پیام نوریها

public channel

✅کانال پیام نوریها در سال 95 با هدف تهیه جزوات و نمونه سوالات افتتاح و از همان ابتدای تاسیس کوشیده است با تکیه بر تلاش بی وقفه ، کارگروهی و فعالیت های بدون چشمداشت کاربران متمایز خود ، قدمی کوچک در راه پیشرفت ارائه خدمات به دانشجویان این مرز و بوم بردارد.

@Payamnoria

telegram.me/Payamnoria

رایگان است و همیشه رایگان میماند

اطلاع از اخبار و دانلود جزوات و نمونه سوالات

برای ورود به کانال تلگرامی پیام نوریها کلیک کنید

" کانال و خانواده تلگرامی پیام نوریها "

با عضویت در کانال و به آرشیو زیر دسترسی پیدا کنید

✓ تمام نمونه سوالات به روز تا آخرین دوره

✓ جزوات درسی

✓ بیش از ۱۰۰ فلش کارت دروس

✓ اخبار به روز پیام نور

✓ فیلم و فایل آموشی اختصاصی

✓ انجام انتخاب واحد و حذف و اضافه

✓ پاسخگویی به سوالات دانشجویان

✓ معرفی گروه و انجمن های پیام نوری

✓ طنز و توییت دانشجویی

به یکی از بزرگترین کانال های پیام نوری بپیوندید

برای ورود به کانال تلگرامی پیام نوریها کلیک کنید

دانشگاه پیام نور

مقدمات روان‌شناسی سلامت

(رشتهٔ روان‌شناسی)

دکتر احمد علی‌پور

گروه روان شناسی
(۱۵۶)

دانشگاه پیام‌نور
۱۶۸۸

سرشناسه	:	علی پور، احمد
عنوان و پدید آور	:	مقدمات روان شناسی سلامت (رشته روان شناسی)/ مولف: احمد علی پور.
مشخصات نشر	:	تهران: دانشگاه پیام‌نور، ۱۳۸۹.
مشخصات ظاهری	:	سیزده ، ۲۲۰ص .
فروست	:	دانشگاه پیام نور، ۱۶۸۸.گروه روان شناسی، ۱۵۶.
شابک	:	978-964-387-722- 4
وضعیت فهرست نویسی	:	فیپا.
یادداشت	:	واژه نامه .
یادداشت	:	کتابنامه.
موضوع	:	روان شناسی بالینی تندرستی-- آموزش برنامه ای.
موضوع	:	روان شناسی بالینی تندرستی-- راهنمای آموزشی(عالی).
شناسه افزوده	:	دانشگاه پیام نور.
رده بندی کنگره	:	R۷۲۶/۷/ع۸م۷
رده بندی دیویی	:	۶۱۳/-۱۹
شمارهٔ کتابشناسی ملی	:	۲۱۸۰۳۰۴

دانشگاه پیام‌نور

مقدمات روان شناسی سلامت

مؤلف: دکتر احمد علی پور

ویراستار علمی: دکتر حسین زارع

تهیه و تولید: مدیریت تولید مواد و تجهیزات آموزشی

لیتوگرافی، چاپ و صحافی: مرکز چاپ و انتشارات دانشگاه پیام‌نور

شمارگان: ۱۰۰۰۰ نسخه

نوبت و تاریخ چاپ: چاپ اول اردیبهشت ۱۳۹۰

شابک: ۴- ۷۲۲ - ۳۸۷ - ۹۶۴ - ۹۷۸

ISBN: 978 - 964 - 387 - 722 - 4

بسم الله الرحمن الرحیم

پیشگفتار ناشر

کتاب‌های دانشگاه پیام نور حسب مورد و با توجه به شرایط مختلف یک درس در یک یا چند رشتهٔ دانشگاهی، به‌صورت کتاب درسی، متن آزمایشگاهی، فرادرسی، و کمک‌درسی چاپ می‌شوند.

کتاب درسی ثمرهٔ کوشش‌های علمی صاحب اثر است که براساس نیازهای درسی دانشجویان و سرفصل‌های مصوب تهیه و پس از داوری علمی، طراحی آموزشی، و ویرایش علمی در گروه‌های علمی و آموزشی، به چاپ می‌رسد. پس از چاپ ویرایش اول اثر، با نظرخواهی‌ها و داوری علمی مجدد و با دریافت نظرهای اصلاحی و متناسب با پیشرفت علوم و فناوری، صاحب اثر در کتاب تجدیدنظر می‌کند و ویرایش جدید کتاب با اعمال ویرایش زبانی و صوری جدید چاپ می‌شود.

متن آزمایشگاهی (م) راهنمایی است که دانشجویان با استفاده از آن و کمک استاد، کارهای عملی و آزمایشگاهی را انجام می‌دهند.

کتاب‌های فرادرسی (ف) و **کمک‌درسی** (ک) به منظور غنی‌تر کردن منابع درسی دانشگاهی تهیه و بر روی لوح فشرده تکثیر می‌شوند و یا در وبگاه دانشگاه قرارمی‌گیرند.

مدیریت تولید محتوا و تجهیزات آموزشی

فهرست

مقدمه و پیشگفتار

از هنگامی که روان‌شناسی علمی با تأسیس اولین آزمایشگاه توسط ویلهم وونت آلمانی در لایپزیک متولد شد، این رشته برای اثبات هویت علمی مستقل خویش تلاش کرده تا از فلسفه و پزشکی هر چه بیشتر فاصله گیرد. هر چند این تلاش در آن زمان مفید بوده و به استقلال این علم کمک شایانی کرده است، اما امروزه با گسترش حیطه‌های بین رشته‌ای تلاش‌های این علم مجدداً در جهت نزدیک‌تر شدن به فلسفه و پزشکی آغاز شده است. تسلط روان‌شناسی شناختی بر کل روان‌شناسی و باز تعریف مفهوم ذهن و شناخت و مطالعه علمی آن به معنای کم شدن فاصله روان‌شناسی و فلسفه است. گسترش شاخه‌هایی چون روان‌شناسی فیزیولوژیک، نوروسایکولوژی، طب رفتاری، و پزشکی روان‌تنی نیز به معنای کم شدن فاصله روان‌شناسی و پزشکی است. اوج پیوند روان‌شناسی و پزشکی در تولد شاخه نوظهور روان‌شناسی سلامت به منصه ظهور رسیده است. روان‌شناسی به مطالعه رفتار و فرآیندهای ذهنی می‌پردازد و پزشکی علم تشخیص و درمان بیماری‌هاست.

در روان‌شناسی سلامت به مطالعه عوامل رفتاری و ذهنی که در ایجاد، گسترش و درمان بیماری‌های جسمی مؤثرند، پرداخته می‌شود. این علم رو به رشد امروزه از مهم‌ترین شاخه‌های روان‌شناسی در جهان محسوب می‌شود. نگارنده بر خود می‌بالد که تلاش‌های وی در گنجاندن درس روان‌شناسی سلامت در دوره‌های کارشناسی،

سلامت در برنامه درسی کارشناسی روان‌شناسی دانشگاه پیام‌نور فقدان منبعی مناسب و خودآموز برای این درس از نگرانی و دل‌مشغولی‌های عمده بوده است. به منظور رفع این نگرانی‌ها نگارنده خود نگارش کتاب روان‌شناسی سلامت را عهده‌دار شده است.

این کتاب به‌گونه‌ای تدوین شده است که هم مفاهیم این رشته را دربرگیرد و هم به جنبه‌های کاربردی این دانش مفید توجه کند. در نگارش این کتاب از منابع متعدد جدیدی استفاده شده است. اما از چندین کتاب بهره زیادی برده شده است. کتاب روان‌شناسی سلامت سارافینو، کتاب روان‌شناسی سلامت ترجمه علی فتحی آشتیانی و هادی عظیمی آشتیانی، کتاب روان‌شناسی سلامت ایمانتو از انتشارات سمت و کتاب روان‌شناسی سلامت اوگدن (۲۰۰۷) از منابع اصلی مطالب این کتاب هستند. فصول دهگانه کتاب نیز براساس ابعاد نظری و کاربردی این رشته ساماندهی شده است. در این کتاب که اولین کتاب تألیفی روان‌شناسی سلامت به فارسی است، مطالب در ده فصل تنظیم شده‌اند:

فصل اول به مفاهیم بنیادی این رشته می‌پردازد.

فصل دوم اشاره‌ای مختصر به نظریه‌های رایج در روان‌شناسی سلامت دارد.

فصل سوم به کلیدی‌ترین مبحث روان‌شناسی سلامت یعنی استرس و بیماری اختصاص یافته است.

فصل چهارم به مبحث شخصیت و سلامتی اختصاص یافته است.

فصل پنجم دربارهٔ رابطه حمایت اجتماعی و سلامت است.

در فصل ششم احساس کنترل و سلامتی مورد بررسی قرار گرفته است.

فصل هفتم نیز به رفتار غذا خوردن، ورزش و سلامتی اختصاص دارد.

در فصل هشتم فرآیند بیمار شدن مورد توجه قرار گرفته است.

فصول نهم و دهم به ترتیب به سازگاری با بیماری های مزمن و مداخله‌های روان‌شناختی در بیماری‌های مزمن اختصاص یافته اند.

نگارش این کتاب نتیجه تلاش‌های جمعی بزرگوارانی است که از همه آنها تشکر و قدردانی می‌شود. من بیش از همه مدیون دانشجویان کارشناسی ارشد و دکتری دانشگاه پیام‌نور هستم که در جلسات درس روان‌شناسی سلامت پیرامون این کتاب

که به زودی Ph.D خود را در رشته روان‌شناسی سلامت، اخذ خواهند کرد، تلاش‌های ارزشمندی برای مشارکت در مباحث کتاب انجام داده‌اند. سرکار خانم زینب عشقی و خدیجه علی‌نژاد رنجکش زحمات تایپ و صفحه‌آرایی مطالب را به عهده داشته است. سرکار خانم فاطمه جمشیدی با پیگیری‌های مجدانه در آماده‌سازی این کتاب تأثیر زیادی داشته است. دوست ارجمندم دکتر حسین زارع ویراستاری این کتاب را به خوبی و با دقت موشکافانه انجام داده است. همکاران زحمت‌کش مدیریت تدوین به‌ویژه آقایان اوسطی و اکبری و مدیریت انتشارات دانشگاه زحمات زیادی متحمل شده‌اند. جناب آقای حمزه‌ای مدیر محترم انتشارات نیز همکاری ارزشمندی در چاپ این کتاب داشته‌اند. از خانواده‌ام نیز که با کاهش انتظارات منطقی خویش به آماده‌سازی سریع‌تر این کتاب کمک کرده‌اند و به من اجازه داده‌اند که اوقات متعلق به آنها را صرف آماده‌سازی این کتاب کنم، قدردانی می‌نمایم. از همه عزیزانی که به هر نحو در آماده‌سازی و چاپ این کتاب تأثیرگذار بوده‌اند، صمیمانه تشکر می‌کنم. اینجانب به نظرات سازنده و موشکافانه همه همکاران علمی و دانشجویانی که به اصلاح مطالب کتاب در چاپ‌های بعدی کمک می‌کنند چشم امید دارم و پیشاپیش از همه آنها تشکر و سپاسگزاری می‌کنم.

شهریور ۸۹

مصادف با عیدسعید فطر

صفی‌آباد دزفول ـ احمد علی‌پور

فصل اول

مقدمه‌ای بر روان‌شناسی سلامت

هدف‌های یادگیری

خواننده‌ی عزیز، به درس روان‌شناسی سلامت خوش آمدید. برای ورود تخصصی‌تر به مباحث عمده و اساسی روان‌شناسی سلامت باید از دروازه‌ی این رشته علمی عبور کنید. اینکه سلامت چیست، چه جنبه‌هایی دارد، مدل‌های توجیه‌کننده سلامتی کدامند، روان‌شناسی سلامت چیست، چه ارتباطی با شاخه‌های مشابه دارد و روش‌های پژوهشی این حیطه تخصص کدامند، در واقع دروازه ورودی روان‌شناسی سلامت است. بنابراین از شما انتظار می‌رود با مطالعه این فصل با مباحث زیر آشنا شوید:

سلامت چیست؟
طیف سلامت ـ بیماری
سلامت و بیماری در گذشته و حال
الگوهای تعیین‌کننده بیماری و سلامت
مدل زیستی، روانی و اجتماعی
تعریف روان‌شناسی سلامت
اهداف روان‌شناسی سلامت
حیطه‌های مرتبط با روان‌شناسی سلامت

سلامت چیست؟

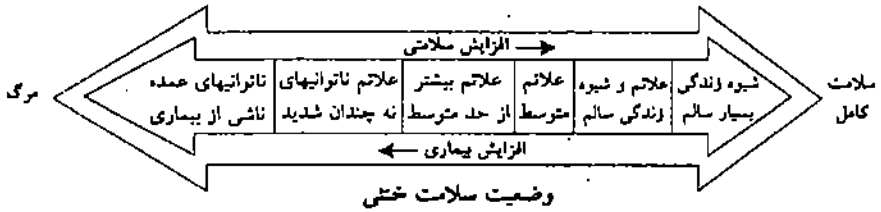
سلامت، مهمترین مسأله بشریت است، زیرا با مرگ و زندگی مرتبط است. فقدان سلامتی به معنای قدم نهادن به سوی مرگ و وجود سلامتی به معنای جریان داشتن زندگی است. تعریف پدیده‌ای با این اهمیت برای متخصصان و پزشکان نیز دشوار است. مقبول‌ترین تعریف سلامت توسط سازمان جهانی بهداشت[1] (WHO) ارائه شده است (۱۹۴۶). بنابر تعریف WHO سلامت یعنی حالت خوب بودن کامل از لحاظ جسمی، روانی و اجتماعی و این تنها به‌معنای فقدان بیماری و ناتوانی نیست. این تعریف مزایا و معایبی دارد. یکی از محاسن این تعریف تأکید بر چند بعدی بودن سلامت است. همان‌طور که ملاحظه می‌کنید در این تعریف، سلامت صرفاً جسمی نیست بلکه ابعاد روانی و اجتماعی سلامت نیز اهمیت خاصی دارند. از جمله معایب این تعریف آرمانی بودن آن است. یعنی سلامت به مفهوم آرمانی تعریف شده به‌گونه‌ای که کمتر کسی می‌تواند در حالت خوب بودن کامل قرار گیرد. مثلاً فردی که در حالت کمال روانی، جسمی و اجتماعی نیست، نمی‌تواند سالم باشد! (بن‌یارد[2]، ۱۹۹۶).

۱. معنای سلامت را در فرهنگ لغات فارسی و انگلیسی جستجو کنید.
۲. به تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامت، توجه کنید، جنبه‌های مثبت و منفی آن را مشخص کرده و با مدرس و همکلاسی‌های خود در میان بگذارید.

تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامت دارای دو وجه ایجابی و سلبی است. در قسمت اول این تعریف بر وجود حالت کامل بودن جسمی و روانی و اجتماعی یعنی بر جنبه ایجابی تأکید شده است اما در قسمت دوّم تعریف (فقدان بیماری) به حالت سلبی سلامت توجه شده است. با این حال اغلب محققان و متخصصان سلامت تاکنون تنها به وجه سلبی سلامت توجه کرده‌اند (پارک[3]، ۱۹۹۸، به نقل از کرتیس،۱۳۸۲).

از جمله اشکالات تعریف یاد شده عدم توجه به مفهوم نسبی بودن سلامت است. امروزه روشن شده است که سلامت و بیماری دو مفهوم کاملاً جدا و متمایز از یکدیگر نیستند بلکه کاملاً به هم مرتبط هستند و می‌توان آنها را به‌صورت درجاتی

تصور کرد. جامعه‌شناس پزشکی، آنتونوفسکی[1] معتقد است که سلامت و بیماری در دو نقطه‌ی انتهایی یک پیوستار قرار دارند. همان‌طور که وی به خوبی اشاره می‌کند: «ما همگی می‌میریم و تا زمانی که نفس می‌کشیم و زنده‌ایم، تا اندازه‌ای سالم هستیم» (آنتونوفسکی، ۱۹۸۷). طبق نظر این دانشمند که مورد قبول جامعه علمی است، سلامت و بیماری به‌صورت پیوستاری است که در یک‌سوی آن مرگ و در سوی دیگر آن، سلامت کامل قرار دارد. نمایش پیوستاری سلامت ـ بیماری در شکل ۱-۱ آمده است.



شکل ۱-۱ طیف سلامت ـ بیماری

همان‌گونه که در شکل ۱-۱ ملاحظه می‌کنید، پیوستار سلامت ـ بیماری نشاندهنده‌ی وضعیت درجات مختلف سلامت است. در مرکز این طیف وضعیت سلامتی خنثی است و هر چه به طرف چپ حرکت کنیم، سلامتی کاهش می‌یابد. فردی که در سمت چپ قرار می‌گیرد مثلاً فشار خون بالا دارد و یا چربی خون او بالاست، نیازمند درمان طبی است. چنین درمانی وضعیت سلامت فرد را به سمت نقطه‌ی میانی سوق می‌دهد. اما شیوه زندگی سالم نیز می‌تواند وضعیت سلامتی فرد را به سمت سلامت کامل (سمت راست) سوق دهد (سارافینو[2]، ۲۰۰۵).

فکر کنید و پاسخ دهید:
فردی که تشخیص سرطان دارد و بر اثر درمان مناسب و روحیه مناسب. در وضعیت خوبی قرار دارد، سالم است یا خیر، چرا؟ وضعیت او را در طیف سلامت و بیماری تعیین کنید.

بنابراین سلامت و بیماری کیفیت‌هایی متمایز و بدون ارتباط با یکدیگر نیستند بلکه حالاتی نسبی هستند و در هر لحظه هر یک از ما در یک نقطه از طیف

سلامت ـ بیماری قرار می‌گیریم. عوامل مختلف جسمی، روانی و اجتماعی می‌توانند وضعیت سلامتی فرد را در طیف تغییر دهند.

سلامت و بیماری در گذشته و حال

مروری بر دلایل مرگ‌ومیر انسان‌ها در قرون و اعصار گذشته نشان می‌دهد که مرگ‌ومیر انسان‌ها معمولاً به دو دلیل رخ می‌داده است: مشکلات تغذیه‌ای[1] و بیماری‌های عفونی[2]. بیماری‌های تغذیه‌ای در نتیجه‌ی تغذیه ناکافی و نامناسب ایجاد می‌شوند مثلاً کمبود ویتامین B_1 باعث ایجاد بیماری بری‌بری می‌شود که این بیماری با علایمی چون کم‌خونی و فلج مشخص می‌شود. بیماری‌های عفونی نیز به دلیل ورود باکتری‌ها و ویروس‌ها به بدن و عفونی شدن ایجاد می‌شوند. آبله، دیفتری، تب‌زرد، مخملک و آنفلوانزا از جمله بیماری‌های عفونی واگیردار هستند که امروزه نیز قربانیان زیادی در سراسر جهان دارند (سارافینو، ۲۰۰۵).

امروزه بر اثر پیشرفت کشاورزی، وضعیت تغذیه در اکثر نقاط جهان بهبود یافته است، با گسترش واکسیناسیون و پیشرفت پزشکی و بهداشت نیز بیماری‌های عفونی کاهش چشمگیری یافته است. در نتیجه در اکثر نقاط جهان الگوی مرگ‌ومیر تغییر کرده است. تحقیقات نشان داده که در سال ۱۹۹۵ دو سوم مرگ‌ومیرها در ایالات متحده به علت سه بیماری بوده است: بیماری‌های قلبی، سرطان و سکته مغزی. در ایران نیز پژوهش‌ها نشان دهنده نقش اساسی عواملی چون سرطان، بیماری‌های قلبی، سکته مغزی و تصادفات در مرگ‌ومیر است. بنابراین می‌توان گفت که الگوی مرگ‌ومیر به علت بیماری‌های عفونی، به الگوی مرگ‌ومیر به علت بیماری‌های مزمن[3] تغییر کرده است.

حال باید پرسید دلایل این تغییر چیست؟ یکی از دلایل این تغییر این است که در زندگی صنعتی جدید، استرس یا فشار روانی افزایش یافته است (سارافینو، ۲۰۰۵). دلیل دیگر این است که با پیشرفت پزشکی مردم بیشتر از قبل به سن سالمندی می‌رسند و بیماری‌های مزمن، تهدیدکننده سلامتی سالمندان است. از آنجا که بیماری‌های مزمن مثل سرطان و دیابت معمولاً به سادگی درمان نمی‌شوند و بیمار باید با آنها سازگار شود

و بیماری خود را اداره کند، نقش عوامل روان‌شناختی اهمیت زیادی پیدا کرده است. در چنین شرایطی است که نقش روان‌شناسی در سلامت مفید واقع می‌شود.

الگوهای تبیین‌کننده بیماری‌ها

بشر همواره با این سؤال اساسی روبرو بوده است: چرا انسان بیمار می‌شود؟ طبیعی است که برای پاسخ‌گویی به این سؤال فرض‌های مختلفی مطرح شده است. بشر اولیه معتقد بود که بیماری در اثر حلول ارواح شیطانی و یا خشم خدایان ایجاد می‌شود و بدین منظور آیین‌هایی برای خروج ارواح خبیثه و یا رفع خشم خدایان داشتند. بعد، فلاسفه و پزشکان به ویژه بقراط نظریه مزاج‌ها یا اخلاط چهارگانه را مطرح کردند. سپس این عقیده رایج شد که روان و بدن وجودهایی جداگانه هستند که یا رابطه‌ای با یکدیگر ندارند و یا رابطه‌ی اندکی دارند. نظریه ثنویت[1] یا دوگانه‌نگری دکارت زمینه را برای جدایی کامل روان و بدن فراهم کرد. در چنین شرایطی پس از رنسانس، پزشکی و جراحی پیشرفت کرد و بر نقش عوامل جسمی در ایجاد بیماری‌ها تأکید شد و نظریه اخلاط چهارگانه به کلی مردود اعلام شد.

مدل زیستی ـ طبی[2]

اختراع میکروسکوپ، کشف میکرب و پیشرفت علم تشریح باعث شد که توجه پزشکان صرفاً به نقش عوامل زیستی در ایجاد و گسترش بیماری‌ها معطوف شود. در نتیجه پیشرفت‌های پزشکی و اعتقاد به جدایی جسم و روان اساس رویکرد و الگویی جدید برای درک مفهوم سلامت و بیماری شد. این الگوی جدید به مدل زیستی ـ پزشکی یا زیستی ـ طبی معروف است. این الگو که اوج آن را می‌توان در نظریه میکروبی پاستور ملاحظه کرد، اعتقاد دارد که بیماری‌ها یا اختلالات جسمی نتیجه‌ی اختلال در فرآیندهای زیستی ناشی از صدمه و عدم تعادل زیستی ـ شیمیایی، عفونت‌های باکتریایی و ویروسی است (لونتال[3] و همکاران، ۱۹۸۵، به نقل از اوگدن، ۲۰۰۷). بنابراین طبق مدل زیستی ـ طبی بیماری به بدن و مکانیسم‌های فیزیولوژیکی

و جسمی مربوط است و ارتباطی به مسائل روانی ـ اجتماعی ندارد. رویکرد زیستی ـ پزشکی در قرن ۱۹ و ۲۰ بر پزشکی مسلط بوده و هنوز هم از دیدگاه‌های کاملاً رایج در پزشکی امروزی است (انگل[1]، ۱۹۷۷).

> براساس رویکرد زیستی ـ طبی علت بیماری قلبی چیست؟ در این رویکرد از چه عواملی غفلت شده است. پاسخ خود را با مدرس درس درمیان بگذارید.

الگوی زیستی ـ طبی همواره از طرف دانشمندان به‌ویژه روان‌شناسان مورد انتقاد قرار گرفته است. کرتیس[2] (۲۰۰۰) سه انتقاد را مطرح کرده است. اول آنکه این الگو علت بیماری را به عوامل زیستی از جمله میکروب، ژن و مواد شیمیایی تقلیل داده است حال آنکه در برخی از موارد عوامل روانی، اقتصادی و اجتماعی گسترده‌ای در بروز بیماری دخیل هستند. دوم اینکه در اختلالات مزمنی چون بیماری قلبی، سرطان، دیابت و... رویکرد تک علیتی درست نیست زیرا علل نهفته دیگری وجود دارد که همواره بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند مثلاً بیماری قلبی ممکن است حاصل تعامل عوامل ژنتیکی، رژیم غذایی، سبک زندگی یا عوامل رفتاری باشد. سوّم اینکه الگوی زیستی ـ طبی تأکید فوق‌العاده‌ای بر بدن در مقابل ذهن دارد و این با شواهد پژوهشی و تجارب روزمره‌ی ما که نشان می‌دهد ذهن بر بیماری (بدن) تأثیر می‌گذارد، منافات دارد.

یکی از کسانی که سهم عمده‌ای در نقد رویکرد زیستی ـ طبی و ارائه الگوی جدید دارد، جورج انگل روان‌پزشک امریکایی است (تصویر ۱-۱ را ببینید). وی در مقاله‌ای که در سال ۱۹۷۷ در مجله معتبر «ساینس»[3] منتشر کرده، آن الگو را به‌کلی با چالش جدی مواجه کرده است. بُرل ـ کاریو و همکاران (۲۰۰۴) هفت انتقاد انگل را به شرح زیر خلاصه کرده‌اند.

۱. هر تغییر بیوشیمیایی مستقیماً قابل ترجمان به بیماری نیست. بروز یک بیماری در نتیجه‌ی تغییرات بیوشیمیایی و عوامل روان‌شناختی است.

۲. وجود نابهنجاری‌های زیستی معنای علایم را برای بیمار و پزشک معلوم نمی‌کند در نتیجه پزشک باید اطلاعات دیگری (مثلاً روان‌شناختی) گردآوری کند.

تصویر ۱-۱: جورج لیبمن انجل (۱۹۹۹-۱۹۱۳) روان‌پزشکی آمریکایی است که بیشتر عمر خود را در مرکز پزشکی دانشگاه روچستر نیویورک گذراند. وی بیشتر به علت ارائه مدل «زیستی ـ روانی ـ اجتماعی» برای تبیین بیماری و سلامتی مشهور است.

۳. متغیرهای روانی ـ اجتماعی تعیین‌کننده‌های بسیار مهم آسیب‌پذیری، شدت و شروع بیماری هستند که در مدل سنتی به آنها توجه نشده است.

۴. بازی کردن نقش بیماری ضرورتاً به معنای وجود تغییرات زیستی نیست.

۵. موفقیت اغلب درمان‌های زیستی تحت تأثیر عوامل روانی اجتماعی از جمله اثر پلاسبو[1] (دارونما) است.

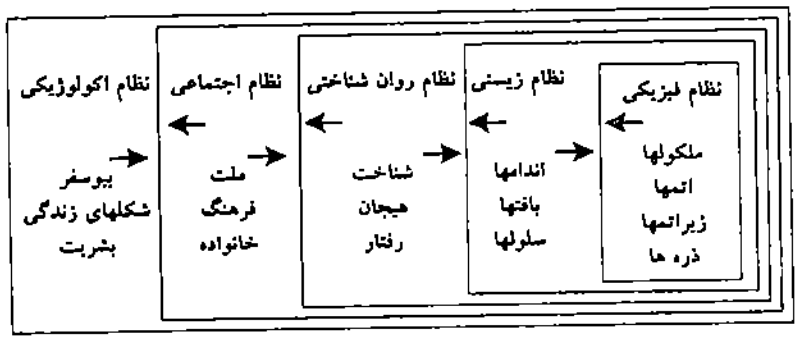
۶. روابط بیمار ـ پزشک برنتایج درمانی تأثیر می‌گذرد.

۷. برخلاف موارد غیر زنده، بیماران حتی از روشی که برای مطالعه آنها مورد استفاده قرار می‌گیرد، تأثیر می‌پذیرند و حتی دانشمندانی که آنها را مطالعه می‌کنند نیز از موضوعات مورد مطالعه (بیماران) تأثیر می‌پذیرند.

> یک بیماری مزمن را در نظر بگیرید و توضیح دهید که هر یک از موارد هفت‌گانه فوق چگونه بر تشخیص، درمان و شروع بیماری تأثیر می‌گذارد. نتایج را با همکلاسی‌ها و مدرس درس در میان بگذارید.

الگوی زیستی ـ روانی و اجتماعی

با شدت گرفتن انتقادات نسبت به الگوی زیستی ـ طبی، در ربع آخر قرن بیستم نیاز به الگوی جدیدی برای تبیین بیماری احساس می‌شد. در پاسخ به این نیاز جورج انگل (۱۹۷۷) الگوی زیستی ـ روانی و اجتماعی را معرفی کرده است. طبق این الگو همان‌طور که بن‌یارد (۱۹۹۶) اظهار داشته است، ما درون یک محیط بوم‌شناختی زندگی می‌کنیم که نوع زندگی و گونه‌های دیگر بر ما تأثیر می‌گذارند و از طرف دیگر ما از ذرات اصلی جهان یعنی ملکول و اتم تشکیل شده‌ایم. در نتیجه از تعامل عوامل مختلف تأثیر می‌پذیریم و بیماری نیز چنین وضعیتی دارد. طبق الگوی زیستی ـ روانی ـ اجتماعی که انگل ارائه کرده است، سلامت ما (و بیماری) نتیجه‌ی تعامل متقابل عوامل زیستی (ژنتیک، بیوشیمیایی و...) روان‌شناختی (شخصیت، هیجان و رفتار و...) و اجتماعی (طبقه، شغل، نژاد و...) است. درنتیجه عامل ایجاد یک بیماری تک علتی نیست بلکه بیماری، محصول عوامل متعدد است و درمان نیز باید چندوجهی باشد. این الگو از نظریه‌ی سیستم‌ها نیز تأثیرپذیرفته یعنی معتقد است در ایجاد بیماری سیستم‌های بدنی، روان‌شناختی و اجتماعی دخیل هستند. شکل ۱-۲ این الگو را معرفی می‌کند:

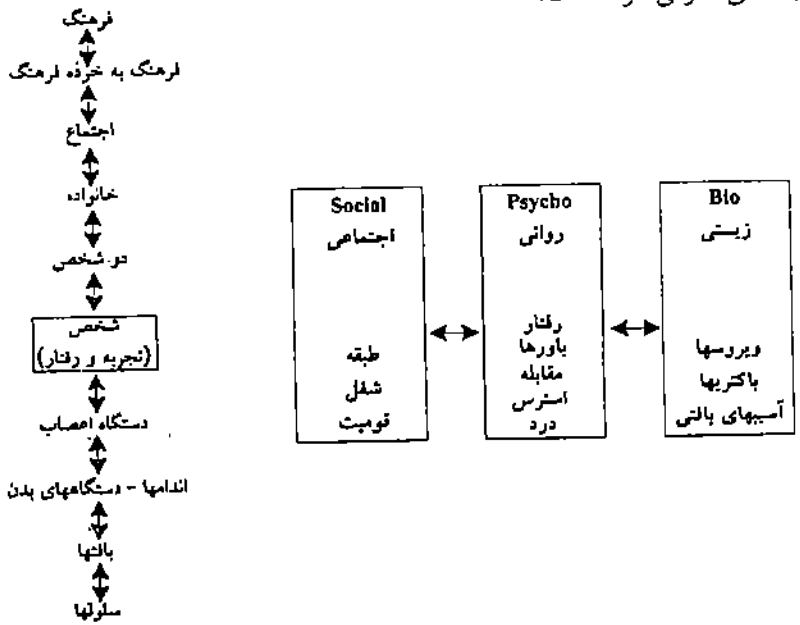


شکل ۱-۲: نمایی از الگوی زیستی ـ روانی اجتماعی و نظریه سیستم‌ها

در شکل ۱-۲ به فلش‌ها که جهت تغییر و تأثیر را نشان می‌دهند، توجه کنید. براساس نظریه‌ی سیستم‌ها تغییر در هر سیستم (نظام) تغییرات دیگری در سایر نظام‌ها

بر وضعیت روانی فرد و روابط اجتماعی او تأثیر بگذارد. برعکس نیز یک واقعه عمده مثل از دست دادن یک عزیز بر روان ما، بدن ما و نهایتاً بروز بیماری تأثیر می‌گذارد.

در ساده‌ترین شکل، الگوی زیستی ـ روانی ـ اجتماعی همان‌طور که از نامش پیداست، شامل سه مؤلفه است. مؤلفه زیستی سلامت شامل عوامل زیستی چون ژنتیک، ویروس‌ها، باکتری‌ها و آسیب‌های ساختاری (بافتی) است. عوامل روانی سلامت و بیماری شامل شناخت‌ها (انتظارات سلامتی)، هیجانات (مثل ترس از درمان) و رفتارها (سیگار، رژیم غذایی، ورزش) است. جنبه‌های اجتماعی سلامت نیز برحسب هنجارهای اجتماعی رفتار (مثلاً هنجار اجتماعی سیگار کشیدن یا نکشیدن)، فشارها برای تغییر رفتار (فشارهای گروه همسالان، والدین و رسانه‌ها)، ارزش‌های اجتماعی مؤثر بر سلامتی (سلامت خوب است یا بد) و طبقه اجتماعی و قومیت تعریف می‌شود. جین اوگدن[1] (۲۰۰۷) شکل ساده ۱-۳ را برای نشان دادن الگوی زیستی ـ روانی ـ اجتماعی معرفی کرده است.



آخرین باری که مریض شده‌اید، را به خاطر آورید، تشخیص بیماری شما چه بوده است: عوامل زیستی، روانی و اجتماعی آن بیماری را جداگانه بنویسید.

مقایسه مدل و الگوی زیستی ـ طبی با الگوی زیستی ـ روانی ـ اجتماعی نشان می‌دهد که مدل دوّم هم کاملتر و هم جامع‌تر است. در ضمن با تجارب شخصی ما و پژوهش‌ها سازگارتر است و نیز با تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامتی مطابقت دارد. این الگو همچنین راهنمایی برای متخصصان پزشکی و روان‌شناسان در تشخیص و درمان بیماری‌ها است. زیرا به بسیاری از سؤالات ما در خصوص سلامت و بیماری پاسخ می‌دهد. مهم‌ترین سؤالات و پاسخ دو الگو به آنها در جدول ۱-۱ آمده است.

جدول ۱-۱: پرسش‌ها و پاسخ‌های دو مدل درباره سلامتی و بیماری

پرسش‌ها	پاسخ‌ها	
	مدل زیستی طبی	مدل زیستی ـ روانی ـ اجتماعی
علت بیماری چیست؟	تغییر فیزیکی در بدن به علت عدم تعادل شیمیایی، باکتری، ویروس و ژنتیک و آسیب	مجموعه‌ای از عوامل زیستی، روانی و اجتماعی در تعامل با یکدیگر باعث ایجاد بیماری می‌شوند.
چه کسی مسؤول بیماری است؟	بیمار مسؤول نیست، او قربانی عوامل فیزیکی است.	چون بیماری محصول عوامل مختلف است، خود فرد نیز در بیمار شدن و نشدن نقش دارد.
بیماری چگونه درمان می‌شود؟	با تغییر فیزیکی بدن از جمله جراحی، شیمی‌درمانی، رادیوتراپی	نه تنها تغییر فیزیکی بلکه تغییر رفتار، باورها و شناخت نیز می‌تواند باعث بهبود بیماری شود.
چه کسی مسؤول درمان است؟	متخصصان پزشکی	بخشی از مسؤولیت به عهده‌ی پزشک، بخشی به عهده روان‌شناس و بخشی نیز به عهده خود بیمار است.
رابطه سلامت و بیماری چیست؟	این دو کیفیاتی مجزا هستند و رابطه‌ی پیوستاری با یکدیگر ندارند.	سلامت و بیماری به‌صورت پیوستار و طیف هستند نه کیفیاتی متمایز از یکدیگر.
چه رابطه‌ای بین ذهن و بدن برقرار است؟	هر دو مستقل هستند و رابطه‌ای با یکدیگر ندارند	براساس دیدگاه کلی نگر ذهن و بدن دو چیز مستقل نیستند بلکه با هم تعامل متقابل دارند.
نقش روان‌شناسی سلامت در سلامت و بیماری چیست؟	بیماری ممکن است پیامدهای روان‌شناختی داشته باشد اما برعکس درست نیست!	عوامل روان‌شناختی بر ایجاد بیماری تأثیر علّی دارند. بیماری نیز ممکن است پیامد روان‌شناختی داشته باشد.

غیرقابل انکاری گذاشته است زیرا قادر است همه‌ی عوامل مؤثر در ایجاد بیماری‌ها را توصیف و تبیین کند. حتی برخی از دانشمندان نقش دین و مذهب را در چارچوب عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامتی توضیح می‌دهند و برخی نیز بعد چهارمی به نام بعد معنوی را بر سه مؤلفه زیستی ـ روانی ـ اجتماعی، اضافه می‌کنند. در هر صورت نقش دین و مذهب بر سلامتی غیرقابل انکار است (کوینگ، ۱۳۸۶). با گسترش الگوی زیستی ـ روانی و اجتماعی زمینه مساعدی برای ایجاد و گسترش روان‌شناسی سلامت فراهم شده است.

تعریف روان‌شناسی سلامت

حال که با تعریف سلامت، پیوستار سلامت ـ بیماری و الگوهای رایج سلامتی آشنا شده‌اید، بهتر می‌توان روان‌شناسی سلامت را تعریف کرد. شما با تعریف رایج روان‌شناسی به مطالعه علمی و رفتار و فرآیندهای ذهنی در درس‌های دیگر آشنا شده‌اید. روان‌شناسی سلامت نیز شاخه‌ای از روان‌شناسی است که از یافته‌های روان‌شناسی برای پیشگیری، تشخیص، درمان و توانبخشی بیماری‌های جسمی بهره می‌برد. این شاخه که در سال ۱۹۷۸ توسط انجمن روان‌شناسی آمریکا به‌عنوان شاخه جدیدی معرفی شده است، توسط ماتاراتزو[1] (۱۹۸۰ تصویر ۱-۲ را ببینید) اولین رئیس این بخش این گونه تعریف شده است:

تصویر ۱-۲: پروفسور ماتاراتزو که در سال ۲۰۰۷ بازنشسته شده است، سهم زیادی در ایجاد و گسترش روان‌شناسی سلامت داشته و اولین رئیس بخش روان‌شناسی

کاربردهای خاص آموزشی، علمی و حرفه‌ای یافته‌های رشته روان‌شناسی در ارتقاء و حفظ سلامتی، پیشگیری و درمان بیماری و تعیین همبسته‌های سبب شناسی و تشخیصی سلامت و بیماری و اختلالات همراه با آن، و تحلیل و بهبود نظام مراقبت بهداشتی و سیاست‌های بهداشتی (ماتاراتزو، ۱۹۸۲ ص۴. تصویر ۱-۱ را ببینید).

در این شاخه علمی اعتقاد بر این است که ذهن و عوامل روانی هم در سبب‌شناسی بیماری و هم در درمان آن نقش غیرقابل انکاری دارند. این مسأله در تعریف فوق نیز مشهود است. اما یکی از اشکالات تعریف فوق، کلی بودن آن است. این تعریف خود نیازمند تعریف مؤلفه‌هاست. به این دلیل متخصصان دیگر سعی کرده‌اند این تعریف را توضیح دهند. بایر (۲۰۰۸) معتقد است که چهار رویکرد مختلف به روان‌شناسی سلامت وجود دارد: تمرکز بالینی، تمرکز بر بهداشت عمومی، تمرکز مبتنی بر جامعه و رویکرد روان‌شناسی سلامت انتقادی که مسائل روان‌شناسی سلامت در جامعه را به‌صورت انتقادی بررسی می‌کند. در تعریف رایج ماتاراتزو چهار مشخصه و هدف برای روان‌شناسی سلامت مطرح شده است:

الف) ارتقاء و حفظ سلامت: در این خصوص روان‌شناسان سلامت موضوعاتی از قبیل سیگار کشیدن، استفاده از کمربند ایمنی، مصرف نوشابه‌های گازدار، غذاهای چرب، شیرین، غذاهای آماده مثل سوسیس و کالباس و موارد دیگر را بررسی می‌کنند و راه‌حل‌هایی برای ارتقاء و حفظ سلامتی ارائه می‌کنند.

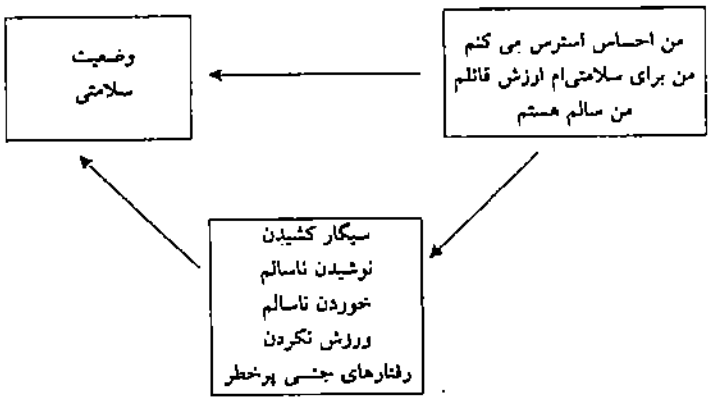
ب) پیشگیری و درمان بیماری‌ها: روان‌شناسان سلامت می‌توانند برای پیشگیری از وقوع بیماری‌های قلبی، دیابت، سرطان و مسائلی چون چاقی و همچنین درمان این بیماری‌ها راه‌حل‌های مؤثر روان‌شناختی ارائه کنند.

ج) تشخیص، سبب‌شناسی و ردیابی علل بیماری‌ها: عوامل روان‌شناختی از جمله شخصیت به‌عنوان عوامل علّی برخی بیماری‌ها مثل بیماری کرونرقلبی شناخته شده‌اند. روان‌شناسان می‌توانند با استفاده از چنین پژوهش‌هایی به متخصصان در تشخیص علل بیماری‌ها کمک کنند.

د) بهبود نظام مراقبت و سیاست بهداشتی: روان‌شناسان سلامت با دیدی روان‌شناختی چگونگی ارائه خدمات [illegible]

می‌کنند.

این چهار هدف در تعریف ماتاراتزو از روان‌شناسی سلامت آمده‌اند و همه آنها بر این نکته تأکید می‌کنند که عوامل روان‌شناختی در پیشگیری، سبب شناسی، درمان و توانبخشی بیماری‌های جسمی نقش زایدالوصفی دارند. بنابراین از دیدگاه روان‌شناسی سلامت، نه تنها بیماری ممکن است مشکلات روان‌شناختی بدنبال داشته باشد (مثلاً بیماری قلبی افسردگی ایجاد کند) بلکه عوامل روان‌شناختی از جمله استرس در ایجاد بیماری‌ها (مثل کرونر قلبی) نقش علّی دارند. عوامل روان‌شناختی از طریق دو مسیر بر سلامتی فرد تأثیر می‌گذارند: مسیر مستقیم و مسیر غیرمستقیم. مسیر مستقیم بدین‌معنی است که عوامل روان‌شناختی مستقیماً باعث تغییرات فیزیولوژیکی، آسیب بافت و نهایتاً باعث بیماری می‌شوند، مثلاً استرس باعث ترشح کورتیزول و افزایش فعالیت قلبی - عروقی و در نهایت آسیب به قلب می‌شود. مسیر غیرمستقیم نیز بدین معناست که عوامل روان‌شناختی از جمله اضطراب و استرس فرد را به سمت رفتارهای ناسالمی سوق می‌دهند که آن رفتارها (مثل سیگار کشیدن، مصرف الکل، غذاهای ناسالم، ورزش نکردن، عدم تمرکز، رانندگی پرخطر و با شتاب) سلامتی فرد را تهدید می‌کنند و باعث ایجاد بیماری می‌شوند. اوگدن (۲۰۰۷) این مسیرها را در شکل زیر نشان داده است.



شکل ۱-۴ ارتباط روان‌شناسی با سلامت

الف) ارزیابی نقش رفتار در سبب‌شناسی بیماری: مثلا بعضی از سرطان‌ها به الگوهای رفتاری خاصی (تغذیه و سیگار) مرتبط هستند.

ب) پیش‌بینی رفتارهای ناسالم مثل سیگار کشیدن: مثلاً باورهای سلامتی می‌تواند به تغییر رفتارهای ناسالم منتهی شود.

ج) ارزیابی تعامل بین روان‌شناسی و فیزیولوژی: برای مثال استرس که با توجه به نقش ارزیابی و مقابله در آن مسأله‌ای روان‌شناختی است به تغییرات فیزیولوژیکی منتهی می‌شود.

د) درک نقش روان‌شناسی در تجربه‌ی بیماری: مثلاً درد یک بیمار تحت تأثیر عوامل روان‌شناختی از جمله شخصیت اوست.

ه) ارزیابی نقش روان‌شناسی در درمان بیماری: برای مثال در بسیاری موارد که بیمار استرس شدید دارد، تغییر رفتار و کاهش استرس در درمان بیماری نقش دارد.

۲. دومین هدف روان‌شناسی سلامت تبدیل نظریه به عمل از طریق موارد زیر است:

الف) افزایش رفتارهای سالم با درک و شناسایی آنها و تغییر باورها نسبت به آنها.

ب) پیشگیری از بیماری با تغییر باورها و رفتارهای فرد، مداخلات رفتاری و آموزش مهارت‌های ارتباطی و مداخلات روان‌شناختی به کارکنان حوزه سلامت برای استفاده در پیشگیری از بروز بیماری‌ها.

تأمل در موارد یاد شده نشان می‌دهد که روان‌شناسی سلامت رشته بسیار مفیدی برای روان‌شناسان و متخصصان حیطه‌های مختلف پزشکی به منظور تشخیص، درمان و توانبخشی است. اما این رشته با رشته‌های دیگر موارد مشتبه‌کننده‌ای دارد.

حیطه‌های مرتبط با روان‌شناسی سلامت

روان‌شناسی سلامت با برخی حوزه‌های دیگر مشابه‌ها و تفاوت‌هایی دارد که در این بخش به توضیح آنها می‌پردازیم.

روان‌تنی[1] بوده است. در اثر تحلیل روابط بین ذهن و بیماری جسمی توسط فروید و توصیف فلج هیستریکی[2] توسط وی این حیطه مورد توجه قرار گرفته است. براساس این الگو که ریشه در روان تحلیل‌گری دارد، عوامل روان‌شناختی نه تنها پیامد بیماری هستند بلکه به شیوه‌ی ناهشیار در ایجاد بیماری نیز سهیم هستند. این رشته مورد توجه روان پزشکان قرار گرفته است (سارافینو، ترجمه جمعی از مترجمان، ۱۳۸۴).

> براساس توصیف فروید، توضیح دهید که فلج هیستریکی [illegible]؟
> آیا می‌توانید مثال‌هایی از این اختلال در اطراف خود [illegible]؟

سلامت رفتاری[3]

این شاخه نیز شدیداً تحت تأثیر روان‌شناسی رفتاری‌نگر است. بر اساس این رویکرد با استفاده از آموزش تغییر رفتار و سبک زندگی برای حفظ سلامت فرد و پیشگیری از بیماری تلاش می‌شود. شاخه‌ی پزشکی رفتاری شاخه‌ای بین رشته‌ای است (اوگدن، ۲۰۰۷).

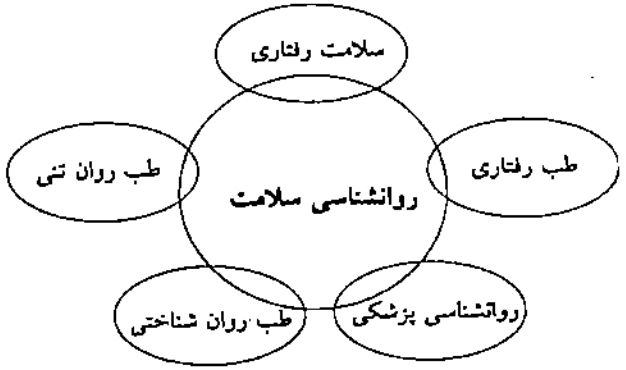
پزشکی رفتاری[4]: طبق نظر شوارتزو ویس[5] (۱۹۷۷) پزشکی رفتاری ملغمه‌ای از عناصر رشته‌های علوم رفتاری (روان‌شناسی، جامعه‌شناسی و آموزش بهداشت) است که بر حفظ سلامتی، پیشگیری از بیماری و درمان تمرکز دارد. در این الگو با استفاده از روش‌های تحلیل رفتار و تکنیک‌هایی چون رفتار درمانی و تغییر رفتار به درمان مشکلاتی چون فشار خون اساسی، اعتیاد و چاقی اقدام می‌شود.

روان‌شناسی پزشکی[6]: در این شاخه روابط پزشک ـ بیمار و نقش این روابط برفرآیند تشخیص و درمان بیماری مورد بررسی قرار می‌گیرد.

اصطلاح دیگری که برخی موارد مورد استفاده قرار می‌گیرد، طب روان‌شناختی است که کلاً به معنای کاربرد یافته‌های روان‌شناختی در طبابت است. همه‌ی شاخه‌های یاد شده به نحوی الگوی زیستی ـ طبی را با چالش مواجه کرده‌اند و هدف همه آنها و

1. Psychosomatic medicine
2. Hysterical paralysis
3. Behavioral health

روان‌شناسی سلامت تعیین نقش عوامل روان‌شناختی در ایجاد، گسترش، پیشگیری، درمان و توانبخشی بیماری‌های جسمی است. تفاوت آنها در میان رشته‌ای بودن آنهاست. در سایر شاخه‌های مرتبط متخصصان رشته‌های مختلف می‌توانند فعالیت کنند. اما در حوزه‌ی روان‌شناسی سلامت تنها متخصصان روان‌شناسی می‌توانند فعالیت کنند (شکل ۱-۵).



شکل ۱-۵: رابطه روان‌شناسی سلامت با حیطه‌های مشابه

روان‌شناسی سلامت نه تنها از شاخه‌های مختلف روان‌شناسی از جمله روان‌شناسی اجتماعی، روان‌شناسی رشد، روان‌شناسی شخصیت، روان‌شناسی فیزیولوژیک و نوروسایکولوژی، روان‌شناسی بالینی و روان‌شناسی یادگیری بهره می‌گیرد بلکه با شاخه‌های مختلف پزشکی از جمله روان‌پزشکی، پزشکی اطفال، پرستاری، تغذیه، بهداشت، داروسازی، همه‌گیرشناسی و حتی رشته‌هایی چون زیست‌شناسی و مددکاری اجتماعی نیز ارتباط دارد.

روش‌های تحقیق در روان‌شناسی سلامت

از آنجا که روان‌شناسی سلامت شاخه‌ای از روان‌شناسی است، بدیهی است که از تمام روش‌های پژوهشی روان‌شناسی بهره می‌گیرد. این روش‌ها عبارتند از روش‌های آزمایشی، نیمه آزمایشی و شبه آزمایشی. همچنین برخی روش‌های دیگر،

روان‌شناسان سلامت قرار می‌گیرند.

از طرفی دیگر، همان‌طور که متوجه شده‌اید، روان‌شناسی سلامت با حوزه وسیع بهداشت و پزشکی مرتبط است، لذا طبیعی است که از برخی روش‌های خاص پزشکی نیز در پژوهش‌ها استفاده می‌کند. برخی از این روش‌ها عبارتند از:

روش‌دارونما[1]: این روش در واقع همان روش آزمایشی است که شما در درس روش تحقیق با آن آشنا شده‌اید، با این تفاوت که یک گروه به گروه‌های مطالعه اضافه می‌شود و این گروه دارویی دقیقاً همانند داروی اصلی دریافت می‌کند اما این دارو که از لحاظ شکل، اندازه و ظاهر شبیه داروی اصلی است، هیچ خاصیت و تأثیر دیگری بر مصرف‌کننده ندارد. با این حال هرگونه تأثیری که این داروی خنثی داشته باشد، اثر دارونما[2] نام دارد.

به نظر شما چرا در چنین پژوهش‌هایی از گروه دارونما در کنار گروه آزمایشی و کنترل استفاده می‌شود؟

روش‌های گذشته‌نگر و آینده‌نگر

در روش گذشته‌نگر[3] گذشته و سابقه افراد مورد بررسی قرار می‌گیرد تا معلوم شود که آیا ویژگی روان‌شناختی خاصی در افراد مورد مطالعه وجود دارد که با بیمار شدن آنها ارتباط داشته باشد. برای مثال می‌توان افراد را به دو گروه بیمار کرونر قلبی و افراد سالم تقسیم کرد. بعد ویژگی‌های روان‌شناختی آنها را مقایسه کرد. اگر متوجه شویم که گروه بیماران قلبی دارای احساس خصومت بالاتر هستند، با احتیاط می‌توانیم حدس بزنیم که احتمالاً این ویژگی در ابتلای به بیماری قلبی مؤثر است. روش دیگری که در این خصوص مورد استفاده قرار می‌گیرد روش آینده‌نگر[4] است همان‌طور که از نام این روش پیداست، محقق روابط بین دو متغیر در گروه نمونه را در آینده بررسی می‌کند. مثلاً می‌توان ۱۰۰۰ فرد سالم را انتخاب کرد و در مدتی طولانی ارتباط بین وقایع استرس‌زا و حملات قلبی آنها را بررسی کرد. همان‌طور که حدس زده‌اید چنین روشی

را می‌توان در گروه روش‌های آزمایشی (شبه آزمایشی) طبقه‌بندی کرد (سارافینو، ۱۳۸۴).

پژوهش‌های ژنتیکی: در این‌گونه پژوهش‌ها برای بررسی و تعیین نقش عوامل ارثی در سلامت و بیماری از دو قلوهای همسان، خواهران و برادارن و فرزندخوانده‌ها استفاده می‌شود. چون از لحاظ شباهت ژنتیکی شباهت دوقلوهای همسان بیشتر و شباهت فرزندخوانده‌ها کمتر است. برخی شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که در سال‌های اولیه زندگی نقش عوامل ارثی برجسته‌تر است و در سال‌های بعد نقش محیط، عادات و سبک‌های زندگی در سلامت فرد بیشتر اهمیت پیدا می‌کند.

متخصص روان‌شناسی سلامت باید برحسب موضوع و فرضیه خود بهترین روش پژوهشی را انتخاب کند. پس نمی‌توان تنها یک روش خاص را به عنوان بهترین روش مشخص کرد.

خلاصه فصل

سلامت یکی از مهمترین پدیده‌هایی است که بنابر تعریف WHO یعنی حالت خوب بودن کامل از لحاظ جسمی، روانی و اجتماعی، بنابراین فقدان بیماری به معنای وجود سلامت نیست. این تعریف مورد نقد قرار گرفته، معایب و مزایای آن مشخص شده است. مهمترین نقطه‌ی قوت آن تأکید بر چند بعدی بودن سلامت است. نقد تعریف WHO موجب مطرح شدن پیوستار سلامت ـ بیماری شده است که در یک سر آن سلامت کامل و در سر دیگر پیوستار، مرگ قرار دارد. مفهوم بیماری‌ها و الگوی مرگ‌ومیر در اثر بیماری‌ها در طول تاریخ تغییر کرده است. در گذشته انسان‌ها عمدتاً به دلیل مشکلات تغذیه‌ای و بیماری‌های عفونی می‌مردند اما امروز با پیشرفت علم و پزشکی مرگ‌ومیر انسان‌ها در اثر بیماری‌های مزمنی چون سرطان، دیابت و بیماری قلبی است که در سازگاری با این بیماری‌ها و کنترل آنها روان‌شناسی نقش مهمی دارد. برای تعیین ابتلا به بیماری‌ها دو الگو مطرح شده است: الگوی زیستی ـ طبی که تنها علت بیماری‌ها را عوامل زیستی چون ویروس و میکروب می‌داند و الگوی زیستی ـ روانی ـ اجتماعی که علت ایجاد بیماری‌ها را براساس تعامل عوامل زیستی، روانی و

و راه‌های مفیدی برای پژوهش و کار بالینی در زمینه‌ی نقش عوامل روان‌شناختی در سلامت ارائه کرده است.

روان‌شناسی سلامت عبارتست از کاربردهای خاص آموزشی، علمی و حرفه‌ای روان‌شناسی در ارتقاء و حفظ سلامتی، پیشگیری و درمان بیماری، تعیین عوامل سبب‌شناسی و تشخیصی و تحلیل نظام بهداشتی. در این تعریف چهار هدف وجود دارد:

الف) ارتقاء حفظ سلامتی

ب) پیشگیری و درمان بیماری‌ها

ج) تشخیص سبب شناسی و تشخیص علل

د) بهبود نظام بهداشتی.

این تعریف به نقش عوامل روان‌شناختی در ایجاد بیماری‌ها تأکید دارد و بر این اساس عوامل روان‌شناختی به‌صورت مستقیم باعث تغییر در فیزیولوژی و در نتیجه بیماری می‌شود و به‌صورت غیر مستقیم نیز برخی رفتارهای ناسالم مثل رژیم غذایی نامناسب بیماری را ایجاد می‌کنند.

روان‌شناسی سلامت با حوزه‌های دیگری چون پزشکی روان‌تنی، سلامت رفتاری، طب رفتاری، طب روان‌شناختی و روان‌شناسی پزشکی مرتبط است. هر چند حوزه‌های یاد شده بین رشته‌ای هستند اما متخصصان حیطه روان‌شناسی سلامت همگی روان‌شناس هستند. در روان‌شناسی سلامت از انواع روش‌های تحقیق، هم روش‌های روان‌شناختی و هم روش‌های پزشکی استفاده می‌شود. روش دارو نما، روش گذشته نگر، آینده نگر و پژوهش‌های ژنتیک از عمده‌ترین روش‌های تحقیق در این رشته محسوب می‌شوند.

واژه‌های کلیدی

سلامت	رفتار	طب رفتاری
خوب بودن	روان‌شناسی سلامت	طب روان‌شناختی
طیف سلامت ـ بیماری	حفظ سلامت	روان‌شناسی پزشکی

تک علتی	سبب شناسی	اثر دارو نما
چند علتی	نظام مراقبت	گذشته نگر
تعاملی	سیاست سلامتی	آینده‌نگر
شناخت	پزشکی روان‌تنی	ژنتیک
هیجان	سلامت رفتاری	

پرسش‌های مروری

۱. مقبول‌ترین تعریف سلامت را بیان کنید؟
۲. نقاط قوت و ضعف تعریف WHO از سلامت چیست؟
۳. پیوستار سلامت ـ بیماری را تعریف کنید؟
۴. تغییر علل مرگ‌ومیر در طول تاریخ را به اختصار شرح دهید؟
۵. مدل زیستی طبی را تعریف کنید؟
۶. انتقادات مدل زیستی ـ طبی را شرح دهید؟
۷. مدل زیستی ـ روانی و اجتماعی را تعریف کنید؟
۸. نظریه سیستم‌ها را شرح دهید؟
۹. دو مدل مشهور برای تبیین بیماری را با هم مقایسه کنید؟
۱۰. روان‌شناسی سلامت را تعریف کنید؟
۱۱. اهداف روان‌شناسی سلامت را نام ببرید؟
۱۲. دو مسیر ارتباط روان‌شناسی با سلامت چه اهدافی دارد؟
۱۳. از نظر اوگدن دو مدل روان‌شناسی سلامت را با هم مقایسه کنید؟
۱۴. حیطه‌های مرتبط با روان‌شناسی سلامت را باهم مقایسه کنید؟
۱۵. روش دارو نما را شرح دهید؟
۱۶. روش گذشته‌نگر و آینده‌نگر را با مثال توضیح دهید؟

پرسش‌های چندگزینه‌ای

۱. مهمترین تعریف WHO از سلامت چیست؟

ب) تمرکز بر جنبه‌های مثبت سلامتی
ج) تأکید بر کامل بودن فرد
د) تمرکز بر چند جنبه‌ای بودن سلامت

۲. براساس پیوستار سلامت ـ بیماری بهبود وضعیت، مختص...
الف) کسانی است که بیماری دارند.
ب) افرادی است که در سمت چپ پیوستار قرار دارند.
ج) کسانی است که ناتوان هستند.
د) افرادی است که سلامتی کامل ندارند.

