5-2 رویکرد روان شناختی**

**1-2-5-2 دیدگاه کنراد لورنز**

لورنز پایه گذار شاخه گردار شناسی در رشته زیست شناسی است . کردار شناسی از لحاظ لغوی به معنای خلق و منش است ، اما امروز به معنای مطالعه علمی رفتار حیوانات است . انسان دارای سلامت روانشناختی از دیدگاه لورنز کسی است که حداکثر استفاده را از عقل و خرد می نماید ، نسبت به تکانه های پرخاشگرانه اش اگاهی دارد و انها را در جهت مورد قبول انسانی سوق می دهد و به بهترین شکل با استفاده از مکانیزم والایش خشم خود را از این راه هنر ، علم و ... به شیوه ای مفید تبدیل کند. همچنین در مواقع تنش برای کاستن ان از شیوه های بی خطر برای ابراز پرخاشگریش استفاده می­کند. سعی در گسترش روابط صمیمانه با افراد و اجتماع دارد. از معرفت و مزاح به عنوان دو مایه امید پیشرفت بهترین استفاده را می­جوید. به عقیده لورنز اگر انسان از این شیوه ها بهره بگیرد می تواند سایق پرخاشگری خود را در حد قابل تحملی کنترل کند (خداپناهي، 1393).

**2-2-5-2 دیدگاه مک دوگال**

سلامت روان شناختی از دیدگاه مک دوگال بایستی بر سه نکته تاکید نماییم . نخست اینکه مک دوگال و یونگ از لحاظ اعتقاد به اهمیت یکپارچگی و وحدت برای بلوغ شخصیت هم عقیده هستند. دوم مک دوگال بر خلاف فروید بلوغ روان شناختی را در قالب وحدت و یکپارچگی تعریف می کند نه افزایش آگاهی و هوشیاری . به عقیده وی مجموع کل فعالیت روانی نیمه هشیار یک فرد سالم و روان نژند یکسان است و تفاوت این دو فقط این است که فرد سالم تعداد تعارضات نیمه هشیار کمتری دارد. سوم مک دوگال ضمن عدم توافق شدید با فروید، سلامت روان شناختی و رشد شخصیت را یکی می­داند. مک دوگال مدافع رسمی روان شناسی غایت نگر است. ویژگی­های رفتار هدفمند به نظر وی عبارتند از:

1. نوعی خود انگیختگی فعالیت، یعنی فعالیتی که از درون ارگانیزم آغاز شده باشد و نه ناشی از نیروهای خارجی صرف باشد.
2. فعالیت هدفمند به طور مستقل استمرار می­یابد.
3. حرکت­های مستمر دارای تغییر مسیر می­باشند.
4. رفتار هدفمند به محض آنکه تغییر خاصی را به وجود آورد، متوقف می­گردد.
5. رفتار هدفمند ارگانیزم را برای وضعیتی آماده می­سازد که آن وضعیت به ایجاد عمل مورد نظر کمک نماید.
6. رفتار هدفمند موجب بهبودی فعالیت ارگانیزم در شرایط مشابه می­گردد.
7. فعالیت و رفتار واکنش کل ارگانیزم است، یعنی فرایندهای تمام اجزای ارگانیزم به نحوی سازگار می شوند که پیگیری بهتر هدف طبیعی آن را تشویق نماید .بنابراین شخص دارای سلامت روان در نظریه غایت نگر مک دوگال ، کسی است نهایت به نوعی ایده آل اخلاقی صادقانه وفادار بماند.

**3-2-5-2 دیدگاه اسکینر**

اسکینر استاد دانشگاه هاروارد از 1948 به بعد یکی از روانشناسان تجربی و صاحب نفوذ در سنت رفتار گرایی بوده است. سلامت روانی و انسان سالم به عقیده اسکینر معادل با رفتار منطبق با قوانین و ضوابط جامعه است، و چنین انسانی وقتی با مشکل روبرو شود از طریق شیوه اصلاح رفتار برای بهبودی و بهنجار کردن رفتار خود و اطرافیانش به طور متناوب استفاده می جوید تا وقتی که به هنجار مورد پذیرش اجتماع برسد . بعلاوه انسان بایستی آزاد بودن خودش را نوعی توهم بپندارد و بداند که رفتار او تابعی از محیط است و هر رفتار توسط محدودی از عوامل محیطی مشخص می گردد. انسان سالم کسی است که از تاییدات اجتماعی بیشتری به خاطر رفتارهای متناسب ، از محیط و اطرافیانش دریافت کند . فرد سالم کسی است که بتواند با هر روشی بیشتر از اصول علمی استفاده کند و به نتایج سودمندانه تری برسد و مفاهیم ذهنی مثل امیال هدفمندی ، غایت نگری و امثالهم را کنار بگذارد.

**4-2-5-2 دیدگاه صفات موری**

به عقیده موری تاریخچه پیشین زندگی فرد به همان اندازه زمان حال و محیط او حائز اهمیت است . موری موضع روان شناختی انسانگرایانه و خوش بینانه ای دارد. به علاوه به عقیده وی «من» سرکوبگر و مهار کننده نیست . «من» موجب سازماندهی و یکپارچگی رفتار می شود و بخشی از سازماندهی آن نیز برای تسهیل ظهور تکانه های «نهاد» است . به عقیده موری «قدرتمندی من» از تعیین کننده های با اهمیت سازگاری و سلامت روان شناختی فرد است. هر چه فاصله بین من ایده آل و من برتر کمتر باشد ، سلامت روانشناختی و سازگاری فرد بیشتر خواهد بود . هرگاه که من برتر مسلط شود و من ایده آل سرکوب شود فرد به بهزیستی جامعه اش خواهد اندیشید. به علاوه موری عقیده داشت که انسان نیاز به «تخیل و خلاقیت » دارد ، انسان تمایل به تجسم و ساختن دارد و در صورت موفقیت در تجسم و آفرینش ، انسان سالم خواهد ماند . تخیل و آفرینشگری قویترین حالات شخصیت هستند و فردی که اینها را به منصفه بروز برساند، از لحاظ روان شناختی سالم است. فرد سالم کسی است که در نیازهایش تعارض و کشمکش نداشته باشد.

"پرس" نیرویی است که به طرق مختلف بهزیستی و سلامت انسان را تحت تاثیر قرار می دهد. پرس در نظریه موری همان تعیین کننده های محیطی رفتار است. به نظر وی بایستی بین اهمیت اشیاء محیط آنگونه که توسط شخص ادراک و تفسیر می شود ( پرس بتا) و آنگونه که در واقعیت وجود دارند (پرس آلفا) تفاوت قایل شویم. یکی از معیارهای سلامت روان شناختی در نظریه موری این است که ادراک از محیط از نوع "آلفا" باشد نه "بتا". به عقیده موری تمام انسانها با شدت و ضعف متفاوت دچار «عقیده » هستند . اما فقط عقده های افراطی و شدید موجب نابهنجاری و بیماری می شوند . پس یکی دیگر از معیارهای شخصیت سالم و سلامت روان شناختی در نظریه موری این است که شخص سالم از عقده های «خوشه ای» (بقایای تجارب و خاطرات پیش از تولد مانند اضطراب از عدم حمایت و بی یاوری ...) عقده « مهر طلبی» (فعالیت های منفعل و وابسته در اعمال کلامی و دهانی) پرخاشگری مهار شده (یا نیاز به تعریف و تمجید) و عقده «پرخاشگری دهانی» (مانند فعالیتهای دهانی همراه با پرخاشگری مثل گاز گرفتن در هنگام خشم ، تمایلات قوی پرخاشگرانه ، نگرش دوگانه در مورد مراجع قدرت ، فرافکنی پرخاشگری دهانی مانند دیدن محیط به صورت اشیاء و افراد پرخاشگر و ضربه زننده و لکنت زبان) عقده «طرد دهانی» ، (مانند انزجار و نفرت از فعالیتهای دهانی) ؛ « عقده طرد مقعدی » (مانند نیاز به پرخاشگری ، نیاز به قدرت و استقلال یا جنسیت مقعدی) ، عقیده « نگهداری مقعدی » (مانند واکنش دفعای به دفع و تخلیه) ، عقده «میزراهی» (مانند شهوت میزراهی) ، عقده « ایکاروس » (مانند خود شیفتگی شدید) عقده «اختگی» (که عمدتاً نتیجه تخیلات با استنای کودکانه است) مبری است (خدارحیمی، 1374).

**3-5-2 دیدگاه انسانگرایانه**

**1-3-5-2 گرودون آلپورت**

به نظر آلپورت روان نژندی پیامد « نقصان و کمبود سلامت روانی » است . . فرد روان نژند پر توقع ، سلطه جو ، حسود ، هیستریک و انفعالی است و دلش به حال خودش می سوزد ، اگرما ، کری کنشی و حتی فلج مبتلا شود و خود محوری روان نژندی فاقد کنترل است. تا پایان جنگ جهانی دوم تعدادی پژوهش تجربی در مورد ماهیت ـ سلامت شخصی» انجام شده است که این مطالعات به نتایج نسبتاً همخوانی دست یافته اند . آلپورت نتایج این مطالعات را به صورت شش معیار در مورد پختگی و بلوغ روانی خلاصه کرده است: نخستین معیار بلوغ روانی، توانایی گسترش خویشتن است. کودکان نوعاً خود محور هستند . اما علایق افراد بالغ در خارج از خودشان ریشه دارد و از جمله علاقه انها به سلامتی و بهزیستی دیگران. دومین معیار سلامت و بلوغ به چگونگی ارتباط یا تعامل فرد با دیگران مربوط می­شود. ارتباط فرد بالغ با دیگران صادقانه و صمیمی است، به ویژه با خاواده و دوستانش. سومین معیار سلامت روان شناختی را «امنیت عاطفی» می­نامد. شخص بالغ می تواند محرومیتها و تحریکات غیرقابل اجتناب زندگانی را بدون از دست دادن وقار و متانت تحمل نماید . این بدین معنی نیست که این افراد راحت و آسوده ، بشاش و خوشبین و ساده انگار هستند ، بر عکس این افراد بر حسب موقعیت خلقی هستند. چهارمین معیار سلامت شخصی در نظریه آلپورت ، هوش کنشی یا عقل سلیم است . افکار و ادراک فرد بالغ بطور کلی کارآمد و درست است . این مسئله پرسشی را در مورد رابطه بین سلامت روانی و هوش پدید می اورد . افراد بالغ معمولاً هوش بالای متوسط دارند ولی هر کسی که هوش بالای متوسط داشته باشد الزاماً بالغ نیست. پنجمین ویژگی افراد بالغ «بصیرت نسبت به خویشتن» است. هر کسی فکر می کند که نسبت به خودش بصیرت و بینش دارد اما در واقع چنین نیست. آلپورت بصیرت به خویشتن را به این صورت تعریف می­کند . « ... رابطه انچه که فرد فکر می­کند هست و آنچه که دیگران در مورد او فکر می کنند. به خصوص روانشناسی که فرد را مطالعه و بررسی می­کند. آخرین معیار آلپورت برای سلامت و روان شناختی همانند یونگ و مک دوگال جهت مندی است که ترجمه اصلاح آلمانی است . جهت مندی یعنی اینکه زندگی فرد بالغ به سوی هدف یا اهداف انتخاب شده ای در حرکت باشد . هر فرد اهداف خاصی برای زندگی دارد که سعی عمده اش مصروف رسیدن به آن می شود. به عقیده آلپورت جهت مندی نتیجه نوعی فلسفه یکپارچه ساز در زندگی است که در تحت نظارت این فلسفه ارزش­ها، اهداف و ایده های فرد سازماندهی می شوند . به نظر آلپورت مهمترین فلسفه زندگی مذهب است.

**4-5-2 مفهوم سلامت روان در نظريات رواني اجتماعي**

**1-4-5-2 نظريه آلفردآدلر[[16]](#footnote-16)**

اكثرروانشناسان معتقدند كه آدلراولين روانكاوي است كه برماهيت اجتماعي انسان تاكيد كرده است بنابراين به اهدافش دارد. چنين فردي جذاب وشاداب است وروابط اجتماعي سازنده ومثبتي با ديگران دارد. فرد سالم به عقيده آدلرازمفاهيم واهداف خودش آگاهي دارد وعملكرد اومبتني به نيرنگ وبهانه نيست. فرد داراي سلامت روان مطمئمن وخوشبين است وضمن پذيرفتن اشكالات خود درحد توان اقدام به رفع آنها مي كند. فرد داراي سلامت روان به نظرآدلر، روابط خانوادگي صميمي ومطلوبي دارد وجايگاه خودش را درخانواده وگروههاي اجتماعي به درستي مي شناسد. همچنين فرد سالم درزندگي هدفمند وغايت مداراست واعمال اومبتني برتعقيب اين اهداف است. نمايي ترين هدف شخصيت سالم به عقيده آدلرتحقق« خويشتن» است (فونس و همکاران، 2008).

**2-4-5-2 نظريه اريك فروم**

به اعتقاد فروم، سلامت روان بسته به اين است كه جامعه تا چه اندازه نيازهاي اساسي افراد جامعه را برمي آورد، نه اينكه فرد تا چه اندازه خودش را باجامعه سازگارمي نمايد. درنتيجه، سلامت روان بيش ازآن كه امري فردي باشد، مسئله اي اجتماعي است. عامل اصلي اين است كه جامعه تا چه پايه نيازهاي انساني را برمي آورد. به اعتقاد فروم تلاش براي سلامت عاطفي وبهبود، گرايش يا استعداد هاي خطري براي زندگاني بارور، وبراي هماهنگي وعشق، در نهاد همه ما هست (میلانی فر، 1389). اگربه افراد فرصت داده شود، اين گرايش فطري شكوفا خواهد شد وامكان حداكثراستفاده از استعداد بالقوه را خواهد داد. اما تازماني كه نيروهاي اجتماعي در گرايش طبيعي براي كمال دخالت كنند، نتيجه چيزي جز رفتار نامعقول و روان نژندانه نيست. ازاين رو، جامعه­هاي بيمار مردمان بيمار به بار مي­آورند. بررسي­هاي عميق فروم در تاريخ بشر، سرشار از نمونه بيشمار رفتارهايي است كه در فرهنگي يا دوره­اي به عنوان رفتارسالم ودرفرهنگ يا دوره ديگري به عنوان رفتار ناسالم شناخته شده است (خداپناهي، 1393).

**3-4-5-2 نظريه اريك اريكسون**

به عقيده اريكسون سلامت روان شناختي اصولاً نتيجه عملكرد قوي وقدرتمندي«من» است. «من» عنوان مفهومي است كه نشانه هنره توانايي يكپارچه سازي اعمال وتجارب شخصي صورت انطباقي وسازشي است. به عقيده اريكسون«من» تنظيم كننده دروني روان است كه تجارب فرد را سازماندهي مي كند ودرنتيجه ازانسان درمقابل فشارهاي نهاد ومن برترحمايت مي كند (آزاد و همکاران ، 1378).

سلامت روان شناختي را مي توان درهرمرحله ازرشد رواني-اجتماعي تعريف كرد توانايي مرتبط با اولين مرحله رشد رواني- اجتماعي درطفوليت«اميد[[17]](#footnote-17)» است كه ازتجارب اعتماد آميزاوليه با مادريا جانشين مادرسرچشمه مي گيرد، اميد معمولاً تاثيري درازمدت وناخود آگاهي ، يعني اين اعتقاد درادرشخص ايجاد مي نمايد كه اغلب آرزوها فراوان وبلند پروازانه اوقابل دسترسي ووصول هستند. قطب متضاد اميد «نااميدي» است. نااميدي غالباً ويژگي اكثربيماريهاي رواني است (اندل ، 2009).

