

کنترل تنش‌های شغلی در اقتصاد کار:

رهیافت‌های مدیریتی و اجتماعی

بخش دوم

پروفسور نظام‌الدین نقیبه
دانشگاه شیراز

اختلال تنشی پس از ضربه

یکی از عوارضی که به‌گونه فزاینده، مراقبت‌های تخصصی را می‌طلبد، اختلال تنشی پس از ضربه^{۲۴۶} است. اختلال تنشی پس از ضربه را می‌توان بروز مجموعه‌ای از علائم بیماری، در پی واقعه‌ای تنش‌زا، خارج از محدوده رویدادهای معمولی انسان دانست. به این ترتیب، مسایلی چون ناملازمات عادی، بیماری‌های مزمن، زبانه‌های روزمره مثلاً در کسب و تجارت، درگیریهایی خانوادگی و... گرچه بالقوه تنش‌زا هستند، اما به‌عنوان وقایعی که بتوانند به اختلال‌های تنشی پس از ضربه منجر شوند، مورد توجه قرار نمی‌گیرند.^{۲۴۷}

اختلال تنشی پس از ضربه، معمولاً رخداد‌های پراسیب و سخت، مانند جنگ، گروگانگیری، شکنجه، حمله، تهاجم و دیگر حوادث گرانبار است. همچنین در پی اختلال تنشی پس از ضربه، ممکن است این نشانه‌ها پدید آید: بی‌تفاوتی در زندگی، بی‌علاقگی، از آله شخصیت، انگیزه‌ها، مهارت‌ها و آموخته‌ها؛ باز آمد و تداعی ضربه‌های روانی، در خواب و بیداری، در حافظه و ذهن؛ تراوش‌های هورمون آدرنالین و سیمایه‌های مرتبط با آن، مانند اضطراب، تند شدن ضربان قلب و نبض، تحریک‌پذیری، بهم‌ریختگی مزاج؛ اختلال در خواب، دشواری تمرکز، برانگیختگی مفرط و حساسیت بیش از حد؛ احساس گناه و ندامت از کرده خود، افسوس خوردن از آنچه روی داده است، افسردگی و میل به خودکشی؛ گسیختگی روابط فرد با اجتماع، نفرت و بیزاری نامعقول از اطرافیان، کناره‌گیری و انزوا.^{۲۴۸، ۲۵۰}

موضوع اختلال تنشی پس از ضربه، مبحث جدیدی نیست و برخی پژوهشگران بر آنند که پیشینه آن، چنانکه در نوشته‌های نوشتار مصریان آمده است، به حدود ۱۹۰۰ سال پیش از میلاد مسیح می‌رسد.^{۲۵۱} بسیاری از شاعران و نویسندگان، در ارتباط با عواقب حوادث سهمگین، مانند جنگها، حمله‌ها و آتش‌سوزیها، در این باره سخن رانده‌اند.^{۲۵۲} اما این مبحث، به‌عنوان یک موضوع علمی، در یکصد سال گذشته، بویژه از زمان فروید، توسعه یافته و نیز در سالهای اخیر، مورد توجه بسیار قرار گرفته است؛ چنانکه در دهه گذشته، پژوهش‌های معتناهی در این زمینه، بویژه در مورد اختلال تنشی پس

از ضربه ناشی از جنگ صورت گرفته است. ۲۵۳، ۲۶۲

برخی پژوهشگران که مواردی از اختلال تنشی پس از ضربه را در محیط‌های شغلی مورد مطالعه قرار داده‌اند، به نتایج جالبی دست یافته‌اند. گزارشی از یک واقعه دلخراش، در صنعت فولاد، حکایت از آن دارد که کارگری پنجاه و پنج ساله و متأهل، با سابق کاری ممتاز، یک سال پس از اصابت بار فولاد و انجام عمل جراحی و نیز گذراندن دوران نقاهتی سخت و دردناک، به محل کار خود باز می‌گردد و مشغول کار می‌شود، اما شش ماه بعد، با بروز حالت‌های تهوع، سرگیجه، گیجی و منگی روبرو می‌شود و سرانجام، روزی به علت شدت گرفتن این حالت‌ها به بخش اورژانس بیمارستانی در نزدیکی محل کارش انتقال می‌یابد. گرچه در معاینه‌های پزشکی به ظاهر علائم غیر طبیعی در او دیده نمی‌شود، اما به سبب عود مکرر این حالت‌های راملول می‌شناسند و به درمانگاه ویژه طب شغلی می‌فرستند. البته، با توجه به فاصله زمانی بین ضربه ناشی از حادثه اصابت بار فولاد و بروز آن حالت‌ها احتمال نمی‌دهند که این کارگر دچار اختلال تنشی پس از ضربه شده باشد، اما او در درمانگاه می‌گوید که بیماری‌اش هر بار پس از تداعی خاطره آن حادثه بروز کرده و نخستین بار هنگام دیدارش با مسبب آن حادثه در محل کار بوده است. از آن پس، با هر بار عبور از محل وقوع حادثه، عارضه به سراغش آمده است. این کارگر، از کابوس‌های وحشتناک حادثه و نیز افسردگی و توهمات در حال بیداری، در رنج بوده و گاه تصور می‌کرده است که بار فولاد به سوی او در حرکت است و می‌رود تا به پایش اصابت کند؛ از این رو، همواره، نومیدانه، سعی داشته است از تداعی خاطره حادثه بپرهیزد و اطمینان یابد که هرگز، گذارش به محل وقوع حادثه نخواهد افتاد.^{۲۶۳}

پژوهش‌هایی نیز درباره اختلال تنشی پس از ضربه در لوکوموتور انسانی انجام گرفته است که شاهد پاره پاره شدن بدن افرادی بوده‌اند که به قصد خودکشی، خود را به زیر قطار انداخته‌اند.^{۲۶۴، ۲۶۵} چنین تحقیقاتی نشانگر آن است که دیدن حوادث دهشتناک می‌تواند پدید آورنده اختلال تنشی پس از ضربه باشد. دیگر اینکه، اختلال تنشی پس از ضربه، فقط افرادی را که در

اساس، اگر این شیوه‌ها جنبه خودتخریبی داشته باشد، بر غدد درون‌ریز و سیستم ایمنی بدن اثر عمیق می‌گذارد. لذا، با توجه به یافته‌های ژنتیک در زمینه ابتلاء به بیماریها، بسته به میزان آسیب‌پذیری و استعداد بیولوژیک، ممکن است در افراد مختلف، واکنشهای گوناگون بروز نماید.^{۲۸۵} به عنوان مثال، چنانکه پیش از این اشاره شد، افرادی که گروه خونی آنها از نوع گروه «آ» است، به تنش حساسیت بیشتر نشان می‌دهند و استعدادشان برای ابتلاء به ضایعات قلبی ناشی از تنش هم بیشتر است.^{۲۸۶}

به این ترتیب، چون هر کس دارای ویژگیهای ساختاری، روانی و نیز توان شناختی خاص خود است، در قبال پدیده تنش نیز تأثیر و تأثر و تظاهرات مشخصه خود را دارد، در واقع، رفتار انسان، برآیند افکار اوست؛ یعنی اینکه درباره خود و جهان اطرافش چگونه می‌اندیشد؛ از این رو، شناخت درمانی^{۲۸۷} هم به عنوان یک روش درمانی مطرح است؛ روشی که می‌تواند به طور فردی و گروهی مورد توجه قرار گیرد.^{۲۸۸}

در مجموع، درباره ارتباط تنش با منش و شخصیت، می‌توان مواردی را به این شرح مطرح کرد:

۱- رفتار گونه «آ»: موضوعی است که مطالعات بسیاری را در باب ارتباط عوامل شخصیتی با پدیده تنش، به خود اختصاص داده است. معمولاً گرایش به ترفیع و ارتقاء، فزون خواهی، بیشترین بهره‌برداری در کوتاه‌ترین زمان، رقابتهای افراطی، احساس شدید وقت‌شناسی، تهاجم، پرهیز از ابراز احساسات، تحریک‌پذیری بیش از حد، تلاش و تکاپو، شتاب و عجله، ناپردباری و ناشکیبایی، بیقراری، هسوارى بیش از اندازه، خروش در کلام، تنیدگی عضلات صورت، احساس تنگی وقت، احساس چالش در مسئولیتهای، غرق شدن در کار چنان که کارهای دیگر از یاد برود و برای آنها فرصتی نباشد، ویژگیهای رفتاری شخصیت گونه «آ» را می‌نمایاند. اوصاف رفتاری گونه «ب» نیز نقیض گونه «آ» شناخته می‌شود.^{۲۸۹، ۲۹۰}

افرادی که رفتارهای گونه «آ» در آنها دیده می‌شود، معمولاً، در سنین ۳۶-۵۵ سالگی هستند، در محیطهای شهری زندگی می‌کنند و شاغلان حرفه‌ای و مدیریتی را تشکیل می‌دهند. شخصیت گونه «آ» به اغماض، کتمان و سرکوب نشانه‌های تنش و علائم خستگی و فرسایش، گرایش دارد زیرا از آن بیمناک است که بیماری در روند اتمام کار و انجام تکالیف او نارسایی و اختلال ایجاد کند؛ اما آنگاه که شخصیت گونه «آ»، مهار کار را در گسستگی یا تنگنا ببیند، کشمکش و تعارض پدیدار می‌شود و این تعارض می‌تواند تنش آفرین باشد و به نوبه خود، بر هدفها، روال تبادل اطلاعات و پیشبرد کار و در نهایت، بر عملکرد او اثر گذارد.^{۲۹۱}

شخصیت از گونه «آ»، ممکن است، گرفتار بیماریهای عروق قلبی، فشار خون، افزایش کلسترول، ازدیاد نوراپینفرین و انقباض عروق قلبی شود. او معمولاً از حادثه آفرینی، بی‌میلی به ورزش،

صحنه حادثه بوده‌اند، در بر نمی‌گیرد، بلکه درگیری جانبی در ماجرا نیز می‌تواند موجب بروز اختلال تنشی پس از ضربه شود. تحقیقات انجام شده در مورد کسانی چون کارکنان خدمات فوری (اورژانس)^{۲۶۶}، مددکاران^{۲۶۷}، نیروهای انتظامی^{۲۶۸}، کارکنان مؤسسه‌های درمان و بهداشت روانی^{۲۶۹} و پزشکان^{۲۷۰-۲۷۱}، مؤید امکان پیدایش اختلال تنشی پس از ضربه در این گونه مشاغل است. پژوهشهای دیگری نیز در مورد کار گروههای نجات، شیوع اختلال تنشی پس از ضربه را در اعضای این گروهها، همراه با شدت عوارضی چون افسردگی، مشکلات اجتماعی، اضطراب، بیخوابی و ناخوشیهای جسمی، نشان می‌دهد.^{۲۷۲}

برآوردها و ارزیابیهای گوناگون نشان می‌دهد که تا حدود هفتاد درصد کسانی که در معرض وقایع غم‌انگیز، ناگوار، سهمگین و دهشت‌زا قرار می‌گیرند، به اختلال تنشی پس از ضربه مبتلا می‌شوند.^{۲۷۳} از این رو، برخی سازمانها و مؤسسه‌ها به تازگی به این مهم توجه کرده‌اند که نه تنها به دلایل اخلاقی، بلکه برای کاهش بار مالی و هزینه‌ها نیز تخصیص منابع به امر پیشگیری از بروز اختلال تنشی پس از ضربه، در کارکنان ذیربط ضرورت دارد. تشخیص بهنگام و پیشاپیش و شروع به اقدام، در یکی دو روز پس از حادثه، ارائه خدمات حمایتی و پشتیبانی، مانند انجام مشاوره‌های لازم، اهمیت بسیار دارد. برای توان بخشی و بهبود مبتلایان به اختلال تنشی پس از ضربه، می‌توان آنها را با علائم و نشانه‌های این عارضه آشنا ساخت و شیوه‌های چاره‌یابی و برخورد درست با مسئله را به آنان آموخت. به هر حال، بی بهره‌گیری از روشهای درمانی، عوارض اختلال، ممکن است همواره باقی بماند، اما این شیوه‌ها بیشتر جنبه خودتلقینی دارد تا فرد مبتلا، از عهده سازش با مشکل، در روندی اثر بخش، برآید.^{۲۷۴} روشهای درمان نیز در کتابها و نوشتارهای تخصصی، به تفصیل مورد بحث قرار گرفته است.^{۲۷۵}

منش و منش

شخصیت و منش انسان بر رفتار، دریافت، کنش، واکنش و سلامت جسمی و روانی او اثر می‌نهد.^{۲۷۶، ۲۸۴} بر این اساس، رابطه تنش با ویژگیهای شخصیتی و پیامدهای آن، از جمله ابتلاء به بیماریهای قلبی و سرطان، از دیرباز موضوع بحث دانشمندان و نظریه‌پردازان دانش روانشناسی، روانپزشکی، متخصصان قلب و عروق و سرطان‌شناسان بوده است. مطالعات مستمر در چند سال اخیر، بر نقش نیرومند ویژگیهای شخصیتی و الگوهای رفتاری، در ابتلای انسان به بیماریهای قلبی و سرطان تأکید داشته است؛ حتی اکنون روشهایی مورد توجه است که بتوان با تغییر شخصیت و الگوهای رفتاری، از مرگ و میرها پیشگیری کرد. به هر حال، رابطه تنگاتنگ تنش و منش افراد، از نظر شیوه رویارویی و کنار آمدن با رویدادهای تنش آفرین، امری مشخص و تأیید شده است. بر این

استعمال دخانیات و ضعف روابط خانوادگی هم در رنج است؛ هر چند هنوز، در بین پژوهشگران، در مورد رابطه رفتارهای گونه «آ» با بیماریهای قلبی اختلاف نظر وجود دارد و به سبب نبود آمارهای کافی برای تأیید رابطه‌های علیتی، عدم احراز آن در زنان و برخی گروههای نژادی (مانند سیاهپوستان و اسپانیولها) و نیز عدم استنتاج قاطع در اینکه بیماریهای قلبی از کدام ویژگی گونه «آ» ناشی می‌شود، این موضوع در حاله‌ای از ابهام است.^{۲۹۲} از این رو، بعضی از محققان و تش‌پژوهان، بر تفکیک عناصر پدیدآورنده شخصیت گونه «آ» و ارتباط هر یک با احتمال بروز بیماریهای قلبی و دیگر ناخوشیهای تنشی، اهتمام ورزیده‌اند. در این گونه مطالعات، عناصر عمده و مؤثر را کسب موفقیت، تهاجم، زمان‌سنجی و پیشگیری از ابراز احساسات دانسته‌اند.^{۲۹۳، ۲۹۴}

جمع‌بندی بسیاری از مطالعات و بررسیها نشانگر این است که بیماران قلبی از گونه «ب»، اگر بیماری عروق قلبی شان جنبه موروثی داشته و بنابراین به شیوه زندگی و رفتار آنها مربوط نباشد، بیش از افرادی که با ویژگیهای گونه «آ» شناخته می‌شوند، در معرض خطر قرار دارند. به هر روی، گرچه رفتار گونه «آ» ممکن است به احتمال قوی باعث بروز نخستین حمله قلبی شود، اما اگر اولین نوبت حمله از سر بگذرد، معمولاً احتمال حمله دوم کمتر خواهد بود.^{۲۹۵}

گفتنی است که رفتار گونه «آ» غیر قابل تغییر نیست؛ چنانکه بسیاری از کوششها برای تغییر و تبدیل ویژگیهای رفتاری این افراد با موفقیت همراه بوده است. برخی از تدبیرها و روشهای سودمند برای تغییر رفتار گونه «آ» و بهسازی رفتار عبارت است از ورزش، تمرین تساهل و واهلش، تغییر و کاهش دامنه فعالیت، حضور کمتر در جلسات رسمی و اداری، استفاده بیشتر از اوقات آزاد و فراغت، کاهش و تنظیم گفتگوهای تلفنی، انجام مشاوره،^{۲۹۶، ۲۹۷} پژوهشگران بویژه بر مشاوره برای تغییر رفتار گونه «آ» تأکید بسیار دارند.^{۲۹۸} همچنین، کوشش برای ایجاد دگرگونی و تحول در فرآیند معاشرت، جامعه‌جویی، گروه‌گرایی و باصلاح اجتماعی شدن می‌تواند در تغییر رویه گونه «آ» بسیار کارساز و مؤثر باشد.^{۲۹۹}