۳. امروزه دو دلیل اصلی مرگ‌ومیر عبارتند از:
الف) سرطان و بیماری قلبی
ب) دیابت و سرطان
ج) دیابت و بیماری قلبی
د) سکته مغزی و قلبی

۴. طبق نظریه سیستم‌ها وسیع‌ترین نظام کدام است؟
الف) زیستی
ب) اجتماعی
ج) اکولوژیکی
د) روانی

۵. از لحاظ روش تحقیق روان‌شناسی سلامت مشابه روان‌شناسی است با این تفاوت که از روش ..... استفاده می‌کند.
الف) پلاسبو ب) گذشته‌نگر
ج) آینده‌نگر د) ژنتیک

پرسش‌هایی برای اندیشیدن

آخرین بار که یکی از بستگان نزدیکتان به بیماری جدی مبتلا شده است را، به خاطر

خواندنی‌های پیشنهادی

۱. کتاب روان‌شناسی سلامت نوشته آنتونی جی‌کرتیس کتاب جالبی است که در سال ۲۰۰۰ نگاشته شده و توسط علی فتحی آشتیانی و هادی عظیمی آشتیانی به فارسی برگردانیده شده و در سال ۱۳۸۲ توسط انتشارات بعثت چاپ و منتشر شده است. این کتاب دربرگیرنده مقدمه‌ای اساسی بر مباحث روان‌شناسی سلامت است که دانشجویان عزیز می‌توانند مطالب آن را مطالعه کنند. به‌ویژه فصل اوّل این کتاب توضیح می‌دهد که روان‌شناسی سلامت چیست؟ تاریخچه روان‌شناسی سلامت چیست و چه مدل‌ها و الگوهایی برای سلامت مرسوم است. مطالعه دو سوّم ابتدای فصل اوّل این کتاب به دانشجویان توصیه می‌شود.

۲. کتاب مفصل و جامع روان‌شناسی سلامت نوشته ادوارد پ ساراقینو از کتاب‌های بسیار معتبری است که توسط الهه میرزایی و همکارانش به فارسی ترجمه شده و با همت انتشارات رشد در سال ۱۳۸۴ چاپ و منتشر شده است. فصل اوّل این کتاب نیز با جزئیات بیشتر و مفصل و با دیدی تاریخی و تحلیلی ظهور و گسترش روان‌شناسی سلامت را توضیح می‌دهد. فصل اوّل آن کتاب مطالبی سودمند و مفصل‌تر در خصوص مطالب فصل اوّل کتاب حاضر دارد.

فصل دوم

نظریه‌های رفتار سلامتی

هدف‌های یادگیری

از خواننده انتظار می‌رود پس از مطالعه این فصل بتواند:

۱. انواع طبقه‌بندی رفتارها را شرح دهد.
۲. مدل‌های مرحله‌ای و پیوستاری سلامتی را توضیح دهد.
۳. مدل باور سلامتی و نقش آن در پیش‌بینی رفتار سلامتی را تبیین کند.
۴. نظریه حفظ انگیزش را شرح دهد.
۵. کاربرد نظریه رفتار مدبرانه در تبیین رفتار سلامتی را توضیح دهد.
۶. مدل‌های مرحله‌ای را تشریح کند.
۷. نقش نظریه‌های یادگیری در رفتار سلامتی را شرح دهد.

همان‌طور که در فصل قبل خوانده‌اید، مطالعه رفتارهای سالم و ناسالم برای متخصصان روان‌شناسی سلامت اهمیت ویژه‌ای دارد. براساس مطالعات روان‌شناسان به‌ویژه روان‌شناسان سلامت آنچه باعث سلامت یا بیماری می‌شود، رفتار است. صاحب‌نظران برای بررسی اثرات رفتار بر سلامتی و چگونگی تأثیر آن، نظریه‌های مختلفی مطرح کرده‌اند. در این فصل ابتدا انواع رفتار از چشم‌انداز روان‌شناسی سلامت مورد توجه قرار می‌گیرد و سپس مهمترین نظریه‌های رایج در تبیین رفتار سالم به اختصار معرفی می‌شوند.

جالب‌ترین تقسیم‌بندی‌های رفتار دسته‌بندی کاسل[1] و کوب[2] (۱۹۶۶) است. آنها سه نوع رفتار را از هم متمایز کرده‌اند:

الف) رفتار سلامتی[3] یعنی هر نوع رفتاری که به منظور پیشگیری از بیماری انجام می‌شود مثل رژیم غذایی سالم.

ب) رفتار بیماری[4] یعنی هر نوع رفتاری که به منظور جستجوی علاج بیماری انجام می‌شود مانند مراجعه به پزشک.

ج) رفتار نقش بیماری[5] یعنی هر فعالیتی که پس از تشخیص بیماری به منظور خوب شدن و معالجه انجام می‌شود مثل مصرف دارو و استراحت کردن.

فردی که پس از مراجعه به پزشک متوجه بیماری آنفلوانزا شده است و براساس دستور پزشک لباس گرم می‌پوشد، چه رفتاری را انجام می‌دهد؟

از طرف دیگر ماتاراتزو (۱۹۸۴) که از بنیانگذاران روان‌شناسی سلامت محسوب می‌شود. با تأسی از رویکرد روان ـ عصب ایمنی‌شناسی طبقه‌بندی جدیدی از رفتارها ارائه کرده است. او رفتارها را در دو دسته عمده قرار می‌دهد: عادات آسیب‌زا برای سلامتی[6] که به آنها پاتوژن‌های رفتاری[7] می‌گوید. مثلاً مصرف سیگار، توتون، تنباکو و مواد مخدر یا چربی مضر از جمله پاتوژن‌های رفتاری هستند. نوع دوم رفتارهای حافظ سلامتی[8] هستند که به آنها ایمونوژن‌های رفتاری[9] می‌گوید. برای مثال چک کردن مرتب وضعیت سلامتی، مسواک زدن دندان‌ها یا بستن کمربند ایمنی جزو ایمونوژن‌های رفتاری محسوب می‌شوند.

به هر حال رفتارها چه افزاینده سلامتی[10] و چه کاهنده سلامتی[11] بر ایجاد بیماری اثرات غیرقابل انکاری دارند. برای تبیین این اثرات محققان دو مسیر را مطرح کرده‌اند:

1. Kasl
2. Cobb
3. health behavior
4. illness behavior
5. a sick role behavior
6. health impairing habits
7. behavioral pathogenes

مسیر زیست‌شناختی برای مثال استرس مستقیماً می‌تواند به افزایش فشار خون منجر شود. مسیر رفتاری یعنی رفتارهای فرد می‌توانند او را به سمت چک کردن وضعیت سلامتی، نزد پزشک رفتن و مصرف دارو هدایت کنند که آنها نیز به‌صورت مستقیم با سلامتی ارتباط دارند.

منظور از ایمونوژن‌های رفتاری چیست؟ پاسخ خود را با استدلال توضیح دهید.

یکی از اهداف روان‌شناسان سلامتی پیش‌بینی چگونگی ابتلا به بیماری و یا حفظ سلامتی است. برای رسیدن به این هدف مهم نظریه‌هایی در روان‌شناسی سلامت و بهداشت مطرح شده است که در این فصل به آنها پرداخته می‌شود.

نظریه‌های رفتار سالم

نظریه‌های رفتار سالم را می‌توان به دو طبقه عمده دسته‌بندی کرد. مدل‌های پیوستاری و مدل‌های مرحله‌ای. در مدل‌های پیوستاری همه رفتارهای مربوط به سلامتی فرد به‌عنوان نتیجه‌ی ترکیب متغیرهای چندگانه‌ای چون آسیب‌پذیری و نگرش‌ها در نظر گرفته می‌شوند. اما در مدل‌های مرحله‌ی ابتلا به بیماری یا بهبودی به‌صورت مراحل مجزای متوالی شکل می‌گیرد. در این بخش ابتدا چند نظریه از مدل‌های پیوستاری مطرح می‌شود.

۱. مدل‌های پیوستاری

مدل باور سلامتی

مدل باور سلامتی[1] از قدیمی‌ترین مدل‌هایی است که در دهه‌ی ۱۹۶۰ توسط گروهی از متخصصان علوم اجتماعی مطرح شده است. هدف این متخصصان توجیه این امر بوده است که چرا مردم در پیشگیری از بیماری ناموفق هستند. براساس این مدل احتمال اینکه افراد پیشگیری را به خوبی انجام دهند تابعی از متغیرهای مختلف است. آنها ابتدا چهار متغیر را مطرح کردند: آسیب‌پذیری[2]، شدت[3] یا وخامت، منافع[4] و هزینه‌ها[5]. که در

اینجا چهار متغیر مذکور توضیح داده می‌شوند:

۱. آسیب‌پذیری نسبت به بیماری: به اعتقاد طراحان این نظریه، مردم باید باور کنند که در برابر یک بیماری، مشخصاً آسیب‌پذیر هستند. در واقع باور خطرات کلی باعث رفتارهای پیشگیرانه می‌شود. مثلاً کسی که باور دارد «شانس ابتلای من به سرطان ریه بالاست» سیگار نمی‌کشد یا کسی که خود را در برابر بیماری سرطان پوست آسیب‌پذیر می‌داند، احتمال اینکه برای برنزه شدن پوست در معرض تابش مستقیم نور آفتاب قرار بگیرد، کم است.

۲. وخامت: مردم باید باور کنند در صورتی که به بیماری خاصی مبتلا شوند، شرایط وخیمی در انتظار آنهاست. شرایط وخیم شامل درد زیاد، ناتوانی، معلولیت و در نهایت مرگ زودرس است. برای مثال فردی که می‌گوید «سرطان ریه، بیماری بسیار خطرناکی است» احتمالاً کمتر سراغ سیگار خواهد رفت.

۳. هزینه: فرد برای انجام رفتاری خاص باید هزینه‌هایی بپردازد. مثلاً کسی که قرار است سیگار کشیدن را ترک کند می‌گوید «اگر سیگار را متوقف کنم، عصبانی و تحریک‌پذیر می‌شوم» این عصبانی شدن و تحریک‌پذیری هزینه‌ای است که باید آن را باور کند و بتواند آن را بپردازد.

۴. منافع یا سودمندی‌ها: مردم باید این باور را بپذیرند که انجام رفتارهایی خاص و یا ترک رفتارهای خاصی در کاهش تهدید یک بیماری خاص سودمند است. مثلاً کسی که قرار است سیگار را ترک کند باید بداند که با ترک سیگار طول عمر او بیشتر می‌شود، یا برای مثال به خود می‌گوید «اگر سیگار نکشم» هزینه‌هایم کاهش می‌یابد.

بعداً محققان دیگر، متغیری به نام سرنخ‌های عمل[1] را به متغیرهای قبلی افزوده‌اند.

۵. سرنخ‌های عمل: شامل هر نوع آگاهی از مشکلات بالقوه سلامتی است که فرد را برای تغییر رفتار برمی‌انگیزد. این سرنخ‌ها می‌توانند درونی یا بیرونی باشند. برای مثال انتظار نشانگان خاص مثل وقفه در تنفس برای یک فرد دچار آسم، درونی است.

در تلویزیون درباره‌ی خطرات سیگار بیرونی است (بیکر[1] و روزن‌استاک[2]، ۱۹۸۷).

> در بسیاری از خودروها در صورت نبستن کمربند ایمنی چراغی روشن می‌شود، روشن شدن چراغ جزو کدامیک از متغیرهای مدل باور سلامتی است؟

مدل باور سلامتی در پیش‌بینی مراقبت‌های دندانی، آزمایش‌های منظم پیشگیری از سرطان سینه، کاهش رفتارهای پرخطر ایدز و رژیم غذایی نسبتاً موفق بوده است. اما نسبت به این مدل انتقادهایی هم صورت گرفته است از جمله اینکه خودکارآمدی را نادیده گرفته است و یا در پیش‌بینی رفتارهای ساده موفق است نه رفتارهای پیچیده. در پاسخ به این انتقادها اخیراً متخصصان دو متغیر دیگر به این مدل افزوده‌اند: انگیزش سلامتی[3] و کنترل ادراک شده[4].

۶. انگیزش سلامتی: به معنای آمادگی برای انجام رفتار سلامتی است. برای مثال فردی که می‌گوید «من می‌دانم که سیگار کشیدن به سلامتی‌ام آسیب می‌رساند» انگیزش لازم برای ترک سیگار را دارد.

۷. کنترل ادراک شده: یعنی میزان اعتماد فرد به اینکه در انجام عملی خاص موفق خواهد بود. برای مثال کسی که می‌گوید «مطمئن هستم می‌توانم سیگار کشیدن را متوقف کنم» کنترل ادراک شده مناسبی دارد.

برای مثال می‌توان کاربرد این مدل را در پیشگیری از رفتارهای پرخطر و زمینه‌ساز سرطان پوست توضیح داد. پی‌گیری فرد برای پیشگیری از سرطان پوست تابع متغیرهای زیر است:

الف) در برابر سرطان پوست آسیب‌پذیرم.

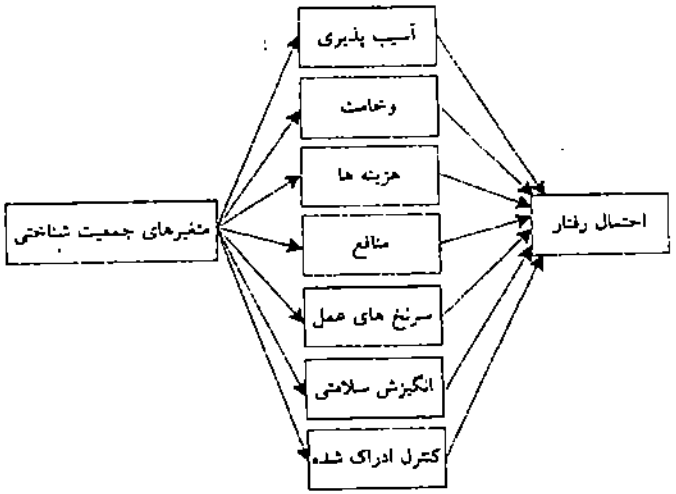
ب) سرطان پوست یک بیماری جدی است.

ج) آزمایش‌های منظم دارای سودمندی‌های زیادی است.

د) هزینه‌های چنین رفتاری نسبتاً پایین است.

اگر به این متغیرها سرنخ‌ها را بیفزاییم و فرد انگیزه کافی داشته باشد و مطمئن باشد می‌تواند چنین رفتارهایی را به خوبی انجام دهد، شانس موفقیت او برای

پیشگیری از سرطان پوست بسیار بالا می‌رود. شکل ۲-۱ مراحل مدل باور سلامتی را نشان می‌دهد.



شکل ۲-۱: مدل باور سلامتی

نظریه حفظ انگیزش

راجرز[1] نظریه حفظ انگیزش[2] را در دو دهه اخیر (۱۹۸۵) مطرح کرده است. طبق این نظریه که در شکل ۲-۲ نشان داده شده است با اضافه کردن عوامل جدیدی، مدل باور سلامتی گسترش یافته است. براساس این نظریه رفتارهای سلامتی محصول پنج مؤلفه هستند که از طریق آنها پیش‌بینی‌پذیر می‌شوند.

الف) وخامت: مثلاً سرطان روده بیماری وخیمی است.

ب) آسیب‌پذیری: شانس من برای ابتلا به سرطان روده بالاست.

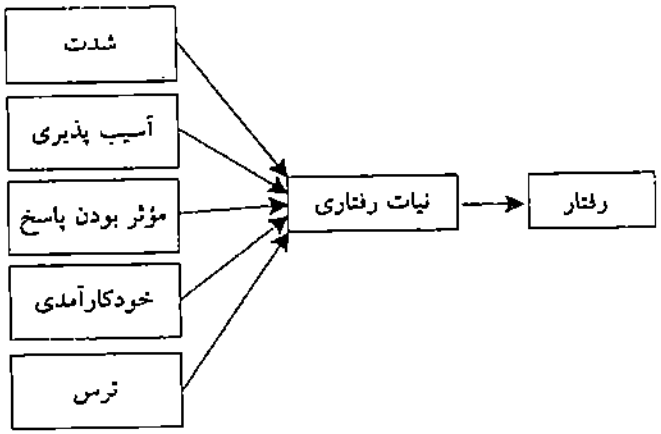
ج) مؤثر بودن پاسخ[3]: «تغییر رژیم غذایی می‌تواند وضعیت سلامتی را بهبود بخشد».

د) خودکارآمدی[4]: «مطمئنم می‌توانم رژیم غذایی‌ام را تغییر دهم».

ه) ترس[5]: «داشتن اطلاعات درباره رابطه میان سیگار کشیدن و سرطان ریه باعث

ایجاد احساس دلهره در من می‌شود»

در نظریه حفظ انگیزش همان‌طور که ملاحظه می‌کنید متغیرهای جدیدتری اضافه شده‌اند. در این نظریه وخامت، آسیب‌پذیری و ترس باهم باعث ارزیابی تهدید[1] می‌شوند و دو متغیر مؤثر بودن پاسخ و خودکارآمدی باعث ارزیابی مقابله‌ای یا سازگارانه می‌شوند. در ارزیابی تهدید، فرد یک تهدید بیرونی را ارزیابی می‌کند و در ارزیابی مقابله‌ای[2] فرد خودش را ارزیابی می‌کند. همچنین براساس این مدل دو نوع منبع اطلاعاتی وجود دارد: محیطی[3] مثل یادگیری مشاهده‌ای و درون فردی[4] مثل تجربه قبلی. این منابع اطلاعاتی بر پنج مؤلفه تأثیر می‌گذارند و یک پاسخ مقابله‌ای سازگارانه را تسهیل می‌کنند که به آن نیت رفتاری[5] می‌گویند. درغیر این صورت پاسخ مقابله‌ای ناسازگارانه موسوم به اجتناب یا انکار شکل می‌گیرد.



شکل ۲-۲: نظریه حفظ انگیزش

به‌نظر شما فردی که به پاسخ مقابله‌ای ناسازگارانه‌ای چون اجتناب می‌رسد، برای تغییر رفتار خود چه کاری انجام می‌دهد؟

اگر بخواهیم کاربرد نظریه حفظ انگیزش را در تغییر رژیم غذایی درنظر بگیریم، پیش‌بینی زیر امکان‌پذیر است: اطلاعات درباره‌ی نقش چربی بالا در بیماری کرونر قلبی ترس را افزایش می‌دهد، ادراک فرد از چگونگی جدی بودن بیماری کرونر قلبی افزایش می‌یابد (وخامت ادراک شده)، باور افراد که ممکن است دچار حمله قلبی شوند، افزایش می‌یابد (آسیب‌پذیری ادراک شده). اگر فرد اطمینان یابد که می‌تواند رژیم غذایی‌اش را تغییر دهد (خودکارآمدی) و این تغییر پیامدهای سودمندی برایش دارد (مؤثر بودن پاسخ)، چنین فردی نیت یا قصد زیادی برای تغییر رفتار خود خواهد داشت (نیات رفتاری). این وضعیت یک پاسخ مقابله‌ای سازگارانه در برابر اطلاعات ارائه شده خواهد بود. در غیر این‌صورت فرد هیچ تغییری در رفتار خود انجام نخواهد داد و از پاسخ اجتناب یا انکار استفاده می‌کند.

نظریه رفتار مدبرانه

نظریه رفتار مدبرانه[1] یا عمل مستدل[2] توسط آجزن[3] و مدن[4] (۱۹۸۶) مطرح شده است. این نظریه نیز بر قصه‌ها و نیات رفتاری به عنوان پیامد ترکیب چندین باور[5] تأکید می‌کند. براساس این نظریه نیات باید به عنوان طرح‌های عمل[6] برای رسیدن به اهداف رفتاری[7] تعبیر شوند و این‌ها نتیجه‌ی ترکیب باورهای زیر هستند:

ـ **نگرش به رفتار[8]**: ترکیب یک ارزیابی مثبت یا منفی از یک رفتار خاص و باورها درباره‌ی پیامدهای آن رفتار باعث ایجاد یک نگرش به رفتار می‌شود (برای مثال فردی که می‌گوید «ورزش یک تفریح است و سلامتی‌ام را بهبود می‌بخشد» نگرش مثبتی دارد.

ـ **هنجار ذهنی[9]**: این مسأله باورهای افراد مهم در زندگی فرد درباره‌ی یک رفتار را بازنمایی می‌کند و باعث افزایش انگیزش فرد برای پذیرش چنین باورهایی می‌شود.

1. planned behavior
2. reasoned action
3. ajzen
4. madden
5. belief

مثلاً افرادی که برایم مهم هستند (همسر، پدر، مادر، دوستان)، در صورت از دست دادن وزن مرا می‌پذیرند و من به پذیرش آنها نیازمندم».

ـ **کنترل رفتاری ادراک شده[1]**: یعنی این باور که فرد می‌تواند رفتار خاصی را براساس بررسی عوامل کنترل درونی (مثل مهارت‌ها، توانایی‌ها و اطلاعات) و عوامل کنترل بیرونی (موانع و فرصت‌ها) که هر دو به رفتار گذشته فرد مرتبطند، انجام دهند.

این عوامل سه‌گانه، نیت‌ها و قصدهای رفتاری را پیش‌بینی می‌کنند که با رفتار همبستگی بالایی دارند. این نظریه معتقد است که کنترل رفتاری ادراک شده می‌تواند تأثیر مستقیمی بر رفتار داشته باشد. حال کاربرد این نظریه را در تغییر رفتار وابستگی به الکل در نظر می‌گیریم، این نظریه پیش‌بینی می‌کند که یک فرد در صورتی نیات بالایی برای کاهش مصرف مواد خواهد داشت که:

۱. کاهش مصرف الکل باعث مولد بودن در زندگی شود و برای سلامتی‌اش سودمند باشد (نگرش به رفتار).

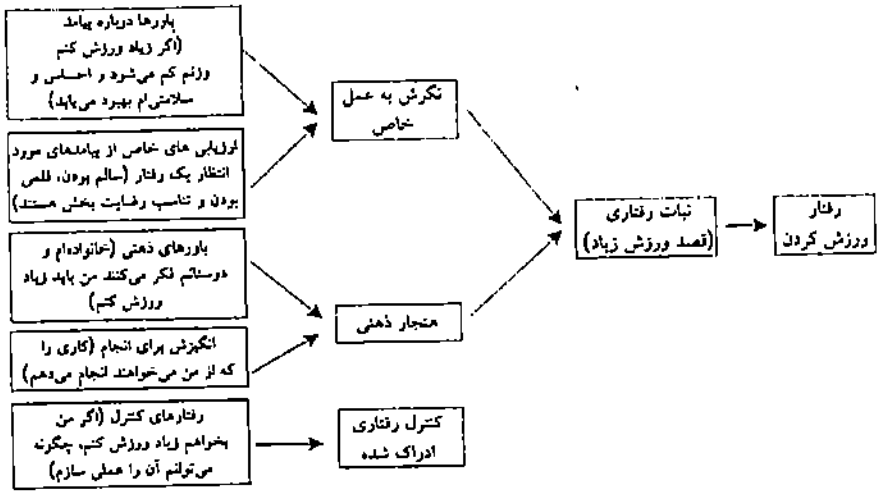
۲. افراد مهم در زندگی‌اش از وی بخواهند مصرف مواد را کنار بگذارد (هنجار ذهنی).

۳. او با توجه به رفتار قبلی و ارزیابی عوامل کنترل درونی و بیرونی قادر به کاهش مصرف مواد باشد (کنترل رفتاری بالا).

این مدل همچنین پیش‌بینی می‌کند که کنترل رفتاری ادراک شده می‌تواند بدون تأثیر بر نیات، رفتار را پیش‌بینی کند. برای مثال این باور که فرد به علت ناتوانی جسمی نمی‌تواند ورزش کند در قیاس با نیات بالا بهتر رفتار ورزش کردن را پیش‌بینی می‌کند.

> از دیدگاه شما چرا اهمیت کنترل رفتاری ادراک شده از قصد یا نیت بیشتر است، با آوردن مثال‌هایی از افراد نزدیک خود که نیت بالایی برای رفتار دارند اما موفق نمی‌شوند، به این پرسش پاسخ دهید.

در شکل ۲-۳ مراحل نظریه رفتار مدبرانه با مثال نشان داده شده است.



شکل ۲-۳: مراحل نظریه رفتار مدبرانه درباره ورزش کردن

۲. مدل‌های مرحله‌ای

سه مدلی که در صفحات پیش توضیح داده شدند، مدل‌های پیوستاری بودند. اکنون دو مدل مرحله‌ای نیز توضیح داده می‌شوند. برخی محققین معتقدند که مدل‌های پیوستاری، خیلی ساده‌انگارانه هستند. زیرا تنها بر پیامدهای رفتاری خاصی تمرکز دارند. منتقدان معتقدند که تغییر رفتار به گونه‌ای تدریجی و مرحله‌ای انجام می‌شوند و بنابراین مدل‌هایی را مطرح کرده‌اند که بر فرآیندهای منتهی به تغییر رفتار تأکید می‌کنند.

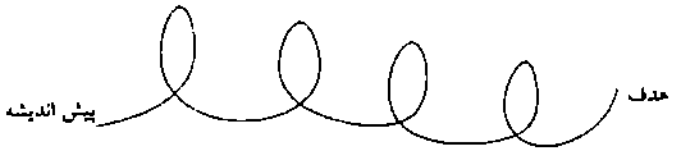
مدل مراحل تغییر

مدل مراحل تغییر[1] یا ماواری نظریه[2] توسط دیکله منته[3] و پروچاسکا[4] (۱۹۸۲) مطرح شده است. طبق این نظریه تغییر، فرآیند پیچیده‌ای است و افراد این تغییرات را به صورت تدریجی و نه ضرورتاً در یک توالی خطی انجام می‌دهند. این تغییر مراحل

1. stages of change

به‌صورت مارپیچی انجام می‌شود یعنی حرکت به مرحله بعدی، برگشت به مرحله اول و دوباره حرکت به مرحله بعد و به همین ترتیب تا حصول به تغییر رفتار. این مدل ابتدا برای رفتارهای مرتبط با اعتیاد مثل سیگار کشیدن مطرح شده است و امروزه هم در تحقیقات به وفور از آن استفاده می‌شود و هم در عمل مورد توجه قرار گرفته است. همه شما احتمالاً افرادی را دیده‌اید که قصد ترک سیگار را دارند، اما گاهی برگشت می‌کنند و هرازگاهی سیگار می‌کشند. طبق این مدل شکل ۲-۴ پنج مرحله برای تغییر رفتار وجود دارد که عبارتند از:

۱. پیش اندیشه[1]: فرد در این مرحله از تغییر و حتی مشکل رفتاری آگاه نیست و بنابراین طرحی برای تغییر ندارد. مثلاً می‌گوید نمی‌خواهم سیگار کشیدن را متوقف کنم، برای تغییر برانگیخته نمی‌شود و ممکن است مزایای تغییر را نداند.



شکل ۲-۴: مدل مراحل تغییر

۲. اندیشه[2]: در این مرحله فرد بررسی تغییر را شروع کند. مثلاً می‌گوید می‌خواهم فکر کنم چطور سیگار را متوقف کنم. آگاهی وی درباره‌ی هزینه‌ها و مزایای تغییر رفتار افزایش می‌یابد و به دنبال اطلاعات درباره اثرات منفی سیگار است. تا حدی می‌توان گفت این مرحله، مرحله دوگانگی و تعارض است.

۳. آمادگی یا تدارک[3]: فرد خود را برای تغییر رفتار متعهد می‌کند. مثلاً می‌گوید ظرف سی روز آینده قصد دارم سیگار را ترک کنم. در این مرحله تغییرات کوچک در رفتار را شروع می‌کند مثلاً تعداد نخ‌ها در روز را کاهش می‌دهد یا فاصله سیگار کشیدن‌ها را بیشتر می‌کند.

۴. عمل[4]: در این مرحله واقعاً رفتار جدید به وقوع می‌پیوندد، تغییر عمومی و

کلی و احتمال موفقیت بالاست. در این مرحله نیز خطر برگشت هست اما حمایت خانواده و دوستان مهم است و تعهد عمومی برای فرد ایجاد می‌کند.

۵. حفظ[1] یا تداوم[2]: هنگامی است که فرد حدود ۶ ماه رفتار قبلی را کنار می‌گذارد و رفتار جدید را ادامه می‌دهد. در این مرحله معمولاً کمتر احتمال برگشت است. با این حال بازهم حمایت خانواده و دوستان با اهمیت است. برخی محققان برگشت را نیز جزو مراحل دانسته‌اند.

به نظر شما مشکل‌ترین مرحله در مراحل تغییر کدام است؟ چرا؟

مدل فرآیند پذیرش احتیاطی

مدل فرآیند پذیرش احتیاطی[3] توسط وینشتاین[4] (۱۹۸۸) مطرح شده است. این مدل همانند نظریه قبلی به مراحل اعتقاد دارد و فرد از یک مرحله مستقیماً به مرحله‌ی بعد نمی‌رود بلکه حرکات زیگزاگی به جلو و عقب دارد. تفاوت این مدل با مدل مراحل تغییر در تعداد مراحل است. این مدل شامل هفت مرحله است:

۱. فرد از بیماری یا مشکل آگاه نیست، مثلاً دختران نوجوان از نقش کلسیم در رژیم غذایی خودآگاه نیستند.

۲. در مرحله دوّم فرد از مشکل آگاه می‌شود و باور می‌کند که مشکلی وجود دارد.

۳. مرحله تصمیم‌سازی، در این مرحله فرد به باور خطر می‌رسد مثلاً کسی که ورزش نمی‌کند خطر بیماری قلبی را باور می‌کند.

۴. در مرحله چهارم انجام عمل ضروری نیست و هنوز در ذهنش این است که غیرفعال بودن خوب است.

۵. مرحله ضروری عمل، فرد به ضرورت تغییر رفتار پی می‌برد.

۶. عمل و رفتار جدید انجام می‌شود.

۷. عمل جدید حفظ می‌شود.

1. maintenance

۳. نظریه یادگیری

نظریه یادگیری بر این فرض مبتنی هستند که رفتار تحت تأثیر فرآیندهای اساسی یادگیری از جمله تداعی، تقویت و سرمشق‌سازی است. یعنی رفتارهای مرتبط با سلامتی از دیگران یاد گرفته می‌شوند. دو نوع متفاوت شرطی شدن کلاسیک و شرطی‌شدن عامل وجود دارد.

شرطی شدن کلاسیک: شرطی شدن کلاسیک می‌تواند بر رفتار مرتبط با سلامتی تأثیر بگذارد. برای مثال تصور کنید که در مطب دندانپزشکی به صندلی تکیه می‌دهید و صدای دریل (مته) دندان‌پزشکی را از اتاق مجاور می‌شنوید. حتی وقتی دندان‌پزشک نزدیک شما (و دانداناتان) نیست، شنیدن صدای دریل می‌تواند باعث ایجاد احساسات برانگیختگی، اضطراب یا درد شود زیرا شما بین صدای دریل با درد دندان تداعی ایجاد می‌کنید. همین‌طور بیمارانی که تحت شیمی درمانی هستند (درمانی که باعث می‌شود افراد احساس تنفر و ضعف کنند)، ورود به اتاق درمان می‌تواند باعث ایجاد تهوع قبل از دریافت دوزهای منظم دارو شود. آنها ممکن است وقتی روی صندلی انتظار نشسته‌اند یا در اتومبیل به سمت بیمارستان حرکت می‌کنند، هم همین احساسات را داشته باشند. مطالعه‌ای که توسط کامرون و دیفن باخ (۲۰۰۱) انجام شد، نشان داده است بیماران سرطانی تجربه تهوع را در پاسخ به نور، بو و مزه‌ای که همراه با شیمی درمانی بوده است را گزارش می‌کنند. ۳۰ درصد بیماران در پاسخ به بو، ۱۷ درصد در پاسخ به منظره شیمی درمانی حالت تهوع را گزارش می‌کنند.

شرطی شدن عامل: یعنی رفتارها به عنوان تابعی از پیامدها یا کاهش می‌یابند و یا فراوانی رفتارهای مطلوب از طریق تقویت (پاداش) افزایش می‌یابد. مثلاً شما کودکی چاق را به برنامه‌های ورزشی می‌برید و هنگام برگشت نوشیدنی مورد علاقه یا آب میوه را به او می‌دهید. فراوانی رفتارهای نامطلوب نیز از طریق تنبیه کاهش می‌یابد وقتی افراد پاداش‌هایی برای برداشتن قدم‌های اوّل به سمت تغییر رفتار برمی‌دارند، رویکرد شرطی شدن عامل کارآیی بیشتری دارد. اما تغییر رفتار اغلب فرآیندی طولانی و مشکل است و اگر قرار باشد افراد همیشه پاداش دریافت کنند ممکن است دچار ناکامی شوند، آنها باید برای برخی رفتارها پاداش دریافت کنند.

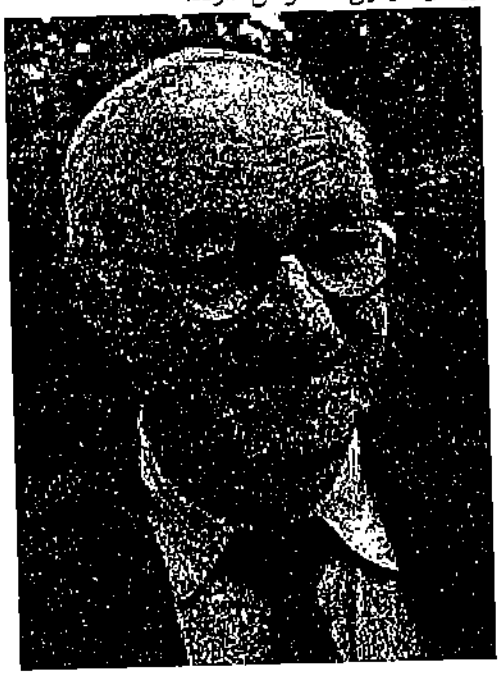
کودکان اغلب باورهایشان درباره‌ی پیامدهای رفتارهای مختلف مرتبط با سلامتی را با نگاه کردن به والدین و بزرگ‌ترها یاد می‌گیرند. مثلاً مادرانی که قاعدگی دردناکی تجربه می‌کنند، احتمالاً باعث می‌شوند دخترانشان نیز دچار قاعدگی دردناک شوند.

رویکردهای یادگیری در پیش‌بینی رفتار مؤثر و مفیدترند، اما محدودیت‌هایی نیز دارند. شرطی شدن کلاسیک مشکلات بالقوه‌ای دارد. یک راه برای توقف الکل، دادن دارویی همراه با آن است که نوشیدن الکل را دردناک می‌کند و هدف ایجاد ارتباط بین الکل و تهوع است که منجر به توقف شود. بیماران معمولاً متوجه می‌شوند و خوردن آن دارو را متوقف می‌کنند. شرطی شدن عامل باعث تغییر درونی در اهداف، نگرش‌ها و نیات فرد نمی‌شود. در مطالعه‌ای که روی ۷۳۲ پسربچه و دختربچه کلاس هفتم انجام شده از آنها خواسته شد تا محلول فلوراید را برای دهان شویه هر روز مصرف کنند و برای این کار جوایز کوچکی مثل خودکار، مداد، عروسک در نظر گرفته شده بود. کودکانی که پاداش دریافت کردند از دهان شویه استفاده می‌کردند، اما وقتی پاداش‌ها حذف شد، کودکان دندان‌ها را نشستند. خلاصه اینکه نظریه‌های یادگیری در تغییر رفتار مؤثر اما در حفظ رفتار تغییر یافته تأثیر کمتری دارند (لوند و ککلس[1]، ۱۹۸۴)

نظریه یادگیری اجتماعی

براساس نظریه بندورا (تصویر ۲-۱ را ببینید) افراد نگرش‌ها را از طریق منابع مختلف در شبکه اجتماعی بلافصل خود و از طریق مشاوره افراد ارائه شده در رسانه‌های گروهی کسب می‌کنند. سرمشق‌سازی مستقیم[2] و سرمشق‌سازی نمادین[3] از فرآیندهای بسیار مهم در این نظریه هستند. با این حال اگر این نگرش‌ها به رفتار منجر شوند. این تابعی از باورهای فرد درباره توانایی خودش برای دست زدن به رفتاری خاص و باورها درباره‌ی پیامدهای این دست زدن (یا دست نزدن) به رفتاری خاص خواهد بود. مثلاً وقتی تصمیم می‌گیرند که سیگار کشیدن را متوقف کنند. افرادی که فکر می‌کنند واقعاً می‌توانند می‌گویند سیگار نمی‌کشم و موفق می‌شوم و افرادی که فکر می‌کنند نمی‌توانند، این امر پیامدهای مثبت و منفی دارد.

بنابراین دو جزء نظریه یادگیری اجتماعی یعنی خودکارآمدی و کنترل رفتاری ادراک شده اهمیت زیادی در این خصوص دارند.



تصویر ۲-۱: پروفسور آلبرت بندورا روان‌شناس برجسته و شهیر که به‌خاطر ارائه نظریه یادگیری اجتماعی، خودکارآمدی و نقش آنها در سلامتی شناخته شده است.

الف) خودکارآمدی: یعنی میزان باور فرد درباره توانایی دست‌زدن به رفتاری خاص مثل کنترل رفتاری ادارک شده است. آنهایی که تصور می‌کنند و باور می‌کنند که می‌توانند چهار بار در هفته ورزش کنند احتمالاً موفق‌ترند تا آنهایی که درباره‌ی توانایی پیروی از چنین برنامه‌ای تردید دارند. خودکارآمدی به دو طریق مجزا اثرات قوی بر سلامتی دارد (اولیری[1]، ۱۹۹۰). اولاً افرادی که برای رفتاری خاص احساس خودکارآمدی دارند احتمالاً تلاش بسیار زیاد و سختی برای انجام آن رفتار دارند و افرادی که خودکارآمدی کمتری دارند با اولین مشکلات پا پس می‌گذارند و مجدداً به

پاسخ فیزیولوژیکی بیشتری به موقعیت‌های استرس‌زا دارند از جمله ضربان قلب و فشار خون زیاد از خود نشان می‌دهند. این پاسخ‌های اضطراری باعث می‌شوند افراد دارای خودکارآمدی پایین کمتر تلاش کنند که رفتارهای خود را تغییر دهند. مفهوم کنترل رفتاری ادراک شده نیز پیشتر توضیح داده شده است.

خلاصه فصل

روان‌شناسان سلامت رفتارها را به طرق مختلفی تقسیم‌بندی کرده‌اند، از جمله این طبقه‌بندی‌ها می‌توان به رفتار سلامتی، رفتار بیماری و رفتار نقش بیماری اشاره کرد. برخی دیگر به رفتارهای آسیب‌زا برای سلامتی یا پاتوژن‌های رفتاری و رفتارهای افزاینده سلامتی یا ایمونوژن‌های رفتاری تأکید کرده‌اند. برای تعیین رفتارها نظریات مختلفی مطرح شده که برخی پیوستاری و برخی دیگر مرحله‌ای هستند. سه نظریه پیوستاری عبارتند از: مدل باور سلامتی، نظریه حفظ انگیزش و نظریه رفتار مدبرانه. طبق نظریه باور سلامتی احتمال انجام یک رفتار تابع هفت متغیر آسیب‌پذیری، وخامت، هزینه، منافع، سرنخ‌های عمل، انگیزش سلامتی و کنترل ادراک شده است که احتمال بروز رفتاری ۱خاص را تعیین می‌کنند. براساس نظریه حفظ انگیزش رفتارهای سلامتی محصول پنج مؤلفه وخامت، آسیب‌پذیری، مؤثر بودن پاسخ، خودکارآمدی و ترس هستند. در این نظریه ارزیابی سازگارانه و نیت رفتاری نقش برجسته‌ای دارند. نظریه رفتار مدبرانه براین باور است که رفتار در اثر ترکیب عوامل سه‌گانه نگرش به رفتار، هنجار ذهنی و کنترل رفتاری ادراک شده (مهمترین مؤلفه) شکل می‌گیرد. در مدل‌های مراحل تغییر، اعتقاد براین است که تغییرات به‌صورت مرحله‌ای نه ضرورتاً توالی خطی انجام می‌شود. یکی از مدل‌های مرحله‌ای مدل مراحل تغییر است که به مدل ساورای نظریه نیز معروف است. طبق این مدل تغییر رفتار در پنج مرحله‌ی پیش اندیشه، اندیشه، آمادگی، عمل و تداوم صورت می‌گیرد. دیگر مدل مرحله‌ای مدل فرآیند پذیرش احتیاطی است که هفت مرحله از عدم آگاهی از شکل تا حفظ عمل جدید را دربر می‌گیرد. نظریات یادگیری از جمله شرطی شدن کلاسیک، شرطی شدن عامل و نظریه یادگیری اجتماعی بندورا نیز تلاش می‌کنند رفتارهای سلامتی را از دیدگاه خود

واژه‌های کلیدی

رفتار سلامتی	مدل‌های مرحله‌ای	ارزیابی تهدید
رفتار بیماری	مدل باور سلامتی	ارزیابی مقابله‌ای
رفتار نقش بیماری	آسیب‌پذیری	نیت رفتاری
عادات آسیب‌زا برای سلامتی	وخامت	نظریه رفتار مدبرانه
پاتوژن‌های رفتاری	منافع	عمل مبتدل
رفتارهای حافظ سلامتی	هزینه‌ها	باور
ایمونوژن‌های رفتاری	سرنخ‌های عمل	طرح‌های عمل
افزاینده سلامتی	انگیزش‌سلامتی	نگرش به رفتار
کاهنده سلامتی	کنترل ادارک شده	هنجار ذهنی
رفتار سالم	نظریه حفظ انگیزش	کنترل رفتاری ادراک شده
مدل‌های پیوستاری	مؤثر بودن پاسخ	مدل مراحل تغییر
خودکارآمدی	ماواری نظریه	نظریات یادگیری
پیش اندیشه	ترس	شرطی شدن کلاسیک
اندیشه	حفظ	شرطی شدن عامل
آمادگی	برگشت	یادگیری اجتماعی
عمل	فرآیند پذیرش احتیاطی	

پرسش‌های مروری

۱. انواع رفتارها را تعریف کنید؟
۲. پاتوژن‌های رفتاری را شرح دهید؟
۳. مدل‌های پیوستاری چه مدل‌هایی هستند؟
۴. مدل‌های مرحله‌ای را شرح دهید؟
۵. مدل‌باور سلامتی را توضیح دهید؟
۶. منظور از هزینه‌ها در مدل رفتار سلامتی چیست؟
۷. سرنخ‌های عمل چگونه در سلامتی نقش دارند؟
۸. کنترل ادراک شده را شرح دهید؟

۱۰. ارزیابی تهدید چیست؟
۱۱. منظور از نیت رفتاری چیست؟
۱۲. نظریه رفتار مدبرانه را شرح دهید؟
۱۳. هنجار ذهنی را با مثال توضیح دهید؟
۱۴. مراحل مدل تغییر کدامند؟
۱۵. مدل پذیرش فرآیند احتیاطی را شرح دهید؟
۱۶. نقش شرطی شدن کلاسیک در رفتار سلامتی را تعیین کنید؟
۱۷. براساس نظریه یادگیری اجتماعی چگونه می‌توان مصرف چیپس و پفک را در کودکان تبیین کرد؟

پرسش‌های چندگزینه‌ای

۱. رژیم غذایی سالم در کدام دسته تقسیم‌بندی رفتار قرار می‌گیرد؟
الف) رفتار بیماری ب) رفتار سلامتی
ج) رفتار نقش بیماری د) پاتوژن رفتاری
۲. سرنخ‌های عمل به متغیرهای چه مدلی اضافه شده است؟
الف) پیوستاری ب) باور سلامتی
ج) حفظ انگیزش د) رفتار مدبرانه
۳. براساس مدل حفظ انگیزش وقتی فردی می‌گوید مطمئن هستم می‌توانم برنامه ورزشی را ادامه دهم، او به کدام عامل توجه دارد؟
الف) وخامت ب) مؤثر بودن پاسخ
ج) ترس د) خود کارآمدی
۴. کنترل رفتاری ادراک شده مؤلفه اصلی کدام نظریه است؟
الف) باور سلامتی ب) یادگیری اجتماعی
ج) رفتار مدبرانه د) مراحل تغییر
۵. کدام دانشمند نظریه فرآیند پذیرش احتیاطی را ارائه کرده است؟
الف) بندورا ب) وینشتاین

پرسش‌هایی برای اندیشیدن

سه نظریه مرحله‌ای را با یکدیگر مقایسه کنید، نقاط قوت و ضعف هر یک را تشریح کنید؟

منابعی برای مطالعه بیشتر

برای این فصل منابع کافی به زبان فارسی وجود ندارد، اما شما می‌توانید برخی از مطالب مرتبط با این فصل را در دو کتابی که در پایان فصل اوّل معرفی شدند، بیابید.

فصل سوم

استرس و بیماری

هدف‌های یادگیری

از خواننده انتظار می‌رود پس از مطالعهٔ این فصل بتواند:

۱. استرس را تعریف کند.
۲. انواع استرس را با مثال توضیح دهد.
۳. روش‌های اندازه‌گیری استرس را به اختصار شرح دهد.
۴. تغییرات فیزیولوژیک در اثر استرس را تشریح کند.
۵. سایکوایمونولوژی استرس را شرح دهد.
۶. مسیرهای رابطه استرس و بیماری را تبیین کند.
۷. ارتباط استرس با بیماری‌های مهم را توضیح دهد.

در واقع کلیدی‌ترین و مهم‌ترین موضوع که مطالعه آن نقش زیادی در استقرار روان‌شناسی سلامت داشته، رابطه استرس و بیماری است. به عبارت دیگر تولّد و رشد روان‌شناسی سلامت متعاقب روشن شدن نقش استرس در ایجاد، رشد و عود بیماری‌های مختلف جسمی واقع شده است. بنابراین مطالعهٔ استرس و بیماری از اساسی‌ترین مباحث روان‌شناسی سلامت است که در این فصل به اختصار بررسی می‌شود.

استرس چیست؟

اجتماعی، روان‌شناختی و جسمانی یا فیزیولوژیک را دچار اختلال می‌کند، استرس است. این واژه که از علم فیزیک وارد روان‌شناسی شده است، در ابتدا معنایی فیزیولوژیکی و بعد محیطی و اجتماعی و بالاخره مفهومی روان‌شناختی به خود گرفته است. استرس معمولاً برای توصیف واکنش‌ها و احساسات منفی به‌کار می‌رود که با موقعیت‌های چالش‌انگیز یا تهدیدکننده همراه می‌شوند. گاه نیز به همان موقعیت‌های تهدیدکننده استرس می‌گویند.

هانس سلیه[1] که به پدر مطالعهٔ استرس معروف است، به «نشانگان عمومی انطباق[2]» به‌عنوان یک پاسخ نامعیّن ارگانیزم نسبت به بیماری، توجّه کرد. او در نخستین اثری که تحت عنوان استرس منتشر کرد، اصطلاح استرس را برای توصیف شرایط ارگانیزم در برابر عوامل استرس‌زا به‌کار برد. در دیدگاه سلیه «استرس، حالتی است بیانگر یک نشانگان معیّن که با همه تغییرات نامعیّنی که بر یک نظام زیست‌شناختی اثر می‌کنند، مطابقت دارد». سلیه در آخرین مفهوم خود، استرس را پاسخ نامعیّن ارگانیزم در برابر هر خواسته محیطی دانسته است (سلیه، ۱۹۵۶).

تعاریف استرس

با نگاهی به گستره تحقیق در زمینه استرس می‌توان گفت که گام اول در این راه، ارائه تعریفی دقیق از استرس است، البته تعریف واحدی که مورد قبول عام باشد، در دست نیست. در اینجا تعدادی از تعاریف ارائه شده ذکر می‌شود:

۱. والترکنون واژه استرس را در اشاره به واکنش فیزیولوژیکی که در اثر ادراک موقعیت‌های آزاردهنده یا تهدیدآمیز بروز می‌کند، معرّفی نمود.

۲. هانس سلیه (۱۹۵۶) استرس را به منزله یک پاسخ فیزیولوژیکی که منجر به نشانگان عمومی سازگاری می‌شود و در همه افراد ایجاد شده و شامل سه مرحله هشدار[3]، مقاومت[4] و تحلیل رفتگی[5] می‌باشد، می‌دانست.

۳. لازاروس[6] و فلکمن[7] (۱۹۸۴) مقبول‌ترین رویکرد را نسبت به استرس عنوان

1. Selye
2. general Adaptation Syndrome
3. alarm
4. resistance

کرده‌اند که رویکردی تعاملی است و نظریه‌ای روان‌شناختی درباره استرس قلمداد می‌شود، آن‌ها استرس را به‌عنوان رابطه بین شخص و محیط که توسط شخص به‌صورت فشارآور و فراتر از توانایی او ارزیابی می‌شود و سلامتی او را به خطر می‌اندازد، تعریف می‌کنند (تصویر ۳-۱ را ببینید).

۴. آدر[1] و کوهن[2] (۱۹۹۳) استرس را به هر نوع شرایط طبیعی یا ذهنی که توسط ارگانیزم به‌صورت تهدید واقعی یا ذهنی قلمداد شود، تعریف می‌کنند.

۵. براون[3] و کمپل[4] (۱۹۹۴) استرس را به‌صورت محرکی می‌دانند که از خارج بر فرد تحمیل می‌شود و ناراحتی‌های جسمانی و روانی را در پی دارد.

۶. کمنی[5] (۲۰۰۳) معتقد است که انسان‌ها به یک واقعه استرس‌زای یکسان، براساس چگونگی ارزیابی آن به شیوه‌های فیزیولوژیک متفاوتی پاسخ می‌دهند، به عقیده او بدن به آنچه در مغز اتّفاق می‌افتد پاسخ می‌دهد، نه به واقعهٔ محیطی.

> در جدولی تعاریف مختلف استرس را با هم مقایسه کنید وجوه اشتراک و افتراق آنها را مشخّص کنید؟

با توجّه به آنچه گفته شد، می‌توان استرس را به‌صورت زیر تعریف کرد:

استرس در واقع پاسخ زیستی و روانی ارگانیسم به تغییرات (وقایع) تهدیدکننده و یا تهدیدکننده‌های درونی (ذهنی) است که سازگاری با آنها فراتر از توانایی ارگانیسم با توجّه به منابع مقابله‌ای است. این وقایع می‌توانند مثبت یا منفی باشند. با این تعریف تفاوت استرس با متغیّرهایی چون ترس[6] و اضطراب[7] مشخّص می‌شود. ترس پاسخ فرد به تغییرات تهدیدکننده بیرونی است مثل ترس از مار. اضطراب پاسخ ترسناک ارگانیسم به مواردی است که منبع آنها نامشخّص، مبهم و معمولاً ناخودآگاه است.

عوامل ایجادکننده استرس

عوامل مختلفی در ایجاد و یا تشدید استرس نقش دارند که در این بخش به آنها

1. Ader
2. Cohen
3. Brown

پرداخته می‌شود.

۱. ویژگی‌های موقعیّت استرس‌زا:

الف) ناگهانی بودن رویداد

ب) جدید بودن رویداد

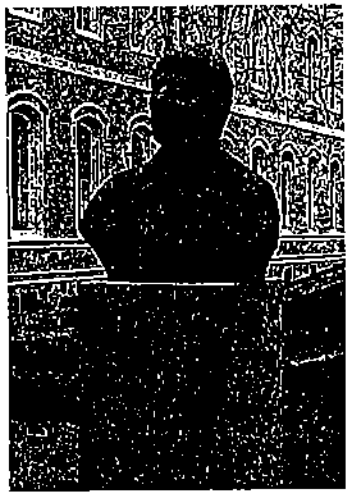
۲. ویژگی‌های روانشناختی و زیست‌شناختی فردی و محیط اجتماعی.

رفتارگراهای امریکایی نشان داده‌اند که ادراک استرس توسط افراد به دو مقوله از متغیّرها وابسته است:

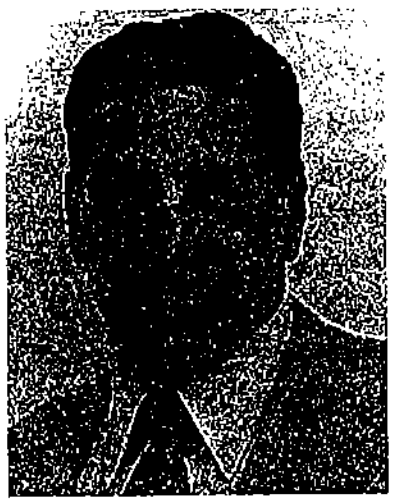
۱. عوامل شخصی: دریافت‌های زیست‌شناختی و روانشناختی، هوش، توانایی کلامی، تیپ شخصیتی، سرمایه‌گذاری‌های روانشناختی و باور به حاکم بودن بر سرنوشت خویش.

۲. عوامل برونی: سن، سطح تحصیلات، درآمد، اشتغال حرفه‌ای و غیره.

براساس نظر این محققان افرادی که بیش از دیگران دارای صفات پسندیده، تخصص و توانایی هستند، بهتر می‌توانند با موقعیت‌های استرس‌زا مقابله کنند.



تصویر ۳-۱: مجسمه هانس سلیه در دانشگاه هانس سلیه، کومارنو ـ اسلواکی سلیه آندوکرینولوژیست اتریشی ـ مجاری



ریچارد اس لازاروس روان‌شناس برجسته دانشگاه کالیفرنیا ـ برکلی که در ۸۰ سالگی در سال ۲۰۰۲ درگذشته است. وی از طرف

ارزیابی شناختی استرس

نظریه لازاروس بحث در مورد جنبه شناختی[1] استرس است و نظریه‌های شناختی در دسته تبادلی[2] یا تعاملی[3] جای می‌گیرند.

مدل تبادلی و تعاملی: تبادلی یعنی فرد و موقعیت از هم مجزا نیستند، بلکه فرد جزیی از محیط حساب می‌شود یعنی فرد محیط را ارزیابی می‌کند. **تعاملی:** یعنی توانایی‌های فرد و چگونگی مقابله او با وقایع بطور مجزا سنجیده می‌شود و محیط نیز به‌طور مجزا سنجیده می‌شود و بعد در صورت بروز مسأله‌ای رابطه فرد و محیط بررسی می‌شود.

می‌دانیم که جنبه‌هایی از فرد و محیط در تعامل با هم استرس را ایجاد می‌کنند. استرس ترکیبی از مدل‌های محرک و پاسخ است. استرس را فرایند کلی مواجه شدن با محرک استرس‌زای محیطی به پاسخ بدنی با تغییرات فیزیولوژیک همراه با آن و تجربه پدیدار شناختی می‌دانند. این مدل شامل شناسایی متغیرهای فردی و محیطی که در این فرایند نقش دارند نمی‌شود، بلکه در اینجا تعامل فرد و محیط مطرح است که در آن فرد یک عامل فعال و عمل‌کننده است و استرس برحسب تناسب بین فرد و دنیای او مطرح می‌شود.

تعریف تعاملی استرس شامل درجاتی از ناهماهنگی بین فرد و محیط است که در مواقعی در آن تناسب فرد و محیط نادیده گرفته می‌شود. لازاروس و فلکمن (۱۹۸۴) معتقدند که نظریه آنها تعاملی نیست بلکه تبادلی است اما اغلب متخصصان تمایز بین آنها را نادیده می‌گیرند. چهارچوب تبادلی فرایند محور است و طبیعت پویای رابطه بین فرد و محیط را در نظر می گیرد.

تأکید بر پویایی فرایند استرس توسط پژوهشگران دیگر نیز مطرح شده است. در اینجا تصور می‌شود که استرس امری جاری و فراگیر است و همه در هر زمان درجه‌ای از آن را تجربه می‌کنند. ولی وضعیت تعامل محیط و شخص در طی زمان تغییر می‌کند و فرد به وجوه متفاوتی با استرس برخورد می‌کند. گاهی استرس او را از پای در

می‌آورد و موجب بروز رفتارهایی می‌شود که عوامل استرس‌زای جدیدی را به‌وجود می‌آورند و گاهی نیز فرد به خوبی می‌تواند با چنین رویدادهایی مبارزه کند و اعتماد به نفس خود را افزایش دهد و در حد مطلوبی از عهده جنبه‌های دیگر زندگی برآید. در مدل‌های تعاملی، استرس یک مؤلفه بهنجار زندگی است و تأکید بر تعامل میان فرد و محیط دارد. در مدل تبادلی استرس به عنوان توازن میان ادراک فرد از خواسته‌های تحمیل شده بر او و ادراک او از منابعی است که مجبور است با آنها مقابله کند. اما این یک تجربه ذهنی است که استرس زا بودن موقعیت را تعیین می‌کند.

نظریه‌های شناختی

نظریه‌های شناختی، استرس را به‌عنوان فرایندی می‌دانند که طی آن فرد رویدادهای محیطی و توانایی مقابله خود را ارزیابی و تعبیر و تفسیر کرده و به دنبال آن به رویدادها، پاسخ‌های عاطفی، رفتاری و فیزیولوژیک می‌دهد. این ارزیابی با توجه به اینکه آیا رویداد تهدیدکننده هست یا نه و چه اعمالی متناسب با موقعیت است در فرد منجر به تصمیم گیری‌هایی می‌شود که بیشتر جنبه شناختی دارند.

