



واحد استان اردبیل
معاونت پژوهش و فناوری



سازمان انتقال خون ایران
استان اردبیل

عنوان طرح تحقیقاتی:

مداخلات منجر به افزایش اهدای خون بانوان

The interventions lead to increased blood donation of women

کارفرما: اداره کل انتقال خون استان اردبیل

مجری: جهاد دانشگاهی استان اردبیل

محقق: ماهرخ شمس آذر

ناظر: دکتر محمد نریمانی

همکاران: خدیجه شمس آذر، علی شمس آذر، مهسا سهیلی مقدم، عزیزه شمس آذر،

بهرنگ کوهی، اصغر سینایی راد

سال: ۱۳۹۹

رسالة محمد

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱.....	چکیده
۲.....	فصل اول
۲.....	کلیات پژوهش
۲.....	مقدمه
۶.....	۱-۱- اهمیت و ضرورت انجام تحقیق
۷.....	۱-۲- اهداف مشخص تحقیق
۷.....	۱-۲-۱- هدف کلی
۷.....	۱-۲-۲- اهداف جزئی
۸.....	۱-۳- فرضیه‌ها و سوالات تحقیق
۹.....	۱-۴- تعریف واژه‌ها و اصطلاحات فنی و تخصصی
۱۱.....	فصل دوم
۱۱.....	ادبیات، مستندات، سابقه و پیشینه پژوهش
۱۲.....	۱-۲- سازمان انتقال خون
۱۲.....	۱-۱-۲- اهدای خون
۱۳.....	۱-۲- جنسیت در اهدای خون
۱۴.....	۱-۲-۳- ملاک های اهدای خون
۱۴.....	۱-۳-۱- ملاک های همدلی
۱۵.....	۱-۳-۲- ملاک های اجتماعی روانشناختی
۱۵.....	۱-۳-۳- ملاک های جهت گیری و نگرش

۱۶	۱-۳-۴- دیدگاه های انگیزشی
۱۷	۲-۲- استرس
۲۲	۲-۲-۱- دیدگاه رفتاری
۲۴	۲-۲-۲- دیدگاه شناختی
۲۵	۲-۲-۳- دیدگاه اجتماعی
۲۶	۲-۲-۴- الگوی انسان‌نگرا و وجودگرا
۳۱	۲-۳- روش‌های مقابله‌ای
۳۲	۲-۳-۱- روش مقابله متمرکز بر هیجان
۳۴	۲-۳-۱- مولفه‌های روش مقابله‌ای متمرکز بر هیجان
۳۶	۲-۳-۲- روش مقابله متمرکز بر مساله
۳۸	۲-۳-۱- مولفه‌های روش مقابله‌ای متمرکز بر مساله
۴۱	۲-۴- نظریه‌ی اجتماعی- شناختی
۴۳	۲-۴-۱- بهزیستی روانشناختی
۴۴	۲-۴-۲- نشانه‌های بهزیستی روان شناختی
۴۸	۲-۴-۳- بهزیستی روان شناختی از دیدگاه‌های مختلف
۶۰	۲-۴-۴- آموزش مهارت‌های رویارویی با استرس
۷۰	۲-۵- پیشینه پژوهش
۷۳	فصل سوم
۷۳	روش‌شناسی پژوهش
۷۳	۳-۱- مقدمه
۷۴	۳-۲- روش‌شناسی تحقیق

۳-۳-جامعه آماری.....	۷۴
۳-۴-روش نمونه گیری و حجم نمونه.....	۷۵
۳-۵-ابزار های اندازه گیری.....	۷۵
۳-۶-شرح کامل روش گردآوری اطلاعات.....	۷۶
۳-۷-روش ها و ابزار تجزیه و تحلیل داده ها.....	۷۶
۳-۸-پایایی تحقیق.....	۷۶
فصل چهارم.....	۷۸
تجزیه و تحلیل داده ها و بیان نتایج حاصل از پژوهش.....	۷۸
۴-۱-مقدمه.....	۷۸
۴-۲-یافته های جمعیت شناختی.....	۷۹
جدول (۴-۱) توزیع فراوانی آزمودنی ها بر حسب جنسیت.....	۷۹
جدول (۴-۲) توزیع فراوانی آزمودنی ها بر حسب سن.....	۷۹
جدول (۴-۳) توزیع فراوانی آزمودنی ها بر حسب تحصیلات.....	۸۰
۴-۳-یافته های توصیفی.....	۸۱
جدول (۴-۴) میانگین و انحراف استاندارد نمرات مقابله متمرکز بر هیجان و متمرکز بر مسئله.....	۸۱
۴-۴-یافته های استنباطی.....	۸۳
جدول (۴-۵) آزمون نرمال بودن(Kolmogorow – Smirnow test) توزیع داده های مورد بررسی.....	۸۵
جدول (۴-۶) نتایج آزمون های لوین جهت بررسی همگنی واریانس نمرات آزمون ها.....	۸۶
جدول (۴-۷) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری روی میانگین نمرات.....	۸۷
فصل پنجم.....	۸۸
بحث، تفسیر و نتیجه گیری.....	۸۸

۸۸	۱-۵- نتیجه گیری
۹۰	۲-۵- محدودیت های تحقیق
۹۰	۳-۵- پیشنهادات
۹۰	۱-۳-۵- پیشنهادات پژوهشی
۹۱	۲-۳-۵- پیشنهادات کاربردی
۹۲	فهرست منابع
۹۲	منابع انگلیسی

چکیده:

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های رویارویی با استرس اهدای خون بر روش مقابله متمرکز بر هیجان و مقابله متمرکز بر مسئله اهدای خون بانوان بود. روش مطالعه از نوع آزمایشی بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی بانوان ۱۸ تا ۶۵ ساله اردبیل که در خود اظهاری از نظر جسمی و روحی سالم بوده و شرایط عمومی لازم برای اهدای خون را دارا بوده اند و سواد حداقل تا راهنمایی و ابراز تمایل به شرکت در مطالعه را داشته اند. روش نمونه‌گیری در دسترس بود و با استفاده از این روش تعداد ۱۰۰ نفر انتخاب شده و در دو گروه ۵۰ نفری آزمایش و کنترل بصورت تصادفی گمارده شدند. سپس گروه آزمایش اطلاعات آموزشی با محتوای شناسایی رویداد استرس‌زا، رویارویی با استرس و روشهای مدیریت آن در زمینه‌ی آشنایی با روش‌های اهدای خون، تاثیرات مثبت جسمی و روحی اهدای خون و فراورده‌های خونی دریافت کردند و گروه کنترل برنامه عادی روزانه خود را گذراند. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه جمع‌آوری شد. اطلاعات به دست آمده با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس (MANCOVA) و با بهره‌گیری از نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد آموزش مهارت‌های رویارویی با استرس به طور معنی‌داری موجب کاهش روشهای مقابله‌ای متمرکز بر هیجان و مولفه‌های دوری‌گزینی و خویش‌تن‌داری و همچنین افزایش روشهای مقابله‌ای متمرکز بر مساله و مولفه‌های مسئولیت‌پذیری و ارزیابی مجدد در بانوان اردبیل شد ($p < 0.001$). اما نتایج برای مولفه‌های مقابله مستقیم و گریز و اجتناب و همین‌طور مساله‌گشایی برنامه‌ریزی شده و جذب حمایت اجتماعی معنی‌دار نبود ($p > 0.001$). در این راستا می‌توان نتیجه گرفت از آموزش مهارت‌های رویارویی با استرس اهدای خون در جهت کاهش روشهای مقابله‌ای متمرکز بر هیجان و افزایش روشهای مقابله‌ای متمرکز بر مساله اهدا خون در بانوان می‌توان استفاده کرد.

واژگان کلیدی: اهدای خون، مهارت‌های رویارویی با استرس، مقابله متمرکز بر مسئله، مقابله متمرکز بر

هیجان

فصل اول

کلیات پژوهش

مقدمه:

امروزه دانش پزشکی، با وجود استفاده از فناوری‌های دانش‌مبنا و استدلال قیاسی برای رسیدن به راه‌حل مشکلات بالینی، تاکنون هیچ جایگزینی برای خون و فرآورده‌های آن ندارد. در ظاهر اهدای خون یک مسئله ساده پزشکی است اما همین امر به ظاهر ساده با مقوله‌هایی همچون مسئولیت اجتماعی و اهدای داوطلبانه و مسائل روانشناختی از قبیل استرس اهدا همگام شده است. دلیل اصلی کمبود مداوم خون در مراکز انتقال خون بیشتر به دلیل اهدای ناکافی خون است. این خدمات کاملاً متکی به تمایل و همکاری عموم مردم است، اما تعدادی از عوامل به طور قابل توجهی مانع این امر می‌شود. تعداد محدود افراد مناسب برای اهدا، معیارهای سختگیرانه برای انتخاب اهداکننده، و تست‌های غربالگری حساس و ترس از اثرات بعدی و استرس ناشی از ناشناخته بودن مراحل اهدا که ممکن است از ایجاد انگیزه اهداکنندگان بالقوه جلوگیری کند، برخی از این عوامل هستند (کسرائیان و همکاران، ۲۰۲۰). در کشورهای توسعه یافته اهداکنندگان خون از لحاظ روانشناسی و انگیزه اهدا و کنترل استرس‌های موجود در موقعیت به خوبی درک می‌شوند. تحقیقات زیادی برای شناسایی انگیزه اهدا خون انجام شده است زیرا شناسایی عوامل انگیزشی مؤثر در اهدای خون و حفظ اهداکنندگان بی‌خطر و کم‌خطر یک چالش در سراسر جهان است (اسکاربالین، ۲۰۱۶) علاوه بر این مهمترین چالش سازمان انتقال خون تهیه خون و فرآورده‌های خونی سالم و کافی می‌باشد، انتخاب اهداکنندگان از بین جمعیت‌های کم‌خطر حایز اهمیت است. با توجه به این احتمال که جمعیت زنان از لحاظ داشتن رفتارهای پرخطر در زمینه عفونت‌های قابل انتقال از راه خون نسبت به جمعیت مردان کم‌خطرتر می‌باشند (کاتز و همکاران، ۲۰۲۰) متأسفانه از طرفی اقدام به اهدا در این گروه نسبت به مردان کمتر می‌باشد. مهم‌ترین علت عدم اهدای خون را می‌توان عدم شناخت زنان نسبت به طب انتقال خون دانست پس آموزش در خصوص اهمیت اهدا خون و شرایط اهدا خون زنان از طریق رادیو و تلویزیون در سطح وسیع می‌تواند تسهیل‌کننده جذب این قشر از جامعه برای اهدای خون باشد (خدیر و همکاران، ۱۳۸۳). مهم‌ترین مانع اهدا ترس از عوارض بعد از اهدا خون و ترس از ابتلا به بیماری‌های خونی است (ویانتیکیت، ۲۰۰۲). لازم است در زمینه عدم تأثیر اهدای خون بر وضعیت سلامتی فرد آموزش‌های لازم انجام گیرد. محققان همچنین آموزش را به عنوان عاملی با تأثیر مثبت در نگرش به

اهدای خون می دانند . آموزش در خصوص ارتقاء مهارت های رویارویی و توانائی های روانی-اجتماعی در بهبود زندگی بسیار موثر است، توانایی های که فرد را برای استفاده از روشهای مقابله ای موثر و پرداختن به کشمکش ها و موقعیت های زندگی یاری می کند (کارلسون و همکاران ،۲۰۱۲) و وی را قادر به مثبت و سازگاران عمل کردن در ارتباط با سایر انسان ها، جامعه، فرهنگ، و محیط خود می سازد.

بیان مساله:

زنان نیمی از جامعه انسانی هستند که نمی توان توانایی و استعداد آنها را در اهدای خون نادیده گرفت، شرایط عمومی اهدای خون مانند سن، وزن، فشار خون، درجه حرارت و نبض در زنان تفاوتی با مردان ندارد، شاخص اهدای خون بانوان در کشور ۵ درصد است در حالی که زنان یکی از جمعیت های سالم و مناسب برای اهدای خون هستند و می توانند جزو اهداکنندگان مستمر خون باشند ولی متأسفانه به دلیل باورهای غلطی که وجود دارد، زنان آمار بسیار پایین در اهدای خون دارند باورهایی از قبیل اینکه میزان آهن خون که در اهدا خون از دست می رود و بازگشت آن و اینکه با اهدای یک واحد خون، بدن تقریباً ۲۲۵ میلی گرم آهن از دست می دهد که در حالت عادی بدن این میزان آهن از دست رفته را به مرور زمان جبران خواهد کرد که با دریافت غذاهای با آهن بیشتر معمولاً آهن از دست رفته جایگزین می شود. همچنین ترس از ابتلا به بیماری عفونی و خونی ناشی از اهدای خون که به نوعی ناشی از عدم آگاهی جامعه به خصوص زنان از طب انتقال خون می باشد از دیگر باورهای غلط بانوان در اهدای خون، این است که بانوان فکر می کنند که کم خون هستند و اهدای خون سبب ضعف آنها می شود اما طبق مستندات تنها ۲۰ درصد بانوان دچار کم خونی هستند و تست هموگلوبین و مشاوره با پزشک اهدا سبب می شود این افراد از اهدای خون معاف شوند کسریان در مطالعه ارزیابی موانع اهدای خون توسط زنان نشان داده که در ایران: کمبود وقت ، ترس از سوزن زدن و نگرانی از کم خونی یا ابتلا به آنمی و دسترسی دشوار به کمک مالی دلایل اصلی عدم اهدای خون بودند. گاندرا شارما و همکارانش ۲۰۱۶ نتیجه گرفتند که مشارکت زنان در گوالیور هند نسبت به

یافته‌های کشورهای پیشرفته به طور قابل توجهی پایین است و پیشنهاد کردند نیاز به آموزش در جمعیت زنان برای رسیدن به اهمیت اهدای خون و عدم درک منفی در مورد اهدای خون لازم است.

استرس واکنشی است که فرد در مقابل محرک‌های آزار دهنده از خود نشان می‌دهد یک واقعه به خودی خود و بیرون از ذهن معنی خاصی ندارد بلکه این ذهن شخص و ارزیابی وی از این موقعیت است که به آن معنا می‌دهد. فشارزا بودن هر موقعیت به این بستگی دارد که چگونه آن را ارزیابی کنیم و در خود چه توانی برای مقابله با آن ببینیم (حجت و همکاران، ۲۰۰۰).

مهارت رویارویی با استرس یکی از مهارت‌های ده گانه زندگی است و قابل آموزش است. مثبت فکر کردن باعث آرامش فکر می‌شود، که این امر می‌تواند با تغییرات فیزیولوژیک که هنگام به وجود آمدن استرس اتفاق می‌افتد، مقابله کند، بسیاری از استرس‌هایی که تجربه می‌کنیم از احساسات منفی اطرافمان ناشی می‌شوند. اندیشیدن به اشخاص یا چیزهایی که به آنها عشق می‌ورزیم آثار خوبی را بر جای می‌گذارد.

روش‌های مقابله با استرس به عنوان کوشش‌هایی برای بالا بردن تناسب بین شخص و محیط و یا به عنوان تلاش‌هایی برای اداره رویدادهایی که استرس‌زا درک می‌شوند تعریف شده است (لازاروس و فالکمن، ۱۹۸۴). دو روش عمده برای مقابله با استرس وجود دارد: مقابله متمرکز بر مسئله که فعالیت‌های مستقیم مبتنی بر محیط و خود را جهت رفع یا تغییر شرایط ارزیابی شده به عنوان تهدید در بر می‌گیرد و شامل مولفه‌هایی چون جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، ارزیابی مجدد و مشکل‌گشایی برنامه‌ریزی شده می‌شود. مسئولیت‌پذیری مجموعه واکنش‌هایی است که پذیرش نقش فرد در ایجاد مشکل را از طریق تلاش‌های مداوم او در اصلاح موقعیت موجود نشان می‌دهد. مقابله‌های متمرکز بر هیجان، فعالیت‌ها یا افکاری را که برای کنترل احساسات نامطلوب ناشی از شرایط استرس‌زا استفاده می‌گردد شامل می‌شود. شامل مولفه‌هایی چون رویارویی، دوری‌گزینی، خویش‌داری، اجتناب می‌شود. دوری‌گزینی یا فاصله‌گیری مجموعه رفتارهای شناختی است که فرد یا گروه برای دوری از منبع ایجاد کننده و یا اجتناب از این منبع در جهت کاهش اهمیت آن به کار می‌برد. همچنین بانوان به عنوان رکن اصلی خانواده می‌توانند با مشارکت در اهدای خون، علاوه بر ترویج رفتارهای انسان دوستانه، در آموزش فرزندان و شرکت در عرصه فعالیت‌های خدایسندانه گام مهمی در افزایش مشارکت خانواده‌ها در اهدای خون داشته باشند. این تحقیق به دنبال

پاسخ به این پرسش خواهد بود که آیا مداخله همراه با آموزش مهارت رویارویی با استرس اهدای خون می‌تواند باعث کاهش مقابله متمرکز بر هیجان و افزایش مقابله متمرکز بر مسئله اهدای خون در زنان باشد؟

۱-۱- اهمیت و ضرورت انجام تحقیق :

خون نه می‌تواند ساخته شود و نه می‌توان از موجودات دیگر تهیه کرد برای تهیه خون مورد نیاز زنان باردار در حین زایمان و نوزادان، به خصوص نوزادان نارس مبتلا به زردی، و دیگر نیازمندان به خون فقط می‌توان از انسان‌های سالم دارای مولفه‌های ایمن برای اهدا در سنین ۱۸ تا ۶۵ سال خون گرفت. نسبت اهدای خون زنان به مردان ۱ به ۹ است در حالی که باید گفت زنان می‌توانند نقش مهمی در اهدای خون داشته باشند؛ زیرا شیوع بیماری‌هایی مثل HIV و هیپاتیت در بین زنان بسیار کمتر از مردان است و این یکی از نکاتی است که در سلامت خون نقش اساسی ایفا می‌کند. انتخاب اهدا کنندگان از بین جمعیت‌های کم خطر حایز اهمیت است. از آنجایی که احتمال می‌رود جمعیت زنان از لحاظ داشتن رفتارهای پرخطر در زمینه عفونت‌های قابل انتقال از راه خون نسبت به جمعیت مردان کم خطرتر باشند و از طرفی اقدام به اهدا نیز در این گروه نسبت به مردان کمتر می‌باشد، همچنین باورهای غلط و ترس از اهدای خون می‌تواند با آموزش لازم مدیریت شود. آموزش مهارت‌های رویارویی با استرس و مزایای اهدای خون از قبیل انجام آزمایش هموگلوبین برای بررسی کم خونی و غلظت خون در اهدا کنندگان پیش از اهدای خون و در اختیار قرار دادن مکمل‌های حاوی آهن برای اصلاح کم خونی به صورت رایگان به مراجعان برای اهدای خون در تمام مراکز انتقال خون و جایگزینی آن ظرف مدت چند روز به طور طبیعی و تجدید منظم سلول‌های خونی در بدن پیشگیری از ابتلا به برخی بیماری‌ها مانند هموکروماتوز (جذب بیش از حد آهن در بدن)، سرطان و تامین سلامت قلب و کبد و همچنین کاهش وزن را از دیگر مزایای اهدای خون است که می‌تواند کمک کننده باشد مقابله با استرس عبارت است از تلاش‌های فکری و هیجانی و رفتاری فرد که هنگام روبرو شدن با موقعیت‌های استرس‌زا از قبیل ترس از سوزن یا کم خونی برای غلبه کردن یا به حداقل رساندن عوارض استرس به کار گرفته می‌شود مقابله نیازمند بسیج و آماده سازی انرژی فرد است که با آموزش به دست

می‌آید هدف این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های رویارویی با استرس اهدای خون بر روش مقابله متمرکز بر هیجان و مقابله متمرکز بر مسئله اهدای خون بانوان است.

۱-۲- اهداف مشخص تحقیق:

۱-۲-۱- هدف کلی

۱- بررسی اثر بخشی آموزش مهارت های رویارویی با استرس اهدای خون بر روش مقابله متمرکز بر

هیجان اهدای خون در بانوان اردبیل

۲- بررسی اثر بخشی آموزش مهارت های رویارویی با استرس اهدای خون بر روش مقابله متمرکز بر

مسئله اهدای خون در بانوان اردبیل

۱-۲-۲- اهداف جزئی

۱- بررسی اثربخشی آموزش مهارت های رویارویی با استرس اهدای خون بر کاهش مقابله مستقیم در بانوان

۲- بررسی اثربخشی آموزش مهارت های رویارویی با استرس اهدای خون بر کاهش دوری گزینی در بانوان

۳- بررسی اثربخشی آموزش مهارت های رویارویی با استرس اهدای خون بر کاهش گریز و اجتناب در بانوان

۴- بررسی اثربخشی آموزش مهارت های رویارویی با استرس اهدای خون بر کاهش خویشتن داری در بانوان

۵- بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های رویارویی با استرس اهدای خون بر افزایش مسئولیت‌پذیری در

بانوان

۶- بررسی اثربخشی آموزش مهارت های رویارویی با استرس اهدای خون بر افزایش مساله‌گشایی

برنامه‌ریزی شده در بانوان

۷- بررسی اثربخشی آموزش مهارت های رویارویی با استرس اهدای خون بر افزایش طلب حمایت اجتماعی

در بانوان

۸- بررسی اثربخشی آموزش مهارت های رویارویی با استرس اهدای خون بر افزایش ارزیابی مجدد در بانوان

۱-۳- فرضیه ها و سوالات تحقیق:

۱- آموزش مهارت های رویارویی با استرس اهدای خون بر کاهش مقابله متمرکز بر هیجان در بانوان تاثیر دارد.

۲- آموزش مهارت های رویارویی با استرس اهدای خون بر افزایش مقابله متمرکز بر مسئله در بانوان تاثیر دارد.

۳- آموزش مهارت های رویارویی با استرس اهدای خون بر کاهش مقابله مستقیم در بانوان تاثیر دارد.

۴- آموزش مهارت های رویارویی با استرس اهدای خون بر کاهش دوری گزینی در بانوان تاثیر دارد.

۵- آموزش مهارت های رویارویی با استرس اهدای خون بر کاهش گریز و اجتناب در بانوان تاثیر دارد.

۶- آموزش مهارت های رویارویی با استرس اهدای خون بر کاهش خویشتن داری در بانوان تاثیر دارد.

۷- آموزش مهارت های رویارویی با استرس اهدای خون بر افزایش مسئولیت پذیری در بانوان تاثیر دارد.

۸- آموزش مهارت های رویارویی با استرس اهدای خون بر افزایش مساله گشایی برنامه ریزی شده در بانوان تاثیر دارد.

۹- آموزش مهارت های رویارویی با استرس اهدای خون بر افزایش طلب حمایت اجتماعی در بانوان تاثیر دارد.

۱۰- آموزش مهارت های رویارویی با استرس اهدای خون بر افزایش ارزیابی مجدد در بانوان تاثیر دارد.

۱-۴- تعریف واژه‌ها و اصطلاحات فنی و تخصصی:

- **اهدای خون:** یک فرد سالم به‌طور داوطلبانه مقدار مشخصی از خون خود را در یک مرکز انتقال خون هدیه می‌کند. خون اهدا شده پس از انجام آزمایش‌های غربالگری و تأیید سلامتی به‌منظور تهیه فراورده‌های خونی مورد استفاده قرار می‌گیرد یا از طریق بانک خون مراکز درمانی به افراد دیگر تزریق می‌شود.

- **استرس:** استرس عبارت از یک واکنش جسمی است که به دنبال یک تحریک درونی یا بیرونی (محیطی) به وجود می‌آید می‌توان گفت که استرس وضعیتی است که در آن فرد گرفتار مشکلی شده است که فراتر از تواناییهای معمولی وی برای سازگاری با آن می‌باشد. جزءشناختی استرس است که باعث ضعف در تمرکز و تصمیم‌گیری می‌شود. فرد تحت استرس ممکن است قادر به انجام وظایف خود به صورت معمولی نباشد. موثرترین روش مقابله با استرس کم کردن شرایط استرس‌زا و آموزش رویارویی با این شرایط است.

- **مهارت‌های رویارویی با استرس:** مهارت به معنی استفاده ماهرانه و توانمندانه از دانش است. رویارویی به معنای تلاش برای یادگیری و تمرین مهارت‌های آموخته شده می‌باشد. یک فرد رویارویی‌کننده با پشتکار با رویدادها زندگی روبرو می‌شود و در هنگام دشوار شدن اوضاع از مهارت‌های شناختی که از ارزیابی فرد از توانایی خود برای رویارویی با آنچه از او خواسته می‌شود استفاده می‌کند این مهارت‌ها قابل آموزش هستند پس می‌توان به افراد آموخت که چگونه با رویدادهای زندگی رویارویی کنند. منظور از آموزش مهارت‌های رویارویی با استرس آموزشی است که به وسیله پژوهشگر در قالب ترکیبی از پمفلت‌های محتوی تعریف استرس، توضیح کلی درباره‌ی نشانه‌های استرس، سؤال از مراجعین درباره شناسایی استرس‌های خود، توضیح سطوح و مراحل استرس، ارایه مهمترین عوامل مؤثر درانتخاب روش‌های مقابله با استرس و توصیه‌های

عمومی مقابله با استرس در طول ۸ جلسه، هفته ای ۲ جلسه و هر جلسه به مدت ۳۰ دقیقه اجرا می‌شود.

• **روش مقابله متمرکز بر هیجان :**

راهبردهای مقابله ای مجموعه ای از تلاش‌های شناختی و رفتاری فرد است که در جهت تعبیر و تفسیر و اصلاح یک وضعیت تنش‌زا به کار می‌رود و منجر به کاهش رنج ناشی از آن می‌شود و دامنه وسیعی از افکار و اعمالی را که افراد هنگام مواجهه با شرایط فشار زای درونی یا بیرونی به کار می‌برند را مورد ارزیابی قرار می‌دهد (نریمانی و همکاران، ۱۳۹۳)

مولفه‌های این روش مقابله‌ای عبارتند از: مقابله مستقیم، دوری‌گزینی، گریز و اجتناب و خویش‌داری.

روش مقابله متمرکز بر مساله:

در دیدگاه لازاروس و فالکمن (۱۹۸۴) مقابله عبارت است از: تلاش‌های فکری و هیجانی و رفتاری فرد که هنگام روبه‌رو شدن با فشارهای روان به منظور غلبه کردن، تحمل کردن و یا به حداقل رساندن عوارض استرس به کار گرفته می‌شود (دافعی، ۱۳۷۶) به بیان دیگر مقابله متمرکز بر مسئله به تلاش‌های فرد برای تغییر وضعیت و گلاویزی مستقیم با مشکل مربوط می‌شود. (پاری، ۱۹۹۱؛ ترجمه مقدسی، ۱۳۷۵).

مولفه‌های این روش مقابله‌ای عبارتند از: مسئولیت‌پذیری، مساله‌گشایی برنامه‌ریزی شده، طلب حمایت

اجتماعی، ارزیابی مجدد.

فصل دوم

ادبیات، مستندات، سابقه و پیشینه پژوهش

۲-۱- سازمان انتقال خون:

بالاترین و تنها مرجع تصمیم‌گیری در زمینه تأمین و توزیع خون و فراورده‌های خونی سالم در ایران است. این سازمان در سال ۱۳۵۳ تأسیس شد. وظایف سازمان انتقال خون، همکاری با بیمارستانها در حل مشکلات انتقال خون، تأمین خون سالم و کافی، مشارکت در مراقبت از بیماران، بسیج اهداکنندگان داوطلب و بدون چشم داشت مادی گسترش شبکه پایگاه‌های انتقال خون، ارائه آموزش مداوم برای کارمندان سازمان در کلیه زمینه‌های خدماتی برای دستیابی به کارمندان ماهر و ورزیده، اطلاع‌رسانی عمومی در ارتباط با مزایای اهداء خون و نیاز به اهداء خون، تدوین خط‌مشی‌های آموزشی و پژوهشی می‌باشد.

