

- Holzer Burkart (2007) *Transparency and Global Change*, in *The Blackwell Encyclopedia of Sociology*, edited by George Ritzer, Vol. X, United States of America: Blackwell Pub.
- Hunt Paul & Gunilla Backman (2008) "Health System and the Right to the Highest Attainable Standard of Health", *Health and Human Rights*, Vol. 10, No.1, p: 81-90.
- Linage Nathan L. , Mary E. Herring, Ruth L. Bush (2010) "Dealing Honestly with An Honest Mistake, Surgical Ethics Challenges", by the Society for Vascular Surgery.
- Mechanic David (2008) "Rethinking Medical Professionalism: The Role of Information Technology and Practice Innovations", *The Minbank Quarterly*, Vol.86, No.2, P:327-358.
- Swensen Stephen J. and Denise A. Cortese (2008) "Transparency and the End Result Idea", *Chest*, Vol.133, Issue.1, P:233-235. www.chestjournal.org. March 3, 2009.
- Tsoukas Haridioms (1997) "The Tyranny of Light: The Temptations and the Paradoxes of the Information Society", *Futures*, Vol.29, No.9, P:827-843.
- Vang Johannes (1992) *Health Policy*, in *Encyclopedia of Government & Politics* , Edited by: Mary Hawkesworth & Maurice Kogan, Vol.2, London & New York: Routledge.
- Vaughan Sophia, Tristan Bate, Jonathan Round (2012) "Must We Get it Wrong Again? A Simple Intervention to Reduce Medical Error, Trends" in *Anaesthesia & Critical Care*, Vol,2, p: 104-108.
- Walker Ann (2006) "Accountability & Evaluation, in *International Encyclopedia of Social Policy*", edited by Tony Fitzpatrick, Huck-Jukwou, Nick Manning, James Midgleg, Gillian Pascall, Vol.1, London & New York: Routledge.
- Weise George, Alberto Cambosio, Peter Keating, Loes Knaapen, Thomas Schlich and Virginie J. Tourany (2007) "The Emergence of Clinical Practice Guidelines", in the *Milbank Quarterly*, Vol.85, No.4, p:691-727.
- Wyden Ron (1995) "Transparency: A Prescription against Malpractice", *Public Health Reports*, Vol.110, No.4, p: 380-381.

رویکرد فرایند استرس در جامعه‌شناسی سلامت روان: مطالعه جامعه‌شناختی استرس

محمداسماعیل ریاحی^۱، لادن رهبری^۲

تاریخ دریافت: ۹۱/۲/۱۳، تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۱/۳۰

چکیده

رویکرد فرایند استرس، هم‌سو با مطالعه تأثیر عوامل اجتماعی بر ایجاد و توزیع اختلالات روانی ناشی از استرس، در دهه ۱۹۸۰ شکل گرفت و از همان زمان تاکنون سيطرة خود را در مطالعات جامعه‌شناسی سلامت روان حفظ کرده است. الگوی فرایند استرس شامل سه مولفه اصلی است: منابع اجتماعی تولید استرس، عوامل روانی- اجتماعی تعدیل‌کننده یا میانجی استرس و واکنش به استرس. این رویکرد دارای این پیش‌فرض اساسی است که تمام رویدادهای خوشایند و ناخوشایند زندگی منبع تولید استرس هستند؛ گرچه به‌لحاظ تداوم زمانی، می‌توان پیوستاری از ضربه‌های شدید روانی (تروما) تا استرس‌زاهای مزمن را ترسیم کرد. همچنین، مهم‌ترین عوامل تعدیل‌کننده تأثیر استرس، حمایت اجتماعی (ساختاری یا کارکردی) و نیز شیوه‌های مقابله فردی هستند. درنهایت، واکنش به استرس، تحت تأثیر عوامل اجتماعی- فرهنگی، از قبیل فرهنگ‌های عواطف، هنجارهای اجتماعی و فرایند یادگیری اجتماعی چگونگی بروز عواطف شکل می‌گیرد. تمرکز رویکرد فرایند استرس به‌مثابه چارچوبی جامعه‌شناختی، بر نقش ساختارهای کلان و بافت اجتماعی در تولید الگوهای غیرتصادفی توزیع اختلالات روانی ناشی از استرس است. نوشتار حاضر لزوماً به دنبال برداشتن گام‌هایی عملی به منظور فهم جامعه‌شناختی استرس نیست، بلکه هدف اصلی آن، اشاره به مسائلی است که به هنگام مطالعه اجتماعی استرس باید کانون توجه جامعه‌شناسان قرار بگیرد. از آنجاکه

۱. دانشیار گروه علوم اجتماعی دانشگاه مازندران
m.riahi@umz.ac.ir

۲. دانشجوی دکتری دانشگاه مازندران

راهبرد اساسی پژوهش‌های اجتماعی، شناسایی حلقه‌های اتصال سامانه‌های اجتماعی با استرس فردی است، این مقاله سعی کرده است با پیشنهاد چارچوبی مفهومی و تحلیلی، به گسترش حوزه جامعه‌شناسی استرس کمک کند.

واژگان کلیدی: فرایند استرس، عوامل استرس‌زا، حمایت اجتماعی، راهبردهای مقابله‌ای، سلامت روان، جامعه‌شناسی استرس.

بیان مسئله

سوینزر^۱ و همکاران (۱۹۹۹) به هنگام بررسی مسائل مربوط به سنجش و اندازه‌گیری سلامت روان، به ارائه نوعی دسته‌بندی از مهم‌ترین رشته‌های علمی علاقه‌مند به حوزه سلامت روان پرداخته‌اند و معتقدند که رشته‌های جامعه‌شناسی، روان‌شناسی، روان‌پزشکی و همه‌گیرشناسی^۲ به‌مثابه نمایندگان چهار حوزه علمی، یعنی علوم اجتماعی، علوم رفتاری، علوم زیستی و علوم محیطی، مهم‌ترین رشته‌هایی هستند که می‌توانند به موضوع سلامت و بیماری روانی بپردازند. در جدول ۱ اطلاعات بیشتری درباره این رشته‌های علمی و نحوه ارتباط آنها با سلامت/بیماری روانی آمده است:

جدول ۱. مهم‌ترین رشته‌های علمی علاقه‌مند به سلامت و بیماری روانی

رشته‌های علمی	مکان توجه و تأکید	علت شناسی بیماری روانی	روش تحقیق و مطالعه
جامعه‌شناسی	بر عوامل و شرایط بیرونی و خارجی نسبت به افراد تأکید دارند	تأکید بر ساخت‌ها و فرایندهای جامعه‌ای و اجتماعی	پیمایش‌های اجتماعی، مصاحبه، تحلیل داده‌های ثانویه
همه‌گیرشناسی		تأکید بر عوامل محیط فیزیکی و مادی	
روان‌شناسی	به طور سنتی، به شدت بر عوامل داخلی و درونی نسبت به فرد تأکید دارند	تأکید بر فرایندهای یادگیری، شناختی، و عاطفی	مصاحبه بالینی، آزمایش‌های عصب‌شناختی، مشاهده، تست‌های روان‌شناختی
روان‌پزشکی		تأکید بر عوامل زیستی، ژنتیکی، و فیزیولوژیکی	

به عقیده تاسیگ و همکاران (۱۳۸۶)، جامعه‌شناسان سلامت و بیماری روانی، به دنبال پاسخگویی به دو پرسش کلیدی هستند: (۱) چه عواملی سبب آشفتگی‌ها، اختلالات و بیماری‌های روانی می‌شوند؟ (تولید و توزیع بیماری) (۲) برای کسانی که به این اختلالات مبتلا می‌شوند چه اتفاقی می‌افتد؟ (مواجهه و درمان بیماری). به عبارت دیگر، دسته اول از مطالعات جامعه‌شناختی سلامت روان به بررسی انواع حالات اجتماعی می‌پردازد که بر سطوح سلامت و

1. Switzer
2. Epidemiology

بیماری روانی تأثیر می‌گذارند؛ درحالی‌که دسته دوم، بر این موضوع تمرکز دارند که تحت تأثیر عوامل اجتماعی و فرهنگی در سطوح جامعه‌ی و بین‌فردی، مفاهیم سلامت/بیماری روانی چگونه به‌مثابه بر ساخته اجتماعی تعریف می‌شوند و این تعاریف اجتماعی چگونه بر نحوه پاسخدهی بیماران و نیز واکنش‌های اجتماعی به مشکلات سلامت روان تأثیر می‌گذارند (هورویتز، ۲۰۱۰؛ ۹-۷). فرض بنیادین رویکردهای جامعه‌شناختی این است که افراد متفاوتی که در موقعیت‌های مشابه زندگی می‌کنند، دارای میزان‌های مشابهی از سلامت و بیماری روانی خواهند بود. بدین ترتیب، آنچه مشخص می‌کند افراد چقدر احساس سلامتی یا بیماری دارند، صرفاً به شخصیت آنها یا عملکرد مغزشان بستگی ندارد، بلکه همچنین وابسته به اوضاع و احوال اجتماعی‌ای است که در آن زندگی می‌کنند. از آنجاکه این اوضاع و احوال اجتماعی، در گروه‌ها و جوامع مختلف و دوره‌های تاریخی گوناگون متفاوت است، مهم‌ترین وظیفه جامعه‌شناسان، شناسایی مهم‌ترین حوادث و موقعیت‌های اجتماعی است که موجب بروز اختلالات روانی برای افراد، گروه‌های اجتماعی و یک جامعه معین می‌گردند. در این زمینه، جامعه‌شناسان به شیوه سازمان‌یافتگی جامعه (ساختار اجتماعی نابرابری‌ها)، جایگاه اجتماعی افراد (نقش و پایگاه اجتماعی)، و عضویت‌های گروهی آنان (کنش‌های متقابل اجتماعی بین‌فردی) توجهی ویژه دارند (همان: ۱۰). بدین ترتیب، مهم‌ترین پرسش جامعه‌شناختی با نتایج کاربردی، آن است که چه نوع از سامانه‌ها و ساختارهای اجتماعی قادرند تا شادی، خوشبختی و سلامت روانی افراد را به حداکثر برسانند و در مقابل، پریشانی و اختلالات روانی را به حداقل تنزل دهند؟ برای پاسخگویی به چنین پرسش‌هایی، جامعه‌شناسان باید بتوانند با ارائه رویکردهای نظری اجتماع‌محور، به رقابت و مقابله با الگوهای نظری و تجربی فردگرایانه و غیرجامعه‌شناختی عمیقاً ریشه‌داری بپردازند که مشروعیت و مقبولیت اجتماعی زیادی بین مردم و متخصصان علوم رفتاری و پزشکی دارند.

بر مبنای دو پرسش اساسی که جامعه‌شناسان درباره علت اختلالات روانی و نحوه واکنش‌های اجتماعی به آن مطرح کرده‌اند، هورویتز^۱ (۱۹۹۹: ۷۲-۵۸) به دسته‌بندی رویکردهای نظری در جامعه‌شناسی سلامت روان به شرح زیر پرداخته است:

۱. رویکردهای نظری مربوط به علل اجتماعی بروز نشانه‌های اختلالات روانی، شامل:

۱.۱. سبک سبب‌شناختی:^۱ این سبک به‌عنوان رایج‌ترین سبک نظری مورد استفاده

جامعه‌شناسان سلامت روان، تعریف متخصصان حوزه‌های علوم رفتاری و پزشکی را از بیماری

1. Horwitz

روانی پذیرفته و صرفاً در جست‌وجوی علل اجتماعی نوسان در تولید و توزیع اختلالات روانی در بین افراد است. نزدیک‌ترین ارتباط بین جامعه‌شناسی و روان‌پزشکی و همه‌گیرشناسی در این نسخه از جامعه‌شناسی سلامت روان دیده می‌شود (همان: ۵۹). کارهای کلاسیک امیل دورکیم درباره خودکشی (۱۸۹۷)، کارل مارکس درباره ازخودبیگانگی (۱۸۴۴)، و ماکس وبر درباره معناداری کنش برای کنشگران و لزوم فهم کنش‌ها در بافت تاریخی آنها (۱۹۲۵)، که همگی بر مطالعات معاصر در حوزه جامعه‌شناسی سلامت روان، اثر اساسی برجای گذاشته‌اند، همراه با نظریه‌های گوناگون در زیرمجموعه علیت اجتماعی (پگی توئیتس،^۲ ۲۰۱۰؛ لئونارد پیرلین،^۳ ۱۹۸۱؛ لیندا جورج،^۴ ۲۰۰۷) نمونه‌هایی از این سبک نظری قلمداد می‌شوند.

۱. سبک روان‌شناسی جامعه‌شناختی:^۵ این سبک نظری که در انسان‌شناسی و تاریخ رایج‌تر است تا در جامعه‌شناسی، به بررسی این موضوع می‌پردازد که چگونه نشانه‌های اختلالات روانی، محصول فرهنگی بافت‌های اجتماعی-تاریخی خاص هستند. به عبارت دیگر، فرهنگ‌های گوناگون ممکن است موجب بروز نشانه‌های متفاوتی از اختلالات روانی شوند و نشانه‌های یکسان اختلالات نیز ممکن است در فرهنگ‌های گوناگون معانی متفاوتی داشته باشند. از نمونه‌های کلاسیک این سبک نظری می‌توان به جنبش نافرمانی‌ها به رهبری اریک فروم (۱۹۴۱)، کارن هورنای (۱۹۳۷) و هنری سالیوان (۱۹۵۳) و صاحب‌نظران مکتب فرهنگ و شخصیت نظیر کاردینر (۱۹۳۹) اشاره کرد. همچنین، روان‌پزشکی بین‌فرهنگی^۶ معاصر (هوپر، ۱۹۹۲؛ کلین من، ۱۹۸۸) و نظریه‌پردازان رویکرد تاریخی (نظیر ادوارد شوتر، ۱۹۹۲ و ۱۹۹۴؛ گلد اسمیت، ۱۹۸۷؛ بروم برگ، ۱۹۸۹؛ مایکل، ۱۹۹۵) از نظریه‌پردازان معاصر این سبک نظری به‌شمار می‌روند (همان: ۶۵).

۲. رویکردهای نظری مربوط به چگونگی تأثیرگذاری عوامل اجتماعی و فرهنگی بر پاسخ به اختلالات روانی، شامل:

۱. سبک پاسخ اجتماعی:^۷ از مقیاس‌ها و ابزار اندازه‌گیری رایج برای سنجش اختلالات و بیماری‌های روانی استفاده می‌کند و سعی دارد تا نوسان‌های واکنش به این نشانه‌ها را بررسی

1. Etiological Style
2. Peggy Toits
3. Leonard Pearlman
4. Linda George
5. Sociological Psychology Style
6. Cross-cultural psychiatry
7. Social Response Style

کند. نظریه‌های واکنش اجتماعی حول محور هیچ سنت نظری بزرگی متمرکز نشده‌اند. این سبک پژوهشی ریشه در مطالعات تجربی دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ دارد که به دنبال پاسخ به این پرسش بودند که چگونه عواملی نظیر ساخت‌های خانواده، طبقه اجتماعی یا فرهنگ بر واکنش به نشانه‌های بیماری روانی تأثیر می‌گذارند (همان: ۶۷).