نظریه لازاروس

لازاروس (۲۰۰۰) مدلی از استرس را ارائه کرد که به طور وسیعی پذیرفته شده است که در این مدل ارزیابی نقش کلیدی دارد. وی فرآیند ارزیابی را به دو بخش تقسیم کرد:

۱. ارزیابی اولیه: ارزیابی اولیه میزان تهدیدکننده بودن رویداد را مشخص می‌کند، به عبارت دیگر در مواجهه با عوامل استرس‌زا ابتدا باید تشخیص داده شود که استرس (تنیدگی‌زای) بالقوه‌ای وجود دارد یا خیر. در این مرحله فرد از خود می‌پرسد که آیا واقعه، تنیدگی‌زاست؟ چه چیزی را در من تهدید می‌کند و به طور کلی سه شکل ارزیابی اولیه مشخص می‌شود:

ضرر (از دست دادن)، تهدید و چالش: ضرر یا فقدان زمانی است که خطر قبلاً رخ داده است، مثلاً زمانی که فرد کسی را از دست می‌دهد. تهدید زمانی است که

جلوگیری کند. چالش به‌گونه‌ای مثبت‌تر است و زمانی است که فرد بر فرصت پیشرفت و به‌دست آوردن چیزی متمرکز باشد.

بنابراین در ارزیابی اولیه سه وضعیت برای فرد در نظر گرفته می‌شود:

۱. ضرر: احساس فقدان مثل فوت یک نفر (ضرر و تهدید می‌توانند با هم اتفاق بیافتند)

۲. تهدید: واقعه‌ای رخ می‌دهد که فرد احتمال یا پیش‌بینی خطر را می‌کند: مثلاً فرد مبتلا به سرطان احتمال می‌دهد که بمیرد.

۳. چالش: واقعه‌ای رخ می‌دهد ولی فرد احساس می‌کند که می‌تواند از آن پیشگیری کند و در ارزیابی ثانویه توانایی فرد و منابع (مهارت‌های) مقابله‌ای فرد در نظر گرفته می‌شود، یعنی فرد توانایی‌های خود را در برابر ضرر یا تهدید یا چالش در نظر می‌گیرد و آنها را برای مبارزه با ضرر یا تهدید یا در چالش با آنها به‌کار می‌برد.

۲. ارزیابی ثانویه: پس از تشخیص استرس‌زا بودن موقعیت در ارزیابی اولیه فرد باید آنچه را که در این موقعیت می‌تواند انجام دهد، انتخاب کند، که این مرحله ارزیابی ثانویه است و نتیجه این فرایند پاسخ‌های مقابله‌ای فرد است.در واقع در این مرحله فرد از خود می‌پرسد که آیا با منابع موجود خویش می‌تواند با موقعیت مقابله کند یا خیر.

با مثالی از تجارب شخصی خودتان ارزیابی اولیه و ثانویه را توضیح دهید.

از دیدگاه لازاروس مقابله با استرس خود می‌تواند حداقل به دو شکل کلی باشد:

۱. مقابله مسأله محور[1]: در روش مقابله‌ای مسأله محور فرد به منظور کاهش یا حذف پیامدهای ناخوشایند یک مشکل، سعی می‌کند بر عوامل آن تسلط یابد و یا کاری در جهت تغییر آن انجام دهد. در این حالت فرد روی مشکل متمرکز می‌شود و از جوانب گوناگون آن را بررسی می‌نماید و راه حل مناسب را در نظر می‌گیرد. بنابراین در مهارت‌های مقابله‌ای مسأله محور، فرد روی موقعیت‌ها فکر می‌کند و ...

مسأله کار می‌کند و از بین آنها بهترین را انتخاب می‌کند. کنترل درونی مطرح است و این برخورد منطقی با مسأله است (مثل موارد مطرح در روش علمی)، اثر این روش پایدارتر و بهتر است.

۲. **مقابله هیجان محور**[1]: در روش مقابله‌ای هیجان محور فرد برای کنترل و حذف واکنش‌های هیجانی ناشی از مشکل تلاش می‌کند. بنابراین در مهارت‌های مقابله‌ای هیجان محور، فرد با پیامدهای مسأله مقابله می‌کند (احساسات و هیجان‌هایی که در فرد بروز می‌کند و فرد با آنها مقابله می‌کند) و کنترل بیرونی مطرح است و فرد در برخورد با مسأله به‌صورت هیجانی واکنش نشان می‌دهد: مثل گریه کردن برای فقدان یک عزیز.

هر دو شیوه مسأله محور و هیجان محور در برخورد با مسأله مفید است.

ارزیابی اولیه و ثانویه ممکن است با هم رخ دهند و احتمال دارد فرد اول ارزیابی ثانویه داشته باشد بعد ارزیابی اولیه را به کار ببرد (از منابع خود استفاده کند) و یا فرد هر دو ارزیابی اولیه و ثانویه را با هم بررسی کند تا تصمیم بگیرد بعد از این شرایط دوباره بر اساس مفید نبودن آنها استفاده کند یا نه و یا اول ارزیابی اولیه داشته باشد و بعد ارزیابی ثانویه داشته باشد.

اما ارزیابی به ندرت به‌صورت خطی و تسلسلی است. ارزیابی اولیه و ثانویه تقریباً همزمان انجام می‌شوند و تغییرات در رویداد، اطلاعات جدید و یا تغییر در سطح تهدید ادراک شده ممکن است ارزیابی فرد را تغییر دهد. لازاروس این ارزیابی جدید را ارزیابی مجدد می‌نامد. فرد زمانی به ارزیابی مجدد مبادرت می‌کند که تغییراتی در جهت استرس‌زا بودن موقعیت وجود داشته باشد به‌طوری‌که این استرس‌زا بودن میزان توانایی مقابله را در او تحت تأثیر قرار دهد.

از نظر لازاروس **منابع مهم مقابله در فرد** عبارتند از:

سلامتی، میزان انرژی، عقیده مثبت (اعتماد به توانایی مقابله با استرس، مهارت‌های حل مسأله و مرتبط با عقیده مثبت) و امکانات مادی. یعنی **منابع فرد در برابر استرس** عبارتند از:

۱. سلامتی

۲. امکانات مادی فرد

۳. عقیده مثبت: اعتماد به نفس فرد درباره توانایی او برای مقابله با استرس

در واقع در این نظریه مرحله اول ارزیابی، بعد درونی را در نظر می‌گیرد و در مرحله دوم آن بعد بیرونی در نظر گرفته می‌شود.

هالپرن[1] در ادامه نظریه لازاروس نوع سوم مهارتهای مقابله‌ای یعنی مقابله غیرسازنده را مطرح کرد.

او معتقد است که نوع سوم ارزیابی نیز وجود دارد که در آن ارزیابی میزان کنترلی است که فرد بر موقعیت دارد و علت مشکل را نیز در برمی‌گیرد که می‌تواند برحسب پیوستار کنترل درونی و بیرونی مشخص شود. در واقع زمانی که افراد موقعیت را قابل تغییر و در کنترل خود بدانند از مقابله مسأله محور و زمانی که آن را غیرقابل تغییر و خارج از کنترل خود ادراک کنند از مقابله هیجان محور استفاده خواهند کرد. اما اگر نتوانند علل مختلف را به تهدید محیطی نسبت دهند، به احساس درماندگی دچار خواهند شد.

پس اگر فرد بتواند روی مسأله خود تمرکز داشته باشد، از مقابله مسأله محور استفاده می‌کند و وقتی شرایط را تحت کنترل بیرونی ببیند از مقابله هیجان محور استفاده می‌کند و اگر نتواند از هیچ‌یک سود بجوید از مقابله غیرسازنده استفاده می‌کند.

مثال: در مواجهه با یک امتحان دشوار، دانش‌آموز یکی از سه نوع مقابله را انتخاب می‌کند:

۱. برخورد مسأله محور به صورت کسب احاطه کامل روی مسأله

۲. برخورد هیجان محور یعنی با دیدن سؤالات جا بخورد و نتواند با آن مقابله کند و دلیل آن را به شرایط بیرونی نسبت دهد. در این حالت او ممکن است به سؤال‌ها به‌صورت پراکنده جواب می‌دهد.

۳. مقابله غیرسازنده که منجر به اختلالات رفتاری می‌شود. مثلاً اصلاً امتحان ندهد. در افرادی که اسناد درونی دارند مقابله غالب مسأله محور است.

انواع استرس

استرس‌ها را می‌توان به طرق مختلفی تقسیم‌بندی کرد که در این قسمت به برخی از این طبقه‌بندی‌ها اشاره می‌شود.

۱. استرس‌های حاد و مزمن

استرس حاد استرسی است که ناگهانی و یکدفعه شروع می‌شود و مدت زیادی دوام ندارد. مثلاً اگر به ارگانیسمی به مدت کوتاهی شوک الکتریکی وارد شود، این نوعی استرس حاد است، یا اگر فردی به مدت کوتاهی مجبور به صحبت در جلوی جمع باشد، دچار استرس حاد می‌شود.

استرس مزمن زمانی است که منبع استرس در طول زمان باقی بماند، مثلاً در مثال یاد شده اگر ارگانیسم به‌صورت مکرّر و مداوم تحت شوک الکتریکی باشد، دچار استرس مزمن می‌شود. بیکاری از مهمترین استرس‌های مزمن است. معمولاً استرس حاد ارگانیسم را وادار می‌کند تا برای مقابله تجهیز شود، امّا استرس مزمن ارگانیسم را فرسوده می‌کند.

کدام یک از دو نوع استرس حاد و مزمن تأثیر بیشتری در بیماری دارند، چرا؟

۲. استرس طبیعی و آزمایشگاهی

وقتی به‌صورت تصنّعی در آزمایشگاه به انسان و حیوان استرس وارد شود، آن استرس آزمایشگاهی است. مثلاً اگر از داوطلب بخواهیم در آزمایشگاه در مقابل دیگران محاسبات ذهنی پیچیده را انجام دهد و یا وقتی با صدای معیّنی ارگانیسم را در آزمایشگاه می‌ترسانیم یا هنگامی که در آزمایشگاه موش را در آب سرد می‌اندازیم، از استرس آزمایشگاهی استفاده کرده‌ایم. امّا استرس‌هایی که به صورت طبیعی در زندگی اتّفاق می‌افتد همانند زلزله، سیل، آتش‌سوزی، جنگ و... استرس‌های طبیعی هستند. احتمالاً اثرات این دو روی ارگانیسم متفاوت هستند.

۳. وقایع عمده زندگی

برخی روان‌شناسان وقایع عمده زندگی از جمله از دست دادن پدر، مادر، همسر و نزدیکان، بیکار شدن، نداشتن مسکن و... را از مهمترین استرس‌های زندگی می‌دانند که زندگی افراد را تهدید می‌کنند. هلمز[1] و راهه[2] (۱۹۶۷) معتقدند که با دانستن وقایع عمده زندگی فرد (چه مثبت و چه منفی) در یکسال گذشته می‌توان سلامت آینده او را پیش‌بینی کرد.

۴. وقایع روزانه

گروهی دیگر از محقّقان معتقدند که برخی وقایع پیش پا افتاده در زندگی می‌توانند منبع عمده استرس در زندگی باشند. برای مثال گم کردن کلید منزل، پاره شدن بند کفش و موارد این‌چنینی از مهمترین استرس‌های تاثیرگذار در زندگی روزانه ما هستند که می‌توانند برای مدت نسبتا طولانی فرد را کلافه کنند.

۵. استرس‌های محیطی

امروزه ترافیک، آلودگی صوتی، آلودگی هوا، بیکاری و معضلات اجتماعی و اقتصادی را از مهمترین استرس‌ها به ویژه در شهرهای بزرگ تلقّی می‌کنند.

۶. استرس‌های خانوادگی

دوری اعضای خانواده، طلاق، مشاجرات خانوادگی و درگیری در خانواده از جمله مهم‌ترین استرس‌هایی هستند که سلامت خانواده به‌ویژه فرزندان را تهدید می‌کنند.

تغییرات فیزیولوژیک و ایمونولوژیک استرس

الف) فیزیولوژی استرس

در شرایط تهدیدآمیز، ذخایر انرژی بدن را مؤلفه‌های خودکار و هورمونی هیجان برای

می‌شود و غدد درون ریز به ترشح هورمون‌های استرس (اپی‌نفرین، نوراپی نفرین، هورمون‌های استروئیدی) می‌پردازند. اثرات فعالیت سمپاتیک به اثرات هورمون‌های فوق کلیوی شباهت دارد.

اپی‌نفرین بر سوخت و ساز گلوکز اثر می‌گذارد، گلیکوژن عضله را برای تولید انرژی و انجام فعالیت‌های توانفرسا آماده می‌کند و همچنین نوراپی‌نفرین از طریق افزایش برونده قلبی باعث افزایش جریان خون به سوی عضلات می‌شود، این نیز به نوبهٔ خود باعث افزایش فشارخون شده، در دراز مدت باعث بیماری‌های قلبی ـ عروقی می‌شود.

هورمون بعدی استرس کورتیزول است که از قشر غدهٔ فوق کلیوی ترشح می‌شود، به دلیل آنکه کورتیزول، استرونیدی است که از قشر غده فوق کلیوی ترشح می‌شود و تأثیر عمیقی بر سوخت و ساز گلوکز دارد، آن را گلوکوکورتیکوئید می‌نامند.

سلیه عنوان کرد که بیشتر آثار زیان بخش استرس در اثر ترشح دراز مدت گلوکوکورتیکوئید ایجاد می‌شود. گرچه اثرات زود گذر گلوکوکورتیکوئید برای جاندار ضروری است ولی در دراز مدت عوارض نامطلوبی بر جای خواهد گذاشت که از آن جمله می‌توان به افزایش فشارخون، آسیب به بافت عضله، نازایی، توقف رشد، بازداری جنسی و بازداری فعالیت دستگاه ایمنی اشاره کرد.

افزایش فشار خون می‌تواند به حمله‌های قلبی و سکتهٔ مغزی منجر شود. کودکانی که در بلند مدت در معرض استرس هستند نمی‌توانند به اندازه طبیعی رشد کنند و بازداری فعالیت ایمنی فرد را برای انواع عفونت‌ها و احتمالاً سرطان آسیب‌پذیر می‌کند. استرس حداقل به دو روش با کهولت سن ارتباط دارد:

۱. جانداران کهن سالتر، حتی با وجود سلامتی کامل، نمی‌توانند به اندازه جوانترها؛ استرس را تحمل کنند.

۲. استرس منجر به پیری زودرس می‌شود (سلیه ۱۹۵۷).

این احتمال هم وجود دارد که هر اندازه بر میزان استرس در طول عمر افزوده شود، مشکلات مربوط به حافظه در دوران پیری هم افزایش می‌یابد.

(هورمون آدرنوکورتیکوتروپیک) وارد خون می‌شود. این هورمون خود تحت تأثیر هورمون‌های هیپوتالاموس یعنی عامل به راه اندازندهٔ کورتیکوئیدها (CRF) تولید می‌شود.

E مؤثرترین عاملی است که می‌تواند تغییرات زیست‌شناختی را برای مقابله با استرس به راه اندازد، اگر محرک محیطی، جنبهٔ اضطراری کمتری داشته باشد NE کاملاً کفایت می‌کند. دو مسیر زیر نقش این هورمون‌ها در استرس‌را مشخص می‌کنند:

۱. ادراک استرس بوسیلهٔ سلولهای هیپوتالاموس که باعث ترشح CRF شده و CRF به نوبهٔ خود باعث ترشح ACTH از هیپوفیز قدامی می‌شود که این هورمون از راه خون به قسمت قشری غدد فوق کلیوی رسیده و تولید کورتیکوئیدها را فعال می‌کند و سپس کورتیکوئیدها توسط قسمت مرکزی غدد فوق کلیوی باعث تولید کاته کول آمینها می‌شوند.

۲. علت استرس هرچه باشد، افزایش NE را که توسط نورونهای مغز تولید می‌شود درپی دارد. آنزیم PNMT این NE را به E تبدیل می‌کند، E مغزی فعالیت هیپوفیز ـ غدد فوق کلیوی را بازداری می‌کند و این امر باعث تسهیل ترشح کاته کول آمین توسط غدد مرکزی فوق کلیوی می‌شود. هر قدر استرس شدیدتر باشد، E بیشتری توسط مغز تولید شده و پیامد آن عمل بازدارنده ترشح CRF و به تبع آن کورتیکوئیدها خواهد بود.

کنون بر وجود همبستگی کامل بین یک متغیر فیزیولوژیکی و یک شاخص روانشناختی تأکید می‌کند، نظریه‌پردازان استرس معتقدند که برای غلبه بر موقعیت ایجادکننده اضطراب یا استرس دو نوع واکنش مشاهده می‌شود:

۱. جنگ یا آمادگی برای عمل مانند حمله کردن که منجر به تشدید فعالیت سمپاتیک می‌شود.

۲. گریز از موقعیت یا بازگشت به یک موقعیت وابستگی که منجر به افزایش تحریکات پاراسمپاتیک می‌شود.

سلیه (۱۹۵۷) نشانگان عمومی سازشی را به منزله تبیین خاصی از فرآیندها

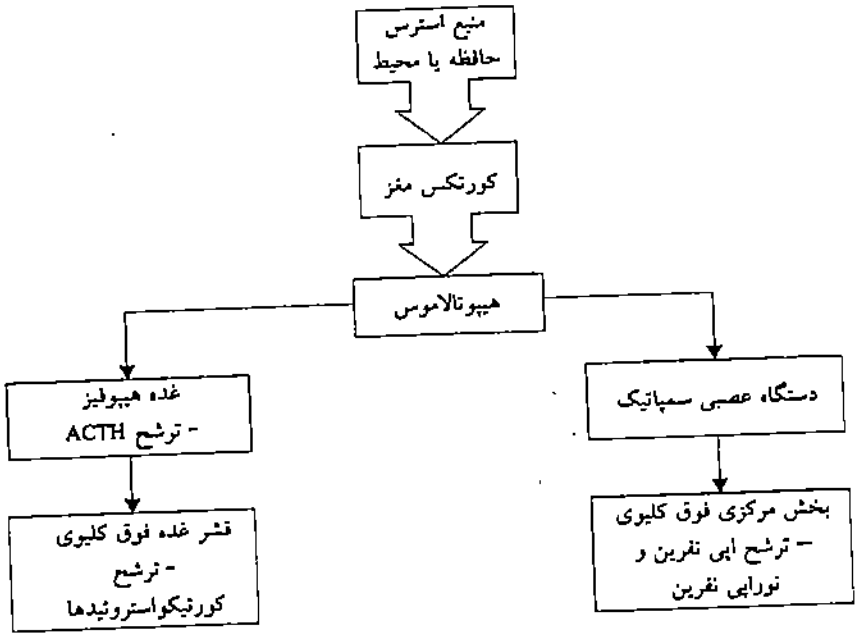
ارگانیزم نسبت به هرگونه تغییر محیط متمایز می‌کند که این سه، مراحل نشانگان انطباق عمومی هستند:

الف) مرحلهٔ هشدار[1]: یا مرحله تکان یا ضربه که بر اساس نشانه‌هایی مانند تپش قلب، کاهش تنود عضلانی و حرارت بدن، شکل گیری زخم‌های معده یا روده، افزایش غلظت خون، کاهش دفع ادرار، ایجاد تورم، کاهش تعداد گلبولهای سفید، کاهش میزان CI خون، اسیدوز، افزایش موقت قند خون و سپس کاهش آن، ترشح E از غدد فوق کلیوی مشخّص می‌شوند.

ب) مرحلهٔ مقاومت[2]: که با افزایش فعالیّت، ازدیاد حجم قسمت قشری غدد فوق کلیوی، کاهش سریع تیموس و اعضای لنفاوی دیگر، وارونه شدن اغلب علائم مرحله نخست متمایز می‌شود. اگر عوامل استرس زا، پابرجا بماند، مقاومت نسبت به محرکّها بر اساس هورمونهای کورتکسی افزایش می یابد.

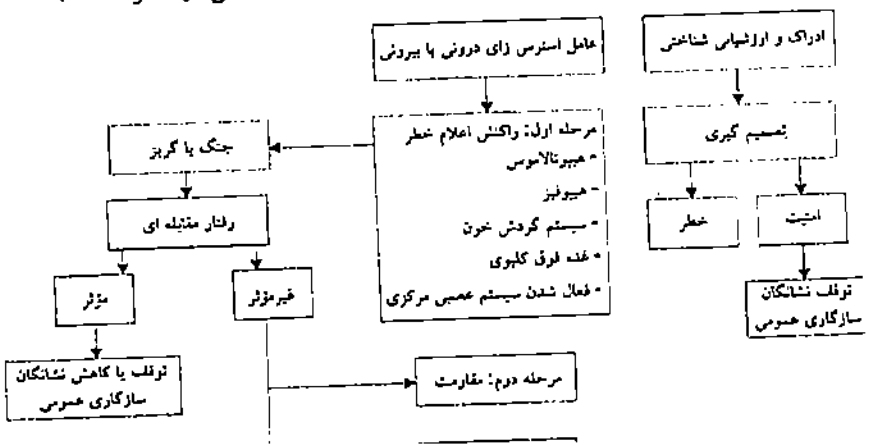
ج) مرحلهٔ فرسودگی[3]: پس از تأثیر درازمدّت، عوامل استرس‌زا دوباره ظاهر می‌شوند، به محض بروز نشانه‌های فرسوگی، ضایعات مشخص‌کننده مرحلهٔ هشدار دوباره آشکار می‌گردند و مرگ را در پی دارند.

الگوی سلیه با عوامل شیمیایی، فیزیکی و ارگانیکی بیش از رویدادهای نمادین ارتباط دارد. نمودار ۳-۱ چگونگی تغییرات فیزیولوژیک استرس را به‌صورت بنیادین نشان می‌دهد.



نمودار ۳-۱: توالی مراحل هانس سلیه را به خوبی نشان می‌دهد.

توالی رویدادها در نشانگان سازگاری عمومی سلیه. (نقل از شفر ۱۹۸۷)



به نظر شما چرا به تبیین سلیه از استرس، نشانگان انطباق عمومی می‌گویند؟

ب) سایکوایمونولوژی استرس

امروزه در سایهٔ گسترش پژوهش و تحقیق در حیطه‌های مختلفی چون سایکونوروایمونولوژی و سایکوآندوکرینولوژی این واقعیت پذیرفته شده است که استرس عامل اصلی در رشد و گسترش بیماری‌هاست و تحت چنین شرایطی اگر ارگانیسم در معرض محرک‌های آسیب‌زا قرار گیرد، بیمار می‌شود. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که استرس با انواع بیماری رابطه کاملاً تنگاتنگی دارد (کوهن، ویلیامسون ۱۹۹۱، بونی و همکاران ۱۹۹۱، به نقل از علی‌پور، نوربالا، ۱۳۸۳).

همچنین ارتباط استرس با انواع بیماری‌های مختلف از جمله تبخال ساده، سرماخوردگی، سرطان مورد مطالعه و بررسی قرار گرفته است.

ظاهراً علت تأثیر بر رشد بیماری‌ها در واقع به واسطهٔ اثر استرس بر دستگاه ایمنی بدن است. زیرا استرس بر دفاعهای ایمنی بدن در برابر بیماری‌های عفونی تأثیر می‌گذارد (علی‌پور و نوربالا، ۱۳۸۳)، مای نیهان (۲۰۰۳) در مقاله‌ای اثرات استرس را بر دستگاه ایمنی بدن به خوبی توضیح داده است. همان‌طور که در سطور پیشین ملاحظه کردید، استرس هم دستگاه اعصاب سمپاتیک و هم محور هیپوتالاموس ـ هیپوفیز ـ آدرنال را فعال می‌کند و انواع عوامل استرس زا بر جنبه‌های متفاوت پاسخ‌های ایمنی بدن تأثیر می‌گذارند (مایر و همکاران ۱۹۹۴).

افزایش گلیکوکورتیکوئیدها ویژگی رایج پاسخ به استرس است و این مواد معمولاً پایین‌آورنده دستگاه ایمنی است. یعنی فعالیت دستگاه ایمنی بدن را کاهش می‌دهند.

کوهن و همکاران (۱۹۹۱) در پژوهش جالبی ارتباط بین استرس روانشناختی و فراوانی سرماخوردگی و علائم عفونت تنفسی را مورد بررسی قرار دادند. آنها استرس روانشناختی را با استفاده از مقیاس وقایع زندگی، مقیاس استرس ادراک شده و مقیاس عاطفه منفی اندازه‌گیری کردند، و در مجموع نتایج نشان داد که استرس روانشناختی با [illegible] ارتباط معناداری دارد. گزارش وقایع ناخوشایند با

همکاران ۱۹۹۴). همچنین غلظت IgG و IgM با گزارش‌های شخصی از مشکلات شغل و ویژگیهای شخصیتی در معلمان همبستگی دارد (اورسین و همکاران، ۱۹۸۴). همین‌طور تحقیقات نشان داده است که استرس حاد باعث افزایش فعالیت ایمنی و استرس مزمن باعث مهار فعالیت ایمنی بدن می‌شود (مای نیهان ۲۰۰۳، شی و همکاران، ۲۰۰۳).

چرا اثرات استرس بر حسب حاد یا مزمن بودن متفاوت است؟

به‌طور کلی استرس چهار تأثیر منفی روی دستگاه ایمنی دارد که همهٔ این تأثیرات نتایج مهمی برای سلامتی به دنبال دارند.

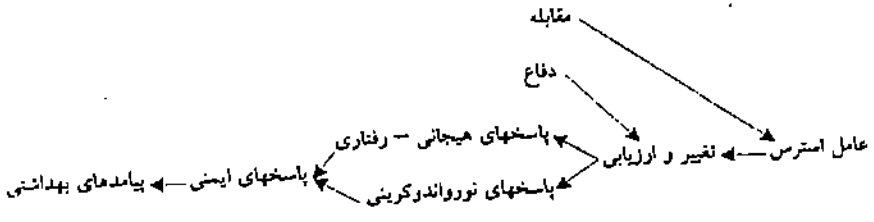
۱. استرس باعث تضعیف تولید سایتوکاین و همچنین تضعیف عملکرد ایمنی بدن می‌شود.

۲. استرس باعث تجدید فعالیت هرپس ویروسهای پنهان بدن می‌شود.

۳. استرس باعث آسیب‌پذیری در برابر عفونت‌های ویروسی می‌شود.

۴. استرس بر التیام زخم‌ها تأثیر منفی می‌گذارد و فرآیند التیام را طولانی‌تر می‌کند (یانگ و گلاسر، ۲۰۰۳).

پاسخ ایمنی به استرس هم به نوع استرس و هم به عوامل روانشناختی و فیزیولوژیایی بستگی دارد، والف (۱۹۹۹) تأثیر متغیرهای مختلف در رابطه با بیماری را به‌صورت نمودار ۳-۳ نشان داده است (به نقل از علی‌پور و نو بالا، ۱۳۸۳).



نمودار ۳-۳: ارتباط متغیرهای مختلف از جمله استرس با بیماری

اریکسون و همکاران (۱۹۹۹) برای توجیه پاسخ‌های نوروفیزیولوژیک و

ظرف چند میلی ثانیه، به آن پاسخ می‌دهد، بعد کاته کول آمین‌ها (E و NE) و ACTH (آدرنوکورتیکو تروفیک هورمون) ظرف چند ثانیه به آن پاسخ می‌دهند و سپس دستگاه ایمنی بدن ظرف چند دقیقه به آن پاسخ می‌دهند و بالاخره کورتیزول ظرف حدود یک ساعت به آن پاسخ می‌دهد (همان منبع).

اندازه‌گیری استرس

همان‌طور که انتظار می‌رود برحسب رویکردها نسبت به استرس روش‌های متفاوتی برای اندازه‌گیری آن وجود دارد. در واقع برای اندازه‌گیری استرس روش‌های مختلفی برحسب تعریف استرس و رویکردهای نظری نسبت به آن وجود دارد. برای مثال رویکردی که استرس را به تغییرات فیزیولوژیک تعریف می‌کند، برای اندازه‌گیری استرس میزان هورمون‌ها از جمله کورتیزول در خون را اندازه‌گیری می‌کنند و برحسب کم و زیاد بودن آن مشخص می‌کند که فرد تحت استرس است یا خیر. هرچند این روش روشی نسبتاً عینی است اما همیشه بین استرس روانی و تغییرات فیزیولوژیک رابطه خطی وجود ندارد. از این گذشته ممکن است تغییرات فیزیولوژیک در اثر مسایل دیگری چون بیماری‌ها ایجاد شده باشد نه لزوماً استرس (سارافینو، ۲۰۰۵).

رویکرد دیگر که توسط هلمز و راهه مطرح شده، توجه به وقایع عمده زندگی[1] دارد و آنها را مهمترین عوامل ایجادکننده استرس یا استرسور می‌داند. طبق این رویکرد با دانستن تعداد وقایع مهم زندگی و جمع جبری آنها می‌توان تعیین کرد که فرد چقدر تحت تأثیر استرس است.

از نظر شما مهمترین اشکال رویکرد وقایع عمده زندگی در اندازه‌گیری استرس چیست، چرا؟

در این رویکرد استرس را بر حسب پرسشنامه‌ای که به «مقیاس سازگاری اجتماعی[2]» موسوم است، اندازه‌گیری می‌کنند. براساس مطالعات میانگین وزنی هر واقعه را تعریف کرده‌اند. مثلاً برای مرگ همسر ۱۰۰ واحد استرس را در نظر می‌گیرند و [illegible] که اگر تعداد واحدهای استرس فرد در یکسال به ۳۰۰ واحد برسد، چنین

فردی شدیداً آسیب‌پذیر است. همان‌طور که حدس زده‌اید این رویکرد به تفاوت‌های فردی و ذهنی در تعبیر وتفسیر وقایع و یا در واقع به جنبه‌های روان‌شناختی ادراک یک واقعه اصلاً توجهی ندارد و اثر یک واقعه بر همه افراد را یکسان می‌داند که این مسأله مهم‌ترین اشکال آن محسوب می‌شود.

رویکرد سوم در ارزیابی استرس توجه به وقایع و رویدادهای جزیی و روزانه را به‌عنوان منبع استرس‌زا در نظر می‌گیرد. در این رویکرد گم کردن اشیاء، فراموش کردن قول و قرار، پاره شدن بند کفش و وقایعی از این دست از منابع عمدهٔ استرس محسوب می‌شوند و هر چقدر این تغییرات روزمره بیشتر باشد فرد بیشتر تحت استرس است.

رویکرد دیگری که عمدتاً توسط شلدون کوهن مطرح شده وضعیت روانشناختی فرد مثلاً تمرکز و توجه، هیجانات منفی در یک ماهه گذشته را به عنوان شاخص استرس مطرح می‌کند که به استرس ادراک شده موسوم است.

استرس و بیماری

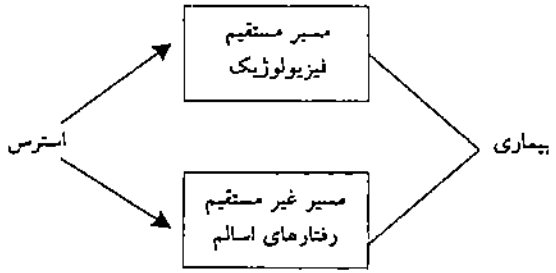
پژوهش‌های مختلف نشان داده است که استرس با بیماری‌های مختلف ارتباط دارد و شرایط استرس‌زا از جمله عوامل علّی در ابتلای به بیماری‌های مختلف جسمی است. روان‌شناسان سلامت معتقدند که استرس از دو مسیر می‌تواند به بیماری جسمی منتهی شود (اوگدن، ۲۰۰۷):

مسیر اول **مسیر مستقیم یا فیزیولوژیک** است که از طریق آن استرس مستقیماً تغییرات فیزیولوژیک ایجاد می‌کند که این تغییرات موجب ایجاد بیماری می‌شوند. برای مثال روشن شده است که استرس واکنش پذیری قلبی ـ عروقی را افزایش می‌دهد. خون افراد تحت استرس مقدار زیادی پلاکت‌های فعال شده و لیپیدهایی چون کلسترول دارد و تغییرات در ترکیبات خونی در اثر استرس باعث تجمع رسوبات بر دیواره شریان (آترواسکلروزیس) و افزایش این رسوبات باعث افزایش فشار خون و احتمال حملهٔ قلبی و مغزی می‌شود (سارافینو، ۲۰۰۵).

دومین مسیری که از طریق آن استرس به بیماری منتهی می‌شود، **مسیر غیرمستقیم** [illegible]

خواب و تغذیه افراد را نامنظم می‌کند، احتمال فعالیت جسمانی و ورزش منظم را کاهش می‌دهد. همین‌طور استرس توجه و تمرکز افراد را کاهش می‌دهد که این مسأله احتمال تصادف و تصادم در افراد تحت استرس را افزایش می‌دهد.

در نمودار ۳-۴ مسیرهای دوگانه استرس و بیماری آورده شده است.



نمودار ۳-۴: مسیرهای دوگانه استرس

بنابراین استرس می‌تواند با ایجاد یا تشدید بیماری‌های مختلف مرتبط باشد. به‌ویژه بیماری‌هایی که در راهنمای آماری اختلالات روانی (DSM) به اختلالات روانی فیزیولوژیکی یا روان‌تنی موسومند.

استرس و بیماری‌های دستگاه گوارش: برخی بیماری‌ها به علت ایجاد زخم در دستگاه گوارش و درد و خونریزی در آن ناحیه ایجاد می‌شوند. مثلاً زخم اثنی‌عشر، زخم معده و کولیت از جمله این بیماری‌ها محسوب می‌شوند. پژوهشگران و پزشکان معتقدند که دلیل ایجاد اکثر این زخم‌ها ترشح بیش از اندازه مایعات اسیدی در دستگاه گوارش است و این در حالی است که دیواره معده و اثنی‌عشر بر اثر عفونت باکتری‌هایی ضعیف شده است (سارافینو، ۲۰۰۲). اما تحقیقات نشان داده است که در شرایط استرس‌زا ترشح اسید معده بیشتر می‌شود. با این حال بررسی دقیق‌تر ارتباط استرس با بیماری‌های گوارشی مستلزم پژوهش‌های بیشتری است.

آسم: آسم از جمله اختلالات تنفسی است که درصد قابل توجهی از افراد به آن مبتلا می شوند. پژوهشگرانی چون باس (۱۹۹۰) معتقدند که آسم در اثر ترکیب سه

سردرد: برخی سردردهای مزمن مثل میگرن و سردردهای تنشی از جمله رایج‌ترین سردردها محسوب می‌شوند. هنوز علت اصلی این سردردها نامشخص است. اما نقش عوامل روانی - اجتماعی به‌ویژه استرس در ایجاد حملات سردرد و تشدید آنها قابل انکار نیست. تجارب هریک از ما مؤید تأثیر استرس بر ایجاد حملات سردرد است.

آیا تا به حال به علت وقایع و استرس‌های منفی دچار سردرد شده‌اید، دلایل احتمالی آن را توضیح دهید؟

استرس و فشارخون: فشار خون به معنای داشتن فشارخون سیستولیک و دیاستولیک به ترتیب ۱۴ و ۹ یا بالاتر است. این مشکل امروزه یکی از مهمترین مشکلات سلامتی است که درصد بسیار زیادی از جامعه را گرفتار می‌کند که نه تنها به دستگاه قلبی - عروقی بلکه به سایر دستگاه‌های بدن آسیب می‌زند. از جمله عوامل مؤثر در فشار خون بالا عوامل روانی - اجتماعی هستند که از میان آنها نقش استرس غیرقابل انکار است. پژوهش‌های مختلف نشان داده است استرس بالا با فشار خون ارتباط دارد. در واقع فشار خون در افرادی که استرس زیادی دارند، مثل مراقبین برج پرواز، افراد کنترل‌کننده ترافیک هوایی و افراد دارای زندگی پر ازدحام و خشن بیشتر است.

بیماری‌های قلبی و استرس: پژوهش‌های مختلف از نوع همبستگی نشان داده است افرادی که در زندگی، استرس بالایی را تجربه می‌کنند، بیشتر از دیگران دچار بیماری‌های قلبی - عروقی و سکته می‌شوند. مثلاً کسانی که به علت بیماری کرونر قلبی در بیمارستان بستری شده‌اند، بیش از دیگران وقایع استرس‌زای زندگی را تجربه کرده‌اند. استرس باعث افزایش ترشح کته کول آمین‌ها و کورتیکواستروئیدها از غدد درون‌ریز می‌شود و میزان بالای این هورمون‌ها در بدن به شریانها و قلب آسیب می‌رساند و حتی ممکن است باعث افزایش فشار خون، بی‌نظمی در ضربان قلب، حمله قلبی و حتی مرگ ناگهانی شود. با این حال این رابطه همیشه برقرار نیست.

استرس و سرطان:

رشد و تکثیر نابهنجار و عنان گسیخته سلولها است. از قدیم اعتقاد بر این بوده است که استرس با عوامل روانی ـ اجتماعی مرتبط است. روش‌های گذشته‌نگر نشان داده است افراد دچار سرطان استرس‌های زیادی را گزارش می‌کنند. پژوهش‌های آینده‌نگر نیز نشان داده‌اند که حداقل در بعضی از شرایط، استرس با سرطان به ویژه با عود مجدد آن رابطه دارد. در توجیه این رابطه می‌توان یادآوری کرد که استرس دفاع ایمنی بدن را تغییر می‌دهد و به‌ویژه بر سلولهای ایمنی چون کشنده‌های طبیعی (NK) تأثیر منفی می‌گذارد که این امر می‌تواند باعث ایجاد سرطان شود (علی‌پور و نوربالا، ۱۳۸۳). با این حال نمی‌توان تمام انواع سرطان را به استرس نسبت داد.

خلاصه فصل

مهمترین موضوع در روان‌شناسی سلامت، رابطه استرس و بیماری است. لذا طبیعی است که در روان‌شناسی سلامت به مبحث استرس توجه ویژه‌ای می‌شود. استرس به هرگونه تغییرات روانی و جسمی که در اثر تغییرات بیرونی یا درونی در ارگانیسم ایجاد می‌شود و ارگانیسم بر اساس منابع در دسترس سازگاری با آنها را فراتر از توان خود می‌داند، تعریف شده است. بنابراین استرس مستلزم دو نوع ارزیابی شناختی است، اول آیا واقعه تهدیدکننده است که ارزیابی اولیه است و دوم آیا من توانایی مقابله با آن را دارم که ارزیابی ثانویه محسوب می‌شود. در اثر استرس تغییرات فیزیولوژیک از جمله فعال شدن محور هیپوفیز ـ آدرنال را شاهد هستیم که به تغییرات هورمونی و نهایتاً تغییراتی در سلول‌های ایمنی بدن منجر می‌شود. استرس انواع مختلفی دارد که براساس زیاد یا مزمن بودن، آزمایشگاهی و طبیعی و اجتماعی، محیطی و خانوادگی می‌توان آنها را طبقه‌بندی کرد. براساس رویکردهای مختلف می‌توان استرس را به طرق متفاوتی اندازه‌گیری کرد. برخی استرس را بررسی تغییرات فیزیولوژیک و هورمونی، برخی با وقایع عمده زندگی و برخی نیز با مشکلات روزمره زندگی ارزیابی می‌کنند. استرس از طریق دو مسیر مستقیم (فیزیولوژیکی) و غیرمستقیم (رفتاری) می‌تواند بر سلامت بدن تأثیر بگذارد. مطالعه رابطه استرس و بیماری‌ها نشان داده است که استرس با اغلب بیماری‌ها مرتبط است. برای مثال شواهد زیادی وجود دارد که نشان می دهد استرس با

فشارخون و کرونر قلبی و بیماری‌هایی چون آسم، سردردهای میگرنی و تنشی و بیماری‌های وخیمی چون سرطان ارتباط معناداری دارد.

واژه‌های کلیدی

استرس	استرسور	ترس
اضطراب	مسیر مستقیم	مسیر غیرمستقیم
وقایع عمده زنددگی	استرس حاد	استرس مزمن
استرس آزمایشگاهی	استرس طبیعی	اندازه‌گیری استرس
فیزیولوژی استرس	سایکوایمونولوژی استرس	استرس و بیماری

پرسش‌های مروری

۱. تعاریف عمده استرس را ذکر کنید؟
۲. عوامل ایجادکننده استرس کدامند؟
۳. مدل لازاروس دربارهٔ استرس را توضیح دهید؟
۴. ارزیابی اولیه و ثانویه را شرح دهید؟
۵. دو نوع مقابله از دید لازاروس را با مثال توضیح دهید؟
۶. انواع استرس‌ها را شرح دهید؟
۷. وقایع عمده زندگی چه نقشی در ایجاد استرس دارند؟
۸. اهمیت وقایع روزمره در ایجاد استرس را توضیح دهید؟
۹. تغییرات فیزیولوژیک استرس را به اختصار توضیح دهید؟
۱۰. نظریه هانس سلیه درباره استرس را تبیین کنید؟
۱۱. استرس چه تأثیری بر دستگاه ایمنی بدن دارد؟
۱۲. در رویکردهای مختلف استرس چگونه اندازه‌گیری می‌شود؟
۱۳. استرس چگونه با بیماری‌ارتباط دارد؟
۱۴. نمونه‌هایی از بیماری‌های مرتبط با استرس را ذکر کنید؟

پرسش‌های چندگزینه‌ای

۱. واژه استرس در ابتدا بیشتر چه معنایی را دربرداشته است؟

الف) فیزیکی ب) اجتماعی

ج) فیزیولوژیکی د) روانی

۲. تفاوت استرس و اضطراب در این است که اضطراب معمولاً ..... است.

الف) مشخص ب) نامشخص

ج) خودآگاه د) ناخودآگاه

۳. مدل لازاروس و فولکمن بیشتر چه نوع مدلی است؟

الف) تعاملی ب) تبادلی

ج) روان‌شناختی د) ذهنی

۴. در ارزیابی اولیه احتمال خطر یا پیش‌بینی چه نام دارد؟

الف) ضرر ب) چالش

ج) ترس د) تهدید

۵. فردی که در امتحان شرکت می‌کند اما ورقه را سفید تحویل می‌دهد، از چه نوع مقابله‌ای استفاده کرده است؟

الف) مسأله محور ب) هیجان محور

ج) غیرسازنده د) شناخت محور

پرسش‌هایی برای اندیشیدن

۱. با توجه به مطالبی که در این فصل خوانده‌اید، به نظر شما کدام اصطلاح درست‌تر است: اضطراب امتحان، استرس امتحان، ترس امتحان، امتحان هراسی چرا؟

۲. آیا می‌توانید بیماری‌هایی را ذکر کنید که استرس در آنها مؤثر نباشد، پاسخ خود را با مدرس درس در میان بگذارید.

یک از آنها خالی از لطف نیست. اما کتاب استرس که توسط استورا نگاشته شده و توسط سرکار خانم پریرخ دادستان ترجمه و به همت انتشارات رشد منتشر شده، برای مطالعه توصیه می‌شود. هر چند مدت نسبتاً زیادی از چاپ اصلی آن می‌گذرد اما در قالب پنج فصل عمدتاً مطالب مربوط به استرس را پوشش می‌دهد. در ضمن مترجم این کتاب به ابتکار خویش سه مقیاس مرتبط با استرس را به‌صورت ضمیمه به کتاب افزوده است.

فصل چهارم

حمایت اجتماعی و سلامتی

هدف‌های یادگیری

از خواننده انتظار می‌رود پس از مطالعهٔ این فصل بتواند:

۱. مفهوم حمایت اجتماعی را تعریف کند.
۲. چگونگی سنجش حمایت اجتماعی را مشخص کند.
۳. انواع حمایت اجتماعی را با ذکر مثال توضیح دهد.
۴. مدل سپر مانند حمایت اجتماعی را تعریف کند.
۵. مدل تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی را توضیح دهد.
۶. چگونگی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامتی را توجیه کند.

در فصل قبل ملاحظه کردید که مهمترین موضوع کلیدی در روان‌شناسی سلامت رابطهٔ بین استرس و بیماری بوده است. یعنی استرس می‌تواند به ایجاد و گسترش بیماری منتهی شود امّا این واقعیّت به این معنا نیست که استرس همواره و در همهٔ افراد به صورت کلیشه‌ای و یکسان به بیماری می‌انجامد. در واقع تأثیر استرس بر سلامتی به متغیرهای دیگری بستگی دارد که میانجی بین استرس و بیماری قرار می‌گیرند. یکی از مهم‌ترین این متغیرها حمایت اجتماعی[1] است. یعنی کسانی که حمایت اجتماعی پایین‌تری داشته باشند خیلی سریع در برابر استرس بیمار می شوند. این فصل به تعریف حمایت اجتماعی، نظریات آن و بررسی رابطهٔ حمایت اجتماعی و سلامتی می‌پردازد.

حمایت اجتماعی چیست؟

اگر از شما بپرسند که در مواقع ضروری چه کسانی به شما کمک می‌کنند یا در مواقع اضطراری روی کمک چه کسانی می‌توانید حساب کنید، اگر دیر از سفر برگردید، کسی نگران شما می‌شود یا خیر؟ پاسختان به این سؤالات معنای حمایت اجتماعی را مشخص می‌کند. مشهورترین تعریف حمایت اجتماعی تعریفی است که توسط کوب مطرح شده است (سارافینو، ۲۰۰۵). وی معتقد است که حمایت اجتماعی عبارت است از: مراقبت، محبت، عزّت، تسلّی و کمکی که سایر افراد یا گروهها به فرد ارزانی می‌دارند. حمایت اجتماعی به میزان برخورداری از محبّت، همراهی و توجّه اعضای خانواده، دوستان، همکاران و همکلاسان و سایر افراد از یک شخص اطلاق می‌شود.

برخی حمایت اجتماعی را صرفاً واقعیتی اجتماعی تلقّی می‌کنند و برخی دیگر آن را ناشی از ادراک فرد می‌دانند. ساراسون و همکاران (۱۹۸۷) حمایت اجتماعی را مفهومی چند بعدی می‌داند که هر دو را دربرمی‌گیرد امّا مؤلفهٔ اساسی آن ذهنی یا روان‌شناختی است (تصویر ۴-۱ را ببینید).

به این سؤال پاسخ دهید:
چرا حمایت اجتماعی بیشتر در روان‌شناسی مطالعه می‌شود نه جامعه‌شناسی؟

سنجش حمایت اجتماعی

یکی از روش‌های سنجش حمایت اجتماعی رویکرد ساختاری است. بر اساس این رویکرد بررسی ساختار شبکهٔ روابط اجتماعی یک فرد می‌تواند میزان حمایت اجتماعی وی را مشخّص کند. در این روش از پاسخ دهنده خواسته می‌شود تا کسانی را که با آنها ارتباط دارد، نام ببرد. طبیعی است که این افراد می‌توانند دوستان، همسر، خانواده، همسایگان، همکلاسی‌ها و همکاران باشند. همین‌طور دربارهٔ عضویت فرد در سازمانهای اجتماعی از جمله باشگاهها، نهادهای خیریه، مراکز فرهنگی و مساجد پرسیده می‌شود. هر قدر این نهادها و همچنین افرادی که فرد با آنها ارتباط دارد بیشتر باشند، حمایت اجتماعی فرد بیشتر است. در واقع براساس این رویکرد، شبکهٔ اجتماعی فرد، تعیین‌کننده میزان حمایت اجتماعی اوست (ویلز، ۱۹۸۳). همین‌طور در چنین رویکردی به میزان نقش‌های مختلف یک فرد در جامعه که به «مشارکت اجتماعی[1]» موسوم است، توجّه می‌شود.

به نظر شما در این رویکرد چه اشکالی وجود دارد؟

در رویکرد دوم که به رویکرد عملکردی موسوم است، براین نکته تأکید می‌شود که در صورت نیاز به کمک، فرد تا چه حد می‌تواند روی کمک دیگران حساب کند. برای مثال در حمایت عاطفی در دسترس بودن افرادی که فرد بتواند در مواقع ضروری دربارهٔ مشکلاتش با آنها صحبت کند و از آنها هم حسی و همدلی، درک و دلسوزی را دریافت کند، مد نظر است. در حمایت ابزاری و مادی نیز در دسترس بودن افرادی مدنظر هستند که در مواقع ضروری بتوانند نیازهای مادی و یا ابزاری فرد را تأمین کنند.

آنچه که از لحاظ روانشناختی در این رویکرد مهم است، توجّه به کیفیت روابط با دیگران است. همین‌طور در چنین رویکردی حمایت اجتماعی براساس آنچه فرد در فکر و ذهن خود احساس می‌کند اهمیّتی زیاد دارد. در واقع مهم نیست که فرد دوستانی دارد یا خیر بلکه مهم این است که تصوّر می‌کند در صورت نیاز می‌تواند روی کمک آنها حساب کند یا خیر. این تصوّر مسئله‌ای کاملاً روان‌شناختی است، به همین دلیل است که ساراسون ترجیح می‌دهد تا از اصطلاح «حمایت اجتماعی ادراک شده» به جای

حمایت اجتماعی استفاده کند. پس حمایت اجتماعی در واقع ادراکی است که فرد از روابط اجتماعی خود با دیگران دارد. براین اساس پرسشنامه‌های مختلفی برای سنجش حمایت اجتماعی ساخته شده است. پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده ساراسون و پرسشنامه حمایت اجتماعی واکس و همکاران از معروفترین آنهاست (علی‌پور، ۱۳۸۵).

انواع حمایت اجتماعی

دانشمندان با تحلیل پدیده‌ها و تدقیق در آنها تلاش می‌کنند تا طبقات مختلف آنها و انواع آنها را استخراج کنند. روان‌شناسان نیز از این اصل پیروی می‌کنند. محققان با مطالعهٔ حمایت اجتماعی توانسته‌اند پنج نوع حمایت اجتماعی را از هم تفکیک کنند (سارافینو، ۲۰۰۵).

الف) حمایت عاطفی[1]: در این نوع حمایت بعد عاطفی غالب است. حمایت عاطفی در واقع ابراز توجه، محبت و همدردی، علاقه و دلسوزی نسبت به فرد دیگر است. مثلاً فردی که یکی از بستگانش را از دست داده است و مورد تسلّی دیگران قرار می‌گیرد مورد حمایت عاطفی قرار گرفته است. فردی که دچار استرس می‌شود با حمایت عاطفی دیگران احساس آرامش و تعلق داشتن به جایی می‌کند.

ب) حمایت ارزشی[2]: وقتی به فردی احترام می‌گذاریم، او را تشویق می‌کنیم، و یا با نظرات و احساسات او موافقت می‌کنیم و در کل ضمن تأیید وی، ارزیابی مثبتی از وی ابراز می‌نماییم، به حمایت ارزشی دست زده‌ایم. مثلاً وقتی مادری به فرزندش می‌گوید: من به تو افتخار می‌کنم، حمایت ارزشی را نشان داده است.

ج) حمایت ابزاری یا وسیله‌ای[3]: این نوع حمایت شامل کمک‌های مستقیم دیگران است. مثلاً قرض دادن پول، کمک به دیگری در تعمیر ماشین، کمک در نظافت منزل، کمک در آشپزی، جزو حمایت‌های مادی یا ابزاری قرار می‌گیرند.

د) حمایت اطلاعاتی[4]: ارائه هرگونه اطلاعات به فرد دربارهٔ موضوع یا مسئله‌ای

خاص حمایت اطلاعاتی تلقی می‌شود. برای مثال پزشکی که دربارهٔ جراحی بیمار با وی صحبت می‌کند و او را از حالت ابهام خارج می‌کند یا فردی که دربارهٔ انتخاب رشته داوطلب کنکور وی را راهنمایی می‌کند، به حمایت اطلاعاتی دست زده است.

ه) حمایت شبکه‌ای[5]: عضویت فرد در گروه، نهاد یا مؤسسهٔ اجتماعی، فرهنگی و ورزشی یا مذهبی باعث ایجاد شبکه‌ای اجتماعی می‌شود که در مواقع ضروری به فرد کمک می‌کنند، این نوع حمایت به حمایت شبکه‌ای موسوم است.

انواع حمایت‌ها را در موقعیت‌های زیر تعیین کنید؟	
موقعیت	نوع حمایت
۱. تسلّی به کسی که کیف پولش دزدیده شده است.	
۲. احترام به استاد درس	
۳. توضیح استاد درباره نوع امتحان پایان ترم	
۴. دلسوزی نسبت به فردی که دچار حادثه رانندگی‌شده است.	
۵. هل دادن ماشین راننده‌ای که ماشینش استارت نمی‌زند.	
۶. ثبت‌نام فرد در جمعیت هلال احمر	
۷. عضویت در تیم بسکتبال دانشگاه	

اگر در صحت پاسختان نسبت به جدول فوق تردید دارید، مطالب مطرح شده را مجدداً بازخوانی کنید و خودتان مثال‌های دیگری در ذهن مرور کنید.

سؤال بعدی روان‌شناسان این است که از بین حمایت‌های اجتماعی کدامیک اهمیت بیشتری دارند. پاسخ این سؤال بستگی به موقعیت استرس‌زای فرد دارد. مثلاً بیماری که در انتظار عمل جراحی پیچیده‌ای است، بیشتر محتاج حمایت اطلاعاتی است. فردی که اتومبیلش پنچر شده و وسایل تعویض چرخ را ندارد بیشتر نیازمند حمایت وسیله‌ای یا ابزاری است. با این حال چون استرس‌های شدید عموماً اثرات عاطفی و هیجانی در فرد می‌گذارد و همچنین برخی عزت نفس فرد را تهدید می‌کنند، به همین دلیل حمایت عاطفی و حمایت ارزشی اهمیت بسزایی دارند و نقش مهمی را در کمک به فرد برای مواجهه با استرس‌های عمده ایفا می‌کنند.

مدل‌های حمایت اجتماعی

حمایت اجتماعی چگونه بر سلامت جسمی و روانی فرد تأثیر می‌گذارد؟ برای پاسخگویی به این پرسش اساسی مدل‌هایی به منظور تبیین چگونگی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت و بیماری تدوین شده است. دو نظریه یا مدل در این خصوص مطرح شده است، یکی فرضیه سپر مانند[1] و دیگری فرضیه تأثیر مستقیم[2].

فرضیه سپر مانند: این فرضیه مبتنی بر مطالعات زیادی است که نشان می دهد استرس به بیماری منتهی می‌شود. حمایت اجتماعی در واقع همان سپری است که در هنگام استرس فرد را از اثرات منفی محافظت می‌کند. در واقع براساس این فرضیه حمایت اجتماعی، سپری در برابر اثرات منفی استرس بر سلامتی است. پس حمایت اجتماعی تنها زمانی کارایی دارد که فرد دچار استرس شده باشد. کوهن و ویلز (۱۹۸۵) معتقدند که محافظت حمایت اجتماعی از طریق دو راه است. راه اول شامل فرایند ارزیابی شناختی است. وقتی فردی دچار استرس شدیدی می‌شود، در صورتی که از حمایت اجتماعی بالایی برخوردار باشد، چون می‌داند دیگران به او کمک می‌کنند، آن استرس را خیلی منفی ارزیابی نمی‌کند. راه دوم تعدیل واکنش در برابر استرس است.

یعنی اگر فرد استرس را به‌صورت منفی ارزیابی کرده باشد، پشت‌گرمی دیگران و یا احساس ذهنی ناشی از حمایت دیگران باعث می‌شود تا واکنش شدیدی به آن استرس نشان ندهد.

فرضیه تأثیر مستقیم: براساس این مدل صرف‌نظر از وجود یا عدم وجود استرس و یا میزان استرس، حمایت اجتماعی همواره برای سلامتی مفید است. برای مثال کسانی که از حمایت اجتماعی بالایی برخوردارند، احساس تعلق و عزت نفس بیشتری دارند، نگرش مثبتی نسبت به موقعیت‌ها دارند و شیوه‌های زندگی سالم‌تری را برمی‌گزینند، به همین دلیل سلامتی بهتری نیز خواهند داشت.

شواهد پژوهشی موجود نشان می‌دهد که هر دو مدل درست هستند. بدین معنا که در مواقعی که فرد تحت استرس به‌ویژه استرس شدید است، حمایت اجتماعی می‌تواند همانند سپر اثر استرس را کاهش دهد. در سایر موارد نیز حمایت اجتماعی بالا

با سلامتی بیشتر همبسته است (کوهن و ویلز، ۱۹۸۵). نمودار ۴-۱ به‌صورت تصویری نقش هر دو مدل اجتماعی را نشان می‌دهد.

نمودار ۴-۱: نمایش تصویری دو مدل حمایت اجتماعی

در نمودار ۴-۱ قسمت ب نشان‌دهنده فرضیه تأثیر مستقیم و قسمت الف نشان‌دهنده فرضیه سپر مانند است.

حمایت اجتماعی و سلامتی

بررسی‌های زیادی نشان داده‌اند که بین حمایت اجتماعی و سلامتی ارتباط معنی‌داری وجود دارد. افرادی که حمایت اجتماعی بالاتری دارند، از سلامت بهتری نیز برخوردارند (چموت و پرنگر، ۲۰۰۴). در برخی تحقیقات به صراحت اعلام شده است که حمایت اجتماعی با مرگ و میر رابطه‌ای معکوس دارد یعنی هرچقدر حمایت اجتماعی کمتر باشد، میزان مرگ و میر هم بیشتر است. این واقعیت از بررسی طولی سلامتی و مرگ ومیر سالمندان در سال‌های متمادی حاصل شده است. وانگ[1]، و وولی[2] (۲۰۰۳) با روش فراتحلیلی، ۱۸۲ پژوهش در این خصوص را بررسی کردند و دریافتند که حمایت اجتماعی قوی‌ترین عامل پیش‌بینی کننده سلامت در زندگی است. با این حال چگونگی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامتی و ابتلا به بیماری همچنان نیازمند

پژوهش‌های بیشتری است. روان‌شناسان سلامت تلاش کرده‌اند تا چگونگی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامتی را به طرق مختلفی تبیین کنند.

حمایت اجتماعی و تغییرات فیزیولوژیک

حمایت اجتماعی با مکانیسم‌های فیزیولوژیک پاسخ‌دهی به استرس مرتبط است. چندین مطالعه نشان داده‌اند که داشتن حمایت، واکنش‌پذیری دستگاه خود مختار به شرایط استرس‌زا را کاهش می‌دهد. برای مثال کسانی که حمایت اجتماعی بالایی دارند، در برابر استرس، افزایش ضربان قلب و فشار خون کمتری را تجربه می‌کنند. پژوهش اوچینو[1] (۲۰۰۴) نشان می‌دهد که در برابر استرس‌های آزمایشگاهی پاسخ افراد دارای حمایت اجتماعی بالا با کاهش واکنش‌پذیری همراه است و در چنین شرایطی تعاملات اجتماعی منفی پیش‌بینی‌کننده واکنش‌پذیری زیاد در برابر استرس است. همین‌طور وقتی دوستی در کنار فرد است واکنش‌های فیزیولوژیکی فرد در برابر استرس آزمایشگاهی کمتر است. این مطالعات تبیین می‌کنند که چگونه حمایت اجتماعی می‌تواند با فشار خون مرتبط باشد، زیرا افرادی که در چنین شرایطی پاسخ‌های خود مختار بیشتری نشان می‌دهند، با احتمال زیادی دچار فشار خون می‌شوند که خود با بیماری‌های مختلف از جمله قلبی ـ عروقی مرتبط است (ریکونن و همکاران، ۲۰۰۱). در واقع حمایت اجتماعی بدین صورت آسیب‌پذیری بدن نسبت به استرس را تغییر می‌دهد.