۲-۱-۱- اهدای خون:

در کشورهای توسعه یافته و اکثر کشورهای در حال توسعه، بیشترین اهدا کنندگان خون را افراد داوطلبی تشکیل می‌دهند که در قبال آن پولی دریافت نمی‌کنند. در کشورهای فقیرتر، افراد معمولاً خون خود را برای انتقال به اعضای خانواده یا دوستان‌شان اهدا می‌کنند؛ بنابراین انگیزه‌های مختلفی برای اهدا، شامل انجام عمل خیر، کمک به بهبود خویشاوندان، نیاز مالی و برای استفاده خود فرد در آینده (اهدای اتولوگ) وجود دارد. اهدای خون معمولاً بی‌خطر است، اما در برخی از اهداکنندگان ممکن است کبودی زیر جلدی یا احساس ضعف و بی‌حالی دست بدهد.

اهدای خون هنگامی رخ می‌دهد که یک فرد سالم به طور داوطلبانه مقدار مشخصی از خون خود را در یک مرکز انتقال خون هدیه می‌کند. خون اهدا شده پس از انجام آزمایش‌های غربالگری و تأیید سلامتی به‌منظور تهیه فراورده‌های خونی مورد استفاده قرار می‌گیرد یا از طریق بانک خون مراکز درمانی به افراد دیگر تزریق می‌شود. فرایند اهدا و تزریق به دریافت‌کنندگان، انتقال خون نام دارد.

روش و مقدار خونی که از دهندگان گرفته می‌شود نیز متفاوت است، اما معمولاً برای خون کامل این مقدار ۵۰۰ سی سی است. بسیاری از اجزای سازنده خون، عمر مفید کوتاهی دارند و نگهداری و عرضه مداوم آن‌ها

با مشکلاتی همراه است. امور مربوط به اهدای خون در کشورهای مختلف توسط سازمان‌های متفاوتی انجام می‌پذیرد، مثلاً در استرالیا توسط « سرویس خون صلیب سرخ » این کشور و در ایران توسط سازمان انتقال خون انجام می‌گیرد. از نظر سازمان بهداشت جهانی وجود ۲ درصد اهداکننده در جامعه قابل قبول است. این آمار در کشور ایران برابر با ۲/۲ درصد است.

انواع اهدای خون:

- **اهدای حرفه‌ای:** در این نوع اهدا، فرد به ازای دریافت پاداش اقدام به خون دادن می‌نماید.
- **اهدای جایگزین یا فAMILI:** در این نوع اهدا یکی از آشنایان یا اقوام فردی که نیازمند به خون است اقدام به اهدای خون می‌نمایند. یکی از اهداف سازمان انتقال خون ایران حذف کامل خون جایگزین تا پایان سال ۸۲ بوده است.
- **اهدای داوطلبانه:** در این نوع اهدا فرد به‌طور داوطلبانه و فقط با انگیزه ایثار و نودوستی اقدام به خون دادن می‌نمایند.
- **اهدای اتولوگ:** در این نوع اهدا با شرایط خاصی که توسط پزشک یا کارشناس طب انتقال خون مشخص می‌شود، خون گرفته شده از فرد برای همان فرد در مواقع ضروری مورد مصرف قرار می‌گیرد.

۲-۱-۲- جنسیت در اهدای خون:

نسبت اهدای خون زنان به مردان در ایران ۱ به ۹ است. کمبود زمان، ترس از سوزن زدن و دسترسی سخت به مکان‌های اهدا، از دلایل اصلی عدم اهدای خون در مطالعات قبلی بود. علیرغم اینکه تقریباً ۵۰ درصد همه جوامع زنان هستند، نسبت زنان به مردان برای اهدای خون در ایران کمتر است در حالی که در ایالات متحده و هلند حدود نیمی از اهداکنندگان زن هستند.

با توجه به نیاز روزافزون به خون و فرآورده های خونی سالم، جذب و بسیج داوطلبان جدید از جامعه ضروری است. با توجه به فرهنگ جامعه ما زنان کانون توجه و آموزش مناسبی برای آشنایی و جلب و تشویق اهدای

خون در ایران هستند، زیرا درصد مشارکت آنها در اهدای خون پایین است (توگه و همکاران، ۲۰۱۵). فرآیند جذب اهداکنندگان خون بسیار پیچیده است و نیازمند تلاش مداوم و کار فعال است. در مطالعات انجام شده معمولاً دلایل گزارش شده برای عدم مشارکت زنان در جمعیت عمومی برای اهدای خون، ترس از کم خونی، ترس از سوزن، کمبود وقت و عدم اطلاع در مورد نیاز به خون بوده است و آگاهی نسبت به مردان در مورد فرآیندهای اهدای خون کمتر است. از آنجایی که دانش با تحصیلات مرتبط است و باورها مستقیماً تحت تأثیر محیط قرار می‌گیرند، به نظر می‌رسد داشتن آگاهی و نگرش بالاتر زنان در اهدای خون تأثیرگذار باشد.

۲-۱-۳- ملاک‌های اهدای خون:

وقتی که ذخایر خون کشور به زیر ۳ روز برسد این یعنی بحران. وقتی به مرزبحران نزدیک شویم باید با تنظیم دستورالعمل‌ها، آماده کردن جایگاه‌های انتقال خون برای پذیرایی اهداکنندگان، آموزش مردم و نوع تبلیغات می‌توان از مرز بحران رد شد، البته برای تشویق مردم برای اهدای خون باید کاری کرد. انتقال خود در موارد متعددی از قبیل جراحات شدید، تعویض خون در جریان اعمال جراحی، مداوای نوزادان زودرس و درمان تعدادی از بیماری‌های مزمن مورد نیاز است. هیچ جانشینی برای خون انسان وجود ندارد، لذا تمام منابع خون مورد نیاز باید توسط مردم تامین شوند. در سال‌های اخیر تقاضای خون افزایش چشمگیری داشته که علت آن راه، جدا از عوامل دیگر، باید در پیر شدن جمعیت و به وجود آمدن فرآیندهای درمانی و جراحی جدید جست‌وجو کرد؛ مانند پیوند اعضا. با وجودی که بسیاری از افراد توانایی اهدای خون دارند و موسسات متعددی نیز در مورد اهمیت اهدای خون اطلاع‌رسانی می‌کنند.

۱-۳-۱- ملاک‌های همدلی:

اهداکنندگان به انگیزش‌های مادی و توجه عمومی به اقدام‌شان، همانطور که نظریه رایج اقتصاد پیش‌بینی می‌کند، پاسخ می‌دهند. یعنی پاداش‌دهی به آنها سبب افزایش اهدای خون می‌شود.

تنها درصد اندکی از افراد واجد شرایط (۵ الی ۱۰ درصد) در دنیای غرب خون اهدا می‌کنند؛ در کشورهای در حال توسعه آمار از این هم بدتر است. در نتیجه، موارد کمبود عرضه خون (که به صورت پایین‌تر بودن سطح عرضه از مقدار خون مورد نیاز برای سه روز تعریف می‌شود) قاعده‌اند تا استثناء. در غرب، اهدای خون فعالیتی داوطلبانه و غیر انتفاعی است.

۱-۳-۲- ملاک های اجتماعی روانشناختی

به نظر می‌رسد بشردوستی تنها برای تضمین وجود جریان با ثباتی از عرضه خون کافی نیست. حال سوال این است که آیا ایجاد انگیزه‌های «مادی» افراد را به اهدای خون‌شان تشویق می‌کند؟ از منظر تئوریک، اثر انگیزش‌های اقتصادی بر اعمالی که نوعاً به دلایل «معنوی» انجام می‌شوند، نامشخص است. در حقیقت، برخی از اقتصاددانان که می‌توان اولین‌شان را تیتموس (Titmuss) دانست، اینطور استدلال کرده‌اند که انگیزه‌های اقتصادی سبب خنثی‌سازی و از بین رفتن (Crowding – Out) اثر انگیزش‌های معنوی می‌شوند (برای مثال با از بین بردن احساس «هدا» یا «مسئولیت مدنی»، یا ایجاد تردید در مورد انگیزه حقیقی اهدا، همانطور که توسط تیروول و بنابو در ۲۰۰۶ مطرح شد) و در نتیجه میزان اهدا را کاهش می‌دهند. تا حدود زیادی به‌خاطر همین نگرانی (در کنار نگرانی پیرامون کیفیت خون‌های اهدا شده تحت نظام پرداختی) است که اعطای خون در اکثر کشورهای غربی به صورت کاملاً داوطلبانه و غیر انتفاعی انجام می‌شود و حتی قوانین هرگونه پرداخت به اهداکنندگان را منع می‌کنند.

۱-۳-۳- ملاک های جهت گیری و نگرش

در یک طرح انگیزشی که در آن به افرادی که چندین بار خون اهدا می‌کردند مدال‌های پاداش داده می‌شد؛ ارزش مدال‌ها نه اقتصادی، بلکه اجتماعی بود. نتایج نشان می‌دهند که اهدا کنندگان نه تنها به مشوق مرخصی واکنش منفی نشان ندادند، بلکه سعی نمودند با قرار دادن روز اهدای خون خود در مثلا جمعه‌ها، امکان چند روز استراحت متوالی را برای خود فراهم آورند. این نشان می‌دهد که اثر مثبت

ملاحظات «مادی» در مجموع بر اثر منفی استفاده از مشوق‌های اقتصادی می‌چربد (منظور اثر ناخوشایند آن از منظر وجهه اجتماعی است). همچنین نشان داده شد که پاداش یک روز مرخصی باعث می‌شود اهداکنندگانی که کارمند هستند، به طور متوسط در سال یک‌بار بیشتر خون بدهند. البته ما همچنین شواهدی از آثار انگیزشی ناهمگون این اقدامات در میان اهداکنندگان نیز یافتیم، زیرا قاعدتا زیرمجموعه‌ای از اهداکنندگان تمایل ندارند که از پاداش‌های مادی استفاده کنند که این یافته با نظریه تیرول و بنابو (۲۰۰۶) نیز سازگار است که معتقد بودند نحوه برخورد با فعالیت‌های بشر دوستانه و مسائل مربوط به وجهه اجتماعی در جامعه ناهمگون است.

۱-۳-۴- دیدگاه‌های انگیزشی:

مطالعه الفوزان عنوان نموده است که مذهب نقش بسیار مهمی در عربستان دارد و انگیزه بزرگ اهدای خون است، به طوری که در این ۲۱٪ از اهداکنندگان باور دارند که اهدای خون یک وظیفه مذهبی است ولی در مناطق دیگر آن کشور این ۴۱٪ رسیده و به دلیل فتوایی بوده که در آن توصیه به اهدای خون جهت نجات جان انسان‌ها شده است. در مطالعه دیگری که در نیجریه انجام باورهای مذهبی جمعیت آنان در حدود ۷۱/۱۲ درصد بود. فاکتور مذهب می‌تواند یک انگیزه مثبت یا منفی در اهدای خون باشد به طوری که جمع‌آوری خون در عبادت‌گاه‌ها شان بیشتری ذکر شده است (برای جذب اهداکنندگان فاقد HIV).

در مطالعه دیگری که توسط ژاکوب و همکاران انگیزه برگشت اهداکنندگان در تانزانیا انجام شد. آزمایش در افراد بالای ۷۹ سال سن، با هدف بررسی PSA های عفونی و بررسی کلسترول و و در افراد زیر ۷۹ سال اهدای خون، دریافت هدایا و پاداش‌هایی همانند بلیط بخت آزمایی مشاهده گردید.

در مطالعه‌ای انگیزه انجام آزمایش‌های رایگان در ۷۱/۸٪ اهداکنندگان و انجام آزمایش HIV،

۱۸/۹٪ مشاهده شد، انگیزه‌ها مالی و گاهی دریافت یک روز مرخصی و یا وجود خونگیری در مکان‌های

عمومی مشاهده شده و در تحقیقی که توسط سوارز و همکاران و فرناندز و همکاران بر روی افراد جوانتر صورت گرفته، انجام وظیفه را انگیزه اهدای خون گزارش نموده است.

۲-۲- استرس

استرس و اضطراب احساس ناخوشایندی است که گاهی با آن مواجه می‌شویم. این احساس در حقیقت واکنشی است نسبت به رویدادها و شرایط دلهره‌آوری که در زندگی فرد ایجاد می‌شود. بنابراین این احساس هم جنبه ادراکی دارد و هم واکنش فیزیولوژیکی با خود به همراه دارد. پژوهش‌ها، نشان می‌دهند که بین استرس و برخی بیماری‌های روانتی رابطه‌ی تنگاتنگی وجود دارد و تنش موجب تغییرات بدنی معینی درون موجود زنده می‌گردد، تغییراتی از قبیل: ضعیف شدن سیستم ایمنی بدن، بزرگ شدن غدد فوق کلیه، کوچک شدن گره‌های لنفاوی، کوچک شدن اندازه‌ی مغز، تغییرات ژنتیکی و همچنین به وجود آمدن یا تشدید بیماری‌هایی همچون سردردهای میگرنی، فشارخون بالا، بیماری‌های قلبی، بیماری‌های پوستی، جوش‌های غرور جوانی، التهاب و زخم‌های گوارشی، حساسیت‌ها، آسم، ناباروری، سرطان، بیماری مولتی‌پلاسکلروزیس، روماتوئیدآرتريت و حتی مرگ با فشار روانی ارتباط دارد (خیائو، یانگ، شی و همکاران، ۲۰۱۹؛ لوپیزو، توساتو، بگنی و همکاران، ۲۰۱۷؛ اسلاویچ، ۲۰۱۶؛ اشنایدرمن، آیرونسون و سیگل، ۲۰۰۵).

در واقع ما اضطراب را هم در ذهن و هم در جسم خود تجربه می‌کنیم. اگر علائم استرس و اضطراب طولانی باشند باعث ایجاد اختلال در زندگی شخص می‌شود که البته به کمک گرفتن از درمانگر می‌توان آن را کنترل و درمان کرد. هیچ کس بدون کوشش نمی‌تواند به چیزی دست یابد. تصمیم‌گیری در مورد این که فرد هنگام استرس چه کار باید بکند نیازمند به قضاوت خود او است، که این قضاوت‌ها متأسفانه به وسیله هیجانات منفی که در اثر تجارب منفی گذشته به وجود آمده‌اند تحت تأثیر قرار می‌گیرند. مثلاً فردی که بحران زده است اگر در گذشته به ندرت تجربه‌ای موفقیت‌آمیز در تأثیر گذاردن بر دنیا برای تغییر اوضاع داشته و علاوه بر آن افسردگی در او تولید ناامیدی کرده باشد احتمالاً حتی با وجود کارهای فراوانی که می‌تواند برای اصلاح وضعیت خود انجام بدهد در صدد مقابله با مسئله بر نمی‌آید. این افراد به جای این که

خود را بازیگر نقش اصلی در زندگی بدانند خود را قربانی اعمال، رفتار و تلقینات دیگران می‌دانند. ناباوری نسبت به کارایی خود مانع بزرگی برای حل مسئله است، چون در این حالت فرد کمترین تلاشی برای حل مسئله انجام نمی‌دهد مطالعات نشان داده‌اند که تنش‌زها و عوامل تولید استرس می‌توانند ما را در معرض عوامل دیگر استرس قرار دهند (پیرلین، ۲۰۱۰). دسته اول، استرس‌زهای اولیه و دسته دوم، استرس‌زهای ثانویه نامیده می‌شوند. استرس‌زهای اولیه آن‌هایی هستند که به لحاظ زمانی ممکن است زودتر از دیگر عوامل استرس‌زا ظهور یابند. عامل استرس‌زا ممکن است حادثه، به خصوص حوادث ناخواسته مقطعی و یک باره، باشد، نظیر مرگ کسی که دوستش داریم، آسیب جسمی و ازدست‌دادن شغل؛ یا می‌تواند یک استرس مزمن و ادامه‌دار باشد، مانند وجود اضافه‌بار نقش در محل کار یا خانواده. استرس‌زهای ثانویه، به مثابه پیامدهای استرس‌زهای اولیه ظاهر می‌شوند. به این دلیل به آنها ثانویه گفته نمی‌شود که شدت یا آسیب‌زایی آنها کمتر از استرس‌زهای اولیه است، آنها تنها به دلیل تقدم و تأخر زمانی، و نه میزان اهمیت در فرایند استرس، ثانویه نامیده می‌شوند (پیرلین، ۱۹۸۹). همچنین، یکی از پیامدهای قرار گرفتن در معرض تنش‌زهای مزمن اولیه و ثانویه، قرار گرفتن در معرض شرایط شبه استاتیک است که به این مسئله اشاره دارد که هر قدر زمان قرار گرفتن در معرض استرس مزمن بالاتر باشد، میزان مقاومت در برابر بیماری‌ها و امراض روانی کمتر می‌شود (ویتون و همکاران، ۲۰۱۰). الگوهایی که به طور خلاصه در اینجا تشریح می‌شوند، دربرگیرنده، الگوهای رفتاری، شناختی، ساختارگرایی اجتماعی، انسان‌گرا و تکاملی و در عین حال نظام‌های خانوادگی و اجتماعی-فرهنگی است (پروچسکا و نورکراس، ۲۰۰۷؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۷).

منابع استرس:

در دسته‌بندی کلی، منابع استرس‌زا را به دو دسته حوادث یا رخداد‌های تغییر زندگی در مقابل استرس‌زهای مزمن تقسیم می‌کنند. رخداد‌های استرس‌زا وقایع عینی و درخور مشاهده‌ای هستند که در مقطع زمانی کوتاه‌مدت و عموماً به‌هنگام بروز تغییرات اساسی زندگی بر فرد وارد می‌شوند و آغاز و پایان مشخصی دارند. مهم‌ترین مشخصه حوادث زندگی مقطعی بودن و مشخص بودن آغاز و پایان وقوع یک حادثه به لحاظ زمانی

است. طلاق، ازدست‌دادن شغل، و مرگ همسر نمونه‌های کلاسیکی از حوادث زندگی محسوب می‌شوند. در مقابل، استرس‌زاهای مزمن تنش‌زایی هستند که ضرورتاً به مثابه حادثه آغاز نمی‌شوند، بلکه به صورت آهسته و پیوسته و به شکل مشکلاتی در محیط اجتماعی یا نقش‌های روزمره خود را نشان می‌دهند و به تدریج، در نقش عامل استرس‌زای مزمن و ماندگار خود را بر فرد تحمیل می‌کنند (ویتون و منتظر، ۲۰۱۰). ویتون (۱۹۹۷) هفت نوع از مشکلات را استرس‌زاهای مزمن برشمرده است:

- تهدیدها (نظیر تهدیدهای ناشی از خشونت فیزیکی یا زندگی در محلات جرم‌خیز)؛
 - مطالبات و انتظارات (وظایف یا انتظاراتی که فرد توانایی برآوردن آنها را ندارد، نظیر اضافه‌بار نقش به علت انتظارات متعدد و متناقض)؛
 - فشارها و محدودیت‌های ساختاری (نظیر فقدان امکانات یا ابزار لازم برای دستیابی به اهداف یا محدودیت‌های ساختاری برای انتخاب گزینه‌ها و شقوق موردنظر)؛
 - محرومیت و کم‌پاداشی (نسبت اندک منافع حاصل در مقایسه با تلاش‌های انجام‌شده؛ مثلاً دریافت دستمزد اندک در مقایسه با دیگران، علی‌رغم انجام کاری مشابه، به علت وجود تبعیض جنسیتی، سنی، یا نژادی)؛
 - پیچیدگی (نظیر کثرت مطالبات و تقاضاها، تعارض و تضاد مستقیم بین مسئولیت‌های نقش‌های اجتماعی گوناگون، یا محتوای پیچیده مسئولیت‌های نقش)؛
 - ابهام و عدم اطمینان (انتظار ناخواسته برای رسیدن به یک نتیجه، یا زمانی که فرد تمایل یا نیاز به راه‌حلی برای پایان‌دادن به مشکلاتش دارد)؛
 - تضاد و تعارض (بروز مشکلاتی در روابط با دیگران زمانی که به طور مداوم ریشه‌دار و نهادینه شده‌اند و راه‌حلی برای آنها وجود نداشته باشد، مانند تضاد بر سر ارزش‌ها یا اهداف).
- در تقسیم‌بندی دیگری، ویتون و منتظر (۲۰۱۰)، با ترسیم پیوستار استرس، انواع منابع استرس‌زا را برحسب میزان تداوم زمانی مرتب کرده‌اند:

- حوادث تروماتیک: رخداد ناگهانی بسیار آسیب‌زا و جدی که سبب وارد آمدن آسیب روانی شدید به فرد می‌شود، مانند مرگ نزدیکان که رخدادی ضربتی و آسیبی‌آنی و جدی محسوب می‌شود.
- حوادث مربوط به تغییر زندگی: رویدادی که جهت زندگی را تغییر می‌دهد لزوماً منفی نیست، ولی بر استرس می‌افزاید؛ مانند تغییر محل زندگی، ازدواج، صاحب فرزند شدن و...
- گرفتاری‌های روزمره: نیازهای آزار دهنده‌ای که بخشی از تعامل روزمره ما با محیط هستند. برای نمونه تصویرکردن مرگ در ذهن، کم‌خوابی، صداها ناهنجار، تنها ماندن و... برخی گرفتاری‌های احتمالی روزمره معرفی شده‌اند هرچند، بسته به موقعیت، می‌توانند واکنش‌هایی به استرس‌های بیرونی یا سنجه‌های پریشانی روانی در نظر گرفته شوند.
- بی‌رخدادی: گرسن و همکاران (۱۹۷۴) مفهومی تحت عنوان بی‌رخدادی را معرفی می‌کنند که به معنای انتظار برای وقوع رخدادهای خوشایندی است که اتفاق نمی‌افتند یا به تعویق انداخته می‌شوند. به عبارت دیگر، تنها وقوع حوادث و رخدادهای ناخوشایند نیست که استرس‌زا محسوب می‌شود، بلکه عدم وقوع اتفاقات و پدیده‌های مورد انتظار و خواستنی نیز می‌تواند عاملی برای ایجاد یا تشدید استرس باشد. برای نمونه بچه‌دار نشدن غیرارادی برای یک زوج جوان، مجرد ماندن تا سنین بالا علی‌رغم تمایل به ازدواج، و انتظار برای دریافت ترفیع از کارفرما می‌توانند انواع احتمالی از استرس‌های ناشی از بی‌رخدادی باشند.
- استرس‌زای مزمن: این استرس‌زاهای عموماً از یک رخداد شروع نمی‌شوند، بلکه به آرامی از مشکلات اجتماعی ناشی از نقش‌ها و محیط اجتماعی ما ریشه می‌گیرند؛ معمولاً بیش از دیگر رخدادها طول می‌کشند و مدت زمان بیشتری دوام دارند. برای نمونه زندگی کردن در محله‌های جرم‌خیز یا محله‌هایی که آلودگی صوتی و ترافیک زیاد دارند.
- استرس تروماتیک مزمن: استرس‌زاهای مزمنی که ضربه شدید روانی و آسیب جدی به فرد وارد می‌کنند. مانند مادری که فرزندی با معلولیت ذهنی جدی دارد و ناچار است که به طور دائم از او مراقبت کند.

مطالعات نشان داده‌اند که تنش‌زها و عوامل تولید استرس می‌توانند ما را در معرض عوامل دیگر استرس قرار دهند (پیرلین، ۲۰۱۰). دسته اول، استرس‌زهای اولیه و دسته دوم، استرس‌زهای ثانویه نامیده می‌شوند. استرس‌زهای اولیه آنهایی هستند که به لحاظ زمانی ممکن است زودتر از دیگر عوامل استرس‌زا ظهور یابند. عامل استرس‌زا ممکن است حادثه، به خصوص حوادث ناخواسته مقطعی و یکباره، باشد، نظیر مرگ کسی که دوستش داریم، آسیب جسمی و ازدست‌دادن شغل؛ یا می‌تواند یک استرس مزمن و ادامه‌دار باشد، مانند وجود اضافه‌بار نقش در محل کار یا خانواده. استرس‌زهای ثانویه، به مثابه پیامدهای استرس‌زهای اولیه ظاهر می‌شوند. به این دلیل به آنها ثانویه گفته نمی‌شود که شدت یا آسیب‌زایی آنها کمتر از استرس‌زهای اولیه است، آنها تنها به دلیل تقدم و تأخر زمانی، و نه میزان اهمیت در فرایند استرس، ثانویه نامیده می‌شوند (پیرلین، ۱۹۸۹). همچنین، یکی از پیامدهای قرارگرفتن در معرض تنش‌زهای مزمن اولیه و ثانویه، قرارگرفتن در معرض بار شبه‌استاتیک است. بار شبه‌استاتیک به این مسئله اشاره دارد که هر قدر زمان قرارگرفتن در معرض استرس مزمن بالاتر باشد، میزان مقاومت در برابر بیماری‌ها و امراض روانی کمتر می‌شود (ویتون و منتظر، ۲۰۱۰).

در باب اثرات عوامل ساختاری به‌عنوان منابع تولید استرس، می‌توان گفت هم نوع عامل تنش‌زایی که فرد با آن مواجه می‌شود و هم ادراک فرد از آن عامل به‌عنوان واقعه‌ای خوشایند یا ناخوشایند، عموماً در چارچوب بافت اجتماعی زندگی هر فردی معنادار و قابل توضیح است. به پیروی از پیرلین (۱۹۸۹)، می‌توان نقش بافت و زمینه اجتماعی در تولید، توزیع و واکنش به استرس را در دو محور اصلی طبقه‌بندی کرد: ساختارهای اجتماعی (نظام‌های قشربندی، نظیر طبقه، نژاد، قومیت، جنسیت، سن، و...)، و نهادهای اجتماعی (پایگاه‌ها و نقش‌های اجتماعی). در بسیاری مواقع، ردپای این تنش‌زها را می‌توان در ساختارهای اجتماعی و جایگاه‌های افراد در درون این ساختارها دنبال کرد. فراگیرترین این ساختارها نظام‌های قشربندی متعددی هستند که جوامع را به بخش‌هایی نابرابر (فقیر و غنی، سفید و سیاه، مرد و زن) تقسیم می‌کنند. این نظام‌ها تبلور و نمودی از توزیع نابرابر منابع، فرصت‌ها و ارزش‌ها در جامعه هستند. قرارگرفتن در برخی از این بخش‌ها می‌تواند به خودی خود منبع دریافت استرس اجتماعی باشد (پیرلین، ۱۹۸۹). یک زمینه ساختاری مهم

دیگر، نهادهای اجتماعی و جای‌گیری افراد در پایگاه‌ها و نقش‌های اجتماعی است. از الزامات ایفای یک نقش نهادین، احتمال مواجهه مداوم با موقعیت‌ها و انتظارات متعدد و گاه متناقض است. زمانی که نقش‌ها تهدیدآمیز و مشکل‌زا باشند، فرد ایفاگر نقش در موقعیت استرس‌زا قرار می‌گیرد. شواهد بسیاری وجود دارد مبنی بر اینکه این نوع عوامل استرس‌زا به‌وفور در نقش‌های شغلی و خانوادگی یافت می‌شوند؛ به‌ویژه هنگامی که بین الزامات و انتظارات این دو نقش تعارضی وجود داشته باشد. ضمن آنکه به هنگام ایفای نقش، فرد به تنهایی عمل نمی‌کند؛ بلکه هر نقش بخشی از مجموعه‌ی نقشی بزرگ‌تری است که پیرامون آن، روابط بین شخصی دیگری شکل گرفته‌اند. این روابط بین شخصی که خود مولد شبکه‌های اجتماعی‌اند، معمولاً برای طرفین رابطه اهمیت بسیاری دارند و می‌توانند منبعی از استرس محسوب شوند. بنابراین، بافت و زمینه‌های اجتماعی زندگی انسان‌ها بیگانه از فرایند استرس نیست؛ بلکه به نوعی بنیان آن را تشکیل می‌دهد. این بافت اجتماعی، منبع مشقت یا مزیت، تهدید یا امنیت، و تضاد یا هماهنگی است.

