



سخت رویی: ساختار «وجودی» شخصیت

نویسنده: قربانی، نیما

روانشناسی :: پژوهش‌های روانشناختی :: زمستان 1374 - شماره 6 (علمی-پژوهشی)
از 76 تا 92

آدرس ثابت : <http://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/43063>

دانلود شده توسط : فاطمه ربیعی

تاریخ دانلود : 1393/07/28 09:30:55

مرکز تحقیقات کامپیوتری علوم اسلامی (نور) جهت ارائه مجلات عرضه شده در پایگاه، مجوز لازم را از صاحبان مجلات، دریافت نموده است، بر این اساس همه حقوق مادی برآمده از ورود اطلاعات مقالات، مجلات و تألیفات موجود در پایگاه، متعلق به "مرکز نور" می باشد. بنابر این، هرگونه نشر و عرضه مقالات در قالب نوشتار و تصویر به صورت کاغذی و مانند آن، یا به صورت دیجیتالی که حاصل و بر گرفته از این پایگاه باشد، نیازمند کسب مجوز لازم، از صاحبان مجلات و مرکز تحقیقات کامپیوتری علوم اسلامی (نور) می باشد و تخلف از آن موجب پیگرد قانونی است. به منظور کسب اطلاعات بیشتر به صفحه [قوانین و مقررات](#) استفاده از پایگاه مجلات تخصصی نور مراجعه فرمائید.



پایگاه مجلات تخصصی نور

سخت‌رویی* : ساختار «وجودی» شخصیت

Hardiness: The Existential Construct of Personality

Nima Ghorbani

M.A. in Psychology

Tarbiat Modarres University

نیما قربانی

کارشناس ارشد روان‌شناسی

دانشگاه تربیت مدرس

Abstract: Many studies concerning the moderating effect of personality traits in stress-illness relationship focus on hardiness (with commitment, control, and challenge components). Initial retrospective and prospective studies in hardiness show the main effect of this construct on prevention of diseases. Following these researches, many studies have investigated: the role of this construct on prevention of illness in different samples, how it interacts with other effective factors in health and illness (physical exercises, social support, etc.), its resistance mechanisms against stress, its relationship with other personality constructs, its physiological correlates, and the role of hardiness beyond health and illness. In this article, these studies and also measuring method of hardiness have been reviewed. The

چکیده: در زمینه نقش تعدیل‌کننده‌رگه‌های شخصیتی در ارتباط بین استرس و بیماری، مطالعات بسیاری به ساختار سخت‌رویی (با مؤلفه‌های تعهد، کنترل، و مبارزه‌جویی) توجه کرده‌اند. مطالعات گذشته‌نگر و آینده‌نگر اولیه‌ای که در مورد این سازه صورت گرفته است، نشان می‌دهند که در شرایط پُراسترس، سخت‌رویی در جلوگیری از بروز بیماری‌ها نقشی اساسی دارد. سپس، مطالعات بسیاری به بررسی نقش سخت‌رویی در نمونه‌هایی با مشخصه‌های مختلف؛ چگونگی تعامل این سازه با دیگر عوامل مؤثر در بیماری و سلامتی (همچون تمرینات ورزشی و حمایت اجتماعی)؛ چگونگی مکانیزم‌های مقاومت سخت‌رویی در برابر استرس؛ ارتباط سخت‌رویی با دیگر سازه‌های شخصیتی؛ عوامل فیزیولوژیک همبسته با این سازه؛ و نقش سخت‌رویی در فراسوی سلامتی و بیماری پرداخته‌اند.

در این مقاله، این پژوهش‌ها و شیوه‌های سنجش سخت‌رویی مورد بازمی‌نگار، نقد و بررسی قرار گرفته‌اند.

* در مورد ترجمه Hardiness ذکر این نکته ضروری است که واژه «سخت‌رویی» در مثنوی جلال‌الدین محمد بلخی به معنای «مقاومت»، «صابر بودن»، و «مبارزه‌جویی» مطرح شده است که با اصل اصطلاح، پیامدها، و مؤلفه‌هایش کاملاً تطبیق می‌کند.

چون نباشم سخت‌رو؟ پشت من اوست
سخت‌رو باشم نه بیم او را نه شرم
گشت رویش خصم سوز و پرده در
یکسواره کسوفت بر جیش شهبان
یک تنه تنها بسزد بسر عالمی
او ترسید از جهان پسر کلخوخ
سنگ از صنع خدایی سخت‌شد

چون بدزدم؟ چون حقیقت مخزن اوست
هر که از خورشید باشد پشت گرم
همچو روی آفتاب بی‌حسدر
هر پیغمبر سخت‌رو شد در جهان
رونگردانید از ترس و غمی
سنگ باشد سخت‌رو و چشم شوخ
کان کلخوخ از خشت زن یک لخت شد

مثنوی دکتر استعلامی، دفتر سوم: ۴۱۴۱-۴۱۴۲، ۴۱۴۴-۴۱۴۷

hardiness research and the studies which emphasize the role of psychological factors on disease, and mind-body interconnection have consequences such as extending the concept of psych-somatic disorders, changing the interrelation of psychology and medicine, increasing the relativity of medical science findings, and integration of bodily and mental hygiene. All of these consequences have been discussed as well.

همچنین، مطالعات سخت رویی و کلاً پژوهشهایی که بسر درهم تنیدگی جسم و ذهن و نقش عوامل روان شناختی در بیماریهای جسمانی تأکید کرده اند، پیامدهایی چون وسیع تر شدن گستره مفهوم بیماریهای روان - تنی، تغییر ارتباط بین روان شناسی و پزشکی، نسبت بیشتر یافته های علوم پزشکی، و یکپارچگی بهداشت روانی و جسمانی را به همراه خواهند داشت که این موارد نیز مورد بحث قرار گرفته اند.

پژوهشهای بسیاری در طول سالهای گذشته نشان داده اند که رویدادهای استرس زا در ظهور بیماریهای جسمی و ذهنی مؤثر هستند (کوباسا^۱، ۱۹۷۹، هولم و راهه^۲، ۱۹۷۶). امروزه اکثر محققان نقش استرس را به عنوان عاملی در برانگیختگی فیزیولوژیک مکرر و طولانی که به بروز بیماریها منجر می شوند، تأیید می کنند (فریدمن و بوت - کولی^۳، ۱۹۸۷). در دهه های اخیر در مجلات عمومی برای اندازه گیری استرس، پرسشنامه هایی منتشر می شود و به خوانندگانی که در این پرسشنامه ها نمره بالایی کسب می کنند، اخطار می شود که اگر مایلند بیمار نشوند، بهتر است که از رویارویی با موقعیتهای استرس زا اجتناب کنند. اما از طرفی، تغییر شرایط زندگی به عنوان یک رویداد استرس زا، معمولاً به طور بالقوه با فرصت بیشتر برای داشتن یک زندگی بهتر همخوان است (کوباسا، ۱۹۷۹). فردی که در یک جامعه مدرن زندگی می کند، با اجتناب از بسیاری از «تغییرات زندگی» که استرس زا هستند، ممکن است فرصت داشتن یک زندگی باورتر را از دست بدهد (کوباسا، ۱۹۷۹). بنابراین، توصیه صرف به اجتناب از استرس در بسیاری از موقعیتهای ممکن است به رکود زندگی فرد منجر شود.

در عین حال، در مطالعاتی که ارتباط بین استرس و بیماری را بررسی کرده اند، دامنه همبستگیها بسیار گسترده بوده است (کوباسا، ۱۹۷۹). در برخی از این مطالعات، ارتباط بسیار بالایی بین استرس و بیماری مشاهده شده است و در برخی دیگر نیز این همبستگیها، در عین معنادار بودن چندان قوی نبوده است (کوباسا، ۱۹۷۹). چنین دامنه گسترده ای در این همبستگیها، بر وجود متغیرهای تعدیل کننده و تفاوتهای فردی در ارتباط بین استرس و بیماری دلالت می کند. به عبارتی دیگر، افرادی وجود دارند که در عین حالی که در شرایط پُراسترسی قرار دارند، بیمار نمی شوند. حال، سؤال اینجاست که چه متغیرهایی در این ارتباط نقشی تعدیل کننده دارند؟ آیا افرادی که در شرایط پُراسترس سالم می مانند ساختار ژنتیکی و جسمانی قوی تری دارند؟ آیا از درآمد و تحصیلات بیشتری برخوردارند؟ آیا از حمایتهای اجتماعی بیشتری بهره می برند؟ آیا به ورزش می پردازند و رژیم غذایی مناسبی را رعایت می کنند؟ و آیا شخصیت متمایزی دارند که درک، تفسیر و مقابله آنها را با استرس تحت تأثیر قرار می دهد.