> به نظر شما چرا حمایت اجتماعی تغییرات فیزیولوژیک در پاسخ به استرس را کاهش می‌دهد؟ پاسخ خود را با همکلاسی‌هایتان در میان بگذارید.

تغییرات ایمنی بدن

یکی دیگر از راه‌هایی که از طریق آن حمایت اجتماعی بر آسیب پذیری نسبت به بیماری‌های عفونی و سرطان تأثیر می‌گذارد، تغییرات شاخص‌های ایمنی است. پژوهش‌های مختلف نشان داده است که حمایت اجتماعی با تکثیر سلول‌های لنفوسیتی T و افزایش سطوح سلول‌های کشنده طبیعی (NK) مرتبط است (کیکولت[2] و همکاران،

۲۰۰۲، علی‌پور، ۱۳۸۵). همینطور مطالعه دیگری در محیط کار نشان داده است که افرادی که شبکه حمایت اجتماعی گسترده‌تری دارند، سطوح بیشتری از سلول‌های NK در خون خود نشان می‌دهند (استپتو و همکاران،۲۰۰۴). در واقع افزایش چنین سلول‌هایی در خون نشان‌دهنده تقویت دستگاه ایمنی بدن و توانایی این دستگاه برای مقابله با بیماری‌های عفونی و سرطان است. همین‌طور تحقیقات دیگری نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی پایین با کاهش توانایی دستگاه ایمنی بدن برای مقابله با بیماری‌ها رابطه معناداری دارد (علی‌پور و نوربالا، ۱۳۸۳). احتمالاً حمایت اجتماعی بالا، از طریق برخی متغیرهای روانشناختی مثل افزایش حالات هیجانی مثبت و کاهش هورمون‌هایی چون کورتیزول، این تأثیر را ایجاد می‌کنند (کوهن، ۲۰۰۴).

حمایت اجتماعی و رفتارهای بهداشتی

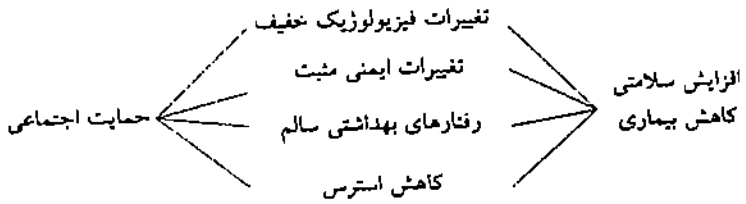
یکی دیگر از اثرات حمایت اجتماعی بر افراد، تغییر رفتارهای بهداشتی است. افرادی که حمایت اجتماعی بالایی دارند نسبت به کسانی که از حمایت اجتماعی پایین‌تری برخوردارند، از لحاظ نوع رفتارهای بهداشتی با هم متفاوتند. ظاهراً کسانی که ارتباطات اجتماعی بیشتری دارند و با دیگران مراودات دوستانه برقرار می‌کنند، در معرض نظرات دیگران در برابر وضعیت سلامتی خود قرار می‌گیرند. مثلاً اگر دچار اضافه وزن شوند، اطرافیان به آنها گوشزد می‌کنند. اگر تغییری در وضعیت سلامتی آنان رخ دهد، از محیط اجتماعی خود پسخوراند دریافت می‌کنند، ورزش و مسواک زدن آنان مورد تشویق قرار می‌گیرد. در نتیجه افراد دارای حمایت اجتماعی بالا احتمالاً سلامتی خود را بهتر از دیگران کنترل و نظارت می‌کنند و این امر سلامتی آنان را افزایش می‌دهد. همین‌طور با پزشک و تیم پزشکی ارتباط بهتری برقرار می‌کنند که این موضوع نیز شانس بهبودی آنها را افزایش می‌دهد. در این راستا برخی تحقیقات نشان داده‌اند که افراد دارای حمایت اجتماعی بالا کمتر از دیگران احتمال دارد سیگار بکشند و یا از مشروبات الکلی استفاده کنند (ویلز و فیلر، ۲۰۰۱). در واقع رفتارهای پرخطر در آنان بیشتر است. همین‌طور افراد واجد حمایت اجتماعی بالا رفتارهای نگهدارنده سلامتی را

بالاتر بیشتر دیده می‌شوند و این رفتارها، سلامتی بهتر آنان و بیماری کمتر آنان را توجیه می‌کنند.

حمایت اجتماعی و استرس

اصولاً افراد دارای حمایت اجتماعی بالا کمتر از سایرین گزارش‌های منفی از وقایع عمده زندگی خود را ارائه می‌کنند. در واقع احتمالاً کسانی که حمایت اجتماعی بالاتری دارند کمتر دچار استرس می‌شوند، برعکس افراد فاقد حمایت اجتماعی کوچکترین ناملایمات و مشکلات زندگی را به‌عنوان استرس گزارش می‌کنند یا به عبارت بهتر آنها از کاهی، کوهی می‌سازند. اصولاً حمایت اجتماعی روی فرآیند ارزیابی‌شناختی که در ایجاد استرس با اهمیّت است تأثیر می‌گذارد. این تأثیر را می‌توان هم در ارزیابی اولیه وهم در ارزیابی ثانویه ملاحظه کرد. یعنی کسانی که حمایت اجتماعی بالایی دارند وقایع منفی را کمتر استرس‌زا ارزیابی می‌کنند. در صورت ارزیابی واقعه‌ای به عنوان استرس‌زا در مرحله بعد باید ببینند که آیا با منابع در دسترس خود می‌توانند به مقابله با استرس بپردازند یا خیر. در اینجا نیز کسانی که شبکه اجتماعی بهتری دارند با اتکا به آن شبکه اجتماعی استرس را کمتر تهدیدکننده ارزیابی می‌کنند. از طرف دیگر در مقابله با استرس نیز حمایت اجتماعی تأثیرگذار است. اصولاً جستجوی حمایت اجتماعی می‌تواند یکی از روش‌های مقابله با استرس باشد. به هرحال وقتی واقعه‌ای استرس‌زا تلقّی شد و فرد با واکنش‌های فیزیولوژیک به آن واقعه پاسخ می‌دهد باز هم در اینجا حمایت اجتماعی تأثیرگذار است. افراد واجد حمایت اجتماعی بالا با تغییرات خفیف فیزیولوژیک و افراد فاقد حمایت اجتماعی مطلوب با واکنش‌های فیزیولوژیک شدید و افراطی به وقایع استرس‌زای زندگی خویش پاسخ می‌دهند. در نتیجه شانس بیمار شدن افراد دارای حمایت اجتماعی پایین بدین طریق افزایش می‌یابد.

با توجه به آنچه گفته شد حمایت اجتماعی از طرق متفاوتی بر سلامتی و ابتلا به بیماری‌ها تأثیر می‌گذارد. چگونگی این تأثیر در نمودار ۴-۲ مشاهده می‌شود.



نمودار ۴-۲: تأثیر حمایت اجتماعی بر بیماری

خلاصه فصل

حمایت اجتماعی یکی از واسطه‌های استرس - بیماری است. این مفهوم عبارتست از میزان برخورداری فرد از حمایت خانواده، اقوام، دوستان و سایرین. حمایت اجتماعی به پنج نوع تقسیم شده است: حمایت عاطفی، حمایت ارزشی، حمایت وسیله‌ای، حمایت اطلاعاتی و حمایت شبکه‌ای که دو نوع عاطفی و ارزشی اهمیّت ویژه‌ای دارند. برای سنجش حمایت اجتماعی دو رویکرد وجود دارد. رویکرد ساختارگرایی که به بررسی شبکه روابط اجتماعی واقعی فرد می‌پردازد و رویکرد عملکردی که از فرد می‌خواهد توضیح دهد که در مواقع اضطراری می‌تواند روی کمک دیگران حساب کند یا خیر. پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند که حمایت اجتماعی با سلامتی و بیماری رابطه دارد. برای توجیه این رابطه دو مدل مطرح شده است، مدل سپر مانند که براساس آن حمایت اجتماعی همانند سپری اثرات منفی استرس به‌ویژه استرس‌های شدید را می‌کاهد و مدل تأثیر مستقیم که معتقد است صرف‌نظر از وجود یا عدم وجود استرس، بالا بودن حمایت اجتماعی با افزایش سلامتی و کاهش بیماری مرتبط است. سؤال بعدی محققان این بوده است که حمایت اجتماعی چگونه و از چه راه‌هایی بر سلامتی تأثیر می‌گذارد. تحقیقات مختلف نشان داده است که حمایت اجتماعی تغییرات فیزیولوژیک ناشی از استرس‌ها را کاهش می دهد و تغییرات مثبتی در شاخص‌های فعالیت ایمنی بدن ایجاد می‌کند. همین‌طور حمایت اجتماعی باعث افزایش رفتارهای حافظ سلامتی از جمله خواب مناسب و کنترل وزن می‌شود و رفتارهای تهدیدکننده سلامتی از جمله مصرف سیگار و مشروبات الکلی را کاهش

واژه‌های کلیدی

حمایت اجتماعی	انواع حمایت اجتماعی	رویکرد ساختاری
رویکرد عملکردی	حمایت عاطفی	حمایت وسیله‌ای
حمایت اطلاعاتی	حمایت شبکه‌ای	حمایت ارزشی
مدل سپر مانند	مدل تأثیر مستقیم	حمایت اجتماعی و پاسخ‌های فیزیولوژیک
حمایت اجتماعی و استرس	حمایت اجتماعی و تغییرات ایمنی	حمایت اجتماعی و رفتارهای بهداشتی

پرسش‌های مروری

۱. حمایت اجتماعی را با مثال تعریف کنید؟
۲. رویکرد ساختاری و رویکرد عملکردی در سنجش حمایت اجتماعی را شرح دهید؟
۳. انواع حمایت اجتماعی را به اختصار شرح دهید؟
۴. کدام نوع حمایت اجتماعی اهمیت بیشتری دارد؟
۵. فرضیه سپر مانند حمایت اجتماعی را با مثال توضیح دهید؟
۶. فرضیه تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی را شرح دهید؟
۷. حمایت اجتماعی چگونه با سلامتی ارتباط دارد؟
۸. تغییرات فیزیولوژیک حمایت اجتماعی را توضیح دهید؟
۹. چگونگی ارتباط حمایت اجتماعی با تغییرات ایمنی را شرح دهید؟
۱۰. حمایت اجتماعی چه ارتباطی با رفتارهای بهداشتی دارد؟
۱۱. ارتباط حمایت اجتماعی با استرس را شرح دهید؟

پرسش‌های چندگزینه‌ای

۱. ساراسون چه اصطلاحی را برای حمایت اجتماعی ترجیح می‌دهد؟
الف) روانی ب) ذهنی
ج) درک شده د) ادراک شده

الف) ارزشی ب) عاطفی
ج) ابزاری د) شبکه‌ای

۳. به نظر کوهن و ویلز دو راه محافظت حمایت اجتماعی کدامند؟
الف) ارزیابی اولیه و ثانویه ب) فرضیه سپر و تأثیر مستقیم
ج) ارزیابی شناختی و تعدیل واکنش د) تعدیل پاسخ و تأثیر مستقیم

۴. تحقیقات نشان داده است که حمایت اجتماعی با افزایش این نوع سلول‌ها توانایی مقابله با سرطان را افزایش می‌دهد.
الف) NK ب) T
ج) B د) پلاسما

۵. افزایش حمایت اجتماعی با کاهش کدام هورمون مرتبط است؟
الف) اپی نفرین ب) نور اپی‌نفرین
ج) کورتیزول د) هورمون رشد

پرسش‌هایی برای اندیشیدن

۱. با توجه به نقش حمایت اجتماعی در بهبود بیماری، چگونه می‌توان با استفاده از آن به بهبودی بیماران کمک کرد؟

منابعی برای مطالعه بیشتر

به فارسی کتابی مشخص و مجزا درباره حمایت اجتماعی تاکنون منتشر نشده است، با این حال در همه کتاب‌های روان‌شناسی سلامت مطالبی دربارهٔ حمایت اجتماعی وجود دارد. به خوانندگان توصیه می‌شود فصول مربوط به حمایت اجتماعی در کتاب روان‌شناسی سلامت سارافینو ترجمه الهه میرزایی و همکاران را مطالعه کنند.

فصل پنجم

احساس کنترل و سلامتی

هدف‌های یادگیری

از دانشجو انتظار می‌رود پس از مطالعه این فصل بتواند:

۱. منبع کنترل و نقش آن در سلامتی را شرح دهد.
۲. منبع کنترل سلامتی و ابعاد آن را توضیح دهد.
۳. احساس کنترل و نقش آن در بیماری را تشریح کند.
۴. انواع کنترل را با مثال توضیح دهد.
۵. اهمیت خودکار آمدی در سلامتی را تشریح کند.
۶. نظریه اسناد و ابعاد آن را تشریح کند.
۷. اهمیت کنترل در دوره سالمندی را شرح دهد.

همان‌طور که پیش از این ملاحظه کردید، سلامتی از متغیرهای مهمی تأثیر می‌پذیرد. شخصیت و حمایت اجتماعی از جمله متغیرهایی هستند که بر ابتلا به بیماری‌های جسمی تأثیر می‌گذارند. یکی دیگر از متغیرهای مهم که بر سلامتی تأثیر مهمی می‌گذارد، احساس کنترل است. در این فصل احساس کنترل فردی تعریف می‌شود و ارتباط آن با سلامتی با توجه به راه‌های احتمالی مورد بررسی قرار می‌گیرد.

مفهوم منبع کنترل[1] در واقع یک خصیصه شخصیتی است که ابتدا توسط راتر (۱۹۶۶، تصویر ۵-۱ را ببینید) در راستای نظریه یادگیری اجتماعی مطرح شده است.

تصویر ۵-۱: جولیان بی راتر متولد ۱۹۱۶ روان‌شناس برجسته دانشگاه کانه‌کولیوت آمریکا که به دلیل نظریه یادگیری اجتماعی و طرح مفهوم منبع کنترل شهرت یافته است.

راتر منبع کنترل را اینگونه تعریف کرده است: «انتظار کلی فرد از نتایج یک رویداد که یا در درون و یا فراسوی (بیرون) کنترل و فهم شخصی وی وجود دارد.» معنای چنین تعریفی این است که افراد دارای ویژگی منبع کنترل بیرونی، رویدادها را ورای کنترل خود ادراک می‌کنند و نتایج و برآیندهای رویداد را به شانس، بخت یا تحت کنترل دیگران نیرومند نسبت می‌دهند و یا معتقدند که رویدادها به دلیل پیچیدگی زیاد محیط، غیرقابل پیش‌بینی هستند. از طرف دیگر افراد با منبع کنترل درونی[1] بر این باور هستند که رویداد، به رفتار و خصیصه‌های نسبتاً دائمی خودشان بستگی تام دارد. چنین مردمانی اعتقاد دارند که می‌توانند از طریق پاداش‌ها، توانایی‌ها، مهارت‌ها و خصیصه‌هایشان بر نتایج اثر بگذارند.

منبع کنترل را در هر موقعیت مشخص کنید	منبع کنترل
۱. دانشجویی که دلیل نمره پایین خود را سخت بودن امتحان می‌داند.	.....
۲. دانشجویی که دلیل نمره بالای خود را درست درس خواندن می‌داند.	.....

رویدادی سعی می‌کنیم علّت آن را در ذهن خویش تعبیر و تفسیر نماییم و دریابیم که علّت آن چیست. منبع کنترل راهی است برای پیدا کردن علّت ذهنی رویدادها. ظاهراً این کار راهی است که توسط آن شناخت بهتری نسبت به رویدادها و وقایع اطراف دنیای خود پیدا می‌کنیم. در منبع کنترل در واقع تنها دو منبع برای پدیده‌ها در نظر گرفته می‌شود یکی درونی یا داخل ذهن خودمان، یعنی مسؤول اتفاقی که افتاده است، خودمان هستیم. دیگری بیرونی[1] یا خارج از خودمان. یعنی مسؤول واقعه چیزی یا شخصی بیرون از ماست. پس منبع کنترل نقش بسیار تعیین‌کننده‌ای در شناخت‌های ما ایفاء می‌کند و با توجه به آن می‌توانیم افراد را بهتر بشناسیم. در واقع یکی از ویژگی‌هایی که افراد مختلف را از یکدیگر متمایز می‌کند، درجه کنترلی است که افراد تصور می‌کنند بر رویدادهای زندگی خود دارند. افرادی که معتقدند تلاشهایشان می‌تواند امور را تغییر دهد یا به عبارتی مسئول سرنوشت خویش هستند، منبع کنترل آنها درونی است. اما کسانی که سرنوشت، شانس، اقبال یا قدرت دیگران را در امور زندگی خود مؤثر می‌دانند، یا به عبارتی عواملی خارج از خود را مسئول سرنوشت خویش می‌دانند و معتقدند خود نقشی در این زمینه ندارند، منبع کنترلشان بیرونی است. افرادی که منبع کنترل بیرونی دارند، معمولاً عصبی‌تر، مملو از کینه، بی‌اعتماد و تحریک‌پذیر هستند، اما آنهایی که منبع کنترل درونی دارند، ویژگی‌هایی برعکس دارند. راهبردهای تصمیم‌گیری افراد براساس منبع کنترل متفاوت است به‌گونه‌ای که افراد دارای منبع کنترل درونی تمایل دارند راهبردهای خوب را حفظ کنند و راهبردهایی که احتمالاً به شکست منتهی می‌شود را کنار بگذارند. درباره‌ی ارتباط منبع کنترل با سلامتی گفته می‌شود اشخاصی که تحت تأثیر منبع کنترل درونی هستند، روی هم رفته سالم‌تر و مثمرثمرتر هستند. چنین اشخاصی در جستجوی اطلاعات بیشتر هستند، هدف مدارند و بهتر می‌توانند با مسایل برخورد کنند درحالی که افراد دارای منبع کنترل بیرونی نشانه‌هایی از بی‌حالی و رخوت را به نمایش می‌گذارند (الفستروون[2] و کراتز[3] ۲۰۰۶).

آیه: «لیس‌للانسان الا ما سعی» با کدام نوع کنترل درونی - بیرونی ارتباط دارد. به‌طور کلی به‌نظر شما آموزه‌های دینی ما کدام نوع کنترل درباره‌ی وقایع روزمره را ترویج می‌کنند، چرا؟

یکی از مواردی که در آنها منبع کنترل اهمیت زیادی پیدا می‌کند، موقعیت‌های استرس‌زا است، یعنی موقعیت‌هایی که فرد دچار یک تغییر غیر منتظره‌ای شده است و با توجه به منابع درونی خود نمی‌تواند با شرایط جدید خود را تطبیق دهد. در چنین موقعیت‌هایی نقش منبع کنترل در تعبیر و تفسیر استرس مهم تلقی می‌شود. یکی از جنبه‌های مهم که در مواقع استرس‌زا اهمیت زیادی دارد، میزان کنترل شخص بر استرس و ادراک وی در آن خصوص است. نداشتن احساس کنترل در واقعه استرس‌زا می‌تواند باعث ایجاد درماندگی آموخته شده شود که خود افسردگی‌زاست (تیلور[1]، ۲۰۰۳). احساس کنترل فشار روانی را کم می‌کند و امکان استفاده از راهبردهای حل مسأله در رویارویی با فشار روانی را فراهم می‌سازد. کسی که احساس کند بر استرس‌های خودش کنترل دارد، ممکن است با خود بگوید «اگر الان سیگار را ترک کنم، بعداً سرطان ریه نمی‌گیرم» یا «اگر همیشه ورزش کنم، دچار بیماری قلبی نمی‌شوم».

احساس کنترل به انسان‌های تحت استرس که مشکلات سلامتی دارند مثلاً به بیماران سرطانی و سالمندان خیلی کمک می‌کند. تحقیق جالبی توسط جودیت رایدن[2] والن لانگر[3] (۱۹۷۷) روی گروهی از سالمندان ساکن خانه سالمندان انجام شده است. در این پژوهش به گروهی از سالمندان گلدان‌هایی داده شده و به آنها اجازه داده شد تا خود محل نگهداری آن را تعیین کنند و در مواقع ضروری به آنها آب داده و به نحوی که خود می‌دانند، از آنها مراقبت کنند. اما در گروه کنترل فقط گلدان‌ها را به‌صورت امانی در اختیار سالمندان قرار می‌دادند و آنها اجازه هیچ کاری از جمله آب دادن آنها را نداشتند و در واقع هیچ کنترلی روی گلدان‌ها نداشتند. در یک دوره‌ی ۱۸ ماهه میزان سلامتی و مرگ و میر دو گروه بررسی شد. افراد گروه اول سلامتی بهتری داشتند و گروه دوّم سلامتی کمتر و میزان مرگ و میر بیشتری داشتند.

احساس کنترل مشخصاً باعث می‌شود که آدم‌ها سراغ سبک‌های زندگی پرخطر نروند و رفتارهای تضمین‌کننده سلامتی داشته باشند. رفتارهای پرخطر مثل مشروبات الکلی مختص کسانی است که روی زندگی خود احساس کنترل نداشته باشند. بنابراین احساس کنترل بر زندگی بر میزان سلامتی افراد می‌افزاید.

به نظر شما چرا افراد دارای کنترل بیرونی به سمت رفتارهای پرخطر مثل اعتیاد می‌روند؟

پژوهش‌های مختلف نشان داده است که افراد دارای منبع کنترل بیرونی و درونی از راهبردهای مقابله‌ای متفاوتی برای کنترل عوامل استرس‌زا استفاده می‌کنند (هان[1]، ۲۰۰۰). افراد با کنترل درونی، عوامل استرس‌زا (استرسورها) را تعریف می‌کنند و در راهبردهای مقابله‌ای درگیر می‌شوند که در تعدیل یا رفع مشکل تمرکز دارند. مثلاً ممکن است از راهبرد حل مساله یا جستجوی اطلاعات بهره گیرند. از این‌رو برآیندهای منفی کمتری را تجربه می‌کنند. اما افراد با منبع کنترل بیرونی که رویدادها را غیرقابل کنترل ارزیابی می‌کنند، از راهبردهایی برای کاهش برآیندهای منفی مثل اجتناب استفاده می‌کنند. اما این راهبردها ضرورتاً استرسورها را کاهش نمی‌دهند. شواهد تجربی فراوان برای تأیید این موضوع وجود دارد. لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) نیز معتقدند از آنجا که افراد دارای منبع کنترل درونی بر این باورند که می‌توانند نتایج رویدادها را تحت کنترل داشته باشند، به احتمال بیشتری در مقایسه با افراد با منبع کنترل بیرونی، از راهبردهای مقابله‌ای معطوف به حل مسأله فعالانه استفاده می‌کنند. کارور[2] و همکاران (۱۹۸۹) نیز رابطه‌ی مثبت بین مقابله‌ی فعالانه و منبع کنترل درونی را نشان دادند. همین‌طور رابطه‌ی مثبت بین مقایسه‌ی اجتنابی از جمله مقابله‌ی مبتنی بر فاصله‌گیری یا مقابله‌ی منفعلانه و منبع کنترل بیرونی نیز تأیید شده است. همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند که منبع کنترل متغیر تعدیل‌کننده‌ی مقابله و سازگاری است. یعنی افراد دارای منبع کنترل درونی بهتر از اشخاص با منبع کنترل بیرونی به مقابله با رویدادهای استرس‌زا می‌پردازند، یا با آنها سازگار می‌شوند. پژوهش‌های دیگر همچنین نشان داده‌اند که منبع کنترل درونی پیش‌بینی‌کننده بهتری در مقایسه با منبع کنترل بیرونی برای

سازگاری و مقابله با استرس و بیماری است (میلر[1] و همکاران، ۱۹۹۵).

منبع کنترل سلامتی

منبع کنترلی که ابتدا توسط روتر مطرح شده تمام جنبه‌های زندگی را شامل می‌شد. این مفهوم در حوزه‌های مختلف روانی و اجتماعی به‌کار گرفته شد. از جمله حوزه‌هایی که از این مفهوم به وفور استفاده کرده، حوزه سلامتی و بهداشت است. در حوزه‌ی روان‌شناسی سلامت کم‌کم منبع کنترل سلامتی[2] مطرح شد. منظور از منبع کنترل سلامتی درجه‌ای است که فرد احساس می‌کند اعمال یا عوامل بیرون از خود مسؤول حالت سلامتی او هستند. منبع کنترل سلامتی پیش‌بینی‌کننده رفتارهای بهداشتی فرد است. برای سنجش منبع کنترل سلامتی پرسشنامه چند بعدی منبع کنترل سلامتی[3] توسط والستون، والستون و دی ولیس (۱۹۷۸) ساخته شد. در این پرسشنامه سه‌بعد برای منبع کنترل سلامتی مطرح شده است. این سه‌بعد یا سه خرده مقیاس سه عامل مختلف که تعیین‌کننده رفتار سلامتی هستند، را اندازه‌گیری می‌کنند: درونی بودن[4]، دیگران قدرتمند[5] و شانس[6]. منظور از درونی بودن درجه‌ای است که یک فرد احساس می‌کند خودش مسؤول سلامتی خویش است. در واقع این بعد مشخص می‌کند که تصمیمات و اعمال شخصی تعیین‌کننده وضعیت سلامتی است. خرده مقیاس شانس عبارتست از درجه‌ای که فرد احساس می‌کند عوامل شانسی مسؤول او هستند. خرده مقیاس دیگران قدرتمند تعیین می‌کند که تا چه حد یک فرد احساس می‌کند متخصصان بهداشتی، اعضای خانواده، افراد مذهبی و دوستانش بر وضعیت سلامتی او مؤثرند. در واقع کسانی که منبع کنترل سلامتی بیرونی دارند احساس می‌کنند که سلامتی آنها نتیجه عواملی خارج از خودشان (وقایع شانسی و دیگران) است. آنهایی که منبع کنترل سلامتی درونی دارند، احساس می‌کنند که سلامتی نتیجه‌ی اعمال خودشان (رعایت بهداشت، ورزش کردن و رژیم غذایی مناسب) است.

1. Miler
2. health locus of control

جدول ۵-۱: مثال‌هایی از سه بعد منبع کنترل سلامتی

درونی: اگر من مریض شوم، رفتار خودم تعیین می‌کند که چقدر زود می‌توانم مجدداً خوب شوم.
شانسی: بحث و اقبال من این بوده است که مریض شوم.
دیگران قدرتمند: من احساس خوبی ندارم، باید با یک متخصص آموزش دیده مشاوره داشته باشم.

به این سؤال‌ها پاسخ دهید:

۱. افرادی که معتقدند بیماری، قضا و قدر است و دست خودمان نیست چه نوع منبع کنترل سلامتی دارند؟ .....

۲. کسانی که معتقدندمسؤول بیماری و سلامت، پزشکان هستند چه نوع منبع کنترل سلامتی دارند؟ .....

۳. کسانی که معتقدند بیماری قلبی می‌گیریم، چون ورزش نمی‌کنیم و چربی و نمک مصرف می‌کنیم، چه نوع کنترلی دارند؟ .....

۴. شما چه نوع کنترلی دارید؟ .....

پژوهش‌های مختلف کاربرد مقیاس چند بعدی منبع کنترل سلامتی در رفتارهای سلامتی را نشان داده است. برای مثال نورمن[1] و همکاران (۱۹۹۸) با اجرای این آزمون روی ۱۱۶۳۲ نفر از مردم انگلیس نشان دادند، افرادی که درونی هستند، با احتمال بیشتری در رفتارهای سلامتی مشارکت می‌کنند. والستون[2] و همکاران (۱۹۷۶) متوجه شدند افراد مبتلا به فشار خونی که نمره بالایی در خرده مقیاس درونی مقیاس چندبعدی منبع کنترل سلامتی داشتند، بیشتر تمایل به کسب اطلاعات درباره بیماری و مطالعه بروشورهای آموزشی داشتند. همچنین هاشیموتو[3] و فوکوهارا[4] (۲۰۰۴) نیز دریافتند افرادی که نمره پایین در خرده مقیاس دیگران قدرتمند داشتند، به‌صورت فعالانه در جستجوی اطلاعات بودند. همچنین تحقیقات نشان داده است افرادی که از نظر وضعیت سلامتی درونی هستند، بهتر از توصیه‌های درمانی و برنامه‌های تجویز شده (مثلاً ورزش و رژیم غذایی) پیروی می‌کنند.

احساس کنترل

همان‌طور که می‌دانید عمده‌ی افراد دوست دارند زمام اختیار رویدادهای زندگی خویش را در دست خودشان داشته باشند. یعنی همه‌ی مردم به احساس کنترل[1] فردی نیاز دارند. احساس کنترل یعنی اینکه احساس کنند می‌توانند درباره‌ی جنبه‌های مختلف زندگی خود فکر کنند، تصمیم‌گیری کنند و برای رسیدن به نتیجه‌ی مطلوب و اجتناب از نتیجه‌ی نامطلوب، اقدامات مؤثری انجام دهند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که احساس کنترل پایین با فرسودگی بیشتر به هنگام استرس ارتباط دارد (رادین[2]، ۱۹۸۶) احتمالاً واکنش فرد هنگامی که یک تغییر را هیجان‌انگیز و خود را قادر به کنترل آن رویداد می‌داند، مثبت‌تر و میزان استرس او پایین‌تر از زمانی خواهد بود که تغییر را هولناک و خود را ناتوان بداند. به نظر روان‌شناسان انسان‌ها فطرتاً به حدی از کنترل در محیط برای تداوم زندگی نیازمندند. بنابراین تعجب‌آور نیست که اگر در موقعیت‌هایی قرار گیرند که کنترلی بر آنها ندارند، با جدیت تمام می‌کوشند کنترل را به‌دست آورند و آن کنترل را حفظ کنند.

> به نظر شما افرادی که نمی‌توانند کنترل محیط را تا حدی به‌دست آورند، دچار چه مشکلاتی می‌شوند.

تحقیقات نشان می‌دهد که اگر کوشش‌های افراد برای کنترل و تغییر محیط به شکست انجامد، آنها مضطرب، افسرده و در نهایت درمانده می‌شوند که سلیگمن به این حالت درماندگی آموخته شده[3] می‌گوید.

انواع کنترل

احساس کنترل انواعی دارد که هر یک اثرات مختلفی بر سلامتی افراد می‌گذارند. پژوهشگران چهار نوع کنترل را معرفی کرده‌اند.

الف) کنترل شناختی[4]: این کنترل به معنای توانایی استفاده از فرآیندها یا

راهکارهای فکری برای تعدیل استرس است. در واقع منظور از کنترل شناختی آن است که آیا فرد معتقداست که او حوادث را هدایت می‌کند یا برعکس. راهکارهای کنترل شناختی شامل اندیشیدن در مورد واقعه به‌گونه‌ای متفاوت یا توجه به فکر یا احساسی خوشایند است. برای مثال یکی از اشکال کنترل شناختی انصراف توجه[1] است. چنین انصرافی مستلزم توجه آگاهانه فرد به چیزی غیر از پدیده‌ی نگران‌کننده است. توجه همراه با گزینش یا تمرکز بر برخی جنبه‌های یک موقعیت و نه جنبه‌های دیگر آن است. یک موقعیت پزشکی را درنظر بگیرید. بیماری که همواره در معرض آزمایش‌های دردناک قرار دارد، برای کنترل شناختی موقعیت می‌تواند به یک موقعیت خوشایند دیگر مثلاً دراز کشیدن در کنار آبشاری زیبا فکر کند یا بیماری که تحت شیمی درمانی است به جای فکر کردن به عوارضی چون تب و لرز، تهوع و درد به تصورات مثبتی در باب بهبود بیماری توجه خود را معطوف کند.

ب) کنترل اطلاعاتی: منظور از این نوع کنترل، مدیریت موقعیت استرس‌زا با کسب اطلاعات درباره‌ی آن است. درباره‌ی بیماری‌ها، کسب اطلاعات در باب روش کار و احساساتی که فرد دچار آنها می‌شود، می‌تواند به کنار آمدن مؤثرتر و سازگاری و بهبود بعدی کمک کند.

ج) کنترل در تصمیم‌گیری: در چنین کنترلی برای فرد این امکان وجود دارد که از میان راه‌ها و اقدامات گوناگون درباره‌ی حل یک مشکل، امکان انتخاب داشته باشد. مثلاً خانمی که درگیر فرآیند زایمان است، حق انتخاب‌های گوناگونی دارد. مثلاً می‌تواند پزشک متخصص زایمان را خود انتخاب کند و می‌تواند درباره طبیعی بودن یا سزارین بودن زایمان خود تصمیم‌گیری کند. در سایر موقعیت‌های پزشکی هم ممکن است چنین امکان‌های تصمیم‌گیری وجود داشته باشد.

د) کنترل رفتاری: یعنی فرد بتواند به‌صورت رفتاری یا عملی اقداماتی را به منظور کاهش اثرات منفی یک موقعیت استرس‌زا از جمله جراحی یا آندوسکوپی انجام دهد. چنین اقداماتی می‌تواند باعث کاهش شدت واقعه یا کاهش مدت زمان آن واقعه منفی شود. در بسیاری از موقعیت‌های پزشکی، کنترل رفتاری باعث می‌شود که بیمار

تنفر خود را از حوادث پزشکی کاهش دهد. مثلاً در مطب دندان‌پزشکی می‌توان به بیمار اجازه داد که صدای موسیقی آرام را برای آرامش خویش کم و زیاد کند تا توجه وی از درد منحرف شود. یا می‌توان در موقعیت آندوسکوپی به بیمار آموخت تا لوله‌ها را خود به دهان گذاشته و درون معده‌ی خود فرو برد. چنین کنترل‌هایی باعث می‌شود تا اضطرابی را که بیماران در خلال رویدادهای نارحت‌کننده انتظار دارند، کاهش دهند (تامسون[1]، ۱۹۸۱).

به نظر شما کدام کنترل اهمیت بیشتری دارد، چرا؟

بدیهی است که هریک از انواع چهارگانه کنترل می‌توانند به کاهش استرس ناشی از موقعیت‌های منفی منجر شوند اما ظاهراً کنترل شناختی بیشترین تأثیر سودمند و مفید را برای بیماران دارد.

کنترل فردی و خودکارآمدی

یکی دیگر از جنبه‌های مهم کنترل فردی خودکارآمدی[2] است. این مفهوم که توسط روان‌شناس برجسته آلبرت بندورا مطرح شده به معنای اعتقاد به داشتن کارآمدی در موقعیت‌های مختلف است (بندورا، ۱۹۸۶). براساس این مفهوم مردم برای انجام کاری از خود سؤال‌هایی مطرح می‌کنند. مثلاً از خود می‌پرسند که آیا یک عمل در صورت انجام صحیح به نتیجه‌ی مطلوب منجر می‌شود یا خیر و آیا می‌توانند آن عمل را به نحو مطلوب انجام دهند یا خیر. مثلاً فردی که برای کنترل قند خون خود آموزش دیده است، اگر کنترل قند خون را به نحو صحیح انجام دهد، قند خونش پایین می‌آید. در صورت داشتن چنین اعتقادی این کار را انجام خواهد داد. سؤال بعدی این است که این بیمار دیابتی از خود بپرسد آیا قادر است کنترل قند خون را به نحو مطلوب انجام دهد؟ پاسخ مثبت او تعیین‌کننده احتمال موفقیت وی در پایین آوردن قند خون است. مثلاً فردی که اعتقاد دارد می‌تواند چهار بار در هفته ورزش کند، احتمالاً موفق‌تر از کسی است که درباره‌ی توانایی انجام چنین برنامه‌ای تردید دارد. به اعتقاد اولیری[3]

خودکارآمدی به دو طریق بر سلامتی تأثیر دارد (اولیری،۱۹۹۲): اولاً افرادی که برای رفتاری خاص احساس خودکارآمدی دارند، احتمالاً تلاش بسیار زیاد و سرسختانه‌ای برای انجام آن رفتار دارند و با ظهور اولین مشکلات، عقب‌نشینی نمی‌کنند، ثانیاً پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افراد دارای خودکارآمدی پایین پاسخ فیزیولوژیکی بیشتر و افراطی‌تری نسبت به موقعیت‌های استرس‌زا دارند. برای مثال در شرایط استرس‌زا ضربان قلبشان تندتر و فشار خونشان بیشتر می‌شود و این پاسخ‌های اضطرابی باعث می‌شود تا افراد دارای خودکارآمدی پایین از تلاششان برای تغییر رفتار منصرف شوند.

مفهوم کنترل و نظریه اسناد

یکی دیگر از موضوعات جالب که با مفهوم کنترل ارتباط دارد، نظریه اسناد[1] است. این نظریه که در روان‌شناسی اجتماعی و شناختی و همچنین در روان‌شناسی سلامت کاربرد فراوانی دارد، بدین معناست که وقتی افراد با یک رویداد غیرقابل کنترل روبرو می‌شوند، از خود سؤال می‌کنند که چرا من نمی‌توانم براین رخداد تأثیر بگذارم و این رخداد تا چه زمانی ادامه می‌یابد. پاسخ مردم به این سؤال از طریق فرآیند اسناد قابل توجیه است. یعنی افراد سعی می‌کنند از طریق بررسی اعمال، نیات، انگیزه‌ها و احساساتشان به علل رخدادها پی ببرند. در واقع مردم برای بررسی علل، سه بعد از موقعیت‌ها را بررسی می‌کنند.

۱. درونی – بیرونی: این بعد همان منبع کنترل درونی و بیرونی است که پیش از این توضیح داده شد. مردم از خود می‌پرسند که آیا ناتوانی آنان باعث ایجاد این موقعیت شده است (درونی) یا علل بیرونی خارج از کنترل فرد باعث ایجاد آن شده‌اند (بیرونی). برای مثال فردی که در یک برنامه کاهش وزن شرکت کرده اما موفق نشده است وزن خود را آن‌طور که خواسته کاهش دهد، علت عدم موفقیت را عدم پیروی از جزئیات برنامه توسط خودش می‌داند یا عوامل خارجی را علت این شکست می‌داند.

۲. پایدار – ناپایدار[2]: وقتی شخصی با یک رویداد منفی غیرقابل کنترل روبرو

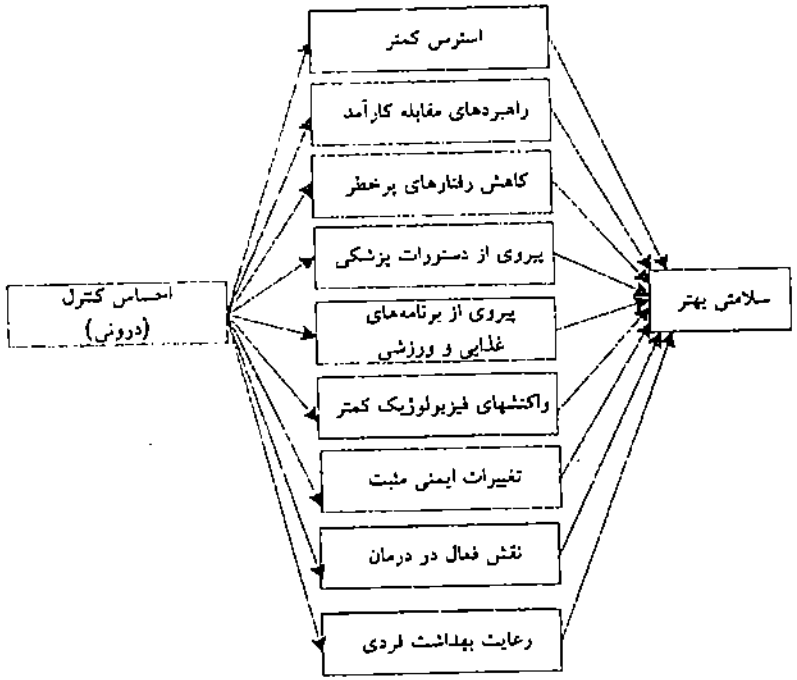
می‌شود از خود می‌پرسد که آیا این رویداد اتفاقی موقت است یا اینکه دایمی است و همواره خواهد بود. اگر کسی تصور کند بیماری‌ای که به آن مبتلا شده همیشگی است، استرس بیشتری تحمل کرده و احتمالاً به افسردگی مبتلا می‌شود که خود می‌تواند بر بیماری وی تأثیر منفی بگذارد و دور باطلی را ایجاد کند.

۳. کلی ـ اختصاصی[1]: مردم معمولاً در ذهن خویش با این سؤال روبرو می‌شوند که آیا عوامل ایجاد واقعه غیر قابل کنترل، وسیع و کلی هستند یا جزئی و اختصاصی. برای مثال فردی که در برنامه ورزشی کاهش وزن شکست خورده است ممکن است خود را آدم بی‌اراده‌ای بداند که در هیچ کاری موفق نیست که در این صورت اضطراب او بیشتر می‌شود. برعکس احتمال دارد تصور کند که فقط در کنترل کاهش وزن موفق نبوده و در سایر جنبه‌های زندگی موفقیت دارد، در این صورت کمتر دچار اضطراب و افسردگی می‌شود. بنابراین افرادی که رخدادهای منفی و شکست‌های زندگی خود را به عوامل دائمی و کلی نسبت می‌دهند، در معرض خطر بیشتری برای درماندگی و افسردگی خواهند بود.

با توجه به نظریه اسناد افرادی که رویدادهای منفی زندگی را ناشی از عوامل درونی، دایمی و کلی می‌دانند و رویدادهای مثبت را بیرونی، موقتی و اختصاصی می‌دانند، نسبت به زندگی رویکردی بدبینانه پیدا می‌کنند که سلامت آنها را با خطر جدی مواجه می‌کند.

کنترل و سلامتی

روان‌شناسان سلامت معتقدند که کنترل و سلامتی از دو راه با هم ارتباط دارند. اولاً کسانی که کنترلشان درونی است و احساس می‌کنند بر رویدادهای زندگی تسلط دارند، بیشتر، توانایی حفظ سلامتی و همچنین پیشگیری از بیماری‌ها را دارند. ثانیاً اگر این افراد به بیماری مزمنی مبتلا شوند بهتر با بیماری خود کنار می‌آیند و در فرآیند توانبخشی خود نقش سازنده‌تری ایفا می‌کنند. در واقع احساس کنترل از طرق مختلفی می‌تواند بر سلامتی تأثیر بگذارد که در شکل ۵-۱ آمده است.



شکل ۵-۱: راه‌های تأثیر احساس کنترل بر سلامتی

با این توضیحات جای تعجب نیست که عمده‌ی پژوهش‌ها از نقش مهم کنترل بر سلامتی حمایت می‌کنند. کسانی که کنترل درونی بیشتری دارند کمتر رفتارهای پرخطر و ناسالم از جمله مصرف سیگار را نشان می‌دهند. افراد دارای کنترل درونی کلاً از لحاظ جسمی سالم‌تر هستند و احتمال فشار خون بالا در آنان کمتر و حمله‌های قلبی نیز در آنها فراوانی کمتری دارد. اگر دچار حمله‌ی قلبی شوند، با کارکنان بیمارستان بهتر همکاری می‌کنند و احتمالاً زودتر مرخص می‌شوند. چنین افرادی نسبت به بهداشت خود احتیاط بیشتری به‌خرج می‌دهند. هنگام رانندگی با اتومبیل بیشتر از کمربند ایمنی استفاده می‌کنند و بیشتر قادر به ترک سیگار و اعتیاد هستند. آگاهی بیشتری نسبت به بیماری خود پیدا می‌کنند و در برنامه‌های درمانی و توانبخشی بیش از

را به‌خوبی طی کنند. همچنین تحقیقات نشان داده است که کنترل بالا تغییرات مثبتی در عملکرد فیزیولوژیک و دستگاه ایمنی بدن هم ایجاد می‌کند. برای مثال تحقیقات نشان داده است که ادراک کنترل پایین با کاهش تعداد سلول‌های T به‌ویژه در پاسخ به استرس‌حاد همراه است (پیترز[1] و همکاران، ۱۹۹۹) همین‌طور ادراک کنترل بالا نیز با تغییرات مثبت ایمنی همراه بوده است.

برخی پژوهش‌ها در بررسی رابطه‌ی کنترل و سلامتی بر دوران سالمندی تمرکز داشته‌اند. به نظر می‌رسد که اهمیت کنترل در دوران سالمندی که افراد احساس تنهایی بیشتری دارند و نسبت به سنین دیگر کنترل بر محیط آنها کاهش یافته، بیشتر است. به‌همین دلیل است که افزایش احساس کنترل به‌عنوان یکی از راه‌کارهای درمانی برای افزایش سلامت به‌ویژه در سالمندان مطرح شده است.

توضیح دهید که چگونه افزایش احساس کنترل به افزایش سلامتی منجر می‌شود، چه راه‌های احتمالی مسؤول این تغییرات جسمی هستند؟

خلاصه فصل

منبع کنترل یکی از ویژگی‌های شخصیتی است که ابتدا توسط روتر مطرح شده و به معنای انتظار کلی فرد از نتایج یک رویداد است که یا در درون فرد و یا فراسوی (بیرون) کنترل و فهم شخصی وی قرار می‌گیرد. افراد دارای کنترل درونی رویدادها را به رفتارهای خود نسبت می‌دهند اما افراد دارای کنترل بیرونی رویدادها را به ورای کنترل خویش ادراک می‌کنند. افراد دارای کنترل بیرونی معمولاً عصبی، و بی‌اعتماد و تحریک‌پذیر هستند اما مردمان دارای کنترل درونی سالمترند. در موقعیت‌های استرس‌زا افراد دارای کنترل درونی موفق‌تر عمل می‌کنند. از لحاظ راهبردهای مقابله با استرس هم این افراد با هم متفاوتند و درونی‌ها بیشتر از راهبردهای حل مسأله استفاده می‌کنند. یکی از جنبه‌های منبع کنترل منبع کنترل سلامتی است، یعنی درجه‌ای که فرد احساس می‌کند اعمالش یا عوامل خارج از او مسؤول سلامتی وی هستند. برای سنجش آن از پرسشنامه چند بعدی منبع کنترل سلامتی استفاده می‌شود که سه خرده مقیاس دارد:

درونی بودن، دیگران قدرتمند و شانس. پژوهش‌ها نشان‌دهنده‌ی نقش پیش‌بینی‌کننده این مقیاس در سلامتی و بیماری است. احساس کنترل نیز به معنای این است که افراد تا چه قدر احساس می‌کنند بر جنبه‌های مختلف زندگی خویش کنترل دارند و انسان‌ها فطرتاً به حدی از کنترل نیاز دارند. پژوهش‌ها چهار نوع کنترل را مشخص کرده‌اند: کنترل شناختی، کنترل اطلاعاتی، کنترل بر تصمیم‌گیری‌ها و کنترل رفتاری که اگر چه همه اهمیت دارند اما اهمیت کنترل شناختی بیشتر است. خودکارآمدی که توسط بندورا مطرح شده است نیز مفهومی شبیه به کنترل دارد و به معنای اعتقاد به کارآمدی فرد در موقعیت‌های مختلف است. افراد دارای این ویژگی تلاش‌های بیشتری برای انجام رفتار دارند و کسانی که خودکارآمدی پایین دارند پاسخ فیزیولوژیک افراطی‌تری به موقعیت‌های استرس‌زا دارند. براساس نظریه اسناد افراد در موقعیت‌های منفی غیرقابل کنترل به سه جنبه توجه می‌کنند: درونی ـ بیرونی، پایدار ـ ناپایدار و کلی ـ اختصاصی. آنهایی که موقعیت‌های منفی را درونی، دایم و کلی ارزیابی می‌کنند، دیدی منفی نسبت به زندگی پیدا می‌کنند و این امر بر سلامتی آنها تأثیر منفی می‌گذارد.

واژه های کلیدی

منبع کنترل	احساس کنترل	درونی ـ بیرونی
درونی	انواع کنترل	پایدار ـ ناپایدار
بیرونی	کنترل شناختی	کلی ـ اختصاصی
احساس کنترل شخصی	کنترل اطلاعاتی	کنترل و سلامتی
منبع کنترل سلامتی	کنترل بر تصمیم‌گیری	مقیاس چند بعدی منبع کنترل سلامتی
درونی بودن	کنترل رفتاری	
دیگران قدرتمند	خودکارآمدی	
شانس	نظریه اسناد	

پرسش‌های مروری

۱. منبع کنترل را تعریف کنید؟
۲. افراد دارای کنترل درونی چه ویژگی‌هایی دارند؟
۳. وضعیت سلامتی افراد دارای کنترل بیرونی چگونه است؟
۴. منبع کنترل سلامتی است؟
۵. ابعاد منبع کنترل سلامتی را توضیح دهید؟
۶. احساس کنترل را تعریف کنید؟
۷. انواع کنترل را تعریف کنید؟
۸. کدام کنترل مهمتر است، چرا؟
۹. خودکارآمدی و نقش آن در سلامتی را شرح دهید؟
۱۰. نظریه اسناد را شرح دهید؟
۱۱. سه بُعد نظریه اسناد را تعریف کنید؟

[illegible]

۱. منبع کنترل مفهومی است که در ادبیات روان‌شناسی بیشتر بعد ..... دارد.
الف) سرشتی ب) ماهیتی
ج) شخصیتی د) موقعیتی

۲. فردی که ابتلای خود به بیماری دیابت را نتیجهٔ شانس بد خود می‌داند، چه نوع منبع کنترلی دارد؟
الف) اغلب بیرونی ب) اغلب درونی
ج) بیرونی د) درونی

۳. فقدان احساس کنترل در واقعه استرس‌زا باعث ایجاد کدام پیامد می‌شود؟
الف) درماندگی آموخته شده ب) اضطراب
ج) افسردگی د) ترس آموخته شده

۴. در پیروی از رژیم‌های تغذیه و دارویی، افرادی بیشتر موفق هستند که از لحاظ منبع کنترل سلامتی تحت تأثیر ..... باشند.

ج) دیگران قدرتمند د) بخت و اقبال

۵. کدام نوع کنترل سودمندی بیشتری برای سلامتی فرد دارد؟
الف) تصمیم‌گیری ب) رفتاری
ج) اطلاعاتی د) شناختی

[illegible]

با کدام روش‌های درمانی در روان‌شناسی می‌توان احساس کنترل فرد در افزایش دارد؟ بحث کنید.

[illegible]

کتاب روان‌شناسی سلامت نوشته ام رابین اسمانتو که در سال ۱۹۹۱ چاپ شده، مجموعه مفصلی از مطالب روان‌شناسی سلامت است که در سال ۱۳۷۸ توسط موسوی اصل، سالاری فر، آذربایجانی و اکبر عباسی زیر نظر کیانوش هاشمیان توسط انتشارات، سمت چاپ و منتشر شده است. این کتاب مفصل دارای چهارده فصل است که در دو جلد چاپ شده و در پایان هر مجلد چند فصل ضمیمه با عنوان نگرشی بر مبانی اسلامی دارد. این کتاب بر نقش تمام ویژگی روان‌شناختی در سلامتی تأکید دارد و یکی از مباحث آن احساس کنترل است. مطالعه این کتاب هم برای فصل حاضر و هم برای فصول بعدی مفید است.

فصل ششم

شخصیت و سلامتی

هدف‌های یادگیری

از خواننده انتظار می‌رود پس مطالعه این فصل:

۱. شخصیت و اهمیت آن در روان‌شناسی سلامت را توضیح دهد.
۲. ارتباط تیپ شخصیتی A و سلامتی را شرح دهد.
۳. رابطه سخت‌رویی با بیماری‌ها را به اختصار مشخص کند.
۴. نقش حس انسجام را در سلامتی توضیح دهد.
۵. مدل پنج عامل بزرگ شخصیت را تعریف کند.
۶. نقش پنج عامل بزرگ شخصیت را به‌صورت خلاصه در رفتارهای سلامتی شرح دهد.

همان‌طور که در درس‌های دیگر به‌ویژه در درس روان‌شناسی شخصیت خوانده‌اید، شخصیت عبارتست از الگوهای عاطفی، شناختی و رفتاری نسبتاً پایدار که از طریق آنها می‌توان یک فرد را شناخت. در واقع شخصیت شامل رفتارهای نسبتاً ثابت یا عادات رفتاری است. طبیعی است که این عادات رفتاری با سلامتی و بیماری ارتباط داشته باشند. زیرا هر بیماری با یک سری رفتارهای خطرساز همراه است که زمینه را به‌تدریج برای ایجاد آن بیماری آماده می‌کنند. از طرف دیگر رفتارهایی چون خواب، تغذیه، رژیم گرفتن و مصرف دارو که از شخصیت فرد متأثر هستند، بر سلامتی و

بیماری‌ها از مطالعه عادات رفتاری با سنخ‌ها یا تیپ‌های شخصیتی آغاز شده است. این فصل ابتدا به ارتباط تیپ‌های شخصیتی و ویژگی‌های شخصیتی با سلامتی می‌پردازد و سپس نقش پنج عامل بزرگ شخصیت در رفتارهای سلامتی را شرح می‌دهد.

تیپ شخصیتی A

یکی از انواع طبقه‌بندی‌های شخصیتی که توجه خاص محققان و صاحب نظران حیطه‌های روان‌شناسی و سلامت را به خود جلب کرده است، تیپ شخصیتی A یا سنخ شخصیتی الف است. این مفهوم ابتدا توسط دو متخصص قلب در آمریکا به نام فریدمن و روزنمن معرفی شد. آنان به نقش علّی کلسترول در ایجاد و گسترش بیماری‌های قلبی اعتقاد و علاقه داشتند. فریدمن و روزنمن در جریان بررسی‌های تجربی خویش در بیماران قلبی ـ عروقی متوجه شدند که بیماران کرونر قلبی دارای ویژگی‌هایی هستند که بیش از کلسترول با بیماری آنها رابطه دارد. با این فرض آنان حوزه مطالعاتی قبلی خود را رها کرده و بر آن شدند تا ارتباط ویژگی‌های شخصیتی و رفتاری با بیماری قلبی را مطالعه کنند. این متخصصان پرسشنامه‌ای ساخته‌اند و توانستند نوعی ویژگی شخصیتی موسوم به تیپ شخصیتی A را به جامعه‌ی علمی معرفی کنند. براساس تحقیقات انجام شده افراد تیپ A کسانی هستند مبارزه جو، رقابت پیشه، بی‌حوصله و پرخاشگر. آنان سریع حرف می‌زنند، جاه‌طلب و کمال‌گرا هستند. زندگی را میدان مسابقه و رقابت قلمداد می‌کنند. نسبت به دیگران احساس خصومت و دشمنی می‌کنند. تصور می‌کنند که برای انجام کارهای خویش همیشه وقت کم دارند و به همین دلیل نسبت به قرارهای خود احساسی وسواس‌گونه دارند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۵).

مؤلفه‌های تیپ A

بررسی‌های بعدی محققان و استفاده از روش‌های مطالعاتی مختلف از جمله مصاحبه و پرسشنامه نشان داد که افراد واجد تیپ شخصیتی A دارای سه ویژگی هستند. به عبارت دیگر الگوی رفتاری تیپ A سه مؤلفه دارد: خصومت و عصبانیت، رقابت طلبی و احساس فوریت زمانی. در زیر این مؤلفه‌ها تعریف می‌شوند.

برانگیخته می‌شوند و از کوره درمی‌روند. در واقع می‌توان گفت که به راحتی عصبانیت و خصومت در آنان برانگیخته می‌شود.

۲. **فوریت‌های زمانی:** افراد دارای تیپ A به‌گونه‌ای رفتار می‌کنند که انگار با ساعت جدال دائمی دارند. این افراد دربرابر دیرکردها و اتلاف وقت‌ها بسیار بی‌صبر و بی‌طاقت می‌شوند. همیشه برنامه‌هایشان فشرده است و اغلب سعی می‌کنند همزمان بیش از یک کار انجام دهند. عمدتاً تصور می‌کنند که وقتشان کم است به‌گونه‌ای که گویی شبانه‌روز برای ایشان کمتر از ۲۴ ساعت است!

۳. **رقابت:** افراد دارای نوع A به انتقاد کردن از خود و سرزنش خویشتن تمایل دارند و علیرغم تلاش‌ها از توفیق‌شان احساس خشنودی نمی‌کنند لذا همواره به تلاش بیشتر و مسابقه و رقابت برای رسیدن به اهداف استفاده می‌کنند.

> فکر کنید و پاسخ دهید:
> به‌نظر شما کدامیک از مؤلفه‌های تیپ شخصیتی A اهمیت بیشتری در بیماری دارد، چرا؟

ردفورد ویلیامز (۱۹۸۹) تلاش کرده است تا با انجام پژوهش به این پرسش‌پاسخ دهد. به نظر وی مهمترین عامل از میان عوامل سه‌گانه تیپ شخصیتی A جزء عصبانیت و خصومت است. وی در پژوهش خود میزان ابتلا به بیماری قلبی و کلاً مرگ‌ومیر پزشکان دارای نمره بالا در مقیاس خصومت را در یک مطالعه طولی بررسی کرد و دریافت که نمره خصومت در پزشکانی که فوت شده بودند چندین برابر سایر پزشکان بود. این مطالعه و مطالعات دیگر نشان می‌دهند که خصومت احساسی کشنده است که اگر به‌صورت بدبینی و بی‌اعتمادی نسبت به دیگران خود را نشان دهد، احتمالاً به سلامت فرد آسیب می‌رساند (سلیگمن، ۱۹۹۳). همچنین خصومت با واکنش پذیری قلبی ـ عروقی رابطه دارد.

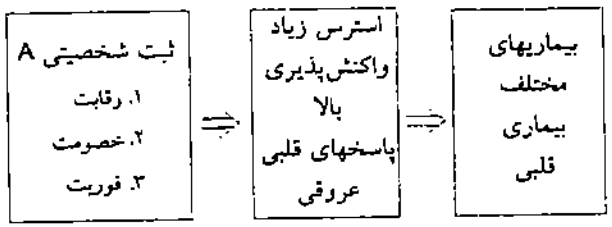
تیپ A و سلامتی

پژوهش‌های متعددی نشان داده است که افراد نوع A مشکلات تنفسی مختلفی را نشان

بیماری‌های دستگاه گوارش مانند زخم، سوءهاضمه و تهوع را به میزان بیشتری گزارش کرده‌اند (سارافینو، ۱۳۸۴).

همین‌طور گزارش بیماری‌های فشار خون و به‌ویژه بیماری‌های عروق کرونر در آنان بیشتر است. بیماری‌های عروق کرونر در نتیجه‌ی تنگی یا گرفتگی عروق کرونری که خون را به قلب می‌رسانند، ایجاد می‌شوند. این بیماری‌ها شامل آنژین، تصلب شرائین و سکته قلبی هستند.

