

- ۱۱- سوره انسان.
- ۱۲- سوره سبأ.
- ۱۳- ن والقلم و ما یسطرون، سوره قلم - آیه ۱.
- ۱۴- "قال هی عصای اتوکا علیها واهش بها علی غنمی" سوره طه، آیه ۱۸.
- ۱۵- سوره آل عمران، آیه ۶۱.
- ۱۶- سوره احزاب.
- ۱۷-۱۸- اشاره به آیه "اقتربت الساعة و انشق القمر" سوره قمر، آیه ۱.
- ۱۹- اشاره به آیه "و حملت الارض والجبال فدکتا دکتا واحدة" سوره الحاقه، آیه ۱۴.
- ۲۰- اشاره به آیه "اذاالبحار سجرت" سوره تکویر، آیه ۶ و اشاره به آیه "اذاالبحار فجرت" سوره انفطار، آیه ۳.
- ۲۱- اشاره به آیه "ومن یتق الله یجعل له مخرجا و یرزقه من حیث لا یحتسب" سوره طلاق، آیه ۳.
- ۲۲- اشاره به آیه: "و علی الاعراف رجال یعرفون کلا بسیماهم" سوره اعراف، آیه ۴۶.

منابع و مأخذ

- ۱- ادبیات و تعهد در اسلام، محمدرضا حکیمی، دفتر نشر فرهنگ اسلامی، شهریور ۵۸، چاپ اول.
- ۲- تاریخ الادب العربی، عمر فروخ، الطبعة السادسة، دارالعلم للملایین، بیروت لبنان، ۱۹۹۲.
- ۳- الادب العربی، عمر موسی باشا، مطبعة الانشاء، جامعة دمشق، ۱۹۸۳.
- ۴- تاریخ الادب العربی، حسن الفاخوری.
- ۵- شرح دیوان المتنبی، عبدالرحمن البرقوق، المطبعة الرحمانية بمصر، ۱۳۳۰.
- ۶- دیوان ابی نباتة المصری، الطبقة الاول - ۱۳۲۳، بمطبعة التمدن بعابدين بمصر.
- ۷- دیوان الشریف الرضی، مطبعة الادبیه فی بیروت، سنه ۱۳۰۷.
- ۸- الغدیر فی الكتاب والسنة، عبدالحسین احمد الامینی النجفی، الطبعة الثالثة، دارالكتاب العربی، ۱۹۶۷.
- ۹- تاریخ الادب العربی، کارل بروکلمان، دارالمعارف بمصر، ترجمه الدكتور عبدالحلیم النجار، بی تا.
- ۱۰- شعر صفی‌الدین الحلّی، جواد احمد علوس، مطبعة المعارف، بغداد ۱۳۷۹ هـ.

فشار روانی یا استرس در تهران بزرگ

اثر: دکتر محمد حسین فرجاد

از: دانشگاه تربیت معلم

چکیده

پیشرفت تمدن امروز و گسترده‌گی خانواده‌ها، رشد بی‌رویه جمعیت و شهرنشینی، دگرگونی روابط اجتماعی بخصوص زندگی در شهرهای بزرگ و پرجنجال، فشارهای جسمی، روانی ناشی از ترافیک و آلودگی هوا و صدا و اثرات آن بر روان و رفتار انسان، موجبات تشدید استرس را فراهم می‌کنند. در حال حاضر عوامل مولد استرس در جهان نسبت به گذشته بیشتر شده است. زیرا بعضی از مکانیسمهای سنتی که به مردم کمک می‌کرد تا با فشارهای روانی مقابله کنند ب تدریج رو به نابودی می‌رود.

شهرنشینی و مشکلات اقتصادی، تغییرات اجتماعی سریعی را به وجود آورده و ارزشها و اعتقادات امید بخش گذشته را از بین برده است.

از دیاد جمعیت با رشد فزاینده جنایات و اعمال خشونت آمیز در شهرها نیز باعث ایجاد ترس و فشارهای روانی شده که در نهایت بر سلامت و بهداشت روانی انسان لطمه می‌زند. تلاش برای مقابله با ناراضی‌های حاصله از اینگونه زندگی غالباً ناموفق می‌ماند و به غلط چنین به نظر می‌رسد که جز پناه بردن به الکل و داروهای مخدر و روان گردان که خود مسائل و مشکلات دیگری را به بار می‌آورد، راه چاره نیست.

از عوامل مولد استرس می‌توان به مرگ عزیزان، سوگواری، طلاق، بیکاری، امتحان یا مراقبت از یکی از خویشاوندان مبتلا به بیماری که در ایجاد استرس دخالت دارد، اشاره کرد.

همچنین شهرنشینی و سکونت در محله‌های شلوغ و کثیف استرس‌زا است.

امید است تحقیقات آینده ما را راهنمایی کند که چگونه می‌توان با کاهش فشارهای روانی سلامت جسم و روان را در جامعه تأمین کرد.



مقدمه:

بررسی‌های انجام شده و آمارهای منتشره سازمان علمی و فرهنگی ملل متحد (یونسکو) و سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که در ۵۰ سال گذشته استرس‌های عصبی در زیست اجتماعی مردم تأثیر نامطلوبی گذاشته است. شیوع آن از فرد به خانواده و جامعه و بر عکس. روند افزایش بی‌رویه‌ای را داشته است. از اینرو شناخت علل استرس‌ها و اثرات آن، شیوع و افزایش آن امری لازم و حیاتی است. یافتن علل استرس، تفسیر اختصاصات منطقه‌ای و علامت شناسی آن می‌تواند راهنمای کامل در ایجاد و یا گسترش مراکز خدمات درمانی و پیشگیری از سرایت و ارتباط آنها با توجه به سن، جنس، شغل و میزان تحصیلات و همچنین موقعیت جغرافیایی و وضعیت اجتماعی، اقتصادی افراد و خانواده‌های مبتلا به استرس بهتر است نتایج تحقیق در برنامه‌ریزیهای بهداشتی، پیشگیری، درمان و توان بخشی در سازمان با دقت بیشتری اجرا گردد.

ضرورت انجام پژوهش برای رسیدن به اهداف زیر است:

- ۱- کاهش خدمات کلینیکی به خدمات مشاوره‌ای.
- ۲- تغییر خدمات پزشکی به مشاوره‌ای و آموزش پزشکان برای درک مسائل خلقی، عاطفی، روانی و رفتاری مراجعین.

- ۳- تبدیل استرس غیر خلاق به خلاق.
- ۴- کاربرد نتایج پژوهش در سازمان تأمین اجتماعی.

فرض های پژوهش

- مشکلات خانوادگی عامل ایجاد استرس می شود.
- مشکلات اجتماعی عامل ایجاد استرس می شود.
- مشکلات اقتصادی عامل ایجاد استرس می شود.
- مشکلات اداری و نبود امنیت شغلی عامل ایجاد استرس می شود.
- مشکلات ترافیک عامل ایجاد استرس می شود.