کوباسا (۱۹۷۹) از اولین محققانی بود که در میان متغیرهای تعدیل کننده ارتباط بین استرس و بیماری، ویژگیهای شخصیتی را مورد توجه قرار داد. وی در اولین مطالعه خود، این فرضیه را بررسی کرد که اشخاصی که درجه بالایی از استرس را بدون بیماری تجربه می کنند، ساختار

1- Kobasa

2- Holmes & Rahe

3- Friedman & Booth-Kewley

شخصیتی ای متفاوت از افرادی که در شرایط استرس زا بیمار می شوند، دارند. کویاسا در این مطالعه (۱۹۷۹) نشان داد که این تمایز شخصیتی در ساختاری با نام «سخت رویی» منعکس است.

وی با استفاده از تئوریهای اگزستانسیالیستی در شخصیت، سخت رویی را ترکیبی از باورها درمورد خویش و جهان تعریف می کند که از سه مؤلفه تعهد^۱، کنترل^۲ و مبارزه جویی^۳ تشکیل شده است (کویاسا، ۱۹۸۸). شخصی که از تعهد بالایی (نقطه مقابل بیگانگی^۴) برخوردار است به اهمیت، ارزش و معنای اینکه چه کسی هست و چه فعالیتهایی انجام می دهد باور دارد، و بر همین مبنا قادر است درمورد هرآنچه که انجام می دهد، معنایی بیابد و کنجکاوی خود را برانگیزد. این اشخاص با بسیاری از جنبه های زندگیشان همچون: شغل، خانواده، روابط بین فردی کاملاً درآمیخته می شوند. افرادی که در مؤلفه کنترل (نقطه مقابل ناتوانی^۵) قوی هستند رویدادهای زندگی را قابل پیش بینی و کنترل می دانند، و بر این باورند که قادرند با تلاش آنچه را که در اطرافشان رخ می دهد تحت تأثیر قرار دهند. چنین اشخاصی برای حل مشکلات، به مسئولیت خود، پیش از اعمال و یا اشتباهات دیگران تأکید می کنند. مبارزه جویی (نقطه مقابل احساس خطر یا ترس^۶) نیز باور به این امر است که تغییر، و نه ثبات و امنیت، جنبه طبیعی زندگیست. اشخاصی که مبارزه جویی بالایی دارند، موقعیتهای مثبت و یا منفی را که به سازگاری مجدد نیاز دارند، فرصتی برای یادگیری و رشد بیشتر می دانند تا تهدیدی برای امنیت و آسایش خویش. چنین باویری انعطاف پذیری شناختی، و قدرت تحمل رویدادها و موقعیتهای مبهم و ناراحت کننده زندگی را به همراه دارد (کویاسا، ۱۹۸۸ و مدی^۷، ۱۹۹۰)*. سخت رویی چیزی فراتر از جمع سه مؤلفه تعهد، کنترل و مبارزه جویی است. کویاسا و همکارانش (۱۹۸۱) اظهار می دارند که انعطاف پذیری روان شناختی افراد سخت رو، صرفاً از تأثیر انفرادی این مؤلفه ها سرچشمه نمی گیرد، بلکه ناشی از شیوه مقابله ای خاصی است که با ترکیب پویای این سه مؤلفه همخوان است (پارکر و رندال^۸، ۱۹۸۸). درواقع، سخت رویی ساختار واحدی است که از عمل یکپارچه و هماهنگ این سه مؤلفه مرتبط با هم سرچشمه می گیرد (کویاسا، ۱۹۸۸).

در اولین مطالعه کویاسا (۱۹۷۹)، ۳۰۰ آزمودنی که پستهای مدیریت و سرپرستی داشتند، پرسشنامه هایی را تکمیل کردند که در آنها موارد زیر ارزیابی می شد: (۱) رویدادهای استرس زای زندگی در طول چند سال گذشته، (۲) بیماریهایی که فرد به آن دچار شده، و (۳) ویژگی سخت رویی. نتایج این پژوهش نشان داد، در مقایسه با آن دسته از مدیرانی که در شرایط پُراسترس به بیماریهای مختلف دچار شده بودند (مدیران آسیب پذیر در برابر استرس)، و آن دسته از مدیرانی که در شرایط پُراسترس سالم باقی مانده بودند، سخت رویی تفاوتی معنا دار دارد. به عبارتی دیگر، مدیرانی که در مؤلفه های تعهد، کنترل و مبارزه جویی قوی تر بودند، در شرایط

1- commitment

2- control

3- challenge

4- alienation

5- powerlessness

6- threat

7- Maddi

8- Parker & Rendall

• همان گونه که مشخص است، سخت رویی از مفاهیمی چون: داشتن هدف و معنا در زندگی، ارزشمند بودن زندگی مشتاقانه و پرشور، قدرت و مسئولیت ناشی از اختیار و آزادی فردی، اهمیت تجربه ذهنی، و نقش مؤثر فرد فرد افراد در ساختن جامعه ریشه می گیرد که در تئوریهای اگزستانسیالیستی شخصیت تأکید زیادی به آنها شده است.

پُر استرس نیز بیمار نشدند.

باتوجه به اینکه مطالعه اخیر، یک مطالعه گذشته نگر^۱ بود، برای بررسی نقش علی سخت رویی در جلوگیری از بیماریها، انجام پژوهشی آینده نگر^۲ در این زمینه کاملاً ضروری بود. بر این اساس کوباسا، مدی و کاهن^۳ (۱۹۸۲) در یک مطالعه آینده نگر، همان ۳۰۰ مدیر را به مدت دو سال مورد پیگیری قرار دادند. هدف آنها در این مطالعه، بررسی پراش^۴ حاصل از سخت روی و رویدادهای استرس زا در میزان سلامت و بیماری مدیران بود؛ این بررسی بر مبنای داده هایی که این محققان در مورد میزان سخت رویی، استرس، و سلامتی مدیران در مطالعه قبلی داشتند، صورت گرفت. با استفاده از تکنیک تحلیل کوواریانس، اثر سخت رویی و رویدادهای استرس زا بر بیماری، در حالی که اثر آنها در بیماریهایی که آزمودنیها قبلاً داشتند، کنترل می شد، مورد مطالعه قرار گرفت. نتایج نشان داد که حتی وقتی تأثیر سخت رویی و رویدادهای استرس زا در بیماریهای قبلی آزمودنیها کنترل می شود، سخت رویی در کاهش خطر ابتلاء به بیماری، و رویدادهای استرس زا در افزایش این خطر نقش دارند. در این مطالعه مشخص شد مدیران سخت رو، حتی با میزان بالایی از استرس، کاملاً سالم باقی می مانند.

سخت رویی و دیگر منابع مقاومت در برابر استرس

پس از مطالعات ذکر شده، کوباسا و همکارانش به بررسی مقایسه ای سخت رویی و دیگر منابع مقاومت در برابر استرس (همچون زمینه سرشتی، حمایت اجتماعی، ورزش) پرداختند. هدف از این مطالعات، تعیین پاسخ به این مسئله بود که آیا اثر سخت رویی در کاهش بیماریها متمایز از اثر منابع دیگر مقاومت در برابر استرس است، و نیز آیا اثر تعاملی بین این سازه و دیگر منابع مقاومت در برابر استرس وجود دارد یا خیر. در این سری از مطالعات که روی مدیران صورت گرفت، اثر سخت رویی با تاریخچه پزشکی خانوادگی فرد (کوباسا، مدی و کورینگتون^۵، ۱۹۸۱؛ به نقل از کوباسا، ۱۹۸۸)، انجام منظم تمرینات ورزشی (کوباسا، مدی و پیوکستی^۶، ۱۹۸۲؛ به نقل از کوباسا، ۱۹۸۸) و حمایت اجتماعی (کوباسا و پیوکستی، ۱۹۸۲) مقایسه شد.