افراد دارای الگوی رفتاری تیپ A واکنش شدیدتر و افراطی‌تری به محرک‌ها از جمله استرس‌ها نشان می‌دهند. آنها گویی تمایل دارند در زندگی‌شان موقعیت‌های پرزحمت به‌وجود آورند. چون عجول و بی‌صبر هستند، بیشتر از افراد بردبار دچار تصادم می‌شوند. تحقیقات همچنین نشان داده است که افراد واجد تیپ A واکنش‌پذیری بیشتری در شرایط تهدید و استرس دارند و در برابر چنین موقعیت‌هایی برانگیختگی فیزیولوژیکی از جمله فشار خون، ضربان قلب و کاتکول آمین‌های پلاسمای بیشتری در قیاس با دیگران نشان می‌دهند. همچنین برخی تحقیقات نشان می‌دهد که مردان بیش از زنان احتمال دارد الگوی رفتاری تیپ A را نشان دهند. ارتباط بین الگوی رفتاری با بیماری در نمودار ۶-۱ نشان داده شده است.

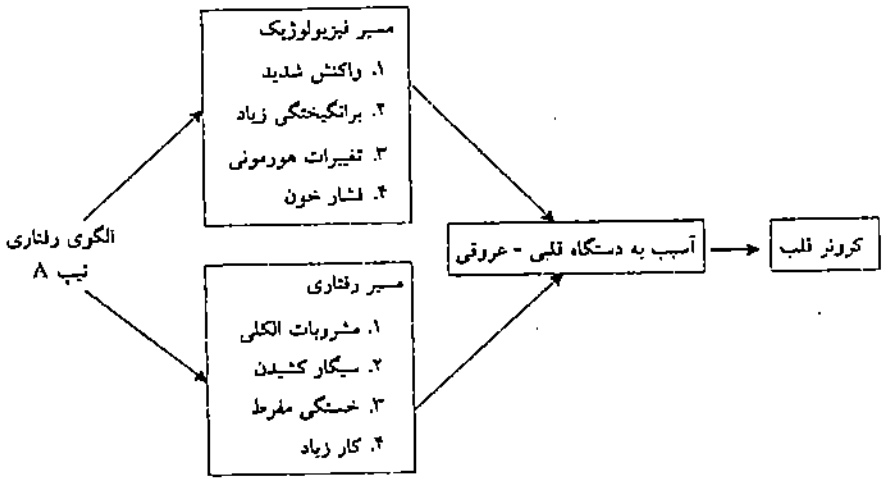


نمودار ۶-۱: ارتباط الگوی رفتاری تیپ A با بیماری

تحقیقات نشان داده است که افراد دارای تیپ شخصیتی A در مواجه با انتقاد یا طرد شدن با افزایش سطح چربی سرم و اثرات نامربوط سلامتی مواجه می‌شوند (ایروین و همکاران، ۱۹۹۸). همچنین تیپ شخصیتی A همانند سیگار کشیدن و کلسترول بالا می‌تواند از عوامل خطرزای مهم بیماری عروق کرونر و پرفشاری خون

اما سؤال بعدی این است که الگوی رفتاری تیپ A چگونه می‌تواند بیماری قلبی - عروقی کرونر را ایجاد کند. در پاسخ به این سؤال می‌توان راه‌های مختلفی را درنظر گرفت. اولاً برانگیخته شدن‌های شدید و پی‌درپی باعث فرسایش دستگاه قلبی - عروقی می‌گردد. یکی از راه‌هایی که از طریق آن این تغییرات برقلب تأثیر می‌گذارد، تغییرات هورمونی است. تغییر زیاد و مداوم هورمون‌هایی چون اپی‌نفرین و نوراپی‌نفرین می‌تواند به قلب و عروق خون آسیب برساند. راه دیگر فشار خون است.

افراد تیپ A بیش از دیگران دچار فشار خون بالا می‌شوند. عوامل دیگر، رفتاری است. افراد دارای تیپ A بیش از دیگران از مشروبات الکلی استفاده می‌کنند، بیش از دیگران از دخانیات مثل سیگار استفاده می‌کنند. همین‌طور در ترک سیگار نیز مشکلات بیشتری دارند. همین‌طور افراد دارای تیپ A بیشتر از دیگران خستگی خود را مخفی می‌کنند و به‌رغم آسیب دیدن تا آخرین توان خویش کار می‌کنند و این خستگی‌های مکرر باعث فرسایش فیزیکی دستگاه‌هایی چون دستگاه قلبی ــ عروقی می‌شوند. در نمودار ۶-۲ این تأثیرات آمده است.



نمودار ۶-۲: تأثیر الگوی رفتاری تیپ A بر دستگاه قلبی ـ عروقی

کدامیک از ویژگی‌های شخصیتی اثر مثبت بر سلامت دارند؟ آیا می‌توان ا

صرف‌نظر از الگوی رفتاری تیپ A الگوهای دیگری نیز می‌توانند بر سلامتی تأثیر بگذارند. در الگوی رفتاری تیپ B سطح رقابت پایین است، فوریت زمانی و خصومت وجود ندارد. آنان بیشتر تمایل به آسان‌گیری دارند و نگاهشان به زندگی فیلسوفانه است و به‌قول سارافینو بیشتر امکان دارد بایستند و گل سرخی را ببویند و از این کار لذت ببرند. همین طور گروهی دیگر از محققان (آیزنک، ۱۹۹۴) تیپ شخصیتی C را مطرح کرده‌اند. این افراد هیجانات خود را سرکوب می‌کنند، افسردگی بالایی دارند، دچار درماندگی آموخته شده هستند، افشای هیجانی در آنها پایین است و در نتیجه آمادگی ابتلا به سرطان را دارند. در بعضی از تحقیقات دیگر نیز از تیپ شخصیتی D یا افراد پریشان[1] و تأثیر آن بر سلامتی سخن گفته شده است.

سخت‌رویی

یکی از مهمترین ویژگی‌های شخصیتی که مورد توجه روان‌شناسان به‌ویژه روان‌شناسان سلامت قرار گرفته است، سخت‌رویی[2] است. مفهوم سخت‌رویی ابتدا توسط سوزان کوباسا[3] مطرح شد. کوباسا (کوباسا، ۱۹۷۹ و کوباسا، مدی و کاهن، ۱۹۸۲ و کوباسا، مادی، پوچتی و زولا، ۱۹۸۵) وی سخت‌رویی را براساس تفسیرهایش از روان‌شناسی وجودی[4] در زمینه اثرات تلاش مثبت بر مواجهه مؤثر با مشقات زندگی، سازمان داد. طبق نظر وی سخت‌رویی سه مؤلفه دارد که عبارتند از: کنترل، تعهد و چالش[5] (کراوتز[6] و همکاران، ۱۹۹۳).

کوباسا، سخت‌رویی را نوعی فرایند ارزیابی شناختی تعریف می‌کند که مؤلفه کنترل در آن به‌صورت باور فرد به اینکه توان کنترل یا تأثیرگذاری بر تجارب زندگی خود را دارد تعریف می‌شود. مؤلفه تعهد بیانگر این احساس است که فرد می‌تواند به شکل عمیقی به فعالیت‌های زندگی خود بپردازد. مؤلفه چالش تلقی کردن تغییرات زندگی به‌عنوان موقعیت‌ها و محرک‌هایی برای رشد است. بنابراین سخت‌رویی دارای سه خرده مقیاس است. تحقیقات مختلف از نقش سخت‌رویی در افزایش سلامتی حمایت می‌کند.

1. depressed
2. Hardiness

حس انسجام

بارقه‌های شکل‌گیری مفهوم حس انسجام به سال ۱۹۷۰ برمی‌گردد. حس انسجام توسط آرون آنتونووسکی، جامعه‌شناسی که مشغول تحلیل داده‌های مربوط به یک پژوهش درباره سازگاری زنان با یائسگی بوده است، مطرح شد (تصویر ۶-۱ را ببینید) در این تحقیق گروهی از زنان ساکن در اردوگاه بازماندگان جنگ، با یک گروه کنترل مقایسه

تصویر ۶-۱: ایرون آنتونووسکی جامعه‌شناس مشهور که با طرح نظریه «حس انسجام» در روان‌شناسی سلامت به شهرت رسید.

می‌شدند. آنتونووسکی دریافت برخی از زنان گروه کنترل و نیز بعضی از بازماندگان اردوگاه‌های آلمان نازی در سلامت عاطفی کاملاً خوبی قرار دارند. همین یافته در مورد سلامت جسمانی هم تایید شد. آنتونووسکی بجای توجه به تفاوت درصدهای به‌دست آمده، توجه خود را به‌طور کامل به این نکته معطوف کرد که ۲۹ درصد از زنان اردوگاهی با وجود از سر گذراندن شرایط دشوار در سلامت قابل قبولی بودند (مادسن و همکاران، ۲۰۰۵). در این بررسی او دریافته بود که تنش‌های وارده به فرد نمی‌تواند پیش‌بین قابل اطمینانی برای بروز اختلال روان‌شناختی در آن فرد باشد. آنتونووسکی نوشته است: هرگز نمی‌توان با قطعیت گفت همه مردم تحت استرس بیمار می‌شوند حتی آنهایی که تحت استرس شدید بوده‌اند. آنتونووسکی در جای دیگر می‌نویسد:

موقعیتی، استرس، آسیب‌زا خواهد بود. بنابراین سلامت در دیدگاه آنتونووسکی بر عواملی استوار است که استعداد پاسخ‌دهی فرد به استرس را مشخص می‌کنند؛ عواملی که پایه سوالات آزمون حس انسجام قرار گرفته‌اند. به اعتقاد او نیروی حس انسجام، پیامده‌ای فیزیولوژیک بدنبال دارد و از طریق همین پیامدها سلامت فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. آنتونووسکی تأکید داشته است که یک حلقه ارتباطی علّی (سببی) بین حس انسجام مفهوم‌سازی شده توسط او و سلامت جسمی وجود دارد (نیل[1]، کرافورد[2]، و روت[3]، ۲۰۰۴).

این نوع جهت‌گیری به جهت‌گیری سلامتی‌زا موسوم است که تلاشی در جهت فهمیدن این نکته است که چرا انسان‌ها در آن جهت پیوستار که به سلامت منتهی می‌شود و یا در جهت مقابل آن قرار می‌گیرند. این دیدگاه در نقطه مقابل جهت‌گیری آسیب شناختی است که در آن، حرکت به‌طرف بیماری توضیح داده می‌شود و در آن طیف وسیعی از استرس‌های زندگی از عوامل میکروبیولوژیک تا طبقه اجتماعی فرهنگی مورد بررسی قرار می‌گیرد. آنتونووسکی تأکید داشته است که یک حلقه ارتباطی علی (سببی) و سلامت جسمی وجود دارد. مادسن و همکاران (۲۰۰۵) نتیجه می‌گیرند، به نظر می‌رسد آنتونووسکی، در عملیاتی کردن مفهوم حس انسجام از طریق آزمون ۲۹ پرسشی، ایده‌های ذهنی فرد را با جنبه‌های هیجانی رویدادها درهم آمیخته است.

آنها همچنین نتیجه می‌گیرند که وضعیت هیجانی است که می‌تواند در تعیین سلامت جسمانی ما موثر باشد، نه وضعیت روانی ما. آنچه آزمون حس انسجام می‌سنجد و رابطه اندک تا متوسط آن با سلامت جسمانی، به سؤالاتی مربوط می‌شود که به ارزیابی هیجان اختصاص دارند. بنابراین اگر بخواهیم آزمون حس انسجامی داشته باشیم که بتواند با حداکثر توان سلامت جسمانی آزمودنی را تعیین کند ناچار باید بر ابعاد هیجانی متمرکز باشد (مادسن و همکاران، ۲۰۰۵).

به نظر شما حس انسجام و سخت‌رویی، چه شباهت‌ها و تفاوت‌هایی باهم دارند؟

حس انسجام و سلامت جسمانی

اگر چه براساس پژوهش‌های متعدد، همبستگی نمرات حاصل از حس انسجام (مقیاس ۱۳ سؤالی و مقیاس ۲۹ سؤالی) با سلامت روان‌شناختی در حد قابل قبولی بالاست (هارت[1] و همکاران ۲۰۰۶ و کورتوکوف[2]، ۱۹۹۳ واسترامپفر[3]، ۱۹۹۸) اما برخی تحقیقات نشان داده‌اند که آزمون حس انسجام نمی‌تواند رابطه قابل توجهی با سلامت جسمی[4] فرد نشان دهد. نتیجه پژوهش‌ها نشان می‌دهند که فقط ۴٪ الی ۲۰٪ سلامت جسمانی را می‌توان از نمره حس انسجامی که از آزمون موجود به‌دست می‌آید توضیح داد (مادسن و همکاران، ۲۰۰۵). در حالی که همبستگی بین حس انسجام و سلامت روانی در اکثر پژوهش‌ها بالای r=۰/۵ بوده است. آنتونووسکی، خود اظهار کرده بود که حس انسجام قوی و رشد یافته، سلامت جسمانی را ارتقا می‌بخشد و سطوح بالای بهزیستی را تسهیل می‌کند و این تأثیرات از طریق رسیدن به یک نیمرخ روان‌شناختی قوی که شرایط استرس‌زای آسیب‌رسان جسمی را کنترل می‌کند، محقق می‌شود (هارت و همکاران، ۲۰۰۶) پژوهشگران بعد از آنتونووسکی بدنبال پاسخ این سؤال بوده‌اند که آیا بین حس انسجام و سلامت جسمانی رابطه مستقیمی وجود دارد یا نه؟ برخی تحقیقات رابطه‌ای به‌دست نیاوردند. عدم کشف رابطه بین حس انسجام و سلامت جسمانی محققان را به فکر انداخت تا با ساخت پرسشنامه جدیدی، امکان کشف رابطه بین حس انسجام و سلامت جسمانی را مورد تحقیق قرار دهند. یکی از پژوهش‌های قابل توجه توسط مادسن و همکاران (۲۰۰۶) گزارش شده است. فرض آنها این بود که پرسشنامه جدید قادر خواهد بود بیش از پرسشنامه‌های اولیه حس انسجام (۲۹ و ۱۳ پرسشی) با سلامت جسمانی رابطه نشان دهد. مطالعه مقطعی روی ۴۶۴۸ نفر نمونه دانمارکی، با استفاده از ۳ آزمون مختلف اندازه‌گیری سلامت، شامل آزمون خودسنجی سلامت جسمانی، علائم جسمی، و خود ارزیابی سلامت روان‌شناختی صورت گرفت. نتایج به‌دست آمده بیانگر این است که آزمون حس انسجام II، با هر سه نوع نمره سلامت به‌دست آمده رابطه مثبت دارد. ضریب همبستگی حس انسجام با نمره سلامت جسمانی ۰/۳۳۸، با نمره علائم جسمی ۰/۲۸۲، و با نمره سلامت روان‌شناختی ۰/۵۷۸

بود همچنین تحلیل نتایج نشان داد حس انسجام به شکل قابل توجهی با تمام سه نوع سلامت ارتباط دارد.

پیش‌بینی اختلالات متأثر از استرس: پژوهش‌ها بین نمرات این آزمون و دوره بهبودی بعد از اعمال جراحی رابطه معنی‌دار نشان داده‌اند به‌طوری‌که افراد دارای نمره حس انسجام بالا در زمان کوتاه‌تری بهبود می‌یابند و با تحمل بالاتر، عارضه کمتر و روحیه بهتری دوره درمان را سپری می‌کنند (چامبرلین[1] و همکاران، ۱۹۹۲) بنابراین، این آزمون می‌تواند یک ابزار پیش‌بین در مورد پیامدهای روان‌شناختی ـ فیزیولوژیک عمل جراحی تلقی می‌شود.

مونیکا اریکسون و همکاران (۲۰۰۷) تحقیقی را منتشر کرده‌اند که در آن یک مطالعه مقطعی روی جمعیت ۴۰ ـ ۷۰ ساله ناحیه آیلند کشور فنلاند صورت گرفت که این مطالعه شواهد روشنی در مورد توان بالقوه حس انسجام به‌عنوان نشانگر مثبت برای سلامت روانی نشان داد.

الکل، دخانیات و مواد روانگردان: سوء مصرف الکل عموماً به‌عنوان یک عامل خطرزا[2] برای رفتار سالم و عامل مؤثر در بروز معضلات اجتماعی مورد بحث بوده است. از یک طرف، الکل به‌عنوان روشی برای کنار آمدن با استرس‌ها و ناکامی‌ها مورد سوء مصرف قرار می‌گیرد و از طرف دیگر همین رفتار بر کارآمدی‌های فرد تأثیر منفی پیشرونده می‌گذارد.

توماس لندکوئست[3] (۱۹۹۵) از دانشگاه لاند سوئد، در یک مطالعه، رابطه حس انسجام را با مصرف حشیش مورد بررسی قرار داد و نتایج نشان داد که تمام مصرف‌کنندگان حشیش در تمام آزمون‌های «جهت‌گیری به زندگی»[4] و در تمام زیر مقیاس‌های آنها نمرات پایین می‌گیرند. بعد از گذشت ۶ هفته از درمان نمرات حس انسجام و زیر مقیاس‌های آن در دامنه نمرات افراد عادی در گروه کنترل قرار گرفت. سیگار کشیدن، شایع‌ترین علت بیماری و مرگ زودرس در ایالات متحده است بورنس[5] و جانستون[6] (۲۰۰۲) می‌گویند تقریباً مصرف کنندگان تنباکو قبل از تحصیلات

1. Chamberlin
2. risk factor

دبیرستان شروع به مصرف می‌کنند بنابراین اگر جوانان از تنباکو اجتناب کنند بسیاری از آنان هرگز به مصرف آن روی نخواهند آورد. لینچ بانی[1] (۱۹۹۴) در پژوهشی (کارن گلانز و همکاران، ۲۰۰۵) نشان داد حس انسجام پیش بین قوی برای مبادرت به سیگار کشیدن در ۱۷ سالگی است یعنی دانش‌آموزانی که بالاترین نمرات را در آزمون حس انسجام گرفتند به‌صورت با ثباتی اصلاً سیگار نکشیده بودند یا در ۳۰ روز اخیر سیگار نکشیده بودند. همین‌طور افزایش مصرف سیگار با کاهش نمره حس انسجام همراه بود. از میان ۳ زیر مقیاس حس انسجام «قابل مدیریت بودن» قوی‌ترین پیش بین برای رفتار سیگار کشیدن شناخته شد.

دیابت، بیماری قلبی، سکته، و آرتریت: در حوزه بیماری‌ها این آزمون توانسته است یکی از عوامل روان‌شناختی موثر و پیش بین در بروز بیماری‌هایی مانند دیابت را آشکار سازد (کوئنن و همکاران، ۲۰۰۷). رابطه بین حس انسجام و وقوع دیابت را در ۵۷۲۸ مرد فنلاندی ۱۸-۶۵ ساله شاغل مورد مطالعه قرار دادند این بررسی نشان داد حس انسجام ضعیف با ۰/۰۴۶ ریسک ابتلا بالاتر در مشارکت‌کنندگان پیوستگی دارد. این ارتباط مستقل از سن، تحصیلات، وضعیت تاهل، گرفتاری و فشار روانی، خود ارزیابی سلامتی، استعمال دخانیات، عادت مشروب‌خواری، و نوع فعالیت‌های جسمانی بود. لندمن[2] و نوربرگ[3] (۲۰۰۸) برای ارزیابی اهمیت حس انسجام در سلامت ذهنی[4] اشخاص دارای دیابت وابسته به انسولین، پژوهشی اجرا کردند. نتایج به‌دست آمده نشان داد حس انسجام اشخاص دیابتی وابسته به انسولین (IDDM) با الگوهای حل مسئله، راهبردهای هیجانی کنار آمدن، ارتباط دارد در بررسی دیگری همبستگی قابل توجه بین نمرات حس انسجام و مسائل مرتبط با محیط ($r=-0/08$, $p=0/03$) خستگی ($r=-0/69$, $p=0/01$) به‌دست آمد. از آنجایی که هیچ همبستگی بین نمرات حس انسجام و کنترل سوخت و ساز[5] به‌دست نیامد می‌توان نتیجه گرفت که حس انسجام به‌عنوان یک عامل مؤثر در کنار آمدن با احتیاجات ناشی از بیماری به فرد کمک می‌کند و یک عامل سلامت ذهنی است که از طریق تمرکز بر آن می‌توان امکان‌بالقوه‌ای

1. Lynch Bonnie

برای افزایش کیفیت مراقبت از بیمار دیابتی به‌دست آورد.

با آزمون حس انسجام پژوهش‌های نتیجه بخشی روی بیماری‌های قلبی و سکته‌ها و بیماری‌های دستگاه ایمنی و آرتریت صورت گرفته است، به‌طوری‌که نمرات به‌دست آمده از این آزمون با این نوع بیماری همبستگی معکوس معناداری نشان داده است. بطور کلی، نمرات بالا در این آزمون همبستگی بالایی با عوامل سلامت در حوزه روان‌شناسی و پزشکی داشته است.

پاسخ دستگاه ایمنی در حس انسجام

همان‌طور که پیشتر گفتیم ظاهراً علت تأثیر استرس بر رشد بیماری‌ها در واقع به واسطه اثر استرس بر دستگاه ایمنی بدن است و همان‌طور که یانگ و گلاسر نشان داده‌اند استرس بر دفاع‌های ایمنی بدن در برابر بیماری‌های عفونی تأثیر دارد (علی‌پور و نوربالا، ۱۳۸۳) پژوهش‌ها نشان داده‌اند که آزمون حس انسجام به هیجانات ناشی از وضعیت سلامت فرد حساس است در واقع برای درک عمیق این رابطه کافی است توجه کنیم که در اکثر پرسش‌ها احساسات فرد[1] مورد سؤال است و براساس یکی از تعاریف اصلی آنتونووسکی، حس انسجام تعیین‌کننده جهت‌گیری کلی فرد در مقابله با استرس است به این ترتیب باید انتظار داشت حس انسجام از طریق تعیین جهت‌گیری و نحوه مقابله فرد با شرایط استرس‌زا با پاسخ‌های دستگاه ایمنی رابطه آشکار و قابل توجه داشته باشد.

ناکامورا[2] و همکاران (۲۰۰۰) در بررسی فعالیت سلول‌های NK و رابطه آن با عوامل روان‌شناختی و حس انسجام در مردان سیگاری، نشان دادند بین حس انسجام و استرس همبستگی منفی متوسط وجود دارد و استرس فیزیکی و روان‌شناختی می‌تواند پارامترهای ایمنی شناختی، به‌ویژه سلول‌های NK و عملکرد آنها را تحت تأثیر قرار دهد. این سلول‌ها اولین خط دفاع ایمنی هستند که بدون واکسینه‌سازی قبلی بر علیه سلول‌های مهاجم وارد عمل می‌شوند. به قول آنتونووسکی عوامل استرس‌زا اگر چه نحس تلقی می‌شوند اما خیلی از مردم حتی وقتی در معرض عوامل استرس‌زای شدید قرار دارند، مریض نمی‌شوند. این ظرفیت‌های مدیریت استرس درفرد است که نتایج

مواجهه آن فرد را با استرس تعیین می‌کند (مادسن و همکاران، ۲۰۰۵).

> آیا حس انسجام از راه دیگری بجز دستگاه ایمنی [illegible] سلامتی تأثیر بگذارد، چگونه؟

ارتباط پنج عامل بزرگ شخصیت با سلامتی

آیا شخصیت زمینه ساز ابتلا به بیماری‌هاست؟ هدف اصلی طب روان‌تنی جستجوی پیوند مستقیم بین شخصیت و سلامتی بوده است. آنان یعنی متخصصان روان‌تنی معتقد بودند که اضطراب با فشار خون و افسردگی با سرطان ارتباط دارند. پژوهش‌های جدید بدنبال این هستند که شخصیت از چه طریقی بر سلامتی تأثیر می‌گذارد؟ مثلاً رفتارهای مرتبط با سلامتی از جمله سیگار کشیدن و ورزش کردن از جمله طرقی هستند که از طریق آنها ویژگی‌های شخصیتی با سلامتی مرتبط می‌شوند.

یکی از رویکردها در روان‌شناسی شخصیت رویکرد صفات[1] است. صفت یا رگه عبارتست از «جنبه‌هایی از تفاوت‌های فردی و تمایلات برای نشان دادن الگوهای ثابتی از افکار، احساسات و اعمال» (مک‌کرا وک وستا، ۲۰۰۳ ص۲۵). در زبان انگلیسی حدود ۴۰۰۰ کلمه وجود دارد که ویژگی‌های شخصیتی را مشخص می‌کنند. اما می‌توان این کلمات را در طبقات کوچک‌تری تقسیم‌بندی کرد. رویکرد صفات هم توسط روان‌شناسان و هم توسط پزشکان مورد استقبال قرار گرفته است. زیرا این رویکرد معتقد به وجود صفاتی است که زمینه‌ساز بیماری می‌شوند. همچنین امروزه در رویکردهای جدید سایکوفیزیولوژی، سایکونورو آندوکرینولوژی و سایکونورو ایمونولوژی به دنبال کشف مسیرهای زیستی هستند که ویژگی‌های شخصیتی را با بیماری مرتبط می‌کند (استون و مک‌کو، ۲۰۰۷). با این حال تصورات قبلی در این خصوص تأیید نشده است. البته امروزه هیچ شک و تردیدی وجود ندارد که صفات شخصیتی بر رفتارهای مرتبط با سلامتی تأثیر می‌گذارند (بسما و همکاران، ۲۰۰۴). برای مثال این ویژگی‌ها بر رفتارهای خطرساز، روش ادراک بیمار و سازگاری با بیماری و چگونگی تعامل با متخصصان سلامتی و توصیه پزشکی تأثیر می‌گذارند (استون و مک‌کو، ۲۰۰۷)

جدیدترین و رایج‌ترین نظریه شخصیتی که هم از لحاظ نظری و هم از دید عملی مورد توجه قرار گرفته است، رویکرد پنج عامل بزرگ شخصیتی است. طبق این نظریه پنج ویژگی یا صفت شخصیتی در واقع شخصیت را تشکیل می‌دهند که عبارتند از: نوروزگرایی[1]، گشودگی در برابر تجربه[2]، برونگرایی[3]، توافق‌طلبی[4] و وجدان‌گرایی[5]، که در اینجا به تعریف آنها می‌پردازیم.

نوروزگرایی

هر چند روان‌پزشکان امروزه دیگر از اصطلاح «نوروز» برای طبقه‌بندی اختلالات استفاده نمی‌کنند اما روان‌شناسان این اصطلاح را یکی از جنبه‌های اساسی شخصیت می‌دانند. افرادی که در مقیاس نوروزگرایی نمره بالایی کسب می‌کنند، انواع هیجانات منفی از جمله ترس، شرم و احساس گناه را تجربه می‌کنند. استرس‌های درونی و بیرونی، آنها را از پای درمی‌آورند و باعث می‌شود تا احساس بیچارگی کنند و تکانشی عمل کنند. این افراد آمادگی تفکر غیر واقعی و خود پنداشت ضعیف را دارند. افرادی که در این مقیاس نمره پایین می‌گیرند، برعکس آرامند، مقاومند و در برابر استرس‌ها ایستادگی می‌کنند.

افراد واجد صفت نوروزگرایی در خطر ابتلا به انواع اختلالات روانی هستند (زاندرمن و همکاران، ۱۹۹۳). این افراد مشکلات جسمی بیشتری نیز دارند. کسانی که اضطراب و افسردگی مزمن دارند، شکایات جسمی بیشتری نیز مطرح می‌کنند. نسبت به حالات درونی خود حساس‌ترند و علایم فیزیولوژیک بدن را بد تعبیر می‌کنند و همواره آنها را نشانه بیماری تلقی می‌کنند. برعکس کسانی که نمره پایینی در این مقیاس دارند، علایم جسمی خود را همواره به حداقل می‌رسانند.

نوروزگرایی و سلامتی

افراد واجد نوروزگرایی واکنش‌های هیجانی حادی از خود نشان می‌دهند و طبیعی

1. neuroticism

است که تصور کنیم این واکنش‌های هیجانی حاد پیامدهای فیزیولوژیکی خاصی نیز به دنبال دارند. با این حال برخی پژوهش‌ها نتوانستند ارتباط نوروزگرایی با مرگ‌ومیر به‌علت سرطان را تأیید کنند. با این وجود نوروزگرایی بر رفتارهای مرتبط با سلامتی تأثیر می‌گذارد که آنها نیز به نوبه خود به بیماری منتهی می‌شوند. برای مثال خصومت که یک جزء نوروزگرایی است پیش‌بینی کننده افزایش وزن و نوسان وزن بوده است (کور مودی و همکاران، ۱۹۹۹). مصرف مشروبات الکلی نیز با نوروزگرایی مرتبط بوده است. بنابراین نوروزگرایی از طریق تأثیر بر رفتارهای مرتبط با سلامتی می‌تواند با ابتلا به بیماری ارتباط داشته باشد.

به نظر شما چرا نوروزگرایان به سمت رفتارهای ناسالم بهداشتی می‌روند؟

برونگرایی

افراد برونگرا گرم و صمیمی هستند و از روابط شخصی نزدیک لذت می‌برند، آنها طرفدار ارتباطات اجتماعی هستند، جرأت‌ورزی دارند و به سادگی نقش‌های رهبری را به عهده می‌گیرند. آنها نیاز به هیجان و سطوح بالای انرژی و فعالیت دارند، خوش‌بین هستند و به سادگی می‌خندند. برعکس، یکی از ویژگی‌هایی که درباره برونگرایان مطرح می‌شود، این است که آنها تمایل بیشتری نسبت به صحبت کردن دارند و این صحبت کردن در مراقبت پزشکی اهمیت زیادی دارد. به همین دلیل برخی معتقدند لازم است پزشکان خانواده و پزشکان عمومی برونگرا باشند تا با بیمار رابطه صمیمانه و گرمی برقرار کنند و به صحبت کردن بیشتر با وی بپردازند. با این حال بیماران برون‌گرا از این نوع برخوردهای پزشک راضی می‌شوند. راه دیگری که متخصصان سلامت بیشتر پی‌گیر مطالعه‌ی آن هستند، این است که برونگرایی چگونه بر رفتارهای مرتبط با سلامتی تأثیر می‌گذارد. برای مثال کورنیا[1] و همکاران (۲۰۰۲) گزارش کرده‌اند که برونگرایی رعایت برنامه‌های ورزشی را در سرطانی‌هایی که زنده مانده‌اند، پیش‌بینی می‌کند. کریسن و همکاران (۱۹۹۹) نیز نشان داده‌اند که برونگرایی پیش‌بینی‌کننده‌ی رفتار خود مراقبتی در بهداشت دهان و دندان است.

گشودگی نسبت به تجربه

افرادی که نسبت به تجربه گشودگی دارند، چیزهای نو، متنوع و مبهم در همه زمینه‌ها را ترجیح می‌دهند. آنها خلاقند و از زندگی تخیلی قوی برخوردارند و به زیبایی در هنر و طبیعت توجه می‌کنند. آنها از حالات درونی خویش آگاهند و عدم تعادل هیجانی را به خوبی می‌شناسند. آنها همچنین به تقارن و سادگی و فکر کردن به‌صورت سیاه و سفید علاقمندند. برخی تحقیقات نشان داده است که باز بودن نسبت به تجربه پیش‌بینی‌کننده مهمی است که مادران چگونه درباره‌ی فرزندانشان با متخصصان اطفال ارتباط برقرار می‌کنند. ایتون[1] و تینزلی[2] (۱۹۹۹) می‌گویند در درمانگاههای طبی، افراد باز نسبت به تجربه به سختی قانع می‌شوند اما افراد بسته تصوری قدرتمندانه از پزشکان دارند و به راحتی قانع می‌شوند. افرادی که نمره بالایی در مقیاس گشودگی دارند، نیازمند اطلاعات اضافی درباره‌ی بیماری و درمان آن هستند و خود نیز در این زمینه تحقیق و بررسی می‌کنند و بیشتر به دنبال درمان‌های غیر سنتی و طب جایگزین هستند.

دلپذیری

چهارمین ویژگی در پنج عامل بزرگ شخصیت دلپذیری[3] است. افراد واجد این ویژگی اجتماعی هستند. به دیگران اعتماد می‌کنند، داوطلب می‌شوند و تلاش می‌کنند تا به دیگران کمک کرده و با آنها همدلی کنند. برعکس افراد غیرمطبوع، خودخواه هستند و نسبت به دیگران سوءظن دارند. مطالعاتی که تلاش کرده‌اند مؤلفه‌ی آسیب‌زایی تیپ شخصیتی A را بررسی کنند، توجه خود را به ویژگی دلپذیری یا توافق طلبی معطوف کرده‌اند. زیرا افراد دارای نمره بالای خصومت که مستقیماً خشمشان را نسبت به دیگران نشان می‌دهند، نمره بسیار کمی در متغیر دلپذیری کسب می‌کنند. پژوهش‌های جدیدتر نشان داده‌اند که ویژگی معکوس دلپذیری یعنی دشمنی و خصومت به‌ویژه وقتی با وجدان‌گرایی همراه شود، پیش‌بینی‌کننده رفتارهای ضعیف سلامتی است مارتین[4] و همکاران (۱۹۹۹) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که افراد دارای نمره

پایین در دلپذیری یا متخاصم معمولاً از مداخلات پزشکی که برایشان انجام می‌شود، ناراضی هستند اما افراد دلپذیر نسبت به فرآیند درمان و معالجه راضی هستند.

وجدان‌گرایی

آخرین جنبه مدل پنج عاملی شخصیت وجدان‌گرایی[1] است که با مجموعه‌ای از ویژگی‌ها هم چون خویشتن‌داری (نظم و ترتیب، وظیفه‌شناسی، تعمق) و پی‌گیری فعالانه اهداف مشخص می‌شود. نمره بالا در این ویژگی نشانه سخت‌کوشی، مصمم بودن و انگیزش بالا و نمره‌ی پایین نشانه سهل‌گیری و فقدان جهت‌گیری روشن در زندگی است. از بعد مثبت، این افراد هدفمند و مؤثرند و از بعد منفی آنها کمال‌گرا هستند و به خاطر کارشان از زندگی شخصی خود چشم پوشی می‌کنند. در پژوهش‌های بین فرهنگی در کشورهای مختلف نشان داده شده است که وجدان‌گرایی با رفتارهای خطرسازی چون افراط در مصرف الکل، تغذیه ناسالم، رانندگی خطرناک، خودکشی، مصرف دخانیات و خشونت همبستگی منفی و با رفتارهای مثبت سلامتی همبستگی مثبتی دارد. باگ[2] و روبرتز[3] (۲۰۰۴) دریافتند که وجدان‌گرایی پیش‌بینی‌کننده رفتارهای ورزشی بوده است. این افراد بهتر از دیگران از تجویزهای طبی پیروی می‌کنند و لذا تعجب‌آور نیست که طول عمر بیشتری دارند. مارتین و فریدمن (۲۰۰۰) دریافتند افرادی که نمره پایینی در این مقیاس کسب می‌کنند کمتر احتمال دارد که از رژیم‌های درمانی به ویژه توصیه‌های سخت ورزشی و تغذیه‌ای پیروی کنند. اینان کنترل بیرونی دارند و همواره باید توصیه‌های طبی به آنان یادآوری شود.

هرچند پژوهش‌ها در زمینه ارتباط پنج عامل بزرگ شخصیتی هنوز در آغاز راه است، اما تحقیقات جدید این ارتباط را تأکید کرده است (هونگ[4]، سامپو[5] و پونن[6] ۲۰۱۰) با این حال هنوز جای کار زیادی در این خصوص باقی مانده است.

1. conscientioisness
2. Bogg

خلاصه فصل

شخصیت الگوهای رفتاری نسبتاً ثابت را شامل می‌شود و به همین دلیل دور از انتظار نیست که این الگوها با سلامتی و بیماری مرتبط باشند. اولین تلاش‌ها در این خصوص به شکل‌گیری الگوی رفتاری تیپ A منجر شده است. این الگو که ابتدا توسط دو متخصص قلب مطرح شده سه مؤلفه اساسی دارد: خصومت و عصبانیت، رقابت طلبی و فوریت زمانی که از میان آنها مؤلفه‌ی خصومت به‌عنوان مهمترین مؤلفه منفی یا جزء کشنده مطرح شده است. این الگو با انواع مشکلات جسمی به ویژه بیماری کرونر قلب ارتباط دارد. این افراد استرس زیاد تجربه می‌کنند و واکنش‌پذیری هورمونی و قلبی - عروقی آنها زیاد است که این امر باعث آسیب به قلب و فشار خون بالا می‌شود. برعکس افراد تیپ شخصیتی B آرام هستند و کمتر تحت تأثیر استرس‌ها قرار می‌گیرند. دو تیپ شخصیتی دیگر با عنوان C و D نیز مورد توجه قرار گرفته‌اند. دیگر ویژگی‌های شخصیتی نیز با سلامتی رابطه دارند. یکی از ویژگی‌های مثبت، سخت‌رویی است که خود شامل تعهد، چالش و کنترل است و افراد واجد آن در برابر انواع بیماری‌ها به‌ویژه قلبی آسیب‌پذیری هستند. ویژگی شخصیتی دیگر حس انسجام است که شامل ویژگی‌های هدفمند بودن، معنا داشتن و مدیریت‌پذیری است و در برابر انواع بیماری‌های مختلف مقاومت زیادی دارند زیرا وضعیت فیزیولوژیک و سیستم ایمنی آنها قوی‌تر از دیگران است. اخیراً در پژوهش‌های روان‌شناسی سلامت توجه ویژه‌ای به مطالعه ارتباط پنج عامل بزرگ شخصیتی و سلامتی معطوف شده است. ویژگی نوروزگرایی که با انواع هیجانات منفی همراه است. با انواع مشکلات جسمی و رفتارهای ناسالم مرتبط است. برعکس برونگرایان که اجتماعی و اهل معاشرت هستند کمتر به رفتارهای ناسالم روی می‌آورند. افرادی که ویژگی گشودگی نسبت به تجربه را دارند بیشتر به دنبال درمان‌های غیر سنتی و جایگزین هستند. افرادی که نمره دلپذیری آنها پایین است دارای ویژگی خصومت هستند که پیامدهایی منفی برای سلامتی دارد. همین‌طور افراد دارای وجدان‌گرایی که اهل نظم و ترتیب هستند، بهتر از دیگران از دستورات پزشکی و رژیم‌های درمانی تبعیت می‌کنند.

واژه‌های کلیدی

شخصیت
تیپ شخصیتی A
خصومت
عصبانیت
رقابت طلبی
فوریت زمانی
کرونر قلبی
واکنش‌پذیری
پاسخ قلبی - عروقی
تیپ شخصیتی B
تیپ شخصیتی C
تیپ شخصیتی D
سخت‌رویی
تعهد
چالش
کنترل
حس انسجام
هدفمندی
مدیریت‌پذیری
پنج عامل بزرگ شخصیتی
نوروزگرایی
برونگرایی
گشودگی نسبت به تجربه
دلپذیری
وجدان‌گرایی (شیار بودن)

پرسش‌های مروری

۱. شخصیت را تعریف کنید؟
۲. تیپ شخصیتی A چه مؤلفه‌هایی دارد، آنها را شرح دهید؟
۳. مهمترین مؤلفه تیپ شخصیتی A چیست؟
۴. تیپ شخصیتی A چگونه بر بیماری تأثیر می‌گذارد؟
۵. تیپ شخصیتی A از طریق چه مسیرهایی با کرونر قلبی ارتباط پیدا می‌کند؟
۶. انواع تیپ‌های شخصیتی دیگر را شرح دهید؟
۷. سخت‌رویی چیست و چه مؤلفه‌هایی دارد؟
۸. سخت‌رویی چه ارتباطی با سلامتی دارد؟
۹. حس انسجام را تعریف کنید؟
۱۰. ارتباط حس انسجام و سلامتی را شرح دهید؟
۱۱. مدل پنج عامل بزرگ شخصیتی را توضیح دهید؟
۱۲. ارتباط نوروزگرایی با رفتارهاس سلامتی را شرح دهید؟
۱۳. برون‌گرایی چگونه بر رفتارهای سلامتی تأثیر می‌گذارد؟
۱۴. گشودگی نسبت به تجربه چگونه بر معالجات طبی تأثیر می‌گذارد؟
۱۵. دلپذیر بودن چه تأثیری بر رفتارهای سلامتی دارد؟

پرسش‌های چندگزینه‌ای

۱. تیپ شخصیتی A ابتدا توسط کدام متخصصان مورد توجه قرار گرفت؟

الف) روان‌شناسان　　ب) روان‌پزشکان

ج) متخصصان قلب　　د) تیپ‌شناسان

۲. جزء کشنده و مهلک تیپ شخصیتی A کدام است؟

الف) فوریت زمانی　　ب) خصومت

ج) رقابت طلبی　　د) عجله و شتاب

۳. ویژگی شخصیتی سخت‌رویی متأثر از کدام مکتب روان‌شناسی بوده است؟

الف) رفتارگرایی　　ب) شناخت‌گرایی

ج) روان‌شناسی گشتالت　　د) روان‌شناسی وجودی

۴. کدام تیپ شخصیتی آمادگی بیشتری برای ابتلا به سرطان دارند؟

الف) A　　ب) B

ج) C　　د) D

۵. از میان عوامل پنج‌گانه شخصیت، کدامیک ارتباط منفی بیشتری با سلامتی دارد؟

الف) نوروزگرایی　　ب) برون‌گرایی

ج) توافق‌طلبی　　د) هشیار بودن

۶. در برقراری ارتباط با بیماران پزشکانی موفق‌ترند که از ویژگی ..... بیشتری برخوردار باشند.

الف) درون‌گرایی　　ب) برون‌گرایی

ج) گشودگی　　د) توافق‌طلبی

پرسش‌هایی برای اندیشیدن

۱. اگر بیماری که به پزشک مراجعه کرده است، دارای ویژگی نوروزگرایی بالایی باشد، چه مشکلاتی پیش می‌آید. پزشک چگونه می‌تواند بر این مشکلات فائق آید؟

منابعی برای مطالعه بیشتر

روان‌شناسی سلامت را پوشش دهد، به فارسی موجود نیست. دانشجویان عزیز برای آگاهی بیشتر از بحث شخصیت به‌ویژه انواع نظریات از جمله نظریه پنج عامل بزرگ شخصیت با رویکرد بومی می‌توانند به کتاب روان‌شناسی شخصیت تألیف محمدتقی فرمیهنی فراهانی که در سال ۱۳۷۸ توسط انتشارات دانشگاه تربیت معلم چاپ و منتشر شده است، مراجعه کنند.

فصل هفتم

غذا خوردن، ورزش و سلامتی

هدف‌های یادگیری

از خواننده انتظار می‌رود پس از مطالعه این فصل بتواند:

۱. سبک زندگی و نقش آن در سلامتی را توضیح دهد.
۲. نقش رژیم غذایی در سلامتی را شرح دهد.
۳. نظریه‌های سه‌گانه تبیین‌کننده رفتار غذا خوردن را شرح دهد.
۴. عوامل نارضایتمندی بدنی و پرخوری را شرح دهد.
۵. نقش ورزش در سلامتی را تبیین کند.

همان‌طور که پیش از این بیان شد، روان‌شناسی سلامت عمدتاً در تحلیل عوامل بیماری و سلامت بر مطالعه رفتارهایی تأکید می‌کند که در ایجاد و گسترش بیماری‌ها نقش حیاتی دارند. در واقع می‌توان برای انواع بیماری‌ها رفتارهای پرخطری را ذکر کرد که زمینه‌ساز آن بیماری‌ها تلقی می‌شوند. برای مثال مصرف غذاهای پرچرب و شور و همین‌طور کم‌تحرکی زمینه‌ساز ابتلا به مجموعه بیماری‌های قلبی ـ عروقی است. وقتی این الگوهای رفتاری به‌صورت عادت درمی‌آیند، با سبک زندگی[1] سروکار داریم.[۵]

پیش از مطالعه ادامه فصل سبک زندگی را با مثال تعریف کنید

سبک زندگی

سبک زندگی اهمیت زیادی در سلامتی و بیماری دارد. به‌گونه‌ای که برخی محققان تلاش خود را صرفاً بر تغییر سبک‌های زندگی و تبدیل سبک‌های زندگی ناسالم به سبک‌های زندگی سالم متمرکز کرده‌اند.

سبک‌های زندگی عبارتند از الگوهای رفتاری که در فرد به‌صورت عادت درآمده‌اند. در نتیجه این شیوه‌ها شامل الگوهای رفتاری روزانه مثل چگونگی تهیه غذای مناسب و خوردن آن است.

از طرف دیگر عواملی که با ایجاد بیماری یا آسیب ارتباط دارند، عوامل خطرزا نامیده می‌شوند. اگرچه بعضی از این عوامل زیستی و ژنتیک هستند، اما بسیاری رفتاری هستند. برای مثال کسانی که سیگار می‌کشند بیشتر در معرض خطر ابتلا به سرطان هستند. همین‌طور نوع تغذیه مثلاً خوردن غذای سرخ شده سرشار از چربی حیوانی از عوامل مؤثر در سرطان است. عوامل خطرزای رفتاری که جزو سبک زندگی هستند و با دلایل مرگ و میر و بیماری‌ها مرتبطند، به قرار زیر هستند:

۱. **بیماری‌های قلبی:** سیگار کشیدن، خوردن غذاهای دارای کلسترول بالا، بی‌تحرکی و ورزش نکردن

۲. **سرطان:** سیگار کشیدن، مصرف الکل و رژیم غذایی نامناسب.

۳. **سکته مغزی:** سیگار کشیدن، خوردن غذاهای دارای کلسترول بالا، بی‌تحرکی و ورزش نکردن.

۴. **بیماری‌های مزمن ریوی:** سیگار کشیدن.

۵. **تصادم‌ها:** مصرف مشروبات الکلی و مواد مخدر، عدم تمرکز و حواس‌پرتی، سرعت در رانندگی و عدم استفاده از کمربند ایمنی (سارافینو، ۲۰۰۲).

همان‌طور که ملاحظه می‌شود سبک‌های زندگی نقش مهمی در ابتلا به بیماری‌ها دارند. از میان این سبک‌ها رفتار غذا خوردن و ورزش کردن در بیماری‌ها بیش از

می‌شود و سپس رفتار ورزش کردن به اختصار مورد بررسی قرار می‌گیرد.

رژیم غذایی و سلامتی

رژیم غذایی از دو راه با سلامت مرتبط است: با تحت تأثیر قرار دادن شروع بیماری و به میزان اثربخشی از درمان و مدیریت بیماری در زمانی که بیماری تشخیص داده می‌شود.

رژیم غذایی و شروع بیماری

رژیم غذایی از طریق وزن افراد سلامت را به‌صورت گسترش اختلالات خوردن یا چاقی تحت تأثیر قرار می‌دهد. اختلالات غذایی با مشکلات جسمی نظیر بی‌نظمی‌های قلب، حملات قلبی، توقف رشد[1]، پوکی استخوان[2] و تولیدمثل در ارتباط است. چاقی با انواع دیابت، بیماری‌قلبی و انواعی از سرطان در ارتباط است. علاوه بر این، برخی از تحقیقات نشان می‌دهند که ارتباط مستقیمی میان رژیم غذایی و بیماری‌هایی نظیر بیماری قلبی، سرطان و انواع دیابت وجود دارد.

تحقیقات زیادی نقش رژیم غذایی را در سلامت نشان داده‌اند و با وجود این گاهی اوقات این تحقیقات جنجال‌برانگیز است، مطالعات نشان می‌دهند که غذاهایی نظیر میوه‌جات و سبزیجات، ماهی چرب و سبوس جو می‌توانند محافظت‌کننده باشند، در حالی که نمک و چربی‌های اشباع شده می‌توانند ضعف سلامت را تسهیل کنند.

رژیم غذایی و درمان بیماری‌ها

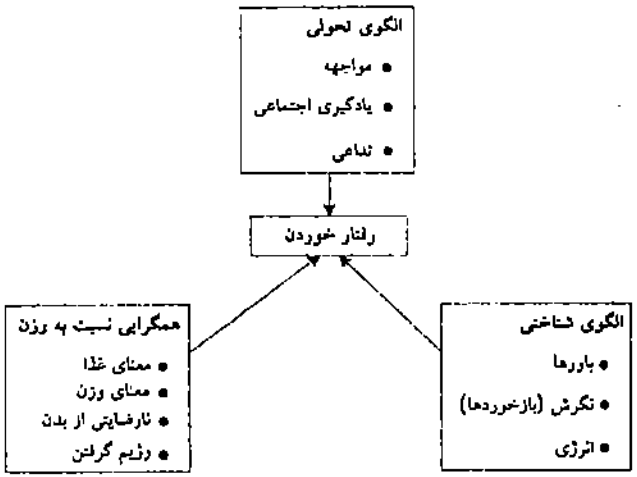
همچنین رژیم غذایی در درمان بیماری نقش دارد. بیماران چاق به‌طور عمده از طریق مداخلات مبتنی بر رژیم کنترل می‌شوند. بیمارانی که تشخیص آنژین، بیماری قلبی روی آنها گذاشته شده است، متعاقب حمله قلبی تغییر دادن سبک زندگی‌شان با تأکید ویژه بر ترک سیگار، افزایش فعالیت جسمی و اخذ رژیم غذایی سالم پیشنهاد می‌شود. همچنین تغییر رژیم غذایی نیز برای مدیریت دیابت‌های نوع ۱ و نوع ۲ اهمیت اساسی دارد. گاهی اوقات کاهش وزن به اندازه ۱۰٪ وزن فعلی سوخت و ساز گلوکز را بهبود

می‌بخشد (بلک برن و کاندرس، ۱۹۸۷؛ وینگ و همکاران، ۱۹۸۷). از مداخلات رژیم غذایی همچنین برای بهبود دیابت با خودمدیریتی[1] و با هدف ترغیب بیماران مبتلا به دیابت برای اتخاذ یک رژیم غذایی سالم‌تر استفاده شده است.

رژیم غذایی سالم

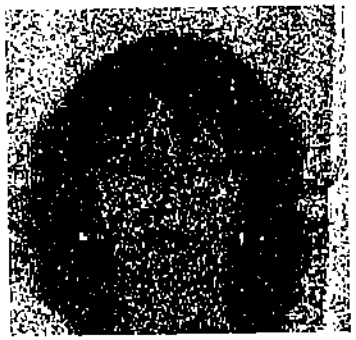
یک رژیم غذایی سالم، شامل استفاده از غذاهای دارای کربوهیدرات زیاد و کم‌چرب است و ارتباط‌هایی میان رژیم غذایی با شروع انواع بیماری و مدیریت مؤثر آنها پیدا شده است. با این حال، پژوهشگران نشان داده‌اند که افراد زیادی در سرتاسر دنیا براساس این پیشنهادها، غذا نمی‌خورند. پژوهش‌ها رژیم‌های کودکان، بزرگسالان و افراد مسن را توصیف نموده‌اند. پژوهشگران بر اهمیت مصرف مواد فیبردار، میوه‌ها و مصرف کم چربی در یک رژیم غذایی سالم تأکید کرده‌اند.

اگر بخواهیم دلایل رژیم غذایی را به‌خوبی بشناسیم باید ریشه آن را در چگونگی تحول و گسترش رفتار غذا خوردن جستجو کنیم. برای تبیین چگونگی رفتار غذا خوردن افراد سه دسته نظریه عمده به شرح شکل ۷-۱ مطرح شده است که در اینجا به توضیح آنها می‌پردازیم.



۱. الگوهای تحول رفتار غذا خوردن

والدین بر غذا خوردن فرزندانشان تأثیر می‌گذارند. به‌عنوان مثال کلسگس[1] و همکاران (۱۹۹۱) نشان دادند که فرزندان غذاهای متفاوتی را انتخاب می‌کنند که به وسیله والدینشان قبلاً آنها را مشاهده نموده‌اند. اُلیورا[2] و همکاران (۱۹۹۲) میان دریافت‌های غذایی کودکان و مادران برای اکثر مواد غذایی در کودکان پیش‌دبستانی همبستگی گزارش نمودند و پیشنهاد کردند که باید بجای فرزندان والدین را برای بهبود رژیم غذایی فرزندانشان مورد توجه قرار دهند. کانتنتو[3] و همکاران (۱۹۹۳) و اگدن[4] (۲۰۰۴، تصویر ۷-۱ را ببینید) همبستگی‌های بالایی را میان والدین و فرزندانشان در مورد گزارش مصرف غذای میان وعده[5]، انگیزش‌های غذایی و نارضایتمندی از بدن گزارش نمودند. بنابراین بازخوردها و رفتار والدین برای فرآیند یادگیری اجتماعی با پژوهش‌هایی که رابطه مثبت میان رژیم غذایی فرزندان و والدین را برجسته نموده‌اند، کاملاً منطبق است.



تصویر ۷-۱: جین اوگدن روان‌شناس معروف انگلیسی که در زمینه روان‌شناسی و رفتار غذا خوردن آثار قلمی متعددی دارد. کتاب روان‌شناسی غذا خوردن از نوشته‌های اوست.

با این حال، همیشه مادران و فرزندان با یکدیگر هم‌عقیده نیستند. به‌عنوان مثال واردل (۱۹۹۵) گزارش نمود که مادران سلامتی فرزندانشان را بیش از سلامتی خودشان

1. Klesges

حائز اهمیت درجه‌بندی نمودند. آلدرسون[1] و اگدن (۱۹۹۹) نیز گزارش کردند در حالی‌که مادران انگیزش بیشتری برای کالری غذا، زمان (مصرف غذا) و در دسترس بودن (غذا) دارند، آنها تغذیه و سلامت طولانی‌مدت را برای فرزندانشان بیشتر حائز اهمیت می‌دانند. علاوه بر این، چنین تمایزی در مادران دارای رژیم غذایی به این صورت است که آنها به کودکان غذاهایی را می‌دهند که خودشان از مصرفشان چشم‌پوشی می‌کنند. در مجموع، بازخوردها و رفتارهای والدینی ممکن است بازخوردها و ادراک‌های فرزندان را از طریق سازوکارهای یادگیری اجتماعی تحت تأثیر قرار دهند. با این حال، رویکرد تحولی رفتار غذا خوردن بر اهمیت یادگیری و تجربه تأکید دارد و روی تحول ترجیح‌های غذایی در کودکی تمرکز دارد. یکی از پیشگامان اولیه این نوع پژوهش دیویس[2] (۱۹۳۹، ۱۹۲۸) بود که مطالعاتی را روی نوباوگان و کودکان خردسالی که در بخش اطفال (در امریکا) به مدت چندین ماه زندگی می‌کردند را انجام داد. کار مذکور در زمانی انجام شد که سیاست‌های تغذیه از رژیم غذایی بسیار محدودی حمایت می‌کرد و دیویس علاقه‌مند به بررسی پاسخ‌های نوباوگان نسبت به رژیم غذایی بود که خودشان انتخاب می‌کردند. او به دنبال این بود که آیا ابزار غریزی برای کنترل غذا و مصرف آن وجود دارد. گزارش‌های دقیق او از این مطالعه نشان داد که کودکان قادر بودند که رژیم غذایی را انتخاب کنند که با رشد و سلامت آنها مطابقت داشت و از هر گونه مشکلات تغذیه فارغ بودند. نتایج این مطالعه نظریه «عقل بدن»[3] را مطرح نمود که روی ترجیح‌های غذایی ذاتی بدن تأکید داشت. در همین راستا، دیویس از داده‌های خود نتیجه‌گیری کرد که کودکان دارای یک سازوکار تنظیم‌کننده ذاتی هستند و می‌توانند رژیم غذایی سالم را عاقلانه انتخاب کنند. با این حال، او تأکید داشت که آنها فقط می‌توانند زمانی غذای سالم را انتخاب کنند که غذای سالم در دسترسشان باشد و معتقد بود که ترجیح‌های غذایی کودکان در طول زمان دستخوش تغییر می‌شود و به‌وسیله تجربه هم تغییر[4] می‌کند. برچ[5] که به‌طور گسترده‌ای به مطالعه جنبه‌های تحولی غذا خوردن پرداخته است، داده‌های دیویس را به‌گونه‌ای تفسیر نمود که براساس آن آنچه

1. Alderson

فطری (ذاتی) است «توانایی یاد گرفتن پیامدهای خوردن و یادگیری ارتباط دادن سرنخ‌های غذایی با پیامدهای گوارش به منظور کنترل دریافت غذا است» (برچ، ۱۹۸۹). بنابراین برچ بر نقش یادگیری تأکید داشت و رویکرد سیستم‌های مبتنی بر تحول را توصیف نمود.

یافته‌های دیویس درباره تغذیه آزاد را نقد کنید.

تحول ترجیح‌های غذایی را می‌توان به‌صورت مواجه شدن[1]، یادگیری اجتماعی[2]، و یادگیری مبتنی بر تداعی[3] بررسی کرد.

الف) مواجه شدن

آدمی به مصرف انواع غذاها[4] به منظور داشتن یک رژیم غذایی متعادل نیازمند است و با این حال، گاه ترس و اجتناب از مواد غذایی[4] جدید[5] که نوهراسی[6] نامیده می‌شود را نشان می‌دهند. این مسأله را «تناقض همه چیز خواری»[7] نامیده‌اند (رزین[8]، ۱۹۷۶). بنابراین کودکان کوچک‌تر پاسخ‌های نوهراسی را نسبت به غذا نشان می‌دهند. اما باید با خوردن و پذیرش غذاهایی که ممکن است تهدیدکننده به نظر برسند کنار بیایند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مواجه شدن صرف[9] با غذاهای جدید می‌تواند ترجیح‌های کودکان را دستخوش تغییر نماید. به‌عنوان مثال برچ و مارلین[10] (۱۹۸۲)، غذاهای جدیدی را در یک دوره شش هفته‌ای به کودکان دو ساله دادند. یک غذا ۲۰ دفعه، غذایی دیگر ۱۰ دفعه، غذای دیگری ۵ دفعه ارائه شدند، در حالی که یکی از غذاها جدید باقی ماند. نتایج نشان دادند که ارتباط مستقیمی میان میزان مواجه شدن و ترجیح غذایی وجود دارد و مشخص شد که حداقل ۸ تا ۱۰ بار مواجه شدن لازم است تا تغییر معنادار در ترجیح‌های غذایی شروع شود. همچنین نشان داده شده است که نوهراسی

1. exposure
2. social learning
3. associative learning
4. food stuffs
5. novel
6. neophobia

مذکرها بیش از مؤنث‌ها است (هم در بزرگسالان و هم در کودکان). و اینکه نوهراسی در خانواده‌ها به ارث می‌رسد، و در نوباوگانی که به سمت غذاهای جامد هدایت شده‌اند، کمتر ولی در کودکان نوپا، کودکان پیش‌دبستانی و بزرگسالان بیشتر است (برچ و همکاران، ۱۹۹۸).

یک تبیین فرضی برای تأثیر مواجه شدن عبارت است از دیدگاه ایمنی آموخته شده[1] (کالات[2] و رزین، ۱۹۷۳) که معتقدند ترجیح افزایش می‌یابد زیرا خوردن غذا به هیچ پیامد منفی منجر نشده است. فرضیه مواجه شدن با شواهدی که مشخص کرده‌اند نوهراسی با افزایش سن کاهش می‌یابد، مورد حمایت واقع شده است (برچ، ۱۹۸۹).