توانايي متناسب براي مرحله دوم رشد رواني- اجتماعي«اراده[[18]](#footnote-18)» است. اراده تعيين مي كند كه فرد خودش براي خودش دست به انتخاب بزند، يعني فرد هم آزادي وخود مختاري و هم محدوديت خودش راتجربه مي كند. اراده اساس پذيرش قانون و اجبار است و در صداقت والدين و پيروي از آنها روح قانونمندي و قانون ريشه دارد (آزاد و همکاران ، 1378).

سومين مرحله رواني- اجتماعي منجربه بروز توانايي احساس«هدف[[19]](#footnote-19)» مي شود. احساس هدفمندي يعني توانايي درنظرگرفتن اهدافي براي خود ودنبال كردن آن اهداف. هدف ارتباط نزديكي با رشد ووجدان[[20]](#footnote-20)دارد (ابراهیم ، 2005).

چهارمين توانايي بشر«شايستگي[[21]](#footnote-21)» است. شايستگي يعني توانايي تجربه به مهارتهاي فيزيكي، ذهني يا رواني بدون اينكه اين مهارت­ها توسط احساس حقارت كودكانه آسيب ببينند(خداپناهي ، 1393).

توانايي و قدرتي كه درنوجواني بروز مي­كند «وفاداري[[22]](#footnote-22)» است. دوره نوجواني وفاداري اساس هدايت است و در نگرش­ها اعتقادات جوانان ريشه دارد. وفاداري به صورت ميل به درك كامل و درست واقعيت تجلي مي كند، همينطور به صورت حقيقت طلبي، صداقت طلبي و احساس نسبي بودن قوانين ظاهرمي شود.«عشق[[23]](#footnote-23)» توانايي متمايزكننده ششمين مرحله رشد رواني- اجتماعي است كه اريكسون آن را بزرگترين قدرت بشرمي داند. اگرچه عشق به اشكال مختلفي بروزمي­كند اما اريكسون آنرا به صورت «عشق دوجانبه زن و شوهر به يك هويت مشترك» تعريف مي­كند (اندل، 2009).

توانايي و قدرت مرتبط با مرحله مولد بودن زندگي«مراقبت[[24]](#footnote-24)» است. يكي ازجنبه هاي با اهميت مراقبت «آموزش دادن» است. بشر نيازمند آموزش دادن است البته نه فقط به اين دليل كه عده اي نيازبه آموزش ديدن دارند، يا اينكه فرد از اين طريق هويتش را ارضا نمايد، بلكه به اين طريق هويتشي را ارضا نمايد، بلكه به اين دليل كه بايستي حقايق ازطريق گفتن زنده بمانند و منطق، بودن و هستي نشان داده مي­شود و حقيقت شناخته شود (آزاد و همکاران، 1378).

توانايي متناسب براي آخرين مرحله رشد رواني- اجتماعي«خردمندي[[25]](#footnote-25)» است. اين توانايي با مرگ از زندگي انسان جدا مي شود. اريكسون مي گويد كه مرحله آخرزندگي بايستي با شهامت وهوشمندي گذرانيده شود تا نسل بعدي بتوانند الگويي ازشيوه زندگي د رپيش چشم داشته باشند واين الگورا بياموزند (خداپناهي، 1393).

به عقيده اريكسون سلامت روانشناختي هرفرد بهمان اندازه اي است كه توانسته است توانايي متناسب با هركدام ازمراحل زندگي را كسب كرده باشد. اريكسون دركتاب زندگي فرمول كوتاهتري به شرح زيردرمورد صفات متمايزكننده سلامت روان شناختي ارائه كرده است. فردي كه درجامعه زندگي مي كند بايستي ازتعارض عادي باشد، بايستي ازاستعداد وتوانايي بارزي استفاده كند، دركارش ماهرواستاد باشد. ابتكارنامحدود داشته باشد، ازانجام لحظه به لحظه حرفه اش پس خوراند بگيرد و در نهايت درمورد فرايند زندگي نظريه معنوي روشن و قابل دركي داشته باشد (تئودور، 1380).

**4-4-5-2 دیدگاه­های مزلو**

امروزه گونه­ای نظریه­پردازی مردم پسند وجود دارد که با نام­هایی از قبیل نظریه خودشکوفایی، روانشناسی انسان­گرا یا روانشناسی جهان سوم شهرت دارد. این نظریه در میان روانشناسانی که به مسائلی از قبیل رشد شخصی و اجتماعی تحول و توسعه سازمانی و نهادی و زمینه­های مشابه علاقه­مندند جنبشی مهم است. در واقع محکمترین تایید آن ظاهراً از سوی کسانی است که بر اساس فرض معتبر بودن نظریه­های خودشکوفایی مربوط به انگیزه برنامه­های توسعه مدیریت و سازمانی پیشنهاد می­کنند. نظریه خودشکوفایی ناشی از کار فلاسفه وجودی است که استدلال کرده­اند مردم برای یک وجود با معنا، ماندنی و از قوه به فعل قابلیت دارند، در نتیجه شرایط و محیط­هایی که در آن به سر می­برند از عمل به رفتار، به گونه­ای با معنا و خودشکوفایانه باز مانده­اند (ناصری، 1384).

نظریه خودشکوفایی در توجیه استدلال خود مبنی بر این که شخص واجد توانایی بالقوه و آرزو برای خودشکوفایی، رشد و توسعه است، چه نظریه­ای در رابطه با فرایندهای انگیزشی به کار می­برد؟ نظریه مازلو که امروزه اشتهار بسیار دارد پیشنهاد می­کند که رفتار شخص پیرامون سلسله مراتبی از انگیزه­های سازمان می­یابد، به طوری که پایین ترین آن­ها نیازهای فیزیولوژیکی از قبیل گرسنگی و تشنگی هستند. هنگامی این نیازها کامروا شوند، نیازهای ایمنی به عنوان موثر در رفتار برجستگی می­یابد. به دنبال اینها در سلسه مراتب نیازهای اجتماعی، عزت نفس و خودشکوفایی به عنوان انگیزه های رفتار ظاهر می شوند. در تمام این نیازها مازلو استدلال می کند که اولویت نیاز بالاتر به عنوان تابعی از کامروایی نیازی که در سلسه مراتب نیازها بلافاصله در زیر آن قرار دارد افزایش پیدا می کند . بسیاری از نویسندگان با پیشنهاد این که امروز اکثر مردم نیازهای پائینتر خود را ارضاء کرده و در محیط کار در پی کامروایی نیازهای بالاتر خود هستند ، مازلو را تایید و حمایت کرده اند . بدین جهت ، اگر می خواهیم رفتار کار بر انگیخته و باورو داشته باشیم باشد محیط های کار را طوری تغییر دهیم که به نیازهای سطح بالا فرصتی برای ارضاء و کامروایی بدهند . بهبود محیط های کاری هم برای سازمان سودمند است و هم برای فرد ، چه کامروایی فرد برای خودشکوفایی ، او را خلاقتر ، بارور تر ، کمتر تدافعی و تواناتر در تعامل با دیگران می سازد (ناصری، 1384).

**6-2 استرس شغلی**

استرس بخشی از زندگی روزمره است. استرس حالت یا فرایندي روانشناختی است که در هنگام وقوعش فرد با حوادثی مواجه می­شود که آن­ها را نسبت به بهزیستی جسمی و روانشناختی خود تهدیدآمیز ادراك می­کند. استرس از تعامل با محیط نشات می­گیرد و زمانی رخ می­دهد که بین فشارهاي موقعیتی و منابعی که فرد در اختیار دارد ناهماهنگی وجود داشته باشد (هزاوه­اي، حسيني، معيني، مقيم بيگي و حميدي، 1391).

در چند دهه اخير و با روى آوردن تدريجى جوامع به سمت زندگى مدرن، يكى از معضلات اساسي كه گريبان گير جوامع بشري شده است پديده استرس مي­باشد. با صنعتي شدن جهان استرس اهميت ويژه­اي پيدا كرده و به طور گسترده­اى سلامتي شاغلين را در محيط كار تحت تأثير قرار داده است. عوامل رواني به همراه خطرات فيزيكي، شيميايي، ارگونوميك و بيولوژيك محيط كار يكي از عوامل مخاطره آميز اصلي در محيط هاي كاري محسوب مي­گردد و در بين عوامل رواني استرس شغلى از اهميت ويژه­اي برخوردار مى­باشد، به طوريكه سازمان ملل متحد در سال 1992 استرس شغلي را بيماري قرن بيستم دانست و سازمان جهاني بهداشت بر اساس شاخص بار جهاني بيماري­ها، به اين نتيجه رسيد كه بيماري­هاي رواني به ويژه استرس، دومين علت ناتواني تا سال 2020 خواهد بود (تانگری[[26]](#footnote-26)، 2003). در اغلب جوامع امروزی، حیات انسانی از لحاظ محیط و نحوه زندگی با آن چه در سال­های گذشته وجود داشته، تفاوت فاحشی پیدا کرده است. امروزه در اکثر نقاط جهان، به ویژه در جوامع صنعتی و در جوامعی که آشفتگی اجتماعی و اقتصادی، زندگی عادی را مختل کرده است، عوامل تنش­زای اجتماعی، بیش از هر زمان دیگری شایع گردیده اند. به طوری که در عصر کنونی تنش را به عنوان طاعون سیاه می­شناسند (ملازم، محمدحسینی، کریمی و زاده باقری، 1384).

استرس جزء جدايى ناپذير در زندگي مى­باشد كه با توجه به فشار رواني و كيفيت انطباق فرد با آن مى­تواند منجر به بيماري و يا تجربه­اي مثبت شود. عوامل رواني در محيط كار بر خلاف ساير عوامل زيان­آور محيط كار مختص شغل خاصي نيستند و در همه­ي مشاغل به صور مختلف و با درجات متفاوت وجود دارند (لوی و ویگمن، 2000). همه­ی انسان ها در زندگی روزمره در معرض انواع فشارهای روانی و رویدادهای تنش­زایی قرار می­گیرند که بهداشت روانی و جسمی آنان را تهدید می کند. تنش یک وضعیت نا مطلوب تحریک عاطفی و روانی است و هنگامی فرد در آن واقع می شود که موقعیت را خطرناک یا تهدید کننده آسایش تلقی کند (اکبری، امیرآبادی زاده، پوررضا، واقعی و دستجردی، 1384).

استرس شغلی برای خیلی از کارکنان و کارگران یک مخاطره اصلی است. ظرفیت­های کاری، کیفیت پایین کارهای تجاری، اضافه کاری، روابط خشونت آمیز در محیط­های کاری و کار شیفتی فقط بخش کمی از حالت­ها از علل زیاد پر دغدغه­های کاری است. بدن انسان به طور عادی یک واکنش طبیعی به تهدید یا درخواست مانند گریز یا جنگ، دارد که واکنش به هر کدام باعث رها کردن آدرنالین می­شود. هنگامی که تهدید پایان می­یابد بدن انسان می­تواند به جایگاه طبیعی خودش برگردد. عامل به وجود آورنده­ی استرس یک رخداد یا تنظیم حالتی است باعث واکنش فشار می­شود. آسیب طولانی­تر واکنش بدنی مزمن است. استرس شغلی می­تواند بر سلامتی شما تأثیر بگذارد. همچنین عوامل استرس­زا در محیط کار می­تواند از نیروی کارگری متجاوز شود که می­تواند مقداری تأثیر بر روی وضعیت­شان داشته باشد. کارگرانی که با ظرفیت­های بالا بیش از حد و اندازه کار کرده­اند در رتبه­های پایین باقی می­مانند صرف نظر از تلاش­شان پس ظرفیت بالای کاری یک عامل به وجود آورنده استرس است. کارمندان احساس اضطراب می­کنند و میزان سرعت ضربان قلبشان به این دلیل که آن­ها نمی­توانند ظرفیت کاریشان را کنترل کنند، بالا و پایین می­رود و می­تواند منجر به فرسودگی شغلی گردد. اعضای P.E.F تغييرات دراماتیک دردناکی را تجربه کرده­اند. بودجه ایالت به تأخیر افتاده، کسری بودجه به وجود می­آید و مذاکره در برقراری قرارداد طولانی می­شود. این تغییرات محیطی را پرورش می­دهد که شمار منابع استرس را به درجه بالایی می­رساند و شامل گرانباری نقش و زمینه­ساز فرسودگی شغلی می­گردد (پاول[[27]](#footnote-27)، 2003).

در دهه اخير مو ضوع استرس و آثار آن در سازمان يكي از مباحث اصلي مديريت رفتار سازماني را به خود اختصاص داده اسـت و فشار عصبي در سازمان همچون آفتي فعاليت­ها را تحليل داده و از بين مي برد. توجه به محـيط هـاي شـغلي و شـرايط كـار كاركنان امري است كه موجب بالا بردن كيفيت كار، حفظ سلامت و بهداشت كاركنان و جهت بهره جويي بيـشتر و بهتـر از طـول مدت سنوات كاري مورد توجه قرار گرفته است. با توجه به تأثير استرس شغلي بر زندگي و كار کارکنان، دست اندر كاران اين گونه سيـستم­ها بايد عوامل مرتبط با رضايت مندي را يافته و جهت پيشرفت و ارتقاي سطح كارايي کارکنان مورد توجه قرار دهند (رحمانی، 1386).

سازمان ملل متحد[[28]](#footnote-28)، در سال 1992 استرس شغلي را بیماري قرن بیستم معرفي كرد؛ چندي بعد سازمان جهاني بهداشت، استرس شغلي را مشكلي همه گیر در جهان اعلام كرد (تانگری[[29]](#footnote-29)، 2003).

**7-2 تعریف استرس شغلی**

استرس شغلی به عنوان یکی از مهم­ترین ویژگی­های محیط کار، فرسودگی بدنی یا عاطفی است که بر اثر مسائل و مشکلات واقعی یا ذهنی پدید می­آید. واژه استرس مستقیماً از زبان لاتین گرفته شده و به معنی تحمیل، فشار و خسته شدن می­باشد، این واژه به سرعت فراگیر شده و به یکی از اصطلاح­های رایج پنج دهه اخیر تبدیل گردیده است. اولین بار روچ[[30]](#footnote-30) (1984) این اصطلاح را چنین تعریف کرد که استرس پاسخی غیر اختصاصی از ارگانیسم در مقابل هر تقاضا یا تغییر در شرایط فیزیکی می­باشد. بر اساس تعریف مؤسسه ملي ايمني و بهداشت حرفه اي (NIOSH) فرد زمانی با استرس شغلی مواجه می­شود که بین نیازهای شغلی با توانایی­ها، قابلیت­ها و خواسته­های وی هماهنگی موجود نباشد (هاشمی­نژاد و همکاران، 1392). در این تعریف ضمن تاکید بر عدم هماهنگی با توانایی­ها و قابلیت­های فرد، به خواسته­های فردی نیز توجه شده است. کندال و همکارانش استرس را یک تجربه طبیعی و قابل پیش بینی در روند زندگی و کار معرفی کرده و تاکید داشته­اند که همه نتایج استرس منفی نیستند و گاه استرس حالت منفی و گاه نیز پیامدهای مثبتی به همراه دارد (کندال، مورفی، اونیل و بورسنال[[31]](#footnote-31)، 2000).

نشانه­هاي استرس شغلي در سه حیطه رواني، جسماني و رفتاري نمايان مي­شود. حیطه رواني استرس شغلي با نارضايتي شغلي همراه است، اين نارضايتي از شايع­ترين پیامدهاي استرس شغلي مي­باشد كه باعث افسردگي، اضطراب، ملالت، اختلالات جنسي، احساس ناكامي، انزوا و بیزاري مي­شود (کنزویچ، میلوسویچ، گلوبیچ، بلوسویچ، روسو و موستاجبگوویچ[[32]](#footnote-32)، 2011).