تقسیم‌بندی عوامل شخصیتی به دو گونه «آ» و «ب»، بیشتر مبتنی بر تعیین نوع و گونه شخصیت است؛ به عبارت دیگر، با این شیوه، نوع شخصیت، بر پایه یک یا دو عامل عمده شخصیتی، متمایز و شناخته می‌شود. حال آنکه، با شیوه تعیین ویژگی یا خصیصه شخصیتی، هویت شخصیت افراد، بر اساس جایگاه آن در ابعاد متعدد، شناسایی می‌شود. در واقع، رهیافت اخیر، از فرآیندهای تحلیل روانی، روانکاری، مطالعات فنی، تخصصی و استنباطهای تجربی، مایه می‌گیرد؛ در صورتی که در توصیف گونگی شخصیت «آ» و «ب» بیشتر جنبه‌های متعارف سازمانی، کاربردی و طبّی مورد توجه است.^{۳۰۰، ۳۰۲} یکی از مشکلاتی که در اتساب بیماریهای

عروق قلبی، به گونه شخصیت وجود دارد، فضای فرهنگی حاکم بر تحقیقات درباره گونه‌بندی شخصیت است؛ زیرا، بسیاری از این پژوهشها و نتیجه‌گیریهای مربوط، در آمریکا انجام یافته است و چون طرز رفتار فرد، در یک جامعه خاص، می‌تواند ناشی از سلوک و پاسخ او به مقتضیات یا انتظارات شغلی متداول در آن جامعه باشد، نمی‌توان رفتار او را بخشی جدایی‌ناپذیر از شخصیتش دانست.^{۳۰۳، ۳۰۵} از سوی دیگر، در مطالعاتی هم که درباره رابطه بیماریهای عروق قلبی با شناسه‌های شخصیتی صورت گرفته است، نقش برخی عوامل شخصیتی انفرادی را در بیماریهای عروق قلبی مؤثر یافته‌اند، مانند: اضطراب ناشی از خودبیماری، افسردگی، هیجان زیاد، روان‌نژندی، ناپایداری عاطفی، خودتطبیق‌دهی بیش از حد، انقیاد و اطاعت محض، خودکفایی افراطی، رمیدگی و احساس شرمساری، درون‌گرایی، نگرانی دائمی.^{۳۰۶، ۳۱۰} اشکال و ایراد عمده این گونه مطالعات نیز می‌تواند در گذشته‌نگر بودن آنها باشد؛ به بیان دیگر، چه بسا عواملی چون دل‌پایسی، اضطراب و علائم روان‌نژندی، خود، واکنشی در قبال بیماریهای عروق قلبی و دیگر بیماریهای تنشی‌زا باشد، نه مقدم بر آنها. البته، باید افزود که یافته‌های برخی مطالعات آینده‌نگر هم، بیوندهای مشابهی را نشان می‌دهد.^{۳۱۱}

می‌توان گفت، که هر گونه ارتباط بین رفتار گونه «آ» و بیماریهای عروق قلبی، رابطه‌ای چندان سرراست و مستقیم نیست؛ بلکه عوامل متعددی در این پیوند دست به دست هم می‌دهند. از سوی دیگر، چون بسیاری افراد، آمیزه‌ای از صفات گونه‌های «آ» و «ب» را بروز می‌دهند، و صفات رفتاری قابل تعدیل و تبدیل است، پیوستگی تش و ویژگیهای شخصیتی هم مسئله‌ای شایان بررسی است.^{۳۱۲} بویژه آنکه بعضی مغایرتهای آماری، در استعدادپذیرش بیماریهایی مانند بیماریهای عروق قلبی، آسم، تورم مفاصل، زخم معده و سردرد را بیشتر می‌توان به حالت‌های روان‌نژندی نسبت داد تا به رفتار گونه «آ».^{۳۱۳، ۳۱۵} همچنین به نظر می‌رسد که رفتار گونه «آ»، بیشتر با تشگینی فوق‌العاده در پیوند باشد، تا با یک بیماری خاص.^{۳۱۶، ۳۱۷} به هر صورت، پژوهشگران، پیوستگی و همبستگی قوی و بی‌تناقض را بین رفتار گونه «آ» و حالت‌های روان‌نژندی، و در مواردی برون‌گرایی، یافته و نشان داده‌اند.^{۳۱۸، ۳۲۲}

۲- روان‌نژندی و ویژگیهای مشابه: روان‌نژندی و اختلالات عصبی، بویژه با تشهای روانی، بیوند و ارتباط قوی دارد.^{۳۲۳} و نیز ارتباط این خصیصه با تشهای ناشی از رانندگی آشکار شده است.^{۳۲۴} تحقیقات نشان می‌دهد که روان‌نژندی و اختلال عصبی باعث می‌شود که فرد به شیوه‌های بیهوده‌روبارویی عاطفی با تش (سازش‌مندی و مقابله عاطفی با تش) رو آورد؛ شیوه‌هایی چون انزواطلبی، کناره‌گیری از دیگران و خودرا نکوهش کردن که فاقد کارایی و اثربخشی شناخته شده است.^{۳۲۵، ۳۲۶} با این اختلال، فرد نمی‌تواند تشهای شغل یا کار جدید را تحمل کند و از عهده انجام آن

و از این رو باور دارند که سلامت و امنیتشان به تجربه، مهارت، تشخیص و تصمیم خودشان وابسته است؛ اما برون‌نویان می‌پندارند که همه تجربه‌ها، مهارت‌ها و توان تشخیص و اراده آنها در دست نیروهای بیرون از کنترل و زمام‌پذیری آنهاست و بر این اساس، بخت و اقبال و سرنوشت و آینده آنها را دیگران (کارفرمایان، سیاستگذاران، تصمیم‌گیران) رقم می‌زنند.^{۳۴۰}

نظریه غالب، در مورد ارتباط مبدأ کنترل و تنشهای زندگی، آن است که برون‌نویان، کمتر از درون‌نویان می‌توانند به شیوه‌های مثبت و مؤثر برای سازگاری و چیرگی بر پدیده تنش، رو آورند؛ از این لحاظ، برون‌نویان، بیشتر از آسیبهای جسمی و روانی تنش رنج می‌برند و خود را از اثرگذاری بر جریان وقایع عاجز و ناتوان می‌دانند. اما اگر انسان، موقعیت‌های تنش‌آفرین را در سیطره اقدام و کنترل خود بداند، از اعتماد به نفس و کفایت لازم برای مقابله و برخورد با شرایط تنش‌زا، برخوردار خواهد بود و از این رو می‌تواند جنبه‌های منفی و تخریبی آن را به حداقل کاهش دهد.^{۳۴۱} برخی پژوهشها نیز حاکی است که درون‌نویان، از تطبیق‌پذیری بیشتری، در بهسازی شیوه‌های مؤثر برای رویارویی با صحنه‌های تنش‌ناک، برخوردارند؛ اما این انعطاف‌پذیری‌ها در برون‌نویان دیده نشده است.^{۳۴۲} پژوهشگران دیگر از یافته‌هایشان نتیجه گرفته‌اند که درون‌نویان، اصولاً عاملی مثبت در رویارویی با تنش‌هاست، زیرا این باور موجب می‌شود که فرد، نابسامانیها و تیرگیها را مهارپذیر و برطرف شدنی ارزیابی و تلقی نماید.^{۳۴۳} درون‌نویان همچنین بیشتر از برون‌نویان به شیوه‌های گره‌گشا و دشواری‌زادار می‌آورند و کمتر به راهبردهای عاطفی برای مواجهه با تنش توسل می‌جویند.^{۳۴۴}

پژوهشگران بر این باورند که، درون‌نویان خصلتی است معطوف به مایه‌های اقتصادی-اجتماعی و خانوادگی فرد و از دوران کودکی شکل می‌گیرد؛ به عنوان مثال، در ارتباط با سلامت و تندرستی، مراجعه مرتب به پزشک و پیشگیری‌های بهداشتی، از همان اوان زندگی، فرد را به امکان پیشگیری و اثر نهادن بر سلامت عادت می‌دهد و این شیوه اندیشه و برخورد را در نهاد او سرشته می‌کند.^{۳۴۵} پژوهشگران با بررسی رفتارهای خاص که در آنها باوری به مبدأ کنترل در پیوند با بهداشت و سلامت فرد قابل ملاحظه است، مانند تجسس دانستنیهای مربوط به مخاطرات و چاره‌های بهداشتی، مصرف دارو، مراجعه به پزشک، داشتن برنامه غذایی و پرهیز از مصرف سیگار، دریافته‌اند که درون‌نویان، بیش از برون‌نویان، به اینگونه مسائل توجه و علاقه نشان می‌دهند.^{۳۴۶}

برخی تنش‌پژوهان می‌گویند هر دو حالت درون‌نویان افراطی و برون‌نویان افراطی، مستعد تشنگینی است. درون‌نویان افراطی، در رویارویی با صحنه‌های تنش‌ناک، ممکن است خود را چنان مسئول تنش بداند که سرانجام گرفتار اضطراب و افسردگی شود. با مطالعه

بر آید.^{۳۴۷} از سوی دیگر، بسیاری از عوارض تشنگینی، مانند اختلالهای گوارشی، سردرد، بیخوابی و احساس خستگی را با روان‌نژندی و اختلال عصبی می‌توان دید.^{۳۴۸} در تحقیقات به نسبت گسترده‌ای نیز مشخص شده است که افراد روان‌نژند بیشتر از بیماریهای قلبی رنج می‌برند و ضمناً از مواد آلیافی (فیبراز، سبزیجات و مانند اینها)، در برنامه غذایی خود کمتر استفاده می‌کنند؛ در واقع، رابطه‌ای آشکار بین شخصیت، برنامه غذایی و سلامت جسمی، برقرار است.^{۳۴۹}

نگرش، احساس و تأثیر منفی، خصیصه دیگری است که آن را شبیه روان‌نژندی و افسردگی می‌دانند.^{۳۵۰} کسانی که گرفتار این ویژگی هستند، در برابر هر پدیده‌ای واکنش منفی بروز می‌دهند و حتی، در غیاب هر گونه عامل تنش‌آفرین یا بیماری‌زا، احساس کسالت و تنش می‌کنند. به همین لحاظ، این وضع خصیصه‌ای مستمر در فرد شناخته می‌شود.^{۳۵۱} نگرش منفی نسبت به خود هم چون یک فرآیند تدریجی، از دوران کودکی شکل می‌گیرد، به عنوان یک تنش‌مزمین بر همه فعالیت‌های فکری، عاطفی و رفتاری اثر می‌گذارد و عملکرد را تحت الشعاع قرار می‌دهد.^{۳۵۲} این خصلتها در برخی افراد، برای شناخت و رفع عوامل تنش‌زا در محیط، مشکل و مانع ایجاد می‌کند؛ زیرا، نمی‌توان اطمینان داشت که این فراگردها در تنش‌زدایی یا حتی کاهش تنش آنان مؤثر افتد.^{۳۵۳}

شماری دیگر از ویژگیهای شخصیتی نیز در چگونگی رویارویی با تنش، نقش مؤثر دارند؛ به عنوان مثال، داشتن عزت نفس در رویارویی مثبت با تنش، مؤثر است.^{۳۵۴}

۳- بخت‌اندیشی: از دیگر مباحثی که در بررسی ویژگیهای شخصیت مطرح است، چگونگی برداشت و دیدگاه فرد نسبت به وقایع و رخدادهای زندگی است که در واقع، در حیطه پیوستاری از نگرشها، پندارها و اندیشه‌اوست؛ موضوعی که با عنوان مبدأ کنترل، هم از دیدگاه کلی و عمومی و هم در ارتباط با مسئله سلامت افراد مورد بررسی قرار گرفته است.^{۳۵۵،۳۵۶} در جریان زندگی، برخی کسان آنچه را پیش آید، به عنوان نصیب و قسمت یا بخت و اقبال، می‌پذیرند و به این شیوه، مسیر زندگی را می‌پویند. برخی دیگر می‌کوشند نیشامدها را مهار و کنترل کنند و از آنها به سود خود، بهره گیرند. کسانی که بخت‌اندیش هستند رویدادها را سرنوشت محتوم می‌پندارند، گویی احساس می‌کنند که رهاورد مساعی آنها را بخت و اقبال و نیز نیروهای بیرونی (برون‌نوا)، کنترل و مهار می‌کنند. گروه دیگر، اصولاً بر این باورند که انسان می‌تواند با کنترل ذاتی و درونی (درون‌نوا)، از موقعیتهای بهره‌برگردد؛ زیرا دستاوردهای او همانا بر آید به کارگیری قابلیت‌های شخصی و نیز کوششهای فردی است. از این دیدگاه، یعنی باور داشتن مبدأ کنترل، شخصیت‌ها را می‌توان به دو گروه برون‌مبدأ یا برون‌نوا و درون‌مبدأ یا درون‌نوا، تقسیم کرد.^{۳۵۷} درون‌نویان خود را در سرنوشت خود سهیم می‌دانند

رفتار و واکنش‌های مردان ۴۵-۵۴ ساله دیده شده است که درون‌نویان افراطی، در رویارویی با موقعیتهای تنشناک، مانند زیانهای مالی، بیکاری، فشارهای شغلی و بازنشستگی، چنان با احساس گناه و تقصیر، دست به گریبان می‌شوند و خود را شخصاً مسئول نخستین پیشامد سبب‌ساز این رخدادها می‌دانند که نمی‌توانند با شرایط پیش آمده سازگار شوند و کنار بیایند. از سوی دیگر، دیده شده است که برون‌نویان هم چون باور ندارند که می‌توانسته‌اند بر موقعیت پیش آمده تأثیر بگذارند، از تنش رنج می‌برند اما کسانی که به گونه مثبت، موفق به سازش‌مندی مؤثر با طیف وقایع تنشناک شده‌اند، همانا، درون‌نویان میانه‌رو و غیر افراطی هستند.^{۳۴۷}

بر این اساس باید گفت که انسان با درک درست ابعاد درون‌نوی، توکل به ذات پاک خداوند و تکیه بر رضای او، توسل قلبی به پروردگار و نیایش او، می‌تواند، به نحوی مطلوب و ثمربخش، از اضطراب خود بکاهد و بر آرامش خود بیفزاید و در نتیجه از آسیبهای ناشی از تنش ایمن بماند. پژوهشها و مطالعاتی چند^{۳۴۸،۳۴۹} نیز مؤید این مدعاست، به قول مولانا جلال‌الدین محمد مولوی:

ما چو ناییم و نوادر ما ز تُست

ما چو کوهیم و صدا در ما ز تُست

ماه مه شیران ولی شیر علم

حمله‌شان از باد باشد دم به دم

حمله‌شان پیدا و ناپیدا است باد

آنکه ناپیدا است از ما کم مباد

باد ما و بود ما از داد تُست

هستی ما جمله از ایجاد تُست

زاری ما شد دلیل اضطراب

خجلت ما شد دلیل اختیار

گر نبود اختیار، این شرم چیست؟

وین دریغ و خجلت و آرم چیست؟

زجر استادان و شاگردان چراست؟

خاطر از تدبیرها گردان چراست؟

حسرت و زاری گه بیمارست

وقت بیماری همه بیدارست

در هر آن کاری که میل استت بدن

قدرت خود را همی بینی عیان

در هر آن کاری که میل نیست و خواست

خویش را جبری کنی، کین از خداست!^{۳۵۱}

گفت آری گر توکل رهبرست

این سبب هم سنت پیغمبرست

گفت پیغمبر به آواز بلند

با توکل زانوی اُشست بر بیند

رمز الکاسب حبیب‌الله شنو

از توکل در سبب کاهل مشو^{۳۵۲}
موضوع کنترل تنش و نیز رویارویی سازگار با آن، به تفصیل در
بی بیان خواهد شد.

رهیافتهای شخصی در مهار کردن تنش و سازش با آن

رهیافتهای شخصی در برخورد با پدیده تنش، کنترل آن و نیز، به
کار بردن شیوه‌های سازش‌مندانانه، برای رویارویی سازگار و آرام با
موقعیتهای تنشناک را می‌توان، از چند دیدگاه بررسی کرد.