۲-۲-۱- دیدگاه رفتاری

رفتارگرایی با مردود دانستن تأکید بر ذهن خودآگاه و ناخودآگاه، به نسبت دیدگاه‌های نظری پیشین، تغییر عمده‌ای به حساب می‌آمد. رفتارگرایی با تأکید محض بر رفتار قابل مشاهده، جنبه علمی‌تری به روان‌شناسی بخشید. رفتارگرایان (برای نمونه اسکینر، ۱۹۳۸) رفتار قابل مشاهده را هدف اصلی روان‌شناسی به طور کلی تلقی کردند. شگفت نیست که آنها نابهنجاری را به منزله تظاهر رفتارهای کژ سازگارانه می‌بینند. ایشان تصور می‌کنند این رفتارها از طریق فرایندهای شرطی سازی کنشگر (یادگیری از طریق تقویت و تنبیه) یا شرطی سازی کلاسیک (یادگیری از طریق پیوند) آموخته شده‌اند. اگر شرایط محیطی مناسب مهیا شود، هر فردی قادر به یادگیری این رفتارهاست. جان واتسون، به سرعت به عنوان یکی از قویترین مبلغان و طرفداران رفتارگرایی در مقاله‌ای با عنوان: روان‌شناسی، آن‌گونه که یک رفتارگرا به آن می‌نگرد، که در سال ۱۹۱۳ منتشر کرد به تشریح اصول بنیادی این مکتب فکری جدید پرداخت و سپس در کتاب درسی خود به نام (رفتارگرایی)، تعریف زیر را برای آن ارائه کرد: رفتارگرایی، موضوع اصلی روان‌شناسی انسان را رفتار قابل

مشاهده و قابل سنجش فرد می‌داند. رفتارگرایی ادعا می‌کند که ناخودآگاه نه مفهومی قابل تعریف است و نه قابل استفاده. رفتار درمانگران، استرس را واکنشی می‌دانند که بر اساس قوانین یادگیری قابل توجیه است. در دیدگاه آنها بسیاری از حالات غیر عادی روانی، پاسخ‌های شرطی هستند که به نحوی تقویت می‌شوند و ادامه می‌یابند (سیلیگمن، ۱۹۷۳).

پس از این تجربه، زمانی که با محرک‌های نامطلوب دیگری، ولی گریزپذیر، مواجه می‌وند، دست به فرار نمی‌زنند و رفتارهایی که بروز می‌دهند، به نظر می‌رسد شبیه به همان رفتارهای بیماران افسرده باشد. بر این اساس تغییر شرایط محیطی نیز ممکن است منجر به حذف رفتارهای نامطلوب شود. درمان‌های رفتاری تلاش می‌کنند این کار را با ارائه تقویت‌هایی (پیامدهای مثبتی) که موجب تداوم رفتار می‌شوند، انجام دهند. رفتارهای نامطلوب در جریان درمان تغییر داده می‌شوند (به کمک روش‌های خاصی چون اصلاح رفتار، درمان اجتنابی، غرقه‌سازی یا حساسیت‌زدایی نظام‌مند) و رفتارهای مناسب‌تر با تشویق تقویت می‌شوند. اهداف درمان، به کمک درمان‌جو تنظیم می‌شوند. از این رو، کنترل کاملاً در دستان درمانگر نیست. در مورد افسردگی، کار درمانی مستلزم افزایش فراوانی رفتار اجتماعی و حصول اطمینان از این موضوع است که آنها با پیامدهای خوشایند و مطلوب پیوند می‌یابند.

استفاده از روش‌های نوین داده‌کاوی برای تحلیل و رده‌بندی اهداکنندگان خون، شیوه نگرش سازمان‌های انتقال خون را به روند اهدای خون تغییر می‌دهد. بررسی رفتار اهداکنندگان به شناسایی سریع‌تر و دقیق‌تر وفاداری اهداکنندگان و مدیریت صحیح پایگاه خون کمک می‌کند.

در زمینه بررسی نگرش‌های مراجعه‌کنندگان به اهدای خون، کفاش‌پور و همکاران با استفاده از نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده در ایران مطالعه‌ای انجام دادند. متغیرهای مستقل در این تحقیق، باورهای سه‌گانه مدل رفتار برنامه‌ریزی شده (رفتاری، هنجاری و ادراکی) بود و متغیر وابسته (هدف) تمایل افراد نسبت به اهدای داوطلبانه خون بود. نتایج نشان داد که از میان متغیرهای مدل، میزان کنترل رفتار ادراکی افراد تاثیر بیشتری در تمایل اهدای خون آنها دارد. اهمیت باور ادراکی در تمایل به اهدای خون تایید گردید. رخشانی و همکاران نشان دادند که بین آگاهی برای اهدا و متغیرهای سن و سطح

تحصیلات ارتباط آماری معنا داری وجود ندارد اما بین جنس و آگاهی ارتباط آماری معنا داری هست، زیرا آگاهی زنان به اهدای خون بیش از مردان بود.

در ارتباط اهدای خون با سن و جنس افراد مدلی مفهومی برای بررسی اثر انگیزه اهداکننده خون، رضایت‌مندی و وفاداری و آرا ئه ارتباط بین انگیزه اهداکننده، و رضایت‌مندی وجود دارد.

۲-۲-۲- دیدگاه شناختی:

روان‌شناسان شناختی مانند بک (۱۹۶۳)، رفتار نابهنجار را با الگوهای فکری تحریف شده پیوند می‌دهند که در نهایت به رفتار مختل می‌انجامد. این تحریفات می‌توانند شامل تفکر دو مقوله‌ای (هرچیز را یا سیاه یا سفید دیدن) و تعمیم افراطی (اتفاقی که یک بار رخ داده است، همیشه اتفاق خواهد افتاد) باشد چنین افرادی سوگیری‌هایشان را با عدم توجه به حوادثی که دیدگاه های منفی‌شان را حمایت نمی‌کند، حفظ می‌کنند.

درمانگران شناختی نیز مانند رفتارگراها چندان که به تبدیل این شیوه های تفکر به شیوه‌هایی واقع‌گرایانه و سازگارانه اهمیت می‌دهند، هدف درمانگران شناختی شناسایی افکار تحریف شده و یافتن برنامه‌هایی است که آنها را حذف می‌کنند و با فرایندهای فکری و رفتارهای معقول و منطقی‌تری جایگزین می‌کنند. هر محرک درونی، شناختی یا محرکهای بیرونی و محیطی که سلامت روانی و آرامش جسمی افراد را برهم می‌زند و از حد توانایی‌های فرد فراتر رود، استرس نام دارد و غالباً در افرادی دیده می‌شود که نمی‌توانند منابع و موقعیت‌های استرس‌زا را به خوبی مدیریت کرده و با آنها سازگار شوند (چاندران، ۲۰۰۵). درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برخاسته از پژوهش گسترده در حوزه‌ی شناسایی عوامل و فرآیندهای شناختی پیش‌بینی کننده‌ی استرس و آشفتگی‌های هیجانی است که توسط سگال، ویلیامز و تیزدل در سال ۱۹۹۲ مطرح شده است (کینگستون، دولی، بیتس و همکاران، ۲۰۰۷). این رویکرد با تاکید بر موضوعاتی مانند نگرش جدید، پذیرش بدون قضاوت، یکپارچگی، افزایش خودآگاهی، ارزشها، معنویت، روابط و دیالکتیک، نزدیک شدن به احساسات، افکار و حس‌های بدنی به بهبود حالت روانشناختی می‌پردازد. درمان‌های مبتنی

بر ذهن آگاهی به واسطه‌ی اینکه به هر دو بعد جسمانی و ذهنی می‌پردازند، اثربخشی بالایی دارند. پس الگوی شناختی، شناسایی و دگرگون کردن الگوهای فکری مشکل آفرین را در برمی‌گیرند.

۲-۲-۳- دیدگاه اجتماعی

تحت تأثیر مطالعات اولیه روان‌شناسان و محققان حوزه‌های پزشکی، در دهه ۱۹۸۰، رویکرد جامعه‌شناختی فرایند استرس شکل گرفت و از همان زمان تاکنون، بخش گسترده‌ای از مطالعات حوزه سلامت روان را تحت تأثیر قرار داده است. محققان حوزه سلامت روان، همواره علاقه‌مند به کشف آن دسته از فرایندهایی بوده‌اند که سبب می‌شوند تا عوامل تنش‌زا به شکل نشانه‌های پریشانی روانی یا دیگر اختلالات بروز نمایند. در همین زمینه، پس از دهه ۱۹۸۰، جامعه‌شناسان سلامت روان مدل‌های گوناگون فرایند استرس را معرفی کرده‌اند (بیلینگز و موس، ۱۹۸۲؛ پیرلین و همکاران، ۱۹۸۱). در نتیجه این مطالعات، یک رویکرد منسجم فرایند استرس در جامعه‌شناسی سلامت روان شکل گرفته است. این رویکرد قادر است نشان دهد که چگونه و چرا تنش‌زاهای بیرونی در محیط اجتماعی، به مشکلات و اختلالات روانی در فرد تبدیل می‌شوند. با استفاده از الگوی فرایند استرس میتوان سازوکار فرایند تبدیل تنش‌زها به پریشانی روانی را توضیح داد و تفاوت‌های موجود در واکنش به عوامل تنش‌زا را تبیین کرد

می‌توان گفت ایده‌های جامعه‌شناسانه در مطالعه جامعه‌شناختی استرس در رویکرد فرایند استرس به اوج خود رسید. مقاله کلاسیک پیرلین و همکاران (۱۹۸۱) درباره فرایند استرس موجب طراحی مدلی مفهومی شد که به مدت ربع قرن، الهام‌بخش پژوهش‌های جامعه‌شناختی درباره استرس بود. در مقدمه این مقاله چنین آمده است: «فرایند استرس اجتماعی می‌تواند ترکیبی از سه قلمرو مفهومی اصلی در نظر گرفته شود: (۱) منابع استرس (نظیر حوادث زندگی، فشارهای مزمن زندگی)؛ (۲) میانجی‌ها و تعدیل‌کننده‌های استرس (نظیر حمایت اجتماعی، سبک‌های مقابله)؛ و (۳) تجلی‌ها و پیامدهای استرس (از لابه‌های میکروبیولوژی استرس تا تجلیات عاطفی و رفتاری بیرونی) (پیرلین و همکاران، ۱۹۸۱).

در واقع، پیرلین سعی کرد نقش عوامل اجتماعی را در سه حوزه اساسی تولید استرس، تنظیم و تعدیل استرس و واکنش به استرس برجسته کند. در مجموعه مقالات بعدی، پیرلین (۱۹۸۹ و ۱۹۹۹) به تکمیل نظریه استرس اجتماعی خود پرداخت تا بتواند بافت اجتماعی را که فرایند استرس در آن رخ می‌دهد نیز در مدل خود بگنجانند. به عقیده او، فرایند استرس بر سه فرض اساسی بنا شده است:

(۱) فرایند استرس به‌عنوان شبکه علی متراکم و انباشتنی، از ماهیتی پویا برخوردار است، پس تغییر در یکی از عوامل استرس‌زا به تغییر در دیگر عوامل منجر می‌گردد.

(۲) حضور و بروز استرس اجتماعی شاخصه و خصوصیت زندگی عادی و روزمره است؛ تجربه‌کردن استرس در زندگی، به‌هیچ‌وجه غیرمعمول یا نابهنجار نیست. چنان‌که پیرلین اظهار کرده است، این نکته ویژگی‌ای است که با نظریه دورکیم درباب خودکشی (به‌عنوان پیامدی از انواع پیوندهای اجتماعی) و نیز نظریه مرتن درباب آنومی (که آن را پیامد طبیعی شکاف بین اهداف مقبول اجتماعی و وسائل دستیابی به آنها می‌دانست) هم‌خوانی دارد.

(۳) مفروض است که منشأ استرس در جهان اجتماعی است. این قضیه سبب می‌شود تا جامعه‌شناسان استرس به سمت مطالعه منابع بی‌واسطه و نزدیک استرس سوق پیدا کنند تا منابع باواسطه و دور. در نتیجه این تغییر مسیر مطالعاتی، تأکید بر اثرات تاریخ و زیست‌شناسی کاهش یافته و اهمیت بافت اجتماعی در تولید و توزیع استرس برجسته‌تر می‌شود (آویسون و توماس، ۲۰۱۰؛ ۲۴۴).

۲-۲-۴- الگوی انسان‌گرا و وجودگرا

رویکردی پویا یا پویه‌نگر است و بر دلواپسی‌هایی تمرکز می‌کند که در هستی انسان ریشه دارند. در روان‌شناسی وجودگرا هر فرد شامل نیروها، انگیزه‌ها و ترس‌های ناخودآگاه و خودآگاهی است که در درونش به کنش مشغول‌اند. بر تعارض اساسی متفاوتی تأکید دارد: نه تعارض با غرایز سرکوب شده و نه تعارض با بالغین مهم درونی شده، بلکه تعارضی حاصل رویارویی فرد با مسلمات هستی‌روان‌درمانی‌های انسان‌نگر، درمان‌هایی بر اساس مدلی پویای از کارکرد روانی هستند. اکتشاف عمیق از چشم‌انداز درمانگر، روبیدن و

کنار زدن دلواپسی‌های روزمره و تفکر عمیق فرد درباره موقعیت است. هسته اساسی این رویکرد، این است که افراد به سمت خودشکوفایی (بالفعل سازی استعداد های بالقوه شان) برانگیخته می‌شوند. آنها مختارند در مورد زندگی شان تصمیم بگیرند و مسئولیت آنچه را انجام می‌دهند، بپذیرند.

مفاهیم دیدگاه وجودی: انواع بودن فرد در دنیا

۱. بودن در طبیعت: اشاره به ارتباط ما با جنبه زیستی و مادی دنیا.

۲. بودن با دیگران: اشاره به دنیای شخصی و دنیای اجتماعی.

۳. بودن برای خویشتن: اشاره به دنیای خودمان، نحوه اندیشیدن در مورد خودمان و آنگونه که خود را احساس و ارزیابی می‌کنیم.

از نظر این رویکرد ما آدم های آزاد برای انتخاب هستیم پس در برابر اعمال خود مسئولیت داریم. بنابراین برای مسئول بودن فرد اهمیت زیادی قائل اند. از نظر دیدگاه وجودی انسان ها عادت به بازی کردن نقش های خاص دارند و به چشم بیمار به آن ها نگاه نمی‌شود.

مفاهیم دیدگاه وجودی

۱. مرگ:مرگ جوهره اساسی برای کشف معنا و هدف زندگی است.

زیرا زندگی به دلیل به پایان رسیدن بامعناست. در این دیدگاه گفته می‌شود که نحوه زندگی کردن بسیار مهم تر از مدت زمان و طول زندگی ماست.

روبرو شدن فرد با مرگ می‌تواند تغییر شگفت انگیزی در مسیر زندگی فرد در دنیا باشد.

۲. معنا: تلاش جهت ایجاد حس معنا و هدفمندی در زندگی.

این مسئله وجودی تمایز بین انسان از سایر موجودات است. دغدغه اصلی فرد در زندگی کشف معنا می باشد زیرا که این معنا به زندگی جهت می دهد.

دلیل اصلی استرس و اضطراب در دنیای امروز نبود معناست.

راه های ایجاد معنا: کار کردن، عشق ورزیدن، کمک به دیگران، رنج کشیدن و...

۳. تنهایی:انسان ها با وجود داشتن دوستان زیاد باز تنها هستند.

تنها خودمان می‌توانیم به زندگی خود معنا بدهیم و تصمیم بر چگونه زندگی کردن بگیریم.

انسان‌ها باید این تنش آرزوی پیوند با دیگران و واقعیت تنهایی خود را مدیریت کنند.

انسان‌ها در صورتی می‌توانند با دیگران رابطه خوبی برقرار کنند و دوست داشته شوند که با تنهایی خود کنار آمده باشند.

۴. آزادی:انسان موجودی آزاد و مستقل و بنابراین مسئول انتخاب و هدایت زندگی و شکل دادن به زندگی خود است.

از نظر فرانکل(روانپزشک وجودی) هیچ‌گاه نمی‌توان آزادی را از انسان گرفت زیرا دست کم انسان قادر به انتخاب رفتار و نگرش خودش نسبت به شرایط تعیین شده است.

آزادی در این دیدگاه یعنی:

توانایی اتخاذ موضع در مواجهه با شرایط نه آزادی از شرایط.

سبک‌های مقابله با فشار روانی

عوامل فشار روانی را نمی‌توان کاملاً از بین برد، بلکه می‌باید افراد را از درون مایه‌کوبی کرد و به آنها آموخت تا چگونه مسائل را تفسیر و از چه شیوه‌های کارآمدی برای رویارویی با مشکلات استفاده کنند.

لازاروس و فولکمن معتقدند که هیجان‌ات و برانگیختگی تنکرد شناختی ایجاد شده بر اثر موقعیتهای پرفشار، بسیار آزارنده و ناراحت کننده است، و این ناراحتی شخص را بر می‌انگیزد تا به دنبال راهی برای کاهش آن باشد. فرایندی که از طریق آن شخص سعی می‌کند فشارهای روانی را تدبیر کند مدارا نامیده می‌شود، که به دوشکل اصلی صورت می‌گیرد. شخص می‌تواند به مسئله یا وضعیت خاصی که پیش آمده بپردازد و به دنبال راهی باشد برای تغییر دادن وضعیت یا اجتناب از آن درآینده. این شیوه مدارای مشکل مدارا نامیده می‌شود. همچنین شخص می‌تواند حواس خود را برتسکین و تخفیف هیجان‌ات همراه با موقعیت پرفشار متمرکز کند. حتی اگر نتوان آن موقعیت پرفشار را تغییر داد. این فرایند دوم مدارای هیجان مدارا نامیده می‌شود. اکثر مردم در مواجهه با یک موقعیت پرفشار از هر دونوع مدارای مشکل مدارانه و مدارای هیجان مدارا استفاده می‌کنند.

لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) دو نوع کلی مقابله با فشار روانی را مشخص کرده اند: مقابله متمرکز برمشکل (مسئله مدار) و مقابله متمرکز بر هیجان(هیجان مدار). راهبرد متمرکز بر مشکل می‌تواند معطوف به بیرون باشد. هدف راهبردهای مقابله‌ای معطوف به بیرون تغییر موقعیت یا رفتارهای دیگران است، در صورتی که راهبردهای مقابله‌ای معطوف به درون شامل تلاشهایی است که برای بررسی مجدد نگرشها و نیازهای خود و کسب مهارت‌ها و پاسخهای تازه انجام می‌دهیم. هدف اصلی مقابله متمرکز بر هیجان کنترل ناراحتی هیجانی است. راهبردهای مقابله‌ای متمرکز بر هیجان شامل تمرین جسمانی، مراقبه، بیان احساسات و جستجوی حمایت اجتماعی است. وقتی افراد احساس کنند که می‌توانند درباره مشکل یا موقعیت کاری انجام دهند، به احتمال زیاد به مقابله متمرکز بر مشکل دست می‌زنند. ولی زمانی که مشکل یا موقعیت را فراتر از توانایی‌های خود تلقی می‌کنند، به احتمال زیاد به مقابله متمرکز بر هیجان دست می‌زنند.

یکی از مهمترین تقسیم‌بندی‌ها، مربوط به اندلر و پارکر (۱۹۹۴) است. این تقسیم‌بندی در جریان تهیه پرسشنامه سبک‌های مقابله با فشار روانی صورت گرفته است آنها سبک‌های مقابله‌ای را به سه دسته تقسیم کردند: (۱) مقابله عملی (تکلیف مدار)، (۲) مقابله هیجانی و (۳) مقابله اجتنابی. که هدف پژوهشگر نیز در این پژوهش بررسی این سه سبک مقابله می باشد.

لازم به ذکر است که این نوع تقسیم بندی بیشتر مورد توجه پژوهشگران و صاحب‌نظران نیز قرار گرفته است. راجر و همکاران نیز علاوه بر تأیید سه راهبرد قبل، راهبرد چهارمی را تحت عنوان راهبرد انفصالی (Detachment Strategie به این طبقه بندی اضافه کردند. که هدف فرد از به کارگیری آن درگیری کمتر با موقعیت‌های فشارزا می باشد. به گونه ای که به طور مؤثرتری بتوان موقعیت را کنترل نمود. اما مطالعات بعدی نشان داد دو طبقه آخر به ویژه در ایران روی هم رفته یک شیوه مقابله ای محسوب می شوند. روت و کوهن و کرون سبک‌های مقابله را به دو دسته مقابله رویاوری و مقابله اجتنابی تقسیم می‌کنند. ویژگی اصلی سبک مقابله رویاوری، برداشتن گام‌های فعال در مواجهه مستقیم با عامل استرس‌زا به منظور بهبود بخشیدن به پیامدهای آن است. نمونه هایی از این سبک مقابله عبارتند از آغازگری، عملکرد مستقیم، افزایش تلاش‌های فردی، وسعی در به کارگیری راهبرد مقابله‌ای از پیش طراحی شده.

ویژگی اصلی سبک مقابله اجتنابی، دوری گزیدن از عامل استرس‌زا است. نمونه‌هایی از این نوع سبک مقابله عبارتند از: نادیده انگاری، بی اهمیت دانستن، ایجاد فاصله روان شناختی، یاری‌طلبی از دیگران، پرداختن به تکالیف دیگر. روت و کوهن سبک مقابله رویاوری را در شرایطی مفید می دانند که الف) موقعیت قابل کنترل باشد؛ ب) منبع استرس برای فرد شناخته شده باشد؛ ج) نتایج دراز مدت باشد. بر این اساس، مقابله رویاوری عبارت است از جهت‌گیری به سمت مشخصه‌های مربوط به موقعیت و دوری از اطلاعات نامربوط و زیان‌بخش. از سوی دیگر، سبک مقابله اجتنابی زمانی کارآمدتر است که: الف) امکانات هیجانی محدودند (اعتماد به نفس ضعیف، عزت نفس پایین)، ب) منبع استرس مشخص نیست، ج) موقعیت قابل کنترل نیست، و د) نتایج فوری یا کوتاه مدت‌اند. بعضی از محققان معتقدند این طبقه‌بندی‌ها در مورد سبک‌های مقابله در چارچوبی مشترک قرار می گیرند. به کار گیری روش‌های مقابله ای به افراد کمک می کند تا بر

بسیاری از تعارضات فردی مشکلات مربوط به روابط اجتماعی، مشکلات جسمانی و روانی غلبه کنند. مطالعات نشان داده‌اند کسانی که به طور موفقیت‌آمیز با مشکلات مقابله می‌کنند، خود را به مجموعه‌ای از مهارت‌های مقابله‌ای مجهز کرده‌اند. در کل مقابله کنندگان موفق از سه مهارت عمده برخوردارند که عبارتند از:

۱. انعطاف‌پذیری: توانایی ایجاد و در نظر گرفتن راه‌های مختلف

۲. دور اندیشی: پیش‌بینی آثار دراز مدت پاسخ‌های مقابله‌ای

۳. منطقی بودن: ارزیابی‌های منطقی و درست.

۲-۳- روش‌های مقابله‌ای

مقابله به افکار و اقداماتی اشاره دارد که از آن‌ها برای روبرو شدن با وضعیت تهدیدآمیز استفاده می‌شود. کروکت و همکاران (۲۰۰۷) مقابله را فرایندی تعدیل‌کننده می‌دانند که تأثیر منفی ناشی از عوامل تنش‌زا را کاهش می‌دهد یا از بین می‌برد. منابع مقابله آن دسته از ویژگی‌های اجتماعی و شخصیتی فردی هستند که افراد در برخورد با تنش‌ها از آنها استفاده می‌کنند. زمانی که از منابع مقابله سخن می‌گوییم، در واقع به بعد پنهانی سازوکار مقابله با عوامل استرس‌زا اشاره می‌کنیم که نشان‌دهنده توانایی بالقوه انجام مقابله است نه خودِ مقابله (گور، ۱۹۸۵).

راهبردهای مقابله تلاش‌های رفتاری و شناختی برای مدیریت نیازهایی هستند که در موقعیت‌های تنش‌زا به وجود می‌آید. این راهبردها را می‌توان به لحاظ محور توجه به دو دسته تقسیم کرد:

۱. تلاش‌هایی که توجه خود را به خودِ نیازهای پدیدآمده در موقعیت تنش‌زا معطوف می‌کنند. این

راهبردهای مسئله‌مدار در جهت حل مسئله پدیدآمده فعالانه وارد عمل می‌شوند.

۲. تلاش‌هایی که به واکنش‌های احساسی که چنین نیازهایی را همراهی می‌کنند توجه می‌کنند و

راهبردهای هیجان‌مدار یا دفاعی نامیده می‌شوند و به جای حل مسئله به کنترل احساسات

می‌پردازند (تویتس، ۱۹۹۵). انتظار می‌رود افرادی که دارای عزت نفس و حس کنترل بالاتری بر زندگی هستند، به استفاده از راهبردهای فعالانه مسئله‌مدار گرایش داشته باشند؛ و افرادی که از عزت نفس پایین‌تر و حس کنترل کمتری بر زندگی بهره برده‌اند، به سمت راهبردهای منفعلانه‌تر و هیجان‌مدار کشیده شوند. با وجود این، فالکمن و لازاروس (۱۹۸۰) با مطالعه رابطه راهبردهای مقابله با استرس، در بین یک‌صد زن و مرد میان‌سال نشان داده‌اند که ۹۸ درصد از این افراد از هر دو راهبرد در کنار هم استفاده می‌کنند (فالکمن و لازاروس، ۱۹۸۰). تنش‌زایی که احساس کنترل ناپذیر بودن را در فرد ایجاد کنند، موجب اتخاذ راهبردهای مقابله هیجان-مدار می‌شوند؛ در حالی که تنش‌زایی که کنترل‌شدنی ارزیابی شوند، راهبردهای مقابله مسئله-مدار را در فرد بیدار می‌کنند (تویتس، ۱۹۹۵). مطالعات نشان می‌دهند که گرچه احساس کنترل بر زندگی به‌مثابه عامل میانجی و راهبرد مقابله‌ای، اختلالات روانی حاصل از استرس را کاهش می‌دهد (رودین، ۱۹۸۶)، به شکل یکسانی در جامعه توزیع نشده است. زنان، اقلیت‌های قومیتی، افراد مجرد، و افرادی که از تحصیلات کمتری برخوردارند، معمولاً احساس کنترل کمتری دارند و در مقابل، گروه‌هایی که در نظام قشربندی اجتماعی جایگاه بالاتری را به خود اختصاص داده‌اند، مقادیر بیشتری از حس کنترل بر زندگی را ادراک می‌کنند (تویتس، ۱۹۹۵). پیرلین و اسکولر (۱۹۷۸) به این مسئله اشاره کرده‌اند که زنان و افرادی که سطح تحصیلات و درآمد پایین‌تری دارند، به احتمال زیاد در برابر پریشانی ناشی از استرس نقشی، از روش‌های مقابله‌ای استفاده می‌کنند که کارآمدی چندانی نداشته باشند. آنان به این نتیجه می‌رسند که گروه‌هایی که در معرض دشواری‌های بیشتری قرار می‌گیرند، کمتر از دیگران توانایی مقابله دارند (پیرلین و اسکولر، ۱۹۷۸).