**8-2 علل استرس در محيط کار**

استرس محيط کار به وسيله غيبت­ها، تأخيرها و ناتواني­هاي کارکنان باری سنگين بر روي سازمان تحميل مي­کنند تحقيقات در استراليا نشان داده است که بيشتر از يک روز در ماه کارکنان به دليل افسردگي مواد مخدر يا اضطراب از کار باز مي­مانند. تحقيـقات ديگري نشان داده، افراد مجرد به خصوص زنان بيشتر در معرض خطرات استرس مي­باشند در تحقيق ديگري نيز اين نتيجه حاصل شده است که بيکاري زياد، عدم امنيت شغلي قراردادهاي کوتاه مدت و فشار روانی روي کارکنان با استرس مرتبط هستند همچنين نگراني از آينده، عدم تطابق نيازها و احساسات و عدم مالکيت مي­تواند ايجاد استرس کند (استون[[33]](#footnote-33)، 2011).

شرایط فیزیکی نامطلوب، خطرات جسمانی، ویژگی­های شخصیتی، بار کاری، فشار زمان، مسئولیت افراد، ابهام و تعارض نقش، تعارض همکاران و مدیران ارشد با زیردستان، محدودیت­ها، مشارکت اندک در تصمیم­گیری، ترفیع یا تنزل شغلی و کمبود امنیت شغلی از استرس­زاهای شایع مشاغل هستند (حسنی، قاسم­زاده علیشاهی و کاظم­زاده، 1392).

**9-2 منابع استرس در محيط کار**

عوامل استرس­زا در منبع را مى­توان به سه دسته تقسيم­بندى كرد: دسته اول عوامل استرس­زاي فردي، دسته دوم رويدادهاي زندگي و دسته­ي سوم عوامل استرس­زاي سازماني مثل سياست­ها، ساختارها، شرايط ايمني، تداخل فرآيندها، ابهام نقش در سازمان و تعارض نقش در سازمان (کازرونیان و همکاران، 1392).

**1-9-2 ويژگي نقش**

شاختر عامل­هاي روانشناختي محيط کار را روشي مي­داند که از آن راه مي­توان درک درستي از استرس شغلي به دست آورد دراين باره پژوهشگران به ويژه با استفاده از نظريه نقش سعي کرده­اند مسائل مربوط به استرس را شناسايي کنند و دريابند که فشارهاي ناشي از نقش تا چه اندازه در پديد آمدن استرس شغلي تاثير دارند بنابر نتيجه اين پژوهش­ها چهار نوع ويژگي براي نقش برشمرده اند.

**1- ابهام نقش:** يکي از عوامل محيط کار كه ممکن است منجر به ايجاد استرس شغلي شود ابهام نقش ناميده مي­شود. ابهام نقش را به عنوان يکي از ويژگي­هاي نقش چنين تعريف کرده­اند وضعيت شغل که در آن پاره­اي اطلاعات براي انجام شغل به طور مطلوب، نارسا يا گمراه کننده­اند در نتيجه فرد نمي­داند که چه انتـظاري از وي براي انجام شغلـش دارند ابهـام نقش زماني به استرس منجر مي­شود که فرد را از بهره­وري و پيشرفت شغلي باز مي­دارد (ساعتچي، 1388).

**2- گرانباري نقش:** يکي ديگر از ويژگي­هاي نقش که آن را منشاء ديگري براي استرس شغلي مي­دانند گرانباري نقش است به اين معني که اگر فرد نتواند از پس انجام کاري که بخشي از یک شغل معين است برآيد، دچار استرس خواهد شد (ساعتچي، 1388).

**3- کم باري نقش:** يکي ديگر از ويژگي­هاي نقش را که در شغل­هاي معيني موجب استرس در کارکنان مي­شود کم باري نقش ناميده­اند يعني وضعيتي که در آن از مهارت­هاي شخصي به طور تمام و کمال استفاده نمي­شود به بيان ديگر، مهارت­ها و توانايي­هاي فرد کمتر از اندازه ممکن به کار گرفته مي­شود در حالي که گـرانباري نقـش گـوياي حــوادث زيــادي است (که به شاغلين تحميل مي­شود) کم باري نقش حکم محدوديت و بازدارندگي دارد به طور کلي مي­توان گفت که کم باري نقش زماني پيامد ناخوشايند دارد که توان کارکنان بيش از آن باشد که براي شغل محول به آن­ها لازم است (ساعتچي، 1388).

**4- ناسازگاري نقش:** طي بررسي­هاي انجام شده، علاوه بر ابهام نقش، ناسازگاري نقش نيز به عنوان عامل استرس­زا شناخته شد ناسازگاري نقش زماني رخ مي­دهد که تن دادن به مجموعه­اي از الزام­هاي شغلي با پذيرش مجموعه ديگري از الزام­هاي شغلي، مغاير با به طور کلي ناممکن باشد مانند حسابدار شرکتي که از او خواسته شود حساب­هاي خلاف واقع درست کند يا به اصطلاح حساب­سازي كند تا مالياتي که به شرکت تعلق مي­گيرد، کاهش يابد (ساعتچي، 1388).

**2-9-2 ويژگي­های شغلی**

ويژگي­هاي شغلي نيز از جمله عوامل ديگري است که ممکن است منجر به استرس شغل شود نتايج به دست آمده از تحقيقات و گوياي آن است که جنبه­هاي معيني از کار در استرس شغلي نقش دارند اين ويژگي چهار دسته گوناگون را تشکيل مي­دهد که به طور کلي عبارتند از: آهنگ کار، تکرار کار، نوبت کاري و ويژگي­هاي مربوط به وظيفه، روابط کاري ميان فردي، کيفيت روابط کارکنان در محيط کار، همواره رابطه موثري با استرس شغلي دارد پژوهشگران اظهار داشته­اند که در بررسي­ها سه نوع روابط ديده شده است. روابط با همکاران، روابط درون گروه­هاي کار و روابط با سرپرستان و رهبران (مهداد، 1389).

**10-2 نشانه­های استرس شغلی**

از جمله نشانه­هاي جسماني استرس شغلي مي­توان به بیماري­هاي قلبي و عروقي، معدي و روده­اي، حساسیت­ها و بیماري­هاي پوستي، اختلال در خواب، سردرد و ناراحتي­هاي تنفسي اشاره كرد. نشانه­هاي رفتاري نیز شامل رفتارهاي فردي مانند خودداري از كار، مصرف مشروبات الكلي، مصرف سیگار، قهوه و دارو، پرخوري يا بي اشتهايي، رفتارهاي ستیزه جويانه در برابر همكاران يا اعضاء خانواده و رفتارهاي سازماني مانند غیبت از كار، ترك شغل، افزايش حوادث و كاهش بهره وري و عملكرد مي­باشد (حاجی امينی، چراغعلی پور، آزاد مرزآبادی، عبادی و نوروزی کوشالی، 1390).

نشانه­هاي استرس شغلي به 3 گروه عمده تقسيم مي­شوند: 1) نشانه­هاي رواني مانند مشكلات عاطفي و شناختي، افسردگي، اضطراب، احساس ناكافي، انزوا و بيماري رواني گروهي (مگناویتا، 2000). 2) نشانه­هاي جسمي مانند افزايش ضربان قلب، افزايش فشار خون، بيماري هاي قلبي، ناراحتي­هاي گوارشي، سردرد، بيمارى­هاى اسكلتى-عضلانى، اختلال در سيستم ايمنى و همچنين اطلاعات ضدونقيضى در مورد افزايش بروز انواع سرطان­ها (اسپیگلمن و دویر[[34]](#footnote-34)، 2004؛ مولر، تئورل، دفایر، آهلبوم و هالکوئیست[[35]](#footnote-35)، 2005). نشانه­هاى رفتارى مانند غيبت از كار (هوگندورن، بونگرز و دوت[[36]](#footnote-36)، 2002) سوء مصرف دارو، الكل، مواد مخدر و همچنين مصرف دخانيات (سوارد[[37]](#footnote-37)، 2004؛ هارل و مک­لانی[[38]](#footnote-38)، 1988).

**11-2 شیوع استرس شغلی**

NIOSH در سال 1999 بر اساس یک آمار کلی گزارش کرده است که 40 درصد کارکنان شغل خود را "به شدت" استرس­زا عنوان کرده­اند. از نظر 25 درصد از کارکنان، شغل به عنوان اولین عامل استرس­زا در زندگی افراد بوده است. سه چهارم کارکنان بر این باور بودند که استرس آن­ها نسبت به یک نسل قبل بیشتر شده است. 29 درصد کارگران احساس استرس نسبتا کم و یا بسیار زیاد در محل کار خود داشته و 26 درصد از کارگران اظهار کرده­اند که غالباً شغل افراد، آن­ها را تحت تنش قرار می­دهد. آن­ها همچنین گزارش کرده­اند که استرس شغلی در مقایسه با مشکلات مالی و یا مشکلات خانوادگی به شدت با آسیب­های جسمی و ذهنی همراه است. مطالعات صورت گرفته در ایران نشان داده است که شیوع استرس شغلی بالا به طور میانگین برابر 4/14 درصد است (خانی و همکاران، 1390).

**12-2 پیامدهای استرس شغلی**

یکی از پیامدهای استرس شغلی اثر بر عملکرد شغلی می­باشد. استرس شغلی در حدی که از توانایی­ها و ظرفیت­های فرد تجاوز نکند می­تواند با افزایش انگیزه سبب بهبود عملکرد شود ولی در صورتی که از ظرفیت مقابله­ای افراد تجاوز کند می­تواند اثر تضعیف کننده بر عملکرد فردی و سازمانی داشته باشد. نتایج اکثر مطالعات انجام شده ارتباط منفی بین استرس شغلی و میزان عملکرد را نشان می­دهد (شهید، لطیف، سهیل و ما[[39]](#footnote-39)، 2011) و این در حالی است که اگر استرس شغلی کارکنان کلیدی و یا شمار زیادی از نیروی کاری سازمان را تحت تأثیر قرار دهد می­تواند سلامت و عملکرد سازمان را به چالش کشیده و در این حالت سازمان نه تنها بهترین­ها را از کارکنانش دریافت نمی­کند بلکه ممکن است که عملکرد آن در بازار رقابتی به طور فزاینده­ای تحت تأثیر قرار گیرد (خانه­شناس، الهیاری و خلخالی، 1392). تأثير استرس سازماني با افزايش ميزان كارگريزي، تعويض زودهنگام كاركنان، ارتباط نامناسب با ارباب رجوع، كاهش ميزان امنيت شغلي، عدم سلامت محيط كار، كنترل ضعيف كيفيت محصولات و ... ارتباط دارد. به بيان ديگر هرچه ميزان استرس سازماني بالاتر باشد، عوامل ذكر شده از فراواني بيشتري برخوردارند (رحمانی، 1386). چهارمين مجموعه تشخيصي و آماري انجمن روانپزشكي امريكا[[40]](#footnote-40) (DSM-IV) نشانه­ها و عوارضي مانند: بيماري­هاي قلبي-عروقي، اختلال­هاي معده­اي-روده­اي، آسيب­ديدگي­هاي بدني، خستگي جسماني، سردرد، افزايش مراجعات به درمانگاه، از دست دادن اشتها و كاهش وزن، افزايش رفتارهاي مخاطره­آميز، اختلال در روابط با خانواده و دوستان، پرخاشگري، خودكشي يا اقدام به آن را براي استرس شغلي برمي­شمارد (انجمن روانپزشکی آمریکا، 2000؛ ترجمه نیکخو و آوادیس یانس، 1381). ني­ير و هانت[[41]](#footnote-41) (1980؛ به نقل از منصوري و مهرابي­زاده هنرمند، 1389)، جانسون[[42]](#footnote-42) (2003، به نقل از رضويه، معين و بهلولي، 1389) و راجرز (2003، به نقل از رضويه و همكاران، 1389) در نتيجه مطالعات خود دريافتند كه عوامل مربوط به محيط كار بر رضايت زناشويي تأثيرگذار است و بين مقتضيات، تعارضات و تنش­هاي شغلي و تعارضات زناشويي و خانوادگي رابطه­اي تنگاتنگ وجود دارد. به عبارت ديگر، بالا رفتن مشكلات و اختلافات زناشويي به گونه­اي معني­دار رضايت كاري را كم مي­كند و افزايش رضايت زناشويي به گونه­اي معنادار با افزايش رضايت كاري همراه است. همچنین نتايج پژوهش رابرتس و لونسون[[43]](#footnote-43) (2001) نشان داد كه استرس شغلي و فرسودگي جسمي بر تعاملات زوجين در پايان يك روزِ كاري تأثيرگذار است و استرس شغلي نسبت به فرسودگي جسمي براي تعاملات زناشويي به مراتب خطرناك­تر مي­باشد. همچنين، آن­ها به اين نتيجه رسيدند كه استرس شغلي هر يك از زوجين جو هيجاني و فيزيولوژيكي ايجاد مي­كند كه در آن هم زن و هم شوهر بسياري از نشانه­هاي مرتبط با پريشاني روابط زناشويي و احتمال جدايي در آينده را بروز مي­دهند. به عبارت ديگر، استرس ناشي از ويژگي­ها و شرايط كاري افراد مي­تواند ساير حوزه­هاي زندگي، از جمله كيفيت روابط و رضايت زناشويي آن­ها را تحت تأثير قرار دهد. به عبارت ديگر، عوامل استرس­زاي شغلي مانند حجم زياد كار، فقدان حمايت و تعاملات منفي با همكاران، در فرد احساس تحريك­پذيري، تنش و سرخوردگي ايجاد مي­كند؛ به دنبال اين وضعيت و بعد از يك روزِ كاري پر تنش، فرد شاغل باقيمانده اين احساسات را همراه با خود به خانه منتقل مي­كند و در نهايت اين مسأله احتمال درگير شدن در تعاملات ناسازگارانه با همسر را افزايش مي­دهد (استوری و رپتی[[44]](#footnote-44)، 2006). از سوي ديگر، استرس شغلی فرد را مستعد ابتلا به انواع بيماري­هاي جسماني و رواني نيز مي­سازد (منصوري و مهرابي­زاده هنرمند، 1389). به عبارت ديگر، در دنياي پيچيده­ي امروز استرس از يكسو به عنوان يكي از ويژگي­هاي زندگي بشر از زندگي وي جداشدني نيست و از سوي ديگر به عنوان خطري جدي كنش­هاي جسماني، روانشناختي، خانوادگي و اجتماعي افراد را تهديد مي­كند؛ اين در حالي است كه با شناخت و درك درست آن، از طريق مطالعات و تحقيقات، مي­توان آن­را كنترل كرد و عوارض سوء آن­را تا حد ممكن كاهش داد (پيمان­پاك و همکاران، 1391).

**13-2 سبک­های مقابله**

از اوايل دهه 1970 بسياري از محققان به مطالعه پاسخ­هاي هوشيار در شرايط تنيدگي زاي بيروني كه افراد در برابر موقعيت­هاي منفي و بحرانی از خود نشان مي­دهند، علاقمند شدند (قریشی­راد، 1389).

به طوری که مقابله یکی از متغیرهایی است که به صورت گسترده در چارچوب روان شناسی سلامت مورد مطالعه قرار گرفته است (هابفول، شوارزر و چون[[45]](#footnote-45)، 1998؛ به نقل از غضنفری و قدم­پور، 1387). لازاروس و فولکمن[[46]](#footnote-46) (1984) معتقدند که مقابله عبارت است از مجموعه کوشش­های شناختی و رفتاری برای غلبه بر مطالبات بیرونی و درونی که به نظر فرد انرژی­بر و فراتر از منابع موجود او است.