۱- سازش: بیشتر مردم، راهبردهای گوناگونی برای رویارویی
سازگار در شرایط تنش به کار می‌گیرند.^{۳۵۳} راهبردهای افراد برای
سازش با تنش، معمولاً به دو دسته عمده قابل تقسیم است: نخست،
رهیابی برای حل مسئله که دربرگیرنده گره‌گشایی، دشواری‌زدایی و
برخورد با مشکل است. دوم، راهبرد عاطفی است که با آن عواطف
و احساسات فرد برای حل مسئله گره‌گشامی شود. در این میان،
رهیافت فعال و مؤثر برای حل مسئله، تأثیری مثبت و مفید بر
سلامت و شرایط جسمی و روانی شخص دارد؛^{۳۵۴} در صورتی که
راهبردهای عاطفی، در درازمدت، می‌تواند به تطبیق‌پذیریهای روانی
ضعیفتر منجر شود.^{۳۵۵،۳۵۶} تمایز دیگری نیز از لحاظ مایه‌وری
راهبردهای سازش مطرح است. این تمایز درون‌مایگی و
برون‌مایگی است. درون‌مایگی به مایه‌های درونی و شخصیتی انسان
متکی است و برون‌مایگی به مایه‌های بیرون از شخص، مانند
موقعیتهای اجتماعی یا مقدرات سازمانی و اداری فرد مربوط
می‌گردد.^{۳۵۸} موضوع برون‌مایگی در بخش دیگر این مقاله مطرح
شده است.

افراد در شرایط تنش ممکن است به رفتارهای ناهنجار، مانند
کشیدن سیگار یا مصرف مواد مخدر، نشان دادن واکنش‌های
نامطلوب، سختکوشی بیش از اندازه همراه با اشتباه‌های بسیار، دادن
وعده‌های بی‌اساس و مانند اینها، روی آورند. در مقابل، برخی از
واکنش‌های بهنجار عبارت است از: برنامه‌ریزی، سازماندهی،
اولویت‌بندی، تخصیص منابع و امکانات، جمع‌بندی حمایت‌های
دیگران و بهره‌گیری مناسب از آن.^{۳۵۹} از سوی دیگر، پرهیز از
رفتارهای ناهنجار یکی از راه‌های کاهش تنش و افزایش رضایت
شغلی است.^{۳۶۰}

در برخی پژوهشها، رفتار درست و منطقی مدیران برای سازش
با تنش و رویارویی با هیجاناتی برآمده از آن به این شرح طبقه‌بندی
شده است: گفتگو با دیگران، کار بیشتر و طولانی‌تر، تغییر روش و
فراغت از کار، تفریح و گردش، کاربرد شیوه‌های رهیابی برای حل
مسائل و پرهیز و دوری از رخداد‌های تنش‌آفرین.^{۳۶۱} تأثیر هر یک
از این شیوه‌های سازش با تنش، به موقعیت و شرایط تنش بستگی
دارد.^{۳۶۲} از سوی دیگر، چگونگی شخصیت فرد نیز در اثر بخشی
شیوه سازش‌مندی نقش دارد؛ اما در این میان، تأثیرهای مثبت

تدافعی را برای مصونیت موقت به کار می‌گیرد تا در بلندمدت چاره‌اندیشی کند، این تدبیر به عنوان روش اصلی یا شیوه بلندمدت می‌تواند به رفتار ناهنجار و نامناسب بینجامد و نیز امکان رویاری موفقیت آمیز با تنشهای آتی را از بین ببرد زیرا، به عنوان مثال، درک و دریافت و برداشتهای افراد از واقعیتها و تنظیم آنها در واقع راهی برای برقراری تعادل و توازن داخلی و حفظ این تعادل است. ۳۷۱

چنان که در مبحث الگوی تنش گفته شد، الگوی ارزیابانه تنش که اخیراً بسیار مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است، فرآیند تنش را بروداد سیستمی پویا، متشکل از تعامل ارزیابانه فرد و محیط پیرامون او می‌داند. در جمع بندی یافته‌های بیش از شصت پژوهش درباره راهبردهای فردی رویارویی با تنش، فرآیند ارزیابانه تنش نیز با این ویژگیها مورد توجه قرار گرفته است: فرآیندی پویا و شناختی، نمایانگر عدم توازن و گسیختگی در تعادل حیاتی، ایجاب ضرورت در بازیافت تعادل حیاتی. ۳۷۲ این فرآیند شبیه وضع تعادل حیاتی در شرایط مخاطره (ریسک) و با آن قابل مقایسه است؛ در شرایط مورد بحث، سطح معینی از مخاطره، نصب العین قرار می‌گیرد و انسان پیوسته، با بکارگیری عملکرد بازخورد (فیدبک)، رفتار خود را بر اساس میزان مخاطره و در ارتباط با محیط، تنظیم می‌کند. ۳۷۳، ۳۷۴ در الگوی ارزیابانه تنش نیز، ایجاب و اقتضای محیط، به عنوان تهدید و خطری برای تاب و توان سازگاری فرد، درک و دریافت می‌شود و آنگاه ضرورت رهیابی و یافتن راه حل، پدید می‌آید. در این بازخورد پیوسته، سازشجویی و ویژگیهایی چند دارد: «ارتباط» که ربط و پیوستگی فرد را با محیط می‌نمایاند؛ «فرآیند» که استمرار و پیوستگی عملکرد بازخورد را در زمان نشان می‌دهد و آنرا از یک رخداد ناپیوسته و گسسته متمایز می‌کند؛ «جمع‌کنندگی» و یکپارچه‌سازی (عمل انتگرال گیری) که موجب می‌شود دیگر مؤلفه‌های فرآیند تنش نیز رخنه و تجمع یابند. ۳۷۵

پژوهشگران بر این باورند که همه رهیافتهای سازش در پی رویکرد به احساسات و عواطف مرتبط با تنش بوده و شیوه‌هایی را می‌جوید که بتواند نوعی ابزار مهار و کنترل را برای افراد فراهم آورد. ۳۷۶ به هر حال، در نگرش سیستمی فرآیند تنش نیز مانند هر تحلیل سیستمی، عامل ارتباط و کنترل، نقش اساسی دارد؛ از این رو، در ادامه بحث، چگونگی کنترل و مهار تنش، مورد بحث قرار خواهد گرفت.

۲- مهار و کنترل: چنان که گفته شد، مفهوم مهار و کنترل، در فرآیند تنش و سازش، مفهومی بنیادی است؛ از این رو، بررسی آن اهمیت دارد. یافته‌های پژوهش در یک جامعه کاری گسترده نشان می‌دهد کارگرانی که برای برآوردن انتظارات زیاد، ناگزیر از کار زیاد هستند و در این شرایط کنترل کارشان نیز اندک است، بسیار بیشتر از دیگران در معرض خطر حمله قلبی هستند. در واقع، این خطر سه برابر خطری است که کارگرانی را که به کارهای فنی و اجرایی و

شیوه‌هایی که شخصیت‌های گونه «آ» به کار می‌گیرند، در مقایسه با دیگر شیوه‌های کاهش عوارض تنش، از همه کمتر است. ۳۶۳ به هر حال، تنش پژوهان نتیجه می‌گیرند که افراد، معمولاً، در رهیافتهای سازش با تنش، در پی آنند که مسئله و مشکل را برطرف سازند، شرایط بالقوه تنشناک را ارزیابی کنند و از پیشامدهای تنش آفرین بپرهیزند. ۳۶۴

برخی افراد برای پرهیز از تنش می‌کوشند که نشانه‌های تنش و صحنه‌های تنش آفرین را ببینند و دریابند و از این راه، از کنار کانوهای تنش ساز بگذرند. البته، پرهیز از تنش در کوتاه‌مدت، شاید پذیرفتنی باشد، اما در بلندمدت، می‌تواند فرد را از واقعیتها دور نگهدارد و تعادل روانی او را برهم زند. ۳۶۵ این شیوه‌ها از سوی دیگر ممکن است افراد را به موقعیتی غیرفعال، خنثی و بی‌اثر براند؛ با بی تفاوتی آنان در برابر فرآیندهای تنش و سازش، از توانمندی‌شان برای سازگاری با تنشهای آتی بکاهد و سرانجام، امکان تجربه‌اندوزی در برخورد با عوامل تنش‌زا را از آنها بگیرد. یافته‌های پژوهشگران نیز مؤید آن است که راهبردهای سازشگرانه، با بهره‌گیری از تدابیر کنترل تنش، مانند سپری در برابر تنش به کار می‌آید، اما شیوه‌های پرهیز، پیامدها و عوارض منفی به بار می‌آورد. ۳۶۶

رهیابی برای حل مسئله و مشکل‌گشایی، به عنوان راهبردی در سازش با تنش، در واقع راهی آموزنده برای دستیابی به مهارت‌هایی است که در کنترل و پیامدهای حوادث به کار می‌آید. البته، این مرحله‌فراگیری ممکن است، مثلاً در فرآیند آزمون و خطا، تنشناک باشد، اما در آینده می‌تواند سبب پیشگیری از آسیب تنشها یا کاهش آنها شود. ۳۶۷

ارزیابی دوباره پیشامدها، به راهبرد عاطفی سازش با تنش معطوف می‌گردد و طی آن، فرد، تعبیر دیدگاه، برداشت، ادراک و دریافت خود را از رخداد تنش آفرین باز می‌جوید. ۳۶۸ در عمل، چنین به نظر می‌رسد که رهیافتهای سازش‌جویانه، به صورت ترکیب شیوه‌های رهیابی در حل مسئله از یک سو و راهبردهای عاطفی از سوی دیگر، به کار می‌آید؛ از این رو، در برخی پژوهش‌ها بین شیوه‌های رهیابی و راهبردهای عاطفی همبستگی قوی دیده می‌شود. ۳۶۹ برخی واکنش‌های تدافعی ناشی از تعارض مؤلفه‌های شخصیت نیز که فروید مطرح کرده است ۳۷۰ ممکن است، بویژه در رویارویی با شرایط سهمگین و سخت تنش به کار آید مانند: سرکوب و به فراموشی سپردن وقایع ناگوار، دیگران را مقصّر دانستن، واکنش‌سازی و واژگون‌نمایی رفتار، رد و انکار واقعه و کوشش برای نپذیرفتن آن، پس رفت و تکرار رفتاری مانند آنچه در گذشته و در واقعه‌ای مشابه صورت گرفته است، جایجایی واکنش و پرهیز از عکس‌العمل در برابر یک محرک خاص و بروز آن در جای دیگر. گرچه هر کس احتمالاً و تا حدودی، به هنگام لزوم واکنش‌های

حتی تنش‌زا اشتغال دارند، ولی از حدودی امکان کنترل برخوردارند،^{۳۷۷} تهدید می‌کند.

اگر چه، کنترل یک موقعیت خاص ممکن است محدودیت‌هایی داشته باشد، اما کنترل رفتار، همواره امکان‌پذیر است. به هر حال، بهره‌مندی از قدرت کنترل بر واکنش خویش، سودمند دانسته می‌شود.^{۳۷۸}

دانشمندان و تنش‌پژوهان، در سال‌های اخیر، به جای عوامل محیطی مؤثر بر رفتار فرد، بیشتر به فرآیندهای حاکم بر کنترل‌پذیری رفتار توجه کرده‌اند. خودکنترلی یا کنترل بر خود بیانگر تصمیم‌های آگاهانه برای پذیرفتن مسئولیت رفتار خویش است، بویژه هنگامی که چالش‌های تازه و بی‌سابقه پدید می‌آید.^{۳۷۹،۳۸۱} به عنوان مثال، پژوهشگران دریافته‌اند که اعتماد به نفس و اعتماد به خویشتن بر طیف گسترده‌انگیزشها و کنشهای فردی و نیز بر دستاوردهای فرد اثر مثبت می‌گذارد.^{۳۸۲} از سوی دیگر، باور فرد به خویشتن‌داری و توانش برای سازگاری، در کاهش اضطراب و تنش و احتمال افسردگی او اثر دارد و معیارهای انسان را برای ارزیابی درست و واقع‌بینانه بحرانی که برآیند تهدیدهاست، بهبود می‌بخشد.^{۳۸۳،۳۸۴}

به گفته پژوهشگران، خویشتن‌مهارتی و خودکنترل‌پذیری را دارای سه جنبه عملکردی عمده، می‌دانند:^{۳۸۵}

الف- التیامی: این کنش‌ورزی به تسکین و مهار شدن آلام و اضطراب‌هایی می‌انجامد که با تداخل در روند عادی و طبیعی کارکرد انسان، مانع از سازگاری او با تنش می‌شود.

ب- تهذیبی: عمل تهذیب و تزکیه روی آوردن به رفتارهای تازه را آسان می‌کند و زمینه‌ساز تجدیدنظر در رفتار است؛ مانند پرهیز از مصرف سیگار، کم‌خوری و روی آوردن به برنامه‌های غذایی و ورزشی.

ج- آزمونی: تجربه و آزمون فعالیت‌های فرح‌بخش برای رشد و انبساط خاطر انسان، حائز اهمیت است؛ مانند شرکت در مجالس جشن و سرور که جنبه‌های بسیار مثبت و سازنده دارد و می‌تواند با شیوه‌های واهلش، تلقین، انجذاب‌شادمانی و نوش مسرت، قرین شود و نرمش و انعطاف‌پذیری به همراه داشته باشد. درحالی که آن دو مورد کنشگری که پیش از این گفته شد، جنبه شناختی و ادراکی دارد، این عملکرد (آزمون) جنبه عاطفی دارد و می‌تواند کارسازتر باشد.^{۳۸۶}

کنش‌ورزی التیام‌بخش در خویشتن‌مهارتی و تسکین‌پذیری در گروه داشتن مهارت، فراگیری و آموزش روش‌های کنترل برای تنظیم عواطف و آلام است، اما در هیافت تهذیبی به مهارت‌های رهیابی برای حل مسئله نیاز است تا بتوان مسئله را تعریف و مشخص کرد و آنگاه با رایه راه‌حل و ارزیابی آن، رویکرد لازم را برگزید.^{۳۸۷} این دو شیوه عمل، در خودمهارتی، بیشتر سبب تقویت یکدیگر می‌شوند، اما

توانایی فرد در به‌کارگیری مؤثر آنها به آموزش و تدابیری که فرا گرفته است، بستگی دارد.^{۳۸۸،۳۹۰} از سوی دیگر، در این تدبیرها فنون رفتار-شناخت درمانی، برای به‌گشت خویشتن‌مهارتی به کار می‌آید و در آنها جنبه‌های عاطفی برای سازش با تنش مطرح نیست.^{۳۹۱،۳۹۳} افراد با تدبیر، از نظر جنبه‌های شناختی، در تسکین و تزکیه و خویشتن‌داری بیشتر توفیق می‌یابند، اما در کنترل عواطف و به‌کارگیری فنون بازخوریستی (بیوفیدبک)، مانند کنترل ضربان قلب خود، موفقیت کمتری دارند. بر اساس اصل بازخوریستی، درجه حرارت بدن، ضربان قلب و دیگر کارکردهای آلی (ارگانیک) را می‌توان آگاهانه کنترل کرد.^{۳۹۴،۳۹۵} افزون بر این، افراد با تدبیر امکان کمتری برای واهلش و آرامش‌پذیری عمیق دارند.^{۳۹۶}

از این‌رو، می‌توان دریافت که بهره‌مندی از نگرش برهانی و تفکر تحلیل هرچند در سازش‌مندی با رویدادهای دشوار زندگی سودمند تواند بود، اما گاه ممکن است در فرآیندهای عملی و آزمونی، مانند واهلش و آرامشگری، نامساعد باشد.^{۳۹۷} بنابراین، برای بیشترین بهره‌گیری از این فرآیندها، بهتر است هنگام خودآرام‌سازی، هرگونه تجزیه و تحلیل، برهان و شناخت، به فراموشی سپرده شود.^{۳۹۸}

۳- دامنه تصمیم و کنترل کار: دامنه تصمیم را باید در چارچوب برخوردار از امکان، مجال و اختیار برای ارزیابی، کنش و واکنش در عرصه کار دانست. به این ترتیب، وقتی این دامنه گسترده شود و نیز کیفیت الزامات کار بالا باشد، رضایت شغلی افزایش می‌یابد و خمودگی و جمود کاهش می‌پذیرد. برعکس، وقتی دامنه تصمیم محدود شود و وظایف شغلی ناپایدار باشد از رضایت شغلی کاسته می‌شود.^{۳۹۹} از این‌رو، برای کاهش و تسکین تنش‌های شغلی، پژوهشگران پیشنهاد می‌کنند که به افراد شاغل، آزادی عمل بیشتر برای تصمیم‌گیری همراه با اختیارات لازم داده شود؛ به گونه‌ای که مسئولیت‌های واگذار شده به هر فرد از ظرفیت و توانایی‌های او فراتر نرود.^{۴۰۰}