روش تحقیق

نمونه و روش نمونه گیری: نمونه مورد مطالعه در این پژوهش خانواده‌هایی می‌باشند که برای معاینه و درمان تا حدود یکهزار نفر به درمانگاهها و بیمارستانهای تهران مراجعه می‌کردند. این نمونه بطور تصادفی سیستماتیک از بین مراجعین مراکز مذکور انتخاب شده‌اند.

روش نمونه‌گیری: حجم نمونه را بر اساس متغیر مشکل اجتماعی فرد که متغیری محوری برای هدف پژوهش مورد نظر برای حجم جامعه، $N=1/000/000$ و ضریب اطمینان ۹۷ درصد با $Z = 1/96$ و مقدار اشتباه در برآورد $E = 0/03$ به صورت زیر بهینه می‌کنیم.

مقدار پراکنندگی یعنی S^2 را بر اساس متغیر مشکلات موجود ماکزیمم یعنی $0/25$ انتخاب کردیم که به نفع دقت در برآورد است.

جمع‌آوری اطلاعات: اطلاعات لازم از طریق مشاهده، مصاحبه و تکمیل

پرسشنامه جمع‌آوری شده است.

روش‌های آماری: از مدل‌های تحلیل آماری تفاوت درصد فراوانی و مجذور خی یا کای اسکویر برای تحلیل آماری اطلاعات اجتماعی، اقتصادی و داده‌های فاصله‌ای مثل سن و جنس و میزان درآمد و سطح سواد و نظایر آن استفاده شده و در بعد استرس‌های عصبی برای تعیین میزان ابتلاء به فشارهای روانی از ابزار تشخیص کلینیکی **Scl-90** استفاده شده است.

استرس یا فشار روانی در تهران بزرگ

احساس و واکنش انسان در مواجهه با موقعیت‌هایی که انجام عملی را مشکل می‌سازد به ویژه عملی که فوق توانائی‌های وی می‌باشد اعم از روانی، تنی یا اجتماعی زمینه استرس را فراهم می‌کند.

عامل فشار یا (**stressor**) که منبع فشار روانی است می‌تواند عاملی باشد که موجبات برهم خوردن تعادل روانی فرد را فراهم آورد و فرد را در حالات زیر قرار دهد:

- ۱- عدم توانایی و هم‌رنگ شدن با تغییرات محیط و شرایط دشوار زندگی.
 - ۲- عدم توانائی در پذیرش تغییرات عاطفی و احساسات قوی و قبول مسئولانه آنها.
 - ۳- عدم توانائی در ترجمان حوادث، نیازها و موقعیتهایی که پیش آمده.
 - ۴- عدم توانائی در برقراری ارتباطات درون فردی پایدار و تشویق آمیز و برانگیزنده به ویژه در موقعیتهای احساسی، عاطفی، خلقی و رفتاری.
- در چنین مواردی است که سوال می‌کنند "این مشکل را چگونه حل کنم؟ یا "آیا می‌توانم بر آنها فائق آیم".
- مشکلات ناشی از دیر رسیدن به محل کار و زندگی، عدم توانائی در گذران

زندگی، عدم پذیرش‌های اجتماعی، ناامیدی نسبت به آینده اعضای خانواده همگی استرس‌زا هستند. بلاشک استرس موجبات اختلال بدنی می‌شود و ضربان قلب، کار دستگاه تنفسی و هاضمه را تحت تأثیر قرار می‌دهد و اگر از بین نرود در دراز مدت موجبات اختلال در اعمال فیزیولوژیک دیگر بدن می‌گردد. بعلاوه هر یک از عوامل روانی و اجتماعی نیز در جای خود مهم هستند و باید در نظر گرفته شوند و تأثیر مشترک آنها حداقل به اندازه تأثیر انفرادی هر یک از عوامل فوق است.

علاوه بر اختلالات روان تنی **Psychosomatic** افراد دچار حالات زیر بیشتر می‌باشند. رفتار مرضی و اختلالات رفتاری، بیکارگی و انحطاط اخلاقی و نیز تزايد اضطراب و فشار روانی فزاینده و معادلهای بدنی آن تا سرحد اولسر و زخم اثنی عشر و حملات قلبی نظایر آن پیش می‌روند.

احساس خودکم بینی، ترس از اظهار وجود و از دست دادن اعتماد به نفس، احساس گناه و ناامیدی و نیز پاره‌ای از موارد اختلالات وسواسیو شکایات جسمانی و حالت هیپوکندریاک از تظاهرات روانی آن می‌باشد. در بعد رفتاری بروز رفتارهای غیر عادی، رفتارهای ضد اجتماعی و مطرود در جامعه چون اعتیاد و الکلیسم، قماربازی از نشانه‌های بیماری است. این امور باعث کاهش بهره‌وری فرد و انزوای او از موقعیت شغلی و اجتماعی آن می‌گردد.

بسیاری از استرس‌ها در زندگی افراد به خود آنها و خانواده آنها مربوط می‌شود. موقعیت‌های فردی، چون رفتار در جلسه امتحان یا بیماری یا درگیری قانونی و محاکمه اطرافیان، بی‌ثباتی در خانواده یا محل کار، تزلزل موقعیت اجتماعی فرد، شرایط استرس آفرین می‌باشند. این استرس‌ها ممکنست موقتی و گذرا یا مستمر یا طولانی باشند. پیشرفت تمدن امروز و گستردگی خانواده‌ها و روابط اجتماعی قوی بخصوص زندگی در شهرهای بزرگ و پرچنجال، فشارهای جسمی - روانی ناشی از ترافیک و آلودگی هوا و صدا و اثرات آن بر روان و رفتار انسان موجبات تشدید استرس را فراهم می‌کنند. اگر افراد مبتلا درصدد درمان باشند و موفق به درمان

گردند. با رفع موقعیت استرس‌زا، ناراحتی‌ها از بین می‌روند. در غیر اینصورت نه تنها به صورت رفتار تثبیت شده در می‌آیند بلکه موقعیت فرد را به حدی متزلزل می‌کنند که فرد دچار حالات بیمارگونه در سایر زمینه‌های رفتاری نیز می‌شود.

در صورت عدم معالجه سیکلی معیوب ایجاد می‌شود که موقعیت استرس‌زا - حالات مرضی - بدتر شدن موقعیت‌ها و حالات تشدید حالات مرضی نتیجه آن می‌باشد.

بدیهی است در مراحل اولیه با توجه به اینکه: "زندگی شهری هیچگاه آسان، ساده و بی‌استرس نیست" باید موسسات درمانی از یکسو و مدیریت صحیح از سوی دیگر زمینه را برای مساعد کردن شرایط زیست مناسب هموار سازند.