۲-۳-۱- روش مقابله متمرکز بر هیجان

کنار آمدن هیجان‌مدار هم اصطلاح لازاروس است برای پاسخ دهی هیجانی به فشار روانی خصوصاً به مکانیزم‌های دفاعی. این نوع مقابله به معنای اجتناب کردن از روبه‌رو شدن با مشکلات، توجیه یا انکار آنها،

به شوخی گرفتن آنها و متکی شدن به ایمان دینی خویش. ولی این نوع پاسخ هیجانی لزوماً راه خوبی برای روبه رو شدن با مشکلات نیست. اگرچه گاهی اوقات به انطباق و کنار آمدن ما با مشکلات کمک می‌کند. برای مثال انکار، مکانیسمی روانی است که ما را در برابر موج احساساتی که مرگ و احتضار را در ما ایجاد می‌کنند، محافظت می‌کند. آدم‌های موفق معمولاً هنگام فشار روانی، به هر دو راهبرد مشکل مدار و هیجان مدار متوسل می‌شوند. مثلاً در مطالعه‌ای که فولکمن و لازاروس (۱۹۸۰) انجام دادند آزمودنی‌ها گفتند در ۹۸ درصد فشارهای روانی‌شان از هر دو راهبرد مشکل مدار و هیجان مدار استفاده می‌کنند. هرچند در بلند مدت، کنار آمدن مشکل مدار مؤثرتر از کنار آمدن هیجان مدار است.

مقابله هیجان مدار شیوه‌هایی را توصیف می‌کند که بر اساس آن، فرد بر خود متمرکز شده و تمام تلاش او متوجه کاهش احساسات ناخوشایند خویش است. واکنش‌های مقابله‌ای هیجان مدار شامل گریه کردن، عصبی و ناراحت شدن، پرداختن به رفتارهای عیب‌جویانه، اشتغال ذهنی و خیال‌پردازی است. در مقابله هیجان مدار، فرد ابرای تعدیل عامل استرس‌زا و رسیدن به هدف، به تنظیم حالت‌های هیجانی مرتبط با یا ناشی از عامل استرس‌زا می‌پردازد. مقابله هیجان مدار، رویه فرد در توجه به عامل استرس‌زا و ارزیابی و تفسیر وی از آن عامل را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بنابراین، مقابله هیجان مدار با تغییر معنی عامل استرس‌زا سر و کار دارد. هر استرس و فشاری تعادل روانی - اجتماعی فرد را به هم می‌ریزد و باعث مشکلات زیادی مانند آشفتگی و ناراحتی در فرد می‌شود. با استفاده از مقابله‌های هیجان مدار، افراد تلاش می‌کنند استرس‌را در زندگی خود حذف یا کم کنند. راه‌های مقابله‌ای هیجان مدار، راه حلی طولانی مدت ارائه نمی‌دهند و ممکن است عوارض جانبی منفی متعددی داشته باشند زیرا حل مشکل فرد را به تأخیر می‌اندازند. با این حال، وقتی علت استرس خارج از کنترل فرد است می‌تواند انتخاب خوبی باشد. در این زمینه تفاوت‌های جنسیتی نیز مشاهده شده است و زنان بیشتر از مردان روش‌های مقابله‌ای هیجان مدار استفاده می‌کنند. رویارویی با استرس یا مشکل مستلزم دو فرایند اصلی است؛ یکی ارزیابی شناختی استرس و دیگری ارزیابی توان مقابله منظور از ارزیابی شناختی، بررسی دو موضوع است. نخست این که آیا استرس تجربه شده (یا مشکل) می‌تواند تهدیدی برای سلامت جسمی، اجتماعی یا روانی فرد محسوب گردد؟ این نوع ارزیابی، ارزیابی اولیه نامیده می‌شود.

دوم ارزیابی فرد از توانایی‌ها و منابع در دسترس برای مقابله با استرس است. این نوع ارزیابی، ارزیابی ثانویه نامیده می‌شود. فرایند دوم در رویارویی با مشکل مقابله است.

۲-۳-۱-۱ مولفه‌های روش مقابله ای متمرکز بر هیجان

● مقابله مستقیم:

فرد با به کار بستن سبک مقابله کارآمد مسئله مدار از مهارت‌های شناختی برای حل مساله استفاده می‌کند.

● دوری‌گزینی:

یکی از مؤلفه‌های راهبردهای مقابله ای هیجان مدار دوری‌گزینی است. فرد سعی می‌کند از مسائل تنش‌زا بدون حل کردن آن فاصله بگیرد که در دراز مدت باعث بوجود آمدن استرس و وخیم‌تر شدن سلامت عمومی می‌شود. فرد دوری‌گزین در اجتماع خود را محدود می‌کند، از قرارگرفتن در موقعیت‌های اجتماعی اجتناب می‌کند و دوستان نزدیکی نداشته و موقعیت‌های عادی را در ذهن خود به اشتباه منفی تفسیر می‌کند.

● گریز و اجتناب:

مقابله اجتنابی به عنوان راهبردی کوتاه مدت و کارآمد شناخته شده است اما در دراز مدت مانع سازش روانشناختی می‌شود و نشانه‌های درماندگی مثل افسردگی را افزایش می‌دهد. مقابله اجتنابی راهبردی است شامل انکار، ناامید شدن و بی توجهی روانی. تحقیقات نشان داده است که کسانی که از راهبرد مقابله مسئله مدار استفاده می‌کنند آشفتگی روانشناختی کمتری دارند. برعکس کسانی که از راهبرد اجتنابی استفاده می‌کنند، سطح استرس بالاتری دارند.

این افراد از راهبردهایی مانند جستجوی حمایت اجتماعی یا پرداختن به فعالیت‌های دیگر و سرگرم کردن خود با یک تکلیف سود می‌جویند و در واقع به نوعی دست به انکار فشار روانی می‌زنند.

هرن ومیشل (۲۰۰۳)، استفاده از این راهبرد را مستلزم تغییرات شناختی می‌دانند که مستلزم اجتناب

از موقعیت‌های تنیدگی‌زا است این گونه مقابله ممکن است به شکل روی آوردن و درگیر شدن در یک

فعالیت تازه و یا به شکل روی آوردن به اجتماع و افراد دیگر ظاهر شود.

بنابراین اجتناب به معنای آن است که برای مقابله با مشکل دست به هیچ کاری نزنیم و به جای برخورد ریشه‌ای با مشکلات، وجود هر نوع مشکل را انکار کنیم و امیدوار باشیم که خود به خود حل و فصل می‌شوند. ولی متأسفانه بسیاری از مشکلات زندگی خود به خود حل نمی‌شوند. اگر چه ممکن است اجتناب به طور موقت اضطراب را کاهش دهد، ولی در طولانی مدت موجب تنش بیشتری می‌شود، زیرا ما هرگز نمی‌دانیم که چه زمانی دوباره آن مشکل به سراغ ما خواهد آمد. اجتناب در مورد تحریکات زود گذر کوچک روش سازگارانه‌ای است. در این گونه موارد به جای عصبانی شدن، از مسئله چشم‌پوشی شود بهتر است. ولی هیچ نشانه‌ای حاکی از اینکه یک تنش ناراحت کننده خود به خود حل شود، وجود ندارد. در هر حال اجتناب برای مقابله با مشکلات زندگی که مستلزم درگیری با آنهاست، راهبرد خوبی نیست. در چنین شرایطی باید از اتخاذ یک نگرش مقابله‌ای و استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای بهتر سود جست.

● **خوبیشتنداری:** عبارت از یک پاسخ مقابله‌ای کنشی است که در آن شخص واقعیت شرایط فشار را می‌پذیرد. این امر در شرایطی که منبع فشار قابل تغییر نیست (فوت یکی از عزیزان) مهم و مؤثر است (کارور و همکاران به نقل از علیمحمدی ۱۳۷۱). استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر و متناسب با تغییر و تنش محسوب می‌گردد و از سوی دیگر خود زمینه ساز فضای روانی سالمی است که در پرتو این شناخت صحیح و ارزیابی درست موقعیت تنش‌زا جهت انتخاب راهکار مقابله‌ای موثرتر، میسر می‌شود. یک جنبه مهم فشار روانی، میزان کنترل شخص بر فشار روانی و ادراک او در این خصوص است. احساس کنترل نداشتن بر فشار روانی می‌تواند سبب درماندگی آموخته شده شود که ایجاد افسردگی می‌کند. متقابلاً، احساس کنترل داشتن، فشار روانی را کم می‌کند و امکان استفاده از راهبردهای مشکل حل کن در کنار آمدن با فشار روانی را فراهم می‌کند. میتاگ و شوارزر، (۱۹۹۳) معتقدند احساس کنترل شخصی باعث می‌شود آدم‌ها سراغ سبک‌های زندگی ناسالم و پرخطر نروند و رفتارهای ضامن سلامتی داشته باشند مطالعات فراوانی نیز نشان داده‌اند که کنترل کردن توأم با آرامش فشارهای روانی، کنار آمدن

موفقیت‌آمیز با فشارهای روانی، تغییر رفتارهایی که سلامتی افراد را می‌افزایند و سلامتی آدم‌ها همگی با هم رابطه دارند.

راتر (۱۹۶۶) نیز نشان داد که باورهای افراد در مورد توانایی آنها در کنترل موقعیت‌ها ممکن است در شدت فشار روانی که از یک موقعیت فشار زا احساس می‌کنند، مؤثر باشد. اگر شخص منبع کنترل درونی داشته باشد، یعنی شانس و تصادف را قبول نکند و معتقد باشد که سرنوشت انسان به دست خود اوست، می‌تواند رویدادهای مؤثر بر زندگی را تحت کنترل خود درآورد و بهتر با فشار روانی مقابله کند. ولی کسی که منبع کنترل بیرونی دارد، خود را ناتوان احساس می‌کند و بر این باور است که در تغییر دادن جریان رویدادها ناتوان است. اما کسی که منبع کنترل درونی دارد درباره بیماری‌ها، اطلاعات علمی دقیقی فراهم می‌آورد و رژیم سالمی اتخاذ می‌کند و در نتیجه نسبت به فردی که منبع کنترل بیرونی دارد از بهداشت روانی بالاتری بهره‌مند می‌شود. متخصصان بهداشت روانی معتقدند که منبع کنترل درونی یکی از مطمئن‌ترین ابزارهای مقابله با فشار روانی است.

۲-۳-۲- روش مقابله متمرکز بر مساله

مقابله‌های متمرکز بر مسئله، عبارت از عملکردهای مستقیم فکری و رفتاری فرد می‌باشد که به منظور تغییر و اصلاح شرایط تهدید کننده محیطی انجام می‌شود. به بیان دیگر مقابله متمرکز بر مسئله به تلاش‌های فرد برای تغییر وضعیت و درگیری مستقیم با مشکل مربوط می‌شود (پاری، ۱۹۹۱ ترجمه مقدسی ۱۳۷۵) هیچ کس بدون کوشش نمی‌تواند به چیزی دست یابد. تصمیم‌گیری در مورد این که فرد هنگام استرس چه کار باید بکند نیازمند به قضاوت خود او است، که این قضاوت‌ها متأسفانه به وسیله هیجانات منفی که در اثر تجارب منفی گذشته به وجود آمده‌اند تحت تأثیر قرار می‌گیرند. مثلاً فردی که بحران زده است اگر در گذشته به ندرت تجربه‌ای موفقیت‌آمیز در تأثیر گذاردن بر دنیا برای تغییر اوضاع داشته و علاوه بر آن افسردگی در او تولید ناامیدی کرده باشد احتمالاً حتی با وجود کارهای فراوانی که می‌تواند برای اصلاح وضعیت خود انجام بدهد در صدد مقابله با مسئله بر نمی‌آید. این افراد به جای این که خود را

بازیگر نقش اصلی در زندگی بدانند خود را قربانی اعمال، رفتار و تلقینات دیگران می‌دانند. ناباوری نسبت به کارایی خود مانع بزرگی برای حل مسئله است، چون در این حالت فرد کمترین تلاشی برای حل مسئله انجام نمی‌دهد.

کامپاز و همکاران (۱۹۸۸) در پژوهشی که در زمینه چگونگی رویارویی نوجوانان با تنش‌ها انجام دادند به این نتیجه رسیدند که افراد در موقعیت‌هایی که از روش متمرکز بر مسئله استفاده می‌کنند کنترل بیشتری بر آن موقعیت‌ها دارند. آنها خاطرنشان کردند که نوجوانان در رویارویی با رویدادهای تنش‌زای تحصیلی بیشتر از روش متمرکز بر مسئله استفاده می‌کنند، چون فکر می‌کنند این تنش‌ها بیشتر قابل کنترل هستند و بر عکس در رویدادهای تنش‌زای اجتماعی به این دلیل که کمتر قابل کنترل هستند عمدتاً روش متمرکز بر هیجان به کار گرفته می‌شود.

در پژوهشی که والینگ و مارتینک (۱۹۹۵) انجام داده اند نتیجه گرفتند افرادی که دچار استیصال می‌شوند در فعالیت‌های بدنی و تحصیلی خود کنترل کمتری بر موقعیت دارند . آنها اضافه کردند دانش‌آموزانی که احساس می‌کنند بر موقعیت تسلط دارند می‌توانند پیامدهای عملکرد خودشان را نیز کنترل کنند و در برابر فعالیت‌هایی که یادگیری آنها مشکل است از روش‌های حل مسئله استفاده می‌کنند(پاری ۱۹۹۱).

راهبردهای مشکل‌گشایی یا حل مسئله عبارتند از: تعریف مشکل، خلق راه‌حل‌های متفاوت، سنجیدن راه‌حلها بر حسب هزینه‌ها و سودمندی‌شان، انتخاب کردن از بین آنها و به کار بستن راه حل انتخاب شده. این راهبردهای مشکل‌گشایی را می‌توان به سمت درون نیز معطوف کرد: شخص می‌تواند به جای تغییر محیط چیزی را در درون خود تغییر دهد. مثلا تغییر سطوح امید، یافتن منابع مختلف کسب رضایت و خشنودی، و آموختن مهارت‌های جدید. اینکه شخص با چه مهارتی این راهبردها را به کار بندد به میزان تجربیات وی و نیز ظرفیت کنترل خود بستگی دارد. اگرچه شواهد تحقیقاتی بنیادی نشانگر این است که سبک مقابله پیش‌بینی‌کننده خوبی از مشکلات رفتاری و هیجانی است، به طور کلی نتایج نشان داده‌اند که مقابله مسئله‌مدار مانند برنامه ریزی با آموزش مثبت و قضاوت فردی همراه است. کارور، اسپچیر و وین تراپ (۱۹۸۹)، مقابله مسئله‌مدار را راهبردی می‌دانند، که برای تغییر منبع استرس به کار برده می‌شود: مانند برنامه‌ریزی، هدفمند کردن و تمرکز روی مشکلات اخیر. کسانی که در موقعیت‌های پرفشار از مدارای

مشکل مدار استفاده می‌کنند، چه در طول موقعیت پرفشار و چه پس از آن کمتر دچار افسردگی می‌شوند. (بیلینگزوموس، ۱۹۸۴). افرادی که در موقعیت‌های تنیدگی‌زا، از یک مقابله مسئله‌مدار استفاده می‌کنند، در واقع رفتارهایی را با بازسازی مجدد مسئله از نظر شناختی و یا متغیر موقعیت استرس‌زا به کار می‌برند. مقابله مسئله‌مدار مهارتی است که بر پرداختن به خود مسئله یا موقعیت تمرکز می‌کند (لازاروس، فولکمن، ۱۹۸۴ به نقل از علیلو، ارجی، بخشی‌پور، شاهجویی، ۱۳۸۸). یک اصل مهم برای درک تفاوت‌های فردی در آسیب‌پذیری به مشکلات جسمی و ذهنی، مهارت مقابله فرد در برابر مشکلات است. مهارت مقابله با استرس شیوه‌ای چند مرحله‌ای است که فرد را قادر می‌سازد با به کار بردن آن مراحل، مدیریت موقعیت تنش‌زا را بر عهده بگیرد. نتایج به دست آمده از پژوهش‌های متعدد، حاکی از آن است که متعاقب یک رویداد فشار‌زا، استرس به وقوع می‌پیوندد. بنابراین زمانی که فرد تحت استرس قرار می‌گیرد، باید مهارت‌های مقابله‌ای الزم را داشته باشد تا بدین‌وسیله بتواند اثرات استرس را بر جسم و روان کاهش دهد ۸. چنانچه استرس مدیریت شود و مهارت مقابله‌ای موثر موجود باشد، قطعاً فرد بهتر قادر خواهد بود تا با نیازها و چالش‌های زندگی مقابله کند و اثرات مخرب استرس را بر جسم و روان خویش مهار سازد (میلر، لینباخ، برودی، ۲۰۱۲).

۲-۳-۲-۱- مولفه‌های روش مقابله‌ای متمرکز بر مساله

● **طلب حمایت اجتماعی:** تلاش‌های فرد برای به دست آوردن حمایت اخلاقی، همدلی، همدردی و جو تفاهم و احساس درک شدن توسط دیگران را شامل می‌شود. برر سی‌های بی‌شماری حاکی از آنند که افرادی که از پیوندهای اجتماعی بسیاری برخوردارند، (همسر، دوستان، بستگان و اعضای گروه‌ها در اطراف آن هستند) در مقایسه با کسانی که تماس‌های اجتماعی حمایت‌کننده کمتری دارند، طول عمر بیشتری دارند و کمتر در معرض ابتلا به بیماری‌های مرتبط با فشار روانی قرار دارند (کوهن و ویلز، ۱۹۸۵). معمولاً اگر آدمی مجبور باشد بدون یاری‌های دیگران و به تنهایی با رویدادهایی مانند طلاق، مرگ یک دوست محبوب یا بیماری سختی روبه‌رو شود، این رویدادها آسیب‌زننده‌تر می‌شوند (کوهن و ویلیامسون، ۱۹۹۱). دنیای شلوغ، پر از آلودگی، پرسر و صدا و پیشرفت گرای فعلی می‌تواند احساس زیر فشار بودن و تنهایی ایجاد کند.

انسان در این عصر بیش از هر عصر دیگری به نظام‌های حمایتی برای گرفتن ضربه فشار روانی احتیاج دارد. روابط اجتماعی متنوع، اهمیت زیادی در کنار آمدن با فشار روانی دارد. کسانی که در شبکه‌های اجتماعی متنوع‌تری حضور دارند بیشتر نیز عمر می‌کنند. دوستان و خانواده از راه‌های مختلفی می‌توانند فرد را حمایت کنند. آنها با دوست داشتن ما می‌توانند اعتماد به نفس ما را علی‌رغم مشکلات مان، تقویت کنند. آنها می‌توانند برای ما اطلاعات یا توصیه‌هایی به ارمغان آورند، با ما معاشرت کنند تا نگرانی‌های مان را از یاد ببریم، و کمک‌های مالی یا مادی به ما کنند. همه اینها موجب کاهش احساس درماندگی می‌شود و اطمینان ما را به قابلیت‌های مان برای مدارا افزایش می‌دهد.

وقتی شخص در موقعیت فشار زا قرار می‌گیرد، خانواده و دوستان به او کمک می‌کنند و مواظب سلامتی اویند نه تنها در رابطه با خوب خوردن و استراحت کردن وی دقت می‌کنند، بلکه به او محبت و به درد و دل‌های او گوش می‌سپارند. در مواقعی که فرد با فشارزاهای شدید از جمله مرگ همسر یا فرزند روبه‌رو می‌شود اطرافیان اجازه نمی‌دهند که فرد داغ‌دیده کار احمقانه‌ای انجام دهد. امروزه علاوه بر اطرافیان در بسیاری کشورها، سازمان‌های دولتی به وجود آمده است تا افرادی را که با موقعیت‌های فشارزای شدید روبه‌رو می‌شوند، حمایت کنند.

● **مسئولیت پذیری:** یکی از مؤلفه‌های راهبردهای مقابله‌ای متمرکز بر مسئله است. پذیرش مسئولیت هنگام مواجهه با شرایط تنش‌زا به فرد کمک می‌کند تا امکان برخورد موثر با مشکل را داشته باشد. همچنین مسئولیت‌پذیری یکی از مفاهیم مهم در حوزه روانشناسی تربیتی است که در سال‌های اخیر توجه زیادی را به خود جلب کرده است. در روان‌شناسی و مشاوره، یکی از مفاهیم مهم و اصلی، مسئولیت‌پذیری است. به طوری که نظریه‌ای مانند واقعیت‌درمانی بیماری‌های روانی را ناشی از عدم مسئولیت‌پذیری می‌داند و هدف اصلی بسیاری از سیستم‌های درمانی، قادر ساختن افراد به پذیرفتن آزادی و مسئولیت‌پذیر کردن است. مسئولیت‌پذیری به تنهایی اشاره به حس وظیفه‌شناسی، پاسخگو بودن و تعهد دارد (طالبی و خوشبین، ۱۳۹۱). امروزه به دلیل ایجاد تغییرات عمیق فرهنگی و تغییر در شیوه‌های زندگی، بسیاری از افراد در رویارویی با مسائل زندگی فاقد توانایی‌های لازم و اساسی هستند و همین امر آنان را در مواجهه با مسائل و

مشکلات زندگی روزمره آسیب‌پذیر کرده است. همه ما در زندگی با چالش‌ها و مشکلاتی مواجه می‌شویم، با این حال هر کس به شیوه خاص خود به مسائل پاسخ می‌دهد (شمس‌علیزاده و همکاران، ۱۳۹۴).

● **مساله‌گشایی برنامه‌ریزی شده:** بر اساس حل مساله برنامه‌ریزی شده راه‌های مقابله با مشکل مستقیماً بررسی می‌شوند و معمولاً با یافتن راه‌حل‌های مناسب برای مشکل رضایت روان‌شناختی حاصل می‌شود. رویکرد حل مسئله درصدد آموزش روش استدلال، استفاده از ارزش‌ها و تصمیم‌گیری در چگونگی برخورد با مشکلات موجود است (روزنهان و سلیگمن، ۱۹۹۰). آموزش مهارت حل مسئله، ارائه منظم آموزش مهارت‌های شناختی و رفتاری است که به فرد کمک می‌کند تا مؤثرترین راه حل مشکل را شناسایی کرده و به طریقی مؤثر با مشکلات روزمره و مشکلاتی که در آینده با آنها مواجه می‌شود برخورد کند (کوریوگ، ۲۰۰۰). سیف به نقل از گلدفرد (۱۳۹۵) معتقد است، باید به افراد راه‌های برخورد درست با موقعیت‌های کلی را آموخت بنابراین در روش حل مسئله هدف این است که فرد روش کلی برخورد با مسائل و مشکلات را فرا گیرد. حل مسئله نوعی از مقابله متمرکز بر مشکل است و موجب رویکردهای هدفمند خاصی می‌شود که افراد به وسیله آن مسئله را تعریف کرده و راه حل را انتخاب می‌کنند، آموزش حل مسئله روش درمانی است که بدان طریق فرد می‌تواند از مجموعه مهارت‌های شناختی مؤثر خود برای کنار آمدن با موقعیت‌های بین فردی مشکل‌آفرین استفاده کند، رویکرد حل مسئله می‌تواند در حکم ابزاری برای مواجهه با بسیاری از مشکلات موقعیتی و حل آنها باشد (زنوزیان و همکاران، ۱۳۸۹). حل مسئله به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای مهم در کاهش استرس شناخته شده است (دروزیلا و شیدی، ۱۹۹۷). کانت (۱۹۹۲) بیان کردند، عدم مهارت‌های مناسب حل مسئله با مشکلات متعدد در بزرگسالی مانند افسردگی و استرس همراه است. بلزر و همکاران (۲۰۰۲) نشان دادند که بین حل مسئله اجتماعی و اضطراب رابطه معناداری وجود دارد به طوری که جهت‌گیری منفی به مسئله با نگرانی و اضطراب ارتباط دارد. سلامی و آرمو (۲۰۰۶) در تحقیق خود نشان دادند، افرادی که توانایی بیشتری در حل مسئله دارند، کمتر در معرض استرس قرار می‌گیرند. کاشانی وحید و همکاران (۱۳۹۱) تحقیقی در رابطه با طراحی و تهیه برنامه آموزش حل مسئله بین فردی با رویکرد خلاقانه و بررسی اثربخشی آن بر بهبود مهارت حل مسئله دانش‌آموزان سرآمد انجام دادند، نتایج

تحقیق آنها نشان داد، بین میانگین نمرات گروه آزمایشی و گواه در مهارت حل مسئله تفاوت معناداری وجود دارد. تحقیق ذوالفقاری و همکاران (۱۳۹۳) در رابطه با اثربخشی آموزش حل مسئله در فرآیندهای خودجوش نظم دهنده انتخاب، بهینه سازی و جبران در دانشجویان نشان داد، آموزش حل مسئله بر فرآیندهای خودجوش نظم دهنده (انتخاب، بهینه سازی، و جبران) در دانشجویان تأثیر معناداری داشته است.

● **ارزیابی مجدد مثبت:** ارزیابی مثبت از حوادث و موقعیت‌ها که مبتنی بر نگرش خوشبینانه به رویدادهای زندگی است، این مقابله بیشتر برای اداره و کنترل عواطف و آشفتگی روان به کار می رود تا مربوط به منبع استرس باشد (لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴).

۲-۴- نظریه ی اجتماعی - شناختی

با مردود شناختن دیدگاه هایی که معتقدند انسان با نیروهای درونی برانگیخته می شود و یا آن هایی که انسان را دست بسته در اختیار محیط می دانند، بر این باور است که رفتار انسان را می توان از طریق تعامل انسان و محیط تبیین کرد، فرایندی که بندورا آن را جبرگرایی دو جانبه^۱ می نامد. انسان تحت تأثیر نیروهای اجتماعی است، ولی نحوه ی برخورد با آن‌ها را، خود انتخاب می کند. انسان هم نسبت به شرایط محیطی واکنش نشان می دهد و هم فعالانه آن‌ها را تفسیر کرده و بر موقعیت‌ها تأثیر می گذارد. همان قدر که موقعیت‌ها، انسان را شکل می دهد، انسان نیز موقعیت‌ها را انتخاب می کند و همان قدر که انسان از رفتار دیگران تأثیر می گیرد، در رفتار دیگران نیز تأثیر می گذارد. به طور کلی، نظریه شناختی - اجتماعی، انسان را به شرط درست عمل کردن، موجودی کاملاً سازگار می بیند که توانایی انطباق با شرایط متغیر محیطی را داراست. فرایند مداوم جبرگرایی دو جانبه مستلزم این است که فرد به طور فعال از بین هدف‌ها به انتخاب بپردازد و در بین موقعیت‌ها با توجه به مقتضیات آن‌ها و امکان بالقوه ی دستیابی به نتایج متفاوت، تمیز قائل شود. انسان در مورد توانایی خود در پاسخگویی به مقتضیات متنوع موقعیت‌ها به قضاوت می پردازد و

۱ . reciprocal determinism

وقتی آن عمل را انجام داد، نتیجه را با توجه به پاسخ های دیگران و میزان های درونی خودش ارزیابی می کند. انسان به یک معنی، موجودی مسئله گشاست و به دلیل این است که چنان رفتار می کند که هم پاداش های محیطی خود را به حداکثر برساند و هم پاداش های درونی را به شکل خود تحسینی دریافت کند (دالارد و میلر، ۱۹۵۰).

در نظریه ی شناختی- اجتماعی، دو فرایند متفاوتی که این نظریه را از سایر نظریه های یادگیری در شخصیت جدا می کند عبارتند از یادگیری مشاهده ای و خود نظم جویی^۱. یادگیری مشاهده ای مستلزم توانایی یادگیری رفتارهای پیچیده از طریق مشاهده است. "زیرا انسان می تواند از روی سرمشق، یک رفتار و یا حداقل شبیه آن را یاد بگیرد، قبل از این که آن رفتار را انجام داده باشد و بدین ترتیب، از خطاهای غیرضروری نیز جلوگیری کند" (بندورا، ۱۹۷۷).