۲.۲. سبک برساخت‌گرایی اجتماعی^۱: این سبک هیچ معنایی برای اختلالات روانی جدا از برساخته‌های فرهنگی کنشگران قائل نیست؛ از این رو اختلالات روانی را صرفاً تعاریفی اجتماعی از مجموعه‌ای از نشانه‌های جسمی و روانی می‌داند. اثر دورکیم با عنوان قواعد روش جامعه‌شناسی (۱۸۹۵)، و نظریه روث بندیکت (۱۹۳۹) در کتاب انسان‌شناسی و ناپهنجاری در زمینه تمایز بین تعاریف غربی و غیرغربی از رفتارهای بهنجار و ناپهنجار از نمونه‌های کلاسیک این سبک نظری محسوب می‌شوند و می‌توان از نوشته‌های میشل فوکو در کتاب‌های تاریخ جنون (۱۹۶۵) و تولد کلینیک (۱۹۷۳)، نظریه توماس شف (۱۹۶۶) و لینک و فلان (۱۹۹۵) به عنوان نمونه‌های معاصر این سبک نام برد (همان: ۷۱).

هرکدام از این چهار سبک اندیشه جامعه‌شناختی درباب اختلال روانی، واکنشی درمقابل‌الگوی فردگرایانه سلامت و بیماری روانی است که دانشمندان علوم رفتاری و پزشکی به کار می‌برند. همان‌طور که میلز (۱۹۵۶) گفته است، بهترین روش برای مطالعه مشکلات فردی، مطالعه مشکلات جمعی است (نقل از پیرلین و همکاران، ۲۰۰۷: ۳۶). از این رو می‌توان گفت وجه تمایز سنت جامعه‌شناختی و روان‌شناختی مطالعه سلامت روان، تلاش جامعه‌شناسان برای کشف الگوهای اجتماعی تولید و توزیع سلامت و بیماری روانی است. به‌مثابه نمونه‌ای آشکار، رویکرد فرایند استرس اجتماعی در چارچوب مطالعات جامعه‌شناختی سلامت روان در تلاش است تا علل بروز و شیوع اختلالات روانی ناشی از استرس را که متأثر از محیط اجتماعی است توصیف و تبیین کند. این رویکرد در چارچوب رویکردهای جامعه‌شناختی درباب استرس و متفاوت با رویکردهای زیست‌شناختی (از جمله نظریه‌های ضعف جسمانی، واکنش اختصاصی، استرس و سیستم ایمنی، جنگ و گریز) و روان‌شناختی (از جمله نظریه‌های روان‌کاوی، رفتارگرایی، شناختی) به دنبال توضیح این نکته است که در پیدایش و بروز استرس، تداوم و ماندگاری آن، تأثیرگذاری استرس بر زندگی، و نحوه مقابله با آن، عوامل زیستی و روانی تنها متغیرهای تعیین‌کننده نیستند، بلکه مجموعه‌ای از عوامل اجتماعی نیز در این امر دخیل‌اند؛

1. Social Constructionist Style

به‌گونه‌ای که در مقایسه با کژکارکردی‌های زیستی، کژکارکردی‌های اجتماعی نقش اصلی‌تری در تولید و توزیع استرس ایفا می‌کنند.

عنصر ضروری مطالعه جامعه‌شناختی استرس، بروز انواع و میزان‌های مشابهی از استرس در میان افرادی است که در معرض موقعیت‌های اجتماعی و اقتصادی یکسانی قرار دارند، عهده-دار ایفای نقش‌های مشابه هستند و خاستگاه‌های اجتماعی مشترکی دارند. جامعه‌شناسی به آن دسته از مشکلات سلامت روان و واکنش‌های اجتماعی به این مشکلات، که به طور تصادفی و بدون پیروی از الگوی توزیع اجتماعی در جامعه مشاهده می‌شوند، توجه اندکی معطوف می‌کند. متخصصان بالینی و روانپزشکان عمدتاً به چنین توزیع تصادفی یا فردگرایانه از استرس علاقه‌مندند. بنابراین، مشخصه اصلی مطالعه جامعه‌شناختی استرس، علاقه‌مندی به بررسی الگویی از توزیع اجتماعی مولفه‌ها و عناصر فرایند استرس است، یعنی تنش‌زها یا عوامل استرس‌زا، میانجی‌ها یا تعدیل‌کننده‌های اثرات عوامل استرس‌زا، و نتیجه‌ها یا پیامدهای استرس. این الگوها شواهدی هستند که نشان می‌دهند تجربیات استرس‌زای زندگی افراد و چگونگی تأثیرپذیری آنها از این استرس‌زها ممکن است حاصل نظم اجتماعی‌ای باشد که خود این افراد عضوی از آن محسوب می‌شوند (پیرلین، ۱۹۸۹: ۲۴۲).

علاقه ویژه جامعه‌شناسان به مطالعه استرس از آن‌روست که چنین بررسی جامعه‌شناختی می‌تواند فرصتی عالی برای مشاهده این موضوع فراهم کند که چگونه سلامت روان، به‌عنوان ویژگی به‌ظاهر فردی، عمیقاً تحت تأثیر سامانه‌های ساختمند زندگی اجتماعی افراد و تجربیات تکراری حاصل از این سامانه‌های اجتماعی قرار دارد. به عقیده پیرلین (۱۹۸۹)، بسیاری از تجربیات استرس‌زا در خلأ ظاهر نمی‌شوند، بلکه می‌توان آنها را به ساختارهای اجتماعی اطراف فرد و جایگاهی نسبت داد که در این ساختار اشغال کرده است. شاید بتوان این ساختارهای اجتماعی را در دو دسته کلی گنجانند: نظام قشربندی اجتماعی (طبقه، نژاد، جنسیت، قومیت، سن) و نهادهای اجتماعی (پایگاه‌ها و نقش‌های اجتماعی) (همان: ۲۴۲). مطالعات جامعه‌شناختی استرس، با آنکه از ریشه‌های فردی استرس غافل نیستند، وجه تمایزشان از رویکردهای فردگرایانه این است که تلاش می‌کنند الگوها و قواعدی را کشف کنند که بین افرادی با ویژگی‌ها و موقعیت‌های اجتماعی یکسان مشترک باشد.

تحقیقات متعدد اهمیت رابطه استرس اجتماعی و سلامت روان را نشان داده‌اند. ترنر و همکاران^۱ (۱۹۹۵: ۱۰۴) اشاره کرده‌اند که تغییر در میزان استرس، رابطه معناداری با میزان

1. Turner

بیماری‌ها و اختلالات روانی دارد. ترنر و لوید (۱۹۹۹: ۳۷۴) به خوبی نشان داده‌اند که میزان تأثیر استرس بسته به جنسیت، پایگاه اجتماعی - اقتصادی، وضعیت تأهل و سن متفاوت بوده است. بولگر و همکاران^۱ (۱۹۸۹: ۸۰۸) با مطالعه مقطعی ۱۶۶ زوج از طریق گزارش‌های ثبت‌شده در دفترچه‌های خاطراتشان، دریافتند که استرس‌های روزمره، تأثیرات فراوانی بر اختلالات روانی زودگذر دارند. این پژوهشگران، با تأکید بر حالات منفی و پریشانی، رابطه استواری بین استرس‌های ناشی از رخداد‌های روزمره زندگی و ایجاد حالات منفی و پریشانی در افراد شناسایی کردند. سیلور و تیزدیل^۲ (۲۰۰۵) نیز رابطه معنادار عوامل استرس‌زا را با شروع و امتداد اختلالات روانی تأیید کرده‌اند. علاوه بر این، تحقیقات متعددی نشان داده‌اند که استرس ناشی از شغل نامناسب و بیکاری (لنون و لیمونیک، ۲۰۱۰؛ رینولدز،^۳ ۱۹۹۷)، مهاجرت (بری،^۴ ۱۹۹۷؛ کراکت^۵ و همکاران، ۲۰۰۷)، مشکلات ناشی از ایفای نقش‌های اجتماعی مانند اضافه‌بار نقش، تضاد نقش‌ها، اسارت در نقش (پیرلین، ۱۹۸۹)، پایگاه سنی (بیردیت و همکاران،^۶ ۲۰۰۵)، جنگ (آنشنسل و فلان،^۷ ۱۹۹۹) و بسیاری عوامل اجتماعی دیگر با مشکلات و اختلالات روانی رابطه دارند. یافته‌های مزبور اهمیت و ضرورت انجام پژوهش و نظریه‌پردازی را به منظور شناسایی اثرات عوامل و ساختارهای اجتماعی بر استرس از یک سو، و نحوه عملکرد و تأثیر استرس را در شکل‌گیری بیماری‌ها و اختلالات روانی از سوی دیگر، برای جامعه‌شناسان حوزه سلامت و بیماری روانی آشکار ساخته است. یکی از چرخش‌های اساسی که در این حوزه در طول سه دهه اخیر رخ داده است، شکل‌گیری رویکرد فرایند استرس^۸ است که بر شناسایی سازوکارها و فرایند تأثیرگذاری استرس‌های ناشی از زمینه و محیط اجتماعی زندگی بر اعضای جامعه و شناسایی روش‌های تعدیل و کاهش این اثرات متمرکز شده است. دنباله این نوشتار به معرفی رویکرد فرایند استرس و جایگاه آن در جامعه‌شناسی سلامت روان و ارائه مروری بر ادبیات موجود در این حوزه اختصاص یافته است.

1. Bolger
2. Silver & Teasdale
3. Reynolds
4. Berry
5. Crockett
6. Birditt
7. Aneshensel & Phelan
8. Stress Process Approach

رویکرد فرایند استرس

تحت تأثیر مطالعات اولیه روان‌شناسان و محققان حوزه‌های پزشکی، در دهه ۱۹۸۰، رویکرد جامعه‌شناختی فرایند استرس شکل گرفت و از همان زمان تاکنون، بخش گسترده‌ای از مطالعات حوزه سلامت روان را تحت تأثیر قرار داده است. محققان حوزه سلامت روان، همواره علاقه‌مند به کشف آن دسته از فرایندهایی بوده‌اند که سبب می‌شوند تا عوامل تنش‌زا به شکل نشانه‌های پریشانی روانی یا دیگر اختلالات بروز نمایند. در همین زمینه، پس از دهه ۱۹۸۰، جامعه‌شناسان سلامت روان مدل‌های گوناگون فرایند استرس را معرفی کرده‌اند (بیلینگز و موس،^۱ ۱۹۸۲؛ پیرلین و همکاران،^۲ ۱۹۸۱). در نتیجه این مطالعات، یک رویکرد منسجم فرایند فرایند استرس در جامعه‌شناسی سلامت روان شکل گرفته است. این رویکرد قادر است نشان دهد که چگونه و چرا تنش‌زاهای بیرونی در محیط اجتماعی، به مشکلات و اختلالات روانی درونی در فرد تبدیل می‌شوند. با استفاده از الگوی فرایند استرس می‌توان سازوکار فرایند تبدیل تنش‌زها به پریشانی روانی را توضیح داد و تفاوت‌های موجود در واکنش به عوامل تنش‌زا را تبیین کرد.

می‌توان گفت ایده‌های جامعه‌شناسانه در مطالعه جامعه‌شناختی استرس در رویکرد فرایند استرس به اوج خود رسید. مقاله کلاسیک پیرلین و همکاران (۱۹۸۱) درباره فرایند استرس موجب طراحی مدلی مفهومی شد که به مدت ربع قرن، الهام‌بخش پژوهش‌های جامعه‌شناختی درباره استرس بود. در مقدمه این مقاله چنین آمده است: «فرایند استرس اجتماعی می‌تواند ترکیبی از سه قلمرو مفهومی اصلی در نظر گرفته شود: (۱) منابع استرس^۳ (نظیر حوادث زندگی، فشارهای مزمن زندگی)؛ (۲) میانجی‌ها^۴ و تعدیل‌کننده‌های استرس (نظیر حمایت اجتماعی، سبک‌های مقابله)؛ و (۳) تجلی‌ها و پیامدهای استرس^۵ (از لایه‌های میکروبیولوژی استرس تا تجلیات عاطفی و رفتاری بیرونی) (پیرلین و همکاران، ۱۹۸۱: ۳۳۷).

1. Billings and Moos
2. Pearlin
3. Sources of Stress
4. Mediators of stress
5. Manifestation of Stress

درواقع، پیرلین سعی کرد نقش عوامل اجتماعی را در سه حوزه اساسی تولید استرس، تنظیم و تعدیل استرس و واکنش به استرس برجسته کند. در مجموعه مقالات بعدی، پیرلین (۱۹۸۹) و (۱۹۹۹) به تکمیل نظریه استرس اجتماعی خود پرداخت تا بتواند بافت اجتماعی^۱ی را که فرایند استرس در آن رخ می‌دهد نیز در مدل خود بگنجانند. به عقیده او، فرایند استرس بر سه فرض اساسی بنا شده است: ۱) فرایند استرس به‌عنوان شبکه علی متراکم و انباشتنی، از ماهیتی پویا برخوردار است، پس تغییر در یکی از عوامل استرس‌زا به تغییر در دیگر عوامل منجر می‌گردد. ۲) حضور و بروز استرس اجتماعی شاخصه و خصوصیت زندگی عادی و روزمره است؛ تجربه کردن استرس در زندگی، به‌هیچ‌وجه غیرمعمول یا نابهنجار نیست. چنان‌که پیرلین اظهار کرده است، این نکته ویژگی‌ای است که با نظریه دورکیم درباب خودکشی (به‌عنوان پیامدی از انواع پیوندهای اجتماعی) و نیز نظریه مرتن درباب آنومی (که آن را پیامد طبیعی شکاف بین اهداف مقبول اجتماعی و وسائل دستیابی به آنها می‌دانست) هم‌خوانی دارد. ۳) مفروض است که منشأ استرس در جهان اجتماعی است. این قضیه سبب می‌شود تا جامعه‌شناسان استرس به سمت مطالعه منابع بی‌واسطه و نزدیک^۲ استرس سوق پیدا کنند تا منابع باواسطه و دور.^۳ در نتیجه این تغییر مسیر مطالعاتی، تأکید بر اثرات تاریخ و زیست‌شناسی کاهش یافته و اهمیت بافت اجتماعی در تولید و توزیع استرس برجسته‌تر می‌شود (آویسون و توماس، ۲۰۱۰؛ ۲۴۴). با تکیه بر این مفروضات اساسی، پیرلین الگویی اجتماعی از استرس ارائه داد که با اضافه‌شدن عنصر بافت اجتماعی به الگوی قبلی، مرکب از چهار عنصر اساسی بود:

۱) **منابع استرس:** در دسته‌بندی کلی، منابع استرس‌زا را به دو دسته حوادث یا رخداد‌های تغییر زندگی^۴ درمقابل استرس‌زاهای مزمن^۵ تقسیم می‌کنند. رخداد‌های استرس‌زا وقایع عینی و درخور مشاهده‌ای هستند که در مقطع زمانی کوتاه‌مدت و عموماً به‌هنگام بروز تغییرات اساسی زندگی بر فرد وارد می‌شوند و آغاز و پایان مشخصی دارند. مهم‌ترین مشخصه حوادث زندگی مقطعی بودن و مشخص بودن آغاز و پایان وقوع یک حادثه به‌لحاظ زمانی است. طلاق، ازدست‌دادن شغل، و مرگ همسر نمونه‌های کلاسیکی از حوادث زندگی محسوب می‌شوند. درمقابل، استرس‌زاهای مزمن تنش‌زاهایی هستند که ضرورتاً به‌مثابه حادثه آغاز نمی‌شوند، بلکه به صورت