شناسایی شکل­های موثر مقابله به عنوان متغیر واسطه­ای در رابطه استرس- بیماری، خط مقدم پژوهش­ها را در این حوزه به خود اختصاص داده است (سامرفیلد[[47]](#footnote-47)، 2000؛ به نقل از غضنفری و قدم­پور، 1387). به طور كلي سبك­هاي مقابله­اي به تلاش­هاي شناختي و رفتاري براي جلوگيري، مديريت و كاهش تنيدگي اطلاق مي­شود (پنتلی و توماکا[[48]](#footnote-48)، 2002؛ به نقل از ضيغمي و پوربهاءالديني زرندي، 1390).

از دیدگاه لازاروس و فولکمن مقابله عبارت است از: تلاش­های فکری، هیجانی، رفتاری فرد که هنگام روبه­رو شدن با فشارهای روانی به منظور غلبه کردن، تحمل کردن و یا به حداقل رساندن عوارض استرس به کار گرفته می­شود (لازاروس و فولکمن، 1960). بر اساس بررسی­ها موقعی که با استرس و شرایط بحرانی رو به رو می­شویم روش مقابله­مان را از یک فهرست بزرگ­تر و گوناگون انتخاب می­کنیم گر چه فهرست بزرگی از روش­های مقابله­ای داریم لیکن اغلب به تعدادی از راهبردهای مقابله پیش از سایر راهبردها اعتماد می­کنیم و راهبردهایی را مورد استفاده قرار می­دهیم که ما را با موقعیت­های آسیب­زا سازگار نماید با این همه روش مقابله با استرس مقداری پایداری در موقعیت­های گوناگون نشان می­دهند (لیویدووتین[[49]](#footnote-49)، 1997؛ به نقل از زارع، 1383). لذا یکی از موارد شایان توجه نقش تفاوت­های فردی در فرایند مقابله است هر یک از ما سبک مشخصی برای مقابله با مشکلات­مان داریم و موقعی که عنوان می­کنیم شخصی بامشکلاتش مقابله می­کند به طور حتمی بیان می­نمائیم که وی آن­ها را به صورت مؤثری دستکاری می­کند در واقع فرایندهای مقابله ممکن است شامل دامنه­ای از سلامتی تا آسیب شناختی محض باشد کارلس کارور[[50]](#footnote-50) و همکارانش همبستگی میان هر روش مقابله با برخی متغیرهای شخصیتی مثل عزت نفس[[51]](#footnote-51) و اضطراب[[52]](#footnote-52) را اندازه­گیری کردند آن­ها دریافتند که برخی الگوهای مقابله­ای (روش­های مقابله فعال برنامه ریزی شده) با عزت نفس بالا و اضطراب پایین همبسته هستند. در صورتی که الگوهای رویاوریی دیگر با عزت نفس پایین و اضطراب همبستگی دارد. یافته­هایی از این قبیل برای تمایز بین الگوهای مقابله با استرس بهداشتی و آن­هایی که منجربه ناسازگاری می­گردد را مشخص می­نماید. با این حال هیچ راهبرد مقابله­ای نمی­تواند پی­آمد موفقی را تعیین نماید. علاوه بر این ارزش سازگاری هر روش مقابله­ای به موقعیت طبیعی آن بستگی دارد. به طوری که حتی راهبردهای مقابله غیرمنطقی نیز ممکن است در برخی موارد ارزش سازگاری داشته باشد (چین آوه، ایشاک و صالح[[53]](#footnote-53)، 2010).

سبك زندگي ناسالم، با تلاش­هاي مقابله­اي در زندگي كه بيشتر مربوط به ارزيابي­هاي شناختي و شيوه مقابله­اي در قالب رفتارهاي ناسالم است، ارتباط تنگاتنگ دارد. به ويژه يك رابطه معناداري با درماندگي در حل مسئله در اين سبك مقابله­اي وجود دارد. پس رفتار ناسالم و يك زندگي ناسالم نتيجه خلاقيت كمتر در حل مسئله و اطمينان كمتر به توانايي حل مسئله است. اين گونه افراد احساس درماندگي بيشتري دارند و منبع كنترل بيروني تر دارند و از اخلاق حرفه اي پايين تر برخوردارند زياده طلب و احساس كنترل و مهارت كمتري را تجربه مي كنند از حمايت اجتماعي و تحمل جسمي كمتري برخوردارند تحريك پذيري بيشتري دارند و اسنادهاي دروني ثابت و كلي بيشتري دارند در حالي كه تصور رفتار و سبك زندگي سالم كاملا متفاوت است. اين­گونه افراد شيوه مقابله و ارزيابي شناختي مثبت­تري دارند، احساس درماندگي كمتر، منزلت بالاتر، نمرات بالاتر در كنترل زندگي و مهارت­هاي زندگي و نگرش مثبت به سلامتي و ورزش، كمتر از مشكلات فرار كرده و بيشتر با آن­ها روبرو مي شوند حمايت بيشتري دريافت مي­كنند و از نظر هيجاني كمتر تحريك پذيرند. بنابراين رفتار سالم، سلامتي را پيش بيني مي­كند و ارزيابي­هاي شناختي در فرايند ترس و سلامتي نقش مهمي را دارند. در نتيجه مي­توان گفت سلامتي رواني و جسماني افراد هم تحت تاثير ارزيابي شناختي و هم شيوه مقابله اي آنان قرار دارد (كاسيدي، 2002؛ به نقل از كاكاوند و پارسامنش، 1389؛ چین­آوه و همکاران، 2010). در هر صورت مقابله نقش مهم و مؤثری در سازش رفاه و سلامتی انسان دارد پژوهش­های مختلف نشان می­دهد که روش­های مقابله مساله مدار از روش­های مقابله غیرمساله­مدار بر رفاه و سلامتی افراد تأثیر می­گذارد (چین­آوه و همکاران، 2009). در نظریه شناختی هیجانی، بیان می­گردد که استرس­زا بودن رویدادها، پدیده­ای اساساً شخصی است و کارکرد تعامل فرد با محیط و ارزیابی او از وقایع بالقوه تهدید کننده و چالش برانگیز است (لازاروس، 1977). بنابراین در رویکرد فوق، فرض بر این است که استرس در صورتی ایجاد می­شود که شخص موقیعتی را چالش برانگیز و طاقت فرسا ارزیابی کند یا منابع کافی برای سازگاری با این موقعیت در اختیار نداشته باشد. بنابراین لازم است که تمامی افراد به راهبردهای مقابله با آن آشنا باشند. لازاروس و فولکمن (1997)، راهبردهای مقابله را به عنوان مجموعه­ای از پاسخ­های رفتاری و شناختی تعریف کرده­اند که هدفشان به حداقل رساندن فشارهای موقعیت استرس­زاست.

**14-2 انواع شیوه­های مقابله­ای**

به طور کلی در برخورد با وضعیت­های استرس زا دو نوع مقابله از طریق افراد به کار گرفته می­شود 1- مقابله­های کارآمد و 2- مقابله­های ناکارآمد. آن چه تحت عنوان مهارت­های مقابله­ای مطرح می­شود همان روش­های برخورد با مسائل است که از طرف فرد به طورآگاهانه طراحی و به اجرا در می­آید و نتیجه آن حل مسئله و یا افزایش ظرفیت روان­شناختی فرد برای سرگذراندن موفقیت­آمیز شرایط بحرانی و دور ماندن از آسیب­های ناشی از بحران­های روحی پیش آمده است. مقابله­های ناکارآمد نیز تلاش­هایی هستند که گر چه برای مقابله با شرایط دشوار به کارگرفته می­شوند ولی نوعاً به بدتر شدن اوضاع و پیچیده ترشدن وضعیت منجر می­شوند. لذا نمی­توان از این دسته مقابله­ها به مهارت تعبیر کرد. مثلاً فردی که برای کاستن از استرس به مواد مخدر روی می­آورد گر چه نوعی مقابله با استرس و هیجان منفی در کوتاه مدت به وقوع می­پیوندد ولی باید هزینه این لذت­های کوتاه مدت را به صورت تحمل وابستگی به مواد و عوارض شوم آن بپردازد (لازاروس، 1996).

**15-2 انواع مقابله­های کارآمد**

مقابله‌هاي مؤثر و كارآمد كه ما را در برابر استرس‌ها و شرايط دشوار ياري مي‌دهند به دو دسته تقسيم مي‌شوند: 1- مقابله متمركز بر مسئله و 2- مقابله متمركز بر هيجان که در زیر در مورد آن ها بحث شده است.

**1-15-2 مقابله متمرکز بر مسئله**

مقابله‌هاي متمركز بر مسئله، عبارت از عملكرد‌هاي مستقيم فكري و رفتاري فرد مي‌باشد كه به منظور تغيير و اصلاح شرايط تهديد كننده محيطي انجام مي‌شود. به بيان ديگر مقابله متمركز بر مسئله به تلاش‌هاي فرد براي تغيير وضعيت و گلاويزي مستقيم با مشكل مربوط مي‌شود (لازاروس، 1996). مقابله مساله­مدار، عملكردهاي مستقيم شناختي فرد است كه به منظور تغيير و اصلاح شرايط تهديدكننده محيطي انجام مي­گيرد و در موقعيت­هايي بروز مي­كند كه براي فرد قابل كنترل يا قابل تغيير باشد. برخي از روش­هاي عملي در راهبرد مساله­مدار، استفاده از تجربيات گذشته، واقع­بيني، جمع­آوري اطلاعات بيشتر براي حل مشكل، مشورت و توجه به نقاط مثبت مساله هستند (قریشی­راد، 1389). هيچ كس بدون كوشش نمي‌تواند به چيزي دست يابد. تصميم­گيري در مورد اين كه فرد هنگام استرس چه كار بايد بكند نيازمند به قضاوت خود او است، كه اين قضاوت‌ها متأسفانه به وسيله هيجانات منفي كه در اثر تجارب منفي گذشته به وجود آمده‌اند تحت تأثير قرار مي‌گيرند. مثلاً فردي كه بحران زده است اگر در گذشته به ندرت تجربه‌اي موفقيت آميز در تأثير گذاردن بر دنيا براي تغيير اوضاع داشته و علاوه بر آن افسردگي در او توليد نااميدي كرده باشد احتمالاً حتي با وجود كارهاي فراواني كه مي‌تواند براي اصلاح وضعيت خود انجام بدهد در صدد مقابله با مسئله بر نمي­آيد. اين افراد به جاي اين كه خود را بازيگر نقش اصلي در زندگي بدانند خود را قرباني اعمال، رفتار و تلقينات ديگران مي‌دانند. ناباوري نسبت به كارايي خود مانع بزرگي براي حل مسئله است، چون در اين حالت فرد كمترين تلاشي براي حل مسئله انجام نمي­دهد (لازاروس، 1996).

**2-15-2 مقابله متمرکز بر هیجان**

اين مقابله شامل كليه فعاليت‌ها يا افكاري مي‌شود كه فرد به منظور كنترل و بهبود احساسات نامطلوب ناشي از شرايط فشارزا به كار مي‌گيرد، اين مقابله‌ها عبارتند از:

*1- مقابله مبتني بر جستجوي حمايت عاطفي:* تلاش‌هاي فرد براي به دست آوردن حمايت اخلاقي، همدلي، همدردي و جو تفاهم و احساس درك شدن توسط ديگران را شامل مي‌شود (رافعی، 1376).

*2- مقابله مبتني بر تفسير مجدد مثبت:* ارزيابي مثبت از حوادث و موقعيت‌ها كه مبتني بر نگرش خوشبينانه به رويدادهاي زندگي است، اين مقابله بيشتر براي اداره و كنترل عواطف و آشفتگي روان به كار مي‌رود تا مربوط به منبع استرس باشد (لازاروس و فولكمن[[54]](#footnote-54)،۱۹۸۴؛ به نقل از عليمحمدي، ۱۳۷۱).

*3- مقابله مبتني بر مذهب:* در اين مقابله فرد براي رهايي از ناراحتي‌هاي خود به انجام اعمال مذهبي مثل دعا و نيايش، توكل و توسل به خداوند و معصومين (ع) روي مي‌آورد. يافته‌هاي پژوهش مك كري و كاستا نشان مي‌دهد كه اين نوع مقابله براي همه مردم مفيد واقع مي‌شود زيرا هم به عنوان منبع حمايت عاطفي و هم وسيله‌اي براي تغيير مثبت عمل مي‌كند و لذا مقابله‌هاي بعدي را تسهيل مي‌كند (وفایی بوربور، 1378).

*4- مقابله مبتني بر پذيرش:* عبارت از يك پاسخ مقابله‌اي كنشي است كه در آن شخص واقعيت شرايط فشارزا را مي‌پذيرد. اين امر در شرايطي كه منبع فشار قابل تغيير نيست (فوت يكي از عزيزان) مهم و مؤثر است (كارور، شیر و وینترون[[55]](#footnote-55)، 1989).

روش مقابله­ی هيجان­مدار در موقعيت­هايي ديده مي­شود كه فرد احساس كند موقعيت غيرقابل كنترل است. برخي از اين روش­ها، دلمشغولي، خيالبافي، خشمگين شدن، گريه­كردن، احساس تنهايي، افسردگي و ساير فعاليت­هاي آگاهانه است (قریشی­راد، 1389). بر اساس بررسي‌هاي انجام گرفته روش‌هاي مقابله‌اي متمركز بر مسئله در موقعيت‌هاي قابل كنترل مؤثرتر هستند. در صورتي كه براي موقعيت‌هاي غيرقابل كنترل (مرگ يكي از عزيزان) عمدتاً مقابله متمركز بر هيجان مناسب‌تر است (رافعي، ۱۳۷۶).

**3-15-2 انواع مقابله­های ناکارآمد و غیرمفید**

مجموعه‌اي از شيوه‌هاي مقابله‌اي را در بر مي گيرد كه اگر چه براي تغيير منبع فشارها و بهبود احساسات ناشي از موقعيت فشارزا به كار گرفته مي‌شوند ولي متأسفانه اين شيوه وضع را بدتر مي‌كنند و لذا نمي‌توان از اين عوامل مقابله‌اي به مهارت مقابله‌اي تعبير نمود، اين مقابله‌ها عبارتند از:

*1- تفكر غیرمنطقی:* در اين حالت فرد به طور غيرواقع گرايانه‌اي به موارد منفي مشكل تأكيد كرده و مشكلات را بيشتر از آن چه هست و به صورت غيرقابل حل ارزيابي مي‌كند (پي ستين، مي‌ير، ۱۹۸۹؛ به نقل از عليمحمدي، ۱۳۷۱).

*2- پرداختن به احساسات دردناك از طريق تفكر آرزومندانه:* اين مقابله شيوه‌اي براي خنثي كردن آن چه اتفاق افتاده مي‌باشد. اين افكار نوعاً با عبارتي از قبيل: اگر فقط ... يا اي كاش حقيقت نداشته باشد كه ... شروع مي‌شود. گاهي اوقات اين افكار به شكل آن چه بايد، اتفاق مي‌افتاد، اگر فقط... يك روش مقابله‌اي مسكن براي طفره رفتن موقتي از رنج ناشي از حقيقت است، زيان اين حالت آن است كه هيچ مقدار از آرزوها جاي حقايق را نخواهد گرفت و دير يا زود واقعيت چهره خود را نمايان خواهد كرد. در اين حالت زمان و فرصتي كه مي‌توانست براي يافتن راه‌هاي جديد مواجهه با واقعيت و مشكل اتفاق افتاده مورد استفاده قرار بگيرد به هدر مي‌رود (پاري، ۱۹۹۱).