باندورا بر این باور است که تهیه و تدارک سرمشق های اجتماعی، یک وسیله ی ضروری در انتقال و تغییر رفتار در موقعیت هایی است که ممکن است خطاها به نتایج پرهزینه و یا مهلک و کشنده ای منجر شوند. در واقع، اگر یادگیری صرفاً براساس نتایج خوشایند و ناخوشایند ایجاد می شود، اغلب مردم در جریان جامعه پذیر شدن جان خود را از دست می دادند.

فرایند خود نظم جویی، مستلزم توانایی انسان در تأثیرگذاری در رفتار خود است، نه این که به طور مکانیکی به محرک های محیطی واکنش نشان دهد. دو فرایند یادگیری مشاهده ای و خود نظم جویی مستلزم استفاده از فرایندهای تفکر (شناختی) می باشند. هر دو فرایند تحت تأثیر پاداش و تنبیه قرار دارد ولی به وسیله ی آن ها تعیین نمی شود. مشاهده سرمشق ها و رشد معیارها و مکانیسم های مهار خود، نه فقط در پرخاشگری، بلکه در قضاوت های اخلاقی و در تحمل به تعویق انداختن ارضا نیز اهمیت پیدا می کند. فرایندهای مربوط به قضاوت های اخلاقی با افزایش سن، پیچیده تر می شوند. به علاوه، هم چنان که کودکان رشد می کنند، کنترل بیرونی آن ها به کنترل درونی تبدیل می شود. والدین، در شروع، از تنبیه و تهدید به تنبیه برای دلسرد کردن فرزندان خود از انجام رفتارهای خاص استفاده می کنند. البته، در روند جامعه پذیر شدن موفقیت آمیز، "کنترل های درونی و نمادین با مجازات ها و تقاضاهای بیرونی تدریجاً عوض

۱ . self- regulation

می شوند. بعد از این که معیارهای رفتاری از طریق سرمشق گیری و یا آموزش ایجاد شد، نتایج آن‌ها برای فرد به عنوان تخلف و تجاوز عمل می کنند. بدیهی است که هم رشد قوانین پیچیده ی اخلاقی و هم استفاده فزاینده از کنترل های درونی به رشد مهارت های شناختی پیچیده تر بستگی دارد .

۲-۴-۱- بهزیستی روانشناختی

بهزیستی روان، شامل دریافت فرد از میزان هماهنگی بین هدف های معین و ترسیم شده با پیامدهای عملکردی است که در فرایند ارزیابی مستمر به دست می آید و به رضایت درونی و نسبتاً پایدار در توالی زندگی منتهی می شود.

بهزیستی روان شناختی در دو دهه اخیر و ادبیات پژوهشی به فور مورد بررسی قرار گرفته است و دامنه مطالعات آن از حوزه ی زندگی فردی به تعاملات اجتماعی کشیده شده است (کول^۱، ۲۰۰۲) در راستای تعریف این سازه ی مفهومی، گلداسمیت، ویوم و درایتی^۲ (۱۹۹۷) عقیده دارند که بهزیستی روانی شامل دریافت های فرد از میزان هماهنگی بین هدف های معین و ترسیم شده با پیامدهای عملکردی است که در فرایند ارزیابی های مستمر به دست می آید و به رضایت درونی و نسبتاً پایدار در توالی زندگی منتهی می شود. بهزیستی، اشاره به حسی از سلامتی دارد که آگاهی کامل از تمامیت و یکپارچگی در تمام جنبه های فرد را دربرمی گیرد. بهزیستی روانی شامل ارزش های شناختی افراد از زندگی می شود. آنها، شرایط خود را که به انتظارات، ارزش ها و تجارب قبلی شان وابسته است ارزش گذاری می کنند (دنیر، اوبشی و لوکاس^۳، ۲۰۰۳) بهزیستی روانی، جزو روان شناختی کیفیت زندگی است که به عنوان درک افراد از زندگی در حیطه ی رفتارهای هیجانی، عملکردهای روانی و ابعاد سلامت روانی تعریف شده و شامل دو بخش است اولین بخش آن قضاوت شناختی درباره ی این که چه طور افراد در زندگی شان در حال پیشرفت هستند و دومین بخش

۱- Kol

۲- Vyom & Dryte

۳- Danier , Avbshy & Lucas

آن، سطح تجربه های خوشایند است. برخی از محققان، بهزیستی روان شناختی را از نظر مؤلفه‌ها یا فرایندهای ویژه نظیر فرایندهای عاطفی مفهوم سازی می کنند (رونس، کریستن و ویزینگ^۱، ۲۰۰۳).

اصطلاحی است که از آن برای بیان و اظهار کردن هدف خاصی برای جامعه استفاده می شود. هر فرهنگی بر اساس معیارهای خاص خود به دنبال سلامت روانی است و هدف هر جامعه این است که شرایطی را که سلامت اعضای جامعه را تضمین می کند آماده نماید. منظور از سلامت روان، سلامت ابعاد خاصی از انسان مثل هوش، ذهن و فکر می باشد. از طرف دیگر سلامت روانی بر روی سلامت فیزیکی هم تأثیر دارد (ریف، ۲۰۰۴؛ به نقل از حبیبی، ۱۳۹۱).

هدف اصلی این رویکرد شناسایی سازه‌هایی بود که موجبات معناداری زندگی را برای آدمی فراهم می‌آوردند. به همین لحاظ سازه‌هایی نظیر شادی، امید، خوش بینی و نظایر آن در کانون توجه این رویکرد قرار گرفت یعنی وجوهی از انسان که به زندگی‌اش معنا می‌بخشد. از نقطه نظر تاریخی زندگی معنادار یکی از بحث انگیزترین مفاهیم در فلسفه و روانشناسی بوده است. تلاش برای درک ماهیت آن، در طی قرن‌ها تداوم داشته است و فلاسفه، روانشناسان و روان پزشکان بزرگی نظیر کیر کیگارد^۲، نیچه^۳، کامو^۴، سارتر^۵، فرانکل^۶، مای^۷، یالوم^۸ و... به بحث و تفکر درباره آن پرداخته‌اند، اما به رغم تلاش‌های همه جانبه هنوز سئوالات بدون جواب زیادی درباره ماهیت آن وجود دارد (فلدمن و اسنایدر^۹، ۲۰۰۵؛ به نقل از باقرزاده، ۱۳۹۱). معناداری در فرهنگ اسلامی نیز مسأله بسیار مهمی است و بحث پیرامون آن از مسائلی است که در فلسفه اخلاق به طور جدی مطرح است و جزو مهمترین مسائل فلسفی به شمار می رود (نصیری، ۱۳۸۷).

۲-۴-۲- نشانه های بهزیستی روان شناختی

بهزیستی روان شناختی به عنوان یک نشانگان نمایان می‌گردد. سلامت روان هنگامی ظاهر می شود که مجموعه‌ای از نشانه ها در یک سطح مشخص و معین و برای مدتی مشخص شده، حاضر می شوند و این

۱- Run, Christian & wheezing

۲-KierKegaard

۳- Nietzsche

۴-Camus

۵ -Sartre

۶-Frankl

۷ - May

۸ -Yalom

۹-Feldman & Snyder

سلامت با کنش وری های متمایز مغز و کنش وری های اجتماعی تلافی می کند. برای مطالعه بهزیستی روان شناختی محققان باید در جهت عملیاتی کردن سلامت روان به عنوان یک نشانگان از نشانه های سلامت گام بردارند.

محققان مختلف هر کدام کیفیت ویژه ای از واقعیت سلامت را که بخشی از نشانه های بهزیستی روان شناختی هستند، مورد بررسی قرار می دهند؛ پژوهشگران در تلاش هستند تا ابعاد مختلف سلامت هیجانی (رضایت خاطر از زندگی یا شادی) سلامت روان شناختی (مانند رشد شخصی) و یا سلامت اجتماعی (مانند انسجام اجتماعی) را مورد بررسی قرار دهند.

با تحقیقات ریف^۱ (۱۹۸۵، ۱۹۸۹؛ به نقل از علی نیا کرون، رستم، ۱۳۸۲) که به طور عملیاتی مفاهیم نظریه های شخصیت و بالینی در مورد کنش وری های مثبت آدمی را با هم ترکیب کرد، مطالعه سلامت فاعلی (ذهنی) به سمت اندازه گیری مثبت آدمی حرکت کرده است. کنش وری مثبت آدمی شامل ابعاد شش گانه بهزیستی روان شناختی (رایف و کی یس^۲، ۱۹۹۸) و ابعاد پنج گانه سلامت اجتماعی (کی یس، ۱۹۹۸) می باشد. ابعاد بهزیستی روان شناختی شامل: پذیرش خود، رشد شخصی، هدفمندی در زندگی، تسلط بر محیط، خود پیروی، رابطه مثبت با دیگران و ابعاد سلامت اجتماعی شامل: پذیرش اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انسجام (چسبندگی) اجتماعی و یکپارچگی اجتماعی می باشد.

- ابعاد بهزیستی روانی

موضوعات بهزیستی روان شامل ارتقا کنش وری بهینه و به همان میزان مداخله و کاهش نارساکنش وری (کنش وری سازش نیافته) می باشد. بهزیستی روان شامل دو بعد گسترده است، صلاحیت جامعه پسند، تعاملات بین شخصی مثبت، توانایی کنار آمدن با تنیدگی ها و پریشانی ها از جمله مفاهیم مهم در بهزیستی روان مثبت می باشد (کازدین^۳، ۱۹۹۳).

۱ - Rayf
۲- Kyys
۳- Kazdyn

اندیشمندان از زوایای گوناگونی، بر ویژگی هایی که به دستیابی و حفظ بهزیستی روان، می انجامد تاکید ورزیده اند. سالیوان^۱ (۱۹۵۴) بر این باور است که در بهزیستی روان، ارزش عمده بر کنش اجتماعی مؤثر قرار دارد. فروم^۲ (۱۹۴۲) ارتباط های فرد با محیط اجتماعی، انسان نگری، آزادی و فردگرایی را مورد تاکید قرار می دهد پرلز (۱۹۷۳) نیز پذیرش مسئولیت برای هدایت زندگی خود را مهمترین ویژگی برای دستیابی به بهزیستی روان ذکر می کند.

ونیتز^۳ (۱۹۹۵) بهزیستی روان را وابسته به هفت ملاک می داند که عبارتند از:

۱- رفتار اجتماعی مناسب.

۲- رهایی از نگرانی و گناه.

۳- فقدان بیماری روانی.

۴- کفایت فردی و خود مهارگری.

۵- خویشتن پذیری و خود شکوفایی.

۶- توحید یافتگی و سازماندهی شخصیت.

۷- گشاده نگری و انعطاف پذیری.

علاوه بر ملاک هایی که برای بهزیستی روان از سوی برخی از اندیشمندان بر شمرده شد، در ذیل به دیدگاه برخی از روان شناسان اشاره می شود:

الیس^۴ (۱۹۸۰) پذیرش خود، خودپذیری و منعطف بودن را در بهزیستی روانی مهم تلقی می کند. فروید^۵

(۱۹۵۲) رهایی از اضطراب، نگرانی و گناه را شاخص های مهم بهزیستی روان می داند (شولتز^۶، ۱۳۷۵).

جاهن^۷ به پنج الگوی رفتاری در ارتباط با بهزیستی روان اشاره می کند عبارتند از:

۱- حس مسئولیت پذیری: کسی که دارای بهزیستی روان است، نسبت به نیازهای دیگران حساس بوده و

در جهت ارضای خواسته ها و ایجاد آسایش آنان می کوشد.

۱ - Soullivan

۲- Forum

۳ - Venits

۴- Ellis

۵- Freoid

۶- Schultz & schultz

۷- Jahn

۲- حس اعتماد به خود: کسی که واجد بهزیستی روانی است، به خود و توانایی هایش اعتماد دارد و مشکلات را پدیده ای مقطعی می انگارد که حل شدنی است. از این رو موانع، خدشه ای به روحیه او وارد نمی سازد.

۳- هدف مداری: به فردی اشاره کرد که واجد مفهوم روشنی از آرمان های زندگی است از این رو، تمامی نبرد و خلاقیتش را در جهت دستیابی به این اهداف هدایت می کند.

۴- ارزش های شخصیتی: چنین فردی در زندگی خود از فلسفه ای خاص مبتنی بر اعتقادات، باورها و اهدافی برخوردار است که به سعادت و شادکامی خود یا اطرافیانش می انجامد و خواهان افزایش مشارکت مدنی است.

۵- فردیت و یگانگی: کسی که دارای بهزیستی روان است، خود را جدا و متمایز از دیگران می شناسد و می کوشد بازخوردها و الگوهای رفتاری خود را توسعه داده به گونه ای که نه هم توانی کور و ناهشیارانه با خواسته ها و تمایلات دیگران دارد و نه توسط دیگران مطرود و متروک می شود (چگنی، ۱۳۸۵).

بنابر تحقیقات، انجمن ملی بهداشت روانی، افراد دارای بهزیستی روان خصوصیات زیر را بروز می دهند:

۱- افراد سالم از نظر روان احساس راحتی می کنند. آنها از نظر روانی خود را آنگونه که هستند می پذیرند. افراد سالم از استعدادهای خود بهره می برند. آنها در مورد عیوب جسمانی و ناتوانی های خود شکیبیا بوده و از آن ناراحت نمی شوند. افراد مورد اشاره دیدگاهی واقع گرایانه دارند و دشواری های زندگی را سهل می انگارند، آنها وقت کمی را در نگرانی، ترس، اضطراب و یا حسادت سپری می کنند. اغلب آرامند، نسبت به عقاید تازه گشاده رو بوده و دارای طیب خاطر هستند و اعتماد به نفس دارند (چگنی، ۱۳۸۵).

۲- افراد دارای بهزیستی روانی احساس خوبی نسبت به دیگران دارند، آن ها کوشش می کنند تا دیگران را دوست بدارند و به آنان اعتماد کنند؛ چرا که تمایل دارند دیگران نیز آنان را دوست داشته باشند و به آنان اعتماد کنند. چنین افرادی قادرند که با دیگران نیز روابط گرمی داشته باشند این روابط را ادامه دهند؛ به علائق دیگران توجه می کنند و احترام می گذارند. آن ها به خود اجازه نمی دهند که بر دیگران تسلط یابند. آن ها با احساس یکی بودن با جامعه نسبت به دیگران احساس مسئولیت می کنند (چگنی، ۱۳۸۵).

۳- افراد دارای بهزیستی روانی معمولاً نسبت به اعمال خود احساس مسئولیت می کنند، و با مشکلات به همان شیوه که رخ می دهد برخورد می کنند. آن ها دارای پندارهای واقع گرا در مورد آن چه که می توانند یا نمی توانند انجام دهند، هستند. از تجارت بنیادین زندگی لذت می برند، اما هرگز شیفته خود نمی شوند. آن ها به بررسی تجارب و تبادل ماه های خارج خود می پردازند، بیشترین تلاش خود را صرف آن چه که انجام می دهند می کنند و پس از انجام آن نیز خرسندی نصیب شان می شود (چگی، ۱۳۸۵).

۲-۴-۳- بهزیستی روان شناختی از دیدگاه های مختلف

دیدگاه ویسینگ (۱۹۹۸) و ون دان (۱۹۹۴): در اوایل قرن بیستم مطالعه در مورد بهزیستی روان شناختی شروع به شکل گیری کرد؛ ویلیام جیمز پدر روان شناسی آمریکا در مورد «ذهنیت سالم» در کتاب «انواع تجارب مذهبی» مطالبی نوشت. او مشاهده کرد برخی از افراد در هر سنی، با وجود تمامی مشکلات و سختی هایی که در زندگی دارند خود را به سوی خوشبختی سوق می دهند. اینها کسانی هستند که توجه شان از بیماری، مرگ و کشت و کشتار و ناآرامی ها برگرفته و به سوی مسائل دلپذیرتر و بهتر سوق می دهند. در نگاه اول این عقیده که می توان با وجود بیماری، بهزیستی روان شناختی را تجربه کرد، قابل قبول نیست. با این حال مطالعات بسیاری نشان دادند که می توان تحت بدترین شرایط نیز بهزیستی روان شناختی را تجربه کرد.

در بسیاری از نشریات دیدگاه منفی فروید نسبت به روان انسان بیان شده بود، فروید معتقد بود روان انسان مجموعه ای در هم پیچیده از آشفتگی های هیجانی و تعارضات و سائقه های غریزی است که انسان را به سمت لذایذ جنسی و پرخاشگری می کشاند. یونگ^۱ (۱۹۳۳) و فرنس^۲ (۱۹۶۴) در مخالفت با دیدگاه منفی فروید، تاکید بر یکپارچگی و هماهنگی خصوصیات خوب و بد انسان ها، صفات مردانه و زنانه و ابراز وجود و توانایی آنها برای پذیرش چیزهای جدید داشت؛ عقیده محکم اریکسون^۳ مبنی بر ایگو^۱ باعث اعتقاد به رشد مداوم فرد در طول زندگی شد. بهلر^۲ (۱۹۳۵) بیان داشت که انسان در طول زندگی به تکامل می رسد.

۱- Yonng

۲- Furness

۳- Eriksoon

آلپورت^۳ (۱۹۶۸) نوعی بلوغ را مطرح کرد که شامل رشد فردی، داشتن روابط گرم با دیگران، داشتن امنیت هیجانی و خودپنداره ای مبنی بر واقعیت می شد. مازلو نیز (۱۹۶۸) خصوصیات و مشخصه های افراد خودشکوف را مطرح کرد. ویسینگ و ون دان^۴ یک سازه بهزیستی روان شناختی کلی را معرفی کردند که به وسیله «احساس انسجام و پیوستگی» در زندگی، تعادل عاطفی و رضایت کلی از زندگی، مشخص و اندازه گیری می شود آنها تاکید می کنند که بهزیستی روان شناختی سازه ای چند بعدی یا چند وجهی است و این حیطه ها را دربر می گیرد:

- عاطفه: در افراد بهزیست یا خوشبخت، احساس مثبت بر احساسات منفی غلبه دارد.

- شناخت: این افراد رضایت از زندگی را تجربه می کنند. به نظر آنها زندگی قابل درک و کنترل است.

- رفتار: افراد بهزیست چالش های زندگی را می پذیرند و به کار و فعالیت علاقه دارند.

- روابط بین فردی: افراد بهزیست به دیگران اعتماد می کنند و از تعامل اجتماعی نیز برخوردارند.

دیدگاه فرانکل: دیدگاه فرانکل بر معنا جویی افراد در زندگی تاکید دارد او معتقد است که رفتار انسان ها

بر پایه لذت گرایی نظریه روانکاوی فروید و نه بر پایه نظریه قدرت طلبی آدلر^۵ است، بلکه انسان ها در زندگی به دنبال معنا و مفهومی برای زندگی خود می باشند (فرانکل^۶، ۱۹۶۶).

اگر فردی نتواند معنایی در زندگی خویش بیابد احساس پوچی به او دست می دهد و از زندگی ناامید

می شود و ملامت و خستگی از زندگی، تمام وجودش را فرا می گیرد؛ الزاماً این حس منجر به بیماری روانی

نمی شود بلکه پیش آگهی بدی برای ابتلا به این اختلالات است. بنابراین فرانکل بهزیستی روان شناختی را

دریافتن معنا و مفهوم در زندگی می داند (فرانکل، ۱۹۶۶).

دیدگاه ریف: برای اولین بار تعریفی چند بعدی برای بهزیستی روان شناختی توسط ریف (۱۹۸۹) ارائه

شد که شامل شش مؤلفه است که تحقیقات بسیاری بر روی بهزیستی روان شناختی با توجه به این شش

مؤلفه صورت گرفت که برخی بررسی تأثیر سن، جنسیت یا وضعیت اقتصادی، اجتماعی را در نظر قرار دادند

۱- Ego

۲- Bhlv

۳- Allport

۴- vasyng & van dan

۵- Adler

۶- Frankel

و برخی دیگر بهزیستی روان شناختی را به عنوان عاملی متاثر از تجارب زندگی (ازدواج، بچه دار شدن و طلاق و...) و نیز چالش های خاص (داشتن والدین الکلی داشتن بچه عقب مانده ذهنی، پرستاری از همسر یا والدین بیمار) مورد مطالعه قرار دادند. این مؤلفه ها عبارتند از:

پذیرش خود: یکی از مؤلفه های کلیدی بهزیستی روان شناختی، داشتن نگرش مثبت در مورد خود اوست البته نه به معنای خودشیفتگی یا عزت نفس خیلی بالا و غیرمعمول بلکه به معنای احترام به نفسی که براساس آگاهی از نقاط قوت و ضعف خود باشد. به طوری که یانگ^۱ (۱۹۳۳) و رتز^۲ (۱۹۶۴) تأکید داشتند که آگاهی از کاستی های خود و پذیرش اشتباهات خویش، یکی از مشخصه های بسیار مهم داشتن شخصیتی کامل و تکامل یافته است. اریسکون (۱۹۵۹) بیان داشت که یکی از عوامل یکپارچه خود، رسیدن به آرامش در عین وجود پیروزی ها و شکست ها و ناامیدی های گذشته است. چنین خودپذیری بالای، براساس خودسنجی واقع بینانه، آگاهی از اشتباهات و محدودیت های خود، عشق نسبت به خود و دیگران، بنا شده است (ریف، ۱۹۸۹).

هدف و جهت گیری در زندگی: توانایی پیدا کردن معنا و جهت گیری در زندگی و داشتن هدف و دنبال کردن آنها، که تمامی اینها در تقابل با خوشبختی قرار دارند. از وجوه هدفمند بودن در زندگی را فرانکل (۱۹۹۲) ارائه شده است. فرانکل سه سال بسیار سخت را در اردوگاه نازیها گذراند و در طول این سالها با داشتن اهداف خویش زنده ماند؛ دید او نسبت به ارتقاء سطح زندگی، اهداف و معنای زندگی آنقدر عمیق بوده که توانست در سال های پس از آزادی، روشی از درمان (معنا درمانی) را برای کمک به هموعانش دریافتن معنایی در زندگی پیدا کند؛ با استفاده از این روش افراد می توان ند در مقابل سختی ها و رنجها پایداری و مقاومت کنند (ریف، ۱۹۸۹).

رشد شخصیتی: با توان شکوفا ساختن کلیه نیروها و استعداد های خود، پرورش و بدست آوردن توانایی های جدید که مستلزم روبرو شدن با شرایط سخت و مشکلات می باشد، زیرا روبرویی با این شرایط باعث می شود فرد نیروهای درونی خویش را بجوید و نیز توانایی های جدید بدست آورد. چه زمانی بیشترین

۱- Yanng

۲- Rtz

احتمال یافتن این نیروها می‌رود؟ زمانی که فرد تحت فشار است، این استعدادها مکرراً کشف می‌شوند و قدرت خود را در تغییر شرایط را نشان می‌دهند، شکوفایی انسان‌ها در طی چالش‌ها و شرایط نامطلوب، بیانگر توانایی روانی انسان‌ها در کنار آمدن با مشکلات، تحمل بسیاری از مصیبت‌ها و برگشت به حالت طبیعی پس از پشت سر گذاشتن آن و پیشرفت پس از گذر از موانع می‌باشد (ریف، ۱۹۸۹).

تسلط بر محیط: یکی دیگر از کلیدهای رسیدن به بهزیستی روان شناختی تحت کنترل داشتن جهان پیرامون است. یعنی هر کسی باید بتواند تا حد زیادی بر زندگی و محیط اطرافش تسلط و احاطه داشته باشد و این کار در گرو این است که فرد محیطش را مطابق خصوصیات و نیازهای فردی خود شکل دهد و بتواند آن را به همان شکل نگه دارد. چنین تسلط و احاطه ای تنها با تلاش‌ها و عملکرد خود فرد و در متن کار، خانواده و زندگی اجتماعی او بدست می‌آید و داشتن کنترل در زندگی چالشی است که انسان تا آخر عمر با آن روبروست. این جنبه از بهزیستی روان شناختی بر این نکته تأکید دارد که برای ایجاد و حفظ محیط کاری و خانوادگی مطلوب، هر شخص همواره به نیروی خلاقه نیاز دارد چنین محیطی است که برای فرد و اطرافیانش بهترین‌ها را به همراه دارد و زمانی که در چنین محیطی قرار دهیم متوجه می‌شویم که تسلط، قوی‌ترین نیرو و توانایی انسان است (ریف، ۱۹۸۹).

خود مختاری: به این معناست که فرد بتواند براساس معیارها و عقاید خودش، عمل کرده و زندگی نماید حتی اگر برخلاف عقاید و رسوم پذیرفته شده در جامعه باشد. یانگ (۱۹۳۳) تأکید می‌کند که یک انسان کاملاً رشد یافته و خود شکوفا کسی است که از هرگونه قرارداد اجتماعی و سنن، رها به نظر می‌رسد. این وجه از بهزیستی روان شناختی کاملاً مفهوم فضیلت غربی را می‌رساند که در آن فرد برای رسیدن به خودمختاری و انتخاب سبک زندگی براساس خواسته‌ها و دیدگاه شخصی و درونی خویش، کاملاً انزوا طلب می‌شود و حتی برخی از ننگ‌ها را می‌پذیرد و بنابراین فردی که چنین روشی را برای زندگی برمی‌گزیند توانایی زندگی در تنهایی و بی کسی را دارد چنین طرز زندگی هم شجاعت و هم تنهایی را می‌طلبد (ریف، ۱۹۸۹).

روابط مثبت با دیگران: عبارت از توانایی برقراری روابط نزدیک و صمیمی با دیگران و اشتیاق برای برقراری چنین رابطه ای و نیز عشق ورزیدن به دیگران. این جنبه اجتماعی-ارتباطی بهزیستی روان‌شناختی دربرگیرنده ی بالا و پائین شدن های روابط و تعاملات اجتماعی و بین فردی است به این معنا که روابط می تواند از یک رابطه شدیداً عاشقانه و صمیمی تا روابطی پر از مشکل و ناراحتی در نوسان باشد. تجزیه و تحلیل عمیق تر روابط صمیمانه یا در حقیقت آمیختگی این دو احساس متضاد چیزی است که ما برای درک بهتر عملکردهای فردی به دنبالش هستیم(ریف، ۱۹۸۹).

دیدگاه روانکاوی: به عقیده فروید ویژگی خاصی که برای بهزیستی روان شناختی ضروری است خودآگاهی است. یعنی هر آن چه ممکن است در ناخودآگاهی موجب مشکل شود بایستی خودآگاه شود. به عقیده فروید انسان عادی کسی است که مراحل رشد روان جنسی را با موفقیت گذرانده باشد و در هیچ یک از مراحل، بیش از حد تثبیت نشده باشد. به نظر او کمتر انسانی عادی به حساب می آید و هر فرد به شکلی نامتعارف است. فروید از منظر روان شناسی، انسان غیرعادی را به دو گروه روان نژند و روان پریش تقسیم می کند و هسته مرکزی بیماری روانی را، اضطراب می داند. به عقیده فروید نوع مکانیسم های دفاعی مورد استفاده افراد سالم، روان نژند و روان پریش متفاوت است. شخص سالم از مکانیزم های دفاعی، نوع دوستی، شوخ طبعی، پارسایی و ریاضت و والایش استفاده می کند (چگنی، ۱۳۸۵).