1. Social Context
2. Proximal
3. Distal
4. Life changes events
5. Chronic Stressors

آهسته و پیوسته و به شکل مشکلاتی در محیط اجتماعی یا نقش‌های روزمره خود را نشان می‌دهند و به تدریج، در نقش عامل استرس‌زای مزمن و ماندگار خود را بر فرد تحمیل می‌کنند (ویتون و منتظر، ۲۰۱۰: ۱۷۹). ویتون (۱۹۹۷) هفت نوع از مشکلات را استرس‌زاهای مزمن برشمرده است:

- تهدیدها (نظیر تهدیدهای ناشی از خشونت فیزیکی یا زندگی در محلات جرم‌خیز)؛
 - مطالبات و انتظارات (وظایف یا انتظاراتی که فرد توانایی برآوردن آنها را ندارد، نظیر اضافه‌بار نقش به علت انتظارات متعدد و متناقض)؛

- فشارها و محدودیت‌های ساختاری (نظیر فقدان امکانات یا ابزار لازم برای دستیابی به اهداف یا محدودیت‌های ساختاری برای انتخاب گزینه‌ها و شقوق موردنظر)؛

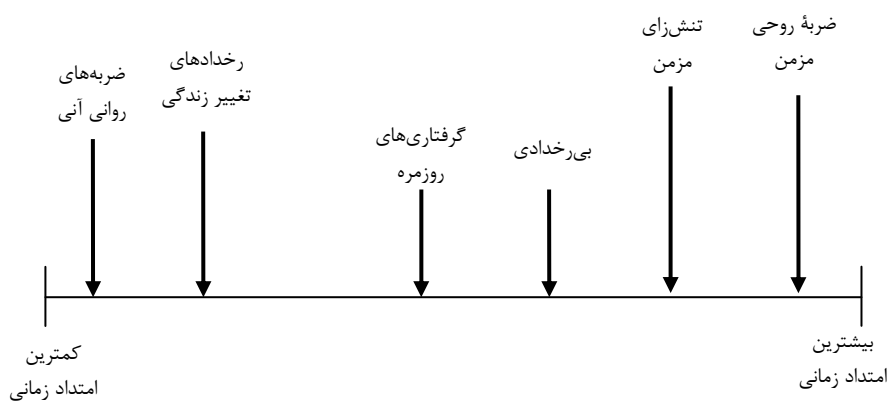
- محرومیت و کم‌پاداشی (نسبت اندک منافع حاصل در مقایسه با تلاش‌های انجام‌شده؛ مثلاً دریافت دستمزد اندک در مقایسه با دیگران، علی‌رغم انجام کاری مشابه، به علت وجود تبعیض جنسیتی، سنی، یا نژادی)؛

- پیچیدگی (نظیر کثرت مطالبات و تقاضاها، تعارض و تضاد مستقیم بین مسئولیت‌های نقش‌های اجتماعی گوناگون، یا محتوای پیچیده مسئولیت‌های نقش)؛

- ابهام و عدم اطمینان (انتظار ناخواسته برای رسیدن به یک نتیجه، یا زمانی که فرد تمایل یا نیاز به راه‌حلی برای پایان دادن به مشکلاتش دارد)؛

- تضاد و تعارض (بروز مشکلاتی در روابط با دیگران زمانی که به طور مداوم ریشه‌دار و نهادینه شده‌اند و راه‌حلی برای آنها وجود نداشته باشد، مانند تضاد بر سر ارزش‌ها یا اهداف) (همان: ۱۸۰).

در تقسیم‌بندی دیگری، ویتون و منتظر (۲۰۱۰: ۴-۱۸۱)، با ترسیم پیوستار استرس، انواع منابع استرس‌زا را برحسب میزان تداوم زمانی مرتب کرده‌اند که در تصویر ۱ نشان داده شده‌اند:



تصویر ۱. منبع: ویتون و منتظر: (۲۰۱۰)

• حوادث تروماتیک:^۱ رخداد ناگهانی بسیار آسیب‌زا و جدی که سبب وارد آمدن آسیب روانی شدید به فرد می‌شود، مانند مرگ نزدیکان که رخدادی ضربتی و آسیبی‌آنی و جدی محسوب می‌شود.

• حوادث مربوط به تغییر زندگی: رویدادی که جهت زندگی را تغییر می‌دهد لزوماً منفی نیست، ولی بر استرس می‌افزاید؛ مانند تغییر محل زندگی، ازدواج، صاحب فرزند شدن و...
• گرفتاری‌های روزمره:^۲ نیازهای آزاردهنده‌ای که بخشی از تعامل روزمره ما با محیط هستند. برای نمونه تصویر کردن مرگ در ذهن، کم‌خوابی، صداهای ناهنجار، تنهاماندن و... برخی گرفتاری‌های احتمالی روزمره معرفی شده‌اند هرچند، بسته به موقعیت، می‌توانند واکنش‌هایی به استرس‌های بیرونی یا سنجه‌های پریشانی روانی در نظر گرفته شوند.

• بی‌رخدادی:^۳ گریستن و همکاران^۴ (۱۹۷۴: ۳) مفهومی تحت عنوان بی‌رخدادی را معرفی می‌کنند که به معنای انتظار برای وقوع رخدادهای خوشایندی است که اتفاق نمی‌افتند یا به تعویق انداخته می‌شوند. به عبارت دیگر، تنها وقوع حوادث و رخدادهای ناخوشایند نیست که استرس‌زا محسوب می‌شود، بلکه عدم وقوع اتفاقات و پدیده‌های مورد انتظار و خواستنی نیز می‌تواند عاملی برای ایجاد یا تشدید استرس باشد. برای نمونه بچه‌دارنشدن غیرارادی برای یک زوج جوان، مجردماندن تا سنین بالا علی‌رغم تمایل به ازدواج، و انتظار برای دریافت ترفیع از کارفرما می‌توانند انواع احتمالی از استرس‌های ناشی از بی‌رخدادی باشند.

• استرس‌زای مزمن: این استرس‌زاهای عموماً از یک رخداد شروع نمی‌شوند، بلکه به آرامی از مشکلات اجتماعی ناشی از نقش‌ها و محیط اجتماعی ما ریشه می‌گیرند؛ معمولاً بیش از دیگر رخدادها طول می‌کشند و مدت زمان بیشتری دوام دارند. برای نمونه زندگی کردن در محله‌های جرم‌خیز یا محله‌هایی که آلودگی صوتی و ترافیک زیاد دارند.

• استرس تروماتیک مزمن: استرس‌زاهای مزمنی که ضربه شدید روانی و آسیب جدی به فرد وارد می‌کنند. مانند مادری که فرزندی با معلولیت ذهنی جدی دارد و ناچار است که به طور دائم از او مراقبت کند.

مطالعات نشان داده‌اند که تنش‌زاهای و عوامل تولید استرس می‌توانند ما را در معرض عوامل دیگر استرس قرار دهند (پیرلین، ۲۰۱۰: ۲۰۷). دسته اول، استرس‌زاهای اولیه و دسته دوم، استرس‌زاهای

1. Traumatic event
2. Daily hassles
3. Nonevents
4. Gersten

ثانویه نامیده می‌شوند. استرس‌زاهای اولیه آنهایی هستند که به لحاظ زمانی ممکن است زودتر از دیگر عوامل استرس‌زا ظهور یابند. عامل استرس‌زا ممکن است حادثه، به خصوص حوادث ناخواسته مقطعی و یکباره، باشد، نظیر مرگ کسی که دوستش داریم، آسیب جسمی و ازدست‌دادن شغل؛ یا می‌تواند یک استرس مزمن و ادامه‌دار باشد، مانند وجود اضافه‌بار نقش^۱ در محل کار یا خانواده. استرس‌زاهای ثانویه، به‌مثابه پیامدهای استرس‌زاهای اولیه ظاهر می‌شوند. به این دلیل به آنها ثانویه گفته نمی‌شود که شدت یا آسیب‌زایی آنها کمتر از استرس‌زاهای اولیه است، آنها تنها به دلیل تقدم و تأخر زمانی، و نه میزان اهمیت در فرایند استرس، ثانویه نامیده می‌شوند (پیرلین، ۱۹۸۹: ۱). همچنین، یکی از پیامدهای قرارگرفتن در معرض تنش‌زاهای مزمن اولیه و ثانویه، قرارگرفتن در معرض بار شبه‌استاتیک^۲ است. بار شبه‌استاتیک به این مسئله اشاره دارد که هر قدر زمان قرارگرفتن در معرض استرس مزمن بالاتر باشد، میزان مقاومت در برابر بیماری‌ها و امراض روانی کمتر می‌شود (ویتون و منتظر، ۲۰۱۰: ۱۷۸).

در باب اثرات عوامل ساختاری به‌عنوان منابع تولید استرس، می‌توان گفت هم نوع عامل تنش‌زایی که فرد با آن مواجه می‌شود و هم ادراک فرد از آن عامل به‌عنوان واقعه‌ای خوشایند یا ناخوشایند، عموماً در چارچوب بافت اجتماعی زندگی هر فردی معنادار و قابل توضیح است. به پیروی از پیرلین (۱۹۸۹)، می‌توان نقش بافت و زمینه اجتماعی در تولید، توزیع و واکنش به استرس را در دو محور اصلی طبقه‌بندی کرد: ساختارهای اجتماعی (نظام‌های قشربندی، نظیر طبقه، نژاد، قومیت، جنسیت، سن، و...)، و نهادهای اجتماعی (پایگاه‌ها و نقش‌های اجتماعی). در بسیاری مواقع، ردپای این تنش‌زاهای را می‌توان در ساختارهای اجتماعی و جایگاه‌های افراد در درون این ساختارها دنبال کرد. فراگیرترین این ساختارها نظام‌های قشربندی متعددی هستند که جوامع را به بخش‌هایی نابرابر (فقیر و غنی، سفید و سیاه، مرد و زن) تقسیم می‌کنند. این نظام‌ها تبلور و نمودی از توزیع نابرابر منابع، فرصت‌ها و ارزش‌ها در جامعه هستند. قرارگرفتن در برخی از این بخش‌ها می‌تواند به خودی خود منبع دریافت استرس اجتماعی باشد (پیرلین، ۱۹۸۹: ۲۴۲). یک زمینه ساختاری مهم دیگر، نهادهای اجتماعی و جای‌گیری افراد در پایگاه‌ها و نقش‌های اجتماعی است. از الزامات ایفای یک نقش نهادین، احتمال مواجهه مداوم با موقعیت‌ها و انتظارات متعدد و گاه متناقض است. زمانی که نقش‌ها تهدیدآمیز و مشکل‌زا باشند، فرد ایفاگر نقش در موقعیت استرس‌زا قرار می‌گیرد. شواهد بسیاری وجود دارد

1. Role Overload
2. Allostatic

مبنی بر اینکه این نوع عوامل استرس‌زا به‌وفور در نقش‌های شغلی و خانوادگی یافت می‌شوند؛ به‌ویژه هنگامی که بین الزامات و انتظارات این دو نقش تعارضی وجود داشته باشد. ضمن آنکه به‌هنگام ایفای نقش، فرد به تنهایی عمل نمی‌کند؛ بلکه هر نقش بخشی از مجموعه نقشی بزرگ‌تری است که پیرامون آن، روابط بین شخصی دیگری شکل گرفته‌اند (همان: ۲۴۳). این روابط بین شخصی که خود مولد شبکه‌های اجتماعی‌اند، معمولاً برای طرفین رابطه اهمیت بسیاری دارند و می‌توانند منبعی از استرس محسوب شوند. بنابراین، بافت و زمینه‌های اجتماعی زندگی انسان‌ها بیگانه از فرایند استرس نیست؛ بلکه به نوعی بنیان آن را تشکیل می‌دهد. این بافت اجتماعی، منبع مشقت یا مزیت، تهدید یا امنیت، و تضاد یا هماهنگی است.

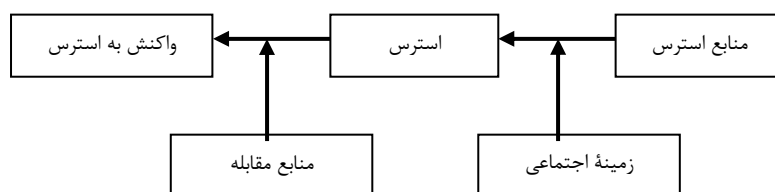
از این‌رو، پژوهشگران جامعه‌شناسی سلامت روان به‌هنگام مطالعه فرایند استرس باید با دقت فراوان اثرات بافت اجتماعی و جایگاه افراد را در ساختار اجتماعی کانون توجه و شناسایی قرار دهند. برای نمونه، جنسیت یکی از این متغیرهای ساختاری و اجتماعی است که می‌تواند: (۱) تعیین‌کننده نوع و میزان تنش‌زایی باشد که فرد صرفاً به علت مرد یا زن بودن در بافت اجتماعی معین در معرض آنها قرار می‌گیرد، (۲) تعریف‌کننده منابع اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، و سیاسی‌ای باشد که برای مقابله با تنش‌ها در اختیار دارد، و (۳) برای نحوه آشکارسازی و نمایش جسمی و روانی پیامدهای استرس، شیوه‌های مقبول و مطرود اجتماعی را مشخص کند؛ چنان‌که به‌گفته کلرمن و وایزمن (۱۹۸۰)، گویی جامعه می‌تواند زنان افسرده و مردان الکلی را تحمل کند، اما نمی‌تواند زنان الکلی و مردان افسرده را بپذیرد و در مقایسه با زنان، مردان برای به‌نمایش گذاشتن نشانه‌های افسردگی بازخوردهای منفی بیشتری دریافت می‌کنند.