استرس یا فشار روانی دقیقاً نیرویی است که چون فشار آن بر سیستمی وارد شود، شکل آن را دگرگون می‌سازد. نیروها و فشارهای روانی و اجتماعی وقتی به شکل "رخدادها" یا "موقعیتها"ی خاص تعادل شخص را برهم بزند، استرس نامیده می‌شود. تنشهای روانی هم نوعی استرس است. در این مورد عامل مولد استرس را می‌توان استرس‌زا (**Stressor**) نامید. استرس لزوماً در مواردی نیست، چرا که به مقدار کم می‌تواند ایجاد انگیزه کند. برای مثال گاهی بروز یک حالت بحرانی ممکن است طرز تفکر مثبتی در شخص به وجود آورد و راههای برتری پیش رویش گذارد به نحوی که بتواند بر شرایط موجود احاطه کامل یابد و به احتمال قوی موفق گردد. همه کس ممکن است تحت تأثیر فشارهای روانی قرار گیرد، که گرچه در بعضی مواقع این فشارها خود انگیزه‌ای برای انجام کارهای مفید است، اما اگر شدت یابد شخص را به بیماریهای روحی و جسمی مبتلا می‌سازد.

در حال حاضر عوامل مولد استرس در جهان نسبت به گذشته بیشتر شده است، زیرا بعضی از مکانیسمهای سنتی که به مردم کمک می‌کرد تا با فشارهای روانی مقابله کنند به تدریج رو به نابودی می‌رود.

شهرنشینی تغییرات اجتماعی سریعی را به وجود آورده و ارزشها و اعتقادات

امیدبخش گذشته را از بین برده است، همچنین سبب فروپاشی بسیاری از سنتهای اجتماعی که موجب حمایت و پشتیبانی افراد از یکدیگر می شد - مثل زندگی مشترک با والدین یا تشکیل خانواده‌های گسترده - شده است. انبوه رو به ازدیاد جمعیت و رشد فزاینده جنایات و اعمال خشنونت آمیز در شهرها نیز باعث ایجاد ترس و فشارهای روحی می شود که در نهایت بر سلامت و بهداشت روان انسان لطمه می زند. تلاش برای مقابله با نارضایتی های حاصله از اینگونه زندگی غالباً ناموفق می ماند و ظاهراً چنین به نظر می رسد که جز پناه بردن به الکل و داروهای مخدر و یا سایر مواد مضر - که خود مسائل و مشکلات دیگری را به بار می آورد، راه چاره ای نیست.

کمکها و حمایتهای متقابل در خانواده‌های گسترده و اجتماعات کوچک بر پایه یک رشته از اعتقادات و ارزشهای سنتی محکمی استوار است که می تواند تأثیر رویدادهای مولد استرس را کمتر کند، ولی متأسفانه چنین موقعیت‌هایی در اختیار همه کس قرار ندارد، و در همه موارد هم موثر نیست.

استرس، و ناتوانی مقابله با آن، می تواند منجر به بروز بیماریهای جسمی و روانی گردد و عوارض ناراحت کننده‌ای چون از بین رفتن خصوصیات اخلاقی و فقدان انگیزه بر جای گذارد. تمامی اینها سبب می شود که کیفیت زندگی مردم پایین بیاید و توانشان در برخورد خوش بینانه با مشکلات به سستی گراید.

فشارهای روانی و شرایط و موقعیتهایی که موجب افزایش و تشدید این فشارها می شود باید برای مردم روشن شود، این امر به شناسایی آن دسته از موازین اداری و سیاسی که بایستی به منظور تأمین هر چه بهتر سلامت و رفاه همگان مورد حمایت و پشتیبانی قرار گیرد، کمک می کند. کارکنان بخش بهداشت باید توانایی تشخیص عوامل و شرایط به وجود آورنده فشار روانی و تأثیر آن بر سلامت افراد را داشته باشند و بدانند که چگونه با آن روبه‌رو شوند. آنها باید مهارتهای خود برای شنیدن خواسته‌های مراجعین و برقرار نمودن ارتباط با آنان را افزایش دهند. این موضوع به

نوبه خود کمک می‌کند تا به آسانی بتوانند کمکها و حمایت‌های مورد نیاز مراجعین خود را به مقامات مسئول گوشزد نمایند و یا لاقلاً مراجعین را راهنمایی کنند که چگونه و از کجا می‌توانند کمک دریافت دارند. اگر اقداماتی صورت گیرد می‌تواند بخشی از فشارهای روانی زندگی امروز را کاهش دهد، و همچنین می‌تواند چگونگی رویارویی با استرس را به حوب‌تری به مردم بیاموزد و بدین ترتیب عوارض جسمی و روحی آنان را به حداقل برساند.

بسیاری از مردم رابطه بین فشارهای روانی و نقش آن در تشدید بیماریها را تجربه کرده‌اند. به نظر می‌رسد اگر فردی دچار سرماخوردگی، آنفولانزا، تب خال، یا آلرژی باشد و به علتی در خانه یا در محل کار خود تحت فشار روحی شدیدی قرار گیرد بیماریش شدت خواهد گرفت. بعضی از مردم هرگز بیمار نمی‌شوند، مع هذا اگر دچار برخی فشارهای روانی شوند و برای دفع آن بخواهند تعطیلات خود را به مسافرت بروند تمام دوران سفر را با کسالت و ناخوشی ناشی از فشارهای مزبور سپری خواهند کرد. به خاطر همین ارتباط درونی و ذاتی است که امروزه بسیاری از محققان، در تلاشند تا پی ببرند که چرا و چگونه فشار روحی و شدت یافتن برخی از بیماریها این چنین به هم گره خورده‌اند. یکی از زمینه‌های خاصی که مورد توجه محققان قرار گرفته تأثیر فشار روانی بر دستگاه دفاعی بدن است بنابراین اگر فشار روانی بتواند بر سیستم ایمنی بدن انسان تأثیر بگذارد پس می‌تواند در تشدید بیماریها نیز موثر باشد.

عوامل مولد استرس^(۱)

مطالعاتی که درباره وجود رابطه بین استرس و سیستم دفاعی بدن صورت گرفته نشان داده است که عوامل کاملاً متفاوتی از قبیل امتحان، مرگ عزیزان، سوگواری، طلاق، بیکاری، جنون اعداد، یا مراقبت از یکی از خویشاوندان مبتلا به آلزایمر در ایجاد استرس دخالت دارد. به طور کلی، این مطالعات نشان داده است که بین

استرس و بعضی تغییرات خونی یعنی تغییر تعداد گلبولهای سفید و تغییر مقدار پادزهر موجود درخون رابطه مستقیم وجود دارد. به علاوه، استرس با تغییر عملکرد سلولهای ایمنی نیز همراه است. به عبارت دیگر، در کسانی که تحت فشار روحی قرار می‌گیرند کاهش چشمگیری هم در تکثیر لنفوسیتها و هم در قدرت طبیعی یاخته‌کشی سلولها وجود دارد. ضمناً به نظر می‌رسد که بین طول مدتی که شخص تحت فشار روحی است و میزان تغییرات ایمنی بدن او رابطه‌ای وجود داشته باشد. به عنوان مثال، هر قدر فشار روحی بیشتر باشد کاهش بیشتری در برخی از انواع اختصاصی گلبولهای سفید مشاهده می‌شود.