نتایج این پژوهشها نشان داد که اثر سخت رویی در کاهش بیماریها، از این سه منبع مقاومت در برابر استرس متمایز است. همچنین این مطالعات مستقل بودن اثر سخت رویی را از وقوع رویدادهای استرس زای زندگی (کوباسا و همکاران، ۱۹۸۲؛ به نقل از اوپلتی^۷، ۱۹۹۲) و متغیرهای جمعیت شناختی ای چون سن، تحصیلات، مذهب، وضعیت تأهل و سطح شغلی (کوباسا، ۱۹۷۹؛ کوباسا و همکاران، ۱۹۸۱ و ۱۹۸۲؛ به نقل از اوپلتی، ۱۹۹۲) نشان داده اند. در این پژوهشها، تمرینات ورزشی در افزایش سلامتی مؤثر بودند، اما این اثر از نقشی که سخت رویی در استرس و بیماری دارد، متمایز است. با این حال، مدیرانی که هم در سازه سخت رویی و هم در انجام منظم تمرینات ورزشی نمره بالایی داشتند، مقاومت بیشتری

1- retrospective

2- prospective

3- Kahn

4- variation

5- Courington

6- Puccetti

7- Ouellette

را در برابر استرس، نسبت به مدیرانی که تنها در یکی از این دو عامل نمره بالا داشتند، نشان دادند (کوباسا و همکاران، ۱۹۸۲). چنین نتیجه ای نیز در مورد اثر سخت رویی و حمایت اجتماعی در محل کار مشاهده شد. این دو عامل نیز مستقل از هم عمل می کنند و بالا بودن هر دو آنها اثر بیشتری در مقاومت افراد در شرایط پراسترس دارد (کوباسا و پیوکستی، ۱۹۸۲). اما نتایج به دست آمده، در مورد سخت رویی و حمایت اجتماعی خانواده پیچیده هستند. کوباسا و پیوکستی (۱۹۸۲) نشان دادند که در شرایط پراسترس محیط کار، حمایت اجتماعی خانواده در افرادی که سخت رو نیستند، باعث بروز بیماریهای بیشتری به نسبت گروههای دیگر می گردد، ولی تنها در افراد سخت رو باعث مقاومت بیشتر در برابر بیماریها می شود.

کوباسا و پیوکستی (۱۹۸۲) در تبیین این یافته اظهار می دارند، وقتی که یک مدیر در اثر تغییراتی که در کار و شغلش داشته است، احساس ناتوانی (نقطه مقابل کنترل)، بیگانگی (نقطه مقابل تعهد)، و ترس (نقطه مقابل مبارزه جویی) می کند، حمایت خانواده به عنوان ابزاری برای فرار از مشکل، به جای مقابله با آن عمل می کند. بنابراین، ممکن است حمایت اجتماعی برای برخی افراد، و در برخی شرایط پیامدهای منفی ای داشته باشد (کوباسا، ۱۹۸۸).

جامع ترین مطالعه کوباسا، مدی، پیوکستی و زولا^۱ (۱۹۸۵؛ به نقل از مدی، ۱۹۹۰) در مورد مقایسه اثر تمرینات ورزشی، حمایت اجتماعی، و سخت رویی در مدیرانی که رویدادهای استرس زای آنها بالاتر از میانگین بوده است، نشان می دهد که وجود این منابع مقاومت در برابر استرس، با کاهش نظام دار و چشمگیر احتمال بروز بیماریهای جدی همراه است. احتمال بروز این بیماریها، همزمان با افزایش این منابع مقاومت کاهش می یابد و در سالهای بعدی نیز حفظ می شود. علاوه بر این، اگرچه تمرینات ورزشی و حمایت اجتماعی، اثر حمایت کننده تقریباً مشابهی در مقابل بیماریها دارند، اما اثر سخت رویی در این مورد، دو برابر، بیش از اثر هر یک از این دو منبع مقاومت است. در این مطالعه مشخص شد که اثر قوی تر سخت رویی به نسبت تمرینات ورزشی و حمایت اجتماعی، در کاهش بیماریها در سالهای بعدی نیز به طور پایدار باقی می ماند. مدی (۱۹۹۰) در تبیین این امر اظهار می دارد که تمرینات ورزشی باعث محدود شدن آسیب پذیری بدن می شوند، اما بر میزان استرس اثری ندارند. همچنین، حمایت اجتماعی نیز طبیعتی ناپایدار و بیرونی دارد. اما در مقایسه با این دو، سخت رویی هم بر کاهش استرس که علت اصلی آسیب پذیری است اثر مستقیمی دارد، و هم بدین علت که سیستمی از باورهای درونی است، به طور نسبی پایدار است.

مکانیزمهای مداخلاتی سخت رویی در ارتباط بین استرس و بیماری

اثر مستقیم سخت رویی در افزایش مقاومت، و تمایز آن از دیگر منابع مقاومت در برابر استرس، این سؤال را طرح می کند که سخت رویی از طریق چه مکانیزمی در ارتباط بین استرس و آسیب دیدگی مداخله می کند؟ در پاسخ به این مسئله، شیوه ارزیابی رویدادها، و روشهای

مقابله ای افراد سخت رو در مطالعات مختلف مورد توجه قرار گرفت. رودوالث و آگوستس دوتیر^۱ (۱۹۸۴) و رودوالث و زون^۲ (۱۹۸۹)؛ به نقل از وایب و ویلیامز^۳، (۱۹۹۲) نشان دادند، افراد با سخت رویی بالا در مقایسه با افراد با سخت رویی پایین، رویدادهای استرس زا را مثبت تر و قابل کنترل تر ارزیابی می کنند؛ و همین امر باعث می شود تا برانگیختگیهای فیزیولوژیکی که در اثر ارزیابی منفی رویدادها ایجاد می شود، و به بروز بیماری ها منجر می گردد، در افراد سخت رو کمتر باشد.

مدی (۱۹۹۰) در تبیین جامع تر و دقیق تری از مکانیزم مقاومت سخت رویی (که مورد ارزیابی مثبت رویدادها را نیز در دل خود دارد) شیوه های مقابله ای گشتاری^۴ و واپس رونده^۵ را مطرح می کند. مقابله گشتاری، رفتاری است که با راهبردهای خاصی يك رویداد منفی را به رویدادهایی مثبت تبدیل می کند و یا جنبه مخرب و آسیب زنده آن را کاهش می دهد. این شیوه مقابله از دو مؤلفه ذهنی و عملی تشکیل می شود. در مرحله ذهنی، فرد رویداد استرس زا را از چشم اندازی وسیع تر و با بلند نظری نگاه می کند. چنین برخورد ذهنی ای با استرس، باعث می شود تا آن رویداد خاص آن چنان هم ناراحت کننده به نظر نیاید. در این مرحله، فرد به صورتی ذهنی، عامل استرس را به اجزایش تجزیه می کند و در اثر این تجزیه و تحلیل ذهنی، درك بهتر عامل استرس زا و شناسایی بهتر اعمالی که در جهت رفع آن مفید هستند، امکان پذیر می شود. پس از مرحله ذهنی، اقداماتی عملی به صورتی قاطعانه در جهت رفع عامل استرس زا انجام می شود و بدین ترتیب مقابله گشتاری پایان می یابد (مدی، ۱۹۹۰).

برخلاف مقابله گشتاری، در مرحله ذهنی مقابله واپس رونده، فرد از استرس يك مصیب می سازد (بدترین چیزی که ممکن است اتفاق بیفتد)؛ و به دلیل همین عدم غلبه ذهنی بر استرس، وجود آن انکار می شود. بر همین اساس، در مرحله عملی، فرد به جای برخورد قاطع با استرس، فرار از آن را ترجیح می دهد و با انجام اعمالی چون تفریح افراطی، استفاده نابجا از مواد و... سعی می کند که عامل استرس زا را فراموش کند (مدی، ۱۹۹۰).

مدی (۱۹۹۰) بر تفاوت بین این دو شیوه مقابله ای، و تقسیم بندی لازاروس و فاکمن^۶ (۱۹۸۴) از مقابله های مسئله مدار و هیجان مدار تأکید می کند. در تقسیم بندی مقابله های مسئله مدار و هیجان مدار، کارایی و پیامدهای رفتار مقابله ای مد نظر قرار نگرفته، در حالی که هسته اصلی تمایز مقابله گشتاری و واپس رونده، کارایی آنها در رفع عامل استرس است. بنابراین، نباید مقابله گشتاری را با مسئله مدار، و واپس رونده را با هیجان مدار برابر دانست؛ چرا که يك مقابله مسئله مدار الزاماً بر يك مقابله کارا و مفید (گشتاری) دلالت نمی کند. مدی (۱۹۹۰) در مطالعات خود نشان داده است که وجه مشخصه افراد سخت رو، بدون توجه به استرسی که با آن درگیرند، استفاده از مقابله گشتاری در برابر رویدادهای استرس زا است، و همین مقابله است که استرس را از عاملی منفی به پدیده ای مثبت تبدیل، و در نتیجه از اثرات منفی آن بر سلامتی جلوگیری می کند. اما سخت رویی پایین با مقابله واپس رونده همخوان

1- Rhodewalt & Agustsdottir

3- Wiebe & Williams

2- Zon

● transformation به معنای تغییر و یا دگرگونی در فرم و یا ساخت يك پدیده است.