به همین دلیل است که جامعه‌شناسان سلامت روان در پی‌جویی عوامل مؤثر بر بالاتر بودن میزان افسردگی در بین زنان در مقایسه با مردان، به ارائه تبیین‌های ساختاری و اجتماعی روی آورده‌اند؛ چنان‌که گرین‌گلاس (۱۹۹۹) به نقش‌های اجتماعی و جنسیتی اشاره می‌کند که موجب می‌شود در مقایسه با مردان، زنان بیشتر در معرض عوامل استرس‌زا قرار بگیرند. سیگمون و همکاران (۱۹۹۵) سعی کرده‌اند برحسب نظریه‌های جامعه‌پذیری و فشار نقش، به توضیح تفاوت‌های جنسیتی در افسردگی بپردازند؛ بدین معنی که زنان طی فرایند جامعه‌پذیری می‌آموزند عواطف خود را به‌شکلی منفعلانه به نمایش بگذارند. این مسئله همراه با تفاوت‌های جنسیتی در اشغال نقش‌های اجتماعی متفاوت و نیز فشارها و محدودیت‌های ایفای نقش‌های زنانه سبب می‌شود زنان بیشتر از مردان به افسردگی مبتلا شوند. روزنفیلد (۱۹۸۰) با به‌کارگیری نظریه نقش جنسیتی، به تفاوت مردان و زنان در چگونگی بیان و اظهار پرخاشگری و خشم، عزت نفس، روابط با دیگران، و حس کنترل بر محیط اشاره می‌کند و

نتیجه می‌گیرد که زنان آمادگی بیشتری برای نمایش علائم افسردگی دارند؛ چراکه برای زنان، اظهار و بیان آشکار خشم و پرخاشگری به‌لحاظ اجتماعی نامقبول است و آنها مجبورند آن را به درون بریزند و نگرش‌های خودنکوهرشی را در خود شکل دهند. همچنین، زنان برای تشکیل خودپنداره، توجه بیشتری به نظرات دیگران دارند که این پدیده منجر به این می‌شود که زنان فاقد یک "خود" مستقل شوند و درباره خود، برحسب احساسات خودنکوهرشی و خودتردیدی قضاوت کنند که حاصلش عزت نفس اندک خواهد بود. علاوه‌براین، به نظر روزنفیلد، زنان دسترسی کمتری به منابع دارند و درمی‌یابند که کنترل لازم را بر محیط زندگی خود ندارند و احساسی از ناتوانی در تغییر محیط و کاهش حس کنترل بر زندگی (درماندگی آموخته‌شده) در آنان شکل می‌گیرد. تمام این مسیرهای سه‌گانه، درنهایت، موجب افزایش میزان افسردگی زنان درمقایسه با مردان می‌شود. ساچز- اریکسون و کیارلو (۲۰۰۰) تبیین‌های اجتماعی- محیطی برای توضیح میزان‌های بالاتر اختلالات روانی و به‌طور خاص، افسردگی در زنان، را حول سه محور اصلی دسته‌بندی کرده‌اند: جامعه‌پذیری جنسیتی کودکان، اشغال پایگاه‌های اجتماعی پایین در زنان، و ایفای نقش‌های اجتماعی متفاوت در مردان و زنان. روزنفیلد و اسمیت (۲۰۱۰) در تبیین تفاوت‌های جنسیتی در سلامت روان به عواملی نظیر تفاوت جنسیتی در میزان دست‌یابی به قدرت و منابع، اجرای مسئولیت‌ها و موقعیت‌های نقشی متفاوت زنان و مردان، و نیز ویژگی‌های شخصیتی متفاوت اشاره کرده‌اند. تاسیگ و همکاران (۱۳۸۶) با استفاده از مفهوم ساختار اجتماعی و تقسیم آن به پایگاه اجتماعی و نقش اجتماعی، کوشیدند تفاوت‌های جنسیتی را تبیین کنند. به‌عقیده آنان، پایگاه اجتماعی به دو دلیل می‌تواند اهمیت داشته باشد: اول آنکه اشغال پایگاه‌های اجتماعی گوناگون در ساختار اجتماعی جامعه، سبب می‌شود تا مردان و زنان به میزان‌های متفاوتی در معرض عوامل استرس‌زای روانی- اجتماعی قرار گیرند. پایگاه‌های اجتماعی متفاوت موجب می‌شود افرادی که در معرض استرس قرار می‌گیرند، از منابع و امکانات متفاوتی برای مقابله و مواجهه با استرس‌زاهای برخوردار باشند. تفاوت‌ها و تبعیض‌های درآمدی و شغلی بین مردان و زنان، نمونه‌هایی از این تفاوت‌های پایگاهی قلمداد می‌شوند. علاوه‌بر اهمیت اشغال پایگاه‌های اجتماعی، آنان به اثرگذاری نقش‌های اجتماعی مردان و زنان بر میزان سلامت روان اشاره کردند و با به‌کارگیری مفاهیمی نظیر احراز نقش، اجرای نقش، تعدد نقش و فشار نقش سعی کردند نشان دهند که مسائلی نظیر فقدان نقش، عدم ایفای نقش‌های رضایت‌بخش و ناسازگاری ادراک‌شده بین الزامات نقش‌های شغلی و خانوادگی توسط زنان، درنهایت منجر به بالاتر بودن میزان اختلالات روانی در بین آنان می‌شود. علاوه‌بر مطالعات انجام‌شده در حوزه قشریندی جنسیتی، پژوهشگران

علاقه‌مند به بررسی نابرابری‌های اجتماعی نیز نشان داده‌اند که اثر تنش‌زاهای مزمن یا موقت در ایجاد یا تشدید اختلالات و بیماری‌های روانی، زمانی شدیدتر خواهد بود که افراد در متن جامعه‌ای با نابرابری‌های اجتماعی شدید، در معرض این عوامل استرس‌زا قرار بگیرند. به عبارت دیگر، ترکیبی از عوامل استرس‌زا و نابرابری‌های اجتماعی، احتمال ابتلای افراد را به اختلالات و بیماری‌های روانی افزایش خواهد داد (هورویتز، ۲۰۰۷: ۸۲). این مرور کوتاه، به‌وضوح حاکی از اثر نیرومند بافت اجتماعی بر سلامت و بیماری روانی افراد و نیز علاقه‌مندی جامعه‌شناسان به تمرکز بر این مفاهیم و ایده‌های جامعه‌شناختی در چارچوب رویکرد فرایند استرس است.

۲) میانجی‌ها و تعدیل‌کننده‌های استرس: دومین عنصر از مدل فرایند استرس، میانجی‌ها یا تعدیل‌کننده‌ها هستند. فرض بر این است که عوامل تعدیل‌کننده (نظیر حمایت اجتماعی، منابع روان‌شناختی مثل حس کنترل بر زندگی، عزت نفس، وابستگی بین‌شخصی، مهم‌بودن و راهبردهای مقابله‌ای) مسیرهایی هستند که قرارگرفتن در معرض استرس را به پیامدها و تجلیات استرس (واکنش به استرس) متصل می‌کنند (تصویر ۲).



تصویر ۲. (منبع: شید و براون: ۲۰۱۰)

میانجی‌ها عواملی هستند که می‌توانند رابطه میان تنش‌زاهای اولیه و نمایش بیرونی استرس را تحت تأثیر قرار دهند. وجود این عوامل می‌تواند موجب اثر کاهنده یا فزاینده بر فرایند استرس باشد؛ به‌گونه‌ای که با تأکید بر هویت فردی، افزایش قدرت کنترل و مدیریت تجارب استرس‌زا بر توانایی فرد در مقابله با استرس می‌فزایند و نمایش بیرونی استرس (ابتلای به اختلالات جسمی و روانی) را کاهش می‌دهند (آنشنسل و فلان، ۱۹۹۹)؛ یا اینکه با افزایش احتمال آسیب‌پذیری فرد در برابر عوامل استرس‌زا، نمایش بیرونی استرس و بروز اختلالات جسمی و روانی را افزایش می‌دهند. عوامل میانجی می‌توانند درونی (ویژگی‌های روان‌شناختی فردی اکتسابی یا ذاتی) یا بیرونی (عوامل محیطی و اجتماعی) باشند (باترز، ۲۰۰۱: ۳۳).

به اعتقاد پیرلین (۲۰۱۰) برخی میانجی‌هایی که درمقابله با عوامل تنش‌زا تأثیرگذارند عبارتند از حمایت و همبستگی اجتماعی، نظام‌های اعتقادی، راهبردهای مقابله‌ای و خودپنداره که شامل میزان کنترل فردی و عزت نفس است (پیرلین، ۲۰۱۰: ۲۰۹). منابع میانجی و

تعدیل‌کننده‌ای که بیشترین توجه را در ادبیات جامعه‌شناسی به خود معطوف کرده‌اند، حمایت اجتماعی و استراتژی‌های مقابله فردی (مانند حس کنترل بر زندگی)^۱ هستند (مک‌لئود و لایولی، ۲۰۰۷: ۲۷۷).

حمایت اجتماعی

جامعه‌شناسان سلامت روان اعتقاد دارند که پریشانی و اختلالات روانی، پیامدهای حتمی و اجتناب‌ناپذیر رخداد‌های ناخوشایند و استرس‌های زندگی نیستند؛ چراکه تمام افرادی که در معرض استرس‌زاهای یکسانی قرار دارند، لزوماً به یک‌اندازه دچار اختلالات جسمی و روانی نمی‌شوند؛ از این رو، آنان به دنبال شناسایی عوامل میانجی و تعدیل‌کننده اجتماعی بوده‌اند که در فرایند تبدیل استرس به اختلالات روانی اثر می‌گذارند. یکی از مهم‌ترین منابع میانجی و تعدیل‌کننده استرس، که از اولین سال‌های شکل‌گیری رویکرد فرایند استرس جای خود را در ادبیات این حوزه باز کرده است، حمایت اجتماعی^۲ است.

در طول سه‌دهه اخیر، تعریف‌ها و برداشت‌های متفاوتی از حمایت اجتماعی شده است. یکی از بهترین نمونه‌های مفهوم‌پردازی به‌کوشش کوب (۱۹۷۶) صورت گرفته است. کوب حمایت اجتماعی را نوعی از اطلاعات می‌داند که به یکی از این چند دسته‌بندی تعلق داشته باشد: ۱. اطلاعاتی که سبب شود فرد به این نتیجه برسد که دیگران دوستش دارند ۲. اطلاعاتی که فرد را به این نتیجه برساند که دیگران به او ارج می‌نهند ۳. اطلاعاتی که این احساس را به فرد بدهد که در یک شبکه ارتباطی قرار دارد و درقبال آن شبکه، مسئولیت‌ها و الزام‌هایی برعهده دارد (کوب، ۱۹۷۶: ۳۰۰). بعد از کوب، واکس (۱۹۸۸) اظهار کرد که بهتر است حمایت اجتماعی را فراسازه^۳ در نظر بگیریم که متشکل از چندین سازه نظری مقبول و معتبر است. به نظر او، سه مورد از این سازه‌ها عبارت‌اند از منابع شبکه حمایتی، رفتار حمایت‌کننده و ارزیابی ذهنی از حمایت (ترنر و براون، ۲۰۱۰: ۲۰۳).

در پاسخ به این سؤال که حمایت اجتماعی چه چیزی را برای شخص فراهم می‌آورد، دسته‌بندی‌های گوناگونی از مفهوم حمایت اجتماعی به عمل آمده است. در مجموع، رایج‌ترین انواع حمایت‌های اجتماعی که پژوهشگران معرفی کرده‌اند و در تحقیقات پرشمار بررسی شده

1. Mastery
2. Social support
3. Meta-construct

است شامل سه مقوله حمایت اجتماعی عاطفی، ابزاری، و اطلاعاتی است: ۱. حمایت اجتماعی عاطفی: حمایت اجتماعی عاطفی دربردارنده احساس همدلی، مراقبت و توجه، و علاقه به شخص است. این نوع حمایت می‌تواند شخص را به داشتن احساس راحتی و آسایش، اطمینان، تعلق داشتن و کانون محبت قرارداشتن به هنگام استرس و تنش مجهز کند (سارافینو، ۱۹۹۸: ۹۸). ۲. حمایت اجتماعی ابزاری: حمایت ابزاری به کمک‌های مادی، عینی، و واقعی اطلاق می‌شود که فرد از دیگران دریافت می‌کند. این نوع حمایت به افراد کمک می‌کند تا نیازهای روزانه خود را تأمین کنند و شامل عناصری از کمک‌های مادی و عینی (نظیر قرض‌دادن پول یا کمک‌کردن در نظافت منزل) است (درنتا و همکاران، ۲۰۰۶: ۵۹۸). ۳. حمایت اجتماعی اطلاعاتی: به‌دست‌آوردن اطلاعات ضروری از طریق تعامل‌های اجتماعی با دیگران را حمایت اطلاعاتی تعریف کرده‌اند (گاچل و دیگران، ۱۳۷۷: ۱۰۸).

از زاویه دیگر، حمایت اجتماعی را می‌توان دارای دو بعد دانست: حمایت اجتماعی ادراک‌شده^۱ یا ذهنی، و حمایت اجتماعی دریافت‌شده^۲ یا عینی. حمایت ادراک‌شده باور یا ارزیابی فرد از میزان دریافت حمایت‌های عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی است؛ یعنی این تصور که فرد در ذهن خود چنین می‌پندارد که در مواقع نیاز، کسانی هستند که به او کمک کنند و از او حمایت به عمل آورند. درحالی‌که حمایت دریافت‌شده میزان حمایتی است که به طور واقعی و ملموس وجود دارد و فرد در مواقع نیاز آن را عملاً دریافت می‌کند. چنان‌که ویل و باومن اشاره کرده‌اند، امروزه حمایت اجتماعی به یکی از مهم‌ترین سازه‌های تحقیقات سلامت روان تبدیل شده است. یافته‌های بسیاری در تأیید این مطلب در تحقیقات جامعه‌شناسی سلامت روان وجود دارد که نشان می‌دهد برقراری پیوندهای اجتماعی با دیگران، سبب دریافت حمایت اجتماعی و در نتیجه بهبود سلامت روان می‌شود (هورویتز، ۲۰۰۷). کوب^۳ (۱۹۷۶) نشان داده است که حمایت اجتماعی، بر جلوگیری از ابتلا به اختلالات روانی و نیز کمک به روند بهبود برخی بیماری‌های روانی (از قبیل افسردگی و الکلیسم) تأثیر عمیقی دارد. بیمارانی که از حمایت اجتماعی بالایی برخوردارند، دوره‌های درمانی موفق‌تر و کوتاه‌مدت‌تری را برای رهایی از بیماری سپری می‌کنند (کوب، ۱۹۷۶: ۳۱۰). آن‌گونه که ترنر و براون (۲۰۱۰: ۲۰۳) گفته‌اند، حجم عظیمی از مطالعات حاکی از آن است که رابطه نیرومندی بین سنجه‌های سلامت روان با میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده وجود دارد.

1. Perceived Social support
2. Received Social support
3. Cobb

برای تبیین و توضیح چگونگی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامتی، دو مدل نظری مطرح شده است: مدل تأثیر مستقیم^۱ یا تأثیر کلی حمایت اجتماعی، و مدل تأثیر غیرمستقیم یا فرضیه ضربه‌گیر^۲ حمایت اجتماعی. مدل تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی بیان می‌کند که حمایت اجتماعی، صرف‌نظر از اینکه فرد تحت تأثیر استرس و فشارهای روانی باشد یا نه، باعث می‌شود فرد از تجارب منفی زندگی پرهیز کند و این اثرات سودمندی بر سلامتی دارد (سارافینو، ۱۹۹۸: ۱۰۳). مطالعات متأثر از این مدل بیان می‌کنند افرادی که در شبکه‌های حمایتی قرار دارند، کمتر افسرده‌اند و عمدتاً سلامت روانی بهتری نسبت به افراد فاقد چنین شبکه‌های حمایتی نشان می‌دهند. این درحالی است که براساس مدل تأثیر غیرمستقیم یا فرضیه ضربه‌گیر، حمایت اجتماعی صرفاً برای افرادی مفید و مؤثر است که تحت فشار روانی و استرس قرار دارند. در این حال، حمایت اجتماعی همانند سپری درمقابل ضربه‌های ناشی از استرس عمل می‌کند و نقش تعدیل‌کننده آثار منفی حوادث استرس‌زا را ایفا می‌کند. به نوشته ترنر و براون (۲۰۱۰: ۲۰۶) بخش اعظم علاقه‌مندی به بررسی اثر حمایت اجتماعی بر سلامت روان، به فرضیه ضربه‌گیری استرس مربوط می‌شود که کوب و کاسل (۱۹۷۶) ارائه داده‌اند. به عقیده آنان، حمایت اجتماعی ممکن است اثر استرس زندگی را تعدیل کند یا به‌عنوان سپر از شدت صدمه‌ها و آسیب‌های جسمی و روانی ناشی از استرس بر سلامت افراد بکاهد. از نظر کوهن و ویلس، حمایت اجتماعی در حد فاصل بین رویدادهای استرس‌زا و واکنش به آنها وارد عمل می‌شود و پاسخ نامناسب به استرس را تضعیف می‌کند. فقدان حمایت در این مدل، ضرورتاً استرس‌زا به حساب نمی‌آید، بنابراین در موقعیت استرس بالا و حمایت کم، آسیب و پریشانی روانی افزایش می‌یابد، تا در وضعیت استرس بالا و حمایت زیاد (سیم، ۲۰۰۰: به نقل از قدسی، ۱۳۸۲: ۱۳۲).