همچنین ظاهراً به نظر می‌رسد بازتابی که سیستم ایمنی بدن در مقابل فشارهای روانی نشای از اختلال روابط انسانی (نظیر سوگواری یا طلاق) نشان می‌دهد که با نوعی که مربوط به امتحان یا بیکاری است تفاوت داشته باشد. علاوه بر موارد فوق اخیراً معلوم شده است که بین حالت‌های منفی روانی (مثل اضطراب و افسردگی) و تغییرات سیستم ایمنی بدن نیز رابطه‌ای وجود دارد. نتایج به دست آمده مبین آن است که حالت‌های اضطراب و افسردگی همواره با کاهش تکثیر لنفوسیتها و کاهش قدرت طبیعی یاخته‌کشی سلولها همراه است و در ضمن تغییراتی در تعداد گلبولهای سفید خود و مقدار پادزهر موجود در خون به وجود می‌آورد و بالاخره چنین به نظر می‌رسد که توانایی بدن در ساخت و ترشح پادزهر برای یک ماده مضر به میزان اضطراب شخص بستگی دارد. هر قدر اضطراب بیشتر و شدیدتر باشد پادزهر کمتری ترشح می‌شود.

چگونه فشارهای روانی یا حالات و احساسات منفی می‌تواند در سیستم ایمنی بدن تغییراتی بوجود آورد؟ در پاسخ به این سوال می‌توان از مکانیسم‌های فیزیولوژیکی و رفتاری کمک گرفت. در مورد مکانیسم‌های فیزیولوژیکی باید گفت که استرس همیشه با فعال شدن چند نوع از دستگاه‌های ساختمانی بدن، از جمله محور "هیپوتالاموس - هیپوفیز - فوق کلیوی" و دستگاه اعصاب سمپاتیک همراه

است. فعال شدن این دو سیستم منجر به بالا رفتن سطح هورمونهای ویژه‌ای به نام کورتیزول و کاته کولامین در خون می‌شود (اپی نفرین و نوراپی نفرین). مقدار این هورمونها در خون با عملکرد سیستم ایمنی بدن در ارتباط است. به عنوان مثال، افزایش حاد کورتیزول و اپی نفرین با کاهش تعداد گلبولهای سفید خود بستگی دارد و حتی تکثیر لنفوسیتها و قدرت طبیعی یاخته‌کشی سلولها را کاهش می‌دهد، هورمونهای دیگری که در اثر فشارهای روانی در بدن ترشح می‌شود، مثل هورمون رشد، پرولاکتین، افیون طبیعی (بتاندورفین و ان کفالین)، نیز بر سیستم ایمنی بدن تأثیر می‌گذارد. این هورمونها در سطح سلولی به گیرنده‌های گلبولهای سفید می‌چسبند و آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

تأثیر استرس بر رفتار انسان

با تعاریف دیگری که درباره تأثیر فشارهای روانی به عمل آمده همبستگی این فشارها با بعضی رفتارهای خاصی که موجب تعدیل واکنشهای ایمنی می‌شود آشکار گردیده است، افراد مبتلا به استرس کمتر از دیگران می‌خوابند، کمتر ورزش می‌کنند، رژیم غذایی آنها نامناسب و کم محتواست، زیاد سیگار می‌کشند و اغلب الکل و مواد مخدر مصرف می‌کنند. این رفتارهای ناسالم بر سیستم ایمنی بدنشان اثر می‌گذارد.

تفسیر این تغییرات که به علت استرس در سیستم ایمنی بدن رخ می‌دهد کاری دشوار است. اگر چه فعالیت یاخته‌کشی سلولها در کسانی که تحت فشارهای روانی هستند هنگام ابتلا به برخی بیماریها (به خصوص سرطان، عفونت ویروسی مزمن، یا بیماریهای خود ایمنی) کاهش می‌یابد اما هنوز عوارض بهداشتی آن بطور مستقیم به تأیید نرسیده و درباره زیانهایش نمی‌توان با قاطعیت اظهار نظر نمود.

کاهش تکثیر سلولی لنفوسیتها را می‌توان با افزایش میزان مرگ و میر و فزونی تعداد افراد سالخورده‌ای که در بیمارستها بستری می‌شوند موازی و همراه دانست،

ولی هنوز روشن نیست که بین کاهش تکثیر سلولی و ابتلا به بعضی بیماریهای خاص چه رابطه‌ای وجود دارد مع هذا اثر منفی فشارهای روانی بر سلامت انسان امری کاملاً واضح است که اگر نه به طور کامل، ولی تا اندازه‌ای پای سیستم ایمنی بدن در میان است. امید است تحقیقات آینده ما را راهنمایی کند که چگونه می‌توان با کاهش فشارهای روحی سلامت جسم را تأمین کرد.

دکتر فرجاد شهرنشینی و سکونت در محله‌های شلوغ و کثیف را استرس‌زا دانسته و آن را یکی از عوامل سوق دهنده افراد به سوی اعتیاد می‌داند. این محقق می‌نویسد "اگر چه فقط ۱۵ درصد اهالی نیویورک در محلات کثیف زندگی می‌کنند ولی ۸۳ درصد معتادان جوان آن شهر از ساکنان محلات مزبور هستند." وی همچنین می‌گوید "مطالعاتی که در مورد نحوه اشاعه بیماریهای روانی در مرکز شهر نیویورک به عمل آمده نشان داده است که این نوع بیماران بیشتر به طبقات فقیر تعلق دارند، چنانکه نسبت بیماران روانی طبقه فقیر به طبقات غنی حدود ۱۳ درصد در مقابل ۳/۶ درصد است" تأثیر پدیده شهرنشینی و زندگی در محله‌های کثیف و پرجمعیت برگرایش به اعتیاد در کشور ما نیز مورد تأیید قرار گرفته است. تفنگچی نیز محله‌ای شلوغ و آلوده و فقیرنشین (مثل بعضی از محلات جنوبی شهر تهران) را از نقاط استرس‌زا می‌داند که ساکنانش به طرف اعتیاد رانده می‌شوند.

فشارهای روانی و سرطان

حدود ۲۰۰۰ سال است پزشکان پی برده‌اند که بین فشارهای روانی و رشد تومورهای بدخیم رابطه مستقیمی وجود دارد. در قرن نوزدهم پزشکان بریتانیا اعتقاد داشتند که پریشانه‌حالی مهمترین عامل مولد سرطان است و بعدها افزایش موارد سرطان به فشارهای روانی، که تحفه شیوه‌های مدرن زندگی است، ربط داده شد.