یافته‌های پژوهشی مبین آن است که انتظارات و خواسته‌های شغلی زیاد، در صورت گسترده بودن دامنه تصمیم‌گیری، می‌تواند باعث سرزندگی و کار مولد شود، حال آنکه محدود بودن امکان تصمیم‌گیری، تنش‌آفرین است. از سوی دیگر، پایین بودن توقعات و الزامات شغلی در شرایطی که دامنه تصمیم‌گیری گسترده است، موجب واهلش می‌گردد و نیز برخوردار نبودن از توان تصمیم‌گیری، به انفعال می‌انجامد.^{۴۰۱} پژوهش‌ها نشان می‌دهد که کنترل بیشتر انسان بر کار، همراه با امکان مشارکت آزاد او در امور شغلی، متضمن سلامت و کاهش بیماری‌های کارکنان تمام‌وقت است و بویژه در مردان، بروز بیماری‌های قلبی را کاهش می‌دهد.^{۴۰۲} یافته‌های این پژوهش‌ها بویژه مؤید آن است که تغییر و دگرگونی مشاغل کارمندان، کنترل، بویژه کنترل افراد مسن و زنان را دشوارتر می‌سازد

یکی از مؤثرترین شیوه‌های غیر دارویی برای درمان استرس است.^{۴۱۲}

یافته‌های نودینج مورد پژوهش درباره ارتباط بین فعالیت‌های بدنی و ابتلاء به بیماری‌های عروق قلبی نشان داده است که خطر این بیماری‌ها برای آنان که فعالیت بدنی ندارند تقریباً دو برابر کسانی است که فعالیت بدنی دارند.^{۴۱۳} تنش‌پژوهان نیز، در مجموع، ورزش را به مشابه هیافتی عاطفی در سازش‌مندی با تنش می‌نگرند.^{۴۱۴} پژوهشگران دیگری هم وجود رابطه علیتی بین تحرک بدنی و بیماری‌های عروق قلبی را نشان داده‌اند.^{۴۱۵} اما به باور تنش‌پژوهان، تأثیر ورزش، همراه با کنترل دیگر عوامل مؤثر بر بیماری‌های عروق قلبی (مانند برنامه غذایی، روش زندگی، رویکرد و دیدگاه شخص نسبت به مشکلات)، می‌تواند قابل ملاحظه باشد.^{۴۱۶}

متخصصان قلب و عروق با تأکید بر اینکه ورزش در سلامت انسان تأثیر بسیار دارد، می‌گویند اگر کسی دو مرتبه در هفته و هر بار به مدت یک ساعت ورزش معتدلی را ادامه دهد، از بروز بیماری‌های قلبی پیشگیری می‌کند یا آن را به تأخیر می‌اندازد؛ حتی ورزش برای افرادی که دچار سکته قلبی شده‌اند احتمال سکته دوباره و مرگ ناگهانی را کاهش می‌دهد. ورزش نه تنها از تحلیل رفتن عضله قلب جلوگیری می‌کند، بلکه سبب بالا رفتن روحیه، کاهش وزن، کاهش فشار خون در یک بیمار فشارخونی و نیز کاهش چربی خون می‌شود؛ در نتیجه، از عوارض آنها که همانا بیماری‌های عروق قلبی و سکته قلبی است، پیشگیری می‌کند.^{۴۱۷} اگر چه ورزش و فعالیت بدنی رویکردی سودمند برای حفظ سلامتی است و نیز شیوه‌ای مفید در مجموعه رهیافت‌های رویارویی با تنش به‌شمار می‌آید.^{۴۱۸} اما ورزش سنگین و حرفه‌ای و نیز رقابت‌های ورزشی را چندان نمی‌توان توصیه کرد. ورزش نباید باعث تنش شود یا آنکه از قابلیت‌های سازگاری فردی فراتر رود.^{۴۱۹،۴۲۰} در این میان پیاده‌روی بیش از هر ورزش دیگر سودمند است.^{۴۲۱} اگر پیاده‌روی با سرعت ۶/۴ کیلومتر در ساعت باشد، پویا، هوازی مفید خواهد بود. پیاده‌روی با سرعت تقریبی ۸ کیلومتر در ساعت نیز پویا، هوازی و استقامتی است؛ حتی اگر توانایی فرد اندک باشد، راهپیمایی با سرعت ۴/۸ کیلومتر در ساعت هم مناسب است در مجموع، پیاده‌روی با سرعت متوسط ۵/۵ کیلومتر در ساعت را معمولاً یک فعالیت هوازی مناسب دانسته‌اند.^{۴۲۲}

شد تنش و روش زندگی: شیوه‌های کاهش تنش (مبستانی بر خویشتن‌مهاری)، می‌تواند با روش زندگی و ارزش‌های اجتماعی همراه باشد. در جامعه صنعتی، مهارت و لیاقت‌های فردی که در افزایش بهره‌وری، سنجش کارایی، خواستها و دستاوردها مؤثرند، جایگاه ارزشی می‌یابند و اینها همانا مدارهای ارزشی رفتارگونه «آ» را تشکیل می‌دهند. شیوه دیگر آن است که در دوره زندگی به این ارزشها از چشم‌اندازی فراگیرتر نگاه شود و هر چیز در جای خود

و این بدیده معمولاً با تنش ناشی از دخالت یا مشارکت نداشتن فرد در تغییر و تحول همراه است و نیز تغییر و تحولات شغلی پیاپی سبب می‌شود که در کارکنان احساس کنترل ناپذیری و همچنین تدافعی تنش آفرین پدید آید.^{۴۲۳} کارگران بسیار بیشتر از کارمندان با مشکل عدم کنترل روبرو هستند و تحقیقات انجام شده در این مورد نکات زیر را خاطر نشان می‌سازد:^{۴۲۴}

الف- کارگران، در مقایسه با کارمندان و مدیران، آزادی عمل کمتری دارند و ناگزیرند شرایط خاص خط تولید، سکون در نقطه معین، عدم امکان جابجایی در محیط و پیروی از دستورالعمل‌های کار با ماشین را تحمل کنند.

ب- کارگران بیشتر وقتها در یک قالب معین که بخشی از مجموعه کار یا خط تولید است، کار می‌کنند؛ بنابراین، با عدم اختیار و اجتناب ناپذیری رفتار در یک چارچوب خشک، انعطاف ناپذیری شرایط کار یا اعمال تغییرات دلخواه مواجه هستند؛ حتی اگر تغییری پیش آید، از دایره تصمیم آنان خارج است و ناگزیرند بار دیگر از آن پیروی کنند.

ج- کارگران، در صورت از دست دادن کار خود معمولاً با مشکلات بیشتری برای یافتن کار دیگر و گذران زندگی در دوره بیکاری روبرو می‌شوند؛ از این رو، در صورت وجود مخاطرات و مشکلات شغلی، الزام بیشتری برای تحمل دشواریها و حفظ کارشان احساس می‌کنند.

د- کارگران که اختیار اندکی در کار و عمل دارند، از امکان فعالیت‌های اجتماعی نیز بهره‌چندانی ندارند؛ از این رو نمی‌توانند از این راه دشواری‌های شغلی خود را با اعمال کنترل در خارج از جریانهای کاری، جبران کنند.^{۴۲۵}

۴- بیماری‌های عروق قلبی، تنش و ورزش: از جمله عوارض و بیماری‌های مرتبط با تشنگینی، بیماری‌های عروق قلبی است که بیش از همه مورد توجه و مطالعه قرار گرفته است. در بررسی مسایل شغلی نیز، یافته‌های پژوهشگران نشان می‌دهد که بی‌ثباتی، ناسازگاری، ناهماهنگی و نداشتن امنیت شغلی، فشار کار و نیاز به کنترل، از عوامل پدیدآورنده بیماری‌های عروق قلبی است.^{۴۲۶}

ورزش (هوازی)^{۴۲۷}، معمولاً روشی سودمند برای مقابله با تنش به‌شمار می‌آید. نکته جالب آن است که بسیاری از حرکات بدنی به هنگام ورزش شبیه و انکشهای بدن در برابر تنش و حالت جنگ و گریز ناشی از تنش است.^{۴۲۸} به هر حال، برخورداری از شیوه‌ها و عادات‌های بهداشتی در زندگی (مانند ورزش، بدنسازی، خواب)، از عوارض تنش‌های شغلی می‌کاهد.^{۴۲۹} ورزش حتی در عزت نفس و احساس مناعت نیز اثر مثبت دارد؛ از این رو می‌تواند به یافتن شیوه‌های حل مشکل در سازش با تنش هم به موقع کمک کند.^{۴۳۰} البته، با توجه به تفاوت‌های فردی، اثر ورزش‌های منظم نیز در افراد متفاوت است.^{۴۳۱} با این حال، ورزش افسردگی را کاهش می‌دهد و

نیکو باشد. یعنی، هر چند می‌بایست به اهمیت این جایگاههای ورزشی توجه داشت، اما نباید آنها را نخستین و مهمترین هدف زندگی دانست.^{۴۲۵}

عامل عمده دیگری که در مدیریت و کنترل انفرادی تنش نقش دارد، برنامه غذایی مناسب است. تنش در بروز و پیشرفت بیماریهای قلب و عروق، کاهش سیستم ایمنی بدن و پیش آگهی بازگشت و پیشرفت سریع بیماری سرطان نقش دارد و نیز حتی چربی خون بر اثر تنش افزایش می‌یابد؛^{۴۲۶-۴۲۷} از سوی دیگر، افزایش چربی خون (کلسترول) در نهایت زمینه‌ساز ابتلاء به بیماریهای عروقی، قلبی و سرطان است.^{۴۳۸-۴۴۰} به این ترتیب، با تنظیم برنامه غذایی مناسب، می‌توان خطر ابتلاء به بیماریهای قلبی، عروقی و نیز سرطان را کاهش داد.^{۴۴۱} پرهیز از چربیها و خوردن مواد و غذاهایی که لیاف بسیار دارند و نیز مواد غذایی طبیعی دارنده ویتامین‌های «ب» و «آ» برای پیشگیری از بیماریهای عروقی، قلبی و سرطان سودمند است. ویتامینهای «آ» و «ب» برای افزایش قدرت سیستم ایمنی بدن و کاهش خطر ابتلاء به سرطان، مفید هستند.

همچنین ویتامین «ب» در تثبیت خون، کاهش خطر بیماریهای قلب و عروق، پیشگیری از لخته شدن خون در رگها، پیشگیری از افزایش فشار خون، کاهش چربی خون (کلسترول) و تنظیم ترکیب‌های چربی خون (کلسترول ال. دی. ال) یا چربیهای که وزن آنها کم است و کلسترول (اچ. دی. ال) یا چربیهای که وزن مخصوص آنها زیاد است، تأثیر مثبت دارد.^{۴۴۲-۴۴۳} ویتامین «ب» بر ترشحات داخلی بدن نیز اثر می‌گذارد،^{۴۴۴} مقاومت سلولهای قشر غده فوق کلیوی را بالا می‌برد و مانع یزمردی این سلولها (بر اثر تنش) می‌شود؛ همچنین با تأثیر بر غده فوق کلیوی می‌تواند از تنش، پیشگیری کند.^{۴۴۵} البته، بهره‌گیری از دیگر ویتامینها در برنامه غذایی نیز ضروری است، زیرا هر ویتامین فایده‌ای خاص دارد.^{۴۴۶-۴۴۷} ضمناً تنظیم زمانهای صرف غذا در برنامه غذایی، حائز اهمیت است.^{۴۴۸} به عنوان مثال، حتی احتمال ابتلاء به بیماریهای قلبی و عروقی بر اثر بالا بودن چربی خون، با مصرف صبحانه زیاد، بیشتر می‌شود؛ از این رو، صبحانه کسانی که مستعد ابتلاء به بیماریهای قلبی و عروقی هستند، بهتر است سبک باشد.^{۴۴۹}

دیگر اینکه استعمال دخانیات باعث تراوش آدرنالین و نور آدرنالین (ترشحات تنش) و همچنین ترشح اسیدهای چرب می‌شود که هر دو در بی‌نظمی قلبی، گرفتگی عروق و سکته قلبی زودرس، مؤثرند. دخانیات گذشته از تخریب ریه، مقدر چربی مفید (کلسترول اچ دی ال) را که از تصلب شرابین جلوگیری می‌کند، کاهش می‌دهد، چسبندگی پلاکت‌های خون را زیاد می‌کند و سبب گرفتگی عروق قلبی می‌شود. از این رو، خطر مرگ بر اثر بیماری قلب و عروق برای افرادی که دخانیات مصرف می‌کنند دو برابر کسانی است که به دخانیات عادت ندارند.^{۴۵۰-۴۵۱}

تجدید نظر در طرز فکر و نگرش به مسایل زندگی، تلقی فرد نسبت به رویدادهای روزمره، احساس مسئولیت در قبال روش و رفتار خود، تسلط بر خود، خویشتن‌داری، پیشگیری از عصبانیت و بی‌زاری، پیشگیری از استیلاهای دیگران بر رفتار و در نهایت، درک این واقعیت که اگر نتوان دنیا را عوض کرد، می‌توان خود را برای هماهنگی و تطابق بیشتر با محیط تغییر داد، در واقع عواملی هستند که روی آوردن به شیوه‌های فردی مناسب را برای مهار و کنترل تنش ممکن می‌سازند. خوش خلقی و حتی شوخ طبعی را نیز نباید از نظر دور داشت؛ بویژه آنکه در شرایط تنش، این حالتها از میان می‌رود و در نتیجه، تشنگینی بیشتر می‌شود؛ از این رو، خوش خلقی و شوخ طبعی ابزار مناسبی برای مبارزه با تنش و پیشگیری از ابتلاست تشهاست.^{۴۵۲}

در برخورد با مسئله تنش، دو شیوه رفتار نیز در انتساب به دو نیمکره مغز (راست و چپ) مطرح شده است که شیوه‌های نیمکره راست و نیمکره چپ نامیده می‌شوند. البته این تقسیم‌بندی به مفهوم آن نیست که دو نیمکره مغز مستقل از هم عمل می‌کنند یا آنکه به طور انحصاری و بی‌تداخل، مسئولیت کنشهای خاصی را بر عهده دارند. حتی پژوهشگران، انتساب عواطف به نیمکره راست و انتساب شناخت به نیمکره چپ مغز را ساده‌نگرانه می‌دانند و می‌گویند که این صرفاً نوعی تلقی قراردادی برای تفکیک دو نوع نتیجه متداول در سازش با تنش است.^{۴۵۳-۴۵۴}

یک روش کار می‌تواند این باشد که جنبه‌ها و پدیده‌های تنش‌زای زندگی بازبینی و سامان داده شود؛ به این ترتیب می‌توان یک سلسله کارهای مستندل و برهان‌پذیر را شناخت و پی گرفت مانند: سازماندهی و تقویت توان سازماندی، برنامه‌های زمانبندی شده و بهره‌گیری از اوقات، تحلیل و محاسبه هزینه. فایده و گرفتن تصمیمهای منطقی بر این اساس، هدفمندی و هدف‌جویی، اولویت‌بندی کارها، سپردن کار به دیگران در موارد لزوم و تقسیم کار. این شیوه‌ها، اتکای انسان را به «نیمکره چپ مغز» تقویت می‌کند و کوششهای او را برای بهبود عملکرد خود، از راه تشدید و هماهنگی الگوی رفتار، امکان‌پذیر می‌سازد. با ارزیابی و سنجش حاصل کار نیز همواره می‌توان نتیجه را بر عکس کرد.^{۴۵۵}

روش دیگر بهره‌گیری از فرآیندهای متناسب به «نیمکره راست مغز» است که با این شیوه‌ها تحقق می‌یابد: گوش سپردن به ندای درون؛ دریافت احساسات، عواطف، تأملات و باطن خویشتن؛ گوش فرادادن به دیگران و نیوشیدن از آنان؛ راه‌گشایی برای بروز دادن خویشتن خویش؛ گشاده‌رویی؛ کاهش رفتارهای تدافعی؛ جلوگیری نکردن از ابراز احساسات؛ ایجاد آرامش درونی؛ سرگرمی، نشاط، خنده، شادابی و تفریح بیشتر؛ سعی در لذت بردن از بودن و هستی خویش به همان اندازه که از کار کردن؛ تصمیم و تعهد به واهلش و آرامشگری از راه عصب‌نبتی خودکار

فرهنگ سازمانی و اداری؛ فعالیت‌های مرتبط با شغل افراد، مانند مشخص کردن شرح وظایف، اختیارات، مسئولیت‌ها و بهره‌گیری از اصول دانش کار و آگهی‌های کار و گزینش کارکنان؛ اجرای برنامه‌های مدیریت تنش.^{۴۶۰}

به هر حال، در اتخاذ شیوه‌های عملی و برای کاهش تنش‌های شغلی می‌توان این اصول را مدنظر قرار داد: ریشه‌یابی و برخورد با علت و نه معلول؛ پذیرش این واقعیت که تنش‌های شغلی را می‌توان یک مشکل سازمانی دانست و نه فقط یک مشکل فردی؛ بهره‌گیری از مشارکت همگان در برخورد با مشکل؛ واقع‌بینی در حل مسایل.^{۴۶۱} زمینه‌های عمل نیز به این شرح است: بهبود شرایط فیزیکی محیط کار (مانند نور، حرارت، صدا، ارتعاش و...); تجزیه و تحلیل و بازنگری در طراحی شغلی در موارد لزوم؛ تبیین حدود و ثغور امور و وظایف؛ بازسازی فرهنگ سازمانی؛ تجدیدنظر در شیوه مدیریت و عمل؛ تشویق و ترغیب به مشارکت در عرصه‌های کار؛ ارزیابی نظام هماهنگی و ارتباطات سازمان؛ ایجاد زمینه‌های لازم برای بهبود و توسعه روابط شخصی، حرفه‌ای و سازمانی؛ ارزشمند دانستن و به رسمیت شناختن وجود کارکنان؛ فراهم آوردن زمینه‌های لازم برای تحول و دگرگونی.^{۴۶۲}

برخی فراگردهای عمده که بار هیافتهای اجتماعی و سازمانی پیشگیری از تنش، ارتباط دارد، به شرح زیر است.