4- transformational coping

6- Lazarus & Folkman

5- regressive coping

است، و بر همین مبنا، هیچ مداخله مفیدی در ارتباط بین استرس و آسیب دیدگی ایجاد نمی شود.

سخت رویی و دیگر سازه های شخصیتی

دسته دیگری از مطالعات، چگونگی ارتباط و تعامل سخت رویی با رگه های^۱ شخصیتی دیگر را مورد توجه قرار داده اند. در این حیطه، بیشترین توجه به ارتباط بین سخت رویی و تیپ A معطوف شده است. دلیل این مسئله، شباهت ظاهری این دو سازه به یکدیگر، و اثرات متفاوت آنها در زمینه سلامتی و بیماری است. تیپ A از ابعاد عمده احساس مبالغه آمیز تنگنای زمانی، رقابت جویی شدید و تلاش برای پیشرفت، و خصومت و پرخاشگری تشکیل شده است (جنیس^۲، ۱۹۸۸). برخی مطالعات نشان داده اند که تیپ A در بروز بیماریهای قلبی نقش اساسی دارد (بوت-کولی و فرید من، ۱۹۸۷). هر دو سازه سخت رویی و تیپ A بر مفاهیم تلاش برای هدف^۳، درآمیختگی^۴ (خصوصاً شغلی)، و سائق^۵ تأکید می کنند (کوباسا، مدی و زولا، ۱۹۸۳؛ مدی، ۱۹۹۰)، در حالی که سخت رویی عامل کاهش بیماری و تیپ A عامل ظهور بیماری (خصوصاً بیماری عروق کرونر قلب) می باشد. کوباسا و همکارانش (۱۹۸۳) در مطالعه خود فقدان ارتباط تجربی بین سخت رویی و تیپ A را تأیید کرده اند. نتایج آنها نشان داد که در آزمودنی های تیپ A، اگر سخت رویی نیز بالا باشد، اثرات منفی تیپ A بر سلامتی کاهش می یابد.

رودوالد و آگوستس دوتیر (۱۹۸۴) در مطالعه ای در مورد تیپ A و سخت رویی، نشان دادند که سخت رویی با آشفتگی^۶ روان شناختی همبستگی معکوس، و تیپ A با آشفتگی روان شناختی ارتباط مثبت دارد. در این پژوهش افراد تیپ A که سخت رو نبودند، در معرض ابتلاء به آشفتگی روان شناختی قرار داشتند.

نواک^۷ (۱۹۸۶) نیز در پژوهش خود، همچون مطالعه کوباسا و همکارانش (۱۹۸۳)، نشان داد که سخت رویی و تیپ A دو سازه مستقل هستند و هیچ گونه ارتباط تجربی بین آنها وجود ندارد. در این مطالعه تیپ A با «تهی شدگی»^۸ و آشفتگی روان شناختی همخوان بود. شماید و لاولر^۹ (۱۹۸۲)، و ناکانو^{۱۰} (۱۹۹۰) نیز در مطالعات خود، روی زنان نشان دادند که اثر تعاملی ای بین تیپ A و سخت رویی وجود ندارد.

کوباسا و همکارانش (۱۹۸۳) در تبیین فقدان ارتباط بین تیپ A و سخت رویی اظهار می دارند که برخلاف برخی شباهت های ظاهری بین این دو سازه، سخت رویی پایه ای در انگیزش درونی، و تیپ A پایه ای برای انگیزش بیرونی است. بر مبنای همین مطلب، اگر ما انگیزش درونی و بیرونی را به عنوان یک پیوستار در نظر بگیریم، حرکت و نزدیکی به سمت یکی از

1- traits

2- Janisse

3- goal striving

4- involvement

5- drive

6- distress

7- Nowack

8- burnout

9- Schmie & Lawler

10- Nakano

• تحلیل مزن منابع انرژی فرد؛ سدرم نقصان و خستگی جسمی، هیجانی، و شناختی که با استرس موجود در مشاغل گوناگون همخوان است (Melamed, Shnir, & Shirom, 1992).

طرفین این پیوستار که نهایت انگیزش درونی و یا بیرونی است، ما را از قسمت دیگر پیوستار دور می‌کند؛ در واقع، به نظر می‌رسد همین تبیین که برای بی‌ارتباط بودن سخت رویی و تیپ A ارائه شده است، بر ارتباط معکوس این دو سازه دلالت می‌کند. علاوه بر این، مدی (۱۹۹۰) نیز در تبیین این بی‌ارتباطی اظهار می‌دارد که: «... بی‌قراری و خصومت در تیپ A، متضاد احساس تعهد و کنترل در سخت رویی است» (ص ۱۴۰)؛ درحالی‌که بیان مفهوم «متضاد بودن» این جنبه‌ها، بیشتر بر ارتباط معکوس این دو سازه دلالت می‌کند تا بی‌ارتباط بودن آنها.

بر مبنای مطالب ذکر شده، قربانی و درکام (۱۳۷۳) با استفاده از رویکرد «کنترل ناپذیری» در مفهوم سازی تیپ A (فیورشتاین، لابی و کیزمایر کیزیک^۱، ۱۹۸۷؛ جینس، ۱۹۸۸)، و نقد مطالعات انجام شده در زمینه ارتباط سخت رویی و تیپ A، این پیش‌بینی را که بین سخت رویی و تیپ A يك ارتباط معکوس وجود دارد به پیش کشیدند. نتایج مطالعه آنها با چنین فرضیه‌ای همسویی داشت. آنها در تبیین علت آشکار نشدن ارتباط معکوس سخت رویی و تیپ A در مطالعات دیگران (کوباسا و همکاران، ۱۹۸۳ و نوک، ۱۹۸۶)، به ضعف ابزارهایی که در سنجش تیپ A به کار رفته بود، و عدم تشخیص جنبه‌های متضاد این دو سازه در مطالعات قبلی تأکید کردند.

ارتباط سخت رویی با سازه‌های دیگر شخصیتی نیز در مطالعات مختلف مورد توجه قرار گرفته است. قربانی و درکام (۱۳۷۳) در مطالعه خود، با بررسی ارتباط سخت رویی و رفتار مستعد بیماری‌های کرونری قلب^۲، یا تیپ ۲ (واکنش توأم با خشم و برانگیختگی به استرس، که در مطالعات ۲۰ ساله گروسارت-ماتیچک و آیزنک^۳، ۱۹۹۰ و ۱۹۹۱ عامل اصلی ظهور بیماری‌های کرونری قلب بوده است)، نشان دادند که سخت رویی به عنوان سپری در مقابل رشد الگوهای رفتاری که عامل اصلی بروز بیماری‌های قلبی هستند، عمل می‌کند. پارکر و رندال (۱۹۸۸) در زمینه ارتباط سخت رویی با ابعاد بنیادی شخصیت، همچون درون‌گرایی-برون‌گرایی و نوروزگرایی-ثبات هیجانی نشان دادند که سخت رویی با برون‌گرایی ارتباط مثبت، و با نوروزگرایی ارتباطی منفی دارد. در پژوهش دیگری نیز، قربانی (۱۳۷۳) نشان داد که بین سخت رویی و استقلال شخصی^۴، یا تیپ ۴ (گرایش عمیق به مستقل بودن و پذیرش استقلال دیگران، که در مطالعات گروسارت-ماتیچک و آیزنک، ۱۹۹۰ و ۱۹۹۱ در جلوگیری از بروز سرطان و بیماری‌های کرونری قلب نقش اساسی دارد) ارتباط مثبتی وجود دارد که بر همپوشی این دو سازه دلالت می‌کند.