مطالعات در زمینه حمایت اجتماعی تاکنون به سه نتیجه‌گیری مهم انجامیده است: ۱. همبستگی اجتماعی رابطه‌ای مستقیم و مثبت با سلامت روانی دارد، اما تأثیر تعدیل‌کننده چندانی در تأثیر استرس‌های اصلی و جدی بر سلامت افراد ندارد. ۲. حمایت اجتماعی ادراک‌شده نه‌تنها موجب بهبود سلامت روان می‌شود، بلکه در تعدیل اثر استرس‌های جدی نیز مؤثر است؛ ۳. ساده‌ترین و مهم‌ترین سنجه حمایت اجتماعی، برقراری رابطه‌ای صمیمی مبتنی بر اعتماد (مانند رابطه صمیمانه با همسر یا اعضای خانواده) است (توییتس، ۱۹۹۵: ۶۴). چیزی

1. Main Effects
2. Buffering Effects

که اهمیت دارد تعداد پیوندهای فرد نیست؛ در تعدیل اثرات استرس، برخوردار بودن از رابطه‌ای اعتمادآمیز و صمیمی مؤثرتر از روابط متعدد اما بدون عمق است. توزیع میزان حمایت اجتماعی در جامعه، از الگویی اجتماعی پیروی می‌کند و به شکل یکسانی توزیع نشده است. حمایت اجتماعی ادراک‌شده افراد متأهل بیش از افراد مجرد است و حمایت اجتماعی ادراک‌شده با افزایش سن، روند نزولی دارد (میروفکسی و راس، ۱۹۸۹: ۸). حمایت اجتماعی ادراک‌شده زنان بیش از مردان است و این درحالی است که تعداد شبکه‌های اجتماعی‌ای که مردان در آنها شرکت دارند بسیار بیشتر است. به اعتقاد بل (۱۹۸۷) این می‌تواند به این علت باشد که مردان در دوره زندگی خود روابط گسترده‌تری ولی کم‌عمق‌تری دارند، درحالی‌که زنان به عمق روابط اهمیت بیشتری می‌دهند (بل، ۱۹۸۷: ۲۶۰).

راهبردهای مقابله‌ای

کروکت و همکاران (۲۰۰۷) مقابله را فرایندی تعدیل‌کننده می‌دانند که تأثیر منفی ناشی از عوامل تنش‌زا را کاهش می‌دهد یا از بین می‌برد. منابع مقابله آن دسته از ویژگی‌های اجتماعی و شخصیتی فردی هستند که افراد در برخورد با تنش‌زها از آنها استفاده می‌کنند. زمانی که از منابع مقابله سخن می‌گوییم، درواقع به بعد پنهانی سازوکار مقابله با عوامل استرس‌زا اشاره می‌کنیم که نشان‌دهنده توانایی بالقوه انجام مقابله است نه خود مقابله (گور،^۱ ۱۹۸۵: ۲۶۶). مهم‌ترین منابع مقابله عبارت‌اند از احساس خودکنترلی، حس کنترل بر زندگی و عزت نفس. راهبردهای مقابله تلاش‌های رفتاری و شناختی برای مدیریت نیازهایی هستند که در موقعیت‌های تنش‌زا به وجود می‌آید. این راهبردها را می‌توان به لحاظ محور توجه به دو دسته تقسیم کرد: ۱. تلاش‌هایی که توجه خود را به خود نیازهای پدیدآمده در موقعیت تنش‌زا معطوف می‌کنند. این راهبردهای مسئله‌مدار^۲ در جهت حل مسئله پدیدآمده فعالانه وارد عمل می‌شوند. ۲. تلاش‌هایی که به واکنش‌های احساسی که چنین نیازهایی را همراهی می‌کنند توجه می‌کنند و راهبردهای هیجان-مدار^۳ یا دفاعی نامیده می‌شوند و به جای حل مسئله به کنترل احساسات می‌پردازند (تویتس، ۱۹۹۵: ۶۰). انتظار می‌رود افرادی که دارای عزت نفس و حس کنترل بالاتری بر زندگی هستند، به استفاده از راهبردهای فعالانه مسئله‌مدار گرایش

1. Gore
2. Problem-focused strategies
3. Emotion-focused strategies

داشته باشند؛ و افرادی که از عزت نفس پایین‌تر و حس کنترل کمتری بر زندگی بهره برده‌اند، به سمت راهبردهای منفعلانه‌تر و هیجان‌مدار کشیده شوند. با وجود این، فالکمن و لازاروس^۱ (۱۹۸۰) با مطالعه رابطه راهبردهای مقابله با استرس، در بین یک‌صد زن و مرد میان‌سال نشان داده‌اند که ۹۸ درصد از این افراد از هر دو راهبرد درکنار هم استفاده می‌کنند (فالکمن و لازاروس، ۱۹۸۰: ۲۱۹). تنش‌زایی که احساس کنترل‌ناپذیر بودن را در فرد ایجاد کنند، موجب اتخاذ راهبردهای مقابله هیجان-مدار می‌شوند؛ درحالی‌که تنش‌زایی که کنترل‌شدنی ارزیابی شوند، راهبردهای مقابله مسئله-مدار را در فرد بیدار می‌کنند (تویتس، ۱۹۹۵: ۶۱).

به عقیده پیرلین (۱۹۸۹) اگرچه مقابله به اعمال و ادراک‌های افراد مربوط می‌شود، می‌تواند کانون توجه جامعه‌شناسان قرار گیرد، چراکه فرد می‌تواند همانند دیگر رفتارها، روش‌های مقابله با استرس را نیز از گروه مرجع اجتماعی خود بیاموزد و درونی کند. یکی دیگر از مسائلی که باید هدف توجه جامعه‌شناسان استرس قرار بگیرد، شناسایی رابطه بین پایگاه اقتصادی-اجتماعی افراد و روش‌هایی است که برای مقابله با استرس به کار می‌گیرند (پیرلین، ۱۹۸۹: ۲۵۰). مطالعات نشان می‌دهند که گرچه احساس کنترل بر زندگی به‌مثابه عامل میانجی و راهبرد مقابله‌ای، اختلالات روانی حاصل از استرس را کاهش می‌دهد (رودین،^۲ ۱۹۸۶)، به شکل یکسانی در جامعه توزیع نشده است. زنان، اقلیت‌های قومیتی، افراد مجرد، و افرادی که از تحصیلات کمتری برخوردارند، معمولاً احساس کنترل کمتری دارند و درمقابل، گروه‌هایی که در نظام قشریندی اجتماعی جایگاه بالاتری را به خود اختصاص داده‌اند، مقادیر بیشتری از حس کنترل بر زندگی را ادراک می‌کنند (تویتس، ۱۹۹۵: ۶۱-۶۰).

بنابراین، می‌توان استدلال کرد که آسیب‌پذیری افتراقی در برابر عوامل استرس‌زای اجتماعی، با کمک میانجی‌هایی مانند حمایت اجتماعی و منابع مقابله با استرس، ایجاد می‌کند که به بافت اجتماعی و پایگاه اقتصادی-اجتماعی افراد در نظام‌های قشریندی توجه شود. پیرلین و اسکولر (۱۹۷۸) به این مسئله اشاره کرده‌اند که زنان و افرادی که سطح تحصیلات و درآمد پایین‌تری دارند، به احتمال زیاد در برابر پریشانی ناشی از استرس نقشی، از روش‌های مقابله‌ای استفاده می‌کنند که کارآمدی چندانی نداشته باشند. آنان به این نتیجه می‌رسند که گروه‌هایی که در معرض دشواری‌های بیشتری قرار می‌گیرند، کمتر از دیگران توانایی مقابله دارند (پیرلین و اسکولر، ۱۹۷۸: ۱۸). به نظر می‌رسد رابطه میان تأثیرگذاری و کارآمدی

1. Folkman & Lazarus
2. Rodin

راهبردهای مقابله‌ای و عوامل اجتماعی (همانند نابرابری اجتماعی یا قرارگرفتن در پایگاه اجتماعی سطح پایین)، نیازمند مطالعات جامعه‌شناختی بیشتری است.

۳) تجلیات و پیامدهای استرس: جامعه‌شناسان غالباً به اثرهای استرس بر بروز نشانه‌های بیماری‌های افسرده‌کننده، اختلالات تشخیص‌پذیر جسمی و روانی، مصرف الکل، و بیماری‌های جسمی به‌مثابه مهم‌ترین نشانه‌ها و پیامدهای استرس اشاره می‌کنند. هرچند شکل و ماهیت نمایش بیرونی اثرات منفی استرس بر افراد نیز تحت تأثیر عوامل فرهنگی-اجتماعی تغییر می‌کند، این بخش از فرایند استرس در جامعه‌شناسی سلامت کمتر هدف توجه واقع شده است و اندیشمندان این حوزه، عموماً توجه خود را معطوف به علت‌شناسی استرس اجتماعی و نیز اثرات میانجی‌ها و تعدیل‌کننده‌های روانی-اجتماعی کرده‌اند. با وجود این، برخی پیامدهای ناشی از اثرات استرس‌های اجتماعی در تحقیقات جامعه‌شناختی و روان‌شناسی اجتماعی شناسایی شده‌اند. گرچه روان‌شناسان و روان‌پزشکان به بررسی آسیب‌های روانی‌ای علاقه‌مندند که ریشه‌های ژنتیکی و زیستی قدرتمندی دارند (نظیر اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی)، محققان اجتماعی و جامعه‌شناسان سعی در شناسایی اختلالاتی دارند که با علت‌شناسی اجتماعی تبیین‌پذیر باشند (نظیر اضطراب و افسردگی) (پیرلین، ۱۹۸۹: ۲۵۳). البته این تفاوت‌ها به‌طور منطقی نیز لازم است و جامعه‌شناسان باید از غوطه‌خوردن در مدل‌های بالینی، اپیدمیولوژیک و موردپژوهی خودداری کنند. جامعه‌شناسان نباید و نمی‌توانند به تغییرات عددی یا سیستم ایمنی بدن به‌عنوان عوامل اثرگذار بر اختلالات روانی توجه کنند، چراکه مهارت و ابزار کافی برای این بررسی را در اختیار ندارند. در عوض، جامعه‌شناسان استرس باید به مسائلی توجه کنند که از طریق مشاهده مستقیم، اسناد و مدارک ثبت‌شده یا داده‌های ثانویه و گزارش‌های شخصی^۱ افراد قابل دست‌یابی باشند (همان).

با این حال، مطالعات پرشماری انجام شده است که حاکی از اثرگذاری عوامل ساختاری و بافت اجتماعی زندگی افراد بر نحوه نمایش نشانه‌های اختلالات روانی است. برخی مطالعات نشان داده‌اند که استرس‌های موجود در محیط شهرهای بزرگ، به‌ویژه در جوانان طبقات پایین، اختلالاتی مانند مشکلات اجتماعی-عاطفی، مشکلات رفتاری، علائم افسردگی و عدم موفقیت در تحصیل را ایجاد می‌کنند (مندلسون^۲ و همکاران، ۲۰۱۰: ۹۸۵). شواهدی مبنی بر این وجود دارد که افرادی که دچار حوادث تروماتیک می‌گردند، ممکن است به برخی عوارض روانی نظیر

1. Self-report data

2. Mandleson

افسردگی، خشونت و اختلال تنش‌زای پس از سانحه مبتلا شوند (ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۴: ۱۳۸). تایلور و ترنر (۲۰۰۲) به رابطه میان تبعیض نژادی ادراک‌شده و نشانه‌های افسردگی اشاره کرده‌اند. یافته‌های آنان نشان داده است که تبعیض نژادی ادراک‌شده به بروز نشانه‌های افسردگی منجر می‌شود؛ ضمن اینکه طبقه به‌مثابه عامل تعدیل‌کننده عمل می‌کند؛ یعنی افرادی که میزان بالایی از تبعیض نژادی را ادراک می‌کنند و در طبقه اجتماعی-اقتصادی پایین‌تری قرار دارند، بیشترین میزان از نشانه‌های افسردگی را بروز می‌دهند (تایلور و ترنر، ۲۰۰۲: ۲۲۰). بنکس و همکاران^۱ (۲۰۰۶) مطالعه‌ای در همین زمینه انجام داده‌اند و به یافته‌های مشابهی دست یافته‌اند. ییپ و همکاران^۲ (۲۰۰۸) با مطالعه دوهزار آسیایی ساکن امریکا بر وجود رابطه میان پریشانی روانی و تبعیض قومیتی گواهی داده‌اند.

واکنش‌های ایجادشده در برابر استرس نیز توزیع الگومندی در جامعه دارد و تصادفی توزیع نشده است. مطالعات جامعه‌شناسی عواطف^۳ با بررسی برخی نمودهای عاطفی ناشی از استرس‌های مزمن و حوادث زندگی، الگوهای اجتماعی معناداری را در واکنش به استرس شناسایی کرده‌اند. برای نمونه، سیمون و نات^۴ نشان داده‌اند افرادی که سطح تحصیلات و درآمد کمتری دارند، مجردها، زنان و اقلیت‌های قومیتی، بیش از افراد تحصیل‌کرده، ثروتمندان، متأهلان و مردان سفیدپوست، دستخوش عواطف منفی می‌شوند (سیمون، ۲۰۰۶: ۲۶۱). مطالعات هوچشیلد^۵ (۱۹۷۹؛ ۱۹۸۳) در زمینه مدیریت عواطف نیز نشان داده است که تفاوت‌هایی اساسی در فرهنگ‌های عاطفی، هنجارهای عاطفی و یادگیری اجتماعی عواطف در جوامع و خرده‌فرهنگ‌های گوناگون وجود دارد؛ او به تفاوت‌هایی در نحوه تجربه و بیان عواطف به‌لحاظ پایگاهی، طبقاتی و جنسیتی اشاره می‌کند و با نشان‌دادن این تنوع‌ها ادعا می‌کند که تجربه و بیان عواطف، فقط واکنشی فردی نیست، بلکه نمایش و بیانی اجتماعی نیز هست که با فرایندهای یادگیری و هنجارهای موجود در جامعه ارتباط دارد و با توجه به برداشت‌ها و باورهای فردی ریشه‌دار در ساختار اجتماعی درباب رفتارهای مناسب و نامناسب انجام می‌شود (۱۹۸۳: ۵۶). با مطالعه دقیق نحوه واکنش‌های افرادی با خاستگاه‌های متفاوت قومی، نژادی، جنسیتی و طبقاتی، این نتیجه به دست می‌آید که واکنش‌های عاطفی در این گروه‌ها به‌قدری متفاوت‌اند

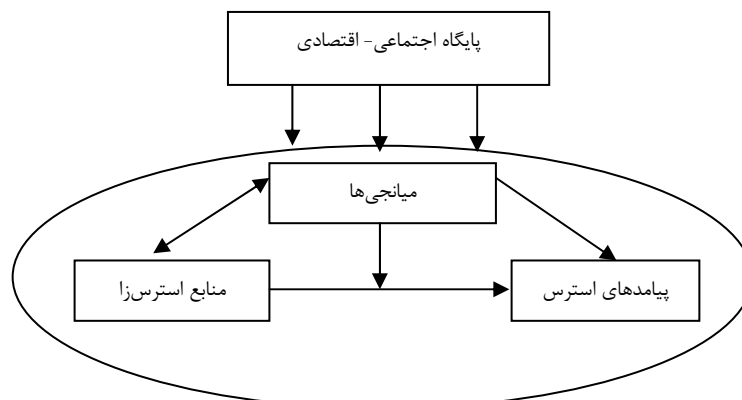
1. Banks
2. Yip
3. Sociology of Emotions
4. Simon & Nath
5. Hochschild