*3- استفاده از دارو براي فرار از رنج:* گاهي اوقات افراد براي رهايي از رنج ناشي از استرس‌ها و بحران‌ها از داروهايي مانند الكل، نيكوتين، ترياك، هروئين و مسكن‌هاي خواب آور و ضد افسردگي بدون تجويز پزشك استفاده مي‌كند. استفاده از اين داروها و داروهايي كه اخيراً به اين عوامل افزوده شده و با نام‌هاي مختلف به بازار وارد مي‌شود مانند اكستازي خطرات زيادي را به همراه مي‌آورد و ضمن مشكل‌تر كردن روند بازسازي رواني اكثراً خود منبع جديدي براي افزايش رنج براي فرد استفاده كننده مي‌شوند، مثلاً الكل موجب از دست رفتن نيروي مهار دروني يا خويشتنداري مي‌شود و فرد به هنگام خشم به خشونت روي مي‌آورد. استفاده نادرست از مواد بر فرايندهاي ذهني ما هم كه قبلاً توسط استرس و هيجان شديد بي‌كفايت شده است به طور جانبي اثر مي‌گذارد و توانايي‌هايي مانند قضاوت، برنامه‌ريزي، استدلال و تمركز كه براي حل مشكل لازم است آسيب مضاعف مي‌بيند (فولکمن و لازاروس، 1988).

*4- رفتارهاي تكانشي:* به شيوه خاصي از مقابله اطلاق مي‌شود كه طي آن فرد بدون فكر، انديشه و ارزيابي درست از آن­چه رخ داده و يا رخ خواهد داد فوراً دست به اقدام و عمل مي‌زند و نوعاً منجر به بدتر شدن وضعيت مي‌شود (علیمحمدی، 1371).

*5- عدم درگيري ذهني و رفتاري:* در اين مقابله فرد با انجام رفتارهاي متنوع و با رفتارهاي مختلف خود را مشغول مي‌كند و به اين وسيله سعي مي‌كند به مسئله فكر نكند، مثلاً سرگرم شدن با يك فرد ديگر، پناه بردن به روياهاي روزانه، فرار از مسئله به صورت خوابيدن و يا تماشاي تلويزيون و ديدن فيلم (لازاروس و فولكمن ،۱۹۸۴؛ به نقل از عليمحمدي، ۱۳۷۱).

**4-15-2 برنامه­ریزی**

عبارت است از اندیشیدن در مورد این که چگونه با عامل بحران­زا مقابله کنیم؟ فرآیندهای برنامه­ریزی مبتنی است به درصد اقدام عملی در طرح ریزی در مورد این که چه اقدامات عملی انجام گیرد و چگونه به بهترین شکل ممکن از عهده مشکل برآییم. این اقدام بر دو مسأله است تمایل به جستجوی حمایت اجتماعی: این روش در حقیقت شمشیری دو لبه از بسیاری جهات جستجوی حمایت اجتماعی و عاطفی پدیده­ای کارکردی به نظر می­رسد که این روش خود بازگشتی به شیوه­های مقابله مساله مدار باشد از سوی دیگر گاهی اوقات منابع همدردی برای بیان احساسات خود مورد استفاده قرار می­گیرد و شواهدی در دست است که حمایت اجتماعی از این رهگذر ممکن است همیشه سازگارانه نباشد (زارع، 1383). طبق بعضی از یافته­ها، افرادی که به مهارت­های حل مساله تمرکز می­کردند نسبت به کسانی که از رویارویی هیجان­مدار استفاده می­کنند تسلط بیشتری بر موقعیت دارند بهتر می­توانند خود را با شرایط دشوار سازگار کنند و نشانه­های مرضی کمتری در آنان بروز می­کند (چین­آوه و همکاران، 2010).

پاسخ­های مقابله ممکن است نسبت به خود مشکل و یا نتایج هیجانی آن باشد، اما معمولاً مجموعه­ای از دو روش به کار گرفته می­شود از این طریق پاسخ­های مقابله به سه دسته تقسیم می­شوند: 1- پاسخ­های فعال شناختی، 2- پاسخ­های رفتاری فعال، 3- پاسخ­های اجتنابی. پاسخ­های مقابله فعال شناختی، پاسخ­هایی هستند که به ارزیابی استرس با نتایج هیجانی ناشی از آن مبادرت می­شود. مقابله فعال شناختی کمک می­کند تا آرام­تر منطقی­تر و سازمان یافته­تر با استرس برخورد کند و حتی هیچ برنامه اصلی برای کنترل یا رفع آن ندارند استرس همچنان ادامه می­یابد. در این پاسخ­های مقابله فعال رفتاری مطرح می­شود مقابله رفتاری زمانی است که فرد به نظم دهی مجدد محیطی می­پردازد به طوری که استرس­ها را از این طریق به حداقل برساند در این میان پاسخ­هایی که از طریق آن­ها به نوعی از استرس اجتناب می­کند پاسخ­های مقابله اجتنابی نامیده می­شود. به طور کلی افراد از همه این پاسخ­ها استفاده می­کنند اما بنا به جنسیت، سن و میزان تحصیلات و غیره پاسخ­های مقابله افراد متفاوت است. تجربیاتی که فرد در انواع پاسخ­های مقابله­ای به دست می­آورد میزان استفاده وی از مهارت­های مقابله­ای مختلف را نشان می­دهد. لازاروس نیز استدلال می­کند که شخص در برخورد با یک موقعیت توأم با استرس معمولاً راهبردهای سازش متمرکز بر تکلیف و احساس را با یکدیگر در هم می­آمیزد و از راهبردهای مربوط به موقعیت­های عاطفی استفاده می­کند تا رضایت یکی از زندگی را بالا ببرد. بسیاری از افراد قادر به حل مساله و برطرف کردن، به حداقل رساندن و یا تحمل استرس نمی­باشند و معمولاً از شیوه­های مطرح شده استفاده نمی­کنند و از شیوه­هایی استفاده می­کنند که کارور و همکارانش به عنوان پاسخ­های مقابله­ای غیرمؤثر می­نامند، که این مقابله­های نا کارآمد و ناسازگار خودشان باعث بروز استرس بیشتری می­گردد (فولکمن و لازاروس، 1988).

**16-2 پژوهش­های پیشین**

**1-16-2 پژوهش­های مربوط به ارتباط استرس شغلی و سلامت روانی**

دویگولو، کیراکلار، گوریپک و باگیران[[56]](#footnote-56) (2013) در پژوهشی تأثیر نقش استرس شغلی بر سلامت روان کارگران شرکت­های داروسازی در شهر ازمیر را بررسی کردند و نشان دادند که بین استرس شغلی و سلامت روان همبستگی معنادار منفی وجود دارد.

تاثور و تانگ[[57]](#footnote-57) (2012) در پژوهشی با عنوان "رابطه استرس شغلی و سلامتی روان کارگران زن در مهمانسراها: نقش الگوهای منظم مقابله با استرس" از الگوهای منظم مقابله با استرس به عنوان متغیر تعدیل کننده در بررسی اثر استرس شغلی بر روی سلامتی کارگران زن استفاده کردند. نتایج نشان داد که برنامه­ریزی و استراحت منظم برای مقابله با استرس رابطه معنادار مثبتی با سلامت روان دارد در حالی که الگوی مقابله با استرس اجتنابی رابطه معنادار منفی با سلامتی روان دارد.

اواسو[[58]](#footnote-58) (2011) در پژوهشی نشان داد که استرس شغلی و کار و تعاملات خانواده سلامت روان بسیار به یکدیگر مرتبط می­باشند، عوامل استرس­زای شغلی مانند حجم زیاد کار، فقدان حمایت و تعاملات منفی با همکاران، در فرد احساس تحریک­پذیری، تنش و سرخوردگی ایجاد می­کند و منجر به درگیر شدن با خانواده و کاهش سلامت روانی فرد می­شود.

وانگ، کونگ و چیر[[59]](#footnote-59) (2011) به دنبال مطالعه­ای بر روی وضعیت سلامت روانی، استرس شغلی را به عنوان یک عامل بسیار مهم در ایجاد اختلالات روانی معرفی کردند و بر این نکته تأکید کردند که استرس، افسردگی و اضطراب به عنوان معیارهای مهم روانی درمجموعه های کاریی پراسترس می­باشند و شیوع این هیجانات با عوامل شغلی و شرایط آن ارتباط مستقیم دارد.

یانگ، جی، هو، چی و وانگ[[60]](#footnote-60) (2009) در پژوهشی با عنوان "ارتباط کیفیت زندگی و استرس شغلی در معلمان" به این نتیجه رسیدند که به جز سلامت روان و نشاط، کیفیت زندگی معلمان در تمام ابعاد به شکل معنی­داری کمتر از میانگین جامعه است. معلمان مرد نسبت به معلمان زن از نظر فعالیت فیزیکی، دردهای عضلانی، شور و نشاط و سلامتی فیزیکی، تفاوت معنی­داری دارند. به طور خلاصه سن، اضافه باری، ناتوانی در اجرای وضایف، فشارهای حرفه­ای، فشارهای روانی، فشارهای فیزیکی، تفریح و مقابله منطقی با استرس ارتباط معنی­داری با هر دو مولفه فیزیکی و ذهنی دارد.

اندروز و ون[[61]](#footnote-61) (2009) در پژوهشی نشان دادند که استرس شغلی با کاهش سطح سلامت روان افراد شاغل رابطه دارد و منجر به گرایش به ترک محیط و ارزیابی نادرست از شرایط در افراد می­شود. علاوه بر اين، نتيجه پژوهش آن­ها نشان داد كه سلامت روان افراد شاغل به طور قابل توجهي تحت تأثير رفتار مقابله­اي آن­ها قرار دارد.

كوپ، استادر، پيوربل، جانسكي و اسکرابسکی[[62]](#footnote-62) (2007) در یک پژوهش گسترده که بر روي 5000 زن و مرد شاغل در مجارستان انجام شد نشان دادند كه استرس شغلي رابطه معناداري با سلامت رواني و جسمي افراد دارد. علاوه بر اين، نتايج اين پژوهش نشان داد كه عدم امنيت شغلي، كنترل و حمايت اجتماعي اندك، كار در ايام تعطيل، نارضايتي از كار و داشتن مشكل با سرپرست يا رئيس نيز عوامل خطري براي سلامت روان مي­باشند. از سوي ديگر، نتايج اين پژوهش همچنين نشان داد كه حمايت اجتماعي از سوي خانواده عامل پيش­بيني كننده مهمي براي سلامت افراد شاغل مي­باشد.

کانگ، کوه، چا، پارک، بیاک و چانگ[[63]](#footnote-63) (2005) طی پژوهشی نشان دادند وظایف شغلی که توأم با بار کاری زیاد، نیازها و مسئولیت­های بیش از حد باشد منجر به بروز استرس شغلی و ریسک­های سلامتی زیادی می گردند.

هاشمي­نژاد، رحيمي مقدم، محمديان و اميري (1392) در پژوهشی با عنوان "بررسي ارتباط سلامت رواني و استرس شغلي ماماهاي شاغل در بيمارستان­هاي شهر کرمان در سال 1390" که بر روی 74 نفر از ماماهاي شاغل در بيمارستان هاي دولتي و خصوصي شهر کرمان انجام شد به این نتیجه دست یافتند که بين سلامت رواني و استرس شغلي ماماها، ارتباط آماري معني­داري وجود داشت. 29 نفر (%39.2) از ماماها داراي سلامت روان و 45 نفر (%60.8) به درجاتي از اختلال روان مبتلا بودند. از بين افراد مبتلا، 30 نفر (%66.7) در بيمارستان­هاي دولتي و 15 نفر (%33.3) در بيمارستان­هاي خصوصي مشغول به کار بودند. همچنين 1 نفر (%1.3) از ماماها به استرس خفيف، 60 نفر (%81.1) به استرس متوسط و 13 نفر (%17.6) به استرس شديد مبتلا بودند.

قاسمي پيربلوطي، احمدي و علوي اشكفتكي (1392) در پژوهشی با عنوان "ارتباط فرهنگ سازماني و استرس شغلي با سلامت روان در پرستاران بيمارستان­هاي هاجر و کاشاني شهرکرد" که بر روی 300 نفر از پرستاران انجام شد به این نتیجه دست یافتند که رابطه معناداري بين فرهنگ سازماني و سلامت روان در پرستاران وجود ندارد ولي بين فرهنگ سازماني و استرس شغلي پرستاران رابطه معنادار وجود داشت. در بين متغيرهاي دموگرافيک، درگير شدن در کار، ماموريت، سازگاري و انطباق پذيري با استرس شغلي ارتباط معني دار منفي داشتند و فقط متغير سازگاري با سلامت روان ارتباط معني­داري نشان داد.

برزيده، چوبينه و طباطبايي (1391) در پژوهشی با عنوان "ابعاد استرس شغلي و ارتباط آن با وضعيت سلامت عمومي در پرستاران" که بر روی 385 نفر از پرستاران بيمارستان هاي دانشگاه علوم پزشکي شيراز انجام شد، نشان دادند که ميانگين (انحراف استاندارد) وضعيت سلامت عمومي 28.34 (12.93) است که بيش از نقطه برش تعيين شده (23) مي باشد. ميانگين امتياز تمامي ابعاد استرس شغلي با وضعيت کلي سلامت عمومي از لحاظ آماري ارتباط معناداري داشت.

پيمان­پاك، منصور، صادقي و تقي­پور (1391) در پژوهشی با عنوان "رابطه استرس شغلي با رضايتمندي زناشويي و سلامت روان در پرستاران بيمارستان­هاي شهر تهران" که بر روی 300 نفر از پرستاران متاهل و شاغل در بيمارستان­هاي شهر تهران انجام شد، نشان دادند که بين استرس شغلي و رضايت زناشويي پرستاران و بين استرس شغلي و سلامت روان پرستاران رابطه معنادار منفي وجود دارد. همچنين بين رضايت زناشويي و سلامت روان پرستاران نيز رابطه معنادار مثبتي وجود دارد. بررسي مولفه­هاي استرس شغلي نشان داد مولفه­هاي تعارض با پزشکان و کمبود منابع حمايتي از بين مولفه­هاي استرس شغلي پيش­بيني کننده رضايت زناشويي منفي پرستاران است. مولفه کمبود منابع حمايتي نيز پيش­بيني کننده عدم سلامت روان در پرستاران مي­باشد. نتايج نشان داد وجود عوامل استرس زاي شغلي از جمله تعارض با پزشکان به عنوان مرجع قدرت و همکار پرستاران در محيط بيمارستان و کمبود منابع حمايتي در حرفه پرستاري، احتمال کاهش ميزان رضايتمندي زناشويي و سلامت رواني پرستاران را افزايش مي­دهد.

رزمي و نعمتي سوگلي تپه (1390) در پژوهشی با عنوان "نقش تعديل کننده خودکارآمدي در رابطه بين استرس شغلي با سلامت رواني و رضايت شغلي کارکنان بانک صادرات تبريز" که بر روی 242 نفر از کارکنان بانک صادرات انجام شد، نشان دادند که استرس شغلي پيش بيني کننده منفي سلامت رواني و رضايت شغلي است. همچنين، رابطه بين استرس شغلي با سلامت رواني و رضايت شغلي به وسيله خودکارآمدي تحت تاثير قرار مي گيرد. بنابراين، خودکارآمدي به عنوان يک عامل فردي، نقش محافظتي در برابر استرس شغلي دارد. بر اساس يافته­هاي پژوهش، خودکارآمدي رابطه بين استرس شغلي با سلامت رواني و رضايت شغلي را تحت تاثير قرار مي­دهد. يافته­هاي اين مطالعه مي­تواند در برنامه­ريزي­هاي پيشگيرانه، شناسايي افراد در معرض خطر و طراحي مداخله­هاي درماني روانشناختي در محيط­هاي کاري مفيد باشد.