طبق آنچه که در "خبرنامه استرس" نشریه انستیتو استرس آمریکا به چاپ رسیده

است، مطالعاتی که طی پنج دهه گذشته صورت گرفته به شکل متقاعد کننده‌ای نشان داده است که فشارهای روانی تأثیر عمیقی در سرعت بخشیدن به پیشرفت و رشد انواع مختلف تومورهای بدخیم دارد بدون آنکه عملاً به وجود آورنده و سازنده آنها باشد. به همین ترتیب مشاهده شده است که با کاهش فشارهای روانی، رشد غدد سرطانی در حیوانات آزمایشگاهی فروکش کرده و طول زندگی مبتلایان به سرطان را افزایش داده است به طوری که آن را "بیماری سازش" نامیده‌اند.

اگر تاریخچه زندگی بسیاری از حیوانات مورد بررسی قرار گیرد معلوم می‌شود که سرطان در اشکال ابتدایی حیات آنها وجود نداشته است. از طرف دیگر در همین حیوانات مشاهده می‌شود که قابلیت ترمیم قسمتهایی از اعضای بدن آنها که زخمی شده یا از بین رفته نسبت به گذشته افزایش چشمگیری پیدا کرده است. در مورد انسانها نیز دیده شده است که زخمی شدن قسمتی از بافتهای بدن اگر با از دست رفتن برخی از روابط مهم عاطفی همراه باشد با احتمال زیاد ممکن است به بروز سرطان منجر شود.

بعضی از پزشکان و متخصصان بر این عقیده‌اند که تأثیر بعضی ضربات کوچک تحریک کننده، که از نظر خصیصه ارثی به اجداد گذشته ما مرجوع می‌شود، و سابقاً در بافتهای بدن نقش یک عامل ترمیم کننده را داشته است، اکنون باعث رشد و تکثیر آن بافتها به شکل نئوپلاسم می‌شود، که غیرقابل کنترل و بدخیم است. از طرف دیگر، به نظر می‌رسد که برخی احساسات و اعتقادات مثبت، همچون داشتن ایمانی محکم یا برخورداری از حمایتهای اجتماعی و یا بهره‌مندی از سایر خط مشی‌های کاهش دهنده فشارهای روانی، بتواند رشد تومورهای بدخیم را به عقب اندازد یا حتی به کلی متوقف کند، چنانکه در مورد توقف خود به خود رشد بعضی از سرطانها دیده شده است.

جداول زیر رابطه بین سن را با شکایات جسمانی،
افسردگی و اضطراب در مراجعین زن نشان می دهد

جدول شماره ۱-۱

شکایات جسمانی					سن
T	SS	S	B	H	
۵	۰	۴	۱	۰	زیر ۲۰ سال
۷۸	۴	۳۲	۳۱	۱۱	۲۰ - ۴۰ سال
۱۶	۳	۹	۲	۲	۴۰ - ۶۰ سال
۹۹	۷	۴۵	۳۴	۱۳	جمع

$$X^2 = 9/81 \quad df = 6$$

جدول شماره ۱-۲

افسردگی					سن
T	SS	S	B	H	
۵	۰	۳	۱	۱	زیر ۲۰ سال
۷۸	۵	۳۵	۲۱	۱۷	۲۰ - ۴۰ سال
۱۶	۲	۸	۵	۱	۴۰ - ۶۰ سال
۹۹	۷	۴۶	۲۷	۱۹	جمع

$$X^2 = 3/22 \quad df = 6$$

جدول شماره ۱-۳

اضطراب					سن
T	SS	S	B	H	
۵	۰	۴	۱	۰	زیر ۲۰ سال
۷۸	۴	۳۲	۲۱	۲۱	۲۰ - ۴۰ سال
۱۶	۲	۸	۲	۴	۴۰ - ۶۰ سال
۹۹	۶	۴۴	۲۴	۲۵	جمع

$$X^2 = ۵/۷۷ \quad df = ۶$$

جداول زیر رابطه بین سن را با شکایات جسمانی، افسردگی و اضطراب در مراجعین مرد نشان می دهد

جدول شماره ۱-۴

شکایات جسمانی					سن
T	SS	S	B	H	
۶	۰	۲	۳	۱	زیر ۲۰ سال
۶۳	۱	۲۶	۱۷	۱۹	۲۰ - ۴۰ سال
۲۲	۰	۱۲	۶	۴	۴۰ - ۶۰ سال
۹۱	۱	۴۰	۲۶	۲۴	جمع

$$X^2 = ۴/۲۵ \quad df = ۶$$

جدول شماره ۱-۵

افسردگی					سن
T	SS	S	B	H	
۶	۱	۳	۲	۰	زیر ۲۰ سال
۶۳	۴	۲۰	۱۷	۲۲	۲۰ - ۴۰ سال
۲۲	۲	۷	۷	۶	۴۰ - ۶۰ سال
۹۱	۷	۳۰	۲۶	۳۸	جمع

$$X^2 = ۵/۰۸ \quad df = ۶$$

جدول شماره ۱-۶

اضطراب					سن
T	SS	S	B	H	
۶	۱	۲	۳	۰	زیر ۲۰ سال
۶۳	۱	۲۰	۱۸	۲۴	۲۰ - ۴۰ سال
۲۲	۳	۱۰	۰	۹	۴۰ - ۶۰ سال
۹۱	۴	۳۲	۲۱	۳۳	جمع

$$X^2 = ۱۷/۱۸ \quad df = ۶$$

جداول زیر رابطه بین سن را با شکایات جسمانی،
افسردگی و اضطراب در کل مراجعین را نشان می دهد

جدول شماره ۱-۷

شکایات جسمانی					سن
T	SS	S	B	H	
۱۱	۰	۶	۴	۱	زیر ۲۰ سال
۱۴۱	۵	۵۸	۴۸	۳۰	۲۰ - ۴۰ سال
۳۸	۳	۲۱	۸	۶	۴۰ - ۶۰ سال
۱۹۰	۸	۸۵	۶۰	۳۷	جمع

$$X^2 = ۴/۹۶ \quad df = ۶$$

جدول شماره ۱-۸

افسردگی					سن
T	SS	S	B	H	
۱۱	۱	۶	۳	۱	زیر ۲۰ سال
۱۴۱	۹	۵۵	۳۸	۳۹	۲۰ - ۴۰ سال
۳۸	۴	۱۵	۱۲	۷	۴۰ - ۶۰ سال
۱۹۰	۱۴	۷۶	۵۳	۴۷	جمع

$$X^2 = ۳/۷۸ \quad df = ۶$$

جدول شماره ۱-۹

اضطراب					سن
T	SS	S	B	H	
۱۱	۱	۶	۴	۰	زیر ۲۰ سال
۱۴۱	۵	۵۲	۳۹	۴۵	۲۰ - ۴۰ سال
۳۸	۵	۱۸	۲	۱۳	۴۰ - ۶۰ سال
۱۹۰	۱۰	۷۶	۴۵	۵۸	جمع

$$X^2 = 18/39 \quad df = 6$$

جداول زیر رابطه بین سن وضعیت تأهل را با افسردگی، حساسیت میان فردی و پرخاشگری نشان می دهد