که می‌توان از "جهانی از واکنش‌ها"^۱ سخن به میان آورد (سیمون، ۲۰۰۶: ۲۶۲). برای نمونه، در بحث تفاوت‌های جنسیتی در نمایش نشانه‌های اختلالات روانی ناشی از استرس، روجرز و پیلگریم (۲۰۰۵) به دسته‌بندی این اختلالات پرداخته‌اند و با بررسی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که می‌توان روی یک پیوستار، اختلالات روانی را برحسب جنسیت مرتب کرد: ۱. اختلالات فقط زنانه (نظیر افسردگی پس از زایمان)، ۲. اختلالات به‌شدت زنانه (نظیر بی‌اشتهایی عصبی)، ۳. اختلالات بیشتر زنانه (نظیر افسردگی و اضطراب)، ۴. اختلالات خنثی به‌لحاظ جنسیتی و شایع در هر دو جنس (نظیر اسکیزوفرنی و اختلال دو قطبی)، ۵. اختلالات بیشتر مردانه (نظیر سوءمصرف مواد)، و ۶. اختلالات به‌شدت مردانه (نظیر اختلال شخصیت ضد اجتماعی). البته این تصویر، به‌گفته روجرز و پیلگریم، مربوط به امریکای شمالی و اروپاست و ممکن است در دیگر کشورهای جهان وضعیت‌های متفاوتی وجود داشته باشد. مثلاً در کشورهای درحال توسعه، اختلالات تغذیه به شکل بی‌اشتهایی عصبی پدیده‌ای ناشناخته است، یا در کشور چین، میزان افسردگی و اختلالات روان‌رنجوری در مردان بیشتر از زنان است؛ درحالی‌که میزان اسکیزوفرنی در زنان بیشتر از مردان گزارش شده است که به مسائل فرهنگی آن کشور در بی‌ارزش شمردن زنان و کنترل اجباری آنان مربوط می‌شود (روجرز و پیلگریم، ۲۰۰۵: ۶۳).

بدین ترتیب، می‌توان مدعی شد که جنسیت، ویژگی اجتماعی و شاخصی از پایگاه اجتماعی است که بر روش‌های نمایش واکنش به عوامل استرس‌زا تأثیرگذار است. از این رو، بروز نشانه‌های افسردگی، روشی معمول برای نشان دادن پیامدهای استرس در زنان است؛ درحالی‌که نشانه‌های رفتاری مانند استعمال الکل یا مواد مخدر در بین مردان رخ می‌دهد (آویسون و ترنر، ۱۹۸۸). برخی پژوهشگران بر این باورند که نحوه جامعه‌پذیری جنسیتی می‌تواند بر چگونگی به‌نمایش درآمدن شکل پریشانی عاطفی و روانی در بزرگسالی مؤثر باشد. بدین معنی که دختران تشویق می‌شوند تا پریشانی‌های خود را به درون بریزند و آنها را پنهان کنند، درحالی‌که به پسران آموخته می‌شود آن را بیرونی کنند و در معرض نمایش قرار دهند. درونی‌کردن پریشانی‌ها منجر به بروز اختلالاتی نظیر افسردگی، اضطراب، و افکار خودکشی در بین زنان می‌شود؛ درحالی‌که بیرونی‌کردن پریشانی منجر به رفتارهای ضد اجتماعی، مصرف مواد و ارتکاب خودکشی در بین مردان می‌شود (ساجز-اریکسون و کیارلو، ۲۰۰۰: ۶۰۷).

1. Universe of outcomes

۴) **بافت اجتماعی:** تعامل بین منابع استرس، میانجی‌ها و پیامدهای استرس، همگی در یک بافت اجتماعی رخ می‌دهد که برحسب نقش‌ها و پایگاه‌های اجتماعی و اقتصادی اشغال شده توسط فرد تعریف می‌شود. در تصویر ۳ مدل فرایند استرس را مشاهده کنید:



تصویر ۳. مدل فرایند استرس (آویسون و توماس، ۲۰۱۰: ۲۴۶)

برای پیرلین، وجه مشخصه مطالعه جامعه‌شناختی استرس، توجه به اثرات پایگاه‌ها و نقش‌ها در نظام نابرابری اجتماعی بر بروز استرس است. جایگاه فرد در ساختار جامعه، غیرمستقیم، از طریق میزان قرارگرفتن در معرض استرس و نیز برخورداری از منابع تعدیل‌کننده استرس، بر سلامتی تأثیر می‌گذارد (آویسون و توماس، ۲۰۱۰: ۲۴۵). به‌همین دلیل است که تاسیگ و همکاران (۱۳۸۶) دلیل اصلی ابتلای افراد به اختلالات و بیماری‌های روانی را ساختار اجتماعی جامعه دانسته‌اند و معتقدند اشغال پایگاه‌های اجتماعی متفاوت و ایفای نقش‌های اجتماعی گوناگون سبب می‌شود اولاً افراد در معرض عوامل استرس‌زای متفاوتی قرار بگیرند (تفاوت در میزان، نوع، شدت، و پایداری استرسورها)، و ثانیاً به منابع متفاوتی جهت مقابله و مواجهه با عوامل استرس‌زا دسترسی داشته باشند. تأکید پیرلین (۱۹۸۹؛ ۱۹۹۹) بر بافت اجتماعی که فرایند استرس در آن عمل می‌کند، به‌سرعت به یکی از رویکردهای غالب در جامعه‌شناسی سلامت و بیماری تبدیل شد.

وضعیت کنونی پژوهش‌های فرایند استرس

مطالعه جامعه‌شناختی استرس به‌مثابه یکی از حوزه‌های پژوهشی پربار و مولد تداوم یافته است. تأکید پیرلین (۱۹۸۹؛ ۱۹۹۹) بر اثرات بافت اجتماعی در مدل فرایند استرس برای پژوهشگران آشکار ساخت که این مدل نظری، از ظرفیت و قابلیت کافی برای تبیین الگوهای اجتماعی سلامتی و بیماری برخوردار است. بدین‌ترتیب، مدل استرس اجتماعی الهام‌بخش پژوهش‌های بی‌شماری در زمینه اثرات عوامل اجتماعی و اقتصادی بر سلامت و بیماری جسمی و روانی شد. تمام این پژوهش‌ها نشان دادند که جایگاه‌های اجتماعی افراد در جامعه، برحسب پایگاه‌ها و نقش‌های اجتماعی آنها، دلالت‌های مهمی برای میزان و نوع استرس‌ورهایی به همراه خواهد داشت که در معرض آنها قرار می‌گیرند (آویسون و توماس، ۲۰۱۰: ۲۴۵). به عقیده آویسون و توماس، علاقه مداوم و پایدار به انجام پژوهش در حوزه جامعه‌شناسی استرس، تا حدودی ناشی از سه پیشرفت مفهومی و روش‌شناختی بوده است که الهام‌بخش پژوهش‌های جدید شده‌اند:

۱) استرس در طول دوره زندگی: شاید عمیق‌ترین تأثیر جامعه‌شناسی استرس، ترکیب کردن رویکرد دوره زندگی^۱ با پارادایم فرایند استرس بوده است. پیرلین و اسکاف (۱۹۹۶) بر این باورند که به موازات افزایش سن، زندگی افراد دست‌خوش تغییر و بازسازی می‌شود؛ به‌گونه‌ای که نقش‌ها و پایگاه‌های آنها تغییر می‌کند و در نتیجه، نوع و میزان استرس‌ورهایی که در معرض آنها قرار می‌گیرند و نیز سطوح و منابع حمایت اجتماعی دست‌خوش تغییر می‌گردد. این رهیافت را لیندا جورج (۱۹۹۹؛ ۲۰۰۷) تکمیل کرد. او استدلال کرد که مصائب و مشکلات زندگی در سنین پایین، نظیر فقر در دوران کودکی یا سوءرفتار با کودکان و بی‌توجهی به آنها، و نیز خشونت خانوادگی، اثرات پایدار و ماندگاری بر سلامت روان افراد در سنین بالاتر به‌جای می‌گذارد. به نظر او، یک ویژگی مهم پژوهش‌های دوره زندگی در زمینه سلامت روان، تأکید آن بر مفهوم زندگی‌های به‌هم‌پیوسته یا متصل^۲ است؛ این اندیشه که تجربه‌های زندگی عضو خانواده، می‌تواند اثرات عمیقی بر دیگر اعضای خانواده داشته باشد، مثلاً بیکارشدن نان‌آور خانواده، می‌تواند موجب بیماری یکی از فرزندان یا طلاق والدین شود. پیرلین و همکاران (۲۰۰۵) در ارتقای مفهومی پیوند رویکرد دوره زندگی با پژوهش‌های فرایند استرس، به تعدادی از فرایندها اشاره کرده‌اند که ظرفیت تأثیرگذاری بر نوع رابطه بین استرس و سلامتی در طول دوره زندگی را دارند، از جمله اثر مشقت‌ها و فشارهای اقتصادی و تجربه‌های تبعیض‌آمیز؛ تکثیر و ازدیاد استرس؛ و ارتباط بین چگونگی اکتساب پایگاه اجتماعی و میزان

1. Life course
2. Linked Lives

قرارگرفتن در معرض استرس. به باور او، این ایده‌ها، بدون شک، کانون پژوهش‌های بعدی در حوزه جامعه‌شناسی استرس خواهند بود.

۲) پیچیدگی‌های مربوط به بافت و زمینه اجتماعی: یکی از موضوع‌های تداوم‌یافته در پژوهش‌های استرس، توجه ویژه به متن و بافت اجتماعی‌ای بوده است که استرس در درون آن تجربه می‌شود. ویتون (۱۹۹۰) یکی از رساترین جلوه‌های این موضوع را در مطالعاتش در زمینه چگونگی تأثیرگذاری بافت اجتماعی در میزان اثرگذاری حوادث استرس‌زا بر آشفتگی و پریشانی روانی نشان داد. او اثبات کرد که پیامدهای پریشان‌کننده حوادث زندگی، نظیر طلاق، بستگی به این دارد که آیا طلاق راهی برای پایان‌دادن به ازدواجی پر از کشمکش و خروج از بحران است، یا اینکه خود سرآغاز مسیری است که منجر به مشکلات و گرفتاری‌های جدید خواهد شد. اثرات اخراج از شغل و بیکاری نیز به کیفیت ادراک فرد از شغل منوط است. ترنر و همکاران (۱۹۹۲؛ ۲۰۰۸) نیز استدلال کردند که تأثیر حوادث و مصائب زندگی، به میزان قابل‌حل بودن آنها از دیدگاه افراد درگیر وابسته است. بدین معنا، بافت اجتماعی - روانی استرس تعیین‌کننده اثرات آن خواهد بود و نه لزوماً ماهیت عامل استرس‌زا یا خود استرس به‌مثابه حالتی عاطفی.

۳) بسط مداوم فهرست انواع استرسورها: جامعه‌شناسان به تفکر و تحقیق درباره ابعادی از زندگی اجتماعی ادامه می‌دهند که افراد به‌مثابه حوادث یا حالات استرس‌زا تجربه می‌کنند. به نظر می‌رسد علاوه بر ابعادی نظیر فشارهای مزمن روزمره، مصائب و آسیب‌های دوران کودکی و بزرگسالی، و تبعیض ادراک‌شده، برخی تجربه‌های استرس‌زا نیز وجود دارند که واردکردن آنها در پارادایم استرس می‌تواند توانمندی این دیدگاه نظری را تقویت کند؛ برای مثال:

- اثرات تروماهای تاریخی، نظیر نسل‌کشی‌های فرهنگی یا تصفیه‌های نژادی بر انتقال بین‌نسلی تروما و اثرات آن بر سلامت روان که البته هنوز باید مطالعات و بررسی‌های زیادی در این زمینه انجام گیرد (اوانز-کمپبل و همکاران، ۲۰۰۷).

- بررسی تجربه‌های استرس‌زای افراد مبتلا به بیماری‌های بدنام‌کننده نظیر ایدز (فرد مبتلا به ویروس اچ. آی. وی)، که مبهم و تیره‌بودن آینده می‌تواند به‌مثابه استرسور عمل کند (وایت و همکاران، ۲۰۰۸).

- فرایند تکثیر و تشدید استرس به صورت ارتباطات درونی و متقابل استرسورها با یکدیگر؛ بدین معنی که استرسور اولیه می‌تواند منجر به خلق و ایجاد استرسور ثانویه شود. دست‌کم در دو بافت و زمینه این تکثیر صورت می‌گیرد: ۱) از دیدگاه رویکرد دوره زندگی، استرس فرد می‌تواند به فردی دیگر منتقل شود ۲) زمینه دوم آن است که در آن، عامل استرس‌زا موجب

فعال شدن عامل استرس‌زای دیگر می‌شود (پیرلین و همکاران، ۱۹۹۷). به باور توئیتس (۲۰۱۰)، عوامل استرس‌زا طی دوره‌های مختلف زندگی و در طی نسل‌ها، تکثیر می‌شوند که نتیجه این وضعیت ایجاد، تداوم و گسترش شکاف سلامتی بین گروه‌های اجتماعی محروم و برخوردار است. فرایند بسط و تکثیر عوامل استرس‌زا، دست‌کم به سه شکل زیر رخ می‌دهد:

۱) گسترش استرس از یک قلمرو زندگی به قلمرو دیگر: برای نمونه تسری استرس از قلمرو خانوادگی (مراقبت از فرد بیمار در خانواده) به قلمرو شغلی (ضعف عملکرد شغلی و ترک کار یا اخراج از محل کار) یا بالعکس از قلمرو شغلی (بیکارشدن) به قلمرو خانوادگی (مشکلات والدگری یا طلاق). نتیجه این وضعیت‌ها افزایش احتمال پریشانی، افسردگی و بیماری روانی و جسمی خواهد بود.

۲) گسترش طولی و زمانی استرسورها: استرسورها نه تنها در کوتاه‌مدت، بلکه طی مراحل مختلف زندگی می‌توانند تکثیر شوند و افزایش یابند، مثلاً حوادث زندگی و تنش‌های دوران کودکی می‌توانند موجب تولید تجربه‌های تنش‌زا در دوران بزرگسالی شوند (فرایند انباشت مصائب و آسیب‌ها در مقابل فرایند انباشت مزیت‌ها).

۳) گسترش نسلی استرسورها: استرسورها می‌توانند طی نسل‌ها و در بین افراد درگیر در مجموعه نقشی نیز افزایش یابند و تکثیر شوند، برای مثال در روابط بین والدین و فرزندان، استرس‌های وارد شده به والدین (نظیر طلاق، بیکاری، فقر، تک‌والدگری) به فرزندان منتقل می‌شود. همچنین والدینی که خود تحت استرس و فشار روانی باشند ممکن است توجه کمتری به فرزندان داشته باشند، حمایت اندکی از آنان به عمل آورند و نظم کمتری به آنان بیاموزند که چنین وضعی ممکن است به افزایش پریشانی، افسردگی، مشکلات رفتاری، و افت تحصیلی فرزندان منجر شود.