سخت رویی و واکنشهای فیزیولوژیک

با توجه به ارزیابی مثبت رویدادها، استفاده از مقابله گشتاری و احتمال کم بروز بیماری در افراد سخت رو، انتظار فقدان و یا کمی واکنشهای آسیب شناختی فیزیولوژیک در این افراد کاملاً منطقی به نظر می‌رسد. مطالعاتی که در زمینه واکنشهای فیزیولوژیک افراد سخت رو صورت گرفته، چنین امری را تأیید می‌کند. کانترادا^۵ (۱۹۸۹) در بررسی ۶۸ دانشجوی مرد نشان داد که

1- Feurestine, Labbe, & Kuczmiarczyk

4- personal autonomy

2- coronery - prone behavior

5- Contrada

3- Grossarth - Maticcek & Eysenck

در پاسخ به انجام يك تكليف مشكل ، فشارخون افراد سخت رو، برخلاف افراد تپ A ، افزايش پيدا نمي كند و كمترين ميزان خشم را در واكنش به اين تكليف گزارش مي كنند . بررسي دقيق تر نتايج اين پژوهش نشان داد كه عامل اصلي افزايش نيافتن فشارخون در افراد سخت رو، مؤلفه مبارزه جويي است . مدی (۱۹۹۰) در يك پيگيري ۷ ساله از مديران سخت رو، نشان داد كه بين سخت رويي و افزايش فشارخون ارتباط معكوسي وجود دارد . هيول و شوارتز^۱ (۱۹۸۹) به نقل از مدی، (۱۹۹۰) نشان دادند كه در واكنش نسبت به يك استرسور آزمايشي ، افراد با سخت رويي بالا، در مقايسه با افراد با سخت رويي پايين ، پاسخ هدايت پوستي (GSR)^۲ كمتر را نشان مي دهند . در مطالعه ديگري (آلرد و اسميت^۳، ۱۹۸۹)؛ به نقل از مدی، (۱۹۹۰) مشخص شد كه در پاسخ به يك تكليف استرس زا، الگوي ضربان قلب و فشارخون اشخاص سخت رو، نشان دهنده يك مقابله فعال مي باشد . اوكيو، زاترا و رابينسون^۴ (۱۹۸۸) نيز همبستگي مثبت بين سخت رويي و ميانگين درصد سلولهاي T (به عنوان شاخص سطح ايمني بدن) را در زنان مبتلا به آرتریت روماتويد^۵ نشان دادند . وايب (۱۹۹۱) در مطالعه آزمايشي خود نشان داد كه در انجام يك تكليف تهديدآمیز، آزمودنيهاي با سخت رويي بالا تحمل بيشتري در مقابل ناکامي دارند، تكليف را كمتر تهديدآمیز ارزیابی می کنند، بيشر با عواطف مثبت نسبت به آن واكنش نشان مي دهند، و برانگيختگي فيزيولوژيك كمترى در مقايسه با آزمودنيهاي با سخت رويي پايين نشان مي دهند .

سخت رويي ونمونه هاي مختلف مورد مطالعه

مطالعات ديگري كه در تأييد مفهوم سخت رويي با آزمودنيهاي به غير از مديران صورت گرفته است ، نشان مي دهد كه پديده سخت رويي و پيامدهايش تا حدى عموميت دارد و مختص جامعه مديران نيست . هيلز و نورول^۶ (۱۹۹۱) در مطالعه^۶ ۲۳۴ افسر پليس گشت در بزرگراهها، نشان دادند كه در ارتباط بين استرس با تهی شدگی، علائم بيماريهاي جسماني، و نارضايتي شغلي؛ سخت رويي نقشي تعديل كننده دارد . در اين مطالعه مشخص شد كه در شرايط پراسترس، نوروژگرايي در تشديد تهی شدگی، علائم بيماري جسماني، و نارضايتي شغلي نقش دارد، و سخت رويي در کاهش اين متغيرها مؤثر است . شپرد^۷ و كاشاني (۱۹۹۱) در بررسي ۱۵۰ نوجوان نشان دادند كه در شرايط پراسترس، نوجوانان پسري كه از سخت رويي بالايي برخوردارند، علائم بيماري جسماني و روان شناختي كمترى را گزارش مي كنند .

گروه ديگري كه بررسي وضعيت سخت رويي آنها، به دليل حساسيت شغلي مورد توجه بسياري قرار گرفته، پرستاران هستند (اويلتي، ۱۹۹۲) . مطالعات بسياري (كين، دووست و آدلر^۸، ۱۹۸۵؛ مككراني، لامبرت و لامبرت^۹، ۱۹۸۷؛ ريچ و ريچ^{۱۰}، ۱۹۸۷؛ تاپف^{۱۱}، ۱۹۸۹)؛ به نقل از اويلتي، (۱۹۹۲) نشان دادند، كه بين سخت رويي پرستاران و تهی شدگی

1- Hull & Schwartz

2- galvanic skin response

3- Allerd & Smith

4- Okun, Zautra, & Robinson

5- rheumatoid arthritis

6- Hills & Norvell

7- Shepperd

8- Keane, Ducette, & Adler

9- Mc Cranie, Lambert

10- Rich

11- Topf

ارتباطی معکوس وجود دارد. بویل، گراپ، یان گو و تورن بای^۱ (۱۹۹۱)؛ به نقل از اوپلتی، (۱۹۹۲) در بررسی ۱۰۳ پرستار بخش مراقبتهای ویژه نشان دادند که سخت رویی با تهمی شدگی و مقابله های هیجان مدار ارتباطی معکوس، و با مقابله مسئله مدار و حمایت های اجتماعی (شغلی و غیرشغلی) ارتباطی مثبت دارد. همچین، پاگانا^۲ (۱۹۹۰)؛ به نقل از اوپلتی، (۱۹۹۲) اثر سخت رویی را در ارزیابی مثبت پرستاران در اولین تجربه آنها از جراحی های مختلف نشان داده است.

سخت رویی سالمندان نیز در مطالعه مگنانی^۳ (۱۹۹۰) مورد بررسی قرار گرفته است. با توجه به اینکه «میزان فعالیت» عمده ترین عامل پیش بینی يك سالمندی موفق است، در این مطالعه مشخص شد که در سالمندان، سخت رویی با میزان فعالیت، و ادراک مثبت فرد از میزان سلامتی ارتباطی مثبت دارد.

گروه مهاجرانی که از آسیا به آمریکا مهاجرت کرده بودند نیز توسط کیو و تی سای^۴ (۱۹۸۶)؛ به نقل از اوپلتی، (۱۹۹۲) مورد بررسی قرار گرفتند. برخلاف اکثر مطالعاتی که بر پیامدهای منفی ترك مکان تولد و مهاجرت به کشوری دیگر تأکید کرده اند، در این مطالعه مشخص شد که مهاجران سخت رو با حداقل مشکلات در زمینه سازگاری با محیط جدید، افسردگی، و نگرانی مالی مواجه هستند.

در عین حالی که مطالعات ذکر شده، سازه سخت رویی را در نمونه های مختلف تأیید کرده اند، برخی مطالعات نیز نقش سخت رویی را در زنان مورد تردید قرار داده اند. شی ماید و لاولر (۱۹۸۲) هیچ تفاوتی در سخت رویی زنان بیمار با استرس بالا، و زنان سالم با استرس بالا پیدا نکردند. وایب (۱۹۹۱) در مطالعه آزمایشی خود نشان داد، در پاسخ به يك تکلیف تهدیدآمیز، سخت رویی زنان، پراشی در ضربان قلب و برانگیختگی فیزیولوژیک ایجاد نمی کند. شپرد و کاشانی (۱۹۹۱) نیز تعاملی بین مؤلفه های سخت رویی و استرس در پیش بینی سلامتی نوجوانان دختر پیدا نکردند. با وجود این، برخی مطالعات نیز بر نقش مؤثر سخت رویی در جامعه زنان تأکید کرده اند (نواک، ۱۹۸۶؛ اوکیون و همکاران، ۱۹۸۸؛ لامبرت، کلپل و موشاوه، ۱۹۹۰). در عین حالی که وایب (۱۹۹۱) نامناسب بودن ابزارهای سنجش سخت رویی در مورد زنان (به خصوص زنان غیرشاغل و کم سواد) را به عنوان تبیینی برای این مسئله ارائه کرده است، برای تأیید نقش سخت رویی در جامعه زنان انجام مطالعات بیشتر کاملاً ضروری است.