۱- برنامه‌های مدیریت تنش: بسیاری از روش‌های مدیریت تنش و نیز راهبردهای سازمانی کاهش تنش‌های شغلی را تنش‌پژوهان مورد بررسی قرار داده‌اند.^{۴۶۳} در بیست سال گذشته، بسیاری از کشورهای پیشرفته صنعتی توانسته‌اند بر اساس راهبردهای سازمانی مدیریت تنش و بهره‌گیری از اصول آگهی‌های کار، به موفقیت‌های ارزنده در پیشگیری از تنش و اجرای برنامه‌های تنش‌زدایی دست یابند.^{۴۶۴، ۴۶۷} شواهد بسیار نشان می‌دهد که اجرای این برنامه‌ها سبب کاهش غیبت‌ها و فرصت‌های از دست رفته در کار و در نهایت صرفه‌جویی قابل ملاحظه در هزینه‌های درمان بیماران ناشی از تنش شده است.^{۴۶۸}

و اما بیشتر برنامه‌های موفقیت آمیز در مدیریت تنش، معمولاً در برگیرنده این کارها و تدبیرها بوده است: ایجاد محیط لازم برای بهره‌گیری از بیشترین مشارکتها؛ برقراری پل ارتباطی بین خانه و محل کار برای آگاهی لازم از مسایل داخلی و نیازهای خانوادگی؛ برگزاری دوره‌های آموزشی برای بالا بردن مهارت‌های شغلی، آگاهی‌ها و روابط شخصی؛ دگرگونی فرهنگ سازمانی و اداری برای پدید آوردن فضای باز و امکان تبادل نظر، ارتباط، اعتماد و اطمینان در میان ناتوانانیهایی فردی احتمالی در سازش با تنش‌ها و جلب مساعدت.^{۴۶۹، ۴۷۰}

افزون بر راهبردهای شخصی در سازش با تنش، سازمانها، اگر لازم باشد، می‌توانند خدماتی با عنوان برنامه‌های مدیریت تنش، ارائه دهند و امکان کار بر دفنون و ابزارهای لازم را پدید آورند مانند تأسیس

(پاراسمیپاتیک)، تنفس عمیق، آرمیدگی ژرف، ربودگی، نیایش و ستایش ایزد.^{۴۵۶} بهره‌گیری از نگرش‌های عرفانی، عبادت، تسلیم و توکل به رضای خداوندی را نیز می‌توان در همین ارتباط نگرست.

زیربنای اصولی و مستحکمی برای رهیافتهای موسوم به «نیمکره راست مغز»، در سازش‌مندی و کاهش تنش موجود است و شواهد علمی، حکایت از ثمربخشی و پیامدهای سودمند تغییر روش در پیمودن زندگی دارد؛ به عنوان مثال، پژوهشگران دریافته‌اند که سیستم ایمنی بدن در اواخر بزرگسالی، در نتیجه برخورداری از آرامش و آسودگی، بهبود می‌یابد.^{۴۵۷}

پژوهشگران دیگری نیز دو گروه بیماران عروق قلبی را تحت مطالعه قرار داده‌اند؛ یک گروه را، به عنوان آزمون، با برنامه غذایی، ترک دخانیات و قهوه، ورزش ملایم، مهار و مدیریت تنش، تحت نظارت گرفته‌اند و از گروه دیگر با تجویز داروهای متداول، به مراقبت پرداخته‌اند. پس از آن، در مدت یک سال، تفاوت‌هایی فاحش میان این دو گروه، از نظر چربی خون، وزن، عوامل مخاطره آمیز بیماری‌های قلبی و عوارض آئین صدری دیده شده و هر یک از بیماران که در تغییر شیوه زندگی موفق تر بوده، بیشتر بهبود یافته است. این بررسی حاکی است که در بیماران گروه مورد آزمون، عوارض عروق قلبی تخفیف و بهبود نشان داده، اما در گروهی که دارو مصرف کرده بوده علائم بیماری بیشتر شده است. نتیجه آنکه، با تغییر همه جانبه شیوه زندگی، در مدت یک سال، می‌توان روند عوارض بیماری‌های عروق قلبی را معکوس کرد.^{۴۵۸} بنابراین، توجه به رهیافتهای شخصی، در مهار تنش و سازش با آن، بویژه بازنگری و تجدیدنظر در شیوه زندگی، تلقی امور و شیوه گذراندن عمر، در پیشگیری و رفع عوارض تنش، اهمیت ویژه دارد.

رهیافتهای اجتماعی و سازمانی پیشگیری از تنش

شیوه‌های سازش با تنش را که برای مثال ممکن است از تغییر و تحولات اداری و سازمانی ناشی شود، از نظر ماهیت به دو نوع شخصی و سازمانی می‌توان طبقه بندی کرد؛ اما یک برنامه مؤثر برای مهار کردن و مدیریت تنش، بهتر است هر دو جنبه ادراک برگیرد. رهیافتهای شخصی را می‌توان در برگیرنده این شیوه‌ها دانست: رهیابی در حل مسئله، شیوه‌های عاطفی، اتکاء به منابع درونی (مانند ویژگی‌های شخصیتی، مبدا کنترل، بیباکی، احساس چیرگی بر حوادث و توانایی مهار کردن آنها؛ بهره‌گیری از منابع برونی و حمایت‌های اجتماعی (مانند همسر، فرزند، خانواده، دوستان، همکاران و مدیریت)^{۴۵۹}

در تبیین رهیافتهای سازمانی و اداری نیز می‌توان به این شیوه‌ها اشاره کرد: دادن قدرت و اختیارات لازم به افراد برای کنترل تغییرات؛ برقراری ارتباطات درست و کافی با افراد در زمان مناسب؛ اجرای برنامه‌های آموزشی در زمینه ارتباطات؛ بهره‌گیری از مدیریت‌های انتقال برای موارد لزوم؛ آریه برنامه‌ها و کارگاه‌های آموزشی برای تغییر دادن

باشگاهها، ایجاد فرصتهای آرمشیبایی، فنون آرمسازی، مشاوره، روشهای شناختی و دیگر امکانات ضروری. ۴۷۱-۴۷۲ به هر صورت، در اجرای برنامه‌های مدیریت تنش در شرایط شغلی مشخص، بر پیشگیری و آشنایی کارکنان با مهارتهای ایمن‌سازی در برابر تنش بیش از درمان عوارض آن تأکید می‌شود. به این ترتیب، ترویج بهداشت روانی و جسمی و پیشگیری از بیماری، در واقع زمینه‌های اصلی را در بر می‌گیرد. ۴۷۳

در بیشتر برنامه‌های مدیریت تنش، بهره‌گیری از فنون و مهارتهای آرمسازی کاربرد دارد، زیرا بسیاری افرادی می‌توانند چگونگی آرمشیبایی و آرمشگری را بیاموزند و فراگیرند. در واقع، ارزش و مزایای این راهبردها، غیر قابل انکار و تردید است؛ چنان‌که فشار خون بالا که از پیامدهای تنش است، با شیوه آرمسازی بسیار کاهش می‌یابد. کنترل تنفس نیز که به هر حال مکانیسمی کنترل‌شدنی است، در به کارگیری فنون آرمسازی، سودمندی نماید. در مجموع، انسان با فنون آرمسازی و آرمشگری می‌تواند کم‌وبیش بر پدیده تنش چیره شود و این روش‌ها را از گزند آسیب‌های آن در امان نگاه می‌دارد. ۴۷۴

اما کار بر در برنامه‌های مدیریت تنش را نباید تنها سلاح مبارزه با تنش دانست، مگر آنکه با راهبردهای شخصی که پیش از این بررسی شد و نیز شیوه‌هایی که در ادامه مطالب بیان می‌شود، همراه باشد؛ هر چند پژوهشگران بر ضرورت آموزش شیوه‌های مدیریت تنش، بویژه برای رویارویی با تغییر و تحولات، دگرگونی روشهای کار، مهندسی و طراحی دوباره شغل و ابزارهای آن، تأکید می‌کنند، زیرا در این شرایط چاره‌جویی‌های لازم، بیرون از محیط کار و اشتغال، ناممکن و بعید می‌نماید. ۴۷۵ بر برنامه‌های مدیریت تنش همچنین نباید فقط به مسئله تغییر و اصلاح کارکنان بپردازد، بلکه نخست باید بهبود شرایط کار و زدودن دشواری‌ها از محیط شغلی مد نظر و عمل قرار دهد. گرچه دگرگونی شیوه‌های زندگی و بازنگری‌های فردی، در رویارویی با تنش نقش دارد، اما عوامل تنش زا و شرایط تشنگ نیز می‌بایست به عنوان نیروهای بالقوه، از صحنه کار و اشتغال زدوده شود یا کاهش یابد تا فرد تاب و توان لازم را برای چیرگی بر تنش داشته باشد. ۴۷۶-۴۷۷

۲- برنامه‌های بهداشتی فراگیر: برنامه‌های جامع ترویج بهداشت روانی و جسمی، فراتر از روشهای صرفاً پیشگیرانه است و آموزشهای لازم برای مهار کردن و مدیریت تنش، بازنگری شیوه‌های زندگی، بهبود سیستمی‌های رانین در بر می‌گیرد. در سالهای اخیر، کشورهای پیشرفته صنعتی، شاهد گسترش پیوسته برنامه‌های فراگیر بهداشت کارکنان بوده‌اند و کارفرمایان هم مسئولیت بیشتری در تأمین خدمات بهداشتی و درمانی، بر عهده گرفته‌اند؛ بویژه، شرکتها و صنایع بزرگ برنامه‌های فراگیرتری را به اجرا گذاشته‌اند. در نتیجه، این روند همچنان روبه‌گسترش است. البته انتظار معقول آن است که این روند رشد از گرایشهای انسان دوستانه مایه گرفته باشد، اما نباید از نظر دور داشت که دوراندیشی و اصول مدیریت منابع انسانی، مبنی بر سودآوری

نهایی سرمایه‌گذاری در امور بهداشتی و بهداری کارکنان نیز بیش از پیش مورد توجه کارفرمایان بوده است. به این ترتیب، افزایش بهره‌وری، کاهش هزینه‌های درمانی و از کار افتادگی، کاهش غیبت‌ها و روزهای کاری از ۳

افزایش چشمگیر هزینه‌های درمانی، توسعه محمل‌های قانونی برای پیگرد کیفری و حقوقی کارفرمایان در صورت بروز عوارض ناشی از تنشهای شغلی یا سختی و زیان‌آوری کارها نیز به نوبه خود، اجرای برنامه‌های بهداشتی فراگیر را الزام‌آور می‌نماید؛ از این رو، در بسیاری از سازمانها، شرکتها و صنایع بزرگ در کشورهای پیشرفته صنعتی، مراکز بهداشتی و بهداری نسبتاً گسترده، با تخصصهای پزشکی، روانپزشکی، ارگونومی، فیزیولوژی کار، فیزیوتراپی، ارتوپدی، پرستاری، دندانپزشکی و مدیریت امور بهداشت فعالیت دارند؛ بویژه هنگام استخدام، مطالعات و معایناتی که در برگیرنده همه جنبه‌های سلامت جسمی و روانی فرد است، به عمل می‌آید و از آن پس، در صورت استخدام نیز مراقبت‌ها و معاینه‌های ادواری را برای او انجام می‌دهند. ۴۷۸-۴۷۹ در برخی کشورهای پیشرفته صنعتی، اداره پست با توجه به پرآلودگی بست‌چیان، شبکه‌های خدمات بهداشتی خود را به بهره‌گیری از امکانات واحدهای سیار مجهز ساخته و بطور مرتب، میزان تنش‌گینی در کارکنان نیز سنجیده می‌شود. ۴۸۰

یکی از تدبیرهای جالب در برخی سازمانهای صنعتی بزرگ جهان که «افق سلامت» نام گرفته است، تکمیل پرسشنامه‌ای فراگیر توسط کارکنان برای بی‌بردن به شیوه زندگی و زیست‌مندی افراد و تشخیص نقاط ضعف آنهاست تا راهنمایی‌های لازم برای اصلاح و تغییر شیوه‌های زیانبار به منظور تأمین سلامت جسمی و روانی و افزایش طول عمر به آنان ارایه شود. به این ترتیب، پیشرفت افراد در بازنگری و بهبود روشهای زندگی هم با شیوه‌ای مشابه، آزموده می‌شود. از سوی دیگر، برای جلب همکاری و حسن اجرای برنامه، پاداشهای تشویقی و بر خور داری از برخی امکانات به صورت رایگان نیز در این برنامه منظور شده است. ۴۸۱

در يك سازمان صنعتی بزرگ بین‌المللی يك برنامه بهداشتی فراگیر همراه با طرحی پژوهشی، به اجرا در آمده که نتایج جالبی داشته است. در این برنامه، پس از معاینه‌های کامل پزشکی، برای هر يك از کارکنان پرونده‌ای محرمانه که در برگیرنده اطلاعات به دست آمده از پرسشنامه جامع در مورد شیوه زندگی است، تهیه شده است. آنگاه اطلاعات مربوط به مخاطرات سلامت افراد، همراه با رهنمودهای لازم برای کنترل و مدیریت تنش، کاهش چربی، قند و نمک مصرفی، ترک دخانیات، تجدید نظرهای لازم در شیوه زندگی، برنامه‌های ورزشی قابل توصیه دیگر موارد لازم به افراد ارایه می‌شود. با این چرخه کار بر نامه بهداشتی، هر بار در فاصله‌های زمانی معین، پیشرفت فرد در کاهش مخاطرات سلامت به آگاهی او می‌رسد و بار رهنمودهای ضروری دیگر، پاداشی به تناسب پیشرفتی که داشته است، به او

چه بسا در مواردی، مشاوره ناقص، سهل، تقابل و اندرکنشهای اجتماعی، تضاد منافع، رقابتها و تقلای شخصی، یا هر گونه عامل دیگری که در روابط اجتماعی بگنجد، منجر به ایجاد موانع و در نهایت تأثیرهای تخریبی بر سلامت افراد گردد. از سوی دیگر، فرآیندهای پشتوانی، در افسار و گروههای گوناگون، متفاوت است. پژوهشها گویای آن است که زنان برای رویارویی با مشکلات شغلی و مدیریت، بیش از مردان به پشتوان اجتماعی تکیه می کنند؛^{۴۹۳} حال آنکه زنان خود بعنوان محتمل ترین منابع پشتوانگی برای مردان مطرح هستند و تأثیر پذیری عاطفی آنان از مشکلات دیگران، می تواند بیشتر باشد؛ در نتیجه، از نظر روانی، این سنگ صبور بودن، برای آنان گراتر تمام می شود.^{۴۹۴} گذشته از بررسی های پیرامون تفاوت زنان و مردان، پژوهشهایی نیز برای نشان دادن تفاوت های قومی و نژادی در تأثیر پذیری از پشتوان اجتماعی، صورت گرفته است.^{۴۹۵}