تکثیر و تشدید استرسورها را می‌توان بخشی از فرایند بازتولید محرومیت اجتماعی از نسلی به نسل دیگر دانست که از این طریق، شکاف سلامتی بین گروه‌های محروم و برخوردار حفظ یا تشدید می‌شود. بر همین اساس، دانفر (۲۰۰۳) به ارائه نظریه انباشت محرومیت/ برخورداری پرداخت که مطابق آن، منابع و موانع تجربه‌شده در اوایل زندگی، طی مراحل بعدی زندگی ترکیب و انباشته می‌شوند و در نتیجه طی زمان طولانی، موجب بروز تفاوت‌هایی در سلامتی، طول عمر، و بهزیستی در درون یک گروه سنی معین می‌گردند. این نظریه شکل اجتماعی‌شده نظریه "اثر ماتئو"^۱ مرتون (۱۹۶۸) در حوزه جامعه‌شناسی علم است که افراد

1. Matthew Effect

برخوردار از مزایا و مواهب، در طول زمان به امتیازها و داشته‌هایشان افزوده می‌شود، درحالی‌که افراد محروم و فاقد امتیاز، قادر به محافظت از اندک‌داشته‌های خود نیستند و به طور روزافزونی آنچه را دارند نیز از دست می‌دهند (توئیتس، ۲۰۱۰: ۴۶).

ضعف‌ها و قوت‌های رویکرد فرایند استرس

ضعف‌ها

۱. یکی از مسائلی که پس از گسترش و سلطه‌ی رویکرد فرایند استرس در جامعه‌شناسی سلامت روان در دهه‌های اخیر رخ داده است و تغییری اساسی در موضوع مطالعات رابطه‌ی استرس و سلامت روان ایجاد کرده است، توجه رویکرد فرایند استرس به اختلالات روانی غیرجدی یا روان‌رنجوری‌های خفیف است؛ بدین‌معنا که محققان این حوزه بیش‌ازپیش به مطالعه‌ی اختلالات روانی خفیف و کم‌اهمیت‌تر پرداخته‌اند که سبب شده است تا مطالعه‌ی بیماری‌های روانی جدی در حاشیه قرار بگیرد (جورج، ۲۰۰۷: ۲۰۰).

۲. علاوه‌براین، مطالعه‌ها درباره‌ی عوامل تعدیل‌کننده و میانجی فرایند استرس، که عمدتاً بر مفاهیمی نظیر حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای بنا شده‌اند، از ابعاد کلان اجتماعی غفلت ورزیده‌اند؛ بدین‌معنی که همواره حمایت اجتماعی مؤلفه‌ای فردی یا بین‌فردی در نظر گرفته شده است و توجه به حمایت اجتماعی در سطح نظام‌های اجتماعی (محلات، شهرها، نهادهای مدنی و...) تاکنون در دستور کار جامعه‌شناسان سلامت و پزشکی قرار نگرفته است. این درحالی است که توجه به سطوح میانه و کلان می‌تواند مباحث حمایت اجتماعی را بیش‌ازپیش در چارچوب رشته‌ی جامعه‌شناسی قرار دهد و پاسخگوی پرسش‌های اساسی در زمینه‌ی سازوکارهای اثرگذاری شبکه‌های اجتماعی بر سلامتی باشد.

۳. یکی دیگر از ضعف‌های رویکرد فرایند استرس در زمینه‌ی عوامل میانجی آن است که در بحث حمایت اجتماعی، معمولاً دریافت‌کننده‌ی حمایت اجتماعی در کانون توجه قرار می‌گیرد و حمایت‌کنندگان و نحوه‌ی تعامل آنان با دریافت‌کنندگان حمایت اجتماعی، کمتر هدف بررسی پژوهشگران قرار گرفته‌اند. درواقع، سازه‌ی تعاملی ویژگی فردی در نظر گرفته می‌شود. زمانی که ماهیت اجتماعی و دوجانبه‌بودن حمایت اجتماعی نادیده گرفته می‌شود، تصویر ناقصی از عملکرد آن ترسیم خواهد شد. فهم اشکال حمایت، دوجانبه‌بودن آن، رابطه‌ی بین جست‌وجو و دریافت حمایت، پایایی و ماندگاری آن، و اینکه آیا دریافت حمایت اجتماعی برای دریافت‌کننده

رضایت و خشنودی به همراه داشته است یا نه، زمانی امکان پذیر خواهد بود که به رابطه متقابل دهنده- گیرنده حمایت اجتماعی به مثابه رابطه‌ای دوجانبه و تعاملی توجه شود.

قوت‌ها

مطالعات فرایند استرس دو خدمت بزرگ به رشته جامعه‌شناسی کرده است: یکم، این مطالعات با پیوندزدن حوزه سلامت روان به زیرشاخه‌های دیگر رشته جامعه‌شناسی، سبب ایجاد ادبیات نظری و تجربی غنی شده است. به دلیل توجه این حوزه به رابطه میان متغیرهای اجتماعی گسترده با فرایند تولید استرس اجتماعی و واکنش به آن، پیوند جامعه‌شناسی سلامت با حوزه- های بوم‌شناختی، سازمانی، نهادی، شهری و... برقرار شده است (مکلئود و لایولی، ۲۰۰۷: ۲۷۹). از سوی دیگر، رویکرد فرایند استرس با ایجاد پیوند بین رشته‌های روان‌شناسی و جامعه‌شناسی، زمینه‌ای را برای مطالعات میان‌رشته‌ای نظیر روان‌شناسی اجتماعی استرس مهیا کرده است؛ به گونه‌ای که از سال ۱۹۸۵ تا سال ۱۹۹۵، سه‌هزار مقاله علمی در زمینه رابطه میان استرس و سلامت، فقط در مجلات جامعه‌شناسی و روان‌شناسی بین‌المللی به چاپ رسیده است (تویتس، ۱۹۹۵: ۵۳).

دوم آنکه، استفاده از رویکرد فرایند استرس با نگاهی جامعه‌شناختی نشان داده است که رشته‌های علوم رفتاری و علوم پزشکی ممکن است به تنهایی قادر نباشند تمام ابعاد پیچیده سلامت و اختلال روانی را شناسایی کنند. از این رو، رویکرد فرایند استرس، با نشان دادن علت‌ها، ابعاد و پیامدهای اجتماعی بروز برخی اختلالات روانی، راه را برای انجام سیاست‌گذاری‌های مناسب جهت ارتقای سطح سلامت روان و کاهش میزان اختلالات روانی در جامعه هموار کرده است. از جمله دلالت‌های سیاست‌گذارانه این رویکرد آن است که با اشاره به نقش عوامل اجتماعی در ایجاد اختلالات روانی و نیز ناکارآمدی‌های موجود در نظام اجتماعی، سیاست‌گذاری‌های متمرکز بر درمان‌های فردی- پیشنهاد شده از سوی متخصصان علوم رفتاری و پزشکی- را به چالش کشیده و با برجسته‌ساختن نقش ساختارهای اجتماعی در بروز این اختلالات، توجه عمومی را به نقایص موجود در جامعه معطوف ساخته است. بنابراین، اصلاح ساختارهای اجتماعی به منظور کاهش فشارهای روانی مهم‌ترین راهکار پیشنهادی جامعه‌شناسانی است که با طراحی مدل فرایند استرس در پی کاهش میزان اختلالات روانی در جامعه بوده‌اند.

طی سه دهه گذشته، جامعه‌شناسان توانسته‌اند درباب فرایند استرس نقاب از چهره بسیاری از مجهولات بردارند و آنها را به معلومات جامعه‌شناختی تبدیل کنند. پیشرفت‌های چشمگیر نظری و مفهومی در رویکرد فرایند استرس، الهام‌بخش پژوهش‌های بی‌شماری بوده است. نتیجه این پیشرفت‌های نظری و روشی آن بوده است که جامعه‌شناسان سلامت روان توانسته‌اند توجه علاقه‌مندان به مشکلات سلامت و بیماری روانی را به این احتمال جلب کنند که بسته به جایگاه و مکان افراد در ساختار اجتماعی، انواع گوناگونی از عوامل استرس‌زا ممکن است پیامدهای متفاوتی برای افراد به همراه داشته باشند و نیز موجب شوند که آنها واکنش‌های متفاوتی به تجربه‌های استرس‌زا از خود نشان دهند. گرچه نتایج به دست آمده در زمینه فهم واکنش افراد به استرس بسیار گران‌سنگ و مغتنم‌اند، هنوز چالش‌های مهمی پیش روی آنان قرار دارد. آویسون و توماس (۲۰۱۰) این چالش‌ها را در دو دسته کلی طبقه‌بندی کرده‌اند: (۱) جامعه‌شناسان سلامت روان و استرس باید بتوانند نقشه دقیقی ترسیم کنند تا به کشف پیچیدگی‌های مربوط به چگونگی و چرایی قرارگرفتن افراد در معرض انواع گوناگون عوامل استرس‌زا نائل شوند. (۲) جامعه‌شناسان باید کشف کنند که چگونه موقعیت فرد در بافت اجتماعی جامعه، بر تجربه‌ها، ادراک‌ها و ارزیابی‌هایش از تجربه‌های استرس‌زا تأثیر می‌گذارد و این عوامل چه پیامدهایی برای سلامتی فرد به همراه دارند (آویسون و توماس، ۲۰۱۰: ۲۶۱).

بحث و جمع‌بندی

رویکرد فرایند استرس که پیرلین (۱۹۷۸؛ ۱۹۸۱) آغازکننده آن قلمداد می‌شود، از اوایل دهه ۱۹۸۰ تاکنون سیطره خود را در مطالعات جامعه‌شناختی استرس حفظ کرده است. این به دنبال شناسایی سازوکارهای تأثیرگذاری عوامل اجتماعی بر شکل‌گیری، تشدید و نیز بهبود و درمان بیماری‌ها و اختلالات روانی است و دارای این پیش‌فرض اصلی است که رخدادهای تنش‌زای زندگی و عوامل استرس‌زای مزمن منابع معمول تولید پریشانی روانی هستند (هورویتز، ۲۰۰۷: ۶۷). رویکرد فرایند استرس ادراک ما را از تأثیر استرس‌های اجتماعی بر سلامت روانی و جسمانی گسترش داده است، چراکه الگویی را مهیا کرده است که امکان درک پیچیدگی‌های زندگی اجتماعی و عواقب نابرابری‌های اجتماعی را در سلامت اعضای جامعه فراهم کرده و در تحلیل استرس ناشی از متغیرهای اجتماعی به کار رفته است. جامعه‌شناسی به واکنش‌های تصادفی افراد به استرس‌ها توجه کمی می‌کند. در واقع، جامعه‌شناسان سلامت روان بر این باورند که ساختار جامعه نیز همانند ویژگی‌های زیستی (اثرات وراثت یا ژن‌ها بر رفتار)

قادر است رفتارهای افراد را جهت بدهد، به آنها شکل دهد و آنها را محدود کند. از این رو، رفتارهای نابهنجار و خطرناکی مثل افسردگی شدید، بیش از آنکه ناشی از رفتارهای غیرمنطقی افراد نابهنجار جسمی و روانی باشد، غالباً معلول چگونگی اتصال و پیوستگی اجتماعی افراد به نهادهای اجتماعی جامعه است. به همین دلیل است که تاسیگ و همکاران (۱۳۸۶) دلیل اصلی ابتلای افراد به اختلالات و بیماری‌های روانی را ساختار اجتماعی جامعه دانسته‌اند و معتقدند اشغال پایگاه‌های اجتماعی متفاوت و ایفای نقش‌های اجتماعی گوناگون سبب می‌شود که اولاً افراد در معرض عوامل استرس‌زای متفاوتی قرار بگیرند (تفاوت در میزان، نوع، شدت، و پایداری استرسورها)، و ثانیاً به منابع متفاوتی برای مقابله و مواجهه با عوامل استرس‌زا دسترسی داشته باشند. وجه ممیز رویکرد فرایند استرس، توجه به توزیع جامعه‌شناختی الگومند از مؤلفه‌های فرایند تولید استرس است: تنش‌زاهای میانجی‌ها و واکنش‌ها. این الگوها نشان می‌دهند تجربه‌های استرس‌زای زندگی افراد و شیوه تأثیرپذیری آنها ممکن است حاصل نظم اجتماعی-ای باشد که عضوی از آن هستند؛ متفاوت با دیدگاه‌های زیستی و روان‌شناختی که بر عوامل فردی در پیدایش مشکلات روانی تأکید دارند، رویکرد فرایند استرس عوامل اجتماعی را نقطه آغاز مطالعه و تحلیل خود قرار می‌دهد.

از درون چارچوب نظری فرایند استرس، دو سنخ مطالعاتی مختلف بیرون آمده است که بر حوزه پژوهش‌های جامعه‌شناسی استرس حاکم شده‌اند. اولین سنخ مطالعاتی به ارزیابی تفاوت‌های افراد در هریک از عناصر رویکرد فرایند استرس (تولید استرس، میانجی‌ها، واکنش به استرس)، برحسب پایگاه اجتماعی می‌پردازد تا بتواند اثرات سامانه‌های اجتماعی نابرابر و ناعادلانه را اثبات و تأیید کند. این دسته از مطالعات، جمعیت‌های مختلف را به لحاظ احتمال قرارگرفتن در معرض عوامل استرس‌زای اجتماعی بررسی و اثر وضعیت‌های کلان ساختاری را بر حالات فردی شناسایی می‌کنند. برای مثال، ترنر و همکارانش (۱۹۹۵) مشاهده کردند که عوامل استرس‌زای مزمن و حوادث زندگی را افرادی بیشتر تجربه می‌کنند که منزلت شغلی پایین‌تری دارند و اینکه این تفاوت در میزان قرارگرفتن در معرض استرس در بین گروه‌های کم‌منزلت و پرمنزلت شغلی، قادر به تبیین حدود ۳۳ درصد از تفاوت‌های مشاهده‌شده در میزان استرس در گروه‌های شغلی مختلف است. برمبنای این یافته، پژوهشگران نتیجه گرفتند که استرس‌زاهای نظام‌مند در توزیع افسردگی در جمعیت عمومی نقش مهمی دارند. مطالعاتی نظیر این، به نسخه جاری پژوهش‌های جامعه‌شناسی استرس وفادارند که در آنها مفاهیمی از مدل فرایند استرس پیوندی بین پدیده‌های ساختاری کلان از یک سو، و حالات روان‌شناختی در سطح فردی از سوی دیگر برقرار می‌کنند. سنخ دوم مطالعات، رویکرد فرایند استرس را به کار

می‌برند تا بتوانند دلالت وضعیت‌های مختلف اجتماعی برای سلامت روان فردی را درک کنند (مک‌لئود و لیولی، ۲۰۰۷: ۲۷۷). نمونه سنخ دوم را در کار پرات و همکاران^۱ (۱۹۸۵) می‌توان مشاهده کرد؛ آنان به مطالعه راهبردهای مقابله با استرس در میان افرادی پرداخته‌اند که از بیماران مبتلا به آلزایمر نگهداری می‌کردند و نشان داده‌اند که در سبک‌های مقابله‌ای مراقبت‌کنندگان از افراد بیمار، حمایت روانی و داشتن خانواده گسترده، در کنار برخی راهبردهای مقابله فردی دیده شده است (پرات و همکاران، ۱۹۸۵: ۲۷). آنشنسل و همکاران (۱۹۹۳) از رویکرد فرایند استرس استفاده کردند تا تجربه‌های آن‌دسته از اعضای خانواده را مفهوم‌سازی کنند که از بیماران مبتلا به آلزایمر در منزل مراقبت می‌کردند. هدف چنین مطالعاتی آن است که کشف کند تفاوت‌ها و نوسان‌های ناشی از عوامل اجتماعی چگونه بر معنایی که افراد از وضعیت تهدیدکننده زندگی ادراک می‌کنند، واکنش‌هایی که به این تهدیدها نشان می‌دهند، و پیامدهای این وضعیت‌های استرس‌زا بر سلامت روان تأثیر می‌گذارند (به نقل از مک‌لئود و لیولی، ۲۰۰۷: ۲۷۸).