سخت رویی و بیماران مختلف

رگه های شخصیتی هر فرد بیماری، در چگونگی پاسخ وی به بیماریش نقشی تعیین کننده دارد. بر همین مبنا، نقش سخت رویی در پاسخگویی افراد به بیماری نیز مورد توجه محققان قرار گرفته است. اوکیون و همکارانش (۱۹۸۸) در بررسی زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید نشان دادند، بیمارانی که از سخت رویی بالایی برخوردارند، بسیار بهتر از اشخاصی که سخت رویی پایینی دارند با بیماریشان سازگار می شوند. در این مطالعه سخت رویی با شاغل بودن این زنان نیز

1- Boyle, Grap, Younger, Thornby

2- Pagana

3- Magnani

4- Kuo & Tsai

5- Lambert, Klipple, Mewshaw

ارتباط مثبت داشت. لامبرت و همکارانش (۱۹۹۰) نیز در مطالعه ۱۲۲ زن که به آرتريت روماتويد مبتلا بودند، نشان دادند که سخت رویی با تعداد افرادی که در سیستم حمایت اجتماعی بیمار وجود دارند، رضایت از این حمایت اجتماعی، و بهزیستی روان شناختی این بیماران ارتباطی مثبت دارد. همچنین، پژوهش در مورد بیمارانی که تحت عمل جراحی کولوستومی^۱ قرار گرفته اند، نشان می دهد که سخت رویی با سازگاری بلندمدت روانی - اجتماعی این بیماران ارتباطی مثبت دارد و این ارتباط در مورد مؤلفه های تعهد و مبارزه جویی مشهودتر است (لی^۲، ۱۹۹۱). لوی، کوتزل و بلك^۳ (۱۹۸۹) نیز نشان دادند در بیماران مبتلا به ایدز، تعداد لنفوسیتها با سخت رویی ارتباطی مثبت، و با اضطراب و افسردگی ارتباطی منفی دارد.

نقش سخت رویی در فراسوی استرس، سلامت و بیماری

اخیراً پژوهشها در حال نشان دادن این مسئله هستند که سخت رویی، اثرات مهمی فراتر از سلامتی و بیماری دارد. وست من^۴ (۱۹۸۷؛ به نقل از مدی، ۱۹۹۰) با بررسی سخت رویی مردان و زنانی که در حال ورود به دانشکده افسری ارتش بودند، نشان داد که سخت رویی بالاتر، موفقیت تحصیلی بیشتری را نیز به همراه دارد. همچنین، در مطالعه ای که در يك مؤسسه چاپ در شیکاگو انجام شد، اشنايدر^۵ (۱۹۸۶؛ به نقل از مدی، ۱۹۹۰) نشان داد هر چه سخت رویی يك کارمند بالاتر باشد، درآمد بیشتری نیز به دست می آورد. هس^۶ و مدی (۱۹۹۰) به نقل از مدی، (۱۹۹۰) در بررسی بازیکنان بسکتبال دبیرستان، نشان دادند آنهایی که از سخت رویی بالاتری برخوردار بودند، براساس تعداد بسیاری از معیارهای موفقیت در بازی بسکتبال، بهتر بازی می کردند. مدی (۱۹۹۰) در بررسی دیگری نشان داد، اشخاص سخت رو در ارتباطهای بین فردی فعال تر و قاطع تر هستند و مایلند به اشخاصی که از سخت روی بالایی برخوردارند، نزدیک شوند. قربانی (۱۳۷۳) نیز در مطالعه ۱۱۱ مدیر مدرسه نشان داد که ارزیابی معلمان و کارمندان مدرسه از عملکرد شغلی مدیری که سخت رویی بالایی دارد، بهتر از ارزیابی معلمان و کارمندان مدرسه ایست که مدیری با سخت رویی پایین دارند.

چنین یافته هایی، متغیرهایی به غیر از سلامتی و بیماری را با سخت رویی مرتبط کرده است و به تثبیت این سازه به عنوان يك جنبه عمومی از شخصیت صراحت بخشیده است (مدی، ۱۹۹۰).

شیوه های سنجش سخت رویی

پس از مطالعه اولیه کوباسا (۱۹۷۹) در مورد سخت رویی، فراگیرترین شیوه، در سنجش این مفهوم، ترکیبی از چند مقیاس مختلف بوده است. هر يك از این مقیاسها به صورتی منفی نشان دهنده مؤلفه های سخت رویی هستند و نمره بالا در هر يك از آنها نشانه سخت رویی پایین است. این مقیاسها عبارت بودند از مقیاس بیگانگی^۷ (مدی و همکاران، ۱۹۷۹) برای سنجش

1- colostomy

2- Lee

3- Leavy, Cottrell, & Black

4- Westman

5- Schneider

6- Hess

7- alienation scale

تعهد، مقیاس امنیت^۱ (هان^۲، ۱۹۶۶) برای سنجش مبارزه جویی، و مقیاس مکان کنترل بیرونی^۳ (راتر^۴ و همکاران، ۱۹۶۲) و مقیاس ناتوانی^۵ (مدی و همکاران، ۱۹۷۹) برای سنجش کنترل (کوباسا و همکاران، ۱۹۸۳؛ اوپلتی، ۱۹۹۲). مدی (۱۹۹۰) این شیوه سنجش را نسل دوم تستهای سخت رویی می نامد. تحلیل عوامل مواد این مقیاسها، سه عامل همبسته با یکدیگر را نشان می دهد. همسانی درونی^۶ و ثبات^۷ این مقیاسها در سطح قابل قبولی بوده است (کوباسا و همکاران ۱۹۸۲ و ۱۹۸۳؛ مدی، ۱۹۹۰). اشکال نسل دوم مقیاسهای اندازه گیری سخت رویی عبارت بودند از: ابهام تئوریک (این مقیاسها مستقیماً برای سخت رویی ساخته نشده بودند)، شیوه های مختلف پاسخ دهی (مواد صحیح و غلط، مقیاس درجه بندی، و مواد گزینه بایست^۸)، مناسب نبودن مواد این مقیاسها برای افراد کم سواد و عامی، عدم وجود اعتبار درونی پایدار در مؤلفه مبارزه جویی، ناهمسانی همبستگی مثبت مؤلفه مبارزه جویی با مؤلفه های تعهد و کنترل، و بیشتر بودن موادی که به صورت منفی یا وارونه نمره گذاری می شوند (که در نتیجه آن آزمودنی هایی که به پاسخهای خوشنودکننده^۹ گرایش دارند - هم چون افراد روان نژند - ممکن است سخت رویی کمتری را به نسبت زمانی که مواد مثبت و منفی توازن بیشتری دارند، نشان دهند) (مدی، ۱۹۹۰؛ اوپلتی، ۱۹۹۲).

با توجه به همین مشکلات بود که کوباسا، مدی، بارتون و همکارانشان مقیاس «زمینه یابی دیدگاه های شخصی»^{۱۰} را به وجود آوردند. مدی (۱۹۹۰) این مقیاس را نسل سوم مقیاسهای سخت رویی نامیده است. نمره گذاری مواد این مقیاس دارای توازن بیشتری است و تعداد موادی که به صورت وارونه نمره گذاری می شوند به نسبت تست نسل دوم کاهش یافته است. این مقیاس ثبات و همسانی درونی بالایی دارد. تحلیل عوامل این تست، ۳ عامل مرتبط را نشان داده است که بر همگونی سازه سخت رویی دلالت می کند. یافته های به دست آمده با این تست، مشابه یافته هایی است که از تستهای نسل دوم مشتق شده اند. این مقیاس روایی و اعتبار بیشتری نسبت به مقیاسهای نسل دوم دارد (مدی، ۱۹۹۰؛ اوپلتی، ۱۹۹۲ و پارکر و رندال، ۱۹۸۸). در عین حالی که در این مقیاس، مسئله توازن نمره گذاری مثبت و منفی مواد، و کارایی لازم برای گروههای غیرشاغل، عامی و کم سواد تا حدودی رعایت شده است، ولی در این مقیاس نیز هنوز، این دو مسئله به صورت کامل رفع نشده است (پارکر و رندال، ۱۹۸۸؛ اوپلتی، ۱۹۹۲). بر همین مبنا، مطالعه برای ساخت مقیاسی کاراتر در سنجش سخت رویی در حال جریان است (اوپلتی، ۱۹۹۲).