جدول شماره ۳-۱

اضطراب					وضعیت تأهل
T	SS	S	B	H	
۴۸	۲	۲۲	۱۱	۱۳	مجرد
۱۳۲	۱۱	۴۹	۳۸	۳۴	متأهل
۱۱	۱	۷	۳	۰	جدا شده
۱۹۱	۱۴	۷۸	۵۲	۴۷	جمع

$$X^2 = 7/59 \quad df = 6$$

جدول شماره ۳-۲

حساسی میان فردی					وضعیت تأهل
T	SS	S	B	H	
۴۸	۱	۸	۲۱	۱۸	مجرد
۱۳۲	۳	۲۶	۵۸	۴۵	متاهل
۱۱	۲	۲	۵	۲	جدا شده
۱۹۱	۶	۳۶	۸۴	۶۵	جمع

$$X^2 = 7/13 \quad df = 6$$

جدول شماره ۳-۳

پرخاشگری					وضعیت تأهل
T	SS	S	B	H	
۴۹	۴	۱۷	۲۱	۷	مجرد
۱۳۳	۴	۵۱	۵۳	۲۵	متاهل
۹	۱	۱	۶	۱	جدا شده
۱۹۱	۹	۶۹	۸۰	۳۳	جمع

$$X^2 = 6/70 \quad df = 6$$

جداول زیر رابطه بین شغل را با حساسیت میان فردی، افسردگی، اضطراب و پرخاشگری در کل مراجعین نشان می دهد
جدول شماره ۵-۹

حساسیت میان فردی					شغل
T	SS	S	B	H	
۸۸	۲	۱۱	۳۸	۳۷	کارمند
۱۷	۰	۴	۹	۴	کارگر
۲۳	۱	۶	۹	۷	محصل
۳۸	۰	۱۰	۱۹	۹	خانه دار و شغل آزاد
۱۶۶	۳	۳۱	۷۵	۵۷	جمع

$$X^2 = 9/94 \quad df = 9$$

جدول شماره ۵-۱۰

افسردگی					شغل
T	SS	S	B	H	
۸۸	۴	۳۳	۲۴	۲۷	کارمند
۱۷	۰	۸	۷	۲	کارگر
۲۳	۲	۱۱	۴	۶	محصل
۳۸	۷	۱۴	۱۲	۵	خانه دار و شغل آزاد
۱۶۶	۱۳	۶۶	۴۷	۴۰	جمع

$$X^2 = 15/53 \quad df = 9$$

جدول شماره ۵-۱۱

اضطراب					شغل
T	SS	S	B	H	
۸۸	۳	۳۴	۱۸	۳۳	کارمند
۱۷	۰	۱۰	۳	۴	کارگر
۲۳	۲	۸	۸	۵	محصل
۳۸	۲	۱۷	۱۳	۶	خانه‌دار و شغل آزاد
۱۶۶	۷	۶۹	۴۲	۴۸	جمع

$$X^2 = ۱۲/۱۰ \quad df = ۹$$

جدول شماره ۵-۱۲

پرخاشگری					شغل
T	SS	S	B	H	
۸۸	۴	۳۲	۲۸	۲۴	کارمند
۱۷	۰	۱۱	۵	۱	کارگر
۲۳	۳	۸	۱۰	۲	محصل
۳۸	۲	۱۱	۲۲	۳	خانه‌دار و شغل آزاد
۱۶۶	۹	۶۲	۶۵	۳۰	جمع

$$X^2 = ۲۱/۶۶ \quad df = ۹$$

جداول زیر رابطه بین رضایت از محیط زندگی را با اضطراب، افسردگی و پرخاشگری در مراجعین زن را نشان می‌دهد

جدول شماره ۸-۱

اضطراب					میزان رضایت از محیط زندگی
T	SS	S	B	H	
۳۰	۲	۲۰	۶	۲	اصلاً یا کمی
۴۵	۳	۱۹	۹	۱۴	تا حدی
۲۵	۰	۶	۹	۱۰	زیاد و خیلی زیاد
۱۰۰	۵	۴۵	۲۴	۲۶	جمع

$$X^2 = ۱۵/۹۷ \quad df = ۶$$

جدول شماره ۸-۲

افسردگی					میزان رضایت از محیط زندگی
T	SS	S	B	H	
۳۰	۴	۲۳	۱	۲	اصلاً یا کمی
۴۵	۲	۲۰	۱۵	۸	تاحدی
۲۵	۱	۶	۱۰	۸	زیاد و خیلی زیاد
۱۰۰	۷	۴۹	۲۶	۱۸	جمع

$$X^2 = ۲۳/۷۲ \quad df = ۶$$

جدول شماره ۸-۳

پرخاشگری					میزان رضایت از محیط زندگی
T	SS	S	B	H	
۳۰	۴	۱۲	۱۳	۱	اصلاً یا کمی
۴۵	۲	۱۵	۱۹	۹	تاحدی
۲۵	۰	۶	۱۶	۳	زیاد و خیلی زیاد
۱۰۰	۶	۳۳	۴۸	۱۳	جمع

$$X^2 = ۱۱/۰۸ \quad df = ۶$$

جداول زیر رابطه بین رضایت از محیط زندگی را با
اضطراب، افسردگی و پرخاشگری در مراجعین مرد را نشان
می دهد

جدول شماره ۸-۴

اضطراب					میزان رضایت از محیط زندگی
T	SS	S	B	H	
۲۰	۱	۸	۷	۴	اصلاً یا کمی
۳۵	۰	۱۱	۸	۱۶	تا حدی
۳۴	۲	۱۴	۷	۱۱	زیاد و خیلی زیاد
۸۹	۳	۳۳	۲۲	۳۱	جمع

$$X^2 = ۶/۱۳ \quad df = ۶$$

جدول شماره ۸-۵

افسردگی					میزان رضایت از محیط زندگی
T	SS	S	B	H	
۲۱	۲	۱۲	۳	۴	اصلاً یا کمی
۳۴	۱	۶	۱۴	۱۳	تا حدی
۳۴	۴	۱۱	۸	۱۱	زیاد و خیلی زیاد
۸۹	۷	۲۹	۲۵	۲۸	جمع

$$X^2 = ۱۲/۴۸ \quad df = ۶$$

جدول شماره ۸-۶

پرخاشگری					میزان رضایت از محیط زندگی
T	SS	S	B	H	
۲۰	۲	۱۱	۴	۳	اصلاً یا کمی
۳۵	۰	۱۱	۱۵	۹	تاحدی
۳۴	۲	۱۴	۱۰	۸	زیاد و خیلی زیاد
۸۹	۴	۳۶	۲۹	۲۰	جمع

$$X^2 = 7/71 \quad df = 6$$

جداول زیر رابطه بین میزان درآمد ماهیانه را با افسردگی و حساسیت میان فردی در کل مراجعین نشان می دهد
جدول شماره ۹-۵