دیدگاه اریکسون: از دیدگاه اریکسون بهزیستی روان شناختی اصولاً نتیجه عملکرد قوی و قدرت مندی «من» است. «من» عنوان و مفهومی است که نشان دهنده توانایی یک پارچه سازی اعمال و تجارب شخص به صورت انطباقی و سازشی است. «من» تنظیم کننده درونی روان است که تجارب فرد را سازماندهی می کند و در نتیجه از انسان در مقابل فشارهای نهاد و من برتر حمایت می کند. هنگامی که رشد انسان و سازمان های اجتماعی به نحو متناسب هماهنگ شود، در هر کدام از مراحل رشد روانی-اجتماعی توانایی ها و استعدادهای مشخصی ظهور می نماید به دیدگاه اریکسون بهزیستی روان شناختی هر فرد به همان اندازه است که توانسته است توانایی متناسب با هر کدام از مراحل زندگی را کسب کند (چگنی، ۱۳۸۵).

دیدگاه مزلو: او انسان سالم را خود شکوفا می‌داند و این گونه بیان می‌کند که خواستاران تحقق خود، نیازهای سطح پائین تر خود یعنی نیازهای جسمانی، ایمنی، تعلق، محبت و احترام را برآورده ساخته‌اند، روان پریش و روان نژند نیستند و سایر اختلال‌های آسیب شناختی ندارند، آنها الگوهای بلوغ، پختگی و سلامت می‌باشند، با حداکثر استفاده از همه قابلیت‌ها و توانایی‌های خود، خویشتن خویش را فعلیت و تحقق می‌بخشند. می‌دانند کیستند و چیستند و به کجا می‌روند، ویژگی آنها را می‌توان فهرست وار نام برد که عبارتند از: ادراک صحیح واقعیت، پذیرش کلی طبیعت، دیگران و خویشتن، خود انگیختگی، سادگی و طبیعی بودن، توجه به مسائل بیرون از خویشتن، نیاز به خلوت و استقلال، تازگی مداوم تجربه‌های زندگی، نوع دوستی، کنش مستقل، تجربه‌های عارفانه یا تجربه‌های اوج، روابط متقابل با دیگران، تمایز میان وسیله و هدف و خیر و شر، حس طنز مهربانانه، آفرینندگی، مقاومت در مقابل فرهنگ پذیری (شولتز و شولتز ۱۹۶۶؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۷۵).

دیدگاه برن: اریک برن^۱ در نظریه «تحلیل رفتار متقابل» معتقد است شخصیت انسان از سه قسمت تشکیل شده است که شامل والد، بالغ و کودک می‌شود. برای اینکه شخصیت سالم و متعادلی داشته باشیم، به هر سه حالت خود نیاز داریم. بدین معنی که برای حل مشکلات این مکانی و آن زمانی به «بالغ» نیاز داریم تا قادر باشیم به شکل شایسته و مؤثری از عهده زندگی برآییم؛ برای سازگاری سالم یا جامعه، به قوانینی که در حالت «والد» خود داریم نیازمندیم و در حالت «کودک» خود، به خود برانگیختگی، خلاقیت و توانایی مشهودی که در دوران کودکی از آن بهره مند بودیم، دسترسی داریم (آل بویه، ۱۳۸۳).

نظریه وجود گرایی (معنا گرایی):^۲ تعاریف و نظریه‌های کاملاً متفاوتی از معنا وجود دارد. یکی از معروفترین تعاریف معناداری زندگی^۳، توسط فرانکل ارائه شده است. وی معتقد است هنگامی که انسان به فعالیتهای مورد علاقه‌اش می‌پردازد، با دیگران ملاقات می‌کند، به تماشای آثار هنری، ادبی می‌پردازد و یا به دامان طبیعت پناه می‌برد، وجود معنا را در خود احساس می‌کند، همچنین هنگامی که احساس می‌کند که وجود و هستی‌اش به یک منبع لایزال پیوند خورده است و خود را متکی به چارچوب‌ها و تکیه‌گاه‌های

۱- Eric Berne

۲- The oriented (Spiritual)

۳-Meaningful Life

گسترده و قابل اتکایی مانند مذهب و فلسفه‌ای که برای زندگی انتخاب کرده است، می‌بیند؛ معنا را در می‌یابد و آن را احساس می‌کند. بعد از فرانکل صاحب‌نظران دیگری هم معنا را تعریف کرده و جنبه‌های مختلف آن را مورد مطالعه قرار داده‌اند. باتیستا و آلموند^۱ (۱۹۷۳)، زندگی معنا دار را به عنوان یک فرایند باورهای فردی می‌دانند تا یک منبع نهایی از محتوای باورها، به اعتقاد این پژوهشگران، هر چه فرد به ارزش‌های بیشتری باور داشته و متعهد باشد، احساس می‌کند که زندگی‌اش از معنای بیشتری برخوردار است. بامیستر^۲ و همکاران (۱۹۹۸) معتقد است هنگامی فرد می‌تواند احساس کند که از یک زندگی معنادار برخوردار است که چهار نیاز او به معنا ارضا شده باشد. این چهار نیاز عبارتند از: (۱) هدفمند بودن جهت زندگی، (۲) احساس کارآمدی و کنترل، (۳) برخورداری از مجموعه‌ای از ارزش‌ها که بتوان به وسیله آن‌ها کنش‌هایی را توجیه کند و (۴) وجود یک مبنای با ثبات و استوار برای داشتن نوعی مثبت خود ارزشمندی. در یک برداشت کلی از این تعاریف می‌توان دریافت که آن‌ها در دو جنبه با هم اشتراک دارند: (۱) معنا روشی کلی و عام از ارزیابی زندگی است و (۲) منجر به پائین آمدن سطح عواطف منفی (چون افسردگی و اضطراب) و کاهش خطر ابتلا به بیماری روانی می‌شود (فلدمن و اسنایدر، ۲۰۰۵؛ به نقل از روستایی و همکاران، ۱۳۹۱). معناداری زندگی و جایگاه و اهمیت آن برای برخوردار بودن از یک زندگی خوب و شاد، امری انکار ناپذیر و غیر قابل کتمان است (ریف و سینجر^۳، ۱۹۹۸). برخی از مؤلفان با توجه به یافته‌های موجود، ادعا نموده‌اند که وجود و احساس معنا در زندگی مانند کلیدی است که می‌تواند قفل و گره مشکلات زندگی را باز نماید و باعث شود تا افراد کنش‌های مثبتی انجام دهند (ریف و سینجر^۴، ۱۹۹۸). به همین لحاظ اغلب زندگی معنادار را از عوامل مهم سلامت روانشناختی می‌دانند (دباتس^۵، فاندربلوه^۶، زمان^۷، ۱۹۹۳؛ فلدمن و اسنایدر، ۲۰۰۵؛ به نقل از روستایی و همکاران، ۱۳۹۱). برخی از روانشناسان مانند آلپورت^۸

۱-Batista & Almond

۲- Bamiester

۳-Ryff & Singer

۴-Ryff & Singer

۵-Debats

۶ -Van Der Lubbe

۷ -Wezman

۸-Allport

(۱۹۵۴)، فرانکل (۱۹۷۲) و مازلو^۱ در سال ۱۹۶۲، وجود معنا در زندگی را به عنوان مهمترین عامل مؤثر بر کنش های روان شناختی مثبت می دانند. یافته های پژوهشی متعددی نشان داده اند که وجود معنا در زندگی عنصری اساسی در بهزیستی روانی - عاطفی است و به صورت سیستماتیک با ابعاد گوناگونی از شخصیت، سلامت جسمی و ذهنی، سازگاری و انطباق با استرس ها، مذهب و فعالیتهای مذهبی و اختلالات رفتاری ارتباط دارد (اسکنل و بکر^۲، ۲۰۰۶؛ به نقل از حبیبی، ۱۳۹۱). بررسی ارتباط بین وجود معنا در زندگی با سازه های دیگر روان شناسی مثبت مثلاً امید و تأثیر تعاملی آنها برای برخوردار بودن از یک زندگی شاد و سعادت مند و سلامت روانی در سال های اخیر به شدت مورد توجه پژوهشگران و صاحب نظران قرار گرفته است. در سال های اخیر، اسنایدر به عنوان پیشگام و متقدم مطالعه در زمینه امید، به معنا یک عامل کنترل خود می نگرد که به کمک آن انسان می تواند از عزت نفس خود مراقبت نماید. اسنایدر تعریف ویژه ای از کنترل دارد و آن را سازه ای روان شناختی می داند که افراد برای ادراک و فهم بهتر نتایج اعمال خود و رسیدن به پیامدهای مطلوب و پرهیز از پیامدهای نامطبوع، از آن بهره می برند. به این ترتیب زندگی هنگامی معنادار است که فرد امکان کنترل زندگی اش را داشته باشد و برای رسیدن به اهدافش تلاش نماید. به اعتقاد اسنایدر، برگزیدن هدف های مناسب و تلاش برای رسیدن به آنها همان چیزی است که می توان به آن تفکر هدف مدار یا امید گفت (فلدمن و اسنایدر، ۲۰۰۵؛ به نقل از حبیبی، ۱۳۹۱).

نظریه بهزیستی ذهنی: این نظریه بیشتر بر مبنای رضایت از زندگی و شادمانی می باشد که قسمت مهمی از سلامت روان را در بر می گیرد. دینر^۳ از جمله کسانی است که به بحث بهزیستی ذهنی پرداخته است. وی معتقد است که بهزیستی ذهنی شامل دو بعد است: الف) سنجش رضایت از زندگی، ب) گسترش آنچه که اثر سطح مثبت زندگی فرد را نسبت به سطح منفی با اهمیت می کند. رضایت از زندگی بر اساس ارزیابی های شناختی ذهنی فرد می باشد. بهزیستی ذهنی مسئولیت بهزیستی را برعهده فرد قرار می دهد (دینر، ۲۰۰۰). شادی، ارزیابی بهزیستی است که برتری اثر مثبت بر اثر منفی می باشد. از این دیدگاه این

۱- Maslow
۲- Schenell & Becker
۳- Diener

گونه بر می‌آید که زمانی که احساسات مثبت را بیش از احساسات منفی تجربه می‌کنیم، شاد هستیم. فرد به تنهایی استانداردها و معیارهایی که زندگی اش را ارزیابی می‌کند، مشخص می‌کند (دینر، ۱۹۸۴).

- بهزیستی و سلامت روان

اخیراً توجه زیادی به بحث بهزیستی شده است و گاهی آن را به عنوان سلامت روان که عاری بودن از بیماری را نشان می‌دهد، عنوان می‌کنند. بهزیستی خوش بینی افراد را به همراه دارد و شامل خوب بودن و احساس خوب داشتن می‌شود. خوب بودن و احساس خوب داشتن یک چیز نیستند. تنش بین این دو مفهوم به زمان ارسطو باز می‌گردد که مفهوم رشد و نمو انسان را با استفاده از مفهوم ایودامانیا^۱ (خوشی و سعادت) مطرح کرد که فهم یا درک ویژگی‌هایی را در بر می‌گرفت که ارسطو آن‌ها را برای بررسی دقیق انسان ضروری می‌دانست. ایودامانیا گزینه‌ی خوبی برای سلامت روان است که اهمیت محیط را برجسته می‌سازد و در آن زمان ارسطو آن را معادل شادکامی می‌دانست (نوسباوم^۲، ۱۹۹۴).

بهزیستی با جنبش روانشناسی مثبت نگر مطابق است و برای کمک به افراد در جهت شناسایی مؤلفه‌هایی که در آن چگونگی عمل افراد و بهره بردن آن‌ها از نیروهای اثرگذار خویش مورد بررسی قرار می‌گیرد، در حالی که عده‌ای دیگر ممکن است برای به حداکثر رساندن بهزیستی شخصی نیازمند توجه باشند (پیترسون و سلیگمن^۳، ۲۰۰۴). از این رو، آن‌هایی که قصد دارند به بهزیستی دست پیدا کنند، ابتدا به خودشناسی می‌رسند و بعد از آن، نیروهایی را در خود می‌یابند که قبلاً از طریق مجموعه‌ای از فعالیت‌های منفی تضعیف شده‌اند. هایدت^۴ (۲۰۰۶) تبیین کرد که این مسئله می‌تواند ناشی از تضاد بین تزکیه بی‌رحمانه‌ی خود و اعتبار دادن به خود باشد، به همان صورتی که خوب بودن به تنهایی به معنای بهزیستی نیست.

بکارگیری روش‌های دقیق‌تر روی بهزیستی و پیشبرد آن فراتر از بهبودی صرف از مشکلات، نشان می‌دهد که سلامت روان به احتمال زیاد از داشتن روابط خوب و فعالیت‌ها و علایق رضایت بخشی حاصل می‌شود که معمولاً با هم ارتباط متقابل دارند و شامل نوعی از فعالیت و کمک در جهت بازسازی پریشانی و بهبود روابط

۱ - Eudaemonia

۲ - Nussbaum

۳ - Peterson & Seligman

۴ - Haidt

است. تدوین بهزیستی بر اساس ویژگی‌ها، پذیرش ارزش‌ها و روابط متقابل موجب علاقه روان‌شناسان مثبت‌نگر شده است و از باورهای ارسطو نشأت گرفته است (مک^۱، ۲۰۰۸).

- بهزیستی روانی و مهارت های زندگی

همه‌ی ما انسان‌ها، اغلب در زندگی با مسائل و مشکلاتی مواجه هستیم؛ مسائلی که گاه به دلیل دامن‌دهی وسعت و شدت آنها به نظر پیچیده و غیر قابل حل می‌آیند ولی اطلاع از این که دارای مهارت‌ها و منابعی هستیم که به کمک آن می‌توانیم به بهترین وجه با موقعیت‌های دشوار روبرو شویم و از آنها در سازگاری با پیامدهای فشارزای حوادث استفاده کنیم (نجاریان، ۱۳۷۹) کیفیت زندگی یکی از بنیادی‌ترین مفاهیم مطرح در روانشناسی مثبت نگر است. تغییر عقیده از اینکه پیشرفت‌های علمی، پزشکی و تکنولوژی می‌تواند منجر به بهبود زندگی شود، به این باور که بهزیستی فردی، خانوادگی، اجتماعی و جامعه از ترکیب این پیشرفت‌ها به همراه ارزش‌ها و ادراکات فرد از بهزیستی و شرایط محیطی به وجود می‌آید، از منابع اولیه گرایش به آموختن روش‌های بهینه‌سازی زندگی است (اسکالاک، براون، کامینز، فلس، ماتیکا، کیت و پارمنتر^۲، ۲۰۰۲؛ به نقل از امانی، ۱۳۸۵). مهارت‌های زندگی می‌تواند یکی از ارکان عمده در نظریه‌های مربوط به سازگاری با فشار روانی باشد و آن شامل طیف بسیار وسیعی از رفتارها، کنش‌ها، و واکنش‌های درونی و بیرونی در برخورد با یک عامل فشارزا است. فقدان مهارت‌ها و توانایی‌های عاطفی، روانی و اجتماعی افراد را در مواجهه با مسائل و مشکلات آسیب پذیر نموده و آنها را در معرض انواع اختلالات روانی، اجتماعی و رفتاری قرار می‌دهد.

صاحب نظران و متخصصان حیطه‌ی بهداشت روانی جهان بر برنامه‌های پیشگیری در سطح اول تمرکز و تاکید دارند، بر همین اساس برنامه‌ی پیشگیری موسوم به «آموزش مهارت‌های زندگی» در سال ۱۹۹۳ به منظور ارتقاء بهداشت روان و پیشگیری از آسیب‌های طراحی شده که در سطح وسیع در کشورهای جهان از سوی سازمان بهداشت جهانی مورد استفاده قرار می‌گیرد. (سازمان بهداشت جهانی، ترجمه‌ی نوری قاسم آبادی و محمدخانی، ۱۳۷۷). در واقع یادگیری مهارت‌های زندگی موجب افزایش ظرفیت‌های روانشناختی

۱ -Mace

۲-Schalock , Brown, Cummins, Felth, Matikka, Keith & Parmenter

شده و توانایی شخص را در مواجهه با انتظارات و سختی های زندگی روزمره افزایش می دهد هر قدر ظرفیت روان شناختی بالاتر و بیشتر باشد به همان اندازه شخص قادر خواهد بود سلامت روانی- رفتاری خود را در سطح بهتری نگه داشته و با شیوه ای مثبت، سازگارانه و کارآمد به حل و فصل مشکلات بپردازد (ناصری، ۱۳۸۴).

نظریه پردازان معتقدند مهارت های زندگی مهارت هایی است که برای افزایش توانایی های روانی اجتماعی، افراد آموزش داده می شود و فرد را قادر می سازد که به طور موثر با مقتضیات و کشمکش های زندگی روبرو شود (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۸).

موریس. ای. الیاس از دانشگاه راجرز در امریکا و مولف کتاب "تصمیم گیری اجتماعی و رشد مهارت های زندگی" تعریفی از مهارت های زندگی ارائه می دهد، او می گوید: مهارت های زندگی یعنی ایجاد روابط بین فردی و موثر، انجام مسئولیت های اجتماعی، انجام تصمیم گیری های صحیح، حل تعارض ها و کشمکش ها بدون توسل به اعمالی که به خود یا دیگران لطمه می زنند. موسسه بریتانیایی TACADE و مولف کتاب "مهارت های لازم برای مدارس ابتدایی" تعریف دیگری از مهارت های زندگی ارائه می دهد: مهارت های شخصی و اجتماعی که کودکان و نوجوانان باید آنها را یاد بگیرند تا بتوانند در مورد خود، انسان های دیگر و کل اجتماع بطور شایسته، موثر و مطمئن عمل نمایند. (به نقل از سازمان بهداشت جهانی ترجمه نوری قاسم آبادی و محمد خانی، ۱۳۸۰).

سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۴ مهارت های زندگی را اینگونه تعریف می کند: مهارت های زندگی یعنی توانایی لازم برای رفتار مثبت و سازگارانه که به فرد توان رویارویی موثر با چالش های زندگی روزانه را می دهد. (به نقل از یونیسف ۱۳۸۲).

برنامه آموزشی مهارت های زندگی، برنامه جامعی است که هم برای آموزش وسیعی از مهارت های شخصی و اجتماعی طراحی شده و هم پتانسیل بالایی برای پیشگیری از مشکلات و آسیب های مختلف اجتماعی دارد و شامل ده مهارت به شرح زیر می باشد:

خودآگاهی: توانایی شناخت و آگاهی از خصوصیات، نقاط ضعف و قدرت، خواسته‌ها، ترس و انزجار است. رشد خودآگاهی به فرد کمک می‌کند تا دریابد تحت استرس قرار دارد یا نه و این معمولاً پیش شرط ضروری روابط اجتماعی و روابط بین فردی مؤثر و همدلانه است.

همدلی: یعنی اینکه فرد بتواند زندگی دیگران را حتی زمانی که در آن شرایط قرار ندارد درک کند. همدلی به فرد کمک می‌کند تا بتواند انسانهای دیگر را حتی وقتی با آنها متفاوت است بپذیرد و به آنها احترام گذارد. همدلی روابط اجتماعی را بهبود می‌بخشد و به ایجاد رفتارهای حمایت‌کننده و پذیرنده، نسبت به انسان‌های دیگر منجر می‌شود.

ارتباط مؤثر: این توانایی به فرد کمک می‌کند تا بصورت کلامی و یا غیر کلامی و متناسب با فرهنگ، جامعه و موقعیت بتواند نظرها، عقاید، خواسته‌ها، نیازها و هیجان‌های خود را ابراز و به هنگام نیاز قادر باشد از دیگران درخواست کمک و راهنمایی نماید. مهارت تقاضای کمک و راهنمایی از دیگران، در مواقع ضروری، از عوامل مهم یک رابطه سالم است.

روابط بین فردی: این توانایی به ایجاد روابط بین فردی مثبت و مؤثر فرد با انسان‌های دیگر کمک می‌کند. یکی از این موارد، توانایی ایجاد روابط دوستانه است که در سلامت روانی - اجتماعی و روابط گرم خانوادگی، به عنوان یک منبع مهم روابط اجتماعی سالم نقش بسیار مهمی دارد.

تصمیم‌گیری: این توانایی به فرد کمک می‌کند تا به نحو مؤثرتری در مورد مسائل تصمیم‌گیری نماید. اگر فرد بتواند فعالانه در مورد اعمالش تصمیم‌گیری کند، جوانب مختلف انتخاب را بررسی و پیامد هر انتخاب را ارزیابی کند، مسلماً در سطوح بالاتر بهداشت روانی قرار خواهد گرفت.

حل مسأله: این توانایی فرد را قادر می‌سازد تا به طور مؤثرتری مسائل زندگی را حل نماید. مسائل مهم زندگی چنانچه حل نشده باقی بمانند، استرس روانی ایجاد می‌کنند که به فشار جسمی منجر می‌شود.

تفکر خلاق: این نوع تفکر هم به حل مسأله و هم به تصمیم‌گیری‌های مناسب کمک می‌کند. با استفاده از این نوع تفکر، راه‌حلهای مختلف و پیامدهای هر یک از آنها بررسی می‌شوند. این مهارت، فرد را قادر می‌سازد تا مسائل را از ورای تجارب مستقیم خود دریابد و حتی زمانی که مشکلی وجود ندارد و تصمیم‌گیری خاصی مطرح نیست، با سازگاری و انعطاف بیشتر به زندگی روزمره بپردازد.

تفکرانتقادی: توانایی تحلیل اطلاعات و تجارب است. آموزش این مهارت‌ها، فرد را قادر می‌سازد تا در برخورد با ارزش‌ها، فشار گروه و رسانه‌های گروهی مقاومت کنند و از آسیب‌های ناشی از آن در امان بمانند.

توانایی مقابله با هیجان‌ها: این توانایی فرد را قادر می‌سازد تا هیجان‌ها را در خود و دیگران تشخیص دهد، نحوه تأثیر هیجان‌ها بر رفتار را بداند و بتواند واکنش مناسبی نسبت به هیجان‌های مختلف نشان دهد. اگر با حالات هیجانی، مثل غم و خشم یا اضطراب درست برخورد نشود این هیجان تأثیر منفی بر سلامت جسمی و روانی خواهد گذاشت و برای سلامت پیامدهای منفی به دنبال خواهند داشت.

توانایی مقابله با استرس: این توانایی شامل شناخت استرس‌های مختلف زندگی و تأثیر آنها بر فرد است. شناسایی منابع استرس و نحوه تأثیر آن بر انسان، فرد را قادر می‌سازد تا با اعمال و موضع‌گیری‌های خود فشار و استرس را کاهش دهد.

مهارت‌های زندگی توانایی‌هایی هستند که با تمرین مداوم پرورش می‌یابند و شخص را برای روبه‌رو شدن با مسایل روزانه زندگی، افزایش توانایی‌های اجتماعی و بهداشت روانی آماده می‌کنند.

۲-۴-۴- آموزش مهارت‌های روبرویی با استرس

موثرترین روش مقابله با استرس کم کردن شرایط استرس‌زا و آموزش مقابله با این شرایط است.

مهارت‌های مقابله با استرس

برای مقابله با استرس‌ها یا فشارهای روانی، راهکارهای مختلفی وجود دارد که شیوه مدیریت صحیح، آنها را به ما می‌آموزد. با رعایت و بکارگیری این روش‌ها، می‌توانیم علاوه بر حل یا کم کردن مشکلات به آرامش پایدارتری دست یابیم و استرس خود را کنترل کنیم:

عوامل استرس‌زا را کم کنیم

عوامل بی‌شماری ممکن است باعث استرس ما شوند. که باید این عوامل استرس‌زا را شناخته و سعی کنیم از زندگی خود حذف کنیم. برای مثال، اگر شلوغی موجب ناراحتی ما می‌شود، زمانی را برای خرید انتخاب کنیم که خلوت باشد.

اولویت بندی برنامه‌های زندگی

از راه‌های دیگر کاهش استرس برنامه‌ریزی و اولویت بندی کارها است. هنگامی که با انبوهی از مشکلات به‌طور همزمان روبه‌رو هستیم، از حل آنها عاجز می‌شویم. زیرا آشفتگی و بی‌نظمی، در کارها و برنامه‌ها می‌تواند تولید استرس کرده، یا نقطه‌ای برای شروع شکست طرح‌های ناتمام می‌شود. اولویت بندی مسائل به ترتیب اهمیت و بررسی آنها به ما این امکان را می‌دهد که به هر کاری در زمان و مکان خود رسیدگی کنیم، بهتر است که طرح‌ها را یکی بعد از دیگری به انجام برسانیم.

برای مقابله با استرس وقت خود را تنظیم کنیم

کارهای روزمره خود را به ترتیب اهمیت و مدت زمان آنها یادداشت کنیم، با این کار در می‌یابیم وقت خود را چگونه تنظیم کنیم تا همیشه کارهایمان به موقع انجام شود و دچار استرس نشویم. اگر وقت کافی برای انجام تمام فعالیت‌های مورد نظر و مهم خود نداریم، شاید بیش از حد و بیهوده تلاش می‌کنیم.

برای مقابله با استرس صبح زود از خواب بیدار شویم

سعی کنیم صبح‌ها، حتی روزهای تعطیل زود از خواب بیدار شویم. در این صورت ساعت زیستی بدن ما منظم می‌شود و طبق برنامه خاصی زمان خواب و بیداری ما را تنظیم می‌کند. در نتیجه پس از مدتی هنگام بیدار شدن، احساس بهتری خواهیم داشت.

پرهیز از معاشرت با افراد استرس‌زا برای مقابله با استرس

از ارتباط با افرادی که سبب استرس ما می‌شوند دوری کنیم.

خودداری از رقابت با دیگران برای مقابله با استرس

رقابت با دیگران در کار، شغل، زندگی و مخصوصاً "تجملات و ظواهر، می‌تواند یکی از منابع اجتناب ناپذیر استرس یا فشار روانی باشد شاید هم افرادی را بشناسید که کار می‌کنند تا حسادت و خشم دیگران را برانگیزانند ولی در واقع استرس حاصل از حسادت و رقابت، به خود فرد تحمیل می‌شود.

مشکلات را بپذیریم

باید پذیرفت که برخی اوقات شرایط طاقت فرسایی در زندگی پدید می‌آید و کاری نیز از دست ما بر نمی‌آید. در این شرایط باید با صبر و پذیرش مشکل و دگرگون کردن موقعیت، بار عاطفی مشکل را کم کنیم.

برای مقابله با استرس ورزش کنیم

یکی دیگر از راههای کاهش استرس ورزش کردن است. تحقیقات نشان داده است که ورزشکاران از استرس و افسردگی کمتری نسبت به دیگران برخوردارند. همچنین برنامه تمرینات هوازی باعث بهبود حالات افسردگی، اضطراب، آشفتگی فکری و خستگی شدید است. یک پیاده روی تند و سریع به مدت ۴۰ دقیقه میزان استرس را به‌طور متوسط تا ۱۴ درصد کاهش می‌دهد.

برای مقابله با استرس به تغذیه خود برسیم

تغذیه مناسب بسیار مهم است. زیرا انرژی مورد نیاز بدن را تامین می‌کند و کمتر دچار حالت عصبی یا فشار روانی می‌شویم. همیشه از مواد غذایی سبوس دار، میوه، ترکیبات کربوهیدرات، سبزیجات و حبوبات استفاده کنیم که باعث ثابت ماندن اندازه قند خون شده و کمتر خسته می‌شویم. از مصرف زیاد نمک، چربی، خوراکی‌های سرخ شده و مواد قندی ساده که به آزاد شدن اپی نفرین کمک و باعث عدم مقاومت بدن در برابر فشار روانی می‌شود خودداری کنیم. به مقدار

کافی آب بنوشیم و از مصرف زیاد قهوه، چای و نوشابه‌های گازدار تا حد امکان پرهیز نماییم.