به هر حال، برخی کارها و تدبیرها در ترویج و ارتقای پشتوان اجتماعی و رفتار پشتوانی در بین کارکنان مؤثر است که آنها را به این شرح می توان برشمرد:

الف- ترتیبات ساختاری: کارها باید چنان سازمان یابد که اندرکنش پایا در میان کارکنان و در انجام وظایف آنها آسان کند و سبب تحکیم پیوندهای اجتماعی آنان شود. اندرکنشهای اجتماعی و گروهی در کاهش تنشهای کار نیز اهمیت دارد.^{۴۹۶} وجود روابط میان همکاران بر سلامت آنان اثر مثبت می گذارد. چنان که پژوهشگران نشان داده اند، مقدار چربی خون (کلسترول) کارکنانی که همکاران ثابت دارند، کمتر از چربی خون کارکنانی است که همکارانشان پیوسته در حال تغییرند.^{۴۹۷} در شرکتهای بزرگ ژاپنی، افراد در گروههای کار و به صورت رسته ای کار می کنند و به کار جدید وارد می شوند؛ از این رو، این پشتوان عاطفی در وضع سلامت و کاهش بیماریهای قلب و عروق در آنان مؤثر بوده است.^{۴۹۸} در پژوهشهای دیگر ثابت شده است که همدلی، وفاق، اعتماد و احساس وابستگی بین کارکنان از یک سو و کارکنان و مدیریت از سوی دیگر در سازش مندی بهتر افراد با تنشهای شغلی ثمربخش بوده است.^{۴۹۹}

ب- کار گروهی و مدیریت مشارکتی: شیوه های مدیریت مشارکتی نه تنها در بالا بردن مقدار و کیفیت تولید، بلکه در تقویت پشتوان اجتماعی، کاهش تنشهای شغلی و در نتیجه بهبود وضع سلامت و زیست مندی می تواند کار ساز باشد.^{۵۰۰} سهیم بودن و مشارکت کارکنان در امور مدیریتی، کنشهای روانی و اجتماعی آنان و همچنین کارگردشان را در مسئولیتهای خانوادگی و اجتماعی بهبود می بخشد. پربال گرفتن در محیط کار، زمینه پراور در دیگر عرصه ها را نیز مساعد می کند. در واقع، این تجربه در محیط کار می تواند آموزه ای برای دستیابی به دیدگاهها و مهارتهای تازه و افزایش توانمندیها در دادوستد پشتوان اجتماعی باشد.^{۵۰۱} کار گروهی امکان گسترش روابط اجتماعی، برخورداری از حمایت دیگران، تأمین نیازهای اجتماعی،

می دهند. همچنین یافته های پژوهشی همراهِ این بر نامه نشانگر آن است که افراد موفق به ترك اعتیاد، تغییر شیوه زندگی و کاهش تنش، پیشرفتی قابل توجه در کاهش مخاطرات سلامت خود داشته اند، هزینه های درمانی و غیبت های ناشی از بیماری کاهش قابل ملاحظه نشان داده و بهره وری کار آنان افزایش یافته است.^{۴۸۴}

۳- پشتوان اجتماعی: در مطالعات مربوط به مدیریت مشارکتی، پشتوانگی و روابط دلگرم کننده بعنوان يك اصل اساسی و بر خوردار از نقش مرکزی در پیشبرد اهداف مدیریتی، شناسایی شده است؛ هنگامی که رابطه مدیر و زیردستان چنان باشد که دلگرم و پشتگرم به یکدیگر باشند، جایگاه و قدر افراد شناخته شود و احساس پشتوانگی متقابل، موجود باشد، مدیریت ثمربخش امکان پذیر می شود. پشتوانی و رفتار دلگرم کننده در برخی شاخه های روان درمانی و مشاوره نیز نقش کلیدی دارد.^{۴۸۵}

عرصه یآوری و شبکه پشتوان برونی همچون حایل و پناهگاهی به هنگام وقوع بحران اوراتوان می بخشد.^{۴۸۶} همچنین، افراد دلگرم به حمایت های برونی، بیش از کسانی که پشتگرمی ندارند، به شیوه های فعال در سازش مندی با تنش روی می آورند.^{۴۸۷، ۴۸۸} در واقع، کسانی که از پشتگرمی و حمایت های بیرونی برخوردار نیستند، در رویارویی با شرایط تنش، بیشتر به انزو و اوارگیری کشیده می شوند.^{۴۸۹}

پشتوان اجتماعی بیشتر به چگونگی پیوندها و روابط اجتماعی ارتباط دارد و این پیوندها و روابط نیز به شکل های گوناگون است مانند ازدواج، دوستی، عضویت در انجمنها، وابستگی به گروه های کار و... که در روابط شخصی و در سطحی عاطفی، بویژه هنگام نیاز تجلی می یابد. پشتوان اجتماعی، بویژه با توجه به نقش مهم آن در کاهش بر خوردهای تنش آلود، چه در محیط کار و چه بیرون از آن، وجهه ای عمومی دارد و تنش پژوهان این موضوع را به تفصیل مورد بحث قرار داده اند.^{۴۹۰} چگونگی کاهش تنشهای شغلی با تکیه بر پشتوان اجتماعی را به این شرح می توان توضیح داد:^{۴۹۱}

الف- پشتوان می تواند مستقیماً وضع سلامت انسان را بهبود بخشد؛ زیرا در جایگاهی که پدید می آورد، نیازهای عاطفی، تأثیری، امنیتی، تعاملی، تنفیذی، اجتماعی و ارزشی انسان تأمین می شود.

ب- پشتوان، مستقیماً در کاهش تنش نقش دارد و به طور غیر مستقیم نیز از تیرگی روابط شخصی با دیگران می کاهد؛ از این رو، وضع سلامت را بهبود می بخشد و از سوی دیگر، بر جو محیط کار و صفای آن اثر مثبت می گذارد؛

ج- پشتوان مانند سدّی بین انسان و خطرهایی است که سلامت او را تهدید می کند؛ در واقع، با افزایش پشتگرمیها، مخاطرات سلامت، بویژه در شرایط تنش آلود، کاهش می پذیرد؛ برعکس، بی بهره گی یا کاهش پشتگرمی، تأثیر تنش را بر سلامت بیشتر می کند.^{۴۹۲} نباید از نظر دور داشت که پشتوان اجتماعی، با همه منافع که در بر دارد، برای پر هیز از زبانه های احتمالی، نیازمند حزم و احتیاط است؛

برون ریزی نگرانیها، قدرشناسی، بالابردن روحیه، هماهنگی و هماوایی پذیر و تسری آن به خارج از محل کار را برای انسان پدید می آورد. اما در مدیریت مشارکتی نیز باید مراقب بود که عوارض منفی غیر قابل پیش بینی گریبانگیر افراد نشود؛ زیرا ممکن است احساس مسئولیت گاه بیش از اندازه و دغدغه پیشرفت امور، زمینه ساز تنشهای جدید، بویژه در خارج از محل کار شود یا آنکه همسران شاغل، یکی در محیط کار مشارکتی و دیگری در محیطی غیر از آن، در اداره امور خانوادگی، دچار کشمکش های ناشی از اختلاف روحیه گردند و تنشهای خانگی پدید آید.^{۵۰۲}

پ: پشتواری و رفتار مساعد مدیران و سرپرستان: پشتواری، رفتار پشتیبانانه و مساعدت مدیران و سرپرستان نسبت به کارکنان و توسعه آن در همه سطوح سازمان، نیز قدردانی و قدرشناسی متقابل از مدیرانی که این گونه عمل می کنند، محیط کار را با صفای کند و مزایای مقوله پشتوان اجتماعی را محقق می داند؛ از این رو، پژوهشگران بر این شیوه رفتار بین مدیران و کارکنان تأکید می ورزند.^{۵۰۳}

تنش پژوهان با تأکید بر لزوم ایجاد نوعی سیستم پشتوانی در محل کار، سفارش می کنند که در صورت نپرداختن به این مهم، هر کس بکوشد دستکم فردی دیگر را بعنوان همکار همدم و همدلی خویش برگزیند؛ سپس در گذر زمان، رابطه خود را با او پیوسته ارزیابی کند و در صورت لزوم، فرد مناسبتری را جایگزین نماید، دشواریهای شغلی خود را با او در میان نهد و حتی اگر مسئله یا مشکلات کار هم در میان نباشد، رابطه را حفظ کند؛ به هنگام بروز مشکلات برای آن همکار، به یاری او بشتابد و به وقت نیاز خویش، نظر او را جلب کند.^{۵۰۴} به این ترتیب، بدیهی است که تشکیل باشگاههای کارکنان، از این نظر هم می تواند بسیار سودمند باشد.

۴- راهبردهای مدیریت منابع انسانی در مدیریت تنش: از دیدگاه تنش پژوهان، به کارگیری شیوه های مناسب مدیریت منابع انسانی، در کنترل و مدیریت تنشهای شغلی، نقش تعیین کننده دارد و اهمیت آن بویژه هنگام استخدام افراد، کاربرد اصول ارگونومی و ارزیابی تناسب فرد با کار مورد نظر، آزمایشهای شخصیتی و دیگر آزمایشها برای آگاهی از تاب و توان فرد در برابر تنشهای محیط کار، تحولات سازمانی و نیز چالشها و فرآیندهای شغلی بیشتر است.^{۵۰۵} همچنین تدابیر دیگر، یعنی اجرای برنامه های کارآموزی، کارورزی و آموزشی، فراهم آوردن مقدمات لازم برای تغییر و تحول، گسترش بستر فرهنگ سازمانی و تربیت افراد برای آنکه خود نیز بتوانند در ایجاد تغییر و تحولات مشارکت فعال داشته باشند، در سازش با تنش و کاهش آن مؤثر است.^{۵۰۶}

دیگر کارها و کمکهایی که سازمان می تواند برای کاهش تنشهای شغلی انجام دهد، به این شرح است: بالابردن کیفیت کار و طراحی مناسب شغل،^{۵۰۷} مدیریت تنش با هدف کمک به کارکنان برای ارزیابی مخاطرات شغلی^{۵۰۸} و اجرای برنامه های کمکی^{۵۰۹} مانند تأسیس

صندوق رفاه و تعاون، دادن مساعده و وام از دواج و مسکن، فروش اقساطی وسایل زندگی، واگذاری مسکن سازمانی و... مطالعات بسیاری نشان داده است که کمکهایی سازمانی و مدیریت مطلوب تنشهای شغلی، در بهبود سلامت، وضع زندگی، کیفیت کار، بهره وری و پیشگیری از حوادث ناگوار، بویژه سوانح شغلی، نقش سازنده و ثمر بخش دارد.^{۵۱۳-۵۱۰} به هر حال، یافته های آخرین پژوهشها همچنان بر رعایت اصول دانش کار در طراحی شغل، مهندسی روشهای کار، تقسیم درست کار بر حسب ماهیت و مقتضیات، دادن آزادی عمل و اختیارات لازم، افزایش اعتماد به نفس، تناسب فرد با کاری که بر عهده دارد و انعطاف پذیری مدیریت، از جمله شیوه های مطلوب و ضروری در مدیریت تنش و نیز بیشتر دموکراتیک هدفهای سازمان است.^{۵۱۴-۵۱۵}

منابع و زیرنویسها

246. Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)
 247. Figley, C.R. "Toward a Field of Traumatic Stress", *Journal of Traumatic Stress*, 1 (1988), pp. 3-16.
 248. Ibid.
 249. Spiegel, D., "Dissociation and Hypnosis in Post - Traumatic Stress Disorders", *Journal of Traumatic Stress*, 1 (1988), pp. 17-33.
 250. Kroll, J., "Post - Traumatic Stress Disorder / Borderlines in Therapy: Finding The Balance", Norton, 1993.
 251. Veith, I., *Hysteria: The History of a Disease*, University of Chicago Press, 1965.
 252. Ibid.
 ۲۵۳. نتایج بسیاری از این پژوهشها در این منبع آمده است:
 Rowe, C. J. and Mink, W.D., *An Outline of Psychiatry*, 10th edn, W.B. Brown & Benchmark, Oxford, 1993.
 254. Figley, C.R. (1988), *op. cit.*, pp. 3-16.
 255. Spiegel, D. (1988), *op. cit.*, pp. 17-33.
 ۲۵۶. نتایج برخی دیگر از پژوهشها را می توان در این منبع یافت:
 Kroll, J. (1993), *op. cit.*
 ۲۵۷. ضرغامی، مهران و کسوفی، محمد، «پژوهشی در پیش آگهی اختلال استرس زاپس از ضربه»، دومین سمپوزیوم سراسری استرس، دانشگاه علوم پزشکی ایران، بهمن ۱۳۷۱، ص ۶۴.
 ۲۵۸. مهرابی، فریدون، «اختلالات جنسی در مبتلایان به PTSD»، دومین سمپوزیوم سراسری استرس، دانشگاه علوم پزشکی ایران، بهمن ۱۳۷۱، ص ۸۹.
 ۲۵۹. الهیاری، عباسعلی و مداحی، محمد ابراهیم، «سنجش PTSD با استفاده از میزان PTSDI و مقایسه نتایج به دست آمده با تحقیقات مشابه خارجی»، دومین سمپوزیوم سراسری استرس، دانشگاه علوم پزشکی ایران، بهمن ۱۳۷۱، ص ۲۷.
 ۲۶۰. رستمی، محمدرضا و محمدی، محمدرضا، «بررسی استرس ناشی از جنگ و دیگر عوامل مؤثر در بروز اختلالات تروما و جانبازان پلر ایلزیک»، دومین سمپوزیوم سراسری استرس، دانشگاه علوم پزشکی ایران، بهمن ۱۳۷۱، ص ۴۹.
 ۴۶۱. عبداللهیان، ابراهیم، «نشئه نبرد (پدیده شناسی مرکزی و تحریک اتوفونیک موجود در بین رزمندگان مبتلا به PTSD)»، دومین سمپوزیوم