خاني، يكه­فلاح و حاج حسيني (1390) در پژوهشی با عنوان "رابطه سلامت رواني با بروز غدد چربي: نقش واسطه اي استرس شغلي، بررسي موضوعي در اپراتورهاي قطار شهري تهران" که بر روی 60 نفر که در دو گروه 30 نفري به عنوان گروه مستقل و وابسته انجام شد، نشان دادند که بين راهبري قطار و بروز غدد چربي ارتباط معني داري وجود نداشت، ولي بالا بودن ميانگين نمره سلامت روان راهبران قطار مبتلابه غدد چربي از نقطه برش «26.66» ممکن است حاکي از تاثير استرس حاصل از شغل مذکور (استرس شغلي) و غدد چربي باشد. همين طور طبق يافته اين پژوهش در گروه 30 نفري غير راهبر، سلامت روان در حد مطلوب بود و در اين گروه بااينکه همه دچار غدد چربي بودند. نمره سلامت روان، ارتباط معني داري با غدد چربي نشان نمي دهد.

رحماني، بهشيد، زمان­زاده و رحماني (1389) در پژوهشی با عنوان "ارتباط سلامت عمومي، استرس و فرسودگي شغلي در پرستاران شاغل در بخش­‌هاي ويژه بيمارستان­هاي آموزشي وابسته به دانشگاه علوم پزشکي تبريز" که بر روی 59 پرستار شاغل در بخش‌­هاي ويژه بيمارستان­هاي آموزشي تبريز انجام شد نشان دادند که سطح استرس شغلي در 49.2 درصد پرستاران در حد بالا بود. همچنين 45.8 درصد افراد در بعد خستگي هيجاني و 47.5 درصد آنان در بعد کفايت فردي دچار فرسودگي شغلي در حد بالا بودند. از نظر شدت ابعاد سلامت عمومي، 62.7 درصد پرستاران در بعد اضطراب در حد بالا ارزيابي شدند. همچنين ارتباط آماري معني­داري بين استرس شغلي و فرسودگي شغلي و استرس شغلي و سلامت عمومي وجود داشت.

شهرکی واحد، مردانی حموله، سنچولی و حامدی شهرکی (1389) در پژوهشی با عنوان "بررسی ارتباط سلامت روانی و استرس شغلی در پرستاران" شاغل در بیمارستان­های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زابل شهر زابل نشان دادند که بین سلامت روان و استرس شغلی رابطه معنی­دار منفی وجود داشته است.

پیمان­پاک، منصور، صادقی و تقی­پور (1391) در پژوهشی با عنوان "رابطه استرس شغلی با رضایتمندی زناشویی و سلامت روان در پرستاران بیمارستان­های شهر تهران" نشان دادند که بین استرس شغلی و سلامت روان پرستاران نیز رابطه معنی­دار منفی وجود دارد. مولفه کمبود منابع حمایتی نیز پیش­بینی کننده عدم سلامت روان در پرستاران می­باشد. نتایج نشان داد که وجود عوامل استرس­زای شغلی از جمله تعارض با پزشکان به عنوان مرجع قدرت و همکار پرستاران در محیط بیمارستان و کمبود منابع حمایتی در حرفه پرستاری، احتمال کاهش سلامت روانی پرستاران را افزایش می­دهد.

ویسی، عاطف­وحید و رضایی (1387) در پژوهشی با عنوان "تاثیر استرس شغلی بر خشنودی شغلی و سلامت روان: اثر تعدیل­کننده سرسختی و حمایت اجتماعی" در گروهی از کارکنان دانشگاهای علوم پزشکی تهران، ایران و شهید بهشتی، نشان دادند که بین استرس شغلی با خشنودی شغلی و سلامت روان کارکنان رابطه منفی معنی­داری وجود دارد. این بررسی همچنین نشان داد که در شرایط پر استرس افراد دارای ویژگی شخصیتی سرسختی بالا بیش از افراد دارای سرسختی پایین، از خشنودی شغلی و سلامت روان برخوردارند. اما از نظر سلامت روان تفاوتی بین آن­ها دیده نشده است.

كبيرزاده، محسني ساروي، اصغري، باقريان فرح آبادي و باقرزاده لداري (1386) در پژوهشی با عنوان "سلامت عمومي و استرس شغلي در كاركنان بخش مدارك پزشکي شاغل در بيمارستان­هاي استان مازندران" نشان دادند که از نظر سلامت روان، كاركنان شاغل در مراكز خصوصي وضعيت مطلوب تري داشتند و مسوولين بخش ها در معرض خطر بيشتري بودند. مهم ترين عامل استرس زا در واحد بايگاني، كمبود فضا، واحد كدگذاري، عدم ثبت درست اطلاعات در پرونده و واحد پذيرش و آمار، كمبود کارکنان بود. ميزان استرس در كاركنان در حد طبيعي و ميانگين سلامت روان در كاركنان با رشته مدارك پزشكي كم تر بود. بين ميزان سلامت عمومي و نيز استرس با رشته تحصيلي ارتباط معني داري وجود نداشت.

عقيلي­نژاد، محمدي، افكاري و عباس­زاده ديزجي (1386) در پژوهشی با عنوان "بررسي رابطه استرس شغلي با سلامت رواني، تيپ شخصيتي و رويدادهاي استرس­زاي زندگي در ماموران راهنمايي و رانندگي تهران بزرگ" بر روی 250 نفر از ماموران راهنمايي و رانندگي تهران بزرگ نشان دادند که استرس شغلي و رويدادهاي استرس زاي زندگي با سلامت روان رابطه مثبت معني­داري داشته و مي­توان استرس شغلي و رويدادهاي استرس­زاي زندگي را متغيرهاي پيش بيني کننده براي سلامت روان دانست. بين ماموران ستادي و انتظامي از نظر سلامت روان و تيپ شخصيتي تفاوت معني­داري وجود ندارد ولي ماموران انتظامي از استرس شغلي بيشتري نسبت به ماموران ستادي برخوردار بودند. همچنين ماموران متاهل رويدادهاي استرس زاي بيشتري را نسبت به مجردان تجربه مي­کنند.

هاشم­زاده، اورنگي و بهره­دار (1379) در پژوهشی با عنوان "استرس شغلي و رابطه آن با سلامت روان در كاركنان بيمارستان­هاي شهر شيراز" بر روی 397 نفر (150 نفر اداري و 247 نفر درماني) به این نتیجه دست یافتند که ميزان استرس شغلي با سلامت روان دركاركنان اداري و درماني رابطه دارد. همچنين ميان كاركنان اداري و درماني در سلامت روان تفاوت معني­دار ديده شد و كاركنان درماني از سلامت روان كمتري برخوردار بودند. سلامت روان در كاركنان مرد بيشتر از كاركنان زن بوده و ميزان استرس شغلي در كاركنان قراردادي بيش از ساير كاركنان كه در وضعيت­هاي استخدامي ديگر قرار داشتند بود.

عاطف وحيد، رضايي و ويسي (1379) در پژوهشی با عنوان "تاثير استرس شغلي بر خشنودي شغلي و سلامت روان: اثر تعديل كننده سرسختي و حمايت اجتماعي" بر روی 200 نفر از كاركنان بخش­هاي اطاق عمل به این نتیجه دست یافتند که بين استرس شغلي و خشنودي شغلي كاركنان رابطه معني دار و منفي وجود دارد و رابطه بين استرس شغلي و سلامت روان معني­دار و منفي بود. همبستگي بين خشنودي شغلي و سلامت روان معني­دار و مثبت بود. اين بررسي همچنين نشان داد كه در شرايط پر استرس افراد داراي سرسختي بالا بيش از افراد داراي سرسختي پايين، ازخشنودي شغلي و سلامت روان برخوردارند. همچنين افراد داراي حمايت اجتماعي بالا بيش از افراد داراي حمايت اجتماعي پايين از خشنودي شغلي برخوردارند؛ اما از نظر سلامت روان تفاوتي ميان آن­ها ديده نشد. اين پژوهش نشان داد كه حمايت اجتماعي و سرسختي با هم تعامل مثبت و معني­داري دارند و مردان بيش از زنان سرسختي از خود نشان مي­دهند.

**2-16-2 پژوهش­های مربوط به ارتباط استرس شغلی و راهبردهای مقابله­ای**

چن، لین، وانگ و هو[[64]](#footnote-64) (2009) در پژوهشی بر روی 121 پرستار یا سابقه کار حداقل 6 ماهه نشان دادند که سطح استرس شغلی با تعداد دفعات حضور در اتاق عمل رابطه وجود دارد. بر طبق نتایج این پژوهش اگر چه همه عوامل فشارزای شغلی با شیوه­های مقابله با استرس ناکارآمد رابطه مثبت داشتند، اما وضعیت­های حرفه­ای، ایمنی بیماران و محیط اتاق عمل با شیوه­های مقابله با استرس کارآمد رابطه مثبت داشتند. همچین عواملی شامل پاداش­های کاری، محیط اتاق عمل و مدیریت اداری رضایت شغلی به طور معکوس با راهبردهای مقابله با استرس ناکارآمد رابطه دارند.

ميكي[[65]](#footnote-65) (2006) تحقيقي با عنوان استرس و راهبردهاي مقابله­اي در بين 150 پرستار حرفه­اي در بخش­هاي پزشكي، جراحي، اتاق عمل، اتفاقات، سوانح، مراقبت­هاي ويژه و زايشگاه با استفاده از مقياس استرس پرستاران و چك ليست راهبردهاي مقابله در يك بيمارستان در آفريقاي جنوبي انجام داد. نتايج تحقيق نشان دادند كه: پرستاران حرفه‌اي استرس بالايي را گزارش كردند. ارتباط معناداري بين سن، سال­هاي تجربه و استرس وجود نداشت. حجم كار به عنوان مهم ترين عامل استرس زا گزارش شده بود. دومين عامل استرس زا پيامدهاي هيجاني مربوط به مرگ و مير بود. پرستاران بيشتر از شيوه­هاي مقابله­اي ارزيابي مثبت، برنامه ريزي، حل مسئله و جستجوي حمايت اجتماعي استفاده كرده بوند. پرستاران از راهبرد اجتنابي كمتر ازبقيه راهبردها استفاده كرده بودند. نمره هاي بالا در مقياس استرس شغلي با نمره هاي پايين در چك ليست مقابله­اي مرتبط بود، يعني استفاده بهتر از راهبردهاي مقابله باعث كمتر شدن استرس شغلي شده بود. هيچ تفاوتي در ميزان استرس تجربه شده در بين پرستاران، مديران پرستاري و فيزيوتراپ­ها وجود نداشت. پرستاران بخش مراقبت­هاي ويژه استرس بالاتري را نسبت به ديگر پرستاران گزارش كردند و بيشتر از شيوه­هاي مقابله­اي مواجهه­اي، دوري گزيني و اجتنابي استفاده كرده بودند. پرستاران بخش مراقبت­هاي ويژه بيشترين منبع استرس را پيامدهاي هيجاني مرگ و مير گزارش كردند. با افزايش استرس در بخش ويژه، ميزان راهبردهاي اجتنابي، دوري گزيني و مواجه­اي افزايش مي‌يافت و ميزان راهبردهاي حل مساله، ارزيابي (راهبردهاي مثبت) كاهش مي‌يافت.

لامبرت و لامبرت و ميسا[[66]](#footnote-66) (2004) تحقيقي را با عنوان استرس­هاي مكان كار، شيوه­هاي مقابله و خصيصه­هاي جمعيت شناختي (سن و سال­هاي تجربه) به عنوان پيش بيني كننده سلامت رواني و جسمي در بين پرستاران بيمارستان ژاپن انجام دادند. نتايج تحقيق نشان داد كه: ارتباط مثبت بين سن و سال­هاي كار و استرس­هاي محل كار وجود داشت. با افزايش استرس شغلي ميزان استفاده از راهبردهاي فرار- اجتناب و پذيرش مسئوليت افزايش مي‌يافت. بين راهبردهاي فرار- اجتناب، پذيرش مسئوليت و ترك پرستاري رابطه مستقيم وجود داشت. ارتباط منفي بين سن و سال­هاي كار و مكانيسم­هاي مقابله­اي جستجوي حمايت اجتماعي، پذيرش مسئوليت و فرار- اجتناب وجود داشت.

شفيعي سروستاني و شجاعتي (1387) در پژوهشی نشان دادند که بين راهبردهاي رويارويي با استرس شغلي و خشنودي شغلي رابطه­اي معنادار وجود دارد. آزمودنی­هایی که از راهبرد شناختي رويارويي استفاده مي­كنند، نسبت به آزمودنی­هایی كه از راهبرد هيجاني رويارويي استفاده مي­كنند از استرس شغلي پايين­تري برخوردارند. بين راهبرد شناختي رويارويي با استرس شغلي رابطه­اي معنادار وجود داشت. بين راهبرد شناختي رويارويي با خشنودي شغلي رابطه­اي مثبت و معنادار وجود داشت. بين خشنودي شغلي با استرس شغلي رابطه­اي معنادار و منفي وجود داشت. آزمودنی­های مرد در مقايسه با زنان از رويكرد هيجاني بيشتري استفاده مي­كنند.

**3-16-2 پژوهش­های مربوط به ارتباط سلامت روان و راهبردهای مقابله­ای**

هیلی و مک کی[[67]](#footnote-67) (2000) در پژوهشی بر روی 129 پرستار استرالیایی به این نتایج دست یافتند که رابطه­ی مثبت و معنی­داری بین استرس شغلی و اختلال در خلق و خوی، و یک رابطه منفی معنی­داری بین استرس شغلی و رضایت شغلی وجود دارد. استفاده از شیوه­ی مقابله­ای اجتناب­مدار و درک کار بیش از حد پیش­بینی کننده­ی اختلال اختلال خلق و خو می­باشد. شواهدی که نشان دهد شوخ طبعی دارای اثر تعدیل کننده در رابطه بین استرس و خلق است مشاهده نشد، اما رضایت شغلی بر این رابطه تأثیر دارد. این نتایج از پیشنهاد یک مدل کاربردی استرس از عوامل موقعیتی برای یافتن تأثیر شیوه­های مقابله با استرس و ادراک استرس شغلی حمایت می­کند.

آگوس[[68]](#footnote-68) (1995) تحقيقي با عنوان فرسودگي و راهبردهاي مقابله در بين پرستاران بخش پزشكي و جراحي در كانادا كه در آن 3 عامل مقابله­اي مثبت (كنترل دروني، پيشگيرانه، خودشناسي) و راهبردهاي مقابله­اي مسكن منفي (مانند استفاده از مواد مخدر، كشيدن سيگار، راهبرد اجتنابي) مد نظر بود، انجام داد نتايج نشان داد كه: پرستاراني كه بيشتر از راهبردهاي مقابله اي مثبت استفاده مي‌كردند نسبت به پرستاراني كه كمتر يا اصلاً از راهبردهاي مثبت استفاده نمي‌كردند استرس و فرسودگي شغلي كمتري داشتند. پرستاراني كه بيشتر از شيوه­هاي مقابله­اي مسكن منفي استفاده مي‌كردند نسبت به پرستاراني كه كمتر از اين شيوه­ها استفاده مي‌كردند استرس و فرسودگي بالاتري داشتند. پرستاران پزشكي نسبت به پرستاران بخش جراحي استرس و فرسودگي شغلي بالاتري داشتند و از شيوه­هاي مقابله­اي منفي استفاده مي‌كردند. پرستاران بخش جراحي بيشتر از شيوه هاي مقابله­اي مثبت استفاده مي‌كردند.