چشم اندازی به زیربنای مفهومی و آینده سخت رویی

بر مبنای یافته های به دست آمده در پژوهشها، و جنبه های تئوریک سخت رویی، وایب و ویلیامز (۱۹۹۲) مدل مفهومی ارتباط سخت رویی، استرس، و سلامتی را بر مبنای یک دیدگاه

1- security scale

2- Han

3- external locus of control

4- Rotter

5- powerlessness scale

6- internal consistency

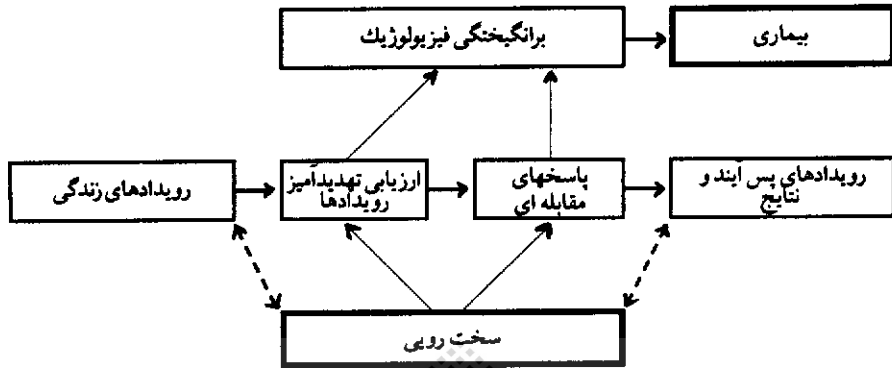
7- stability

8- forced choice

9- acquiescent - response

10- personal views survey

روان فیزیولوژیك اجتماعی^۱ ارائه کرده اند. براساس این مدل، ارزیابی تهدیدآمیز يك رویداد و پاسخهای مقابله ای بی ثمر (مقابله واپس رونده)، عامل افزایش برانگیختگی فیزیولوژیك هستند؛ و برانگیختگی فیزیولوژیك مکرر و یا طولانی نیز به فشار، و اختلال در عمل سیستم ایمنی، و در نهایت بیماری منجر می شود. اما سخت رویی با ایجاد پراش در ارزیابی رویدادها، و پاسخهای مقابله ای (مقابله گشتاری)، از برانگیختگی فیزیولوژیك منفی و آسیب زا جلوگیری می کند.



مدل مفهومی ارتباط سخت رویی، استرس و بیماری (وایب و ویلیامز، ۱۹۹۲)

پژوهشهای مختلف در طول يك دهه و اندی، این مدل مفهومی را تقریباً تأیید کرده اند، اما هنوز نمی توان در مورد جایگاه سخت رویی در زمینه استرس، سلامتی و بیماری، و به طور کلی يك زندگی کارا و بارور به نتیجه گیری قطعی رسید. عوامل شخصیتی دیگری وجود دارند که برخی محققان در زمینه سلامت و بیماری به آنها نیز توجه کرده اند. برای مثال، جانسون و ساراسون^۲ (۱۹۷۹؛ به نقل از مدی، ۱۹۹۰) بر عامل کنترل (نقطه مقابل ناتوانی) تأکید کرده اند. اما با توجه به مطالعات ذکر شده، باید گفت که این سازه مؤلفه ای از سخت رویی است و ارتباط آن با دو مؤلفه مبارزه جویی و تعهد، خود گواهی بر این امر است. کارور، آنتونی و شی^۳ (۱۹۸۵؛ به نقل از مدی، ۱۹۹۰) بر نقش تعدیل کننده خوش بینی- بدبینی در ارتباط بین استرس و بیماری تأکید کرده اند. در حالی که از نظر مفهومی، خوش بینی- بدبینی با مؤلفه مبارزه جویی سخت رویی همپوشی دارد. زوکرمن^۴ (۱۹۸۸) نیز بر عامل تحریک طلبی^۵ که با برخی عوامل مؤثر بر سلامتی، همچون فشارخون مرتبط است، تأکید می کند. همچنین، گروسارت- ماتیک و آیزنک در زمینه شخصیت و بیماری، مفهوم سازی خاص خود را، که از ۶ تیپ شخصیتی مرتبط با استرس، سلامتی، و بیماری تشکیل شده است، ارائه می دهند. در آینده بهتر است که ارتباط سخت رویی با سازه های شخصیتی ای که احتمالاً در بیماری و سلامت مؤثر هستند، مورد بررسی بیشتر قرار گیرد تا بدین ترتیب رگه های شخصیتی اصلی مؤثر در استرس و سلامتی آشکار گردند. انجام چنین مطالعاتی برای رسیدن به يك صورت بندی کامل، و جامع و مانع در مورد نقش

1- social psychophysiological perspective

2- Janshon & Sarason

3- Carver, Antoni, & Scheier

3- Zuckerman

4- sensation - seeking

شخصیت در سلامتی و بیماری راهگشاست.

همچنین، ناهمگونی نتایج مطالعات مختلف در مورد نقش سخت رویی در میان زنان، انجام مطالعات بیشتری را در این زمینه طلب می کند. استفاده از ابزارهای مناسب تر و پیشرفته تر در سنجش سخت رویی (همچون تست زمینه یابی دیدگاههای شخصی)، و توجه به تفاوت‌های فردی مذکر و مؤنث در طرح ریزی چگونگی مطالعه سخت رویی در زنان، راهگشای دانشی دقیق در زمینه نقش سخت رویی در میان افراد مؤنث خواهد بود.

در زمینه جنبه های سایکونورو ایمنولوژیک^۱ سخت رویی، مطالعات اندکی صورت گرفته، و نقش مداخلات درمانی بر مبنای تئوری سخت رویی، و مشاهده اثر تقویت سخت رویی بر سلامت جسمی و ذهنی، و مقاومت در برابر استرس نیز هنوز به طور جامع مورد بررسی قرار نگرفته است. بدیهی است که درکی بنیادی تر و کاربردی تر در زمینه سخت رویی، مشروط به انجام پژوهشهای بیشتر و دقیق تر در این دو زمینه نیز می باشد.

در کل به نظر می رسد که، از نظر مفهومی، سازه ای همچون سخت رویی شکل بندی شخصیتی مثبت، و قانع کننده ای در زمینه سلامتی و بیماری ارائه می کند؛ و رفته رفته جایگاه بنیادی در روان شناسی سلامت^۲ و پزشکی رفتاری^۳ پیدا خواهد کرد.

نتیجه گیری

حال بر مبنای این مطالعات، در مورد نقش عوامل روان شناختی در بیماریها، و ارتباط جسم و ذهن چه می توان گفت؟ در مجموع به نظر می رسد که چنین مطالعاتی، استقرار يك مدل زیستی- روانی- اجتماعی- اکولوژیک^۴ را در مقابل مدل سنتی زیستی پزشکی^۵، در درمان بیماریها سبب شده اند. بر همین مبنا، امروزه در تبیین علل زیربنایی، آشکارساز، و تشدیدکننده بیماریهای مختلف، نباید صرفاً به مسائل جسمانی توجه کرد؛ بلکه هر بیماری را باید از چهارچوب مدلی که در آن عوامل روان شناختی نیز حضور دارند، مورد توصیف و تبیین قرارداد. آیزنک (۱۹۹۰، ص ۴۱) در این زمینه اظهار می دارد: «همان طور که فیزیكدانها جدایی فضا و زمان را امر مردودی می دانند، و مایلند فضا و زمان را به صورت يك پیوستار در نظر بگیرند، ارتباط ذهن و بدن هم باید مورد تجدید نظر اساسی قرار گیرد. چهار هزار سال قبل در ماهاباهاترا^۶ در هند، جمله زیر ذکر شده است: دو گروه بیماری جسمی و ذهنی وجود دارد که هر يك ناشی از دیگری است، و هیچ کدام بدون دیگری به وجود نمی آید. اختلالات جسمی از اختلالات ذهنی ریشه می گیرند و اختلالات ذهنی نیز ناشی از اختلالات جسمی هستند (سانتی پاره^۷، XVI، ۸-۹)». ایکیمی و ایکیمی^۸ (۱۹۸۶، ص ۱۲۰) نیز با استفاده از طب سنتی شرق در زمینه ارتباط جسم و ذهن اظهار می دارند که: «ذهن و جسم به صورتی هم زمان به هم وابسته، و از هم مستقل هستند. بنابراین، پزشکی روان- تنی نیازمند يك متدولوژی متناقض است که در آن استقلال ذهن و جسم، بدون فراموش کردن وابستگی آنها به یکدیگر در نظر گرفته شود».