پرخاشگری					میزان درآمد ماهیانه
T	SS	S	B	H	
۱۷	۲	۱۰	۳	۲	تا ۱۰۰۰۰۰۰ ریال
۸۴	۳	۴۱	۲۳	۱۷	تا ۲۰۰۰۰۰۰ ریال
۵۹	۵	۱۵	۱۹	۲۰	بیش از ۲۰۰۰۰۰۰ ریال
۱۶۰	۱۰	۶۶	۴۵	۳۹	جمع

$$X^2 = 13/20 \quad df = 6$$

جدول شماره ۶-۹

حساسیت میان فردی					میزان درآمد ماهانه
T	SS	S	B	H	
۱۷	۱	۳	۸	۵	تا ۱۰۰۰۰۰۰ ریال
۸۱	۲	۱۸	۳۷	۲۴	تا ۲۰۰۰۰۰۰ ریال
۶۲	۱	۹	۲۳	۲۹	بیش از ۲۰۰۰۰۰۰ ریال
۱۶۰	۴	۳۰	۶۸	۵۸	جمع

$$X^2 = 5/89 \quad df = 6$$

بررسی مقایسه‌ای عوامل اجتماعی با اختلالات احساسی، عاطفی،
خلقی، رفتاری

***ارتباط بین سن با شکایت جسمانی، افسردگی و اضطراب:
- افراد جوان و میانسال (۲۰ - ۴۰ سال) بیشتر از افراد زیر ۲۰ سال احساس درد و
شکایات جسمانی دارند ضمناً از افسردگی بیمارگونه رنج می‌برند.
- تعداد چشمگیری از افراد بین ۴۰ تا ۶۰ سال به اختلال افسردگی و اضطراب
نیز مبتلا هستند.

***ارتباط بین محل تولد با افسردگی، اضطراب و حساسیت میان فردی:
- در متولدین شهر و مراکز استانها افسردگی، اضطراب و حساسیت و زودرنجی
بیمارگونه بیشتری مشاهده می‌شود.

*** ارتباط بین وضعیت تأهل با افسردگی، حساسیت میان فردی (کمروئی) و

پرخاشگری:

- مراجعه کنندگان متأهل بالاترین درصد افسردگی، حساسیت میان فردی (زودرنجی) و پرخاشگری بیمارگونه را به خود اختصاص داده‌اند.

*** ارتباط بین تعداد فرزندان با حساسیت میان فردی و اضطراب:

- افرادی که بدون فرزند و یا دارای ۱ و ۲ فرزند می‌باشند از حساسیت و زودرنجی و حالات عصبی کمتری برخوردار هستند ولی از اضطراب بیشتری رنج می‌برند.

*** ارتباط شغل با حساسیت میان فردی، افسردگی، اضطراب و پرخاشگری:

- مراجعین کارمند از افسردگی، اضطراب و پرخاشگری بیمارگونه و شدیدی رنج می‌برند ولی از لحاظ حساسیت میان فردی سالم بوده و یا در مرز بیماری قرار دارند.

*** ارتباط بین میزان رضایت از شغل با پرخاشگری، حساسیت میان فردی

و سواس و شکایت جسمانی:

- مراجعین که کمی یا تا حدی از شغل فعلی خود رضایت دارند از پرخاشگری،

و سواس و شکایت جسمانی بالاتری برخوردارند و از حساسیت میان فردی کمتری رنج می‌برند.

*** ارتباط میزان تحصیلات با پرخاشگری، شکایت جسمانی، افسردگی و

پرانوایا:

- افرادی که دارای تحصیلات متوسطه هستند حالات پرخاشگری، احساس درد

و شکایت جسمانی و افسردگی بیشتر از خود نشان داده‌اند ولی از لحاظ سؤظن و بدبینی سالم و یا در مرز بیماری قرار دارند.

*** ارتباط میزان رضایت از محیط زندگی با روان پریشی، افسردگی، پرانوایا،

اضطراب و پرخاشگری:

- افرادی که اصلاً از محیط زندگی خویش راضی نبوده و یا به میزان کمی از آن

رضایت دارند دارای روان پریشی بیمارگونه هستند و از افسردگی، اضطراب و

پرخاشگری بیشتری رنج می‌برند ولی از لحاظ سوظن و بدبینی سالم و یا در مرز بیماری قرار دارند.

** ارتباط میزان درآمد ماهیانه با افسردگی، پرخاشگری و حساسیت میان فردی:

- افرادی که سقف درآمد ماهیانه‌شان تا ۲۰۰۰۰۰ ریال است دارای افسردگی و پرخاشگری بیمارگونه و شدید بوده ولی از لحاظ حساسیت میان فردی سالم و یا در مرز بیماری قرار دارند.

** ارتباط بین تعداد افراد خانواده با حساسیت میان فردی، افسردگی، اضطراب و پرخاشگری:

مراجعه‌ی که تعداد افراد خانواده‌شان بین ۳ تا ۵ نفر است دارای افسردگی، اضطراب و پرخاشگری بیمارگونه‌ای می‌باشند ولی از لحاظ حساسیت میان فردی، زودرنجی و حالات عصبی سالم بوده و یا در مرز بیماری قرار دارند.

** ارتباط بین کفایت درآمد با پرخاشگری، اضطراب و افسردگی:

- مراجعه‌ی که میزان درآمد ماهیانه‌شان کفاف مخارج زندگیشان را نمی‌دهد از لحاظ پرخاشگری، اضطراب، افسردگی درصد بیشتری را به خود اختصاص داده‌اند.

** ارتباط بین چگونگی صمیمیت با اعضای خانواده با حساسیت میان فردی و پرخاشگری:

- افرادی که با پدر و مادر خود بیش از دیگران صمیمی هستند از حساسیت و زودرنجی و پرخاشگری کمتری برخوردار هستند.

** ارتباط بین وضعیت سکونت با پرخاشگری، اضطراب و افسردگی:

- باوجودیکه اکثریت مراجعه‌کنندگان دارای خانه شخصی بودند اما در عین حال از پرخاشگری، اضطراب و افسردگی نیز تا حدودی رنج می‌برند که این خود نشان دهنده اثرات فشارهای اجتماعی بر آنها است.