بهروزیان، خواجه­الدین، هدایی و زمانی (1388) در پژوهشی با عنوان "بررسي ارتباط رضايت شغلي و شيوه هاي مقابله اي با سلامت عمومي کارکنان بخش خصوصي صنعتي" نشان دادند که بین رضایت شغلی و روش­هاي مقابله­اي کمتر مفيد رابطه منفی و معناداری وجود دارد. همچنین هر چه افراد از رضايت شغلي بيشتري برخوردار بودند، سلامت عمومي بيشتري نيز داشتند و عموماً بيشتر از مکانيسم مقابله­اي حل مساله استفاده مي­نمودند.

غضنفري و قدم­پور (1387) در پژوهشی با عنوان "بررسي رابطه راهبردهاي مقابله­اي و سلامت رواني در ساكنين شهر خرم­آباد" نشان داد که بین سلامت روانی و راهبردهای مقابله رابطه معناداری وجود دارد. بین استفاده از راهبرد مساله مدار و خرده مقیاس های آزمون کلدبرگ رابطه معناداری دیده نشد. این امر نشان می­دهد که هر چه فرد راهبرد مقابله مساله مدار را بیشتر به کار برد از سلامت بالاتری برخوردار است و بالعکس راهبرد هیجان مداری سبب افزایش علائم جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی می­شود همچنین نتایج نشان داد که راهبردهای مقابله­ای مساله­مدار و هیجان­مدار به طور متفاوتی واریانس متغیرهای اضطراب، آسیب جسمانی، افسردگی و اختلال در عملکرد اجتماعی که از مؤلفه­های سلامت روانی هستند را به صورت معناداری تبیین می­کنند. به طور کلی نتایج نشان می­دهد که بهداشت روانی افراد در زمینه­های جسمانی، روانی و اجتماعی تحت تاثیر شیوه مقابله فرد با مسائل قرار می­گیرد. شیوه هیجان مدار در کاهش بهداشت روانی و شیوه مساله مدار در افزایش آن نقش دارد.

كافي و موسوي (1386) در پژوهشی با عنوان "بررسي ارتباط بين شيوه­هاي رويارويي با فشار رواني (استرس) و سلامت رواني در گروهي از کارمندان دانشگاه گيلان" نشان دادند که آن دسته از کارمندان که از استرس خانوادگی، اقتصادی و اجتماعی به شدت ناراحت می­شوند از سلامت روانی کمتری برخوردارند و همچنین کسانی که از رویارویی متمرکز بر مساله استفاده می­کنند سالم­تر از افرادی هستند که رویارویی متمرکز بر هیجان را به کار می­گیرند.

**4-16-2 پژوهش­های مربوط به ارتباط استرس شغلی با متغیرهای دیگر**

کولینز[[69]](#footnote-69) (1999) در پژوهشی با عنوان "رابطه استرس شغلی، سرسختی و فرسودگی شغلی در میان پرستاران بیمارستان تمام وقت" بر روی نمونه­ای شامل 113 پرستار تمام وقت به این نتیجه دست یافت که بین سخت­رویی و استرس شغلی رابطه وجود دارد به طوری که هر چه سرسختی بیشتر باشد، میزان استرس شغلی کمتر خواهد بود. همچنین بین سرسختی و فرسودگی شغلی رابطه وجود دارد به طوری که هر چه سرسختی بیشتر باشد، میزان فرسودگی شغلی کمتر خواهد بود.

خانه­شناس، الهياري و خلخالي (1392) در پژوهشی با عنوان "بررسي ارتباط عوامل استرس­زاي رواني-اجتماعي کار با عملکرد شغلي در بين کارکنان بانک" نشان دادند که همبستگي منفي و معناداري بين استرس در "حيطه وظيفه" و "حيطه سازماني-اجتماعي" با عملکرد شغلي وجود. در ميان مقياس­هاي استرس در حيطه سازماني-اجتماعي، مقياس فرهنگ سازماني و رهبري ارتباط منفي و معنادار بالايي با عملکرد شغلي نشان دادند.

ترشيزي و سعادت جو (1391) در پژوهشی با عنوان "استرس شغلي در کارکنان کارخانه لاستيک سازي" بر روی 196 نفر از کارکنان يک کارخانه تاير و لاستيک سازي نشان دادند که 549.5 درصد (97 نفر) کارکنان کارخانه استرس شغلي از نوع بسيار شديد داشتند. اين افراد در واحد توليد 55.8 درصد (53 نفر)، اداري 50 درصد (16 نفر) و پشتيباني 40.6 درصد (28 نفر) بودند. بين درامد و خواب کافي با سطح استرس رابطه معني­دار وجود داشت، اما ارتباط معني داري بين سن، تاهل، تحصيلات، سابقه کار و ورزش با سطح استرس مشاهده نشد.

**5-16-2 پژوهش­های مربوط به ارتباط راهبردهای مقابله­ای با متغیرهای دیگر**

شفيعي سروستاني و شجاعتي (1387) در پژوهشی با عنوان "بررسي رابطه ميان راهبردهاي رويارويي با استرس شغلي و خشنودي شغلي مشاوران نواحي آموزش و پرورش شهر شيراز" که بر روی 104 مشاور (52 مرد، 52 زن) نواحي چهارگانه آموزش و پرورش شهر شيراز اجرا شد، نشان دادند که بين راهبردهاي رويارويي و استرس شغلي و خشنودي شغلي رابطه­اي معنادار وجود داشت؛ مشاوراني كه از راهبرد شناختي رويارويي استفاده مي­كنند، نسبت به مشاوراني كه از راهبرد هيجاني رويارويي استفاده مي­كنند از استرس شغلي پايين­تري برخوردارند؛ بين راهبرد شناختي رويارويي با استرس شغلي رابطه­اي معنادار وجود داشت؛ بين راهبرد شناختي رويارويي با خشنودي شغلي رابطه­اي مثبت و معنادار وجود داشت؛ بين خشنودي شغلي با استرس شغلي رابطه­اي معنادار و منفي وجود داشت؛ مشاوران مرد در مقايسه با زنان از رويكرد هيجاني بيشتري استفاده مي­كنند.

**17-2 جمع­بندی**

با توجه به مطالبی که در زمینه­ی تحقیقات انجام شده در مورد متغیرهای استرس شغلی، سلامت روانی و شیوه­های مقابله­ای انجام شده است، مشاهده گردید که بیشتر تحقیقات به بررسی رابطه دو به دو متغیرها پرداخته­اند، این در حالی است که به نظر می­رسد که در میزان اثر استرس شغلی بر روی سلامت روان، شیوه­های مقابله­ای نقش واسطه­ای دارد و بررسی این نوع نقش واسطه­ای در گستره­ی ادبیات پژوهش کمتر انجام شده است، لذا پژوهش حاضر در پی یافتن آگاهی بیشتر و افزایش دانش موجود در زمینه­ی ارتباط بین متغیرهای پژوهش است و این تحقیق می­تواند گامی مؤثر در غنای بیشتر اطلاعات در این مورد باشد. از سوی دیگر به نظر می­رسد اجرای مطالعات بیشتر و عمیق­تر به منظور درک بهتر روابط بین متغیرهای مهمی همچون استرس شغلی، راهبردهای مقابله­ای و سلامت روان در کارمندان می­تواند چشم­انداز شفاف­تری از چگونگی روابط بین این متغیرها به منظور بهره­گیری از آن­ها در جهت کاهش نارضایتی شغلی و در نهایت بالاتر بردن کیفیت ارائه خدمات ارائه دهد. از طرفی جهاد كشاورزي ماموريت­هاي بزرگي در حوزه تأمين امنيت غذايي و خودكفايي در توليد محصولات اساسي و توسعه صادرات محصولات كشاورزي، حفاظت از منابع طبيعي و فراهم آوردن زمينه­هاي رشد 5/6% در بخش كشاورزي را بر عهده دارد، که تحقیق در این سازمان در زمینه­ی استرس شغلی و سلامت روانی کارکنان و رفع کاستی­های احتمالی، می­تواند موجبات پیشرفت کشور در زمینه کشاورزی و منابع طبیعی را فراهم نماید؛ بنابراین پژوهش حاضر در نظر دارد که فرضیه­های زیر را به محک آزمایش بگذارد:

**18-2 فرضیه­های پژوهش**

1. بین استرس شغلی و سلامت روان رابطه وجود دارد.
2. بین استرس شغلی و راهبردهای مقابله با استرس رابطه وجود دارد.
3. بین راهبردهای مقابله با استرس و سلامت روان با کنترل استرس شغلی رابطه وجود دارد.
4. راهبردهای مقابله با استرس دارای نقش واسطه­ای در ارتباط بين استرس شغلی و سلامت روانی می­باشد.

فهرست منابع

منابع فارسی

آهنگی، اكرم؛ عابدی، علیرضا؛ فتح آبادی، جلیل. (1388). رابطه بین تیپ­های شخصیتی با سبك حل مسئله در كاركنان دانشگاه. **فصلنامه روانشناسی كاربردی**، سال 3، شماره 4، صص 61-40.

اكبري، فیض­الله؛ اميرآبادي زاده، حسن؛ پوررضا، واقعي، یدالله؛ دستجردي، رضا. (1384). بررسي تنش­هاي رواني- اجتماعي كاركنان پرستاري شاغل در بيمارستان­هاي آموزشي شهر بيرجند در سال 1383. **مجله دانشگاه علوم پزشکی بیرجند**، سال 12، شماره 3 و 4، صص 71-66.

انجمن روانپزشکی آمریکا. (2000). **متن تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال­های روانی (DSM-IV)**. ترجمه محمدرضا نیکخو و هامایاک آوادیس یانس، (1381). تهران: نشر سخن.

برزيده، مصطفي؛ چوبينه، عليرضا؛ طباطبايي، سيدحميدرضا. (1391). ابعاد استرس شغلي و ارتباط آن با وضعيت سلامت عمومي در پرستاران. **فصلنامه طب كار**، سال 4، شماره 3، صص 27-17.

برزيده، مصطفي؛ چوبينه، عليرضا؛ طباطبايي، سيدحميدرضا. (1391). ابعاد استرس شغلي و ارتباط آن با وضعيت سلامت عمومي در پرستاران. **فصلنامه طب كار**، سال 4، شماره 3، صص 27-17.

بهادرخان، جواد. (1388). **ارتقای سلامت روان**. تهران: انتشارات به نشر.

بهادري خسروشاهي، جعفر و هاشمي نصرت آباد، تورج. (1390). رابطه­ی سبک­های دلبستگی، راهبردهای مقابله­ای با اعتیاد به اینترنت. *فصلنامه روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی*، سال 8، شماره 30، صص 188-177.

بهروزیان، فروزان؛ خواجه­الدین، نیلوفر؛ هدایی، فرانک، زمانی، ندا. (1388). بررسي ارتباط رضايت شغلي و شيوه هاي مقابله اي با سلامت عمومي کارکنان بخش خصوصي صنعتي. **مجله علمی پزشکی جندی شاپور**، سال 8، شماره 3، صص 7-1.

پیمان­پاک، فایزه؛ منصور، لادن؛ صادقی، منصوره­السادات؛ تقی­پور، ابراهیم. (1391). رابطه استرس شغلی با رضایتمندی زناشویی و سلامت روان در پرستاران بیمارستان­های شهر تهران**. فصلنامه مشاوره شغلی و سازمانی**، شماره 13، صص 54-27.

پيمان­پاك، فايزه؛ منصور، لادن؛ صادقي، منصوره السادات؛ تقي­پور، ابراهيم. (1391). رابطه استرس شغلي با رضايتمندي زناشويي و سلامت روان در پرستاران بيمارستان­هاي شهر تهران. **فصلنامه مشاوره شغلي و سازماني**، سال 4، شماره 13، صص 54-27.

ترشيزي، مرضيه؛ سعادت جو، سيدعليرضا. (1391). استرس شغلي در کارکنان کارخانه لاستيک سازي. **مجله علمي دانشگاه علوم پزشکي بيرجند**، سال 19، شماره 2(پياپي 51)، صص 207-200.

حاجی امينی، زهرا؛ چراغعلی پور، ضرغام؛ آزاد مرزآبادی، اسفنديار؛ عبادی، عباس؛ نوروزی کوشالی، علی. (1390). مقايسه ميزان استرس شغلی در رانندگان نظامی و غيرنظامی شهر تهران. **مجله طب نظامی**؛ سال 13، شماره 1، صص 30-25.

حسن زاده، حبیب­الله. (1387) **بررسی میزان استرس شغلی کارکنان اداره کل آموزش فنی و حرفه­ای کردستان**. طرح پژوهشی.

حسن زاده، حبيب­الله؛ شيربگی، ناصر؛ اولی­زاده، هوشنگ. (1391). بررسی ميزان استرس شغلی و بهره‌وری کارکنان شرکت گاز استان کردستان. **فصلنامه سلامت كار ايران**، سال 9، شماره 2، صص 10-1.

حسنی، محمد؛ قاسم­زاده علیشاهی، ابوالفضل؛ کاظم­زاده، مهدی. (1392). نقش با وجدان بودن و کنترل ادراکی بر رضایت و استرس شغلی کارکنان. **مجله سلامت و بهداشت**، سال 4، شماره 1، صص 56-47.

حسيني، سيدمجتبي؛ فتحي آشتياني، علي. (1389). بررسي رابطه بين رضايتمندي زناشويي و مدت زمان ازدواج در ميان دانش پژوهان مؤسسه آموزشي و پژوهشي امام خميني (ره). **فصلنامه روانشناسي و دين**، سال 3، شماره 4، صص 145-127.

خانه­شناس، فرين؛ الهياري، تيمور؛ خلخالي، حميدرضا. (1392). بررسي ارتباط عوامل استرس­زاي رواني-اجتماعي کار با عملکرد شغلي در بين کارکنان بانک. **فصلنامه ارگونومي**، سال 1، شماره 3، صص 10-1.

خانی، محمدحسین؛ یکه­فلاح، محمد؛ حاج­حسینی، حسین. (1392). رابطه سلامت روانی با بروز غدد چربی: نقش واسطه­اي استرس شغلی، بررسی موضوعی در اپراتورهاي قطار شهري تهران. **فصلنامه مدیریت بهداشت و درمان**، سال 3، شماره 1 و 2، صص 78-69.

خاني، محمدحسين؛ يكه­فلاح، محمد؛ حاج حسيني، حسين. (1390). رابطه سلامت رواني با بروز غدد چربي: نقش واسطه اي استرس شغلي، بررسي موضوعي در اپراتورهاي قطار شهري تهران. **فصلنامه مديريت بهداشت و درمان (نظام سلامت)**، سال 3، شماره 1-2، صص 78-69.

خداپناهی، محمدکریم. (1393). **روان شناسی فیزیولوژیک**. تهران: انشارات سمت.

خرمایی، فرهاد. (1385). بررسی مدل علی ویژگی­های شخصیتی، جهت­گیری­های انگیزشی و سبک­های شناختی یادگیری. **پایان نامه دوره دکتری**، رشته روانشناسی تربیتی، دانشگاه شیراز.

دیوس، کیت؛ نیواستورم، جان. (1373)؛ **رفتار انسانی در کار (رفتار سازمانی)**. ترجمه محمدعلی طوسی. تهران: انتشارات مرکز آموزش مدیریت دولتی.

ذوقی، محمد؛ عرفانی، علی­اکبر. (1388). **شرح وظايف تفصيلي سازمان جهاد كشاورزي استان­ها به انضمام "قانون" و "شرح وظايف تفصيلي" وزارت جهاد كشاورزي**. وزارت جهاد كشاورزي. سازمان جهاد كشاورزي خراسان رضوي.

راس، رندال آر؛ التماير، اليزابت ام. (1385). **استرس شغلي**. ترجمه غلامرضا خواجه­پور، تهران: انتشارات سازمان مديريت صنعتي.