1- psychoneuroimmunologic
2- health psychology
3- behavioral medicine
4- bio - psycho - socio - ecological

5- piomedical
6- Mahabhatra
7- Santi Parve
8- Ikemi

در نظر گرفتن درهم تنیده جسم و ذهن، چندین پیامد به همراه خواهد داشت: یکی اینکه اصطلاح بیماریهای روان - تنی، که به دسته محدودی از بیماریهای جسمانی اطلاق می شود، اکثریت قریب به اتفاق بیماریها را در برخواهد گرفت؛ هر چه پژوهشها در مورد بیماریها عمیق تر و گسترده تر می شود، عوامل روان شناختی حاکم بر آنها نیز آشکارتر می گردند. دوم اینکه ارتباط بین روان شناسی و روان پزشکی به منظور تشخیص، پیشگیری و درمان بیماریهای روانی، به ارتباط بین روان شناسی و پزشکی به منظور تشخیص، پیشگیری و درمان بیماریهای جسمانی گسترش می یابد؛ و در واقع ظهور رشته های روان شناسی سلامت و پزشکی رفتاری نیز در راستای همین امر بوده است. پیامد سوم چنین قضیه ای به تفسیر یافته های علوم پزشکی مربوط می شود. همان طور که مشخص است، یافته های روان شناختی، و به طور کلی علوم رفتاری، به دلیل پیچیدگی و همچنین چند متغیری بودن پدیده های مورد بررسی، همواره از نسبت بیشتری به نسبت علوم طبیعی برخوردارند. حال با طرح درهم تنیدگی جسم و ذهن، و نقش عوامل روان شناختی در بیماریهای جسمانی، یافته های علوم پزشکی در زمینه علل بیماریها نیز برخلاف گذشته، نسبت بیشتری خواهند داشت و می بایستی که با احتیاط بیشتری، به نسبت سابق تفسیر شوند. در نهایت، تفکیک نشدن سلامت جسمانی و روانی، و یا به عبارتی تلفیق بهداشت روانی و جسمانی، پیامد چهارم در هم تنیدگی جسم و ذهن خواهد بود. حال که مطالعات نشان داده اند، سازه ای هم چون سخت رویی در جلوگیری از بروز بیماریهای جسمانی مؤثر است، با توجه به چگونگی ارتباط جسم و ذهن، آیا وجود چنین رگه شخصیتی ای در سلامت روانی و یا بهداشت روانی مؤثر نخواهد بود؟ بنابراین، تفسیر نتایج چنین مطالعاتی که به نقش عوامل شخصیتی در سلامت جسمانی تأکید می کنند، به نقش عوامل شخصیتی در سلامت جسمانی و روانی، و یا به عبارتی بحث مدل‌های شخصیت سالم، و بهنجاری و نابهنجاری گسترش می یابد.

مراجعات کاپیتور علوم اسلامی

References:

مراجع:

- قربانی، نیما؛ درکام، دکتر محمود (۱۳۷۳). ارتباط سخت رویی، الگوی رفتاری تیپ A، و رفتار مستعد بیماریهای کرونری (تیپ ۲). مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سال ۱۸، شماره ۳.
- قربانی، نیما (۱۳۷۳). نقش سخت رویی و استقلال شخصی در عملکرد شغلی مدیران، معاونت پژوهشی وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی.
- Booth - Kewely, S., & Friedman, H. S. (1987). Psychological predictors of heart disease: A quantitative review. *Psychological Bulletin*, 101, 343 - 362.
- Boyle, A., Grap, M. J., Younger, J., Thornby, D. (1991). Personality hardiness, way of coping, social support and burnout in critical care nurses, *Journal of Advanced Nursing*, 16, 850 - 857. Abstract.
- Contrada, R. J. (1989). Type A behavior, personality hardiness, and cardiovascular responses to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 895 - 903.
- Eysenck, H. J. (1990). Type A behavior and coronary heart disease: The third stage. *Journal of Social Behavior and Personality*, 5, 25 - 44.

- Feurestin, M., Labbe, E. E., & Kuczmierczyk, A. R. (1987). *Health Psychology*. New York: Plenum Press.
- Friedman, H. S., & Booth - Kewely, S. (1987). The disease - prone personality. *American Psychologist*, 42, 539 - 555.
- Grossarth, Maticcek, R., & Eysenck, H. J. (1990). Personality, stress and disease: Description and validation of a new inventory. *Psychological Reports*, 66, 355 - 373.
- Grossarth - Maticcek, R., & Eysenck, H. J. (1991). Creative novation behavior therapy as a prophylactic treatment for cancer and coronary heart disease. *Behavior Research and Therapy*, 20, 1 - 16.
- Hills, H., & Norvel, N. (1991). An examination of hardiness and neuroticism. *Journal of Behavioral Medicine*, 17, 31 - 38.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1976). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Medicine*, 11, 213 - 218.
- Ikemi, Y., & Ikemi, A. (1986). An oriental point of view in psychosomatic medicine, *Psychother. Psychosom*, 45, 118 - 126.
- Janisse, M. P. (1988). Type A behavior pattern and coronary heart disease. In M. P. Janisse (Ed.) *Individual Differences, Stress, and Health Psychology*. New York: Springer -Verlag.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 1 - 11.
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R., & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 168 - 177.
- Kobasa, S. C., & Puccetti, M. C. (1983). Personality and social resources in stress resistance. *Journal of Personality and social psychology*, 45, 839 - 850.
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R., & Zola, M. (1983). Type A and hardiness. *Journal of Behavioral Medicine*, 6, 41- 51.
- Kobasa, S.C. (1988). Hardiness. in Lindzey, Thompson, and Spring (Eds.). *Psychology* (3rd ed.). New York: Worth Publishers.
- Lambert, V.A., Lambert, C.E., Klipple, G.L., & Mewshaw, E.A. (1990). Relationship among hardiness, Social Support, Severity of illness, and psychological well-being in women with rheumatoid arthritis, *Health Care Women Institute*, 11, 159-173. Abstract.
- Lee, E.N. (1991). The relationship between hardiness and psychosocial adjustment of persons with colostomies, *Kanho- Hakhoe- Chi*, 21, 218-229. Absteract.
- Levy, E.M., Cottrell, M. C., & Black, P. H. (1989). Psychological and immunological associations in men with AIDS pursuing a macrobiotic as an alternative therapy. *Brain*,

Behavior, and Immunology, 3, 175-182.

- Maddi, S.R. (1990). Issues and intervention in stress mastery. in S.H.Friedman (Ed.). Personality and Disease.
- Magnani, L. E. (1990). Hardiness, self- perceived health, and activity among independently older adults, Sch- Inq-Nurs- Pract , 4, 171-184. Absteract.
- Melamed, S., Kushnir, T., & Shirom, A. (1992). Burnout and risk factors for cardiovascular disease, Journal of Behavioral Medicine, 18,53-60.
- Nakano, K. (1990). Hardiness, type A behavior, and physical symptoms in a Japanese sample, Journal of Nervous and Mental Disorder, 178, 52-56.
- Nowack, K.M.(1986). Type A. hardiness, and psychological distress. Journal of Behavioral Medicine, 9, 537-548.
- Okun, M.A., Zautra, A.J., & Robinson, S. E. (1988). Hardiness and health among women with rheumatoid arthritis, Personality and Individual Differences, 9, 785-790.
- Ouellette, S. C. (1992). Inquiries into hardiness. In L. Goldberger and S. Breznitz (Eds.). Handbook of Stress (2nd ed.). New york: Free Press.
- Parker , K.R., & Rendall, D. (1988). The hardy personality and its relationship to extraversion and neuroticism. Personality and individual differences, 9, 785-790.
- Rhodewalt, F., & Agustsdottir, S. (1984). On the relationship of hardiness to type A behavior pattern, Journal of Research in Personality, 18, 212-223.
- Schmied, L.A., & Lawler, K.A. (1986). Hardiness, type A behavior, and stress-illness relation in working women. Journal of Personality and Social Psychology, 51, 1218- 1223.
- Shepperd, J.A., & Kashani, J.H. (1991). The relationship of hardiness, gender, and stress to health outcomes in adolescents, Journal of Personality, 59, 747-768.
- Wiebe, D.J. (1991).Hardiness and stress moderation: A test of proposed mechanisms, Journal of Personlity and Social Psychology, 60, 89-99.
- Wiebe, D. J., & Williams, P.G. (1992). Hardiness and health: A social pschophysiological perspective on stress and adaptation. Journal of Social and Clinical Psychology, 11, 238-262.
- Zuckerman, M.(1988). Sensation- seeking, risk taking, and health. In M.P.Janisse (Ed.). Individual Differences, stress, and health Psychology. New York: Springer- Verlage.