- قانونی، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ۱۳۷۲، صص ۱۲۲-۱۲۳.
۲۸۲. قدسی، مرتضی، «شناخت درمانی و استرس»، دومین سمپوزیوم سراسری استرس، دانشگاه علوم پزشکی ایران، بهمن ۱۳۷۱، ص ۷۴.
۲۸۳. ایزدی یزدی، سیروس، «استرس، ویژگیهای شخصیتی و بیماری»، دومین سمپوزیوم سراسری استرس، دانشگاه علوم پزشکی ایران، بهمن ۱۳۷۱، ص ۲۹.
۲۸۴. اسداللهی، قربانعلی و همکاران (۱۳۷۱)، همان، ص ۲۱.
۲۸۵. ایزدی یزدی، سیروس (۱۳۷۱)، همان، ص ۲۱.
۲۸۶. هنجنی، محمدعلی (۱۳۷۰)، همان، ص ۵۰.
287. Cognitive Therapy.
۲۸۸. قدسی، مرتضی (۱۳۷۱)، پیشین، ص ۷۴.
289. Friedman, M. and Rosenman, R.H. (1974), *op.cit.*.
290. Jenkins, C.D. et al (1967), *op.cit.*, pp. 371-379.
291. Davidson, M.J. and Cooper, C.L. (1981), *op.cit.*, pp.564-74.
292. Matthews, K. A. and Haynes, S.G., "Type A Behaviour Pattern and Coronary Disease Risk: Update and Critical Evaluation", *American Journal of Epidemiology*, 123 (1986), pp. 923-59.
293. Dembroski, T.M. and Costa, P.T., "Coronary - Prone Behaviour: Components of the Type A Patterns and Hostility", *Journal of Personality*, 55 (1987), pp. 211-235.
294. Kasl, S.V. and Cooper, C.L., *Stress and Health: Issues in Research Methodology*, Wiley, 1987.
295. Cooper, C.L., "Are Type A As Prone to Heart Attacks?", *The Psychologist*, January (1989), pp. 19-32.
296. *Ibid.*
297. Gill, J.J., Friedman, M., Ulmer, D., and Drews, F.R., "Reduction in Type A Behavior in Healthy Middle - Aged Military Officers", *American Heart Journal*, 110 (1985), pp. 503-14.
298. *Ibid.*
299. Davidson, M. J. and Cooper, C.L. (1981), *op.cit.*, pp.564-74.
300. Eysenck, H.J. and Fulkner, D., "The Components of Type A Behaviour and Its Genetic Determinants", *Journal of Personality and Individual Differences*, 4 (1983), pp. 499-505.
301. Wong, N.D. and Reading, A.E., "Personality Correlates of Type A Behaviour", *Journal of Personality and Individual Differences*, 11 (1989), pp. 991-6.
302. Deary, I.J. and Matthews, G., "Personality Traits are Alive and Well", *The Psychologist*, 6 (1993), pp. 299-311.
303. *Ibid.*
304. Eysenck, H.J. and Fulkner, D. (1983), *op. cit.*, pp.499-505.
305. Deary, I.J., MacLulich, A.M.J. and Mardon, J., "Reporting of Minor Physical Symptoms and Family Incidence of Hypertension and Heart Disease - Relationship with Personality and Type A Behaviour", *Journal of Personality and Individual Differences*, 12 (1991), pp. 747-51.
306. *Ibid.*
307. Friedman, H.S. and Booth - Kewley, S., "The Disease - Personality: A Meta - Analytic View of The Construct", *American Psychologist*, 42 (1987), pp. 539-53.
308. Suls, J. and Wan, C.K., "The Relationship Between Type
- سراسری استرس، دانشگاه علوم پزشکی ایران، بهمن ۱۳۷۱، ص ۶۷.
۲۶۲. عابدی، محمدرضا، «ایدمیولوژی اختلالات رفتاری و اختلال استرس پس از ضربه در دانش آموزان کلاسهای چهارم و پنجم بخش رحمت آباد رودبار، ناشی از زلزله گیلان»، دومین سمپوزیوم سراسری استرس، دانشگاه علوم پزشکی ایران، بهمن ۱۳۷۱، ص ۶۶.
263. Schottenfeld, R.S. and Cullen, M.R., "Recognition of occupation Induced post - Traumatic Stress Disorders", *Journal of Occupational Medicine* 28 (1986), pp. 365-9.
264. Farmer, R.D.T., O'Donnell, I. and Tranah, T., "Suiciden on the London Underground System", *International Journal of Epidemiology*, 20 (1991), pp. 707-11.
265. Farmer, R.D.T., O'Donnell, I. and Tranah, T., *Suicide on the London Underground and Its Effects on Train Drivers*, Department of public Health and Epidemiology, Charing Cross and Westminster Medical School, London, 1992.
266. Hartsough, D., "Stressors and Supports for Emergency Workers: The Emergency Organization Role", in National Institute of Mental Health, Ed., *Role Stressors and Supports for Emergency Workers*, Government Printing Office, Washington D.C., 1985, pp. 48-58.
267. Mitchell, J.T., "Healing The Helper", in National Institute of Mental Health, Ed., *Role Stressors*, Government Printing Office, Washington D.C., 1985, pp. 105-18.
268. Kroes, w., *Society's victim - the Policeman*, Thomas publishers, Springfield, IL., 1976.
269. Rippere, V. and Williams, R, Eds. *Wounded Healers: Mental Health Workers' Experiences of Depression*, Wiley, 1985.
270. Lipp, M.R., *The Bitter Pill: Doctors, Patients and Failed Expectations*, Harper & Row publishers, New York, 1980.
271. Rose, K.D. and Rosnow, I., "Physicians who Kill Themselves", *Archives of General psychiatry*, 29 (1973), pp. 800-5.
272. Dixon, P., Rehling, G. and Shiwack, R., "Peripheral Victims of the Herald of Free Enterprise Disaster", *British Journal of Medical Psychology* 66 (1993), pp. 193-202.
273. Spiegel, D. (1988) *op.cit.*
274. *Ibid.*
275. Kroll, J (1993), *op. cit.*
276. Eysenck, H.J., *Biological Basis of Personality*, Thomas publishers, Springfield, IL., 1967.
277. Jenkins, C.D., Rosenman, R.H. and Friedman, R., "Development of an Objective Psychological Test for the Determination of the Coronary Prone Behavior Pattern", *Journal of Chronic Diseases*, 20 (1967), pp. 371-379.
278. Friedman, M. and Rosenman, R.H., *Type A Behavior and Your Heart*, Fawcett Crest Publishers, New York, 1974.
۲۷۹. یلاچیک، روبرت، هیجانها: حقایق، نظریه‌ها و یک مدل جدید، ترجمه محمود رمضانزاده، مؤسسه چاپ و انتشارات آستان قدس رضوی، ۱۳۷۱، صص ۱۴۲-۱۴۷.
۲۸۰. مزلو، ابراهام، آج، انگیزش و شخصیت، ترجمه رضوانی، مؤسسه چاپ و انتشارات آستان قدس رضوی، ۱۳۷۲، صص ۲۴۸-۲۱۱-۳۶۹-۳۲۱.
۲۸۱. موسوی نسب، سید مسعود و پناهی متین، علی اصغر، روانپزشکی

London, 1987, pp. 141-57.

۳۳۲. اسداللهی، قربانعلی، و همکاران (۱۳۷۱) پیشین، ص ۲۱.
333. Watson, D., et al (1987), *op.cit.*, pp. 141-57.
334. Asford, S.J., Individual Strategies for Coping with Stress During Organizational Transitions", *Journal of Applied Behavioral Science*, 24 (1988), pp. 19-36.
335. Rotter, J.B., "Generalized Expectancies for Internal Versus External Control of Reinforcement", *Psychological Monographs*, 80 (1966).
336. Calnan, M., "The Health Locus of Control: An Empirical Test", *Journal of Health Promotion*, 2 (1988), pp.323-30.
337. Niven, N., *Health Psychology*, Churchill Livingstone Publishers, London, 1989.
338. Schank, M.J. and Lawrence, D.M., "Youn Adault Women: Lifestyle and Health Locus of Control", *Journal of Advanced Nursing*, 18 (1993), pp. 1235-41.
339. Rotter, J.B. (1966), *op.cit.*
340. *Ibid.*
341. Krause, N. and Stryker, S., "Stress and Well - Being: The Buffering Role of Locus of Control Beliefs", *Journal of Social Science and Medicine*, 18 (1984), pp. 783-90.
342. Parkes, K.R. (1984), *op.cit.*, pp. 655-68.
343. Folkman, S., "Personal Control and Stress and Coping Processes: A Theoretical Analysis", *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (1984), pp. 839-52.
344. Callan, V.J., "Individual and Organizational Strategies for Coping With Organizational Change", *Journal of Work and Stress*, 7 (1993), pp. 63-75.
345. Lau, R.R., "Origins of Health Locus of Control Beliefs", *Journal of Personality and Social Psychology*, 42 (1982), pp. 322-34.
346. Wallston, B.S. and Wallston, K.A., "Locus of Control and Health", *Health Education Monographs*, Spring (1978), pp. 107-15.
347. Krause, N. and Stryker, S. (1984), *op.cit.*, pp. 783-90.
۳۴۸. واعظی، سیداحمد، طاهری، علی محمد، «جانباز واسترس»، دومین سمپوزیوم سراسری استرس، دانشگاه علوم پزشکی ایران، بهمن ۱۳۷۱، صص ۹۴-۹۵.
۳۴۹. نوربالا، احمد، نریمانی، محمد، «بررسی استرس‌های دوران اسارت و شیوه‌های مقابله با آن در گروهی از آزادگان ایرانی»، دومین سمپوزیوم سراسری استرس، دانشگاه علوم پزشکی ایران، بهمن ۱۳۷۱، صص ۹۲.
۳۵۰. محزونی، مجید، «بررسی استرس‌سورهای دوران اسارت، شیوه‌های مقابله و ارزیابی کیفیت این شیوه‌ها در آزادگان ساکن شهر تهران»، دومین سمپوزیوم سراسری استرس، دانشگاه علوم پزشکی ایران، بهمن ۱۳۷۱، صص ۸۲.
۳۵۱. بینا، مهدی، «تسلیم به عنوان یک عامل مهم در مبارزه با استرس، مقاله چهارم از سری مقالات عرفان و روان‌پزشکی»، دومین سمپوزیوم سراسری استرس، دانشگاه علوم پزشکی ایران، بهمن ۱۳۷۱، صص ۳۴.
۳۵۲. مولوی، مولانا جلال‌الدین محمد، دیوان مثنوی معنوی، پیشین، جلد اول، صص ۳۸۴۰.
۳۵۳. همان، جلد اول، صص ۵۷.

354. Flekman, S. and Lazarus, R.S., 'An Analysis of Aging in a Middle Aged Community Sample', *Journal of Health and*

A Behaviour and Chronic Emotional Distress: A Meta - Analysis", *Journal of Personality and Social Psychology*, 57 (1989), pp. -12-503.

309. Stone, S.V. and Costa, P.T., "Disease - Prone Personality or Distress - Prone Personality?", In Friedman, H.S., Ed., *Personality and Disease*, Wiley, 1990, pp. 178-200.
310. Friedman, H.S., "Where is the Disease - Prone Personality?" In Friedman, H.S., Ed., *Personality and Disease*, Wiley, 1990.
311. Deary, I.J. and Matthews, G. (1993), *op.cit.*, pp. 299-311.
312. *Ibid.*
313. *Ibid.*
314. Friedman, H.S. and Booth - Kewley, S. (1987), *op.cit.*, pp. 53-539.
315. Suls, J. and Wan, C.K. (1989), *op.cit.*, pp. 12-503.
316. Watson, D. and Pennebaker, J.W., "Health Complaint, Stress and Distress", *Psychological Review*, 96 (1989), pp.54- 324.
317. Stone, S.V. and Costa, P.T. (1990), *op.cit.*, pp. 178- 200.
318. Eysenck, H.J. and Fulkner, D. (1983), *op.cit.*, pp.449-505.
319. Wong, N.D. and Reading, A.E. (1989), *op.cit.*, pp.991-6.
320. Friedman, H.S. (1990), *op.cit.*, pp.16- 32.
321. Deary, I.J., et al, *op.cit.*, (1991), pp. 747-51.
322. Deary, I.J. and Matthews, G. (1993), *op.cit.*, pp.299-311.
323. Ormel, J. and Wohlfarth, T., "How Neuroticism, Long Term Difficulties, and Life Situation Change Influence Psychological Distress: A Longitudinal Model", *Journal of Personality and Social psychology*, 60 (1991), pp.744-55.
324. Matthews, G., Dom, L. and Glendon, A.I., "Personality Correlates of Driver Stress", *Journal of Personality and Individual Differences*, 12 (1991), pp.551-6.
325. Mc Crae, R.R. and Costa, P.T. "The Structure of Interpersonal Traits: Wiggins's Circumplex and the Five Factor Model", *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (1986), pp. 586-95.
326. Endler, N.S. and Parker, J.D.A., "Multi - Dimensional Assessment of Coping: A Critical Evaluation", *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (1990), pp. 844-54.
327. Parkes, K.R., "Locus of Control, Cognitive Appraisal and Coping in Stressful Episodes", *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (1984), pp. 655-68.
328. Wistow, D.J., Wakefield, J. A. and Goldsmith, W.M., "The Relationship Between Personality, Health Symptoms and Disease", *Journal of Personality and Individual Differences*, 11 (1990), pp. 717-24.
329. Griffiths, R., "Personality, diet and Illness", Proceeding of the Annual Conference, Welsh Branch of The British Psychological Society, 24 April (1993), pp. 37-48.
330. Watson, D. and Clark, L.A., "Negative Affectivity: The Disposition to Experience Aversive Emotional States", *Psychological Bulletin*, 96 (1984), pp. 456-90.
331. Watson, D., Pennebaker, J.D. and Folger, R., "Beyond Negative Affectivity: Measuring Stress and Satisfaction in the Workplace", in Ivancevitch, J.M. and Ganster, D.C. Eds., *Job Stress: From Theory to Suggestion*, Haworth Publishers,

378. *Ibid.*
379. Bandura, A., "Self Efficacy: Towards a Unifying Theory of Behaviour Change", *Psychological Review*, 84 (1977), pp. 191-225.
380. Rosenbaum, M., "The Role of Learned Resourcefulness in Self - Control of Health Behaviour", in Rosenbaum, M., Ed., *Learned Resourcefulness: on Coping Skills, Self-Control and Adaptive Behaviour*, Springer, 1990, pp. 3-30.
381. Kanfer, F.H. and Gaelick - Buys, L., "Self - Management Methods" in Kanfer, F.H. and Goldstein, A.P., Eds., *Helping people change: A Text book of Methods*, Pergamon, 1991, pp. 305-60.
382. Bandura, A. (1977), *op.cit.*, pp. 191-225.
383. Rosenbaum, M. (1990), *op.cit.*, pp. 3-30.
384. Kanfer, F.H. and Gaelick-Buys, L. (1991), *op.cit.*, pp.305-60.
385. Rosenbaum, M., "The Three functions of Self - Control Behaviour: Redressive, Reformative and Experiential", *Work and Stress*, 7 (1993), pp. 33-46.
386. *Ibid.*
387. D'Zurilla, T.J., *Problem - Solving Therapy: a Social Competence Approach to Clinical Intervention*, Springer, 1986.
388. Rosenbaum, M. "A Schedule for Assessing Self - Control Behaviours: Preliminary Findings", *Journal of Behaviour Therapy*, 11 (1980), pp. 109-21.
389. Rosenbaum, M., "Learned Resourcefulness, Stress and Self-Regulation", in Fisher, S. and Reason, J., Eds., *Handbook of Life Stress, Cognition and Health*, Wiley, 1988, pp. 483-96.
390. Rosenbaum, M. (1990), *op.cit.*, pp.3-30.
391. Ellis, A., *Humanistic Psychotherapy: The Rational - Emotive Approach*, MC Graw-Hill, 1973.
392. Meichenbaum, D., *Cognitive - Behaviour Modification: An Integrative Approach*, Plenum Press, 1977.
393. Beck, A.T. and Emery, G., *Anxiety, Disorder and Phobias: A Cognitive Perspective*, Basic Books Publishers, New York, 1985.
394. Rosenbaum, M. (1993), *op.cit.*, pp. 33-46.
395. Rogers, C.R., *A Way of Being*, Houghton Mifflin Publishers, Boston, 1980.
396. Rosenbaum, M. (1993), *op.cit.*, pp. 33-46.
397. *Ibid.*
398. Chambers, D.L. and Gracely, E.J., "Fear of Feal and the Anxiety Disorders", *Journal of Cognitive Therapy and Research*, 13 (1989), pp. 19-20.
399. Karasek, R.A., "Job Demands, Job Decision Latitude and Mental Strain: Implications for Job Design", *Administrative Quarterly*, 24 (1979), pp. 285-309.
400. Karasek, R.A., "Lower Health Risk with Increased Job Control Among White - Collar Workers", *Journal of Organisational Behaviour*, 11 (1990), pp. 171-85.
401. *Ibid.*
402. *Ibid.*
403. *Ibid.*
404. Fisher, S., "Control and Blue-Collar Work", in Cooper,
- Social Behaviour*, 21 (1980), pp. 219-39.
355. Flokman, S., et al (1986), *op.cit.*, pp. 992-1003.
356. Billings, A. G. and Moos, R.H., "Coping, Stress, and Social Resources Among Adults with Unipolar Depression", *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (1984), pp. 877-91.
357. Terry, D., "Coping Resources and Situational Approaches as predictors of Coping Behaviour", *Journal of Personality and Individual Differences*, 12 (1991), pp.1031-47.
358. Callan, V.J. (1993), *op.cit.*, pp. 63-75.
359. Murphy, L.R. "Occupational Stress Management: A Review and Appraisal", *Journal of Occupational Psychology*, 57 (1984), pp. 1- 15.
360. Parasuraman, S. and Cleek, M.A., "Coping Behaviour and Managers, Affective Reactions to Role Stressors", *Journal of Vocational Behaviour*, 24 (1984), pp.179-93.
361. Burke, R. J. and Belcourt, M.L., "Managerial Role Stress and Coping Responses", *Journal of Business Administration*, 5 (1974), pp. 55-68.
362. *Ibid.*
363. Howard, J.H., Rechnitzer, R.A., and Cunningham, D.A., "Coping with Job Tension - Effective and Ineffective Methods", *Journal of Public Personnel Management*, 4(1975), pp. 317-26.
364. Cox, T. and Ferguson, E., "Individual Differences, Stress and Coping", in Cooper, C.L. and Payne, R., Eds., *Personality and Stress: individual Differences in the Stress Process*, Wiley, 1991.
365. Fleishman, J.A., "Personality Characteristics and Coping Patterns" *Journal of Health and Social Behaviour*, 25 (1984), pp. 229-44.
366. Koeske, G.F., Kirk, S.A. A and Koeske, R.D. "Coping with Job Stress: Which Strategies Work Best?", *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 66 (1993), pp. 319-35.
367. *Ibid.*
368. Folkman, S. and Lazarus, R.S. (1980), *op.cit.*, pp.219-39.
369. Glendon, A. I. and Glendon, S., "Stress in Ambulance Staff", in Lovesey, E.J. Ed., *Contemporary Ergonomics 1992: Ergonomics for Industry*, Taylor & Francis Publishers, London, 1992, pp. 174-80.
370. Freud, S., *The Psychopathology of Everyday Life*, Translated by Tyson, A., Penguin Books, 1975.
371. Dewe, P., et al (1993), *op.cit.*, pp.5-15.
372. *Ibid.*
373. Wilde, G.J.S., "The Theory of Risk Homeostasis: Implications for Safety and Health", *Journal of Risk Analysis*, 2 (1982), pp. 209-25.
374. Hoyes, T.W. and Glendon, A.L., "Risk Homeostasis: Issues for Future Research", *Journal of Safety Science*, 16 (1993), pp. 19-33.
375. Folkman, S. and Lazarus, R.S. (1988), *op.cit.*, pp.466-75.
376. Cox, T. and Ferguson, E. (1991), *op.cit.*, pp.7-30.
377. Karasek, R.A. and Theorell, T., *Health Work: Stress, Productivity and The Reconstruction of Working life*, Basic Books Publications, New York, 1992.