برای مقابله با استرس مثبت بیندیشیم

مثبت فکر کردن باعث آرامش فکر می‌شود، که این امر می‌تواند با تغییرات فیزیولوژیک که هنگام به‌وجود آمدن استرس اتفاق می‌افتد، مقابله کند، بسیاری از استرس‌هایی که تجربه می‌کنیم از احساسات منفی اطرافمان ناشی می‌شوند. اندیشیدن به اشخاص یا چیزهایی که به آنها عشق می‌ورزیم آثار خوبی را بر جای می‌گذارد.

- اجزاء مهارت‌های ده گانه ی زندگی:

خودآگاهی:

- آگاهی از نقاط قوت
- آگاهی از نقاط ضعف
- تصویر خود واقع بینانه
- آگاهی از حقوق و مسئولیت‌ها
- توضیح ارزشها
- انگیزش برای شناخت

مهارت‌های ارتباطی:

ارتباط کلامی و غیر کلامی موثر

- ابراز وجود
- مذاکره
- امتناع
- غلبه بر خجالت

- گوش دادن

همدلی:

- علاقه داشتن به دیگران
- تحمل افراد مختلف
- رفتار بین فردی همراه با پرخاشگری کمتر
- دوست داشتنی تر شدن (دوستیابی)
- احترام قائل شدن برای دیگران

مهارت‌های بین فردی:

- همکاری و مشارکت
- اعتماد به گروه
- تشخیص مرزهای بین فردی مناسب
- دوستیابی
- شروع و خاتمه ارتباطات

مهارت‌های حل مسأله :

- تشخیص مشکلات علل و ارزیابی دقیق
- درخواست کمک
- مصالحه (برای حل تعارض)
- آشنایی با مراکزی برای حل مشکلات
- تشخیص راه حل های مشترک برای جامعه

مهارت‌های تفکر خلاق :

- تفکر مثبت
- یادگیری فعال (جستجوی اطلاعات جدید)
- ابراز خود
- تشخیص حق انتخاب های دیگر (برای تصمیم گیری)
- تشخیص راه حل های جدید برای مشکلات

مهارت‌های مقابله با هیجان ها :

- شناخت هیجان های خود و دیگران
- ارتباط هیجان ها با احساسات ، تفکر و رفتار
- مقابله با ناکامی ، خشم ، بی حوصلگی ، ترس و اضطراب
- مقابله با هیجان های شدید دیگران

مهارت‌های تصمیم گیری:

- تصمیم‌گیری فعالانه بر مبنای آگاهی از حقایق کارهایی که می‌توان انجام داد که انتخاب را تحت تأثیر قرار دهد.
- تصمیم‌گیری بر مبنای ارزیابی دقیق موقعیت‌ها
- تعیین اهداف واقع بینانه
- برنامه ریزی و پذیرش مسئولیت اعمال خود
- آمادگی برای تغییر دادن تصمیم‌ها برای انطباق با موقعیت‌های جدید

مهارت‌های تفکر انتقادی :

- ادراک تأثیرات اجتماعی و فرهنگی بر ارزش‌ها ، نگرش‌ها و رفتار

- آگاهی از نابرابری ، پیشداوری ها و بی عدالتی ها
- واقف شدن به این مسئله که دیگران همیشه درست نمی گویند
- آگاهی از نقش یک شهروند مسئول

مهارت‌های مقابله با استرس:

- مقابله با موقعیت‌هایی که قابل تغییر نیستند
- استراتژی های مقابله‌ای برای موقعیت‌های دشوار (فقدان، طرد، انتقاد)
- مقابله با مشکلات بدون توسل به سوء مصرف مواد
- آرام ماندن در شرایط فشار
- تنظیم وقت

- اهمیت آموزش مهارت های زندگی:

با در نظر گرفتن این اصل که رشد انسان در زمینه‌های روانی، اجتماعی، جنسی، شغلی، شناختی، اخلاقی و عاطفی صورت می‌گیرد. لذا هر یک از زمینه‌ها نیازمند مهارت و توانایی می باشد. در واقع می‌توان گفت که تکامل مراحل رشدی وابسته به مهارت و برتری در مهارت‌های زندگی است. زمانی که افراد مهارت‌های زندگی را کسب نمایند در عملکرد بهینه خود پیشرفت می‌کنند. آموزش مهارت‌های زندگی نقش اساسی را در بهداشت روانی ایفا می‌کند و البته زمانی که در یک مقطع رشدی مناسبی ارائه شود نقش برجسته‌تری خواهد داشت. طرح آموزش مهارت‌های زندگی در دو دهه گذشته به دلایل ذیل یکی از موفق‌ترین و بی‌نظیرترین طرح اثرگذار در پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی شناخته شده است (احمدی، ۱۳۸۴).

- موثر و کاربردی بودن آن
- جامع و فراگیر بودن آن
- روش تدریس تعاملی و تاثیر متقابل آن

- مناسب بودن آن برای افراد با زمینه های گوناگون فکری و سنی

اجزاء اصلی برنامه مهارت های زندگی که شامل:

الف) مهارت های پایدار و استقامتی

ب) مهارت های خود مدیریتی فردی

ج) مهارت های عمومی اجتماعی ، می باشد ضرورت اجرای این برنامه را بیشتر آشکار می سازد.

آموزش مهارت های زندگی، فرد را قادر میسازد تا دانش، ارزش ها و نگرش ها را به توانایی های بالفعل تبدیل کند مثل اینکه چه کاری باید بکند و چگونه آن را انجام دهد. مهارت های زندگی توانایی هایی است که فرد را قادر میسازد تا انگیزه و رفتار سالم داشته باشد. امروزه مداخلات درمانی نشان داده است که بسیاری از نوزدها و سایکوزها ناشی از نقص در رشد مهارت های زندگی اساسی است. در واقع آموزش مهارت های زندگی نقش درمانی دارد. علاوه بر این آموختن و به کارگیری مهارت های زندگی بر احساس فرد از خود و عزت نفس اثر دارد (نوری قاسم آبادی، ۱۳۷۷). و بنابر این نقش مهمی در سلامت روان دارد. همانطور که گفته شد افزایش ظرفیت روانشناختی، بهداشت و سلامت فرد را در چهار حیطه جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی تامین می نماید.

بسیاری از محققان رویکردی را مورد توجه قرار داده اند که مبتنی بر آموزش مهارت ها از قبیل ارتباطات بین فردی، خودکنترلی، کنترل استرس و خشم، آرامش سازی، تعیین هدف، تصمیم گیری و حفظ بهداشت و سلامتی کامل و مناسب باشد. این آموزش از طریق تکنیک هایی مانند الگو برداری و تمرین رفتاری میسر می گردد. ایجاد چنین مهارت هایی به افراد کمک می کند که روابط بین فردی را برقرار و آن را حفظ کنند و توانایی مقابله با تغییرات محیطی مداوم را کسب کنند و به افزایش سطح عزت نفس و منبع کنترل درونی دست یابند. آموزش مهارت های زندگی با ارتقاء بهداشت روانی و آمادگی رفتاری، فرد را به رفتاری سالم و اجتماعی مجهز می کند. این آموزش ها بصورتی عمل می نمایند که گویی فرد در یک میدان مبارزه آمده است او ممکن است علاقه مند به جنگیدن باشد ولی نیاز دارد که حتما سلاح مناسب و کارآمدی هم در

اختیار داشته باشد و از آن مهم‌تر اینکه لازم است نحوه استفاده از سلاح، شناخت ویژگی‌های دشمن و استراتژیهای حمله و دفاع را هم بداند. برنامه آموزش مهارت‌های زندگی، اسلحه، نحوه استفاده از سلاح، شناخت دشمن و استراتژی‌های لازم را در اختیار فرد می‌گذارد و او را با یک آمادگی رفتاری در میدان مبارزه وارد می‌کند.

مفهوم آمادگی رفتاری به سه عامل بستگی دارد:

(۱) توانایی‌های روانی - اجتماعی فرد که با یادگیری و تمرین مهارت‌های زندگی ایجاد می‌شود.

(۲) احساس کفایت و کارآمدی فرد در زمینه مهارت‌های زندگی.

(۳) قصد و تمایل فرد به اجرای مهارت‌ها (به نقل از آقاجانی، ۱۳۸۱).

فرض بر این است که برای دست یافتن به رفتارهای سالم بهداشتی و پیشگیری در درجه اول باید بر سلامت روانی و آمادگی رفتاری فرد اثر گذاشت

یکی از شیوه‌های اساسی آموزش مهارت‌های زندگی، بحث‌های گروهی است. بحث‌های گروهی موجب می‌شود که افراد استعدادها و توانایی‌های خود را کشف کنند، در ضمن از طریق مشکل‌گشایی گروهی، راه‌حلهایی را برای مشکلات زندگی روزمره تجربه می‌کنند. در این روش احساس می‌کنند که مورد پذیرش دیگر اعضا هستند. از جمله تاثیرات مثبت دیگر بحث‌های گروهی افزایش توانایی خود رهبری، خود کنترلی، توانایی تصمیم‌گیری، خود اثربخشی، منبع کنترل درونی و شایستگی‌های رفتاری اجتماعی می‌باشد. (میلر و نان، ۲۰۰۰). بحث گروهی می‌تواند آمادگی‌های رفتاری را چنان بوجود آورد که افراد بدون آنکه مقاومت شدیدی برای پذیرش افکار و عدم آمادگی برای تغییر از خود نشان دهند، مفاهیم را یاد بگیرند و انگیزه‌ای برای عمل در جمع بیابند.

در نهایت باید اذعان کرد که برنامه آموزش مهارت‌های زندگی یک مدل آموزشی روانی است که در کارها و فعالیتهای گروهی سازمان یافته به منظور رشد مهارت‌های عملی که برای زندگی روزمره هستند کاربرد دارد.

به همین جهت شرکت فعال اعضای گروه برای یادگیری این مهارتها امری ضروری می باشد چرا که روش مهارت‌های زندگی مبتنی بر یادگیری تجربی است و یادگیری موثر با فعالیت، مشاهده شرکت‌کنندگان دیگر و دریافت فیدبک میسر می‌شود. به نحوی که این یادگیریه‌ها می‌تواند به موقعیت خارج از گروه انتقال یابد. باید گفت که اصل اثربخشی روش مهارت‌های زندگی به دلیل تاکید آن بر جنبه های عینی شامل درگیری و شرکت فعال افراد، رفتارهای قابل مشاهده و نمایش عینی عقاید نظری یا انتزاعی می باشد. آموزش مهارت‌های زندگی علاوه بر ارتقای سطح سلامت روان، انگیزه فرد در مراقبت از خود و دیگران و پیشگیری از بیماری‌ها را نیز ممکن می‌کند. بررسی محورهای ۵ گانه برنامه مهارت‌های زندگی این موضوع را بیش از پیش مسجل می‌سازد:

(۱) مهارت‌های ارتباطی که شامل مهارت‌های برقراری رابطه موثر و مهارت روابط بین فردی است.

(۲) مهارت‌های ادراکی که شامل مهارت‌های خودآگاهی و توانایی همدلی با دیگران است.

(۳) مهارت‌های احساسی و مقابله ای که شامل مهارت مقابل با هیجان و مهارت مقابله با استرسها است.

(۴) مهارت مبتنی بر تفکر که شامل مهارت تصمیم گیری و مهارت حل مسئله می باشد.

(۵) مهارت مبتنی بر تفکر برتر که شامل مهارت تفکر خلاق و مهارت تفکر نقادانه است.

آموزش مهارت‌های زندگی یعنی اینکه تو "توانایی" بدون آنکه به توانایی دیگران لطمه بزنی.

همانطور که می‌دانید اگر هنر خوب زندگی کردن را بدانیم می‌توانیم بروز بسیاری از رفتارهای مثبت در زندگی اجتماعی افراد را موثر کنیم و هر عاملی را که باعث بهبود وضع زندگی انسان در سطح فردی و اجتماعی می‌شود را تقویت نمود و راه اکتساب آن را آموزش داد.

۲-۵- پیشینه پژوهش

کسراثیان و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه ارزیابی موانع اهدای خون توسط زنان نشان داده که در ایران: کمبود وقت، ترس از سوزن زدن و نگرانی از کم خونی یا ابتلا به آنمی و دسترسی دشوار به کمک مالی دلایل اصلی عدم اهدای خون بودند هدف تعیین عوامل موثر در اهدای خون در زنان بود بیشترین دلایل اهدای خون اهداف نوع دوستانه (۹۴/۴ درصد)، تعهدات اخلاقی و شخصی (۸۹/۱ درصد)، احساس مسئولیت (۸۲/۷ درصد)، و آگاهی از تأثیرات مثبت بر سلامتی آنها (۷۷/۴ درصد) بود و نتیجه گرفت لازم است اقداماتی با هدف آگاهی دادن به زنان در مورد آنها انجام شود اهمیت اهدای خون و کاهش ترس مبتنی بر اطلاعات غلط. اعتماد به نفس باید در سازمان اهدای خون یکی از موارد مهم در جذب اهدا کنندگان آینده باشد و راهکارهایی برای اطمینان خاطر زنان در مورد ایمنی اهدای خون ارائه شود.

گاندرا شارما و همکارانش (۲۰۱۶) نتیجه گرفتند که مشارکت زنان در گوالیور هند نسبت به یافته‌های کشورهای پیشرفته به طور قابل توجهی پایین است و پیشنهاد کردند نیاز به آموزش در جمعیت زنان برای رسیدن به اهمیت اهدای خون و عدم درک منفی در مورد اهدای خون لازم است.

توگه و همکاران (۲۰۱۵) در بررسی اهدای خون زنان: مطالعه کیفی بررسی دلایل عدم اهدای خون در کارکنان زن پایگاه انتقال خون تهران به این نتیجه رسیدند که برخی از شرکت کنندگان بر این باور بودند که کار در TBTC، به ویژه در واحدهای فنی، به عنوان یک عامل بازدارنده برای تعداد کمی از زنانی که در TBTC کار می‌کنند عمل می‌کند، نگرانی از مثبت بودن نتیجه آزمایش، اعم از درست یا نادرست، یکی دیگر از دلایل عدم اهدای خون است. تعدادی از آنها ذکر کردند که پلاسمای مشتق شده از خون زنان مورد استفاده قرار نگرفته است و برخی دیگر نیز با شرایطی پیچیده و استرس‌زا در هنگام اهدای خون در مراجعین مواجه شده‌اند. بنابراین آنها اقدام به اهدای خون نکردند.

اردکانی (۱۳۹۵) در بررسی مقایسه نقش سبک زندگی، نظام باورها و سبک هویت در اقدام به اهدا در داوطلبان و غیر داوطلبان اهدای خون، استان یزد نشان داد، میانگین سبک هویت اطلاعاتی در دو گروه به ترتیب ۴۱/۳۸ و ۲۹/۱۴ با انحراف معیار ۷/۴۰۰ و ۶/۱۱۰ به دست آمده ($p < ۰/۰۵$). وی نتیجه گرفت

آگاهی از فاکتورهای مهم از طریق آموزش در داوطلب شدن افراد به منظور اهدای خون می‌تواند از خروج آن‌ها از چرخه اهدا جلوگیری کند.

سوگند قاسمزاده و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعه تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله با تنیدگی بر افسردگی، اضطراب و استرس مادران دارای نوجوان مبتلا به دیابت نوع یک نشان داد که بین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایشی با پس‌آزمون گروه کنترل در نمره کل افسردگی، اضطراب و استرس قبل و بعد از مداخله آموزشی تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0.001$).

پرادوس مدرونا و همکارانش (۲۰۱۴) در بررسی زنان به عنوان اهداکنندگان خون سالم: پیشنهادها، اهداها در جنوب غربی اسپانیا به این نتیجه رسیدند که زنان بیش از مردان اولین اهدای خود را در طول دوره مطالعه انجام دادند و اکثراً غلظت کم هموگلوبین که شایع‌ترین علت تعویق در اهدای خون زنان بود. مشکلات در دسترسی و واکنش‌های و ازوواگال (ضعف و غش) نیز در اهداکنندگان زن بیشتر از اهداکنندگان مرد بود. باید تدابیری برای کاهش این موانع اتخاذ کرد تا زنان تشویق شوند که به اهدای خون ادامه دهند و در نتیجه اطمینان حاصل شود که آنها اهداکنندگان منظم هستند.

عزیزی (۱۳۹۳) در بررسی ارزیابی تمایل رفتاری اهدای خون بانوان با دو الگوی کنش معقول و رفتار برنامه‌ریزی شده و مقایسه آن‌ها نشان داد که توان دو الگو در پیش‌بینی رفتار اهدای خون بانوان یکسان است طبق نتایج، تأثیر هنجارهای ذهنی بر تمایل افراد بیشتر از نگرش به رفتار است وی در این تحقیق نتیجه گرفت باور رفتاری و هنجاری بر تمایل افراد به اهدای خون تأثیر داشته و باور هنجاری از کارآیی بالاتری برخوردار است. بنابراین تقویت‌های باور از طریق آموزش و رسانه‌های تبلیغاتی برای ایجاد یک ارزش اجتماعی به نام اهدای خون می‌تواند شیوه مناسبی جهت جذب بیشتر داوطلبان باشد.

- خدیر (۱۳۸۳) در بررسی نگرش زنان ایرانی نسبت به اهدای خون نشان داد شایع‌ترین علت عدم تمایل به اهدا خون در زنان تحت مطالعه، ترس از ابتلا به بیماری‌های عفونی و خونی بوده است. در مجموع ۷۵.۲٪ از زنان تحت مطالعه نسبت به اهدای خون نگرش منفی و تنها ۲۴.۸٪ آنان دارای نگرش مثبت بودند. نتیجه گرفت از آنجایی که ترس از ابتلا به بیماری‌های عفونی و خونی ناشی از اهدای خون به نوعی ناشی از عدم

آگاهی جامعه از طب انتقال خون می‌باشد، در نهایت مهم‌ترین علت عدم اهدای خون را می‌توان عدم شناخت زنان نسبت به طب انتقال خون دانست .

در بسیاری از مطالعه‌های دیگر نیز میزان آگاهی در رابطه با اهدای خون در سطح جامعه پایین ارزیابی شده است. هم چنین در پژوه دِماری و همکاران، مهم رین مانع اهدای خون عدم آگاهی نسبت به مزایای اهدای خون و بی خطر بودن آن بیان شده است(دِماری، ۲۰۰۶)

عباس‌زاده نشان داد تحصیلات زنان بدون سابقه اهدای خون به طور معنی‌داری کمتر از زنان با سابقه اهدای خون بود (عباس‌زاده، ۲۰۱۱)

شمس مشهدی و کفاشی در پژوهشی که با عنوان تاثیر رسانه های ملی بر سرمایه اجتماعی با تأکید بر مشارکت شهروندی انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که نوع برنامه بر چهار بعد مشارکت اجتماعی یعنی آگاهی، تصمیم گیری، مشارکت داشتن و رضایت‌مندی تاثیر چشمگیری داشته است(شمس مشهدی، ۱۳۹۶) نتایج پژوهش استیل و همکاران نشان می دهد که اهداکنندگان خون نمرات بالاتری در رفتار نوع دوستانه، حس همدلی و مسئولیت اجتماعی دارند.(استیل، ۲۰۰۸)

در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۴ انجام شد نشان داد که مردان جوان با زنان ۳۰ تا ۴۹ ساله تمایل کمتری برای اهدا دارند(هالینگورث، ۲۰۰۴)

فصل سوم

روش شناسی پژوهش

۳-۱- مقدمه

در این فصل روش پژوهش، جامعه و نمونه آماری و مشخصات ابزارهای پژوهش آورده شده است که در زیر قسمت به صورت مجزا شرح داده شده است.

۳-۲- روش شناسی تحقیق

روش پژوهش از نوع آزمایشی و از طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. در این پژوهش روش آموزش در خصوص مهارت های رویارویی با استرس (با محوریت استرس در موقعیت اهدای خون) برای گروه آزمایش و عدم آموزش (گروه کنترل) به عنوان متغیر مستقل و روش مقابله ای متمرکز بر هیجان و مقابله متمرکز بر حل مسئله به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شده است.

گروه ها	پیش آزمون	متغیر مستقل	پس آزمون
گروه آزمایش	T _۱	X	T _۲
گروه کنترل	T _۱	-	T _۲

۳-۳- جامعه آماری

جامعه ی آماری شامل تمامی بانوان ۱۸ تا ۶۵ ساله اردبیل بود که شامل افراد ی می شد که با خود اظهاری شرایط عمومی اهدای خون و سلامت جسمی و روحی ، سواد حداقل تا راهنمایی و ابراز تمایل به شرکت در مطالعه را دارا بودند.

۳-۴- روش نمونه گیری و حجم نمونه

روش نمونه گیری در این پژوهش بصورت دردسترس بود و با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس و جایگزینی تصادفی، برای افزایش اعتبار بیرونی و قابلیت تعمیم با اطمینان بیشتر ۱۰۰ نفر انتخاب شده و در دو گروه ۵۰ نفره آزمایش و کنترل گمارده شد.

۳-۵- ابزار های اندازه گیری

پرسش نامه راهبردهای مقابله ای (CSQ):

پرسش نامه راهبردهای مقابله ای لازاروس و فولکمن یک پرسشنامه ی ۶۶ ماده ای و دارای ۸ مولفه است که توسط لازاروس و فولکمن و بر اساس یک نظریه شناختی پدیدار شناختی درباره تنیدگی، برآورد و مقابله ساخته شده است، و به سنجش افکار و اعمالی که افراد برای مقابله با برخوردهای تنیدگی زای زندگی روزمره به کار می برند، می پردازد. این پرسش نامه در سال ۱۹۸۸ توسط لازاروس و فالکمن فابداغ و در سال ۱۳۷۳ توسط آقایوسفی به فارسی برگردانده شده است.

ویژگی های روانسنجی :

قدمگاهی و دژکام (۱۹۹۸، به نقل از مومنی راد و شهبازی راد، ۱۳۹۱) ضریب همسانی درونی را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۱ تا ۰/۷۹ و اعتبار باز آزمایی آن را به فاصله چهار هفته ۰/۵۹ تا ۰/۸۳ گزارش کردند. پایایی این آزمون در تحقیقی با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۹ به دست آمده است (لازاروس، ۱۹۹۳؛ به نقل از علیپور و همکاران، ۱۳۸۹). در تحقیق علیپور و همکاران (۱۳۸۹) نیز پایایی این آزمون برابر با ۰/۸۵ بدست آمد. پرسش نامه راهبردهای مقابله ای به عنوان ابزاری است که هر دو کارکرد مشکل مدارو عاطفه مدار و تغییر در مقابله، چه در مواجهات متفاوت و چه در یک مواجهه معین را بررسی میکند بنابراین روایی سازه پرسش نامه راهبردهای مقابله ای تایید شده است (آقایوسفی و همکاران، ۱۳۹۰).

۳-۶- شرح کامل روش گردآوری اطلاعات

جهت جمع آوری اطلاعات و بررسی پیشینه موضوع از منابع مختلف داخلی و خارجی شامل مقالات، پایان نامه ها و کتابهای فارسی و لاتین استفاده شد. بطوریکه منابع مرجع جمع آوری و بصورت کتابخانه ای مطالعه شد سپس موارد مهم و با اهمیت استخراج و جمع بندی شد. جهت گردآوری اطلاعات از پرسشنامه و بسته های آموزشی استفاده شد که بصورت جداول، نمودار و سوالات مطرح و در گروه نمونه محدوده تحقیق پخش شد. در مرحله ی اول با دسترسی به اطلاعات دموگرافیک افراد و بررسی وضعیت سلامتی جسمی و تحصیلات افراد تعداد جامعه ی آماری مشخص شده و در مرحله ی دوم با استفاده از زوش نمونه گیری در دسترس، تعداد ۱۰۰ نفر آزمودنی انتخاب شده و به صورت جایگزینی تصادفی ۵۰ نفر از آزمودنی ها در گروه آزمایشی و ۵۰ نفر بعدی در گروه کنترل جایگزین شدند و همزمان پیش آزمون با استفاده از پرسشنامه راهبردهای مقابله ای لازاروس و فالکمن (CSQ) اجرا شد. در مرحله ی سوم آموزش هایی جهت آشنایی با مهارت های رویارویی با استرس (با محوریت استرس در موقعیت اهدای خون) و اثرات آن با برنامه ای از پیش تعیین شده ارائه شد و در آخر دوباره پرسشنامه ها در اختیار هر دو گروه قرار داده شد و پس از تکمیل داده های بدست آمده به عنوان پس آزمون در نظر گرفته شد و داده های بدست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS تحلیل شد.

۳-۷- روش ها و ابزار تجزیه و تحلیل داده ها

بر ای تحلیل داده های این پژوهش از شاخص های آمار توصیفی از جمله میانگین و انحراف استاندارد برای توصیف داده ها همچنین برای بررسی فرضیه ها از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد.

۳-۸- پایایی تحقیق

پایایی اشاره به سطح و اندازه دقت در سنجش یا وسیله اندازه گیری دارد. پایایی به این سوال جواب می دهد که اگر به صورت مکرر چیزی را مورد سنجش قرار دهیم، تا چه حد امکان دارد که نتایج یکسان حاصل شود. پایایی با ثبات مشتمل بر استفاده از همان معرف ها و همان تعاریف در هر بار سنجش دارد. برای ارزیابی پایایی ابزار اندازه گیری از روش آلفای کرونباخ استفاده شده است که

در آن ایده ی اصلی به این صورت است که مقدار آن بین صفر و یک در نوسان است که طبق این روش هر اندازه پایایی گویه ها به سمت یک میل کند و یا نزدیک شود ابزار دارای پایایی بالا و لذا ابزار اندازه گیری برای ادامه تحقیق مناسب تر خواهد بود . در پایان تحقیق برای پرسشنامه های مورد استفاده پایایی گرفته شد.

جدول (۱-۳) نتایج تحلیل پایایی گویه های مربوط به پرسش نامه

ضریب پایایی	تعداد پرسشنامه	تعداد گویه	نوع آزمون	پرسشنامه
Cronbach s Alpha)	۱۰۰	۶۶	پیش آزمون	راهبردهای مقابله ای
	۱۰۰	۸۴	پس آزمون	
۰/۶۸				
۰/۷۴				

طبق نتایج جدول (۱-۳) نتایج نشان داد که پایایی برای پرسشنامه راهبردهای مقابله ای ۰/۶۸ و ۰/۷۴ بدست آمده است که نشان از پایایی خوب ابزار های مورد استفاده در این پژوهش می باشد.

فصل چهارم

تجزیه و تحلیل داده ها و بیان نتایج حاصل از پژوهش

۴-۱ مقدمه

در این فصل با استفاده از روش‌های آماری مناسب اطلاعات جمع آوری شده حاصل از آزمون‌ها تجزیه و تحلیل شدند. نتایج به دست آمده در سه بخش یافته‌های جمعیت شناختی، یافته‌های توصیفی و یافته‌های مربوط به فرضیه‌ها مطرح شده‌اند.

۴-۲- یافته‌های جمعیت شناختی

جدول (۴-۱) توزیع فراوانی آزمودنی‌ها بر حسب جنسیت

کنترل		آزمایش		جنسیت
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۰	۰	۰	۰	مذکر
۱۰۰	۵۰	۱۰۰	۵۰	مونث
۱۰۰	۵۰	۱۰۰	۵۰	کل

طبق نتایج جدول (۴-۱) با توجه به موضوع مورد بررسی ۱۰۰ درصد جامعه آماری در گروه آزمایش و گروه کنترل مونث بودند.