رحماني، فرناز؛ بهشيد، مژگان؛ زمان­زاده، وحيد؛ رحماني، فرزاد. (1389). ارتباط سلامت عمومي، استرس و فرسودگي شغلي در پرستاران شاغل در بخش­‌هاي ويژه بيمارستان­هاي آموزشي وابسته به دانشگاه علوم پزشکي تبريز. **نشريه پرستاري ايران**، سال 23، شماره 66، صص 63-54.

رزمی، شهریار؛ نعمتی سوگلی تپه، فاطمه. (1390). نقش تعديل كننده خودكارآمدي در رابطه بين استرس شغلي با سلامت رواني و رضايت شغلي كاركنان بانك صادرات تبريز. **فصلنامه سلامت کار ایران**، سال 8، شماره 2، صص 65-57.

رزمي، شهريار؛ نعمتي سوگلي تپه، فاطمه. (1390). نقش تعديل کننده خودکارآمدي در رابطه بين استرس شغلي با سلامت رواني و رضايت شغلي کارکنان بانک صادرات تبريز. **فصلنامه سلامت كار ايران**، سال 8، شماره 2، صص 57-65.

رضائیان، علی. (1383). **مدیریت فشار روانی**. تهران: انتشارات سمت.

رضويه، اصغر؛ معين، لادن؛ بهلولي­اصل، فاطمه. (1389). نقش ويژگي­هاي شخصيتي و رضايت زناشويي بر رضايت شغلي كاركنان متأهل بنياد شهيد و امور ايثارگران شهر شيراز. **فصلنامه زن و جامعه**، سال 1، شماره 4، صص 17-1.

سارافينو، ادروارد پی. (1392). **روانشناسي سلامت**. ترجمه فروغ شفیعی و همکاران، تهران: انتشارات رشد.

ساعتچی، محمود. (1388). **روانشناسی بهره­وری: عوامل و موانع انسانی بهره وری در سازمان­ها**. موسسه نشر ویرایش.

سايبان­فرد، زهرا. (1381). استرس در محيط كار. **مجله تدبير**، شماره 117.

سبزمکان، ليلا؛ هزاوه­اي، سيدمحمدمهدي؛ حسن زاده، اكبر؛ ربيعي، كتايون. (1388). تاثير برنامه آموزش بهداشت بر افسردگي بيماران بعد از جراحي باي پاس عروق کرونر. *مجله اصول بهداشت رواني*، سال 11، شماره 1، صص 68-61.

سرمد، زهره؛ بازرگان، عباس؛ حجازی، الهه. (1391). **روش­های تحقیق در علوم رفتاری**. تهران: نشر آگه.

شاکری نيا، ایرج. (1391). رابطه حمايت اجتماعی و اميدواری با سلامت عمومی درسالمندان مرد مبتلا به دردهای مزمن جسمانی. *مجله سالمندی ایران*، سال 7، شماره 24، صص 0-0.

شفیعی سروستانی، فرحناز؛ شجاعتی، عباس. (1387). بررسي رابطه ي ميان راهبردهاي رويارويي با استرس شغلي و خشنودي شغلي مشاوران نواحي آموزش و پرورش شهر شيراز. **فصلنامه رهيافتي نو در مديريت آموزشي**، سال 1، شماره 2، صص 60-39.

شفيعي سروستاني، فرحناز؛ شجاعتي، عباس. (1387). بررسي رابطه ميان راهبردهاي رويارويي با استرس شغلي و خشنودي شغلي مشاوران نواحي آموزش و پرورش شهر شيراز. **فصلنامه رهيافتي نو در مديريت آموزشي**، سال 1، شماره 2، صص 60-39.

شقاقی، مهدی؛ عباسی، روح­الله؛ عباسی، رضا؛ برزویی، محمدرضا. (1390). تأثیر رضامندی و استرس شغلی در شیوه به کارگیری راهبردهای مدیریت تعارض کتابداران نهاد کتابخانه­های عمومی کشور. **مجله تحقیقات اطلاع رسانی و کتابخانه‌های عمومی**، شماره 64، صص 70-53.

شهرکی واحد، عزیز؛ مردانی حموله، مرجان؛ سنچولی، جواد؛ حامدی شهرکی، سودابه. (1389). بررسی ارتباط سلامت روانی و استرس شغلی در پرستاران. **فصلنامه دانشگاه علوم پرشکی جهرم**، سال 8، شماره 3، صص 40-34.

ضیغمی، مریم؛ پوربهاالدینی زرندی، نرجس. (1390). **بررسي رابطه سلامت رواني با پيشرفت تحصيلي دانشجويان دانشكده پرستاري دانشگاه آزاد اسلامي واحد كرمان**. اولين همايش كشوري دانشجويي عوامل اجتماعي موثر بر سلامت.

عاطف وحيد، محمدکاظم؛ رضايي، منصور؛ ويسي، مختار. (1379). تأثير استرس شغلي بر خشنودي شغلي و سلامت روان: اثر تعديل كننده سرسختي و حمايت اجتماعي. **فصلنامه اندیشه و رفتار**، سال 6، شماره 2و3، صص 78-70.

عقیلی­نژاد، ماشاءاله؛ محمدی، صابر؛ افکاری، محمداسحق؛ عباس­زاده دیزجی، رضا. (1386). بررسي رابطه استرس شغلي با سلامت رواني، تيپ شخصيتي و رويدادهاي استرس زاي زندگي در مأموران راهنمايي و رانندگي تهران بزرگ. **پژوهش در پزشكي (مجله پژوهشي دانشكده پزشكي)**؛ سال 31، شماره 4، صص 360-355.

عقيلي­نژاد، ماشااله؛ محمدي، صابر؛ افكاري، محمداسحاق؛ عباس­زاده ديزجي، رضا. (1386). بررسي رابطه استرس شغلي با سلامت رواني، تيپ شخصيتي و رويدادهاي استرس­زاي زندگي در ماموران راهنمايي و رانندگي تهران بزرگ. **فصلنامه پژوهش در پزشکي**، سال 31، شماره 4، صص 360-355.

علوي، سلمان؛ جنتي­فرد، فرشته؛ داوودي، علي. (1388). بررسي و مقايسه سلامت رواني و فرسودگي شغلي در كاركنان شركت سايپا. **ماهنامه مهندسي خودرو و صنايع وابسته**، سال 1، شماره 6، صص 25-21.

غضنفری، فیروزه و قدم­پور، عزت­الله. (1387). بررسی رابطه راهبردهای مقابله­ای و سلامت روانی در ساکنین شهر خرم­آباد. **فصلنامه اصول بهداشت روانی**، سال 10، شماره 37، صص 54-47.

غضنفري، فيروزه؛ قدم­پور، عزت­اله. (1387). بررسي رابطه راهبردهاي مقابله اي و سلامت رواني در ساكنين شهر خرم­آباد. **فصلنامه اصول بهداشت رواني**،سال 10، شماره 1 (پياپي 37)، صص 54-47.

قاسمي پيربلوطي، محمد؛ احمدي، رضا؛ علوي اشكفتكي، سیده صغری. (1392). ارتباط فرهنگ سازماني و استرس شغلي با سلامت روان در پرستاران بيمارستان­هاي هاجر و کاشاني شهرکرد. **فصلنامه باليني پرستاري و مامايي**، سال 2، شماره 3، صص 63-53.

قاسمي پيربلوطي، محمد؛ احمدي، رضا؛ علوي اشكفتكي، سیده صغری. (1392). ارتباط فرهنگ سازماني و استرس شغلي با سلامت روان در پرستاران بيمارستان­هاي هاجر و كاشاني شهركرد. **مجله باليني پرستاري و مامايي**، سال 2، شماره 3، صص 63-53.

قریشی­راد، فخرالسادات. (1389). اعتباریابی مقیاس مقابله با موقعیت­های استرس­زای اندلر و پارکر. **مجله علوم رفتاری**، سال 4، شماره 1، صص 7-1.

کاکاوند، علیرضا و پارسامنش، فریبا. (1389). اثربخشی آموزش مهارت­های مقابله­ای بر اضطراب دختران دبیرستانی. **فصلنامه علوم رفتاری**، سال 5، شماره 2، صص 145-133.

کالات، جیمز. (١٣٩٢). **روانشناسی فیزیولوژیکی**. ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران: نشر روان.

كافي، سيدموسي؛ موسوي، سيدولي­اله. (1386). بررسي ارتباط بين شيوه­هاي رويارويي با فشار رواني (استرس) و سلامت رواني در گروهي از دانشجويان گيلان. فصلنامه پژوهش­هاي مشاوره (تازه­ها و پژوهش­هاي مشاوره)، سال 6، شماره 23، صص 81-67.

كبيرزاده، آذر؛ محسني ساروي، بنيامين؛ اصغري، زليخا؛ باقريان فرح آبادي، ابراهيم؛ باقرزاده لداري، رحيم. (1386). سلامت عمومي و استرس شغلي در كاركنان بخش مدارك پزشکي شاغل در بيمارستان­هاي استان مازندران. **فصلنامه مديريت اطلاعات سلامت**، سال 4، شماره 2، صص 222-215.

گنجي، حمزه. (1392). ***بهداشت رواني***. تهران: اتشارات ارسباران.

مقیمی، سیدمحمد. (1391). **سازمان و مدیریت، رویکردی پژوهشی**. تهران: انتشارات ترمه.

ملازم، زهرا؛ محمدحسيني، سیما؛ كريمي، زهره؛ زاده­باقري، قادر. (1384). برخي عوامل تنش­زاي شغلي و درجه تنش­زايي آن­ها از نظر پرستاران شاغل در بيمارستان­هاي دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني استان كهگيلويه و بويراحمد – 1381. **مجله ارمغان دانش**، سال 10، شماره 4، صص 103-95.

منصور، لادن؛ ملاشريفي، شيدا؛ خشور، حسن. (1389). رابطه بين استرس شغلي و هوش هيجاني بين كارمندان دانشگاه شهيد بهشتي. **طرح پژوهشي**، دانشكده علوم تربيتي و روانشناسي دانشگاه شهيد بهشتي.

منصوري، زهره؛ مهرابي­زاده هنرمند، مهناز. (1389). رابطه اختلال در سلامت رواني و خشنودي شغلي با رضايت زناشويي در زنان شاغل. **مجله زن و فرهنگ**، سال 3، شماره 1، صص 102-91.

مهداد، علی. (1389). **روانشناسی صنعتی و سازمانی**. تهران: انتشارات جنگل.

میلانی­فر، بهروز. (1389). **بهداشت روانی**. تهران: انتشارات قومس.

ویسی، مختار؛ عاطف وحید، محمدکاظم؛ رضایی، منصور. (1378). تاثیر استرس شغلی بر خشنودی شغلی و سلامت روان: اثر تعدیل­کننده سرسختی و حمایت اجتماعی**. مجله روانپزشكي و روانشناسي باليني ايران (انديشه و رفتار)**، شماره 2 و 3، صص 70-78.

هاشم­زاده، ايرج؛ اورنگي، مريم؛ بهره­دار، محمدجعفر. (1379). استرس شغلي و رابطه آن با سلامت روان در كاركنان بيمارستان­هاي شهر شيراز. **مجله روانپزشكي و روانشناسي باليني ايران (انديشه و رفتار)**، سال 6، شماره 3-2 (پیاپی 22-23)، صص 62-55.

1. - Levy & Wegman [↑](#footnote-ref-1)
2. - Corsini [↑](#footnote-ref-2)
3. - piety [↑](#footnote-ref-3)
4. - demonic [↑](#footnote-ref-4)
5. - self- awamess [↑](#footnote-ref-5)
6. - self- actuhalization [↑](#footnote-ref-6)
7. - seif- realization [↑](#footnote-ref-7)
8. - Endle [↑](#footnote-ref-8)
9. - Diane [↑](#footnote-ref-9)
10. - Ericson [↑](#footnote-ref-10)
11. - Alexander [↑](#footnote-ref-11)
12. - Fones [↑](#footnote-ref-12)
13. - Netrosis [↑](#footnote-ref-13)
14. - Psyehosis [↑](#footnote-ref-14)
15. - anxiety [↑](#footnote-ref-15)
16. - Alferd adler [↑](#footnote-ref-16)
17. - mope [↑](#footnote-ref-17)
18. - will [↑](#footnote-ref-18)
19. - purpase [↑](#footnote-ref-19)
20. - conscience [↑](#footnote-ref-20)
21. - competence [↑](#footnote-ref-21)
22. - fidelity [↑](#footnote-ref-22)
23. - love [↑](#footnote-ref-23)
24. - care [↑](#footnote-ref-24)
25. - wisdim [↑](#footnote-ref-25)
26. - Tangri [↑](#footnote-ref-26)
27. - Paul [↑](#footnote-ref-27)
28. - United Nations Organisation [↑](#footnote-ref-28)
29. - Tangri [↑](#footnote-ref-29)
30. - Rosch [↑](#footnote-ref-30)
31. - Kendall, Murphy, O’Neill & Bursnall [↑](#footnote-ref-31)
32. - Knezevic, Milosevic, Golubic, Belosevic, Russo & Mustajbegovic [↑](#footnote-ref-32)
33. - Stone [↑](#footnote-ref-33)
34. - Spigelman & Dwyer [↑](#footnote-ref-34)
35. - Möller, Theorell, de Faire, Ahlbom & Hallqvist [↑](#footnote-ref-35)
36. - Hoogendoorn, Bongers & de Vet [↑](#footnote-ref-36)
37. - Seward [↑](#footnote-ref-37)
38. - Hurrell & McLaney [↑](#footnote-ref-38)
39. - Shahid, Latif, Sohail & MA [↑](#footnote-ref-39)
40. - Diagnostic & Statistical manual of mental Disorder-IV [↑](#footnote-ref-40)
41. - Near & Hunt [↑](#footnote-ref-41)
42. - Jahnson [↑](#footnote-ref-42)
43. - Roberts & Levenson [↑](#footnote-ref-43)
44. - Story & Repetti [↑](#footnote-ref-44)
45. - Hobfoll, Schwarzer & Chon [↑](#footnote-ref-45)
46. - Lazarus & Folkman [↑](#footnote-ref-46)
47. - Somerfield [↑](#footnote-ref-47)
48. - Penley & Tomaka [↑](#footnote-ref-48)
49. - Levedoouteen [↑](#footnote-ref-49)
50. - Charles Carner [↑](#footnote-ref-50)
51. - self esteem [↑](#footnote-ref-51)
52. - anxiety [↑](#footnote-ref-52)
53. - Chinaveh, Ishak & Salleh [↑](#footnote-ref-53)
54. - Lazaros & Folecman [↑](#footnote-ref-54)
55. - Carver, Scheier & Wientraun [↑](#footnote-ref-55)
56. - Duygulu, Ciraklar, Guripek & Bagiran [↑](#footnote-ref-56)
57. - Tsaur & Tang [↑](#footnote-ref-57)
58. - Owusu [↑](#footnote-ref-58)
59. - Wang, Kong & Chair [↑](#footnote-ref-59)
60. - Yang, Ge, Hu, Chi & Wang [↑](#footnote-ref-60)
61. - Andrews & Wan [↑](#footnote-ref-61)
62. - Kopp, Stauder, Purebl, Janszky & Skrabski [↑](#footnote-ref-62)
63. - Kang, Koh, Cha, Park, Baik & Chang [↑](#footnote-ref-63)
64. - Chen, Lin, Wang & Hou [↑](#footnote-ref-64)
65. - Maiki [↑](#footnote-ref-65)
66. - Lambert, Lambert & Misae [↑](#footnote-ref-66)
67. - Healy & McKay [↑](#footnote-ref-67)
68. - Ogus [↑](#footnote-ref-68)
69. - Collins [↑](#footnote-ref-69)