ب) یادگیری اجتماعی

یادگیری اجتماعی به توصیف تأثیر مشاهده رفتار سایر افراد روی رفتار خود فرد می‌پردازد و گاهی اوقات «سرمشق‌گیری» یا «یادگیری مشاهده‌ای» نیز نامیده می‌شود. یک مطالعه اولیه تأثیر «تلقین اجتماعی» روی غذا خوردن بچه‌ها را مورد بررسی قرار داد و در این تحقیق ترتیبی داده شد تا بچه‌ها به مشاهده مجموعه‌ای از الگوهای ایفای نقش متفاوت با الگوی غذا خوردن خودشان بپردازند (دانکر[3]، ۱۹۳۸). الگوهای انتخاب شده عبارت بودند از سایر بچه‌ها، یک بزرگسال ناشناس و یک قهرمان افسانه‌ای. نتایج نشان داد که هنگامی تغییر بیشتری در ترجیح غذایی کودکان ایجاد می‌شود که الگو یک کودک بزرگ‌تر، یک دوست یا یک قهرمان افسانه‌ای باشد. فرد بزرگسال ناشناس هیچ تأثیری روی ترجیح‌های غذایی کودک نداشت. در مطالعه دیگری از سرمشق‌گیری از همسالان برای تغییر ترجیح غذایی کودکان در مورد سبزیجات انجام شد (برچ، ۱۹۸۰). تأثیر سرمشق‌گیری از همسالان از روی تماشای برنامه ویدئویی هم نشان داده شده است. (لوا[4] و همکاران، ۱۹۹۸). این مجموعه از مطالعات از مواد فاقد ارزش غذایی[5] به‌صورت پخش ویدئویی برای کودکانی که سابقه اجتناب غذایی داشتند، استفاده کردند. این غذاها توسط کودکان بزرگ‌تری مورد استفاده قرار می‌گرفت که مشتاقانه

1. "learned safety" view
2. Kalat

غذاهای مورد اجتناب کودکان مذکور را مصرف می‌کردند. نتایج نشان دادند که مواجه شدن با «غذاهای فاقد ارزش غذایی» به‌طور معناداری ترجیح‌های غذایی کودکان را تغییر داد و به‌ویژه مصرف میوه و سبزیجات را در آنها افزایش داد. بنابراین ترجیح‌های غذایی از راه تماشای خوردن دیگران، تغییر می‌کند. همچنین بازخوردهای والدینی نسبت به غذا و خوردن برای فرایند یادگیری اجتماعی نقش محوری دارند. برخی از شواهد نشان داده‌اند که این امر ممکن است همیشه در ارتباط مستقیم با ایجاد تمایز والدین میان خودشان و فرزندانشان در غذا خوردن و انگیزش‌های مرتبط با غذا نباشند.

نقش یادگیری اجتماعی نیز به‌وسیله تأثیر تلویزیون و تبلیغات غذایی نشان داده شده است. روشن است که رسانه‌ها دارای تأثیر عمده‌ای روی خوردن افراد و فکر کردن آنها دربارهٔ غذا، دارند. همچنین رسانه‌های جمعی می‌توانند بحث عمومی غذا را شکل دهند. با این حال، مردم نسبت به رسانه‌های جمعی، تنها به‌طور منفعلانه پاسخ نمی‌دهند، بلکه آنها در اینکه تا چه میزان با پیام‌های رسانه‌ای در مورد سلامت و ایمنی رژیم‌غذایی‌شان مشارکت کنند، به قضاوت و صلاحدید می‌پردازند. علاوه بر این، رفتارهای خوردن با شرایط فردی نظیر سن، جنس، درآمد و ساختار خانواده محدود می‌شود و اینکه افراد به‌طور فعال درک غذا را هم در بافت‌های کوچک (نظیر شبکه‌های اجتماعی نزدیک خود) و هم در بافت‌های اجتماعی بزرگ (نظیر سیستم‌های تولید غذا و تولید اطلاعات) مورد بحث و جدل قرار می‌دهند. بنابراین رسانه‌های جمعی منبع حائز اهمیتی برای یادگیری اجتماعی هستند.

خلاصه اینکه، عوامل یادگیری اجتماعی برای انتخاب‌های غذایی اساسی هستند. این امر شامل افراد حائز اهمیت در محیط بلافصل فرد، به‌ویژه والدین و رسانه‌های جمعی می‌شود که اطلاعات جدیدی را ارائه می‌دهند، به نمایش الگوهای ایفای نقش می‌پردازند و رفتارها و بازخوردهایی را نشان می‌دهند که می‌توانند در منابع رفتاری خود فرد مشارکت کنند.

ج) یادگیری مبتنی بر تداعی

یادگیری مبتنی بر تداعی به تأثیر عوامل اجتماعی روی رفتار اشاره دارد. گاهی اوقات

شدن کشنگر عمل می‌کنند. در مورد غذا خوردن، پژوهش‌ها تأثیر همایندسازی سرنخ‌های غذا با جنبه‌هایی از محیط را مورد بررسی قرار داده‌اند. به‌ویژه، وقتی غذا با یک پاداش همایند شده است، به‌عنوان یک پاداش مورد استفاده قرار گیرد و با پیامدهای فیزیولوژیک همایند شود. پژوهش‌ها همچنین ارتباط میان مهار (کنترل)[1] و غذا را توصیف نموده است.

۱. پاداش [illegible] غذا خوردن

برخی از پژوهش‌ها، تأثیر پاداش‌دهی غذا خوردن را مورد بررسی قرار داده‌اند، مثلاً در مورد این جمله: اگر سبزیجات را بخوری، من از تو راضی خواهم بود. به‌عنوان مثال: برچ و همکاران (۱۹۸۰) غذا را به همراه توجه مثبت بزرگسالان در مقایسه با موقعیت‌های خنثی‌تر به کودکان ارائه دادند. که نشان داده شد که این کار ترجیح غذایی را افزایش می‌دهد.

۲. غذا به‌عنوان [illegible] پاداش

برخی پژوهشگران تأثیر استفاده از غذا به‌عنوان یک پاداش را توضیح داده‌اند. در این مطالعات که به‌دست آوردن دسترسی به غذا را منوط به رفتار دیگری می‌دانند، به‌عنوان مثال: در جمله «اگر خوب رفتار کنی، می‌توانی یک بیسکویت بخوری». برچ و همکاران (۱۹۸۰) غذا را به‌عنوان یک پاداش، یا به‌عنوان یک عصرانه یا در یک موقعیت غیراجتماعی (در گروه کنترل) ارائه دادند. نتایج نشان داد که اگر غذا به‌عنوان یک پاداش ارائه شوند، پذیرش آن افزایش می‌یابد اما اگر در شرایط خنثی‌تری ارائه شود، هیچ تأثیری ندارد. این یافته نشان می‌دهد که استفاده از غذا به‌عنوان یک پاداش، ترجیح آن غذا را افزایش می‌دهد. گاهی اوقات غذایی که به‌عنوان یک پاداش ارائه شده بود، دارای کمترین ترجیح شد که این امر با مطالعات مشابهی مورد حمایت واقع شده است (برچ و همکاران، ۱۹۸۴؛ نیومن[2] و تیلور[3]، ۱۹۹۲).

[illegible]

با وجود اینکه والدین از این رویکرد برای ترغیب فرزندشان برای خوردن سبزیجات استفاده می‌کنند، شواهد نشان می‌دهند که این کار ممکن است ترجیح کودکان را برای خوردن غذای دیگر شکل دهد و حتی علاوه بر این هنگام همایندسازی دو غذا مشاهده شده است که غذای «پاداش» دارای تأثیر مثبت‌تری نسبت به غذای «در دسترس» است.

۳. غذا و کنترل (مهار)

برخی از پژوهش‌ها تأثیر کنترل را عنوان نموده‌اند، مانند مطالعاتی که مشخص کرده‌اند اغلب والدین معتقدند که محدودیت دسترسی به غذا و ممنوع کردن آنها برای خوردن غذا راهبردهای خوبی برای ارتقای ترجیح‌های غذایی هستند (کیسی[1] و رزین[2]، ۱۹۸۹). برچ (۱۹۹۹) به مرور شواهدی برای تأثیر تحمیل هر شکلی از کنترل والدینی روی خوردن غذا پرداخت و معتقد بود که چنین استفاده‌ای از غذاها دارای تأثیر منفی روی ترجیح‌های غذایی کودکان است. او از مطالعه مروری خود نتیجه‌گیری نمود که آن دسته از راهبردهای غذا خوردن که دسترسی کودکان به غذاهای عصرانه را محدود می‌کنند، واقعاً باعث می‌شوند تا غذاهای مورد محدودیت، جذاب‌تر باشند. به‌عنوان مثال هنگامی که تلاش می‌شود تا غذا، آزادانه در دسترس باشد، بچه‌ها غذاهای محدود شده را بیشتر از غذاهای محدود نشده انتخاب می‌کنند، به‌ویژه هنگامی که مادر حضور نداشته باشد (فیشر و برچ، ۱۹۹۹؛ فیشر و همکاران، ۲۰۰۰). از این دیدگاه، به نظر می‌رسد کنترل والدینی دارای تأثیر زیان‌بخشی روی رفتار خوردن کودک است. با این حال، برعکس برخی از مطالعات نشان می‌دهند که کنترل والدینی ممکن است واقعاً وزن را کاهش دهد و رفتار خوردن را بهبود بخشد. چندین تبیین ممکن برای این نتایج متعارض وجود دارد. اول اینکه، مطالعات مذکور با استفاده از جمعیت‌های مختلف در کشورهای مختلف انجام شده‌اند. دوم اینکه، مطالعات مذکور از مقیاس‌های اندازه‌گیری متفاوتی استفاده نموده‌اند. این نتایج متناقض ممکن است منعکس‌کننده ماهیت متناقض کنترل والدینی باشد، به‌طوری‌که کنترل والدینی سازه‌ای پیچیده‌تر از آن است که بتوان

آن را به‌وسیله هر مقیاس اندازه‌گیری موجود سنجید. اگدن، رینولدز[1] و اسمیت (۲۰۰۶) این امکان سوم را توضیح دادند و تأثیر ایجاد تمایز میان کنترل آشکار[2] که می‌تواند به‌وسیله کودک تشخیص داده شود (به‌عنوان مثال: سرسخت بودن نسبت به اینکه کودک چقدر باید بخورد) و کنترل پنهان[3] که کودک نمی‌تواند آن را تشخیص دهد (به‌عنوان مثال: نخریدن غذاهای غیرسالم و نیاوردن آنها به خانه) را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان دادند که اشکال متفاوت کنترل، به‌شیوه‌ای متفاوت مصرف غذای میان وعده را پیش‌بینی می‌کند و اینکه، در حالی که کنترل پنهان بیشتر با کاهش مصرف میان وعده‌های ناسالم در ارتباط بود، کنترل آشکار بیشتر، افزایش مصرف میان وعده‌های سالم را پیش‌بینی می‌کرد.

۴. غذا و پیامدهای فیزیولوژیکی

مطالعات ارتباط میان سرنخ‌های غذایی و پاسخ‌های فیزیولوژیکی نسبت به مصرف غذا را توضیح داده‌اند: ادبیات غنی برای نشان دادن اکتساب انواع بیزاری‌های غذایی متعاقب پیامدهای معدی ـ روده‌ای منفی وجود دارد (به‌عنوان مثال: گارسیا[4] و همکاران، ۱۹۷۴). به‌عنوان مثال: بیزاری از صرف غذای دریایی، می‌تواند بعد از یک مورد ناراحتی معده متعاقب مصرف ماهی ایجاد شود. همچنین پژوهش‌ها همایند نمودن سرنخ‌های غذایی بااحساس اشباع (سیری) که متعاقب مصرف غذاهای مذکور ایجاد می‌شود، را توضیح داده‌اند.

از نظر شما رواج غذا به‌عنوان پاداش چه مشکلات سلامتی را در جامعه ایجاد می‌کند؟

۲. الگوهای شناختی رفتار خوردن

بیشتر پژوهش‌هایی که از رویکرد شناختی استفاده نموده‌اند، از الگوهای اجتماعی شناختی هم استفاده کرده‌اند. این الگوهایی که برای رفتار خوردن به‌کار گرفته

شده‌اند هم به‌عنوان ابزاری برای پیش‌بینی رفتار خوردن و هم به‌عنوان ابزاری مداخلاتی که رفتار خوردن را تغییر می‌دهند، معتبر هستند. در اینجا روی پژوهش‌هایی متمرکز می‌شویم که از «نظریه عمل مستدل»[1] و «نظریه رفتار هدفمند»[2] استفاده می‌کنند. این نظریه‌ها قبلاً در فصل دوم مرور شده‌اند.

برخی از پژوهشگران با استفاده از رویکرد اجتماعی شناختی برای رفتار خوردن، روی پیش‌بینی اهداف مصرف غذاهای خاص متمرکز شده‌اند. به‌عنوان مثال پژوهش‌ها حدود ارتباط شناخت‌ها با نیات یا مقاصد[3] خوردن انواع بیسکویت‌ها و انواع نان‌های سبوس‌دار (اسپارکز[4] و هدرلی وشفرد، ۱۹۹۲)، شیر بدون چربی[5] (راآتز[6] و همکاران، ۱۹۹۷) و سبزی‌های طبیعی[7] (اسپارکز وشفرد[8]، ۱۹۹۲) را توصیف نموده‌اند. بیشتر پژوهش‌ها معتقدند که اهداف رفتاری به‌طور اخص پیش‌بینی‌کننده‌های خوبی برای رفتار نیستند. بنابراین همچنین مطالعات عمل مستدل و رفتار هدفمند برای توصیف پیش‌بینی‌کننده‌های شناختی رفتار واقعی استفاده کرده‌اند. به‌عنوان مثال شفرد و استاکلی (۱۹۸۵) از عمل مستدل برای پیش‌بینی مصرف چربی استفاده کردند و گزارش نمودند که بازخورد[9] پیش‌بینی‌کننده بهتری نسبت به هنجارهای ذهنی است. به همین ترتیب متوجه شده‌اند که بازخوردها بهترین پیش‌بینی‌کننده مصرف نمک هستند (شفرد و فارلیق[10]، ۱۹۸۶). غذا خوردن در رستوران‌های غذای حاضری[11] (اکلسون[12] و همکاران، ۱۹۸۳)، تکرار مصرف شیر کم چرب (شفرد، ۱۹۸۸) و غذا خوردن سالم به‌صورت سطوح بالای مصرف سبوس (فیبر) و میوه و سبزیجات و سطوح پایین مصرف چربی مفهوم‌سازی شده است (پووی[13] و همکاران، ۲۰۰۰). همچنین پژوهش‌ها نقش کنترل رفتاری ادراک شده را در پیش‌بینی رفتار به‌ویژه در ارتباط با کاهش وزن

1. Theory of Reasoned Action
2. Theory of Planned Behavior
3. intentions
4. Sparks
5. skimmed milk
6. Raats
7. Organic vegtables
8. Shepherd
9. attitude

نشان داده‌اند (اسچیفتر[1] و آژزن[2]، ۱۹۸۵) و غذا خوردن سالم (پووی و همکاران، ۲۰۰۰). مؤلفه هنجارهای اجتماعی این الگوها را برای پیش‌بینی رفتار اجتماعی با شکست مواجه شده‌اند.

در مورد رفتار غذا خوردن فرض بر آن است که افراد غذاهای معینی را دوست ندارند و این بازخوردها حاوی ارزش مصرف غذا را پیش‌بینی می‌کند. با این حال، مطالعات اخیر نیز نقش دوسوگرایی در پیش‌بینی رفتار را توضیح داده‌اند (تامپسون[3] و همکاران، ۱۹۹۵) و این برای رفتار غذا خوردن به‌کار گرفته شده است (اسپارکز[4] و همکاران، ۲۰۰۱). نقطه مرکزی همه تعاریف دوسوگرایی همزمان بودن ارزش‌های مثبت و منفی با هم است که به نظر می‌رسد به‌ویژه برای رفتار غذا خوردن متناسب باشد به‌طوری‌که افراد ممکن است بازخوردهای متناقضی را نسبت به غذاها به معنای «خوشمزه بودن»، «سالم بودن»، «چاق‌کننده» و «یک خوراکی» داشته باشند. اسپارکز و همکاران (۲۰۰۱) بررسی نمودند که آیا دوسوگرایی می‌تواند مصرف شکلات یا گوشت را پیش‌بینی کند، شرکت‌کنندگان ۳۲۵ نفر داوطلب بودند که به گونه‌ای پرسشنامه‌ای پاسخ دادند که شامل مقیاس دوسوگرایی بود که به‌صورت معنای ارزش‌های منفی و مثبت دوسوگرایی را ارزیابی می‌کرد (به‌عنوان مثال: «شکلات چقدر دارای ارزش مثبت است» و «چقدر شکلات دارای ارزش منفی است»)و بعد این میانگین به‌دست آمده را از تفاوت میان دو ارزش‌یابی تفریق کردند (به‌عنوان مثال: «مجموع مثبت‌ها منهای مجموع منفی‌ها»). این محاسبه نمره‌ای را تدارک دید که منعکس‌کننده تعادل میان احساسات مثبت و منفی بود. در راستای مطالعات رفتار هدفمند، نتایج نشان دادند که بازخوردها فی‌نفسه بهترین پیش‌بینی‌کننده قصد مصرف گوشت و شکلات هستند. همچنین نتایج نشان دادند که ارتباط میان بازخورد و قصد در شرکت‌کنندگانی که دوسوگرایی بیشتری داشتند، ضعیف‌تر است. این یافته بیانگر آن است که داشتن بازخوردهای مثبت و منفی نسبت به یک غذا باعث می‌شود تا احتمال این مسأله را کمتر می‌کند که بازخورد کلی به‌صورت قصد (نیت) خوردن آن غذا ترجمه شود.

الگوی شناختی رفتار غذا خوردن نقش شناخت‌ها را برجسته می‌سازد و

شناخت‌هایی را آشکار می‌کند که در رویکرد تحولی پنهان بودند. الگوی مذکور چارچوب مفیدی را برای مطالعه این شناخت‌ها فراهم می‌سازد و تأثیر آنها روی رفتار را برجسته می‌سازد.

الگوی نگرانی درباره وزن

الف) معنای غذا و وزن

غذا با بسیاری از معانی نظیر یک رفتار، یک جشن، میوه ممنوعه، وسیله‌ای برای جمع کردن خانواده دور هم، یک مادر خوب بودن و یک کودک خوب بودن در ارتباط است (اگدن، ۲۰۰۳). علاوه بر این، غذایی که خورده می‌شود می‌تواند وزن و شکل بدن را تغییر دهد که این هم با معناهایی نظیر جذابیت، کنترل و موفقیت در ارتباط است (اگدن، ۲۰۰۳). در نتیجه این معناها، زنان بسیاری، به‌ویژه برای وزن اهمیت زیادی قایل می‌شوند. برخی از این نگرانی‌ها به‌ویژه در زنان باعث نارضایتمندی‌های بدنی می‌شود.

نارضایتمندی بدنی چیست؟

نارضایتمندی بدنی در بسیاری از اشکال ظاهر می‌شود. برخی از پژوهش‌ها نارضایتمندی‌بدنی به‌صورت برآورد تحریف شده اندازه بدن[1] و ادراک اینکه بدن بزرگ‌تر از آنچه واقعاً است، تعریف کرده‌اند. به‌عنوان مثال: اسلید[2] و راسل[3] (۱۹۷۳) از افراد مبتلا به روان بی‌اشتهایی خواستند تا فاصله میان دو نور را روی یک چوب[4] در یک اتاق تاریک تنظیم کنند، تا اینکه نورها بیانگر عرض بخش‌هایی از بدنشان نظیر فاصله دو استخوان لگن، کمر و شانه‌ها باشند. نتایج نشان دادند که افراد روان‌بی‌اشتها اندازه بدنشان را در مقایسه با آزمودنی‌های گروه کنترل بیش از حد، برآورد می‌کنند. این پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد مبتلا به اختلالات خوردن، تحریف ادراکی بیشتری را نسبت به آزمودنی‌های غیربیمار نشان می‌دهند. با این حال، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تعداد عمده‌ای از زنان، مبتلا یا غیرمبتلا به اختلالات خوردن فکر می‌کنند، از آن

چیزی که واقعاً هستند، چاق‌ترند.

برخی از پژوهش‌ها بر تفاوتی تأکید کرده‌اند که میان ادراک‌های واقعیت در برابر ادراک‌های آرمانی، وجود دارد، بدون مقایسه با اندازه واقعی فرد که به‌طور عینی توسط پژوهشگر اندازه‌گیری شده است. در حالی که از آزمودنی خواسته می‌شود تا بیان کند که کدام یک از تصاویر مذکور به آن چه که او حالا به نظر می‌آید نزدیک‌تر است و کدامیک به بهترین وجه نشان می‌دهند که او دوست دارد چگونه به‌نظر بیاید. به‌عنوان مثال: استانکارد[1] و همکاران (۱۹۸۳) این رویکرد را برای دانشجویان مذکر و مؤنث بهنجار به‌کار بردند، کانتز[2] و آدامز[3] (۱۹۸۵) آن را برای افراد مبتلا به پرخوری عصبی، افرادی که رژیم گرفته‌اند و زنانی که قبلاً چاق بودند به‌کار بردند و کولینز[4] (۱۹۹۱) آن را برای کودکان مورد استفاده قرار دادند. نتایج نشان داد که دختران و زنان دوست دارند که لاغرتر از آنچه که هستند باشند و بیشتر افراد مذکر دوست دارند که یا همانگونه که هستند و یا بزرگ‌تر از وضعیت کنونی به نظر آیند.

آخرین شیوه‌ای که به‌واسطه آن می‌توان به نارضایت‌مندی بدنی پی برد، به سادگی عبارت است از شناخت و احساس‌های منفی نسبت به بدن. این روش با استفاده از پرسش‌نامه‌هایی نظیر پرسش‌نامه شکل بدن[5] (کوپر[6] و همکاران (۱۹۸۷)، مقیاس رضایت از بخش‌هایی از بدن[7] (براون[8] و همکاران، ۱۹۹۰) و زیر مقیاس نارضایت‌مندی بدنی[9] از پرسش‌نامه اختلالات خوردن[10] (گارنر[11]، ۱۹۹۱) ارزیابی شده است. این پرسش‌نامه‌ها پرسش‌هایی نظیر «آیا شما در مورد بزرگ بودن بیش از حد بخش‌هایی از بدنتان نگران هستید؟»، «آیا شما در مورد بزرگ‌تر جلوه نمودن ران‌هایتان به هنگام نشستن نگران هستید» پژوهش‌هایی از این دست نشان داده‌اند که با وجود اینکه افراد مبتلا به اختلال‌های خوردن نارضایت‌مندی بدنی بیشتری را نسبت به افراد

1. Stunkard
2. Counts
3. Adams
4. Collins
5. body shape questionaire
6. Cooper
7. the body areas satisfaction scale

غیرمبتلا نشان می‌دهند، افرادی که تحت رژیم‌غذایی هستند نیز نارضایت‌مندی بدنی بیشتری را نسبت به افرادی که تحت رژیم غذایی خاص نیستند، نشان می‌دهند و در مجموع زنان بیش از مردان نارضایت‌مندی بدنی را گزارش می‌کنند.

بنابراین نارضایت‌مندی بدنی را می‌توان به‌عنوان تفاوت میان ادراک افراد از انداز بدنی‌شان با اندازه واقعی بدنی‌شان، یا تفاوت میان ادراک سایز واقعی‌شان با سایز ایده‌آل‌شان (آرمانی‌شان) یا به‌طور ساده به‌عنوان احساس‌هایی از نارضایتی در مورد شکل و اندازه بدن مفهوم‌سازی کرد.

دلایل نارضایت‌مندی بدنی

نارضایت‌مندی بدنی دلایل مختلفی دارد که در این بخش توضیح داده می‌شوند.

الف) نقش رسانه‌های جمعی

شایع‌ترین باور احتمالاً عبارت است از اینکه نارضایت‌مندی بدنی پاسخی به بازنمایی از زنان لاغر در رسانه‌هاست.

ب) قومیت

با وجود این که نارضایت‌مندی بدنی به‌طور برجسته به‌عنوان یک مشکل برای زنان سفیدپوست مطرح شده است، بررسی ادبیات آن بیانگر ارتباط نارضایت‌مندی بدنی با گروه‌های قومی است که این مسأله تناقض برانگیز است. به‌عنوان مثال میزان زیادتری از رفتارهای مرتبط با نارضایت‌مندی بدنی در زنان سفیدپوست در مقایسه با زنان سیاه‌پوست و یا زنان آسیایی به‌صورت رفتارهای پرخوری (گری[1] و همکاران، ۱۹۸۷)، اختلال منتشر خوردن[2] (ابرامز[3] و همکاران، ۱۹۹۲؛ اکان[4] و گریلو[5]، ۱۹۹۵) و نگرانی‌های خوردن و نارضایت‌مندی بدنی (راکر[6] و کش[7]، ۱۹۹۲؛ پاول[8] و خان[9]،

1. Gray
2. generalized disordered eating
3. Abrams
4. Akan
5. Grilo

۱۹۹۵) ملاحظه شده است.

ج) طبقه اجتماعی

به‌طور کلی این باور نسبت به نارضایت‌مندی بدنی وجود دارد که نارضایت‌مندی بدنی مسأله طبقات بالای اجتماعی است. با این حال، بررسی ادبیات پژوهشی طبقه اجتماعی نیز مسایل متناقضی را مطرح می‌کند. چندین مطالعه در این حوزه نشان می‌دهند که عواملی در طیف نارضایت‌مندی بدنی، تحریف بدنی و رفتار رژیم‌گرفتن تا اختلال‌های خوردن در افراد متعلق به طبقات بالای اجتماعی دارای شیوع بیشتری است. به‌عنوان مثال رورن باخ[1] و همکاران (۱۹۸۴) به بررسی طبقه اجتماعی و تمایل به لاغر بودن در یک نمونه ۷۰۰۰ نفری از نوجوانان آمریکایی پرداختند و نتیجه گرفتند که زنان طبقات بالای اجتماعی خواهان لاغرتر بودن هستند به‌ویژه هنگامی که با همردیفان طبقات پایین‌تر اجتماعی‌شان مقایسه می‌شدند.

د) خانواده

همچنین پژوهش‌ها روی تأثیر خانواده در پیش‌بینی از نارضایت‌مندی بدنی تمرکز نموده‌اند. به‌ویژه نقش مادر برجسته شده است و معتقدند مادرانی که نسبت به بدن خودشان نارضایت‌مندی بدنی دارند، به شیوه‌ای با دخترانشان ارتباط برقرار می‌کنند که باعث می‌شود در دخترانشان هم نارضایت‌مندی بدنی ایجاد کنند. به‌عنوان مثال هال[2] و براون[3] (۱۹۸۲) گزارش نمودند که مادران دختران مبتلا به روان بی‌اشتهایی دارای نارضایت‌مندی بدنی بیشتری نسبت به مادران دخترانی هستند که این اختلال را ندارند.

از نظر شما عوامل فوق را با کدام عنوان می‌توان دسته‌بندی کرد؟

عوامل روان‌شناختی

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که نارضایت‌مندی بدنی ممکن است با طبقه اجتماعی، قومیت

و محیط خانوادگی در ارتباط باشد، اما این ارتباط یک ارتباط باثبات نیست. شاید جستجوی ساده تفاوت‌های گروهی تأثیر سایر علل روان‌شناختی را از نظر دور نگاه دارند. از این‌رو، قومیت ممکن است با نارضایت‌مندی بدنی در ارتباط باشد، اما تنها هنگامی که قومیت با مجموعه ویژه‌ای از باورها همراه می‌شود، این اتفاق رخ می‌دهد. علاوه بر این، نارضایت‌مندی بدنی مادر ممکن است تنها وقتی حائز اهمیت باشد که در یک نوع ارتباط خاص اتفاق بیافتد. پژوهش‌ها به توصیف نقش باورها، ارتباط مادر ـ دختر و نقش محوری کنترل پرداخته‌اند.

باورها

برخی از پژوهش‌ها به بررسی باورهایی پرداخته‌اند که افراد در خانواده‌هایشان یا خودشان آنها را دارند. به‌عنوان مثال هنگام تلاش برای فهم قومیت، نقش باورها را در مورد رقابت‌جویی، ارزش پیشرفت، ابزار موفقیت و باور والدینی در مورد اینکه فرزند نمود آینده مادر / یا پدر است را برجسته نموده‌اند (اگدن و چانانا[1]، ۱۹۹۸).

بنابراین باورهایی در مورد رقابت‌جویی، پیشرفت، ابزار موفقیت، نقش زنان، تفکرهایی قالبی در مورد زیبایی و ارتباط مادر ـ کودک به‌عنوان انواعی از باورهایی که ممکن است نارضایت‌مندی بدنی را پیش‌بینی کنند را برجسته نموده‌اند.

ارتباط مادر ـ دختر

همچنین برخی از پژوهش‌ها ماهیت ارتباط مادر ـ دختر را شرح داده‌اند. به‌عنوان مثال کریسپ و همکاران (۱۹۸۰) معتقد بودند که وجود مرزهای تعریف نشده در خانواده و وجود ارتباط‌های حاوی درگیری[2] میان دختر و مادر ممکن است عوامل حائز اهمیتی باشند. همچنین اسمیت[3] و همکاران (۱۹۹۵) معتقد بودند که ارتباط نزدیک میان مادر و دختر ممکن است باعث ایجاد یک ارتباط درهم شود و مسائلی را به همراه جدایی در دوره نوجوانی ایجاد کنند. علاوه بر این، مینوچین[4] و همکاران (۱۹۷۸) معتقدند که علی‌رغم آنکه خودمختاری مطلوب به معنای شکستن همه مرزهای بین مادر و دختر

نیست، ارتباط‌های مادر ـ دختری که اجازه می‌دهند تا در هر فرد فقر خودمختاری ایجاد شود، ممکن است پیش‌بینی کننده آسیب‌شناسی روانی آتی باشند. علاوه بر این، بروچ (۱۹۷۴) معتقد بود که روان بی‌اشتهایی ممکن است نتیجه جدال کودک برای گسترش و تحول هویت خود او در پویایی مادر ـ دختر باشد که خودمختاری دختر را محدود می‌کند.

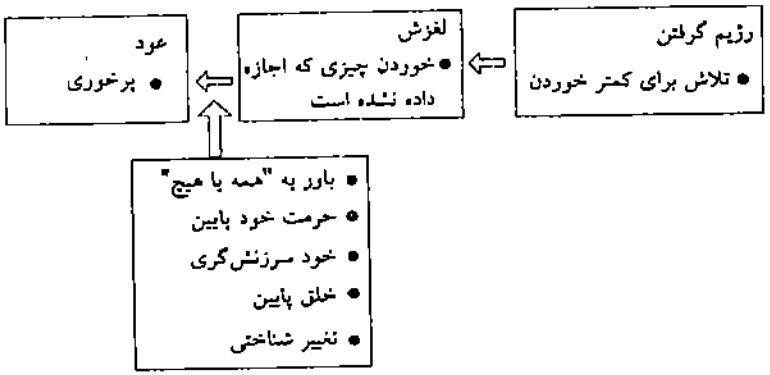
نقش کنترل (مهار)

برخی تحقیقات بر نقش مهار یا کنترل نیز بر نارضایت‌مندی بدنی نیز تأکید کرده‌اند.

رژیم گرفتن و پرخوری (خوردن بیش از حد)

رژیم گرفتن همواره با محدودیت‌هایی در غذا خوردن همراه بوده است این محدودیت‌ها از جمله نگرانی‌های عمده متخصصان بوده است. چندین مطالعه نشان داده‌اند که سطوح بالاتر غذا خوردن با محدودیت با افزایش مصرف غذا در ارتباط است. به‌عنوان مثال رودرمن[1] و ویلسون[2] (۱۹۷۹) از روش آزمون چشیدن / پیش وعده استفاده کردند و گزارش نمودند که افرادی که رژیم غذایی‌شان را محدود می‌کنند، به‌طور معناداری غذای بیشتری از افرادی که غذایشان را محدود نمی‌کنند، بدون توجه به اندازه پیش غذا مصرف می‌کنند. به‌ویژه، نظریه محدودیت، عدم بازداری[3] محدودیت را به‌عنوان ویژگی پرخوری افرادی که محدودیت غذایی دارند، تعیین کرده‌اند (هرمان و مک،؛ اسپنسر[4] و فرماو[5]، ۱۹۷۹؛ هرمان و همکاران، ۱۹۸۷). یک مطالعه اصیل نشان‌دهنده عدم بازداری (هرمان و مک، ۱۹۷۵) از روش آزمون چشیدن / پیش غذا استفاده کردند و دو گروه از افرادی که رژیم غذایی داشتند و افرادی که رژیم غذایی نداشتند را با ارائه پیش غذای پرکالری یا با ارائه پیش‌غذای کم کالری آزمون نمودند.

1. Ruderman
2. Wilson

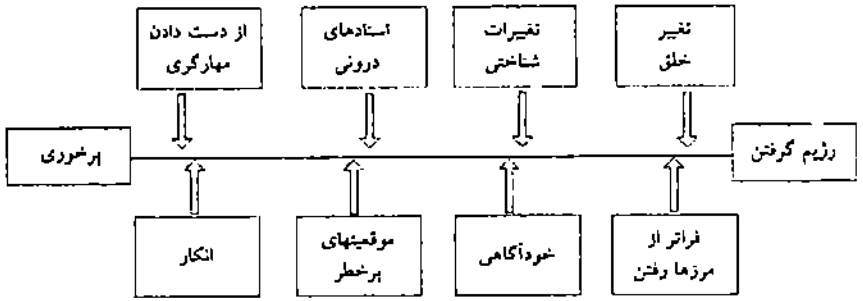


شکل ۷-۲: تأثیر حذف بازداری به‌عنوان شکلی از عود

شکل۷-۲ نشان می‌دهد که پرخوری در پاسخ به پیش وعده غذایی پرکالری است. در کل، عدم بازداری به‌صورت «خوردن بیشتر در نتیجه تخفیف محدودیت‌ها» در پاسخ به ناراحتی هیجانی، مسمومیت یا مصرف پیش غذا تعریف می‌شود و تعریف آن، راه را برای پژوهش‌هایی که به بررسی نقش محدودیت غذایی در پیش‌بینی رفتار پرخوری می‌پردازند، هموار می‌کنند.

دلایل پرخوری

امروزه پرخوری یکی از مهمترین مشکلات سلامتی است که با انواع بیماری‌ها مرتبط است. این رفتار در برخی به‌صورت عادت درآمده است. تعدادی از این افراد به سمت رژیم گرفتن کشیده می‌شوند و یکی از پیامدهای رژیم‌های سخت نیز پرخوری است. پژوهش‌ها سازوکارهای علّی این نوع پرخوری را بررسی کرده‌اند. این موارد در زیر توصیف شده‌اند و شامل الگوی علّی پرخوری، الگوی مرز پرخوری، تغییرات شناختی، تغییر خلق، انکار، نظریه فرار، پرخوری به مثابه عود و نقش پرخوری هستند.



شکل ۷-۳: از رژیم گرفتن تا پرخوری

تحلیل علّی پرخوری[1]

تحلیل علّی رفتار خوردن اولین بار توسط هرمان و پولیوی توصیف شد (هرمان و مک، ۱۹۷۵؛ هرمان و پلیوی، ۱۹۸۰، ۱۹۸۸؛ پلیوی و هرمان، ۱۹۸۳، ۱۹۸۵). آنها معتقد بودند که رژیم گرفتن و زیاد خوردن به‌طور علّی با هم مرتبطند و اینکه محدودیت نه تنها بر پرخوری مقدم است بلکه در علیت آن هم نقش دارد (پلیوی و هرمان، ۱۹۸۳). این نشان می‌دهد که تلاش برای نخوردن، به‌طور متناقض احتمال پرخوری را افزایش می‌دهد. رفتار خاصی که رژیم‌گیرنده‌ها برای اجتناب تلاش می‌کنند با تحلیل علّی محدودیت بیانگر رویکرد جدیدی به رفتار خوردن و پیش‌بینی آن است که محدودیتی که واقعاً باعث پرخوری می‌شود، یک ارزیابی جالب برای آن موقعیت است.

الگوی مرز پرخوری[2]

در تلاش برای تبیین اینکه چگونه رژیم گرفتن باعث پرخوری می‌شود، هرمان و پلیوی (۱۹۸۴) «الگوی مرز» را مطرح نموده‌اند که بیانگر یکپارچگی رویکردهای شناختی و فیزیولوژیکی در جذب (مصرف) غذا است. «الگوی مرز» در شکل قبل نمایش داده شده است.

براساس این الگو، مصرف غذا به‌وسیله یک مرز تعیین‌کننده فیزیولوژیایی گرسنگی برانگیخته می‌شود و به‌وسیله یک مرز تعیین‌کننده فیزیولوژیایی سیری بازداری

می‌شود. علاوه بر این، الگوی مرز نشان می‌دهد که مصرف غذایی محدودکنندگان غذایی با «مرز رژیم» تعیین‌کننده شناختی تنظیم می‌شود. این نشان می‌دهد که رژیم‌گیرندگان عود کنترل فیزیولوژیایی را جایگزین کنترل شناختی می‌کنند که بیانگر آن است که سهم تعیین‌شده انتخابی رژیم‌گیرنده برای مصرف در یک موقعیت مشخص است (هرمان و پلیوی، ۱۹۸۴).

تغییرات شناختی[1]

روشن شده است که پرخوری رژیم‌گیرنده‌ها به‌صورت ایجاد تغییراتی در مجموعه شناختی فرد است. برای اولین بار این مسأله به‌صورت درهم ریختن خود مهارگری فرد رژیم‌گیرنده به‌صورت «فروپاشی انگیزشی»[2] و حالتی از تسلیم شدن در برابر کشاننده‌های بسیار قوی خوردن توصیف شده است (پلیوی و هرمان، ۱۹۸۳). اگدن و واردل (۱۹۹۱) مجموعه شناختی رژیم‌گیرنده‌های بدون بازداری را تحلیل نمودند و معتقد بودند که چنین فروپاشی در خودمهارگری منعکس‌کننده الگوی منفعلی از پرخوری است و شامل عناصری از انفعال به‌صورت عواملی نظیر «تسلیم شدن»، «انصراف» و «انفعال» است. به‌ویژه، مصاحبه با افرادی که دارای محدودیت و یا عدم محدودیت غذایی هستند، نشان داده است که افراد دارای محدودیت غذایی گزارش نموده‌اند که شناخت‌های منفعلانه بعد از مصرف پیش‌غذای پرکالری دارند که شامل افکار نظیر «من در برابر هر گونه اشتیاق و کشش کد دارم، تسلیم می‌شوم» و «من نمی‌توانم خودم را به زحمت بیاندازم» و «نخوردن مستلزم تلاش بسیار زیاد است» (اگدن و واردل، ۱۹۹۱) می‌شود.

الگوی جایگزین پرخوری معتقد است که پرخوری منعکس‌کننده تصمیم‌گیری فعال برای پرخوری است و اگدن و واردل (۱۹۹۱) معتقدند که آنچه در تأثیر نیفتادن در چاه پنهان است عبارت است از یک واکنش فعال در برابر رژیم‌گرفتن. این فرضیه، با استفاده از شیوه آزمون چشیدن / پیش غذا آزمون شد و شناخت‌ها با استفاده از مقیاس‌های درجه‌بندی، مصاحبه‌ها و تکلیف استروپ[3] که یک آزمون شناختی برای

توجه انتخابی است، مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج دو مطالعه نشان دادند که افراد رژیم‌گیرنده به غذاهای پرکالری با افزایش فعالیت وضعیت ذهنی است که به‌صورت شناخت‌ها نظیر «طغیان»[1]، «چالش» و «سرکشی»[2] و افکاری نظیر «الان اهمیتی نمی‌دهم، فقط می‌خواهم شکمم را پر کنم» مشخص می‌شود (اگدن و واردل، ۱۹۹۱). این اعتقاد وجود دارد که به جای تسلیم شدن منفعلانه در برابر تمایل مقاومت‌ناپذیر در برابر خوردن، همانگونه که به‌وسیله سایر الگوها پیشنهاد شده است، فرد پرخور ممکن است به‌طور فعال تصمیم به پرخوری به‌عنوان شکلی از طغیان در برابر محدودیت‌های غذایی که به خود تحمیل نموده است، بگیرد. این حالت طغیان‌گرایانه ذهن در افراد چاق به صورتی است که گزارش می‌کنند پرخوری «شیوه‌ای برای رهایی از رنجش»[3] است (لورو[4] و ارلئانز[5]، ۱۹۸۱).

تغییر خلق[6]

رژیم‌گیرندگان در پاسخ به خلق پایین پرخوری می‌کنند و پژوهشگران معتقدند که رفتار عدم بازداری، فرد را قادر می‌سازد تا خلق منفی را با خلق موقتی که به‌وسیله خوردن ایجاد شده است، پنهان کند به این کار «فرضیه پنهان کردن»[7] گویند و به‌وسیله مطالعات تجربی آزمون شده است.

نقش انکار[8]

پژوهش‌های شناختی نشان می‌دهند که سرکوب افکار و مهار (کنترل) افکار می‌تواند تأثیر متناقضی در وادار نمودن افکاری داشته باشد که فرد سعی در سرکوب کردن شدید آنها دارد، داشته باشد (ونزلاف[9] و وگنر[10]، ۲۰۰۰). این «نظریه فرآیندهای عجیب و غریب کنترل ذهنی»[11] نامیده می‌شود (وگنر، ۱۹۹۴). به‌عنوان مثال: در یک مطالعه اولیه،

1. rebellious
2. defiant
3. resentment
4. Loro
5. Orlrans
6. mood modification
7. masking hypothesis

از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا سعی کنند که به یک خرس سفید فکر نکنند، اما اگر این کار را کردند، زنگ را به صدا درآورند (وگنر و همکاران، ۱۹۸۷). نتایج نشان داد که آنهایی که سعی کردند که به خرس فکر نکنند بسیار بیشتر از افرادی که به آنها گفته شده بود که به خرس فکر کنند، به خرس فکر کردند. تصمیم‌گیری برای نخوردن غذاهای خاص یا برای کمتر خوردن یک مسأله اصلی برای مجموعه شناختی فرد رژیم‌گیرنده محسوب می‌شود. این باعث ایجاد حالت مشابهی از انکار شده و تلاش برای سرکوب فکر ایجاد می‌کند و نشان داده شده است که رژیم‌گیرنده‌ها غذا را به‌عنوان «ممنوعیت» می‌بینند (به‌عنوان مثال: کینگ[1] و همکاران، ۱۹۸۷) و نشان داده شده است که آنها دچار اشتغال ذهنی نسبت به غذا می‌شوند و سعی می‌کنند تا آن را انکار کنند (گریلو[2] و همکاران، ۱۹۸۹؛ اگدن، ۱۹۹۵a). بنابراین، به محض اینکه غذا انکار می‌شود، به‌طور همزمان ممنوع شده انگاشته می‌شود که به‌صورت غذا خوردنی که هرگونه تلاش برای از دست دادن وزن را متزلزل می‌کند، درمی‌آید.

نظریه فرار[3]

همچنین پژوهشگران از نظریه فرار برای تبیین پرخوری استفاده کرده‌اند (هیترتون[4] و باومیستر[5]، ۱۹۹۱؛ هیترتون و همکاران، ۱۹۹۳). این رویکرد را هم برای ویژگی‌های پرخوری رژیم‌گیرنده‌ها و هم برای شکل شدیدتری از پرخوری با حجم‌های زیاد در افراد مبتلا به جوع[6] (پرخوری عصبی) به‌کار بردند و پرخوری را به‌عنوان پیامد «تغییر انگیزشی سطوح پایین خود ـ آگاهی» توصیف نمودند. این رویکرد معتقد است که افراد مستعد پرخوری مقایسه‌هایی را با استانداردهای بالا و آرمان‌های مورد تقاضا، نشان می‌دهند (هیترتون و باومیستر، ۱۹۹۱) و این باعث حرمت خود پایین، دوست نداشتن خود و خلق پایین می‌شود. در افراد پرخور، حالتی از خودآگاهی زیاد می‌تواند نامطلوب واقع شود به‌طوری‌که منجر به خود انتقادگری و خلق پایین گردد. بنابراین فرد برای فرار از خودآگاهی برانگیخته می‌شود تا از نامطلوب بودن توأم وضعیت اجتناب کند، اما

1. King
2. Grilo

با این وجود چنین تغییری در خودآگاهی ممکن است باعث رهایی از خود انتقادگری شود و این باعث کاهش بازداری‌هایی که پرخوری را ایجاد کرده‌اند، گردد.

پرخوری به مثابه عود[1]

میان کم‌خوری و پرخوری محدودکنندگان غذا و رفتار عود در افراد سیگاری و معتاد مشابهت‌هایی وجود دارد. رویکرد زیستی طبی سنتی رفتار اعتیادآمیز را به‌عنوان اعتیادهای نگاه می‌کنند که غیرقابل برگشت و خارج از کنترل فرد هستند (به فصل ۵ مراجعه کنید). این اعتقاد وجود دارد که چنین رویکردی این باور را ترغیب می‌کند که رفتار «همه یا هیچ» است و اینکه باور مسئول میزان زیاد عودی است که در افراد سیگاری مشاهده می‌شود (مارلات[2] و گوردون[3]، ۱۹۸۵). بنابراین اجتناب از باورهای سیگاری چه به‌صورت اجتناب کامل یا به‌صورت عود خود ممکن است پیشرفت از حالت لغزش را به عود کامل ارتقاء بخشد. در مورد محدودکنندگان غذا، امکان دارد که آنها آنقد نظریه «همه یا هیچ» را بیش از حد باور داشته باشند که از لغزش پرکالری به عدم بازداری تغییر وضعیت دهند. این انتقال از لغزش به عود و تغییرات مرتبط با آن در خلق و انواع شناخت در شکل نمایش قبلی داده شده است.

نقش کنترل (مهار)[4]

نتایج مصاحبه از یک مطالعه از ۲۵ زن که برای کاهش وزن تلاش می‌کردند، بینش‌های بیشتری را در مورد سازوکارهای زیربنایی پرخوری تدارک دیده‌اند (اگدن، ۱۹۹۲). نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که زنان رفتار رژیم‌گرفتن‌شان را به‌صورت تأثیر روی زندگی خانوادگی‌شان، اشتغال ذهنی در مورد غذا و وزن و تغییرات خلق توصیف کردند، با این حال، مفهوم خودمهارگری فراتر از این درون‌مایه‌ها است. به‌عنوان مثال: وقتی یک زن به توصیف چگونگی آماده نمودن یک وعده غذایی برای خانواده‌اش پرداخت گفت: «من نمی‌خواستم تسلیم شوم، اما احساس کردم که بعد از آماده نمودن سه وعده غذایی برای هر فرد دیگر، حداقل، می‌توانم از تلاش‌های خودم لذت ببرم.»

این اظهارنظرها نشان می‌دهند که حس خودمهارگری و احساس اینکه غذا منعکس‌کننده درهم شکستگی این کنترل (مهار) است، می‌باشد.

ورزش و سلامتی

یکی دیگر از انواع سبک‌های زندگی که با تغذیه و چاقی مرتبط است و تأثیر غیرقابل انکاری بر سلامتی دارد، ورزش است. در واقع برخی از اثرات پرخوری بر کاهش وزن به‌واسطه تحرک زیاد و ورزش تعدیل می‌شود. به‌ویژه این امر را می‌توان در ورزشکارانی ملاحظه کرد که پس از کنار گذاشتن ورزش حرفه‌ای دچار افزایش وزن می‌شوند.

خوشبختانه توجه به اهمیت ورزش و نقش آن در سلامتی در سال‌های اخیر رو به افزایش است. با این حال هنوز هم فعالیت بدنی و ورزش در بیشتر افراد یا غیرمنظم است و یا فقط به میزان اندکی مشاهده می‌شود (بلر و همکاران، ۱۹۹۲).

برخی افراد تصور می‌کنند با ورزش و بدون کنترل رفتار غذا خوردن می‌توانند وزن خود را در حالت مطلوبی حفظ کنند. اگرچه ورزش نقش مهمی در مصرف کالری ناشی از غذا خوردن دارد اما بعید است کسی بتواند صرفاً با ورزش و بدون کنترل مصرف غذا وزن خود را کنترل کند. مثلاً برای سوزاندن ۴۰۰ کالری موجود در یک لیوان شیرموز، در حدود نیم ساعت راه رفتن سریع لازم است، به همین دلیل برخی از کسانی که رژیم غذایی کاهش وزن اتخاذ می‌کنند تصور می‌کنند نیازی به ورزش کردن ندارند که این نیز درست نیست، زیرا روشن شده است گروهی که ورزش می‌کنند در قیاس با گروهی که ورزش نمی‌کنند بهتر می‌توانند وزن جدید خود را حفظ کنند (اپستاین و همکاران، ۱۹۸۸).

انواع ورزش

متخصصان تربیت‌بدنی و علوم ورزشی، ورزش به پنج نوع تقسیم کرده‌اند (براتون

۱. **ورزش ایزومتریک**[1]: در این نوع ورزش گرچه بدن حرکت نمی‌کند اما ماهیچه‌ها روی یکدیگر با وسیله ثابتی فشار داده شده و بدین طریق تقویت می‌شوند. این شیوه ورزشی برای تقویت گروهی از ماهیچه‌ها مفید است.

۲. **ورزش ایزوتونیک**[2]: این شیوه روشی است که براساس آن بدنسازی صورت می‌گیرد. وزنه‌برداری از جمله این نوع ورزش‌هاست که در آن عضلات منقبض و مفاصل حرکت می‌کند که در صورت تداوم قدرت و تحمل عضله تقویت می‌شود.

۳. **ورزش ایزوکنیتیک**[3]: در این شیوه برای بلند کردن و برگرداندن به حالت اول فشار زیادی اعمال می‌شود. چنین ورزش‌هایی با استفاده از تجهیزات تخصصی صورت می‌گیرد.

۴. **ورزش بی‌هوازی**[4]: این نوع ورزش به معنای کسب انرژی کوتاه و شدید بدون افزایش مقدار اکسیژن است مثل دوی سرعت. این ورزش‌ها ممکن است برای افراد دچار برخی بیماری‌ها از جمله قلبی ـ عروقی خطرناک باشند.

۵. **ورزش هوازی**[5]: عبارت از هر نوع ورزشی است که به مصرف اکسیژن بسیار زیاد در دور طولانی احتیاج داشته باشد مثل دویدن آهسته. در این نوع ورزش ضربان قلب حداقل باید بین ۱۵ تا ۲۰ دقیقه در سطح بالایی افزایش داشته باشد.

بازی با توپ چه نوع ورزشی است؟ چرا؟

اثرات ورزش بر سلامتی

روشن است که فعالیت‌های ورزشی بر سلامتی تأثیر غیرقابل انکاری دارند. برخی از فواید ورزش جسمی و فیزیولوژیک است. انواع پنج‌گانه ورزش بر تناسب جسمی اثر مثبتی دارند. ورزش کمک می‌کند افراد وزن خود را کنترل کنند و ترکیب بدن را از طریق افزایش بافت ماهیچه بهبود بخشند. ورزش همچنین باعث بهبود نسبت چربی به ماهیچه‌های بدن می‌شود. ورزش حداقل به اندازه رژیم غذایی در سلامتی مؤثر است. یکی دیگر از فواید ورزش پیشگیری از بیماری‌هاست که برای چنین تأثیری باید از

1. isometric

مدت و شدت کافی برخوردار باشد. برای مثال پژوهش‌های متعددی نشان داده است که ورزش باعث پیشگیری از بیماری‌های قلبی ـ عروقی پیشگیری از سکته می‌شود و نسبت پروتئین‌های چرب با چگالی بالا را به پروتئین‌های با چگالی پایین (کلسترول خوب و بد) بهبود می‌بخشد. همچنین از سرطان و پوکی استخوان پیشگیری می‌کند و به کنترل بیماری‌های چون دیابت کمک می‌کند.

برخی دیگر از اثرات ورزش روان‌شناختی است. پژوهش‌ها تأیید کرده است که ورزش باعث کاهش افسردگی و اضطراب می‌شود و به‌عنوان راهی برای مقابله با استرس‌های روزمره زندگی کارایی خود را نشان داده است. همچنین ورزش عزت نفس و خلق مثبت را بالا می‌برد و به‌ویژه اگر گروهی باشد به رشد مهارت‌های اجتماعی کمک می‌کند. ورزش از طریق حالات مثبت روان‌شناختی بر دستگاه ایمنی بدن و فعالیت سلول‌های NK و T اثر مفیدی دارد. همین‌طور فعالیت‌های ورزشی به ارتقای نگرش‌های مثبت و افزایش تصور مثبت از خود کمک می‌کند و بدین طریق به سلامت روانی بهتر کمک می‌کند. البته برخی از انواع ورزش‌های قهرمانی خود باعث ایجاد اضطراب و استرس شدید در ورزشکاران و حتی تماشاچیان منجر می‌شوند.

خلاصه فصل

روان‌شناسی سلامت بر مطالعه نقش رفتار تأکید می‌شود. رفتارهای ما به‌ویژه وقتی تکرار می‌شوند با بیماری و سلامتی ارتباط تنگاتنگی دارند. به مجموعه الگوهای رفتاری عادتی سبک زندگی می‌گویند. سبک‌های زندگی با عوامل خطرساز بیماری‌ها رابطه تنگاتنگی دارند و به‌طور کلی می‌توان گفت الگوهای رفتار ناسالم در ایجاد و گسترش بیماری‌ها دخیل هستند. یکی از مهم‌ترین الگوهای رفتاری غذا خوردن است که در این فصل بررسی شده است. اگرچه اجزای یک رژیم غذایی سالم در طول زمان تغییر نموده است، در حال حاضر اتفاق آراء وجود دارد که رژیم غذایی سالم باید حاوی کربوهیدرات زیاد و چربی کم باشد. رژیم غذایی با سلامت به‌صورت ارتقاء سلامت بهینه و مدیریت بیماری در ارتباط است. این فصل به توصیف سه رویکرد اصلی پرداخت که برای فهم رفتار غذا خوردن از آنها استفاده می‌شود. الگوهای تحولی،

سبک زندگی	رژیم غذایی	مواجهه شدن
نگرش	ارتباط مادر ـ دختر	رفتار غذا خوردن
الگوهای تحولی	یادگیری اجتماعی	پاداش‌دهی
رژیم گرفتن	الگوهای شناختی	تداعی
کنترل و مهار	پرخوری	معنای غذا و وزن
تغییر خلق	نارضایت‌مندی بدنی	انکار
ورزش و سلامتی	نظریه فرار	انواع ورزش

۱. سبک زندگی چیست؟
۲. چگونه والدین رفتار غذا خوردن فرزندانشان را تحت تأثیر قرار می‌دهند؟
۳. چگونه باورهای ما در مورد غذا، آنچه را که می‌خوریم تحت تأثیر قرار می‌دهند؟
۴. مشکلات الگوهای تحولی و شناختی رفتار غذا خوردن کدامند؟
۵. چگونه رژیم گرفتن باعث پرخوری می‌شود؟
۶. چگونه یک مادر/ پدر می‌تواند مصرف غذاهای سالم فرزندش را محدود کند بدون آنکه آن غذا تبدیل به «میوه‌های ممنوعه» شوند؟
۷. ورزش چه نقشی بر سلامتی دارد؟

۱. الگوهای رفتاری که به‌صورت عادت درآمده‌اند، چه نام دارد؟

ج) غذا خوردن د) ورزش کردن

۲. این که بدن می‌تواند در صورت آزادی بهترین غذای موردنیاز خود را به‌درستی انتخاب کند، چه نام دارد؟

الف) عقل بدن ب) آزادی بدن
ج) تغذیه آزاد د) بهترین انتخاب

۳. برای اینکه کودک غذای خاصی را ترشح دهد حداقل چند بار باید با آن مواجه شود؟

الف) ۶ ب) ۷
ج) ۸ د) ۹

۴. کدام نوع کنترل با افزایش مصرف غذا در کودکان مرتبط است؟

الف) زیاد ب) متوسط
ج) پنهان د) آشکار

۵. نارضایت‌مندی بدنی بیشتر در چه کسانی وجود دارد؟

الف) کودکان ب) بزرگسالان
ج) زنان د) مردان

پرسش‌هایی برای اندیشیدن

به افرادی فکر کنید که شما می‌شناسید و به‌طور موفقیت‌آمیزی رفتار غذا خوردن خود را تغییر داده‌اند (به‌عنوان مثال: گیاه‌خوار شده‌اند، کمتر می‌خورند، شکلات مصرف نمی‌کنند)، کدام عوامل در موفقیت آنها نقش داشته‌اند؟

منابعی برای مطالعه بیشتر

کتاب خاصی که مطالب این فصل را پوشش دهد به فارسی موجود نیست. اما در تمام کتاب‌های روان‌شناسی سلامت معمولاً فصلی به تغذیه و ورزش اختصاص دارد. برای مثال کتاب کریتس (ترجمه فتحی آشتیانی و عظیمی آشتیانی) فصلی با این عنوان دارد.

فصل هشتم

فرآیند بیمار شدن

هدف‌های یادگیری

از دانشجو انتظار می‌رود پس از مطالعهٔ این فصل بتواند:

۱. نشانه بیماری و عوامل مؤثر بر آن را توضیح دهد.

۲. ارتباط شناخت با بیماری را شرح دهد.

۳. نقش تعاملات با کادر درمانی در روند درمان را تعیین کند.

۴. نقش بیمار و پزشک را در تعاملات پزشک ـ بیمار به‌طور جداگانه تشریح کند.

۵. انواع الگوهای ارتباطی پزشک ـ بیمار و پیامد هر یک را توضیح دهد.