428. Cooper, C.L. (1986), *op.cit.*, pp. 325-31.
429. Levi, L. (1972), *op.cit.*, pp.11-27.
430. Cooper, C.L. and Marshall, J. (1976), *op.cit.*, pp.11-28.
431. Kiecolt - Glaser, J.K., et al (1987) *op.cit.*, pp.13-33.
432. Kiecolt - Glaser, J.K., et al (1988), *op.cit.*, pp. 213-29.
433. Jenkins, C.D., et al (1967), *op.cit.*, pp.371-379.
۴۳۴. بکائی، سعید، باغبانزاده، علی، طلاکش، فرزاد، «مکانیسم اثر استرس بر روی سیستم ایمنی بر اساس مطالعات سایکونور و ایمونولوژی و ایمونو آنالوگریولوژی»، دومین سمپوزیوم سراسری استرس، دانشگاه علوم پزشکی ایران، بهمن ۱۳۷۱، ص ۶۵.
۴۳۵. معماریان، حمیدرضا، معماریان، علیرضا، «ارزیابی نقش استرس در تسریع، عود و پیش آگهی سرطان»، دومین سمپوزیوم سراسری استرس، دانشگاه علوم پزشکی ایران، بهمن ۱۳۷۱، صص ۸۵-۸۶.
۴۳۶. هنجنی، محمدعلی (۱۳۷۰)، پیشین، صص ۵۵۵.
۴۳۷. نو، پیرولو، هنری (۱۳۷۱)، پیشین، صص ۱۴۱-۱۴۰.
۴۳۸. هنجنی، محمدعلی (۱۳۷۰)، پیشین، صص ۸۱۳.
۴۳۹. سومر، الیزابت، کلاسترول و تغذیه و بیماریهای قلب و عروق، ترجمه دکتر رحمتا... پاکدل، چاپ دیبا، ۱۳۷۲، صص ۲۲-۱۰.
۴۴۰. زومان، لنور، ار (۱۳۷۲)، پیشین، صص ۱۷-۱۲.
۴۴۱. هنجنی، محمدعلی (۱۳۷۰)، پیشین، ص ۵.
۴۴۲. همان، صص ۲۳-۲۰، ۱۲-۱۰، ۲۳-۲۷، ۳۷-۳۰.
۴۴۳. سومر، الیزابت (۱۳۷۲)، پیشین، صص ۲۰-۳۵، ۶۸-۶۹.
۴۴۴. هنجنی، محمدعلی (۱۳۷۰)، پیشین، ص ۳۰، ۲۵.
۴۴۵. لو، پیرولو، هنری (۱۳۷۱)، پیشین، صص ۱۴۷، ۲۱۶.
۴۴۶. هنجنی، محمدعلی (۱۳۷۰)، پیشین، صص ۲۳-۲۹.
۴۴۷. سومر، الیزابت (۱۳۷۲)، پیشین، صص ۶۸-۶۹.
۴۴۸. هنجنی، محمدعلی (۱۳۷۰)، پیشین، صص ۱۸۲۲.
۴۴۹. ربرگ، آلن و گاتا، نورژان، ریتمهای زیست‌شناسی، ترجمه غلامرضا افشاری نادری، شرکت انتشارات علمی و فرهنگی، ۱۳۷۰، صص ۱۲۵-۱۲۶.
۴۵۰. هنجنی، محمدعلی (۱۳۷۰)، پیشین، صص ۴۵-۴۶.
۴۵۱. سومر، الیزابت (۱۳۷۲)، پیشین، صص ۱۲-۱۱.
452. Foot, T., "Stress Management", *Management Services*, 34 9 (1990), pp.12-14.
453. Davidson, R.J., "Anterior Cerebral Symmetry and the Nature of Emotion", *Journal of Brain and Cognition*, 20 (1992), pp. 125-51.
454. Jones, N.A. and Fox, N.A., "EEG Asymmetry During Emotional, Ev ssive Films and its Relation to Positive and Negative Affectivity", *Journal of Brain and Cognition*, 20 (1992), pp. 280-99.
455. Nash, W., "Stress Management and Coronary Rehabilitation-Are Soft Strategies Effective?" *Proceedings of college of Cccupational Therapists' Conference*, London, May 1992, pp. 10-13.
456. *Ibid.*
457. Kiecolt - Glaser, J.K., et al (1987), *op.cit.*, pp.13-33.
458. Ornish, D., Brown, S.E., Scherwitz, L.W., Billings, J.H., Armstrong, W.T., Ports, T.A., Mclanahan, S.M., Kirkeeide, R.L., Brand, R.J. and Gould, K.L., "Can Lifestyle Changes Reverse Coronary Heart Disease? The Lifestyle Heart Trial",

- C.L. and Smith, M.J., *Job Stress and Blue-Collar Work*, Wiley, 1985, pp. 19-48.
405. *Ibid.*
406. Siergrist, J., Peter, R. Junge, A., Crener, P. and Seidel, D., "Low Status, Control, High Effort at Work and Ischaemic Heart Disease: Prospective Evidence from Blue-Collar Men", *Journal of Social Science and Medicine*, 31 (1990), pp. 1127-34.
۴۰۷. برای آشنایی با ورزشهای هوازی (Aerobic)، پویا و استفامتی و نیز روشها و انواع آنها می‌توان به این منبع مراجعه کرد:
- زومان، لنور، ار، نقش ورزش در کارآیی قلب، ترجمه امیر سبکتکین و دکتر حجتا... نیکیخت، مؤسسه چاپ و انتشارات آستان قدس رضوی، ۱۳۷۲، صص ۲۴-۶۰.
408. Long, B.C. and Flood, K.R., "Coping with Work Stress: Psychological Benefits of Exercise", *Journal of Work and Stress*, 7 (1993), pp. 109-19.
409. Steffy, B.D., Jones, J.W. and Noe, A.W., "The Impact of Health Habits and Lifestyle on the Stress-Strain Relationship: An Evaluation of Three Industries", *Journal of Occupational Psychology*, 63 (1990), pp. 217-29.
410. Long, B.C. and Flood, K.R. (1993), *op.cit.*, pp.109-19.
411. *Ibid.*
۴۱۲. احمدی، جمشید، سماوات، فروزنده و صیاد، مرضیه، «بررسی تأثیر ورزش بر میزان استرسی ویرانگر به نام افسردگی»، دومین سمپوزیوم سراسری استرس، دانشگاه علوم پزشکی ایران، بهمن ۱۳۷۱، ص ۱۹.
413. van Doornen, L.J.P. and de Geus, E. J.C., "Stress, Physical Activity and Coronary Heart Disease", *Journal of Work and Stress*, 7 (1993), pp. 121-39.
414. Long, B.C. and Flood, K.R. (1993), *op.cit.*, pp. 109-19.
415. Powell, K.E., Thompson, P.D., Caspersen, C.J. and Kendrick, J.S., "Physical Activity and the Incidence of Coronary Heart Disease", *Annual Review of Public Health*, 8 (1987), pp. 253-87.
416. van Doornen, L.J.P. and de Geus, E.J.C. (1993), *op.cit.*, pp. 121-39.
۴۱۷. هنجنی، محمدعلی (۱۳۷۰)، پیشین، صص ۴۷-۴۸.
۴۱۸. لو، پیرولو، هنری، استرس دایمی، ترجمه دکتر عباس قریب، انتشارات درخشش، ۱۳۷۱، صص ۲۱۷-۵۳.
۴۱۹. همان، ص ۵۳، ۱۹۰.
۴۲۰. زومان، لنور، ار (۱۳۷۲)، پیشین، صص ۶۰-۲۴.
۴۲۱. بیرشک، بهروز، «بیماریهای وابسته به استرس و راههای درمانی آن- ورزش و جوانان»، دومین سمپوزیوم سراسری استرس، دانشگاه علوم پزشکی ایران، بهمن ۱۳۷۱، ص ۳۳.
۴۲۲. هنجنی، محمدعلی (۱۳۷۰)، پیشین، صص ۴۷-۴۸.
۴۲۳. همان، ص ۴۸.
۴۲۴. زومان، لنور، ار (۱۳۷۲)، پیشین، صص ۴۰-۳۹.
425. Kleinke, C.L., "Two Models for Conceptualizing the Attitude - Behaviour Relationship", *Journal of Human Relations*, 37,4 (1984), pp. 333-50.
426. Cohen, S., et al (1991), *op.cit.*, pp. 606-12.
427. Finch, D.P. and Marshall, J. (1983), *op.cit.* (1983) pp.77-

- Stress Reduction", in Cooper, C.L. and Smith, M.J., Eds., **Job Stress and Blue Collar Work**, Wiley 1985, pp. 207-24.
492. *Ibid.*
493. Burke, R.J. and Belcourt, M.L., "Managerial Role Stress and Coping Responses", **Journal of Business Administration**, 5(1974), pp. 55-68.
494. Belle, D., "The Stress of Caring: Women As Providers of Social Support", in Goldberger, L. and Brezintz, S., Eds., **Handbook of Stress**, Free Press, New York, 1982.
495. Oprea, C., "The Effect of Social Support On Reactions to Role Ambiguity and Conflict: A Study of Black and White Clerks in South Africa", **Journal of Cross - Cultural Psychology**, 13 (1982), pp. 375-84.
496. Alcalay, R. and Pasick, R.J., "Psychological Factors and the Technologies of Work", **Social Science and Medicine**, 17 (1983), pp. 1075-84.
497. Cassel, J., "The Use of Medical Records: Opportunity for Epidemiological Studies", **Journal of Occupational Medicine**, 5 (1963), pp. 185-190.
498. Matsumoto, Y.S., "Social Stress and Coronary Heart Disease in Japan: A Hypothesis", **Millbank Memorial Fund Quarterly**, 48 (1970), pp. 9-36.
499. Jayaratne, S. and Chess, W.A., "The Effects of Emotional Support on Perceived Job Stress and Strain", **The Journal of Applied Behavioural Science**, 20 (1984), pp.141-53.
500. Cobb, S., "Social Support as a Moderator of Life Stress", **Psychosomatic Medicine**, 38 (1976), pp. 300-14.
501. Crouter, A.C., "Participative Work as an Influence on Human Development", **Journal of Applied Developmental Psychology**, 5 (1984), pp. 71-90.
502. *Ibid.*
503. Williams, D.R. and House, J.S. (1985), *op.cit.*, pp.207-24.
504. Cooper, C.L. (1981), *op.cit.*, pp. 285-97.
505. Callan, V.J. (1993), *op. cit.*, pp. 63-75.
506. *Ibid.*
507. Hackman, J. R. and Oldham, G.R., **Work Redesign**, Addison - Wesley, 1980.
508. Ivancevich, J.M., Matteson, M.T., Freedman, S.M. and Philips, J.S., "Worksite Stress Management Interventions", **American Psychologist**, 45 (1990), pp. 252-61.
509. Burke, R.J. (1993), *op.cit.*, pp. 77-87.
510. *Ibid.*
511. Berridge, J. and Cooper, C.L., "Stress and Coping in U.S. Organizations: The Role of The Employee Assistance Programme", **Journal of Work and Stress**, 7 (1993), pp.89-102.
512. Feldman, S., "Today's EAPs (Employee Assistance Programmes) Make the Grade", **Personnel**, 68 (1991), pp.3-40.
513. Shapiro, D.A., Chessman, M. and Wall, T.D., "Secondary Prevention - Review of Counselling and EAPs", in Jenkins, R. and Warman, D., Eds., **Promoting Mental Health Policies in the Workplace**, HMSO, London, 1993, pp. 86-102.
514. Xie, J.L. and Johns, G., "Job Scope and Stress: Can Job Scope Be Too High?", **Academy of Management Journal**, 5, 38 (1995), pp. 1288-1309.
515. Spreitzer, G.M., "Psychological Empowerment in the Workplace: Dimensions, Measurement, and Validation", **Academy of Management Journal**, 5, 38 (1995), pp. 1442-1465.
- The Lancet**, 336 (1990), pp. 129-33.
549. Callan, V.J. (1998), *op.cit.*, pp. 63-75.
540. *Ibid.*
541. Jee, M. and Reason, E. (1988), *op.cit.*
542. *Ibid.*
543. Quick, J.C. and Quick, J.D., **Organizational Stress and Preventive Management**, MC Graw-Hill, 1984.
544. *Ibid.*
545. Hackman, R.J. and Suttle, J.L., Eds., **Improving Life at Work: Behavioral Science Approaches to Organizational Change**, Goodyear, Santa Monica, Ca, 1977.
546. Manuso, J.S.J., "Stress Management and Behavioral Medicine: A Corporate Model" in O'Donnell, M. and Ainsworth, T., Eds., **Health Promotion in the Workplace**, Wiley, 1982.
547. Cooper, C.L. (1986), *op.cit.*, pp. 325-31.
548. *Ibid.*
549. *Ibid.*
570. Murphy, L.R. (1984), *op.cit.*, pp.1-15.
571. *Ibid.*
572. Cooper, C.L. (1986), *op.cit.*, pp. 325-31.
573. *Ibid.*
574. *Ibid.*
575. Ganster, D.C., Mayes, B.T., Sime, W. E. and Tharp, G.D., "Managing Occupational Stress: A field Experiment", **Journal of Applied Psychology**, 67 (1982), pp.533-42.
576. *Ibid.*
577. Murphy, L.R., "Individual Coping Strategies", in Cooper, C.L., and Smith, M.J., Eds., **Job Stress and Blue Collar Work**, Wiley, 1985, pp. 225-39.
578. Murphy, L.R. (1984), *op. cit.*, pp.1-15.
579. Ashton, D. **The Corporate Healthcare Revolution**, Kogan Page and Institute of Personnel Management London, 1990.
580. Jenkins, R. and Warman, D., Eds, **Promoting Mental Health Policies in the Workplace**, HMSO, London, 1993.
581. Summers, D. (7.12. 1990), *op.cit.*
582. Sutherland, V. J. and Davidson, M.J. "Using a Stress Audit: The Construction Site Manager Experience in the U.K.", **Journal of Work and Stress**, 7 (1993), pp.273- 86.
583. Summers, D., "Testing for Stress in the Workplace: Continued", **The Financial Times**, 8.12. 1990.
584. Cooper, C.L. (1986), *op.cit.*, pp. 325-31.
585. House, J.S. and Kahn, R.L. "Measures and Concepts of Social Support", in Cohen, S. and Syme, L., Eds., **Social Support and Health**, Academic Press, 1985.
586. Rodin, J. and Salovy, P., "Health Psychology", **Annual Review of Psychology**, 40 (1989), pp. 533-79.
587. Billings, A. G. and Moos, R.H., "Coping, Stress, and Social Resources Among Adults with Unipolar Depression", **Journal of Personality and Social Psychology**, 46 (1984), pp. 877-91.
588. Holohan, C.J. and Moos, R.H., "Personal and Contextual Determinants of Coping Strategies", **Journal of Personality and Social psychology**, 51 (1987), pp. 389-95.
589. Callan, V.J. (1993), *op.cit.*, pp. 63-75.
590. Veiel, H.O.F. and Baumann, U., Eds., **The Meaning and Measurement of Social Support**, Hemisphere, London, 1992.
591. Williams D.R. and House, J.S., "Social Support and