رویکرد فرایند استرس در چارچوب این دو سنخ همچنان در ادبیات جامعه‌شناسی سلامت روان مطرح است و به نظر می‌رسد که پژوهشگران این حوزه به کاربست این رویکرد در مطالعات استرس اجتماعی ادامه خواهند داد؛ در کنار اینکه پیوند آن با دیگر حوزه‌های جامعه‌شناسی، از قبیل جامعه‌شناسی عواطف، گام بعدی در استفاده از این رویکرد خواهد بود. در ارزیابی نهایی می‌توان گفت جامعه‌شناسی استرس پیشرفت‌های چشمگیری داشته و به نتایج مهمی دست یافته است. چیزهای زیادی درباره استرس و تجلی‌های بیرونی آن، چه به لحاظ نظری و چه تجربی، آموخته و اکتساب شده است. اما مطمئناً برای جامعه‌شناسان استرس شورانگیز خواهد بود که بدانند هنوز چیزهای بیشتری برای دانستن و کشف کردن در زمینه استرس باقی مانده است.

منابع

- تاسیگ، مارک و همکاران (۱۳۸۶) *جامعه‌شناسی بیماری‌های روانی*، ترجمه احمد عبداللهی، تهران: سمت.
- قدسی، علی محمد (۱۳۸۲) بررسی جامعه‌شناختی رابطه بین حمایت اجتماعی و افسردگی، پایان‌نامه دکتری جامعه‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس.

گاچل، رابرت. جی و دیگران (۱۳۷۷) زمینه روان‌شناسی تندرستی، ترجمه غلامرضا خوی‌نژاد، تهران: آستان قدس رضوی.

مسعودنیا، ابراهیم (۱۳۸۹) جامعه‌شناسی پزشکی، تهران: دانشگاه تهران.

- Aneshensel, C. S & J. C. Phelan (1999) *Handbook of the Sociology of Mental Health*, New York: Springer.
- Avison, W.R & R.J Turner (1988) Stressful Life Events and Depressive Symptoms: Disaggregating the Effects of Acute Stressors and Chronic Strain, *Journal of Health and Social Behavior*, 29: 253-264.
- Avison William R & Stephan S. Thomas (2010) *Stress*, In: William C. Cockerham, *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*, Singapore: Wiley-Blackwell.
- Arrington, P. (2008) *Stress at Work: How do Social Workers Cope?* NASW Membership Workforce Study, Washington DC: National Association of Social Workers.
- Banks, K.H; L.P, Wood & M. Spencer, (2006) An Examination of the African American Experience of Everyday Discrimination and Symptoms of Psychological Distress, *Community Mental Health Journal*, 42 (6): 555-570.
- Belle, D., (1987) *Gender Differences in the Social Moderators of Stress*, In: R.C. Barnette; L. Biener, & G.K. Baruch (Eds), *Gender and Stress*, New York: Free Press.
- Berry, J.W., (1997) Immigration, Acculturation, and Adaptation, *Applied Psychology: An International Review*, 46 (1): 5-68.
- Billings, A & R. Moos (1982) Stressful Life Events and Symptoms: A longitudinal model, *Health Psychology*, 1: 99 – 117.
- Birditt, K.S; D.M Almeida & K.L, Fingerman (2005) Age Differences in Exposure and Reactions to Interpersonal Tensions: A Daily Diary Study, *Psychology and Aging*, 20(2): 330–340.
- Bolger, N; A. DeLongis; R. C. Kessler & E. A. Schilling (1989) Effects of Daily Stress on Negative Mood, *Journal of Personality and Social Psychology*, 57: 808–818.
- Butters, E.J., (2001) *Understanding Adolescent Cannabis Use: A Stress Process Model Application*, A thesis submitted for the degree of Doctorate of Sociology, University of Toronto.
- Cobb, S. (1976) Social Support as a Moderator of Life Stress, *Psychosomatic Medicine*, 38:300-314.
- Cockerham, W.C & J.F. Ritchey (1997) *Dictionary of Medical Sociology*, London: Greenwood Press.
- Cockerham, William. C (2010) *The New Blackwell Companion To Medical Sociology*, Singapore: Wiley-Blackwell.

- Crockett, J.L; M.I., Iturbide; R. A., Torres Stone; M. McGinley; M Raffaelli & G. Carlo, (2007) Acculturative Stress, Social Support, and Coping: Relations to Psychological Adjustment among Mexican American College Students, *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 13(4): 347-355.
- Dreentea, Patricia et al., (2006) Predictors of Improvement in Social Support, *Social Sciences & Medicine*, 63. 957- 67.
- Evans-Campbell, T; K. D, Lincoln & D. T, Takeuchi (2007) *Race and Mental Health: Past Debates, New Opportunities*, In: W.A Avison; J. MacLeod & B.A. Pescosolido (Eds.) *Mental Health, Social Mirror*, New York: Springer: 169-189.
- Folkman, S & R. Lazarus (1980) An Analysis of Coping in a Middle Aged Community Sample, *Journal of Health and Social Behavior*, 21: 219-239.
- George, L.K. (1999). *Life-Course Perspectives on Mental Health*, In: Carol S. Aneshensel & Jo C. Phelan (Eds.), *Handbook of the sociology of mental health*, New York: Kluwer Academic/Plenum: 565-583.
- George, L.K. (2007) *Life Course Perspectives on Social Factors and Mental Illness*, In: W.A Avison; J. MacLeod & B.A. Pescosolido (Eds.) *Mental Health, Social Mirror*, New York: Springer: 191-218.
- Greenglass, Esther R. (1998) *Gender Differences in Mental Health*, In: H.S, Friedman, *Encyclopedia of mental health*, Vol. 2, California, Academic Press, pp 257-265.
- Gersten, J.C; T.S., Langner; J.G. Eisenberg; O.S. Hogan (1974) An Evaluation of the Etiologic Role of Stressful Life-Change in Psychological Disorders, *Journal of Health and Social Behavior*, 18: 228-244.
- Gore, S. (1985) *Social Support and Styles of Coping with Stress*, In: S. Cohen, S. L. Syme (Eds.), *Stress and Health*, Orlando, FL: Academic Press.
- Hochschild, A. (1979) Emotion Work: Feeling Rules, and Social Structure, *American Journal of Sociology*, 85: 551-575
- Hochschild, A. (1983) *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*, Berkeley: University of California Press.
- Horwitz, Allan. V (1999), *The Sociological Study of Mental Illness: A Critique and Synthesis of Four Perspectives*, In: Carol S. Aneshensel and Jo C. Phelan. *Handbook of the Sociology of Mental Health*, New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers, 57-78.

- Horwitz, Allan.V. (2006) Classical Sociological Theory, Evolutionary Psychology, and Mental Health, In: W.A Avison; J. MacLeod & B.A. Pescosolido (Eds.) *Mental Health: Social Mirror*, New York: Springer.
- Horwitz, A.V. (2010). *An Overview of Sociological Perspectives on the Definitions, Causes, and Responses to Mental Health and Illness*, In: Teresa L. Scheid, & Tony N. Brown, *A Handbook for the study of mental health*, NY, Cambridge University Press: 6-19.
- Klerman G. L & M. M Weissman (1980) *Depression among Women: Their Nature and Causes*, In: M. Guttentag, S, Salasin, & D. Belle (Eds.), *The Mental Health of Women* (pp. 57-109). New York: Academic Press.
- Lennon Mary C & Laura Limonic (2010). *Work and Unemployment as Stressors*, In: Teresa L. Scheid, & Tony N. Brown: *A Handbook for the study of mental health*, NY, Cambridge University Press: 213-225.
- Link, Bruce & Jo, Phelan (1995) Social Condition as Fundamental Causes of Disease, *Journal of Health & Social Behavior*, Special issue, 80-94.
- MacLeod, J.D & J.K. Lively (2006) *Social Psychology and Stress Research*, In: W.A Avison; J. MacLeod & B.A. Pescosolido (Eds.) *Mental Health, Social Mirror*, New York: Springer.
- Mattlin, J.A; E, Wethington & R.C, Kesslwer (1990) Situational Determinants of Coping and Coping Effectiveness, *Journal of Health and Social Behavior*, 31: 103-122.
- Mendelson, T; M.T, Greenberg; J.K, Dariotis; L.F, Gould; B.L, Rhoades & P.J. Leaf (2010) Feasibility and Preliminary Outcomes of a School-Based Mindfulness Intervention for Urban Youth, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38: 985-994.
- Mirowsky, J & C. Ross (1989) Social Patterns of Distress, *Annual Review of Sociology*, 12: 23-45.
- Pearlin, L & C, Schooler (1978) The Structure of Coping, *Journal of Health and Social Behavior*, 19: 2-21.
- Pearlin, L; L, Morton; A, Liebennan; E, Menaghan & J, Mullan (1981) The Stress Process, *Journal of Health and Social Behavior*, 22: 337-356.
- Pearlin, Leonard I. (1989), The sociological Study of Stress, *Journal of Health and Social Behavior*, 30(3): 241-256.
- Pearlin, Leonard I. & Marilyn M. Skaff (1996). Stress and Life Course: A Paradigmatic Alliance, *The Gerontologist*, 36: 239-247.
- Pearlin, Leonard I; Carol S. Aneshensel & Allen J. LeBlanc (1997) The Forms and Mechanisms of Stress Proliferation: The Case of AIDS Caregivers, *Journal of Health and Social Behavior*, 38: 223-236.
- Pearlin, Leonard I. (1999) *The Stress Concept Rrevisited: Reflections on Concepts and their Interrelationships*, In: Carol S. Aneshensel and Jo C.

- Phelan. *Handbook of the Sociology of Mental Health*, New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers: 395-415.
- Pearlin, Leonard. I; S, Schieman; Elena M, Fazio & Stephen C, Meersman (2005) Stress, Health, and the Life Course: Some Conceptual Perspectives, *Journal of Health and Social Behavior*, 46: 205-219.
- Pearlin, L; W.A, Avison & E.M. Fazio (2006) Sociology, Psychiatry, and the Production of Knowledge about Mental Illness and Its Treatment, In: W.A Avison; J. MacLeod & B.A. Pescosolido (Eds.) *Mental Health, Social Mirror*, New York: Springer.
- Pearlin, L.I. (2010) The Life Course and the Stress Process: Some Conceptual Comparisons, *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 65 B (2), 207–215.
- Pratt, C.C; V.L, Schmall & S, Wright (1985) Burden and Coping Strategies of Caregivers to Alzheimer's Patients, *Journal of Family Relations*, 34: 22-33.
- Reynolds, J. R. (1997) the Effects of Industrial Employment Conditions on Job-related Distress, *Journal of Health and Social Behavior*, 38, pp. 105–116
- Rodin, J. (1986) Aging and Health: Effects of the sense of control, *Journal of Science*, 233: 1271-76.
- Rogers, Anne & David, Pilgrim (2005) *A Sociology of Mental Health and Illness*, England: Open University Press.
- Rosenfield, Sarah (1980). Sex Differences in Depression: Do Women always have Higher Rates? *Journal of Health & Social Behavior*, Vol. 21: 33-42.
- Rosenfield, Sarah & Dena, Smith (2010) *Gender and Mental Health*, In: Teresa L. Scheid, & Tony N. Brown: *A Handbook for the study of mental health*, NY, Cambridge University Press: 256-267.
- Sachs-Ericsson, Natalie & James A, Ciarlo (2000) Gender, Social Roles, and Mental Health: An Epidemiological Perspective, *Sex Roles*, 43 (9/10): 605-628.
- Sarafino, Edward. P (1998) *Health Psychology*, New York, John Wiley & Sons
- Scheff, Thomas (1966). *Being Mentally Ill: A Sociological Theory*, Chicago, Aldin.
- Scheid, Teresa L & Tony, Brown (2010). *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems*, New York, Cambridge University Press.
- Seedat, Soraya et al., (2009). Cross-national Associations between Gender and Mental Disorders in the World: Health Organization World Mental Health Surveys, *Arch Gen Psychiatry*, 66 (7): 785-795.

- Sigmon, Sandra T; Annette L. Stanton & C.R, Snyder (1995). Gender Differences in Coping: a Further Test of Socialization and Role Constraint Theories, *Sex Roles*, 33(9/10): 565-587.
- Silver E & B, Teasdale (2005) Mental Disorder and Violence: An Examination of Stressful Life Events and Impaired Social Support, *Social Problems*, 52: 62-78.
- Simon, R.W. (2006) *Contributions of the Sociology of Mental Health for Understanding the Social Antecedents, Social Regulation, and Social Distribution of Emotion*, In W.A Avison; J. MacLeod & B.A. Pescosolido (Eds.) *Mental Health, Social Mirror*, New York: Springer
- Switzer, Galen E. et al., (1999) *Issues in mental health assessment*, In: Carol S. Aneshensel and Jo C. Phelan. *Handbook of the Sociology of Mental Health*, New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers: 81-104.
- Taylor, J & R.J, Turner (2002) Perceived Discrimination, Social Stress, and Depression in the Transition to Adulthood: Racial Contrasts, *Social Psychology Quarterly*, 65, 3: 213-225.
- Thoits, P.A. (1995) Stress, Coping and Social Support Processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior*, Extra Issue: 53-79.
- Thoits, Peggy A. (2010). Stress and Health: Major Findings and Policy Implications, *Journal of Health & Social Behavior*, 51 (S): S41-S53.
- Turner, R. Gay & William R, Avison, (1992) Innovation in the Measurement of Life Stress: Crisis Theory and the Significance of Event Resolution, *Journal of Health & Social Behavior*, 33: 36-50.
- Turner, R; J. Blair; B, Wheaton & D.A, Lloyd (1995) The Epidemiology of Social Stress, *American Sociological Review*. 60:104-125.
- Turner, R. J, & D.A, Lloyd (1999) The Stress Process and the Social Distribution of Depression, *Journal of Health and Social Behavior*, 42: 310-325.
- Turner, Heather A. & S, Schieman (2008) *Stress Processes Across the Life Course*, New York: Elsevier.
- Turner R. Jay & Robyn L, Brown (2010), *Social Support and Mental Health*, In: Teresa L. Scheid, & Tony N. Brown: *A Handbook for the study of mental health*, NY, Cambridge University Press: 200-212.
- Wheaton, Blair (1990) Life Transition, Role Histories, and Mental Health, *American Sociological Review*, 55: 209-223.
- Wheaton, B & Montazer, S (2010) *Stressors, Stress, and Distress*, In: Teresa L. Scheid, & Tony N. Brown (Eds.), *A Handbook for the Study of Mental Health*, Cambridge: Cambridge University Press: 171-199.
- Wight, Richard G; Carol S, Aneshensel; Allen J. LeBlanc & Kristin. P, Beals (2008) *Sharing an Uncertain Future: Improved Survival and Stress*