هر نوع بیماری معمولاً با علائم و نشانه‌هایی همراه است. ظهور و بروز این نشانه‌ها در افراد مختلف متفاوت است و این تفاوت‌ها به علت تأثیر متغیرهای روانی ـ اجتماعی است. عوامل مختلفی بر تغییر و تفسیر ما از احساسات بدنی تأثیر می‌گذارند. این فصل نگاهی گذرا به این عوامل دارد. با ادراک این علائم جسمانی است که فرد به مرکز درمانی یا مطب پزشک مراجعه می‌کند و در آنجا با پزشک یا کادر درمانی تعاملاتی برقرار می‌کند. کیفیت این تعاملات نیز بر روند تشخیص و درمان بیماری تأثیر می‌گذارد. در این تعامل هم نقش بیمار و هم نقش پزشک حائز اهمیت است و کیفیت این تعاملات تحت تأثیر الگوهای ارتباطی بین پزشک و بیمار است. این فصل به صورت اختصاری این تعاملات و ارتباطات را از دیدگاه روان‌شناسی سلامت بررسی

همان‌طور که می‌دانید هر نوع بیماری با یک سری احساسات بدنی همراه است که در اصطلاح بالینی به این احساسات «نشانه‌ها» می‌گویند. ادراک این نشانه‌ها توسط فرد به عوامل مختلفی بستگی دارد. در واقع تغییر یک تغییر خاص در بدن به‌عنوان یک نشانه مثلاً خارش گلو مسئله ساده‌ای نیست. اگر قبلاً در جریان هوای سرد یا آب سرد قرار گرفته‌ایم و یا اگر با افراد دچار سرماخوردگی معاشرت داشته باشیم به احتمال زیاد خارش گلو را به‌عنوان نشانهٔ احتمالی سرماخوردگی تعبیر و تفسیر می‌کنیم. اما یک شخص سیگاری که در شب قبل زیاد سیگار کشیده باشد، خارش گلو را به‌عنوان علامت بیماری تعبیر و تفسیر نمی‌کند. این مثال‌ها نشان می‌دهند که تعبیر و تفسیرها شخصی هستند و از عوامل مختلفی تأثیر می‌پذیرند. همچنین لازم است بین نشانه‌های بدنی یا آگاهی از برخی تفاوت‌ها در تجربهٔ بدنی یا علائم جسمی تفکیک قائل شد. روشن است که پیگیری درمان بیماری‌ها به چگونگی تعبیر و تفسیر احساسات بدنی بستگی تام دارد. در واقع اگر کسی احساسات بدنی را به نشانهٔ بیماری تعبیر نکند برای درمان آن هیچ اقدامی انجام نخواهد داد و به همین دلیل بیماری وی پیشرفت بیشتری خواهد کرد. موارد زیر اهمیت ادراک ما از علائم جسمی را نشان می دهد:

۱. چگونگی تعبیر احساسات جسمی و بدنی بر پیروی از درمانهای بیماری تأثیر می گذارد.

۲. چگونگی پاسخ ما به احساسات بدنی بر چگونگی پاسخ‌مان به افراد دیگری که نشانگان آشکاری دارند یا افرادی که بیماری‌های خاصی دارند، تأثیر می‌گذارد.

۳. چگونگی ادراک ما و تفسیر ما از تغییرات جسمی در بدنمان بر ذهنیّات ما ـ یعنی اینکه خودمان را چگونه می‌بینیم ـ تأثیر می‌گذارد.

۴. چگونگی تفسیر ما از علائم بدنی و پاسخ‌مان به آنها می‌تواند بر کارکردمان در دنیای اجتماعی نیز مؤثر باشد و این می‌تواند انعکاسی از موقعیت اجتماعی ما باشد (کرمایر و یونگ[1]، ۱۹۹۸).

تحقیقات نشان می‌دهد که افراد زیادی به نشانهٔ بیماری خود از جمله حملات قلبی و نشانه‌های سرطان توجه‌ای نمی‌کنند و در نتیجه به مدت مدیدی به دنبال درمان

نمی‌روند و هر چه این زمان طولانی‌تر باشد، شانس زنده ماندن آنها کمتر می‌شود (گلدبرگ[1] و همکاران، ۲۰۰۲).

همان‌طور که در فصول قبل ملاحظه کردید، یکی از مدل‌های سنتی درباره بیماری‌ها مدل زیستی ـ طبی است. در مدل زیستی ـ طبی تصور ساده‌انگارانه‌ای نسبت به نشانه‌های بیماری‌ها وجود دارد. در این رویکرد معتقدند که بین آسیب به بافت و نشانه‌های بیماری یک رابطهٔ خطی وجود دارد. یعنی هر چه آسیب بیشتر باشد علائم نیز بیشتر است.

روشن است که در این رویکرد، از تفاوت‌های فردی اشخاص در تعبیر و تفسیر احساسات بدنی صرف نظر شده است. حال آنکه پژوهش‌های متعدد روان‌شناسان به‌ویژه روان‌شناسان سلامت نشان داده است که تعبیر و تفسیر ما از نشانه‌های بدنی پدیده‌ای است که از شناخت‌ها و ادراکات ما متأثر است. در واقع این تعبیر وتفسیرها نیز همانند سایر فرآیندهای شناختی فرآیندی پیچیده است (سیوفی[2]، ۱۹۹۱). بنابراین در تعبیر و تفسیر علائم بدنی، عوامل مختلف روانشناختی، اجتماعی و فرهنگی نقش دارند.

پژوهش‌های روان‌شناسان نشان می‌دهد که برخی افراد بیش از دیگران علائم بیماری‌ها را تعبیر و تفسیر و گزارش می‌کنند، لذا این سؤال مطرح می‌شود که آیا واقعاً علائم بیشتری دارند یا خیر.

براساس نظر یکی از روان‌شناسان معروف، پنه بیکر(۱۹۸۲، تصویر ۸-۱ را ببینید) تجربهٔ بدنی اغلب مبهم است و طرقی که در آن افراد نشانه‌ها را ادراک می‌کنند، به عوامل انفرادی متعددی بستگی دارد. این عوامل را می‌توان به دو گروه تقسیم کرد: عوامل ثابت و موقّتی.

تصویر ۸-۱: جیمز دبلیو پنه بیکر (متولد ۱۹۵۰ در میدلند تگزاس) یکی از روان‌شناسان معاصر مشهور دانشگاه تگزاس (اوستین) است که در زمینه اثرات نوشتن بر سلامتی تحقیق کرده است. یکی از معروف‌ترین کتاب‌های ایشان «روان‌شناسی نشانه‌های جسمی» است.

عوامل ثابت: روان‌شناسان حداقل چهار عامل را به عنوان عوامل پایدار مؤثر بر ادراک حالات بدنی شناسایی کرده‌اند. این چهار عامل عبارتند از: خودآگاهی، نوروزگرایی، عاطفهٔ منفی و جسمانی‌سازی. در این بخش عوامل ثابت به ترتیب توضیح داده می‌شوند.

خودآگاهی: انسان‌ها در میزان توجه به حالات درونی خود یا میزان خودآگاهی با هم تفاوت دارند. برخی افراد به درون خود تمرکز بیشتری دارند و به تغییرات در احساسات بدنی خود بسیار حساس‌ترند (پنه بیکر، ۱۹۸۳). نوجوانانی که نسبت به دیگران درون‌گرایی بیشتری دارند، نشانه‌های جسمی بیشتری نیز گزارش می‌کنند. پنه بیکر همچنین نشان داده است که تمرکز زیاد درونی ضرورتاً به معنای دقیق بودن نیست، زیرا این افراد نسبت به نشانه‌های حملهٔ قلبی دچار بیش برآوردی غیرمنطقی هستند.

نوروزگرایی: در دروس دیگر و فصل شخصیت در این کتاب، این ویژگی

تمایل به تجربهٔ هیجانات منفی و ناراحت کننده، از جمله خشم، اضطراب و افسردگی تعریف شده است (کوستا و مک کرا، ۱۹۸۷). افراد دارای نمرهٔ بالا در این ویژگی تجربهٔ سطوح بالای علائم جسمی و شکایات بدنی را گزارش می‌کنند (واتسون و پنه بیکر، ۱۹۸۹). در نتیجه این افراد ادراک سوگیرانه و منفی از تجارب فیزیولوژیک خود دارند. یعنی علائم جسمی زیادتر از معمول را گزارش می‌کنند.

به نظر شما پزشکانی که شخصیت نوروتیک بیمار خود را نمی‌شناسند چه مشکلاتی خواهند داشت؟

عاطفهٔ منفی

این ویژگی جنبه‌ای کلی از پریشانی ذهنی است که شامل انواع حالات خلقی تنفرآمیز مثل خشم، بی‌اعتمادی، احساس گناه و ترس می‌شود. عاطفهٔ منفی[1] صفتی پیش زمینه‌ای برای تجربهٔ حالات خلقی منفی و خودانگاره منفی است (واتسون و پنه بیکر، ۱۹۸۹). افراد دارای نمرهٔ بالا در این ویژگی تجارب بیشتری از علائم بدنی در قیاس با دیگران گزارش می‌کنند (همان منبع). هر چند تفاوت واقعی بین آنها و سایرین وجود ندارد، اما این افراد احتمالاً بیشتر به احساسات فیزیکی طبیعی خود توجه و دقّت می‌کنند. این اشخاص بیشتر به علائم بدنی و احساسات جسمی توجه نشان می‌دهند. در واقع می‌توان گفت که این افراد تقریباً همانند نوروتیک‌ها هستند.

جسمانی کردن

جسمانی کردن[2] یعنی تجربهٔ علائم جسمی در غیاب پاتولوژی فیزیکی زیر بنای آن. این ویژگی در فرهنگ‌های مختلف متفاوت است. مثلاً در آسیایی‌ها، و افریقایی‌ها بیشتر از غربی‌ها وجود دارد. با این حال یک مسئلهٔ جهانی است. به هر حال شناخت درمانگر از وضعیت جسمانی کردن بیمار می‌تواند به او در تشخیص و همچنین درمان بیماری کمک کند.

به نظر شما چه عوامل پایدار دیگری ممکن است بر ادراک نشانه‌های جسمانی بیماران تأثیر داشته باشد؟

حالات درونی بر چگونگی تعبیر وتفسیر فرد از احساس بدنی تأثیرگذار است. تجربه کردن خلق منفی بر افزایش گزارش‌ها از علائم منفی اثرگذار است. پس یکی از عوامل موقتی تأثیرگذار در این خصوص خلق (به‌ویژه خلق منفی) است.

عامل دیگر توجه است. حالت توجهی به ادراک علائم مرتبط است. دقّت زیاد با افزایش گزارش علائم بدنی و حواس پرتی و انحراف توجه به کاهش گزارش علائم بدنی مرتبط است (پنه بیکر، ۱۹۸۳). از طریق چهار چوب شناختی ـ ادراکی، میزان اطلاعات بیرونی بر چگونگی توجه افراد تأثیر می‌گذارند. همانطور که ما ظرفیت محدودی برای پردازش اطلاعات داریم، به وفور سرنخ‌های بیرونی، میزان توجه به درون را محدود می‌کند و در نتیجه علائم جسمی کمتری را درک می‌کنیم. اگر اطلاعات بیرونی اندک باشند، تمایل به تمرکز بر اطلاعات بدنی افزایش می‌یابد (پنه بیکر، ۱۹۸۳). به همین دلیل است که انحراف توجه اغلب به عنوان یک روش قابل ملاحظه برای کنترل درد مورد استفاده قرار می‌گیرد. انتظارات نیز بر ادراک حالات درونی تأثیر می‌گذارند. در مطالعهٔ جالبی توسط اندرسون و پنه بیکر (۱۹۸۰) تحریکی لرزشی به آزمودنی‌ها وارد می‌شد، به برخی گفته شده بود، این تحریک حالات لذّت را ایجاد می‌کند و به برخی دیگر گفته شده بود که این تحریکات کمی درد ایجاد می‌کند. آزمودنی‌ها طبق انتظارات خود گزارش لذّت و درد را دادند. شواهدی دیگر در این خصوص از مطالعات پلاسبو گزارش شده است. معمولاً پس از مصرف پلاسیو به علّت انتظار کاهش علائم، علائم درد کاهش می‌یابد.

استرس نیز بر علائم و نشانه‌های بدنی بیماران تأثیر می‌گذارد. برخی افراد در اثر استرس بعضی علائم را ناشی از استرس می‌دانند و به فکر مراجعه به پزشک نمی‌افتند. در این خصوص بین زن و مرد تفاوت وجود دارد. زنان در چنین شرایطی بیش از مردان به پزشک مراجعه می‌کنند.

تحقیقات مختلف نشان داده است که تعبیر و تفسیر علائم بیماری به بازنمایی‌های شناختی که ما از بیماری‌های مختلف داریم بستگی دارد. بیشاپ[1] (۱۹۹۱) معتقد است

که ما برای هر بیماری یک نمود شناختی از بیماری داریم که در آن نشانه‌های مشخصی در یک خوشه قرار می‌گیرند و به‌عنوان بیماری خاصی تعبیر و تفسیر می‌شوند. برای مثال اگر دوستی به شما بگوید که کمی عطسه می‌کند، تورم سینوس‌ها دارد، خارش گلو دارد، ریزش بینی دارد و چشمانش اشک آلود است، اینها را در کنار هم قرار می‌دهید و می‌گویید که نمود بیماری تب یونجه را دارد. تحقیقات نشان می‌دهد که اگر افراد دسته‌ای از علائم بیماری را با نمود بالا داشته باشند، بیشتر احتمال دارد که به‌طور صحیح آن را تشخیص دهند و اگر در حالات نمود پایین یا متوسط باشد، کمترین احتمال وجود دارد (بیشاپ، ۱۹۹۱). افراد بر اثر تجربهٔ خود و یادآوری شخص مبتلا به یک بیماری در گذشته این نمودهای بیماری را برای خود تشخیص می‌دهند. این تشخیص‌ها است که ممکن است آنها را به سمت مراجعه به پزشک رهنمون کند. در واقع نمودهای بیماری بر رفتار تأثیر می‌گذارند. افرادی که نمود بیماری را با درجهٔ بالایی دارند، بیشتر احتمال دارد به هنگام احساس بیماری به پزشک مراجعه کنند یا چکاپ منظم را انجام دهند (لی[1] و همکاران، ۱۹۸۹) و حتی بر نشان دادن علائم بیماری در کلینیک نیز تأثیرگذار است. افرادی که تصور می‌کنند نمود بیماری خاصی را دارند، به‌صورتی جهت‌دار همان علائم را در کلینیک نشان می‌دهند و می‌توانند متخصصان را به اشتباه بیندازند. همچنین پژوهشگران شناخت‌های کلی دربارهٔ بیماری‌ها را نیز بررسی کرده‌اند که در واقع به باورهایی که یک فرد دربارهٔ بیماری دارد اشاره می‌کند (پتری[2] و وین من[3]، ۱۹۹۷، جدول ۸-۱ را ببینید). افراد دربارهٔ بیماری‌ها بازنمایی‌های شناختی متفاوتی دارند. افکار ما دربارهٔ بیماری بر تجارب و ادراکات ما تأثیر می‌گذارند. ما دربارهٔ علل، بافت و انواع بیماری که می‌شناسیم، باورهایی داریم. این باورها یک چهارچوب برای ادراک علائم، فهم آن و سازگاری با بیماری فراهم می‌کنند. مطالعات نشان داده است پنج جنبهٔ کلی از شناخت‌های مردم دربارهٔ بیماری وجود دارد (لو و همکاران، ۱۹۸۹). در واقع این پنج جنبه طرقی را که به موجب آن افراد تغییرات جسمی را تعبیر و تفسیر می‌کنند، تعیین می‌کند. بازنمایی‌ها دربارهٔ بیماری در طول زندگی شکل می‌گیرد.

جدول ۸-۱: جنبه‌های مختلف شناخت‌ها دربارهٔ بیماری

جنبه	توصیف	نمونه پرسشها از خود
ماهیت	برچسبی که به یک بیمار می زنیم (تشخیص پزشکی) و علایم تجربه شده گروهی از علایم اغلب با یک برچسب توصیفی پیوند می‌خورد.	با این بیماری چه علائمی را باید انتظار داشته باشیم؟
علت	علت درک شده بیماری. این می‌تواند زیستی (مثلاً ویروس) یا روانی ـ اجتماعی (مثلاً استرس یا رفتار) باشد.	من چطور اینگونه شده‌ام؟
سیر زمان	نظرات درباره اینکه این بیماری چقدر به طول می‌انجامد، کوتاه‌مدت است یا بلندمدت.	بهبودی چقدر طول می‌کشد؟
پیامدها	ادراکات درباره اثرات اجتماعی بیماری بر زندگی فرد، می‌تواند جسمی باشد (ناتوانی در کار) اجتماعی باشد (ناتوانی در ملاقات با دوستان، یا هیجانی باشد (تنهایی، افسردگی). اینها می‌توانند تعاملی باشند. می‌توانند جدی و وخیم باشند (مثل ایدز) یا نه (مثل سرماخوردگی)	چقدر این بیماری بر من تأثیر می‌گذارد؟
معالجه‌پذیری و کنترل‌پذیری	باورها درباره اینکه آیا این بیماری درمان می‌شود یا کنترل می‌شود (توسط شخص یا دیگران)	آیا می‌توانم نشانه‌هایم را کنترل کنم؟

تعامل با کادر درمانی

نحوهٔ تعامل بیمار با پزشک و کادر درمانی می‌تواند بر تشخیص و درمان بیماری اش مؤثر باشد. در مطب پزشک برخی فراموش می‌کنند، می‌ترسند واقعاً سالم باشند یا واقعاً بیماری شدیدتری داشته باشند. افراد تحت فشار هستند که از زمان ملاقات با پزشک به نحو احسن استفاده کنند. آیا ما از این می‌ترسیم که متخصص ما را مریض فرض کند؟ رابطهٔ بین فرد و متخصص بسیار مهم است و درصورت عدم تعادل اثرات منفی می‌گذارد. در موارد زیادی بیماران از دستورات و تجویزهای پزشک پیروی نمی‌کنند و روان‌شناسان سلامت باید علت این مسأله را بررسی کنند.

به نظر شما چه چیزی بر مراجعه به متخصص سلامت تأثیرگذار است؟

بیمار شدن یا تجربه علائم به تعدادی از مشکلات مزمن بهداشتی، تعدادی از علائم و میزان ناتوانی و معلولیت ناشی از علائم (ادل من[1]، ۲۰۰۰) بستگی دارد. هر چه اینها بیشتر باشند احتمال مراجعه به پزشک بیشتر خواهد بود. نشانه‌ها اگر عودکننده باشند

بیشتر احتمال مراجعه به پزشک هست. بنابراین وضعیت سلامت جسمی بیمار پیش‌بینی‌کننده قوی جستجوی توجه پزشکی است. اما برخی دیگر به علت مسائل روانی ـ اجتماعی، مسائل قانونی، توضیحات، حمایت و توصیه‌ها به پزشک مراجعه می‌کنند. پس بجز دلیل جسمی، عوامل دیگری نیز بر جستجوی کمک طبی تأثیرگذار هستند. مثلاً فرهنگی که در آن زندگی می‌کنیم بر این مسأله تأثیرگذار است.

عوامل اجتماعی

شبکهٔ مرجع ما[1] یا گروهی از افراد (دوستان، بستگان، همکاران) که با آنها صحبت کرده و از آنها توصیه می‌گیریم، بر این مسأله مؤثر هستند. توصیه افراد برای رفتن و دیدن یک پزشک پیش‌بینی‌کننده مهمی برای دیدن یک پزشک است. اثر بیماری روی فعالیت‌های اجتماعی نیز در این خصوص تأثیرگذار است. اگر علائم طبی باعث قطع فعالیت معمول فرد شود یا اگر در فعالیت‌های لذت بخش وقفه ایجاد کند، احتمال مراجعه به پزشک افزایش می یابد.

سن: نوجوانان دربارهٔ انتقال بیماری در کلینیک نگرانی‌هایی دارند و به همین دلیل ممکن است کمتر مراجعه کنند (گینزبورجرال[2]، ۱۹۹۷). دربارهٔ شایستگی و سبک ارتباطی پزشکان نیز نگرانی‌هایی دارند. مثلاً پزشک می‌تواند با بعضی فعالیت‌ها مثل نشستن در جلوی نوجوان قبل از استفاده از وسایل استریل اعتماد آنها را جلب کند.

پزشکان با چه روش‌های دیگری می‌توانند اعتماد بیمار را به خود جلب کنند؟

استرس: استرس نیز می‌تواند مراجعه به پزشک را افزایش دهد. کسانی که استرس زیادی دارند، تمایل به مراجعه به پزشک پیدا می‌کنند. استرس از مسیر مستقیم (مثل فعالیت ایمنی) و غیرمستقیم یا رفتاری (مثل مصرف مشروبات) بر سلامتی و مراجعه به پزشک می‌افزاید. استرس همچنین می‌تواند بر ادراکات بدنی ما تأثیر بگذارد. بحران بین فردی مثل مشکلات روابط بین فردی یا شغلی بر جستجوی مراقبت پزشکی تأثیر می‌گذارد. در چنین مواقعی ممکن است پزشک صرفاً برای حمایت عاطفی یا توصیه پزشکی ملاقات شود.

[illegible] از [illegible] شرایطی می‌تواند منبع حمایت اجتماعی برای بیمار باشد؟

[illegible]: تحقیقات نشان می‌دهد زنان بسیار بیشتر از مردان به پزشک مراجعه می‌کنند حتی اگر مسائل مربوط به بارداری و قاعدگی کنترل شوند (وربووگ[1]، ۱۹۸۵). این با افزایش طول عمر آنها تناقض دارد. یک اپیدمولوژیست در این خصوص گفته است که زنان سریعتر مریض می‌شوند اما مردان سریع‌تر می‌میرند! (لوبر[2]، ۱۹۷۷). حال چرا این تفاوت وجود دارد؟ دلیل این تفاوت از زیستی تا روان شناختی و اجتماعی متفاوت است. ظاهراً زنان بیماری حاد غیروخیم و بیماری مزمن بیشتری در قیاس با مردان تجربه می‌کنند (رادین و ایکوویکز[3]، ۱۹۹۰). برخی بر دلایل زیستی تأکید کرده‌اند. برخی بر توصیفات روان شناسی اجتماعی تأکید کرده‌اند. بازی کردن نقش بیمار می‌تواند دلیل دیگری برای این تفاوت باشد و این نقش بازی کردن برای زنان میسرتر است. این دلایل در جدول ۸-۲ آمده است.

[illegible]

[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]

[illegible]

علیرغم پیشرفت‌های زیاد ظرف یکصد و پنجاه سال گذشته در علم پزشکی، هنوز هم بخش زیادی از مشکلات سلامتی بدون تشخیص باقی‌مانده و درمان نمی‌شوند که تعداد آنها در حال افزایش است (وین فیلد[1]، ۱۹۹۲). دریافت کمک مؤثر توسط بیمار به تعامل او با پزشکش بستگی دارد و این کمک‌ها اغلب روان‌شناختی است تا فیزیولوژیکی.

موارد زیر بر اهمیت تعاملات می‌افزاید:

۱. بیشتر بیماران برای بیماری‌های مزمن که درمان آنها ممکن نیست پزشک را ملاقات می‌کنند و مراقبت پزشکی عمدتاً منبع حمایت عاطفی و عملی است.

۲. استرس بین فردی بر علائم و مشکلات جسمی تأثیر می‌گذارد و تعاملات بر مواجهه با استرس‌های بیمار برای تسکین علائم متمرکز است.

۳. به طریق مشابهی مشکلات روان شناختی مثل اضطراب و افسردگی می‌توانند بیماری جسمی را بدتر کنند.

۴. پزشکان عمومی اولین افراد متخصص هستند که افراد دارای مشکلات روان‌شناختی مثل اضطراب و بیماری‌های مزمن را ملاقات و آنها را درمان می‌کنند.

۵. برخی بیماران علائم فیزیکی را برای علائم روان‌شناختی نشان می‌دهند.

از لحاظ پزشکی ارتباط بیمار ـ پزشک اهمیت زیادی دارد. این موضوع هم برای تشخیص بیماری و هم برای درمان و تبعیت از دستورات پزشکی اهمیت دارد و اثر مستقیمی روی پیامدهای مراقبت پزشکی دارد.

روان شناسان سلامت تمایل دارند موقعیت تعامل پزشک ـ بیمار را بر حسب پیروی، ارتباط و رضایت بررسی کنند. زیرا:

۱. پیروی جزء مهم برای اندازه‌گیری کیفیت روابط پزشک ـ بیمار است.

۲. توانایی بیمار برای یادآوری اطلاعات مورد نیاز در نزد پزشک از کیفیت رابطه متأثر می‌شوند. در واقع اگر تعامل خوب نباشد، بیمار اطلاعات ضروری را ارائه نمی‌کند.

۳. رضایت بیمار از تعامل بر درمان تأثیرگذار است. بیمارانی که از ارتباط، ناراضی باشند، درمان را ادامه نمی‌دهند و یا پزشک را تغییر می‌دهند.

به نظر شما چرا برخی از بیماران علیرغم جدی بودن بیماریشان از دستورات پزشک پیروی نمی‌کنند؟ پاسخ خود را با همکلاسی‌ها و مدرس درس در میان بگذارید.

بنابراین شواهد بسیار زیادی وجود دارد که تعامل بین متخصص سلامتی و بیمار را مهم جلوه می‌دهد. این موضوع را از جنبه‌های مختلفی می‌توان بررسی کرد. برای مثال پژوهش‌های مختلف در این خصوص نشان می‌دهد که تعاملات بین متخصص سلامتی و بیمار و ارائه اطلاعات تأثیر می‌گذارد.

نقش بیمار در تعاملات پزشک ـ بیمار

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بیماران باسوادتر و آنهایی که از طبقهٔ اجتماعی ـ اقتصادی بالاتری برخوردارند، در تعاملاتشان با متخصص سلامتی، اطلاعات بیشتری ارائه می‌کنند و صحبت‌هایشان با پزشک بیش از دیگران به طول می‌انجامد. زنان تمایل دارند اطلاعات بیشتری طرح کنند، بیماران سالمند از تعاملشان با پزشک احساس رضایت بیشتری نسبت به جوانان دارند. افراد بیمار در مجموع رضایت کمتری نسبت به افراد سالم دارند. شاید به این دلیل باشد که بیماران به طور کلی از زندگی رضایت کمتری دارند (هال[1]، ۲۰۰۳).

اگر بیمار کودک باشد، مشکلات تعامل پزشک ـ بیمار دوچندان می‌شود. تحقیقات نشان می‌دهد که کودکان کمتر خود را درگیر تعامل می‌کنند و فرصتی برای بحث فراهم نمی‌کنند. در تعاملات بیمار ـ پزشک در چنین وضعیتی پزشک معمولاً با والدین کودک صحبت می‌کند نه با خود کودک. شاید به این دلیل که پزشکان آموزش لازم برای تعامل با کودک را ندیده‌اند.

مسائل فرهنگی و نژادی نیز در تعامل پزشک ـ بیمار نقش دارند. اینکه بیمار به کدام اقلیت یا گروه خاص تعلق دارد، نیز در این ارتباط تأثیرگذار است.

نقش پزشک در تعاملات پزشک ـ بیمار

اهمیت نقش پزشک در تعاملات پزشک ـ بیمار بر هیچ‌کس پوشیده نیست، به‌ویژه اینکه برخلاف بیمار که نقش انفعالی در تعامل دارد، پزشک نقش فعال و کلیدی دارد و مسئولیت این تعامل عمدتاً به عهده پزشک است نه بیمار. چگونگی تعامل پزشک با بیمار به عوامل زیادی بستگی دارد. اینها می‌توانند شامل آموزش، تحصیلات یادگیری‌های غیر رسمی، تقویت همکاران، انتظارات فرهنگی از نقش پزشک، درآمد و حق ویزیت باشند. معمولاً از پزشکان انتظار می رود با همهٔ بیماران حتی بیماران مشکل‌دار و سخت، رابطه‌ای دوستانه برقرار کنند (وین فیلد، ۱۹۹۲). با این حال اگر به علت شرایط خاص طبابت، احساس خصومت یا تنفّر در پزشک ایجاد شود، این مسأله بر روند درمان تأثیر منفی می‌گذارد و بیماران خیلی زود متوجه این امر می‌شوند. اینکه بیمار توسط پزشک دوست داشته شود، رضایت بیمار حتی در یک سال بعد را پیش بینی می‌کند و بیمارانی که احساس می‌کنند پزشک آنها را دوست ندارد، بعدها نیز احساس عدم رضایت می‌کنند (هال، ۲۰۰۳).

یکی از حیطه‌های پژوهش درخصوص نقش پزشک، جنسیت پزشک است. پژوهش‌های این حیطه در کشورهای غربی نشان داده است که پزشکان زن وقت بیشتری را صرف ویزیت بیمار می‌کنند، با توجه به جنبه‌های عاطفی و روانی اجتماعی با بیمار بحث می‌کنند، مشارکت بیشتری در تعامل دارند، و رفتار کلامی و غیرکلامی مثبت‌تری از خود نشان می‌دهند (راتر[1] و همکاران، ۲۰۰۲) و به نظر می‌رسد که بیشتر از پزشکان مرد بیمارانشان را دوست دارند. بیماران نیز در آن کشورها پزشکان زن را بیشتر دوست دارند. شاید این امر ناشی از تصور قالبی نسبت به جنس زن باشد که از او انتظار دارند مهربانتر باشد.

الگوهای ارتباطی تعامل پزشک ـ بیمار

فراهم کردن اطلاعات یکی از مهم‌ترین فرآیندهای اساسی ارتباط است که در جریان تعامل بین پزشک و بیمار رخ می‌دهد. مسأله ارتباط از مسائلی است که مورد توجه متخصصان روان‌شناسی سلامت قرار گرفته است.

استفاده از زبان فنی توسط متخصصان سلامتی ارتباط مؤثر با بیماران را با محدودیت مواجه می‌کند. در واقع چنین زبانی توازن پزشک با بیمار را به هم می زند ودر چنین شرایطی سؤال نمی‌پرسند و توضیحی نمی‌خواهند. این زبان به این علت به کار گرفته می‌شود که پزشکان تمایل دارند به زبان پزشکی صحبت کنند. آنها اغلب فراموش می‌کنند که در حال صحبت کردن با یک فرد معمولی هستند.

برخی متخصصان (میشلرا[1]، ۱۹۸۴) معتقدندکه پزشکان معمولاً از زبانی منطقی، علمی و پزشکی استفاده می‌کنند که با زبان خنثی، روزمره و عامیانه بیماران منطبق نیست و به همین دلیل الگوی ارتباطی بین آنها مطلوب نیست. باری[2] و همکاران (۲۰۰۱) ارتباطات بین بیماران و پزشکان انگلیسی را ضبط و تجزیه و تحلیل کردند. آنها دریافتند که چهار نوع الگوی ارتباطی بین بیماران و پزشکان وجود دارد که اثرات آنها بر رضایت بیمار و پیامدهای درمان متفاوت است:

۱. **الگوی کاملاً پزشکی:** در این الگو هم پزشک و هم بیمار به زبان پزشکی صحبت می‌کنند و مشاوره پزشکی صرفاً بر مسأله حاد و منفردی متمرکز است. این الگو برای مشاوره‌های ساده پزشکی مفید است.

۲. **الگوی عامیانه دو طرفه:** هم پزشک و هم بیمار عمدتاً به زبان عامیانه سخن می‌گویند. مشاوره‌ها بر مشکلات روانشناختی متمرکز است. این الگو باعث ایجاد احساس همدلی می‌شود.

۳. **الگوی عامیانه با وقفه:** بیماران به زبان عامیانه سخن می‌گویند اما به هنگام استفاده پزشکان از زبان پزشکی ساکت می‌شوند. به ویژه در مشاوره‌های مشکلات جسمی مزمن این الگو اتفاق می‌افتد. در این حالت مشاوره کارکرد مناسبی ندارد.

۴. **چشم‌پوشی از زبان عامیانه:** بیماران از زبان عامیانه استفاده می‌کنند اما پزشکان صحبت‌های آنها را نادیده می‌انگارند و به زبان پزشکی سخن می‌گویند. این

الگو نیز در مشاوره‌های مشکلات جسمی مزمن به‌کار برده می‌شود، چنین مشاوره‌ای عمدتاً مشکل‌زا است.

نقش رهبری و هدایتگری پزشک بیشتر است. بیماران متفاوت در سواد، طبقهٔ اجتماعی، سن و جنسیت و فرهنگ تعاملات متفاوتی دارند. معمولاً پزشکان زن روابط بهتری با بیمار برقرار می‌کنند. نوع و سبک ارتباطی پزشک ــ بیمار نیز بر فرآیند درمان اثر می‌گذارد. برخی پزشکان از زبان فنی (تکنیکی) در تعامل با بیمار استفاده می‌کنند و برخی دیگر از زبان عامیانه استفاده می‌کنند که هرکدام اثرات متفاوتی دارند.

واژه‌های کلیدی

نشانه	توجه	شبکه مرجع
احساسات بدنی	تمرکز	سن
نشانگان	انتظارات	جنسیّت
بیماری	استرس	تعاملات پزشک ـ بیمار
مدل زیستی ـ طبی	شناخت‌ها	پیروی
عومل روان‌شناختی	بازنمایی شناختی	ارتباط
تفاوت‌های فردی	شناخت کلی	رضایت
تجربه بدنی	نمود بیماری	نقش بیمار
عوامل ثابت	باورها	نقش پزشک
عوامل گذرا	ماهیّت	الگوهای ارتباطی
خود آگاهی	علّت	زبان تکنیکی
نوروزگرایی	سیر زمانی	الگوی پزشکی
عاطفه منفی	پیامدها	الگوی عامیانه
جسمانی‌سازی	معالجه‌پذیری	
خلق منفی	تعامل با کادر درمانی	

پرسش‌های مروری

۱. نشانهٔ جسمی را تعریف کنید؟

۲. [illegible]

۴. در مدل زیستی ـ طبی چه ارتباطی بین آسیب و نشانه برقرار است؟
۵. عوامل پایدار مؤثر بر تعبیر و تفسیر علائم را توضیح دهید؟
۶. عوامل موقتی مؤثر بر تعبیر و تفسیر علائم را توضیح دهید؟
۷. خودآگاهی را تعریف کنید؟
۸. عاطفهٔ منفی چیست و چه تفاوتی با خلق منفی دارد؟
۹. انتظارات چه تأثیری بر ادراک نشانه‌ها دارد؟
۱۰. شناخت‌ها از بیماری چگونه بر تعبیر و تفسیر علائم تأثیر می‌گذارند؟
۱۱. بازنمایی شناختی از بیماری چیست؟
۱۲. نمود بیماری را با مثال توضیح دهید؟
۱۳. جنبه‌های مختلف شناخت‌ها دربارهٔ بیماری‌ها کدامند؟
۱۴. منظور از جنبهٔ سیر زمانی چیست؟
۱۵. معالجه‌پذیری ـ کنترل‌پذیری را تعریف کنید؟
۱۶. تعامل با کادر درمانی چه نقشی در درمان دارد؟
۱۷. چه عواملی باعث مراجعه به پزشک می‌شوند؟
۱۸. پیروی، ارتباط و رضایت از دریچهٔ روان شناسی سلامت را شرح دهید؟
۱۹. الگوهای ارتباطی پزشک ـ بیمار را شرح دهید؟
۲۰. هر یک از الگوها چه تأثیری بر روند مشاورهٔ پزشکی دارند؟

پرسش‌های چندگزینه‌ای

۱. در مدل زیستی طبی بین آسیب به بافت و نشانه‌ها چه رابطه‌ای برقرار است؟
الف) تعاملی ب) خطی
ج) تبادلی د) همبستگی

۲. کدامیک از موارد زیر جزو عوامل ثابت مؤثر بر ادراک حالات بدنی نیست؟
الف) خودآگاهی ب) نوروزگرایی
ج) عاطفه منفی د) برون‌گرایی

۳. وقتی بیماری از خود می‌پرسد «من چطور اینگونه شده‌ام» به کدام جنبه شناخت

الف) ماهیت ب) پیامد
ج) علت د) سیر بیماری

۴. کدام گروه درباره انتقال بیماری در کلینیک نگرانی بیشتری دارند؟
الف) کودکان ب) نوجوانان
ج) سالمندان د) زنان

۵. کدام الگو برای مشاوره‌های ساده پزشکی مفید است؟
الف) کاملاً پزشکی ب) عامیانه دو طرفه
ج) عامیانه با وقفه د) چشم‌پوشی از عامیانه

پرسش‌هایی برای اندیشیدن

همانطور که ملاحظه کردید اگرچه زنان بیشتر از مردان بیمار می‌شوند اما مردان بیشتر از زنان می‌میرند، به نظر شما دلایل روان‌شناختی این واقعیت چیست؟ پاسخ خود را با هم‌کلاسی‌ها و مدرس درس درمیان بگذارید.

منابعی برای مطالعهٔ بیشتر

کتاب روان‌شناسی سلامت ام رابین دیمانتو که در دو جلد توسط انتشارات سمت و زیر نظر کیانوش هاشمیان ترجمه شده، کتاب ارزشمندی است. فصل پنجم جلد اول این کتاب با عنوان «ناخوشی» مرجع سودمندی برای مطالعه است. برخی فصول دیگر آن نیز مطالب مفیدی دربارهٔ موضوعات این فصل دارد.

کتاب زمینه روان‌شناسی سلامت نوشته گاچل، آندروبام و کرانتس کتابی نسبتاً قدیمی است که در سال ۱۳۷۷ توسط غلامرضا خوی‌نژاد به فارسی ترجمه شده و به همت انتشارات آستان قدس رضوی چاپ و منتشر شده است. این کتاب شامل سیزده فصل است که فصل هشتم آن با عنوان موقعیت‌های درمان پزشکی و رفتار بیمار مطالب جالبی برای مطالعه بیشتر دربارهٔ موضوعات این فصل دارد.

فصل نهم

سازگاری با بیماری‌های مزمن

هدف‌های یادگیری

دانشجو باید پس از مطالعه این فصل بتواند:

۱. بیماری‌های مزمن را تعریف کند.
۲. سازگاری را تبیین کند.
۳. انواع بیماری‌های مزمن را طبقه‌بندی کند.
۴. سازگاری با بیماری مزمن و اختلال سازگاری را شرح دهد.
۵. واکنش‌های اولیه در برابر بیماری را توضیح دهد.
۶. فرآیند سازگاری با بیماری مزمن را تشریح کند.
۷. نقش روان‌شناسان در بهبود سازگاری با بیماری‌های مزمن را شرح دهد.

همان‌طور که پیش از آن گفته شده امروزه مهمترین معضل سلامتی در همه‌ی کشورهای جهان از جمله کشور ما ایران، تغییر الگوی مرگ‌ومیر بیماری به بیماری‌های مزمن است. این بیماری‌ها که شامل بیماری‌های قلبی به ویژه فشار خون، سرطان، دیابت و... می‌شوند، نه تنها درمان قطعی ندارند، بلکه بر ذهن و رفتار فرد و سبک زندگی وی اثرات قابل ملاحظه‌ای می‌گذارند. البته در ایجاد و گسترش این بیماری‌ها نیز، رفتار و عوامل روان‌شناختی نقش غیر قابل انکاری دارند. فردی که به این بیماری‌ها مبتلا می‌شود، برای مدت مدیدی، باید با آنها زندگی کند [illegible]

سلامت است. این فصل به توصیف بیماری‌های مزمن، سازگاری با آنها و نقش روان‌شناسی در فرآیند سازگاری می‌پردازد.

بیماری‌های مزمن

بیماری‌های مزمن بیماری‌هایی هستند که برای بلند مدت مردم به آنها مبتلا می‌شوند. از جمله بیماری‌های مزمن می‌توان بیماری‌های قلبی، فشار خون، سرطان، دیابت را نام برد. این بیماری‌ها دلیل عمده‌ی مرگ‌ومیر و از کار افتادگی انسان‌های امروزی محسوب می‌شوند. طبق اعلام سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۵ سی‌وپنج میلیون نفر بر اثر بیماری‌های مزمن جان خود را از دست داده‌اند که نیمی از آنان را زنان تشکیل داده‌اند. این بیماری‌ها از جمله پرهزینه‌ترین و شایع‌ترین مسایل بهداشتی جهان محسوب می‌شوند. این بیماری‌ها با توسعه‌ی شهرنشینی، پیشرفت صنعتی و زندگی ماشینی گسترش یافته‌اند. این بیماری‌ها که به بیماری‌های غیرواگیر موسومند، ۵۹ درصد کل مرگ‌های دنیا و ۴۶ درصد بار جهانی بیماری‌ها را به خود اختصاص می‌دهند. با این حال ۷۰ درصد مجموع هزینه‌های پزشکی مربوط به این بیماری‌هاست. پزشکان امروزه معتقدند که راه‌حل کنترل اپیدمی جهانی بیماری‌های غیر واگیر پیشگیری اولیه است. پایه این نوع پیشگیری شناسایی عوامل خطرساز و کنترل این عوامل است. عوامل عمده‌ای در ایجاد این بیماری‌ها سهیم هستند که عبارتند از: عوامل زمینه‌ای مثل سن، جنس، سطح آموزش و ترکیب ژنتیکی

- عومل رفتاری مثل مصرف دخانیات، رژیم غذایی نامناسب و کم تحرکی
- عوامل بینابینی مثل مقدار کلسترول سرم و فشار خون بالا
- شرایط اجتماعی و اقتصادی مثل فقر و بیکاری
- محیط مثل آلودگی هوا، ترافیک و آلودگی آب
- شهرنشینی و فرهنگ مثل رفتارها، ارزش‌ها و هنجارها و سبک زندگی

همان‌طور که ملاحظه می‌کنید، عوامل روان‌شناختی در ایجاد و گسترش این بیماری‌ها نقش مهمی ایفا می‌کند. این بیماری‌ها انواع مختلفی دارند که در زیر به برخی

بیماری‌های قلبی و عروقی

بیماری‌های قلبی ـ عروقی یکی از شایع‌ترین علل مرگ‌ومیر در جهان از جمله ایران است. به‌طوری که این بیماری‌ها اولین علت مرگ‌ومیر در کشور ما ایران محسوب می‌شوند. اخیراً گزارش‌هایی مبنی بر کاهش سن بروز این بیمارها در کشور ما منتشر شده است. به گونه‌ای که یک‌چهارم بیماران مبتلا به سکته قلبی را افراد کمتر از ۵۰ سال تشکیل می‌دهند. هر ساله ۱۷ میلیون نفر به علت بیماری‌های قلبی و عروقی و سکته مغزی می‌میرند. بیش از پنجاه درصد مرگ‌ها و ناتوانی‌ها ناشی از این بیماری است. تا سال ۲۰۲۰، تعداد مرگ‌ها به حدود ۲۵ میلیون نفر افزایش می‌یابد. در ایران ۴۶ درصد کل مرگ‌ها ناشی از بیماری‌های قلبی است. مهمترین گروه بیماری قلبی ـ عروقی بیماری کرونر قلبی است. به‌طوری که ۲۴ درصد موارد سکته قلبی، ده درصد سکته مغزی و ۱۲ درصد سایر بیماری‌های قلبی مربوط به این بیماری است. بیماری عروق کرونر قلب (CHD) بر اثر تنگی و انسداد عروق کرونر قلب یعنی عروقی که خون سرشار از اکسیژن را به قلب می‌رسانند به وجود می‌آید. همان‌طور که پیشتر گفته شد، این بیماری از مهمترین عوامل مرگ‌ومیر در جهان است (سارافینو، ۲۰۰۵، سماوات و حجت‌زاده، ۱۳۸۴). مشکلات سازگاری در آن دسته از بیماران قلبی بیشتر گزارش می‌شود که قبل از ابتلا به بیماری مسایل اجتماعی و استرس‌های بیشتری داشته‌اند. از جمله مشکلاتی که این بیماران تجربه‌می‌کنند، اضطراب، افسردگی و انکار بیش‌از اندازه است که بر سیر بهبودی بیماری اثرات منفی می‌گذارد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند آن دسته از بیماران قلبی که اضطراب و افسردگی بیشتری را داشته باشند. به مشکلات بیشتری چون آریتمی بیشتر دچار می‌شوند و حتی احتمال مرگ‌ومیر آنها در قیاس با افراد دارای استرس کمتر، بیشتر است (لازاروس و فلک‌من، ۱۹۸۴).

مهمترین همبسته روان‌شناختی بیماری قلبی چیست؟

سرطان

بیماری سرطان یکی از معضلات و مسائل اساسی بهداشتی در جهان محسوب می‌شود

می‌گوید که این بیماری درحال رشد است. در سال ۲۰۰۵ با یازده میلیون و هشتصد هزار نفر که با رشد ۵۵ درصد پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۲۰ به هیجده میلیون و دویست هزار نفر برسد. این رشد در همه کشورهای جهان تقریباً یکسان است. هر چند سرطان در همه‌ی گروه‌های سنی وجود دارد اما هرچه سن بیشتر باشد احتمال بروز آن بیشتر خواهد بود. بر اساس آمارهای موجود که متخصصان، آنها را تنها ۷۰ درصد موارد واقعی می‌دانند، سالانه ۷۰ هزار ایرانی به بیماری سرطان مبتلا می‌شوند و در سال حدود ۳۰ هزار نفر به علت ابتلا به سرطان می‌میرند. در نتیجه این بیماری سومین علت مرگ در ایران است، هرچند در کشورهای پیشرفته اولین علت مرگ‌ومیر است. سرطان انواع زیادی دارد که سرطان ریه و معده بیشتر در آقایان و سرطان سینه در خانم‌ها، سرطان دستگاه گوارش در هر دو جنس به‌صورت برابر گزارش شده است. درباره‌ی عوامل مرتبط با سرطان متخصصان عوامل پرخطر مختلفی را مطرح کرده‌اند که از جمله آنها می‌توان به سن، مصرف دخانیات، قرار گرفتن در معرض اشعه‌ایکس، الکل، مواد شیمیایی، برخی ویروس‌ها، سوابق خانوادگی، رژیم غذایی بدون سبزیجات، میوه و فیبر، فعالیت جسمی اندک و استرس اشاره کرد. از لحاظ روان‌شناختی بیماری سرطان یکی از شدیدترین تجارب استرس‌زا در زندگی است. حالات اضطراب و افسردگی شدید از جمله عوارض شایع این نوع بیماری است. بیماران سرطانی معمولاً در سازگاری با بیماری سرطان مشکلات جدی دارند. بسیاری از بیماران در مراحل اولیه از انکار استفاده می‌کنند و تشخیص بیماری را نمی‌پذیرند. در مرحله بعدی برخی دچار خشم می‌شوند و با عصبانیت بیماری خود را به مسائل دیگری ارتباط می‌دهند. مرحله بعد افسردگی است که بیماران سرطانی علائم آن را نشان می‌دهند. برخی از بیماران پس از افسردگی دچار خودگرایی و توجه بیش از حد به خود می‌شوند. مرحله بعدی وابستگی است که آنها را با یکی از اعضای خانواده، اطرافیان و حتی پرستاران وابسته می‌کند و آخرین مرحله، مرحله قبول بیماری سرطان است. سرطان از جمله اختلالات وخیمی است که نیاز به مداخله روان‌شناختی در آن حتی توسط سایر پزشکان متخصص مطرح شده است.

دیابت

آن هر ساله روبه تزاید است. براساس آمار سازمان جهانی بهداشت از ۱۵۰ میلیون نفر در سال ۲۰۰۴ به ۳۰۰ میلیون نفر در سال ۲۰۲۵ خواهد رسید. در آمریکا این بیماری ششمین علت مرگ‌ومیر محسوب می‌شود. بیماری دیابت عوارض بلند مدت وخیمی از جمله نارسایی پیشرفته کلیه، اختلال شبکیه چشم و قطع اعضای تحتانی و بیماری قلبی - عروقی را به دنبال دارد. به‌همین دلیل بیماری دیابت توجه طیف زیادی از متخصصان پزشکی و متخصصان روان‌شناسی سلامت را به خود معطوف کرده است (مرکز کنترل و پیشگیری بیماری، ۱۹۹۸، انجمن آمریکایی دیابت، ۱۹۹۸). اکثر بیماران دیابتی در سازگاری با بیماری خود و پیروی از رژیم‌های درمانی برای تمام عمر مشکل دارند. با توجه به چندبعدی بودن رژیم درمانی دیابتی‌ها، مشکلات پایبندی به درمان مستلزم تغییر در سبک زندگی است. روان‌شناسان سلامت علاوه بر ارزیابی مسائل و مشکلات این بیماران و درک و فهم عوامل روان‌شناختی مرتبط با سازگاری با دیابت می‌توانند به بیماران کمک کنند تا تغییرات رفتاری مورد نیاز را کسب کنند و از رژیم‌های درمانی و غذایی خود به خوبی پیروی کنند.

بیماری‌های مزمن سلامتی انواع زیادی دارند که تنها سه نوع آنها معرفی شدند. آنچه درباره‌ی همه‌ی انواع بیماری‌های مزمن سلامتی صدق می‌کند، این است که پذیرش این بیماری‌های وخیم و طولانی مدت مستلزم سازگاری با این بیماری‌هاست و در این فرآیند سازگاری نقش روان‌شناس برجسته می‌شود.

سازگاری چیست؟

منظور از سازگاری با شرایط استرس‌زا از جمله بیماری مزمن این است که بیمار در شرایط بیماری به‌گونه‌ای منطقی با مسأله خود روبرو شود، بیماری خود را بپذیرد و در نهایت راه‌حل‌های منطقی برای پیروی از رژیم‌های درمانی و غذایی مناسب را بیابد. در صورتی که نتواند فرآیند سازگاری را به خوبی طی کند دچار اختلال سازگاری می‌شود. اختلال سازگاری عبارت است از علایم احساسی یا رفتاری بیش از اندازه در پاسخ به یک موقعیت استرس‌زا در زندگی. در چنین حالتی فرد قادر نیست آنطور که انتظار می‌رود با تغییرات پیش آمده در زندگی سازگاری حاصل کند که این امر به نوبه‌ی خود

به نظر شما اختلال در سازگاری چه مشکلاتی را در فرآیند درمان بیماری مزمن ایجاد می‌کند؟

ابتلا به بیماری مزمن به مثابه استرس وخیم

آگاهی از ابتلا به یک بیماری وخیم و مزمن خود چون یک شوک بزرگ همانند پتکی بر سر فرد فرود می‌آید و نظام روان‌شناختی و حتی بدنی او را فرو می‌ریزد که چنین واکنشی قطعاً روی وضعیت روانی و جسمی و سیر بیماری او تأثیر غیرقابل انکاری دارد. بنابراین لازم است پزشکان در این خصوص دقت لازم را مبذول دارند. فرانکلین شانتس[1] (۱۹۷۵) واکنش‌های اولیه بیماران به تشخیص یک بیماری جدی را مطالعه کرده و مراحل سه‌گانه‌ای را در آنها تشخیص داده است.

۱. **مرحله‌اول: شوک:** در این مرحله بیمار دچار شوک ناگهانی و شدیدی می‌شود. این پاسخ آنی وی به بیماری با سه ویژگی مشخص می‌شود: الف) بهت زدگی ب) رفتار غیرارادی ج) احساس گسیختگی از موقعیت. حالت احساس گسیختگی شبیه کسی است که در رخداد درگیر نبوده بلکه صرفاً نظاره‌گر رخداد بیماری است. درباره‌ی مدت زمان شوک، این مرحله ممکن است تنها چند لحظه و یا هفته‌ها به‌طول انجامد. بدیهی است که فردی که بدون آمادگی و اطلاع قبلی دچار این عارضه شود، واکنش شوک در او شدیدتر است.

۲. **مرحله‌ی دوم: مواجهه[2]:** در این مرحله فرد احساس می‌کند تفکرش از هم گسیخته شده، احساس گناه، یأس و نومیدی دارد و احساس از پای درآمدن می‌کند.

۳. **مرحله‌سوم: عقب‌نشینی[3]:** در این مرحله بیمار تلاش می‌کند با یک سری راهبردها مثل اجتناب و انکار، با مسأله پیش آمده و با پیامدهای آن برخورد کند. بعد علایم بالینی شدت می‌یابند. فرد به دنبال پزشکان دیگر می‌رود و با تأیید مکرر تشخیص‌های اولیه نیاز به سازگاری آشکارتر می‌شود. عقب‌نشینی اساس عملیات برای سازگاری با بیماری در طول زمان است.

هر چند واکنش‌های افراد به بیماری تقریباً یکسان است، اما تفاوت‌های فردی در

این خصوص نیز وجود دارد. برخی به محض اطلاع از تشخیص قطعی بیماری واکنش بسیار شدید و هیجان انگیزی نشان می‌دهند. برخی دیگر خود را خونسرد نشان داده و با گفتن جملاتی چون «مرگ دست خداست» «قسمت ما همین است» سعی می‌کنند بر بیماری خود غلبه کنند. اگر بیماری را یک عامل استرس‌زا بدانیم، کرویل ودیتو (۱۹۹۰) نشان داده‌اند که افراد برای کنترل پاسخ‌های هیجانی نسبت به عامل استرس‌زا به ویژه هنگامی که معتقد باشند هیچ‌کاری برای تغییر وضعیت موجود از دستشان برنمی‌آید، از راهبرد انکار یا سایر روش‌های اجتنابی استفاده می‌کنند. اگر چه معمولاً استفاده از روش‌های اجتنابی در اوایل تشخیص، منافع روان‌شناختی برای فرد به ارمغان می‌آورد، اما اجتناب خیلی زود به ناسازگاری و آسیب‌های جسمی وخیم‌تر به علت عدم پیروی از درمان منجر می‌شود (ساس وفلچه، ۱۹۸۵)، مضافاً اینکه افرادی که از راهبرد اجتناب استفاده می‌کنند، فرصت کسب اطلاعات دقیق‌تر از مشکل بهداشتی خود را از دست می‌دهند. چنین اطلاعاتی نقشی اساسی در تصمیم‌گیری‌های بعدی درباره بیماری را ایفا می‌کنند.

فردی که به یک بیماری مبتلا می‌شود باید برنامه‌زندگی‌اش را تغییر دهد، آرزوهایش، سفرهایش، ازدواج، بچه‌دار شدن، تحصیل کردن، اشتغال و خلاصه همه چیزش در معرض تغییر قرار می‌گیرد. نه تنها خود وی بلکه خانواده، بستگان، دوستان و اطرافیانش باید به نحوی خود را با بیماری سازگار کنند. پس می‌توان گفت که بیماری مزمن همچون یک بحران همه چیز را تغییر می‌دهد. به همین دلیل یکی از متخصصان به نام رودلف موس[1] نظریه بحران[2] را مطرح کرده است.

نظریه بحران موس

موس و شافر[3] (۱۹۸۴) برای درک بهتر چگونگی سازگاری فرد با بحران‌های عمده

زندگی از جمله بیماری‌های وخیم و درک اثر بیماری یا آسیب، نظریه بحران را مطرح کرده‌اند. طبق این نظریه نظام‌های روان‌شناختی همانند سیستم‌های جسمی از فرآیند تعادل حیاتی و تعادل‌جویی تبعیت می‌کنند. در این نظریه هر بحران یک محدودیت خویشتن[1] برای یافتن راهی به‌منظور بازگشت به مرحله با ثبات قبلی، ایجاد می‌کند. بنابراین افراد خود به مشابه خود تنظیم‌گر[2] هستند. به‌نظر موس و شافر بیماری جسمی بحرانی است که تغییراتی در زندگی فرد ایجاد می‌کند. آنها پنج تغییر را به شرح زیر مشخص کرده‌اند:

[illegible] [3] بیماری باعث تغییر در هویت فرد می‌شود مثلاً از مراقب به بیمار و نیازمند مراقبت یا از نان‌آور خانواده به معلول و از کار افتاده تبدیل می‌شود.

[illegible] [4] بیماری باعث انتقال به محل جدیدی مثل بیمارستان می‌شود.

[illegible] [5] فرد بیمار قبلاً بزرگسال مستقلی بوده که روی پای خود می‌ایستاده اما در اثر بیماری مزمن باید نقش یک فرد وابسته منفعل را بازی کند.

[illegible] بیماری باعث جدا شدن از دوستان و حتی خانواده می‌شود، در نتیجه حمایت اجتماعی فرد را تغییر می‌دهد.

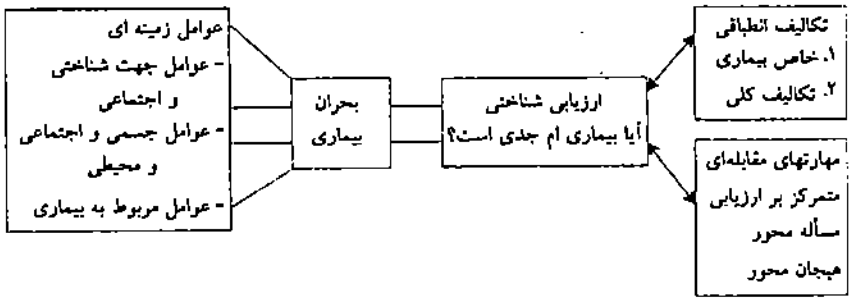
[illegible] [6] بیماری باعث تغییر در برنامه‌های آینده بچه‌دار شدن، شغل، مسافرت و... می‌شود.

[illegible]

علاوه بر تغییرات فوق عوامل متعددی باعث می‌شود بیماری مزمن بحران شوند. از جمله اینکه بیماری اغلب غیر منتظره و غیر قابل پیش‌بینی است. اطلاعات درباره‌ی بیماری عمدتاً مبهم و نامشخص است. معمولاً در اثر ابتلا به بیماری مزمن فرد مجبور است سریعاً تصمیم جدیدی اتخاذ کند مثلاً جراحی کند، به شیمی درمانی رضایت دهد یا تزریق انسولین را انتخاب کند. ماندن در حالت ابهام و دو پهلو نیز از ویژگی‌های

1. self - limiting
2. self - regulating

بیماری مزمن است مثلاً بالاخره نمی‌داند که شیمی درمانی نتیجه بخش خواهد بود یا خیر، آیا می‌تواند قند خون را کنترل کند یا خیر. نهایتاً بیماری وخیم وضعیتی است که فرد قبلاً آن و حتی موقعیت مشابه آن را تجربه نکرده است و لذا نمی‌داند که چگونه باید با آن سازگار شود. این‌ها مواردی هستند که باعث می‌شود هم صدا با موس و شافر بیماری جسمی را بحران بنامیم. آنها معتقدند که افراد مبتلا به بیماری‌های وخیم از طریق سه فرآیند با این بیماری مقابله می‌کنند. فرآیند ارزیابی شناختی[1]، تکالیف تطابقی[2] و مهارت‌های مقابله‌ای[3]. هم چنین آنها نقش عوامل زمینه‌ای[4] در مقابله با بحران بیماری را مطرح کرده‌اند مدل موس و شافر در شکل ۹-۱ آمده است.



شکل ۹-۱: مدل موس و شافر پیرامون نقش عوامل زمینه‌ای در مقابله با بحران بیماری

فرآیند اول: ارزیابی شناختی

در این مرحله بیماری باعث ایجاد حالت عدم تعادل می‌شود. فرد ابتدا سعی می‌کند جدی بودن و اهمیت بیماری را ارزیابی کند. مثلاً می‌پرسد آیا این نوع سرطان جدی است؟ این سرطان چقدر برزندگی تأثیر می‌گذارد؟ بدیهی است که از لحاظ روان‌شناختی عواملی چون دانش و اطلاعات، تجربه قبلی و حمایت اجتماعی و همین‌طور شناخت‌های فرد نسبت به بیماری بر فرآیند ارزیابی شناختی تأثیر می‌گذارد.