جدول (۴-۲) توزیع فراوانی آزمودنی‌ها بر حسب سن

کنترل		آزمایش		سن
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۱۲	۶	۱۴	۷	۱۸-۲۵

۲۰	۱۰	۲۴	۱۲	۲۶-۳۵
۵۰	۲۵	۴۶	۲۳	۳۶-۴۵
۱۴	۷	۱۰	۵	۴۶-۵۵
۴	۲	۶	۳	۵۶-۶۵
۱۰۰	۵۰	۱۰۰	۵۰	کل

طبق نتایج جدول (۲-۴) ۱۴ درصد آزمودنی های گروه آزمایش سن ۱۸-۲۵ سال، ۲۴ درصد ۳۵-، ۲۶ سال، ۴۶ درصد ۳۶-۴۵ سال و ۱۰ درصد سن ۵۵-۴۶ سال و ۶ درصد سن ۶۵-۵۶ سال داشتند. و در گروه کنترل ۱۲ درصد آزمودنی ها سن ۱۸-۲۵ سال، ۲۰ درصد ۳۵-۲۶ سال، ۵۰ درصد ۴۵-۳۶ سال و ۱۴ درصد سن ۵۵-۴۶ سال و ۴ درصد سن ۶۵-۵۶ سال گزارش کردند.

جدول (۳-۴) توزیع فراوانی آزمودنی ها بر حسب تحصیلات

کنترل		آزمایش		تحصیلات
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۴	۲	۶	۳	دیپلم
۶	۳	۱۰	۵	فوق دیپلم
۵۰	۲۵	۴۴	۲۲	لیسانس یا دانشجو
۳۸	۱۹	۳۶	۱۸	فوق لیسانس یا دانشجو
۲	۱	۴	۲	دکتری یا دانشجو
۱۰۰	۵۰	۱۰۰	۵۰	کل

طبق نتایج جدول (۳-۴) ۶ درصد آزمودنی های گروه آزمایش تحصیلات دیپلم، ۱۰ درصد تحصیلات فوق دیپلم، ۴۴ درصد لیسانس، ۳۶ درصد فوق لیسانس و ۴ درصد تحصیلات دکتری و بالاتر داشتند و در گروه کنترل ۴ درصد دیپلم، ۶ درصد تحصیلات فوق دیپلم، ۵۰ درصد لیسانس، ۳۸ درصد فوق لیسانس و ۲ درصد تحصیلات دکتری و بالاتر داشتند.

۳-۴- یافته های توصیفی

جدول (۴-۴) میانگین و انحراف استاندارد نمرات مقابله متمرکز بر هیجان و متمرکز بر مسئله

کنترل		آزمایش		نوع آزمون		گروه
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین			شاخص آماری
۸/۳۰	۳۴/۲۵	۵/۳۵	۲۹/۳۵	پیش آزمون		مقابله مستقیم
۷/۲۱	۳۶/۶۰	۵/۹۴	۲۹/۱۲	پس آزمون		
۳/۶۱	۲۷/۳۰	۴/۸۴	۲۷/۳۸	پیش آزمون		دوری گزینی یا فاصله گیری
۴/۴۱	۲۸/۰۷	۳/۴۶	۲۴/۸۵	پس آزمون		
۵/۶۰	۲۳/۱۵	۵/۴۳	۱۹/۳۰	پیش آزمون		گریز و اجتناب

۵/۰۹	۲۳/۹۳	۴/۹۲	۱۸/۷۵	پس آزمون	خویشتن داری
۵/۶۸	۳۱/۴۰	۵/۴۷	۳۳/۴۵	پیش آزمون	
۶/۲۷	۳۱/۷۵	۴/۰۷	۳۰/۱۱	پس آزمون	کلی مقابله هیجان مدار
۶/۶۸	۳۳/۴۰	۹/۴۷	۳۴/۴۵	پیش آزمون	
۵/۲۷	۳۳/۷۵	۷/۰۷	۳۰/۲۱	پس آزمون	مسئولیت پذیری
۵/۳۹	۳۷/۶۵	۵/۲۴	۳۶/۱۵	پیش آزمون	
۵/۸۵	۳۶/۴۰	۵/۴۶	۴۱/۸۰	پس آزمون	مساله گشایی برنامه ریزی شده
۵/۲۳	۲۹/۹۰	۴/۴۰	۳۹/۷۵	پیش آزمون	
۵/۱۱	۲۷/۸۰	۴/۰۷	۳۹/۱۵	پس آزمون	حمایت اجتماعی
۴/۳۶	۲۰/۹۵	۸/۸۸	۲۴/۸۰	پیش آزمون	
۴/۰۴	۲۰/۴۰	۷/۹۱	۲۴/۶۷	پس آزمون	ارزیابی مجدد
۶/۲۸	۳۷/۴۵	۹/۳۲	۳۸/۱۵	پیش آزمون	
۵/۲۲	۳۶/۳۵	۸/۸۲	۴۳/۴۰	پس آزمون	کلی مقابله مساله مدار
۶/۱۲	۳۵/۴۵	۸/۳۲	۳۸/۶۵	پیش آزمون	
۵/۶۵	۳۴/۷۵	۸/۱۵	۴۳/۴۰	پس آزمون	

۴-۴- یافته های استنباطی

برای بررسی فرضیه های این پژوهش از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده شده است. جهت استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری باید مفروضه های آن برقرار باشد. یکی از این مفروضه ها پارامتریک بودن داده های مورد مطالعه می باشد. آمار ناپارامتریک که در خلال جنگ جهانی دوم شکل گرفت در برابر آمار پارامتریک قرار می گیرد. آمار پارامتریک مستلزم پیش فرض هائی در مورد جامعه ای که از آن نمونه گیری صورت گرفته می باشد. به عنوان مهمترین پیش فرض در آمار پارامتریک فرض می شود که توزیع جامعه نرمال است اما آمار ناپارامتریک مستلزم هیچ گونه فرضی در مورد توزیع نیست. به همین خاطر بسیاری از تحقیقات علوم انسانی که با مقیاس های کیفی سنجیده شده و فاقد توزیع (Free of distribution) هستند از شاخص های آمار ناپارامتریک استفاده می کنند.

فنون آمار پارامتریک شدیداً تحت تاثیر مقیاس سنجش متغیرها و توزیع آماری جامعه است. اگر متغیرها از نوع اسمی و ترتیبی بوده حتماً از روش های ناپارامتریک استفاده می شود. اگر متغیرها از نوع فاصله ای و نسبی باشند در صورتیکه فرض شود توزیع آماری جامعه نرمال یا بهنجار است از روش های پارامتریک استفاده می شود در غیر این صورت از روش های ناپارامتریک استفاده می شود. لذا با توجه به توضیحات فوق جهت استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس در این پژوهش ابتدا به بررسی نرمال بودن توزیع داده ها و وجود شرایط لازم جهت استفاده از آزمون های پارامتریک اقدام شده است.

۴-۴-۱- آزمون نرمال بودن متغیرها (کولموگروف - اسمیرنوف ۱):

برای انتخاب آزمون درست برای تحلیل فرضیه ها، ابتدا باید از توزیع آماری متغیری که مورد آزمون قرار می گیرد، اطمینان حاصل کرد. به عبارتی دیگر باید به بررسی نرمال بودن توزیع آماری متغیرها اقدام نمود.

۱ - Kolmogorow - Smirnow test

برای بررسی توزیع آماری متغیرها از آزمون‌هایی که به آزمون‌های نیکویی- برازش معروفند، استفاده می‌شود که یکی از آنها آزمون کولموگروف- اسمیرنوف می‌باشد.

بر این اساس اقدام به آزمون فرض نرمال بودن توزیع آماری متغیرهای تحقیق اقدام گردید.

H₀: مشاهدات جامعه از توزیع نرمال برخوردار است.

H₁: مشاهدات جامعه از توزیع نرمال برخوردار نیست.

با توجه به نتیجه آزمون هر تغییری که سطح معنی داری آن از ۰/۰۵ درصد بیشتر باشد فرض نرمال بودن آن پذیرفته می‌شود، ولی اگر کمتر از ۰/۰۵ درصد باشد فرض صفر یعنی ادعای نرمال بودن توزیع متغیر پذیرفته نمی‌شود. نتایج آزمون نرمال بودن کولموگروف-اسمیرنوف در جدول زیر نشان داده شده است. سطح معنی‌داری بالای ۰/۰۵ در احتمال آماره در متغیرها نشان دهنده نرمال بودن متغیرها و استفاده از آزمون پارامتریک برای آزمون فرض است.

جدول (۴-۵) آزمون نرمال بودن (Kolmogorow – Smirnow test) توزیع داده‌های مورد

بررسی

sig	K-آماره	انحراف معیار	میانگین	تعداد	نوع آزمون	آماره‌ها
	S					
۰/۷۱	۰/۷۰	۳۵/۵	۳۵/۲۹	۵۰	پیش آزمون	مقابله مستقیم
۰/۷۶	۰/۶۶	۹۴/۵	۱۲/۲۹	۵۰	پس آزمون	
۰/۳۹	۰/۹۰	۸۴/۴	۳۸/۲۷	۵۰	پیش آزمون	دوری گزینی یا فاصله گیری
۰/۸۰	۰/۶۴	۴۶/۳	۸۵/۲۴	۵۰	پس آزمون	
۰/۵۷	۰/۷۸	۴۳/۵	۳۰/۱۹	۵۰	پیش آزمون	گریز و اجتناب
۰/۳۹	۰/۹۰	۹۲/۴	۷۵/۱۸	۵۰	پس آزمون	
۰/۵۴	۰/۶۸	۴۷/۵	۴۵/۳۳	۵۰	پیش آزمون	خویشتن داری
۰/۶۵	۰/۶۹	۰۷/۴	۱۱/۳۰	۵۰	پس آزمون	
۰/۵۹	۰/۷۱	۲۴/۵	۱۵/۳۶	۵۰	پیش آزمون	مسئولیت پذیری
۰/۲۳	۰/۸۱	۴۶/۵	۸۰/۴۱	۵۰	پس آزمون	
۰/۶۳	۰/۷۴	۴۰/۴	۷۵/۳۹	۵۰	پیش آزمون	مساله گشایی برنامه ریزی شده
۰/۵۳	۰/۸۰	۰۷/۴	۱۵/۳۹	۵۰	پس آزمون	
۰/۵۴	۰/۶۹	۸۸/۸	۸۰/۲۴	۵۰	پیش آزمون	حمایت اجتماعی
۰/۶۰	۰/۷۶	۹۱/۷	۶۷/۲۴	۵۰	پس آزمون	
۰/۶۷	۰/۶۹	۳۲/۹	۱۵/۳۸	۵۰	پیش آزمون	ارزیابی مجدد
۰/۶۱	۰/۷۴	۸۲/۸	۴۰/۴۳	۵۰	پس آزمون	

طبق نتایج جدول (۴-۵) نتایج نشان می دهد آزمون کلموگروف اسمیرنوف معنی دار نمی باشد بنابراین توزیع داده ها نرمال می باشد.

از دیگر پیش فرض هایی که برای استفاده از آزمون های پارامتریک باید برقرار باشد فرض همگنی ماتریس های واریانس و فرض همگنی واریانس ها می باشد در این پژوهش برای بررسی این فرض از آزمون باکس و لوین استفاده شده است که نتایج هر متغیر به تفکیک در جدول زیر آورده شده است.

جدول (۴-۶) نتایج آزمون های لوین جهت بررسی همگنی واریانس نمرات آزمون ها

گروه ها	F	درجات آزادی ۱	درجات آزادی ۲	سطح معنی داری
مقابله مستقیم	۰/۰۸	۱	۲۵	۰/۷۱
دوری گزینی یا فاصله گیری	۰/۰۴	۱	۲۵	۰/۸۵
گریز و اجتناب	۰/۰۰	۱	۲۵	۰/۹۶
خویشتن داری	۰/۰۶	۱	۲۵	۰/۰۷
کلی مقابل هیجان مدار	۰/۶۳	۱	۲۵	۰/۴۳
مسئولیت پذیری	۰/۷۱	۱	۲۵	۰/۴۱
مساله گشایی برنامه ریزی شده	۱/۱۹	۱	۲۵	۰/۲۹
حمایت اجتماعی	۲/۳۳	۱	۲۵	۰/۰۶
ارزیابی مجدد	۰/۳۱	۱	۲۵	۰/۹۰
کلی مقابل مساله مدار	۱/۶۷	۱	۲۵	۰/۲۰

نتایج جدول (۴-۶) نشان می دهد که آزمون لوین معنی دار نیست. بر اساس این نتایج پیش فرض همگنی واریانس ها در متغیر های فوق در گروه های مورد مطالعه تایید شد. این آزمون برای هیچ کدام از متغیر ها معنی دار نبود، در نتیجه استفاده از آزمون پارامتریک، تحلیل واریانس چند متغیری بلامانع است.

جدول (۴-۷) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری روی میانگین نمرات

متغیر وابسته	SS	Df	MS	F	P	اتا ضریب
مقابله مستقیم	۸۷/۹۸	۱	۸۷/۹۸	۰/۰۸	۰/۰۷	۰/۵۴
دوری گزینی یا فاصله گیری	۹۴/۶۰	۱	۹۴/۶۰	۰/۰۴	۰/۰۳	۰/۴۹
گریز و اجتناب	۹۶/۸۹	۱	۹۶/۸۹	۰/۰۳	۰/۰۶	۰/۲۷
خویشتن داری	۱۵۵/۶۲	۱	۱۵۵/۶۲	۰/۰۶	۰/۰۱	۰/۴۳
کلی مقابل هیجان مدار	۹۸/۶۵	۱	۹۸/۶۵	۰/۶۳	۰/۰۱	۰/۶۰
مسئولیت پذیری	۱۱۷/۵۸	۱	۱۱۷/۵۸	۰/۷۱	۰/۰۱	۰/۷۳
مساله گشایی برنامه ریزی شده	۶۵/۸۹	۱	۶۵/۸۹	۱/۱۹	۰/۰۸	۰/۹۲
حمایت اجتماعی	۷۴/۸۹	۱	۷۴/۸۹	۲/۳۳	۰/۰۶	۰/۵۸
ارزیابی مجدد	۸۶/۵۶	۱	۸۶/۵۶	۰/۳۱	۰/۰۱	۰/۴۶
کلی مقابل مساله مدار	۹۴/۵۹	۱	۹۴/۵۹	۱/۶۷	۰/۰۱	۰/۸۴

همانطور که در جدول شماره (۴-۷) مشاهده می شود نتایج تحلیل کوواریانس نشان می دهد که دوری گزینی ($P=۰/۰۳, F=۰/۰۴$)، خویشتن داری ($P=۰/۰۱, F=۰/۰۶$)، مسئولیت پذیری ($P=۰/۰۱, F=۰/۷۱$)، ارزیابی مجدد ($P=۰/۰۱, F=۰/۳۱$)، معنی دار بوده است. اما نتایج برای مقابله مستقیم ($P=۰/۰۷, F=۰/۰۸$)، گریز و اجتناب ($P=۰/۰۶, F=۰/۰۳$)، مساله گشایی برنامه ریز شده ($P=۰/۰۸, F=۱/۱۹$)، حمایت اجتماعی ($P=۰/۰۶, F=۲/۳۳$) معنی دار نبوده است.

فصل پنجم

بحث، تفسیر و نتیجه گیری

۵-۱- نتیجه گیری

هدف این پژوهش تعیین اثر بخشی آموزش مهارت های رویارویی با استرس اهدای خون بر روش مقابله

متمركز بر هیجان و مقابله متمركز بر مسئله اهدای خون بود.

فرضیه اول این پژوهش عبارت بود از آموزش مهارت های رویارویی با استرس اهدای خون بر کاهش مقابله متمركز بر هیجان در بانوان تاثیر دارد. برای بررسی این فرضیه از تحلیل کوواریانس استفاده شد نتایج این آزمون نشان داد فرضیه اول تایید می شود. طبق نتایج بدست آمده می توان نتیجه گرفت آموزش در خصوص مهارت های رویارویی با استرس اهدای خون موجب کاهش روش مقابله ای متمركز بر هیجان و همینطور کاهش دوری گزینی و خویشتن داری شده است. و در زیر فرضیه های مربوط به مولفه های مقابله مستقیم و گریز و اجتناب رابطه معنی داری وجود نداشت.

فرضیه دوم این پژوهش عبارت بود از: آموزش مهارت های رویارویی با استرس اهدای خون بر افزایش مقابله متمركز بر مسئله در بانوان تاثیر دارد. برای بررسی این فرضیه از تحلیل کوواریانس استفاده شد نتایج این آزمون نشان داد فرضیه دوم تایید می شود. طبق نتایج بدست آمده می توان نتیجه گرفت آموزش در خصوص مهارت های رویارویی با استرس اهدای خون موجب افزایش روش مقابله ای متمركز بر مساله و همینطور افزایش در مولفه های مسئولیت پذیری و ارزیابی مجدد شده است. و در زیر فرضیه های مربوط به مولفه های مساله گشایی برنامه ریزی شده و حمایت اجتماعی رابطه معنی داری وجود نداشت. نتایج مطالعات پیشین در زمینه ارزیابی موانع اهدای خون توسط زنان نشان می دهد که نگرانی از بیماری از دلایل اصلی عدم اهدای خون توسط زنان بوده و از دلایل عمده اهدا احساس مسئولیت (۷/ ۸۲ درصد)، و آگاهی از تأثیرات مثبت بر سلامتی آنها (۴/ ۷۷ درصد) بود و در نتیجه لازم است اقداماتی با هدف آگاهی دادن به زنان در مورد اهمیت اهدای خون و کاهش ترس ناشی از اطلاعات غلط انجام شود (کسرائیان، ۲۰۱۹) این هدف با آموزش مناسب اهدا کنندگان تحقق می یابد.

۵-۲- محدودیت های تحقیق

➤ از محدودیت های این تحقیق می توان به محدود بودن نمونه آماری به شهر اردبیل اشاره کرد بنابراین تعمیم نتایج این پژوهش به مناطق جغرافیای دیگر با احتیاط عمل شود.

➤ از محدودیت دیگر این پژوهش می توان به ناتوانی پژوهشگر در کنترل متغیر های مرتبط با فرد (متغیرهای اقتصادی، فرهنگی و...) اشاره کرد.

➤ از محدودیت دیگر این پژوهش می توان به محدود بودن جامعه آماری به زنان اشاره کرد که می توان ست در بدست آمدن این نتیجه دخیل باشد.

➤ یکی دیگر از محدودیت های این پژوهش استفاده صرف از ابزار پرسشنامه ای اشاره کرد که می توان ست در بدست آمده نتیجه پژوهش دخیل باشد.

۵-۳- پیشنهادات

۵-۳-۱- پیشنهادات پژوهشی

✓ به پژوهشگران علاقمند در این زمینه پیشنهاد می شود این پژوهش در گروه های متفاوت جغرافیایی (سایر شهرها) صورت گیرد.

✓ به پژوهشگران علاقمند در این زمینه پیشنهاد می شود این پژوهش در گروه های متفاوت از لحاظ جنسیت جامعه آماری صورت گیرد.

✓ به پژوهشگران علاقمند در این زمینه پیشنهاد می شود این پژوهش در گروه های متفاوت و نگرش های دینی مختلف صورت گیرد.

✓ به پژوهشگران پیشنهاد می شود به منظور بررسی پایداری نتایج این روش اثرات آموزش مهارت های رویارویی در طول زمان با استفاده از پس آزمون های مختلف در فاصله های زمانی متفاوت بررسی شود.

۵-۳-۲- پیشنهادات کاربردی

- ❖ پیشنهاد می‌شود در مراکز انتقال خون از روش آموزش مهارت‌های رویارویی استرس برای جذب و حفظ اهدا کنندگان خون و تبدیل آنها به اهدا کنندگان مستمر استفاده شود.
- ❖ پیشنهاد می‌شود در مراکز انتقال خون از روش آموزش مهارت‌های رویارویی استرس برای تعدیل مولفه‌های مقابله هیجان مدار که در رفتار اهدای خون موثر هستند استفاده شود.
- ❖ پیشنهاد می‌شود در مراکز انتقال خون از روش آموزش مهارت‌های رویارویی استرس برای تعدیل استرس کارکنانی که به طور مستقیم با اهدا کنندگان در ارتباط هستند استفاده شود.
- ❖ برگزاری کارگاه‌های آموزش مهارت‌های رویارویی استرس توسط اساتید روانشناسی برای مراجعین و اهدا کنندگان بار اول مراکز انتقال خون می‌تواند مفید واقع شود.
- ❖ با توجه به نتایج این تحقیق و تحقیقات همسو پیشنهاد می‌شود از آموزش مهارت‌های رویارویی استرس در بین جوانان و محیط‌های دانشگاهی جهت جذب بیشتر اهدا کنندگان سالم استفاده شود.

- ۱- WHO. World Blood Donor Day; ۲۰۱۱. Available from:
<http://www.who.int/worldblooddonorday/en/>.
- ۲- Julia C. Cuttsa. Brendan Quinn. Clive R. Seed. George Kotsiou. A Systematic Review of Interventions Used to Increase Blood Donor Compliance with Deferral Criteria. ۲۰۲۰; ۳(۱۱): ۶۴.
- ۳- Leila Kasraiana, Soheil Ashkani-Esfahanib, Hossein Forouzan deh . Reasons of under-representation of Iranian women in blood donation. ۲۰۲۰.
- ۴- Chandra Shar a D, Jain, Woike Rai, Tripathi, Bindal, Gaur. Female Contribution in Blood Donation and Alternatives: Fact & Factual . International Blood Research & Reviews ۵(۴): ۱-۸, ۲۰۱۶, Article no. IBRR. ۲۶۲۹۲.
- ۵- Zemguliene J. Managing blood donorship: the effect of motivation on donor satisfaction and loyalty, Regional Formation and Development Studies ۲۰۱۶; ۲(۱۹): ۱۵۳-۶۴.
- ۶- Skarbaliene Aelita, Bikulcienė Joana: MOTIVATION AND RETENTION OF VOLUNTARY, NON-REMUNERATED BLOOD DONORS. LITHUANIAN CASE. ۲۰۱۶, ۱(۹)
- ۷- WHO report on Gender distribution of blood donors by country. Data Reported by WHO Global Database on Blood Safety; ۲۰۱۱.
- ۸- Bani M, Giussani B. Gender differences in giving blood: a review of the literature. Blood Transfus. ۲۰۱۰; ۸: ۲۷۸-۸۷.
- ۹- Godin G, Amireault S, Vezinal-Im LA, Sheeran P, Conner M, Germain M, et al. Implementation intentions intervention among temporarily deferred vice blood donors. Transfusion ۲۰۱۳; ۵۳(۸): ۱۶۵۳-۶۰.
- ۱۰- Bednall TC, Bove LL. Donating blood: a meta-analytic review of self-reported motivators and deterrents. Transfus Med Rev. ۲۰۱۱; ۲۵: ۳۱۷-۳۴.
- ۱۱- Tapko JB, Mainuka P, Diarra-Nama AJ. Status of blood safety in the WHO African Region: report of the ۲۰۰۶ survey. Brazzaville, World Health Organization Regional Office for Africa, ۲۰۰۹.
- ۱۲- Bagot KL, Murray AL, Masser BM. How Can We Improve Retention of the First-Time Donor? A Systematic Review of the Current Evidence. Transfus Med Rev ۲۰۱۶; ۳۰(۲): ۸۱-۹۱.

- ۱۳- Sojka BN, Sojka P. The blood donation experience: self-reported motives and obstacles for donating blood. *Vox Sang* ۲۰۰۸; ۹۴(۱): ۵۶-۶۳
- ۱۴- Bednall TC, Bove LL. Donating blood: a meta-analytic review of self-reported motivators and deterrents. *Transfus Med Rev* ۲۰۱۱; ۲۵(۴): ۳۱۷-۳۴.
- ۱۵- Lacetera, N, M Macis and R Slonim (۲۰۱۴), "Rewarding Volunteers: A Field Experiment," *Management Science* ۶۰(۵): ۱۱۰۷-۱۱۲۹.
- ۱۶- McMahon, R., Byrne, M. Predicting donation among an Irish sample of donors and non-donors: Extending the theory of planned behavior. *Transfusion*, Vol. ۲۰۰۸, ۴۸, p. ۳۲۱-۳۳۱.
- ۱۷- Kim J, Lee SJ. Reliability and validity of the Korean version of the empathy quotient scale. *Psychiatry Investig* ۲۰۱۰; ۷(۱): ۲۴-۳۰.
- ۱۸- Maghsudlu M, Nasizadeh S. Iranian blood donors' motivations and their influencing factors. *Transfusion medicine*. ۲۰۱۱; ۲۱(۴): ۲۴۷-۵۲.
- ۱۹- Shang, J and R Croson, "A field experiment in charitable contribution: The impact of social information on the voluntary provision of public goods," (۲۰۰۹) *The Economic Journal* ۱۱۹(۵۴۰): ۱۴۲۲-۱۴۳۹.
- ۲۰- Leider, S, T Rosenblat, M M Möbius and Q-A Do, "What do we Expect from our Friends?" *Journal of the European Economic Association* (۲۰۱۰), ۸(۱): ۱۲۰-۱۳۸.
- ۲۱- Venkateswarlu B, and Prasad Raju G. Mine blood donors information through Improved K- Means clustering, *International Journal of Computational Science and Information Technology* ۲۰۱۳۱; ۱(۳): ۹-۱۵.
- ۲۲- Azizi SH, Ahmadi A. Evaluating and comparing behavioral intention towards blood donation in ladies through reasoned action and planned behavior theories, (in Persian). *Sci J Iran Blood Transfus Organ*. ۲۰۱۴; ۱۱(۳): ۲۳۹-۴۶
- ۲۳- Kafashpoor A, Mortazavi S, Hasani Moghadam S. Application of social marketing concept in encouraging voluntary blood donors using theory of planned behavior, (in Persian). *Sci J Iran Blood Transfus Organ*. ۲۰۱۲; ۹(۱): ۴۴-۵۳.
- ۲۴- Karlsen B, Oftedal B, Bru E. The relationship between clinical indicators, coping styles, perceived support and diabetes-related distress among adults with type ۲ diabetes. *J of ad Nurs*. ۲۰۱۲; ۶۸(۲): ۳۹۱-۴۰۱.
- ۲۵- France CR, Kowalsky JM, France JL, Himawan LK, Kessler DA, Shaz BH. The blood donor identity survey: a multidimensional measure of blood donor motivations. *Transfusion*. ۲۰۱۴; ۵۴(۸): ۲۰۹۸-۱۰۵۱۶.

۲۶- Truong H-HM, Blatyta PF, Santos FM, Montebello S, Esposti SP, Hangai FN, et al. Blood donor test-seeking motivation and prior HIV testing experiences in São Paulo, Brazil. *AIDS Behav.* ۲۰۱۵; ۱۹(۹): ۱۵۷۴-۸. ۲۳.

۲۷- Jennifer K. Makin , Kate L. Francis , Michael J. Polonsky , and Andre M. N. Renzaho. Interventions to Increase Blood Donation among Ethnic/Racial Minorities: A Systematic Review. ۲۰۱۹. Academic Editor: Evelyn O. Talbott

۲۸- Chegini A, Roohi B. Evaluation of the motivation and awareness of young blood donors in Kerman towards blood transfusion in ۲۰۱۰-۲۰۱۱. *Sci J Iran Blood Transfus Organ* ۲۰۱۷; ۱۳(۴): ۳۴۰-۶. [Article in Farsi]

۲۹- Narimani M, Sadeghieh Ahari S, Esmaili Nejad A, Soleimani E. The comparison of altruistic behavior, empathetic sense, and social responsibility among voluntary and non-voluntary blood donors. *Sci J Iran Blood Transfus Organ* ۲۰۱۳; ۱۰(۲): ۱۹۰-۷. [Article in Farsi]

۳۰- Moslemi M , Rahbari M , Salavati M , Walmohammadi Sh , Azimi M, Moeinalghorabai M, et al. Psychological effects of blood donation on repeat and first time donors in Tehran Blood Transfusion Center. *Sci J Iran Blood Transfus Organ* ۲۰۰۸; ۵(۳): ۱۶۷-۷۲. [Article in Farsi]