*** ارتباط بین چگونگی محیط زندگی خانوادگی تا دوران بلوغ با حساسیت میان فردی، پرخاشگری و افسردگی:

- مراجعینی که محیط زندگی خانوادگی ایشان تا دوران بلوغ صمیمی یا معمولی بوده است از حساسیت و زودرنجی، پرخاشگری و افسردگی کمتری نسبت به دیگران برخوردار هستند.

*** ارتباط بین مسائل و مشکلات فردی با پرخاشگری، اضطراب و حساسیت میان فردی:

- مراجعینی که پدر و مادر خود را مقصر اصلی مسائل و مشکلات خویش می‌شناسند از پرخاشگری و حساسیت میان فردی یا زودرنجی و حالات عصبی کمتری رنج می‌برند ولی از لحاظ اضطراب بیمارگونه درصد بیشتری را به خود اختصاص داده‌اند.

*** ارتباط بین اینکه آیا پدر و مادرشان از هم جدا شده‌اند با پرخاشگری، حساسیت میان فردی و افسردگی:

- مراجعینی که پدر و مادرشان از هم جدا شده‌اند از پرخاشگری، حساسیت و زودرنجی و افسردگی بیمارگونه‌ای رنج می‌برند.

*** ارتباط بین میزان امیدواری به آینده با پرخاشگری و افسردگی:

- افرادی که نسبت به آینده ناامید نبوده و یا کمی ناامید هستند میزان پرخاشگری و افسردگی‌شان کمتر از اشخاصی است که نسبت به آینده ناامید هستند.

*** ارتباط بین چگونگی رابطه والدین با حساسیت میان فردی، افسردگی

اضطراب و پرخاشگری:

- مراجعینی که والدینشان تا حدی و یا زیاد با یکدیگر سازش و هم‌فکری داشته و بهم احترام می‌گذارند از حساسیت و زودرنجی، اضطراب و پرخاشگری کمتری رنج می‌برند ولی افرادی که والدینشان با یکدیگر ناسازگاری داشته‌اند از افسردگی بیمارگونه و شدیدی رنج می‌برند.

* ارتباط بین مشکل فعلی با پرخاشگری، اضطراب و وسواس:
- مراجعینی که مشکل عمده‌شان مسائل اقتصادی و یا رفتاری است از اضطراب و وسواس بیمارگونه‌ای رنج می‌برند ولی از میزان پرخاشگری کمتری برخوردار هستند.

* ارتباط بین اینکه مسائل و مشکلات خود را بیشتر با چه کسی مطرح می‌کنید با پرخاشگری، حساسیت میان فردی:
- در افرادی که مادر خود را محرم اصلی مسائل و مشکلات خویش می‌شناسند پرخاشگری، حساسیت و زودرنجی و سؤظن کمتر دیده شده است که نشان دهنده ارتباط عاطفی بین مادر و فرزند در جامعه است.

* ارتباط بین چگونگی معاشرت با خویشاوندان و دوستان با پرخاشگری پارانویا، افسردگی و حساسیت میان فردی:
- افرادی که مشکلات خانوادگی باعث عدم معاشرتشان با دوستان و خویشاوندان نشده است از پرخاشگری، سؤظن و بدبینی و حساسیت میان فردی و زودرنجی و حالات عصبی کمتری برخوردار هستند ولی بالعکس اشخاصی که مشکلات باعث عدم ارتباطشان با دوستان و خویشاوندان شده است، دارای سؤظن و افسردگی بیمارگونه‌ای می‌باشند.

* ارتباط بین چگونگی گذران اوقات فراغت با افسردگی، سؤظن، حساسیت میان فردی و شکایت جسمانی:

- افرادی که اوقات فراغت خود را به مطالعه و انجام کارهای هنری سپری می‌کنند از افسردگی، سؤظن و بدبینی و حساسیت و زودرنجی کمتری رنج می‌برند ولی بیشتر از دیگران احساس درد و شکایت جسمانی داشته‌اند.

فهرست منابع و مآخذ

- 1- Ablow, Keith. (1985). "On a psychiatric ward, words like "Crazy" lose their meaning." The Evening Sun, July 10, p. A9.
- 2- Akiskal, Hagop S. (1985). "A proposed clinical approach to chronic and "Resistant" Depressions Evaluation and Treatment. "Journal of clinical psychiatry, 46 (10): 32-36.
- 3- Anthony, James C., et al. (1985). "Comparison of the lay Diagnostic interview schedule and a standardized psychiatric Diagnosis." Archives of General psychiatry, 42: 667-675.
- 4- Ayd, F.J., and Blackwell, B. (eds). Discoveries in Biological psychiatry. Philadelphia: Lippincott, 1970.
- 5- Barraclough, B., et al. (1974). "A Hundred cases of suicide: clinical Aspects. "British Journal of psychiatry, 125:355-373.
- 6- Beers, Clifford. (1981). A Mind That found itself. Pittsburgh, Penn.: University of Pittsburgh Press.
- 7- Bott, E. (1975) Family and social Network. London: Tavistock publications.
- 8- Boyd, J. & Weissman, M. (1982) in Paykel, E.S. (Ed) Handbook Disorders. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- 9- Brown, G. & Harris, T. (1978) social origins of Depression. London: Tavistock publications.
- 10- Chaitow, I. (1983) Relaxation and Meditation Techniques Northants: Thorsons.
- 11- Dally, P. & Harrington, H. (1975) psychiatry and

psychology for Nurses, 5th edn. London: Hodder & stoughton.

12- Ellis, A, (1962) Reason and Emotion in psychotherapy. New Jersey Lyle & Stuart.

13- Feighner, J.R., et al. (1972). "Diagnostic Criteria for Use in psychiatric Research."

14- Frank, Jerome D. (1974). "Psychotherapy: The Restoration of Moral. "American Journal of psychiatry, 131: 271-274.

15- Freeman, C.P.L., and Kendell. R.E. (1980). "ECT: I . patients, Experiences and Attitudes. "British Journal of psychiaatry, 137: 8-16.

16- Goodwin, Donald. (1986). Book review of the perspectives of psychiatry. Journal of Clinical psychiatry, 47: 480.

17- Guze, S., and Robins, E (1970). "Suicide and primary Affective Disorder. "British Journal of psychiatry, 117: 437-438.

18- James, I.P. (1967) Suicide and mortality among heroin addicts in British Journal of Addictions. 62: 391- 398.

19- Kaminsky, Michael J. (1986). "psychotherapy in patients with Endogenous Depression."

20- Komarovsky, M. (1967) Blue Collar Marriage. New York: Vintage Book.

21- Lemert, E.M. (1951) Social pathology New York: McGraw - Hill.

22- Nelson - Jones, R (1983) practical Counselling Skills. New York Holt, Rinehart & Winston.