[illegible]

موس و شافر هفت تکلیف انطباقی که برای فرآیند مقابله کاربرد دارد، را معرفی کرده‌اند. سه تکلیف به‌عنوان تکالیف خاص بیماری و چهار تکلیف به‌عنوان تکالیف کلی طبقه‌بندی شده‌اند. سه تکالیف خاص بیماری عبارتند از:

۱. مواجهه با درد، ناتوانی و علایم دیگر: مواجهه با علایمی چون درد، احساس عدم کنترل و بازشناسی تغییرات در این تکلیف قرار می‌گیرند.

۲. مواجهه با محیط بیمارستان و روش‌های درمانی خاص: در این مرحله ملاحظات پزشکی چون شیمی درمانی، آندوسکوپی و آنژیوگرافی از جمله مسایلی هستند که بیمار با آنها مواجهه می‌شود.

۳. برقراری و حفظ روابط مناسب با کادر درمانی: بیمار شدن مستلزم برقراری مجموعه‌ای جدید از روابط با متخصصان سلامت از جمله پزشک، پرستار، جراح و... است.

چهار تکلیف کلی که به بیماری خاصی ارتباط ندارند، عبارتند از:

۱. [illegible] در این تکلیف بیمار باید هیجانات منفی ناشی از بیماری را با هیجانات مثبت مناسب جبران کند.

۲. [illegible] بیماری ممکن است باعث بد شکلی در فرم ظاهری[4] و تغییرات دیگری شود که داشتن تصویر خود مناسب و احساس شایستگی به سازگاری با آن کمک می‌کند.

۳. [illegible] بیمار باید شبکه حمایت اجتماعی را علیرغم تغییر محل و مشکلات ارتباطی، حفظ کند.

۴. [illegible] بیماری باعث ابهام در آینده بیمار می‌شود. با توجه به فقدان‌ها، محدودیت‌ها و معلولیت‌ها باید آینده بیمار تعریف شود.

[illegible]

موس و شافر (۱۹۸۴) پس از ارزیابی شناختی و تکالیفی انطباقی سه نوع مهارت

مقابله‌ای را معرفی کرده‌اند: مقابله ارزیابی مدار[1]، مقابله مسأله مدار و مقابله هیجان مدار.

منظور از مقابله ارزیابی مدار تلاش به‌منظور فهم بیماری و جستجوی معنایی برای آن است. آنها سه نوع مقابله ارزیابی مدار را معرفی کرده‌اند.

الف) تحلیل منطقی[2] و تدارک ذهنی[3] یعنی اینکه بیمار تلاش کند یک موقعیت غیرقابل اداره را به موقعیتی قابل اداره تبدیل کند.

ب) باز تعریف شناختی[4] یعنی پذیرش واقعیت موقعیت و باز تعریف آن به گونه‌ای مثبت و قابل قبول.

ج) اجتناب و انکار شناختی[5] شامل به حداقل رساندن جدی بودن و وخامت بیماری. البته باید توجه داشته باشید که این مکانیزم صرفاً برای کاهش دادن اثرات وخیم تلقی کردن بیماری است و به معنای انکار کامل آن نیست.

[illegible]

مقابله مسأله محور شامل مواجهه با مسأله‌ی بیماری و بازسازی آن به گونه‌ای قابل اداره است. سه نوع مقابله مسأله محور عبارتند از:

۱. جستجوی اطلاعات و حمایت: مثلاً فراهم کردن یک چهارچوب دانشی با ارزیابی اطلاعات در دسترس. مثلاً بیمار می‌تواند اطلاعات جدید درباره‌ی بیماری خود و چگونگی کنترل آن را مطالعه کند.

۲. اقدام به حل مسأله: از جمله یادگیری روش‌ها و رفتارهای خاص. مثلاً بیمار دیابتی که مجبور به تزریق انسولین است اما می‌ترسد نتواند این کار را به‌خوبی انجام دهد، می‌تواند نحوه‌ی صحیح تزریق را فراگیرد.

۳. تعیین پاداش‌های جایگزین: مثلاً طراحی وقایع و اهدافی که رضایت و خشنودی کوتاه مدت برای بیمار فراهم می‌کنند.

1. appraisal focused

مقابله سوم مقابله هیجان محور است که شامل مدیریت هیجانات و حفظ تعادل عاطفی است. سه نوع مهارت مقابله هیجان محور عبارتند از:

۱. **عاطفی:** شامل تلاش برای حفظ امیدواری هنگام مواجهه با موقعیت استرس‌زا.

۲. **تخلیه هیجانی:** شامل بیرون‌ریزی هیجاناتی چون خشم و نومیدی.

۳. **پذیرش مجدد:** شامل آوردن کلماتی درباره‌ی پیامدهای غیرقابل اجتناب بیماری.

همان‌طور که ملاحظه می‌کنید، مقابله و سازگاری با بحران بیماری جسمی مستلزم استفاده از انواع تکالیف انطباقی و مقابله‌ای است و در هر مرحله‌ای از این فرآیند، روان‌شناس سلامت می‌تواند با تشخیص مشکل و ایراد سازگاری، بیمار را در رسیدن به سازگاری متناسبی با بیماری یاری دهد.

اگرچه نظریه موس و شافر به خوبی تدوین شده است، اما همان‌طور که خود این نظریه پیش‌بینی کرده است فرآیند سازگاری و مقابله با بیماری طبی در همه افراد یکسان و همانند نیست. چگونگی تفاوت‌ها تحت تأثیر سه عامل است که عبارتند از:

۱. **عوامل جمعیت‌شناختی و شخصی:** مثل سن، جنس، طبقه اجتماعی و مذهب.

۲. **عوامل جسمی، اجتماعی و محیطی:** مثل در دسترس بودن شبکه حمایت اجتماعی و در دسترس بودن محیط فیزیکی مثل بیمارستان مناسب.

۳. **عوامل مرتبط با بیماری:** مثل درد، بدشکلی یا خال یا لکه.

با توجه به موارد فوق توضیح دهید که چرا سازگاری با بیماری سرطان با سازگاری با بیماری دیابت متفاوت است؟

براساس نظریه بحران دو نوع سازگاری با بیماری وجود دارد. سازگاری و انطباق سالم[1] که نشانه پختگی است و انطباق نادرست یا پاسخ غیرانطباقی[2] که نشانه بدتر شدن است. بدیهی است که نقش اصلی روان‌شناس سلامت هنگامی است که فرد دومین سازگاری را داراست.

نظریه انطباق شناختی

یکی دیگر از نظریات درباره‌ی مقابله با بیماری جسمی توسط تایلر[1] و همکاران، (۱۹۸۴) ارائه گردید. آنها براساس مصاحبه با قربانیان بیماران وخیمی چون سرطان و بیماری قلبی مدل انطباق شناختی[2] را مطرح کرده‌اند. طبق این مدل سه مرحله برای رویارویی با وقایع تهدیدکننده یا بیماری جسمی وجود دارد: جستجوی معنا[3]، جستجوی تسلط[4] و یک فرآیند خودارتقایی[5]. در نظریه تایلر و همکاران این سه فرآیند باعث ایجاد و حفظ خطاهایی[6] می‌شوند که فرآیند انطباق شناختی را تشکیل می‌دهند.

الف) جستجوی معنا: بیماران معمولاً از خود سؤالاتی می‌پرسند مثلاً چرا این اتفاق برای من افتاد؟ تأثیر آن روی زندگی‌ام چقدر خواهد بود؟ تایلر این سؤالات را به دوطبقه تقسیم کرده است: جستجوی علیت، و جستجوی اثرات. طبق بررسی او و همکارانش روی زنان دچار سرطان سینه ۴۱ درصد زنان استرس‌را به‌عنوان علت بیماری مطرح کرده‌اند. ۳۲ درصد تغییرات سلولی، ۲۶ درصد وارثت، ۱۷ درصد رژیم غذایی. به‌نظر تایلر نوع این علت‌ها برای فهم بیماری مهم نیست، بلکه مهم این است که فرد بتواند در اثر جستجوی علیت به این سؤال پاسخ دهد که چرا این اتفاق افتاد. در همین مرحله جستجوی معنا بیمار باید دریابد که این بیماری چه اثراتی روی زندگی‌اش می‌گذارد.

ب) جستجوی تسلط: در اثر بیماری فرد احساس می‌کند تا حدی تسلطش بر زندگی را از دست داده است. لذا از خود می‌پرسد که چگونه می‌توانم از وقوع مجدد چنین حادثه‌ای پیشگیری کنم؟ در نظر این متخصصان احساس کنترل با این باور که بیماری قابل کنترل است، حاصل می‌شود. مثلاً ۶۶ درصد بیماران دچار سرطان سینه گزارش کردند که توانسته‌اند بر بیماری خود تأثیر بگذارند. به‌نظر تایلر تکنیک‌های روان‌شناختی چون ایجاد نگرش مثبت، مراقبه، خود هیپنوتیزمی، الگوی‌های اسناد یا تکنیک‌های رفتاری مثل تغییر رژیم غذایی، تغییر دارو، دسترسی به اطلاعات یا کنترل اثرات جانبی داروها می‌توانند ایجاد حس تسلط در افراد را به دنبال داشته باشند.

1. taylor
2. cognitive adaptation

ج) فرآیند خود ارتقایی: بدیهی است که برخی افراد در اثر بیماری کاهش عزت نفس را تجربه می‌کنند. طبق نظریه تایلور به همین دلیل در بیماری مزمن بیماران تلاش می‌کنند از طریق فرآیند خود ارتقایی عزت نفس خویش را بازسازی کرده و آن را افزایش دهند. به‌نظر تیلور و همکاران اگر بیماران خود را با افراد بدتر از خویش مقایسه کنند، چنین مقایسه‌هایی می‌تواند به افزایش عزت نفس آنها منجر شود.

تیلور معتقد است که در مراحل مختلف بیماری نوعی خطاهای شناختی در بیماران ایجاد می‌شود. مثلاً ممکن است بیماری برخلاف علوم رایج تصور کند که علت سرطانش را فهمیده است و بنابراین می‌داند که چگونه بر آن تأثیر بگذارد. هر چند این خطای شناختی ممکن است با واقعیت منطبق نباشد. زیرا هنوز عم علت واقعی سرطان نامعلوم است. اما چنین خطایی بر فرآیند سازگاری با بیماری اثر مثبت می‌گذارد. مثلاً نگرش‌های مذهبی بیماران نسبت به بیماری، دعا و شفا می‌تواند باورهایی را در آنها ایجاد کند که به سازگاری بهتر با بیماری خویش بپردازند.

آنچه مهم است این است که سازگاری با بیماری طبی وخیم نه تنها برای سلامت

گذاشت. بیماران مزمنی که نتوانند با بیماری‌خویش سازگار شوند همواره از خود می‌پرسند که تا کی باید درد بکشند؟ چرا باید برای همیشه داروی خاصی مصرف کنند؟ چرا نمی‌توانند غذای دلخواهشان را بخورند؟ نتیجه اینکه عدم سازگاری با بیماری مزمن می‌تواند باعث شود که بیمار پیروی از دستورات طبی و رژیم‌های غذایی را قطع کند و در چنین شرایطی مرگ در انتظار آنهاست. پس روان‌شناسان سلامت با شناسایی مشکلات سازگاری این بیماران و کمک به آنها برای سازگاری بهتر با بیماری می‌توانند از مرگ‌ومیر آنها جلوگیری کرده و به آنها کمک کنند تا طول عمر بیشتری علیرغم داشتن بیماری داشته باشند.

مفهوم تلقی می‌شود. طبق نظریه انطباقی ـ ساختی تیلور، سه مرحله برای رویارویی با بیماری‌های مزمن و تهدیدکننده وجود دارد: مرحله جستجوی معنا، جستجوی تسلط و فرآیند خودارتقایی. خطاهای شناختی در این نظریه برای سازگاری با بیماری مهم تلقی می‌شوند.

واژه‌های کلیدی

بیماری مزمن	عقب‌نشینی	ارزیابی شناختی	پذیرش مجدد
سرطان	اجتناب	تکالیف انطباقی	انطباق شناختی
بیماری قلبی	انکار	مواجهه با درد	پاسخ غیر انطباقی
فشار خون	منافع روان‌شناختی	حفظ تعادل عاطفی	جستجوی معنا
دیابت	نظریه بحران	حفظ تصویر از خود	جستجوی تسلط
سازگاری	تعادل حیاتی	تدارک آینده	فرآیند خودارتقایی
اختلال سازگاری	تعادل جویی	مهارت‌های مقابله‌ای	خطاهای شناختی
عوامل خطر آفرین	محدودیت‌خویشتن	تحلیل منطقی	
شوک	خود تنظیم‌گر	باز تعریف شناختی	
بهت زدگی	تغییر	مقابله مسأله محور	
رفتار غیرارادی	عوامل زمینه‌ای	مقابله هیجان محور	
احساس گسیختگی	عوامل مربوط به بیماری	تخلیه هیجانی	
مواجهه			

پرسش‌های مروری

۱. بیماری‌های مزمن را تعریف کنید؟
۲. انواع بیماری‌های مزمن را نام ببرید؟
۳. سازگاری و اختلال در سازگاری را تعریف کنید؟
۴. عوامل خطرساز بیماری‌های مزمن کدامند؟
۵. مواجهه اولیه با تشخیص بیماری وخیم چه احساساتی را برمی‌انگیزد؟
۶. مکانیزم‌های اجتنابی و انکار در بیماری‌های مزمن را شرح دهید؟

۸. کاربرد تعادل حیاتی در سازگاری روان‌شناختی را شرح دهید؟
۹. سازگاری با بیماری تحت تأثیر چه عواملی است؟
۱۰. ارزیابی شناختی بیماری چگونه انجام می‌شود؟
۱۱. منظور از تکالیف انطباقی چیست؟
۱۲. مهارت‌های مقابله‌ای را تعریف کنید؟
۱۳. مقابله مسأله محور و هیجان محور را شرح دهید؟
۱۴. نظریه تیلور درباره سازگاری با بیماری را شرح دهید؟

پرسش‌های چندگزینه‌ای

۱. اولین عامل مرگ و میر در کشور چیست؟
الف) سرطان ب) تصادفات
ج) بیماری قلبی د) دیابت

۲. شیوع کدام نوع سرطان در دو جنس یکسان است؟
الف) ریه ب) معده
ج) پوست د) گوارش

۳. براساس نظر شانتس استفاده از راهبردهای اجتناب و انکار در چه مرحله‌ای شایع است؟
الف) عقب‌نشینی ب) دوم
ج) مواجهه د) شوک

۴. کدامیک از موارد زیر جزو تغییرات در نظریه بحران موس نیست؟
الف) تغییر هویت ب) تغییر ابهام
ج) تغییر نقش د) تغییر در محل

۵. در نظریه موس جستجوی معنا در محدوده کدام نوع مقابله قرار می‌گیرد.
الف) مسأله مدار ب) هیجان مدار
ج) اجتناب مدار د) ارزیابی مدار

۶. در نظریه انطباق شناختی، خطاها .....

ج) اثر منفی بر سازگاری دارند　　د) باید تقویت شوند

پرسش‌هایی برای اندیشیدن

نظریه موس و تیلور را با یکدیگر مقایسه کرده، معایب و مزایای آنها را با هم‌کلاسی‌های خود بحث کنید و نتیجه آن را با مدرس درس در میان بگذارید.

راهنمایی برای مطالعه بیشتر

پیدا کردن منبعی به فارسی که مطالب این فصل کتاب را پوشش دهد، دشوار است. شما در بعضی کتاب‌های روان‌شناسی می‌توانید مطالبی کلی در زمینه سازگاری پیدا کنید. با این حال کتاب روان‌شناسی سلامت نوشته سارافینو که توسط میرزایی و همکاران ترجمه شده و با همت انتشارات رشد چاپ و منتشر شده است، منبع سودمندی است. همین‌طور کتاب مقدمات روان‌شناسی سلامت ترجمه فتحی آشتیانی و عظیمی آشتیانی نیز در این خصوص مطالب مفیدی دارد.

فصل دهم

مداخله‌های روان‌شناختی در بیماری‌های مزمن

هدف‌های یادگیری

از دانشجو انتظار می‌رود پس از مطالعه این فصل بتواند:

۱. مشکلاتی را که افراد دچار بیماری‌های مزمن تجربه می‌کنند را شرح دهد.
۲. انواع مشکلات سازگاری بیماران مزمن را توضیح دهد.
۳. مداخلات روان‌شناختی و انواع آنها را تشریح کند.
۴. مزایای رفتار درمانی شناختی را در درمان بیماری‌های مزمن شرح دهد.
۵. توضیح دهد که تلاش‌های متخصصان رفتار درمانی شناختی برای اصلاح شناخت بر کدام مبانی استوار است؟

همان‌طور که در فصل قبل ملاحظه کردید، نه تنها در علت‌شناسی بیماری‌های مزمن جسمی عوامل روان‌شناختی نقش دارند، بلکه خود این بیماری‌ها به‌عنوان استرس‌هایی بسیار مهم هم در زندگی فرد و هم در زندگی اطرافیان بیمار تلقی می‌شوند. مضافاً اینکه سازگاری روانی با این حالات منفی مزمن و پیروی کامل از دستورات طبی و پرهیزهای غذایی برای اغلب این بیماران کاری سخت و طاقت فرسا است. همچنین عمده این بیماران حالات منفی روان‌شناختی از جمله اضطراب و افسردگی را تجربه می‌کنند. چنین حالات روانی منفی درمان طبی این بیماران را نیز با اشکال مواجه می‌کند. بنابراین بیماران دچار بیماری‌های مزمن برای سازگاری با بیماری،

دارند. در این فصل چنین مداخلات سودمندی که می‌توانند مورد استفاده این بیماران قرار گیرند، به اختصار توضیح داده می‌شوند.

افراد دچار بیماری‌های مزمن جسمی مشکلات متعددی را در زندگی خود تجربه می‌کنند. برای مثال افراد مبتلا به دیابت نوع I باید از رژیم‌های روزانه پیچیده‌ای تبعیت کنند تا بتوانند سطوح گلوکز خون خود را در حد طبیعی نگهدارند. این امر با آزمون منظم قند خون، تزریق ۲ یا ۴ بار آنسولین در روز و کنترل دقیق جذب مواد غذایی و سطوح فعالیت میسر است. افراد مبتلا به دیابت نوع I توسط متخصصان مختلف از جمله متخصصان غدد داخلی، متخصصان رژیم غذایی و پرستاران مورد بررسی‌های متعلمی قرار می‌گیرند و خود نیز باید به‌صورت خود ـ مدیریتی[1] وضعیت خویش را مدیریت کنند. آنها به منظور جلوگیری از پیامدهای منفی دیابت از جمله کاهش دید، اختلال در کلیه، مشکلات در اعضای پیرامونی بدن و بیماری قلبی باید دستورات طبی را کاملاً رعایت کنند. شکست در حفظ سطح قندخون در محدوده‌ی طبیعی پیامدهای فوری مثل آسیب در عملکرد شناختی، کاهش هشیاری و حتی مرگ در موقعیت‌های شدید را ایجاد می‌کند. در مورد بیماری قند غیر وابسته به انسولین یا نوع ۲، درمان اولیه شامل کنترل گلوکز خون از طریق آزمون کردن، رژیم غذایی و ورزش است و بیشتر این افراد از طریق داروی خوراکی این کار را انجام می‌دهند. آنها نیز مشکلاتی را در پیروی از دستورات طبی تجربه می‌کنند. گوندر ـ فردریک[2] (۲۰۰۲) در این خصوص می‌گوید:

«بیماران دیابتی باید رفتارهای خود درمانی چندگانه‌ای را به‌طور روزانه پس از تشخیص دیابت برای تمام طول عمر زندگی خود انجام دهند. از چشم‌انداز روانی ـ رفتاری تصور یک بیماری که مستلزم خود ـ کنترلی و خود ـ تنظیمی وضعیت سلامتی بیمار در تمام عمر باشد، دشوار است» (ص۶۱۳).

چنین وضعیتی که خود می‌تواند به ایجاد هیجانات منفی منجر شود، صرفاً مختص بیماران دیابتی نیست بلکه در تمام بیماری‌های مزمن از جمله بیماری‌قلبی، آسم، سرطان و... وجود دارد. لذا فائق آمدن بر چنین مشکلاتی مستلزم استفاده از مداخلات روان‌شناختی از جمله درمان‌های حمایتی و انواع روان درمانی است.

توضیح دهید که بیماران آسمی برای خود کنترلی، مراقبت از خود چه مشکلاتی را تجربه می‌کنند؟

مشکلات افراد دچار بیماری‌های مزمن

افرادی که از بیماری‌های مزمن رنج می‌برند، مشکلات متعددی دارند. این مشکلات می‌توان به پنج دسته تقسیم کرد: الف) سازگاری با بیماری، ب) پیروی از دستورات طبی، ج) حالات منفی روان‌شناختی (مشکلات روان شناختی)، د) مشکلات در تحمل درد، ه) سازگاری با تغییرات بدنی.

الف) سازگاری با بیماری

همان‌طور که پیشتر گفته شد، بیشتر بیماران دارای بیماری‌های مزمن نمی‌توانند به تحمل مطلوبی بیماری خود را بپذیرند و با آن سازگار شوند. برای سازگاری با این شرایط طبی وخیم، اغلب به کمک متخصصان به ویژه روان‌شناسان سلامت و روان‌شناسان بالینی نیازمندند.

انواع مشکلات سازگاری

بیماران دچار بیماری‌های مزمن مشکلات زیادی در سازگاری تجربه می‌کنند. این تجارب به عوامل زیادی از جمله میزان درد، ناتوان کنندگی یا تهدیدکنندگی آن بیماری و سن بیمار بستگی دارد. این مشکلات در جدول ۱۰-۱ خلاصه شده‌اند (سارافینو، ترجمه میرزایی و همکاران، ۱۳۸۴).

جدول ۱۰-۱: انواع مشکلات سازگاری

نوع	مثال
جسمی	ناتوانی در سازگاری با معلولیت یا با درد
شغلی	مشکل در ادامه شغل یا پیدا کردن شغل جدید
خودانگاری	ناتوانی در پذیرش تصویر جسمی تغییر یافته
اجتماعی	مشکل در ادامه فعالیت‌ها و روابط اجتماعی و لذت بخش

همان‌طور که ملاحظه می‌کنید، این نوع مشکلات با سایر مشکلاتی که بیماران تجربه می‌کنند مرتبط و یا حتی همسان هستند.

ب) پیروی از دستورات طبی

اغلب برای مردم دشوار است که به آنها گفته شود، برای تمام مدت عمرشان نباید قند، چربی و... مصرف کنند و یا اینکه به آنها گفته شود برای تمام عمر هر روز دو تا سه نوبت باید داروی خاصی را مصرف کنند و یا فعالیت‌های آنها برای همیشه محدود می‌شود. چنین بیمارانی نه تنها باید عوارض بیماری را بپذیرند، بلکه بیماری، زندگی آنها را دگرگون می‌کند. به همین دلیل این بیماران باید به کمک روان‌شناسان سلامت بتوانند از تجویزات طبی به‌خوبی پیروی کنند، درغیر این صورت وضعیت جسمی آنها بدتر شده و یا به سمت مرگ پیش می‌روند.

ج) مشکلات روان‌شناختی

در بیشتر اختلالات مزمن، مشکلات روان‌شناختی به ویژه غم واندوه، ناامیدی درماندگی، افسردگی، اضطراب، عدم علاقه به زندگی و حتی برخی از علایم وخیم فراوان جزو لاینفک بیماری هستند. این حالات در صورت عدم مداخله، سلامت و زندگی بیماران را تهدید می‌کنند. برای این منظور مداخلات روان‌شناختی ضرورتی انکار ناپذیر است.

د) تحمل درد

اکثر بیماری‌های مزمن با دردهای خفیف تا شدید، به ویژه مداومی همراه هستند. مثلاً بیمار مبتلا به سرطان ممکن است به علت شیمی درمانی دردهای بسیار شدیدی را تجربه کند و یا فردی که مرتب دیالیز می‌شود، دچار دردهایی می‌گردد. برخی بیماران قلبی نیز دردهای شدیدی را تجربه می‌کنند. در بیشتر مواقع درمان‌های طبی برای رفع کاهش دردهای مثمر ثمر واقع نمی‌شود. در چنین مواردی روان‌شناسان سلامت می‌توانند از طریق آموزش روش‌های مقابله با درد به کمک [illegible]

هـ) تغییرات ظاهری در بدن

برخی بیماران مزمن تغییرات غیر منتظره‌ای را در ظاهر بدن فرد ایجاد می‌کنند، به گونه‌ای که وقتی بیمار خود را در آینه می‌بیند به گذشته خویش غبطه می‌خورد و حتی نسبت به زندگی ناامید و بدبین می‌شود. برخی بیماری‌ها با کاهش شدید در وزن، از دست دادن موها و یا تغییرات دیگر همراه است که همین تغییرات بیمار را شدیداً نگران می‌کند و سازگاری با این تغییرات مستلزم کمک‌های روان‌شناختی است.

> برای کاهش درد بیماران سرطانی، روان‌شناسان سلامت چه اقداماتی انجام می‌دهند؟

با توجه به موارد فوق می‌توان گفت که بیماران دارای بیماری‌های مزمن جسمی برای فائق آمدن بر مشکلات سازگاری، تبعیت از رژیم درمانی، کاهش تجربه درد، تغییرات عاطفی روان‌شناختی و تغییرات در ظاهر بدن، به خدمات روان‌شناختی یا مداخلات روان‌شناختی نیازمندند.

مداخلات روان‌شناختی

منظور از مداخله روان‌شناختی[1] یا مداخله روانی[2]، کاربرد اصول و یافته‌های روان‌شناسی به ویژه روان‌شناسی بالینی در یک موقعیت یا شرایط خاص است. در شرایطی بحرانی چون بیماری مزمن که نظام روان‌شناختی فرد تهدید می‌شود و بیمار حالات منفی روان‌شناختی تجربه می‌کند، استفاده از درمان‌های روان‌شناختی، مفید است. این درمان‌ها از روان‌درمانی[3] حمایتی تا روان‌درمانی‌های عمیق متغیرند.

روان‌درمانی چیست؟

روان درمانی یا درمان از طریق مکالمه و صحبت کردن شامل نشست رو در روی یک درمانگر با متخصص و یک مراجع یا بیمار است که براساس رویکردی خاص به منظور بهبود وضعیت روانی فرد انجام می‌شود. این رویکردها تنوع زیادی دارند که در اینجا

به برخی اشاره می‌شود.

- روان تحلیل‌گری[1]: این شیوه، قدیمی‌ترین نوع مداخله درمانگری است. این نوع درمان بلندمدت به منظور آشکار کردن انگیزه‌های ناهشیار و حل مشکلات فعلی مراجع انجام می‌شود.

- رفتار درمانی[2]: این نوع درمان به منظور تغییر الگوهای تفکر و رفتار فرد از طریق تغییر در رفتار انجام می‌شود. مثلاً غرقه‌سازی[3] نوعی رفتار درمانی در اختلال وسواس است.

- شناخت درمانگری[4]: این نوع درمان به منظور تصحیح الگوی نارسای تفکر که خود موجب احساسات و رفتار مشکل دار شده‌اند، انجام می‌شود.

- خانواده درمانی[5]: شامل نشست‌های بحث‌کردن و حل مسأله با تمام اعضای یک خانواده برای حل مشکل روان‌شناختی آنهاست.

- گروه درمانی[6]: گروه‌های کوچک تحت هدایت درمانگر با تمرکز بر مشکل فرد تشکیل می‌شود و اعضای گروه در حل مسأله به هم کمک می‌کنند.

- هنر درمانی[7]: نیز از انواع درمان‌هایی است که برای مواجه کردن مردم با هیجانات نیرومندی که در شرایط معمول آشکار نمی‌شوند، انجام می‌شود.

وقتی همراه با مداخلات روان‌شناختی از تمهیدات اجتماعی مددکاران اجتماعی و دیگر متخصصان استفاده می‌شود، از مداخلات روانی - اجتماعی[8] یاد می‌گردد.

امروزه رایج‌ترین نوع درمان روان‌شناختی که گسترش زیادی در بهبود اختلالات از جمله در اختلالات مزمن پزشکی یافته است رویکرد درمانگری - رفتاری است که در ادامه به آن می‌پردازیم.

درمانگری شناختی رفتاری برای بیماری‌های مزمن

وقتی برای فردی بیماری مزمن تشخیص داده می‌شود و یا فردی دچار اختلالات تازه‌ای

1. psychoanalysis
2. behavior therapy
3. exposure therapy
4. cognitive therapy

می‌شود، ممکن است به سرعت نگرانی‌ها و ترس‌های بسیار واقع‌گرانه‌ای در ذهن او ایجاد گردد. این موارد شامل مواردی نظیر درد جسمی (آیا من توانایی تحمل این درد را دارم؟)، کیفیت کلی زندگی (آیا من دوباره خواهم توانست هر آنچه را دوست دارم، بخورم؟ این بیماری چه تأثیری روی زندگی زناشویی من خواهد گذاشت؟) و مرگ‌ومیر (آیا من خواهم مرد؟)، دلواپسی‌هایی در مورد ادراک‌ها و عقاید سایرین (وقتی دیگران من را با گلاه گیس ببینند، چه فکری در موردم می‌کنند؟) و قابلیت ایجاد تمایل در دیگران (حالا چه کسی حاضر می‌شود با من زندگی کند؟) خواهد بود. ممکن است در مورد شرایط اقتصادی (چگونه تمام هزینه‌های درمانی را بپردازم؟) نگرانی‌هایی ایجاد شود و سؤالاتی در مورد چگونگی تأثیر بیماری بر فعالیت‌های معمول زندگی، نقش‌ها و مسؤلیت‌های فرد (آیا می‌توانم شغلم را حفظ کنم؟ چگونه وظیفه مادری (پدری)ام را انجام دهم؟) مطرح خواهد شد. بیمار ممکن است در مورد چگونگی تأثیر این بیماری بر دوستان نزدیک، همسر یا اعضای خانواده خود کنجکاو شود و نگران این مسأله باشد که مراقبت از شهروندان یا سالمندان تحت سرپرستی‌اش به چه کسی محول خواهد شد؟

این موارد تنها تعداد اندکی از نگرانی‌هایی هستند که مبتلایان به بیماری مزمن، ممکن است با آنها مواجه شوند. درمانگری شناختی رفتاری رویکردی است که می‌تواند به‌وسیله روان‌درمانگران و سایر متخصصان برای مطرح نمودن چنین نگرانی‌هایی مورد استفاده قرار بگیرد. این رویکرد باعث ارتقاء کیفیت زندگی و سازگاری افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن می‌شود.

درمانگری شناختی رفتاری چیست؟

به‌طور کلی رویکردهای درمانگری متعددی در حوزه درمانگری شناختی رفتاری قرار می‌گیرند (دُبسون[1] و دوزیوس[2]، ۲۰۰۱). این رویکردها دارای سه مفروضه مشترک هستند، یا در واقع رویکردهایی که این سه ویژگی را داشته باشند رفتار درمانی شناختی محسوب می‌شوند:

الف) شناخت، رفتار را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

ب) شناخت قابلیت تغییر و نظارت‌گری را دارد.

ج) تغییر رفتار به واسطه تغییر شناخت انجام می‌پذیرد.

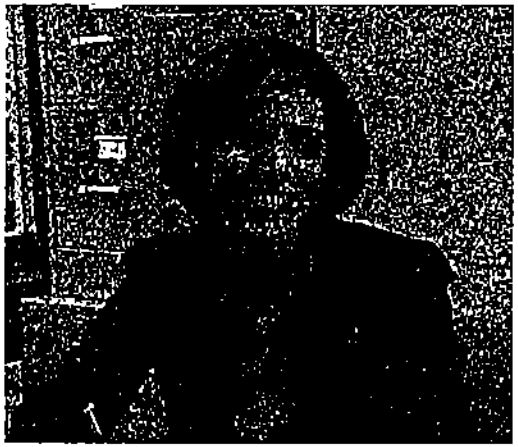
همیشه درمانگری شناختی رفتاری، میانجی‌گری شناختی، رفتار را به عنوان هسته بنیادین درمان در نظر می‌گیرد. به اعتقاد دبسون (۲۰۰۱) درمانگری‌های شناختی رفتاری می‌توانند در سه گروه اصلی زیر قرار بگیرند.

* شیوه‌های مبتنی بر مهارت‌های مقابله‌ای[1]
* شیوه‌های حل مسأله[2]
* شیوه‌های بازسازی شناختی[3]

این طبقات منعکس‌کننده تفاوت‌هایی در میزان تأکید بر تغییر شناختی در برابر تغییر رفتاری هستند (دبسون و دوزیوس، ۲۰۰۱)، تحلیل‌های جامع‌تری را در مورد تفاوت‌های گوناگون بسیاری از رویکردهای درمانگری شناختی رفتاری می‌توان در کتاب دابسون (۲۰۰۱) یافت. این کتاب تا حدودی بیانگر یکپارچگی هر سه رویکرد نسبت به درمانگری شناختی رفتاری است به‌طور کلی این نکته پذیرفته شده است که طبقات مختلف درمانگری برای انواع متفاوتی از مشکلات مطرح شده مناسب هستند (دبسون و دوزیوس، ۲۰۰۱)، به عنوان مثال: درمانگری‌های مبتنی بر مهارت‌های مقابله‌ای برای مراجعانی بهترین کاربرد را دارد که به مشکلات یا موقعیت‌هایی واکنش نشان می‌دهند که خارج از آنها [با منبع بیرونی] رخ داده‌اند. این رویکردها روی تغییر شناخت‌هایی متمرکز هستند که تسریع کننده پیامدهای یک رویداد منفی هستند و ارتقای رویکردهای شناختی و رفتاری مقابله با آن رویداد مبتنی هستند. شیوه‌های بازسازی شناختی برای مسائلی بهترین کاربرد را دارند که روان زاد [با منبع درونی] هستند، بنابراین مستلزم استفاده از رویکردی جامع‌تر و چند وجهی برای ایجاد تغییر شناختی هستند.

در این میان شیوه‌های درمانگری شناختی (بک، ۱۹۹۵، جودیت بک، ۱۹۹۶، تصویر ۱۰-۱ را ببینید) اهمیت زیادی دارد. این رویکرد به شیوه‌ای تأکید دارد که به واسطه آن خطاهای نظام‌دار[4] و تفکر و ارزیابی‌های شناختی غیر واقع‌گرا از رویدادها

می‌توانند به هیجان‌های منفی و رفتارهای ناسازگار[1] منتهی شوند. از آنجا که برداشت‌ها نیز شامل حوزه وسیع‌تری از دانش درمانگری شناختی رفتاری است، از واژه درمانگری شناختی رفتاری استفاده می‌شود. با اینکه در نگاه اول ممکن است رویکردهای شناختی رفتاری به‌صورت باریک بینانه‌تری با تکیه اولیه بر شیوه‌های بازسازی شناختی طبقه‌بندی شوند، اما کاربردهای اخیر آن برای افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن لزوم کار کردن با شناخت‌های واقع‌گرانه‌ای را در نظر می‌گیرد که در مراجعان به هنگام روبرو شدن با شرایط ناخوشایند زندگی ایجاد می‌شوند (موری[2]، ۱۹۹۶).



تصویر ۱۰-۱: خانم جودیت بک دختر آیرون تی بک که در زمینه کاربرد شناخت درمانی در بیماری‌های جسمی به‌ویژه چاقی و اضافه وزن فعالیت می‌کند.

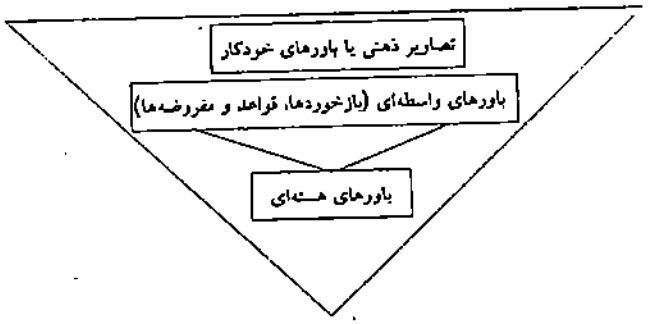
درمانگری شناختی رفتاری شکل سازمان یافته‌ای از درمانگری است که به واسط الگوی شناختی هدایت می‌شود. الگوی شناختی بیانگر آن است که تفکر نارسا و ارزیابی‌های شناختی غیرواقع‌گرایانه در مورد رویدادهای معینی از زندگی می‌توانند به‌طور منفی احساس‌ها و رفتار را تحت تأثیر قرار دهند و این فرآیند متقابل است و مولد اختلال‌های شناختی بیشتری خواهد بود و این موارد در تمامی مشکلات روان‌شناختی شایع هستند (بک، ۱۹۸۵، ۱۹۹۵، ۱۹۹۱، ۱۹۹۹). در این رویکردها مفاهیم

اصلی وجود دارد که در اینجا بدان پرداخته می‌شود.

مفاهیم اصلی[1]

همان‌گونه که در شکل ۱۰-۱ نشان داده شده است هسته الگوی شناختی بک (۱۹۹۱، ۱۹۹۵، ۱۹۹۹) از سلسله مراتبی تشکیل شده است که شامل سه سطح شناخت می‌شود.

* باورهای هسته‌ای[2]
* باورهای واسطه‌ای[3]
* تصاویر ذهنی یا افکار خودکار[4]



شکل ۱۰-۱: سلسله مراتب سطوح سه‌گانه شناخت

باورهای هسته‌ای مستحکم‌ترین و درونی‌ترین سطح باورها را تشکیل می‌دهند. باورهای هسته‌ای افراد سازش‌یافته[5] به آنها مجال می‌دهند تا به شیوه‌ای سازگارانه و واقع‌گرایانه به تفسیر ارزیابی و پاسخ به رویدادهای زندگی بپردازند. در حالی که باورهای هسته‌ای نارسا بیانگر تحریف‌هایی در واقعیت بوده و به نظر می‌رسد که کلی[6]، خشک[7] و بیش تعمیم‌یافته[8] باشند (به‌عنوان مثال بیماری که می‌گوید: «من سربار دیگران

1. core concepts
2. core beliefs
3. intermediate beliefs
4. automatic thoughts and image

هستم») (بک، ۱۹۹۵).

باورهای واسطه‌ای اغلب به‌صورت باز خوردها، قواعد، انتظارات یا مفروضه‌های (جملات شرطی) غیرصریح[1] تعریف می‌شود. موارد زیر نمونه‌هایی از باورهای واسطه‌ای هستند.

* بیماران مزمن، سربار دیگران هستند.
* هیچ‌کس خواهان گوش دادن به مشکلات پزشکی فردی دیگر نیست.
* چون افراد از خودشان مراقبت نمی‌کنند، بیمار می‌شوند.
* اگر در پیروی از هر یک از دستورات پزشکم با شکست مواجه شوم، مجازاتم عود بیماری‌ام خواهد بود.
* بیماری من نمونه‌ای از بدترین پیش آگهی از این نوع بیماری است.
* اگر علائم بیماری‌ام را نادیده بگیرم، این‌قدر سربار دیگران نخواهم بود.

یک بیمار دچار بیماری مزمن را در نظر بگیرید وی چه باورهای واسطه‌ای ممکن است داشته باشد؟ سه مورد را ذکر کنید.

مهم آن است که باورهای واسطه‌ای نگاه فرد به یک موقعیت و در نهایت تفکر، احساس‌ها و رفتار او را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

افکار خودکار به‌صورت سطحی‌ترین لایه شناخت تعریف شده‌اند. موارد زیر بیانگر نمونه‌هایی از افکار خودکار منفی هستند:

* امروز قادر نخواهم بود که از رختخواب بیرون بیایم.
* آن افراد از دیدن ظاهر من اذیت شدند.
* آن درد به این معناست که من دارم بدتر می‌شوم.
* من می‌توانم بگویم که وقتی بمیرم، آنها راحت می‌شوند.

همانگونه که در مثال‌ها نشان داده شده است، افکار خودکار، تصاویر ذهنی یا اظهارنظرهایی واقعی هستند که در یک موقعیت معین به ذهن فرد خطور می‌کنند.

این سه جنبه شناخت به‌صورت سلسله مراتب سازماندهی شده‌اند به‌طوری که باورهای هسته‌ای، باورهای واسطه‌ای را به وجود می‌آورند (هدایت می‌کنند) و در

نهایت هر دو آنها خود را در قالب افکار خودکار نمایان می‌سازند. باورهای هسته‌ای برای سازماندهی و پردازش اطلاعات ورودی به کار می‌روند (بک، ۱۹۹۱،۱۹۹۶) باورهای هسته‌ای و باورهای واسطه‌ای، هر دو حاصل تلاش‌های افراد برای تفسیر و معنا دادن به تجربیات و محیط زندگی‌شان هستند. شیوه‌ای که به واسطه‌آن، آنها به این تفسیر نزدیک می‌شوند به میزان زیادی وابسته به رویکردهای تفکری است که آنها قبلاً در دوره رشدشان آموخته‌اند (بک، ۱۹۹۵).

هدف درمانگری شناختی رفتاری چیست؟

هدف درمانگری شناختی رفتاری آموزش مراجع برای جایگزین نمودن تفکر تحریف شده و ارزیابی‌های شناختی غیر واقع‌گرا با ارزیابی‌های سازگارانه‌تر و واقع‌گرایانه‌تر است. مراحل آغازین درمانگری شامل آموزش مراجعان در مورد ارتباط میان عوامل به راه اندازنده وابسته به موقعیت، افکار خودکار و واکنش‌های هیجانی، رفتاری و فیزیولوژیکی براساس الگوی شناختی است (بک، ۱۹۹۵). همچنین مراحل آغازین درمانگری شامل ارائه تکالیف خانگی، آزمایش‌های رفتاری و یادگیری تجربه‌هایی است که به مراجعان شناسایی، نظارت‌گیری و ارزشیابی اعتبار افکار خودکار را آموزش می‌دهند. این کار به طور کلی باعث می‌شود تا حدودی علائم تسکین یابند. مراحل بعدی درمانگری شامل شناسایی و اصلاح (تغییر) باورهای واسطه‌ای و باورهای هسته‌ای است که زیربنای افکار خودکار بوده در تضاد با موقعیت‌ها قرار دارند و افراد را مستعد اشتغال به تفکر نارسا می‌کنند. مراحل پایانی درمانگری بر جلوگیری از عود و قدرتمند نمودن مراجع برای کنش‌وری مانندخود درمانگر است. جودیت بک[1] (۱۹۹۵) به ارائه ۱۰ اصل کلی پرداخته است که به تعریف رویکرد شناختی رفتاری می‌پردازد. این اصول در جدول ۱۰-۲ به‌طور خلاصه ارائه شده‌اند.

چرا درمانگری شناختی رفتاری؟

به سه دلیل عمده درمانگری شناختی رفتاری به‌طور اختصاصی برای افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن مفید واقع می‌شود. این موارد عبارتند از اینکه درمانگری شناختی رفتاری:

* برای درمان نشانه‌های روان‌شناختی مفید است که می‌توانند همراه بیماری مزمن باشند یا حاصل تشدید عوامل استرس‌زای مرتبط با تجربه مزمن بیماری یا اختلال باشد.
* به سهولت نشانه‌های عملی و چالش‌های منحصر به فردی را عنوان می‌کند که مراجعان مبتلا به بیماری‌های مزمن با آن مواجه می‌شوند.
* دارای حمایت تجربی محکم برای اثر بخش بودن آن است.

هر یک از این دلایل در زیر مورد بحث واقع شده‌اند.

جدول ۱۰-۲: اصول کلی درمانگری شناختی رفتاری بک

۱. درمانگران مفهوم سازی موردی مداومی را براساس الگوی شناختی بنا می‌کنند و به محض دسترسی به اطلاعات بیشتر، مفهوم سازی‌های مذکور را ویرایش می‌کنند.
۲. درمانگران برای حصول اطمینان از برقراری ارتباط درمانگرانه خوب اقدام به تلاش‌های متعددی می‌کنند، این کار شامل دریافت پسخوراند مداوم از مراجع در مورد ارتباط است.
۳. درمانگران انتظار همکاری و شرکت فعال مراجع در فرایند درمان را دارند.
۴. ارتباط درمانگرانه با کشف تجربه‌گرا و هدایت شده دو جانبه مشخص می‌شود.
۵. درمانگران بر رویکردهای ساختار یافته برای تنظیم هدف براساس تعداد (و جزئیات) مشکلات خاص تأکید دارند.
۶. در مراحل آغازین درمانگری، درمانگران بر مسائلی تأکید دارند که در حال حاضر به وقوع پیوسته‌اند.
۷. درمانگران و مراجعان به تنظیم اهداف با توجه به مدت کلی درمان می‌پردازند. به‌طوری که مراجعان به خاطر بسپارند که درمان در مجموع دارای محدودیت زمانی است.
۸. درمانگران اطمینان حاصل می‌کنند که جلسات، ساختار یافته بوده و شامل برنامه‌کاری ویژه است.
۹. مراجعان، شناسایی، ارزشیابی و پاسخ به شناخت‌های نارسا کنش‌ور را از طریق پرسش‌گری سقراطی یاد می‌گیرند.
۱۰. درمانگران اجازه دارند که سایر فنون با جهت‌گیری‌های درمانی را نیز به‌کار ببرند.

حل مسائل و نشانه‌های روان‌شناختی بیماران مزمن

درمانگری شناختی رفتاری، علاوه بر درمان اختلال‌های روان پزشکی بدون تشخیص یا نشانه‌های مجزای[1] اضطراب یا افسردگی، می‌تواند برای تعدادی از سایر کنش‌وری‌های مهم برای مراجعان مبتلا به بیماری‌های مزمن به کار رود (وایت[2]، ۲۰۰۱). درمانگری شناختی رفتاری می‌تواند به مطرح نمودن تعدادی از موضوعاتی بپردازد که مراجع

متخصصان مراقبت از سلامت با آن مواجه شده‌اند. این مورد شامل ده مورد ارائه شده در جدول ۱۰-۳ می‌شود اما تنها محدود به موارد ذکر شده نیست.

جدول ۱۰-۳. دلایل روانی استفاده از درمانگری شناختی رفتاری برای مراجعان مبتلا به بیماری‌های مزمن

* تسهیل بهتری از درمان‌های طبی
* سازگاری با بیماری و ثبات هیجانی در بیماری که دچار بحران دریافت تشخیص به تازگی است.
* کاهش میزان بیماری‌های دارای علایم روانی یا دارای بیماری‌های مزمن برای سلامت مراجع هستند (اختلال‌های خلقی، تعاملات جنسی از حد یا کم، فعالیت بیش‌از حد، سوء مصرف مواد)
* افزایش دسترسی مراجع به منابع اجتماعی، اقتصادی و جسمی
* توانمند سازی مراجعان برای پذیرش مسئولیت سلامت خودشان و کاهش اتکا به کادر پزشکی و اعضای خانواده برای مراقبت.
* تسهیل حس مهارگری ادراک شده بر علائم و آموزش به مراجعان برای اینکه درمانگر خودشان باشند.
* تدارک آموزش مرتبط با سلامت برای مراجعان و تدارک چارچوبی که در تصمیم‌گیری در مورد گزینه‌های درمانی صورت گیرد.
* ارتقای وضعیت سلامتی و کنترل سیستم ایمنی از طریق مدیریت استرس (تنیدگی)
* عنوان نمودن نشانه‌های غیر اختصاصی بیماری‌های مزمن که اغلب مدیریت و درمان آنها با دارو درمانی یا سایر درمان‌های پزشکی به تنهایی دشوار است.
* کاهش مصارف دارویی ناشی از نشانه‌های بدنی مرتبط با اضطراب یا سوء تفسیرهایی از علائم خفیف، به‌صورت مسائل جدی، به‌کارگیری بیش از حد دارو درمانی و مراجعه مکرر به پزشک

عنوان نمودن چالش‌های منحصر به فرد روان‌درمانگری برای مراجعان مبتلا به بیماری‌ها و اختلال‌های مزمن، روان‌درمانگری افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن با چالش‌های منحصر به فردی مواجه کرده است که این موارد در کار روان‌درمانگری کلی به افراد فاقد بیماری‌های مزمن مشاهده نمی‌شود (گاتری[2]، ۱۹۹۶). عوامل تنش‌زا و فقدان‌های اجتناب‌ناپذیر مرتبط با بیماری‌های مزمن به‌طور غیرقابل تغییری با شدت افزایش یافته و دامنه وسیع‌تری از نشانه‌های روان‌شناختی و واکنش‌های هیجانی نسبت به عوامل تنش‌زای روزمره در ارتباط است. مراجعان مبتلا به بیماری مزمن همچنین ممکن است به احتمال بیشتری حالاتی از بحران را نشان دهند و می‌توانند موضوع‌های

مرتبط با موجودیت و هستی را مطرح کنند که شامل خودکشی یا سایر موضوع‌های مرتبط با مرگ و مردن باشد.

به نظر شما درمانگری شناختی رفتاری در بیماری‌های مزمن با چه مشکلاتی مواجه است که در مشکلات روانی وجود ندارد.

در بسیاری از موارد، درمانگران[1] با ابهام مرتبط با موضوع‌هایی شامل تشخیص افتراقی و منشأ نشانه‌ها روبرو می‌شوند. به‌عنوان مثال: گاهی اوقات شناسایی اختلال‌های اضطرابی و افسردگی در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن به واسطه هم‌پوشی قابل توجه میان نشانه‌های جسمی که در هر دو اختلال شایع هستند، دشوار می‌شود. نشانه‌هایی نظیر ارزش خود پایین[2]، خلق مضطرب یا افسرده، ناامیدی، ایده خودکشی، فقدان لذت می‌توانند علائم افتراق دهنده اصلی میان بیماری‌های جسمی و روان‌شناختی باشند. شناسایی خطاهای شناختی، نظیر تفکر فاجعه‌آمیز نمودن بیماری مزمنی که در مراحل پایانی نیست و با این نوع تفکر تضمین نمی‌شود، می‌تواند به‌صورت یک عامل افتراقی حائز اهمیت نیز در نظر گرفته شود.

چالش دیگر شامل دشواری‌هایی در افتراق میان تظاهرات نشانه‌های روان‌شناختی و خود اختلال جسمی واقعی باشد. با این همه سایر چالش‌ها ممکن است شامل تغییرپذیری‌هایی در شیوه مراجعان ارجاع داده شده برای درمانگری، تغییراتی در طول جلسات و مکان‌های جدیدی که روان‌درمانگری در آن اتفاق می‌افتد باشد. همچنین ممکن است نیاز به سازگاری‌هایی با تعیین سرعت روان‌درمانگری براساس سطوح تنیدگی مراجع و واکنش‌های او نسبت به فرایند تغییر باشد. یکی از مهمترین این چالش‌ها شامل دستیابی به درک صحیحی از تجربه جسمی، هیجانی و شناختی مراجع از بیماری مزمن و معاضدتهای مداوم میان آنهاست. ارزیابی‌های شناختی و سایر رویکردهای غیررسمی‌تر نسبت به ارزشیابی مداوم، نظیر پرسش‌گری سقراطی بیانگر جنبه یکپارچه‌تری از درمانگری شناختی رفتاری است. اتکاء شدید به ارزیابی مداوم در رویکردهای شناختی رفتاری برای مراجعان مبتلا به بیماری‌های مزمن ایده‌آل است چون ارزیابی‌ها ابزاری مستقیم و بسیار ساختار یافته برای نظارت‌گری پایش مداوم

شناخت‌ها، تجربه عاطفی، نشانه‌های جسمی و رفتارها فراهم می‌کند. نه تنها این کار باعث تسهیل آگاهی مراجعان از الگوی شناختی یا مفهوم‌سازی مسأله‌شان می‌شود، بلکه این کار باعث خود نظارت‌گری و خود مدیریت‌گری نشانه‌ها هم می‌شود.

شواهد حمایت‌کننده

سایر دلایل استفاده از درمانگری شناختی رفتاری برای درمان افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن دربرگیرنده این حقیقت است که این درمان دارای حمایت تجربی است و به میزان زیادی روان‌درمانگری، انتخابی برای بسیاری از بیماری‌های مزمن نظیر ایدز، سرطان، آرتریت روماتوئید و سایر اختلال‌های درد مزمن، بی‌خوابی، اختلال‌های معدی ـ روده‌ای، و نشانگان خستگی مفرط مزمن محسوب می‌شود (وایت، ۲۰۰۱)، تعداد فزاینده‌ای از پژوهش‌ها به نتایج مثبت رویکردهای شناختی رفتاری اشاره دارند که شامل کاهش در شدت نشانه‌ها و ارتقاء خودکارآمدی، کنش‌وری جسمی و کیفیت زندگی می‌شود (به‌عنوان مثال: آنتونی[1] و همکاران، ۲۰۰۱؛ هدوک[2] و همکاران، ۲۰۰۲؛ لوریک[3]، منزونسون[4] و هولمون[5]، ۱۹۹۳، به نقل از بک، ۲۰۰۲).

مطالعات فزاینده‌ای نشان داده که درمانگری شناختی رفتاری در موقعیت ایده‌آلی برای درمانگری انتخابی در درمان افراد مبتلا به طیف وسیعی از بیماری‌های مزمن است با این حال، همانند تمامی رویکردها، رویکردهای شناختی رفتاری در مجموع دارای محدودیت‌هایی هستند (بک، ۱۹۹۶). با ملاحظه این محدودیت‌ها است که می‌توانیم تصور کنیم بیماری‌های مزمن اغلب دارای نشانه‌های پیچیده‌ای هستند که تصاویر آن هم شامل مؤلفه‌های جسمی و هم مؤلفه‌های روان‌شناختی می‌شود و لذا با بیماری‌های صرفاً روانی متفاوت هستند.

> یکی از محدودیت‌های رویکرد شناختی ـ رفتاری در بیماری‌های مزمن را نام ببرید؟

یکی از نقاط اصلی قوت رویکرد شناختی رفتاری آن است که مجال به‌کارگیری

1. antoni

همزمان سایر فنون جهت‌گیری‌های درمانی را فراهم می‌کند. دانش مرتبط و راهبردهای درمانگرانه مطرح شده توسط سایر رویکردها (جهت‌گیری‌های درمانی) می‌توانند باعث تقویت، تکمیل و اضافه‌شدن فنون شناختی رفتاری موجود در درمان افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن شوند. سه حوزه از دانش مرتبط به عنوان رویکردهای عمده و راهبردهای درمانگران مطرح شده‌اند که در رویکردهای سنتی درمانگری شناختی رفتاری مورد تأکید قرار نمی‌گرفتند. این موارد شامل تأکید بر همدلی[1] است که توسط روان‌شناسی خود[2] مطرح شده است (کوهات[3]، ۱۹۸۴،۱۹۷۷،۱۹۷۱). تأکید بر امید[4] است که توسط حرکت روان‌شناسی مثبت‌نگر[5] ارائه شده است (سلیگمن[6] و کسیکس زنتمیهالی[7]، ۲۰۰۰) و تأکید بر اختیار[8] است که توسط الگوی کارانسانی[9] (کیلهوفنر[10]، ۲۰۰۲)، ارائه شده است.

براساس همین رویکردهاست که امروزه مختص بیماری‌های مزمن خاص مثل دیابت، بیماری قلبی عروقی، سرطان و... انواع درمانگری‌های شناختی ـ رفتاری فراهم شده است که علاقمندان می‌توانند برای اطلاع بیشتر به منابع مناسب مراجعه کنند.

روش‌های کنترل استرس

همان‌طور که می‌دانید بیماران مزمن، استرس‌و اضطراب شدیدی را تجربه می‌کنند روان‌شناسان برای کنترل این عوامل روانی ـ اجتماعی از روش‌های کنترل استرس به ویژه روش آرامش عضلانی[11] گام‌به گام، پسخوراند زیستی[12] و حساسیت‌زدایی منظم[13] استفاده می‌کنند. مثلاً بیماران آسمی با استفاده از دستگاهی آموزشی می‌بینند تا بتوانند قطر مجاری هوایی تنفسی خود را کنترل کنند و با شروع آسم جریان هوا را افزایش دهند. یا اینکه از بیماران آسمی می‌خواهند حملات آسم را بیاد آورند و بعد با تمرینات

. empathy
. self psychology
. Kohut
hope
. Positive psychology
Seligman
Csikszent mihalyi
Volition
the model of human occupation
). Kielhofner

آرامش عضلانی حالت وحشت آنها را دفع می‌کنند (پارکر، ۱۹۹۵)، روش‌های کنترل استرس درباره‌ی سایر بیماری‌های مزمن نیز به کار گرفته شده است. برای مثال بیماران دیابتی می‌توانند با آموزش آرامش عضلانی استرس و میزان قند خونشان را کنترل کنند.

چرا کنترل استرس در بیماران دیابتی باعث کاهش قند خون آنها می‌شود؟

بینش درمانی[1]

بینش درمانی روشی است برای کمک به بیماران به منظور کسب آگاهی از ریشه‌های احساسات و مشکلات (دیوسیون و نیل، ۱۹۹۴)، چنین روشی برای کمک به بیماران برای کنار آمدن با اضطراب و ایجاد تغییر در خود انگاری و ارتباطات آنها با خانواده و دوستانشان مفید است. همچنین این شیوه به افراد دچار بیماری‌های مزمن کمک می‌کند تا با مشکلات زناشویی و درک افکار، نیازها و مسائلی که دوستان و سایر اعضای خانواده با آن روبرو هستند، کنار بیایند.

خلاصه فصل

افراد دچار بیماری‌های مزمن مشکلات متعددی را در زندگی خویش تجربه می‌کنند. این مشکلات را می‌توان در پنج طبقه تقسیم‌بندی کرد: مشکلات سازگاری یعنی کلاً پذیرش بیماری مزمن برای آنها سخت و طاقت‌فرساست. مشکلات در پیروی از دستورات طبی یعنی اینکه کلاً رعایت رژیم درمانی، غذایی، ورزشی و فعالیت محدود برای تمام عمر از جمله معضلاتی است که این بیماران معمولاً بدون کمک روان‌شناس قادر به رویارویی با آن نیستند. عواطف و مشکلات منفی روان‌شناختی مثل اضطراب و افسردگی نیز حالاتی هستند که توسط این بیماران از خفیف تا شدید تجربه می‌شوند. همچنین بیماری‌های مزمن و معالجه‌ی آنها با تحمل دردهای طاقت‌فرسا و مداوم همراه است. نهایتاً اینکه در بیماری‌های مزمن تغییرات در ظاهر بدن بیماران ایجاد می‌شود که همین تغییرات موجب نگرانی‌های عمده آنها می‌شود. برای حل مشکلات یاد شده باید از مداخلات روان‌شناختی استفاده کرد که از ضعیف تا شدید درجه‌بندی می‌شوند.

روان‌درمانی یک رابطه‌ی تخصصی مبتنی بر مکالمه این متخصص و بیمار به منظور کاهش مشکلات روانی است که به انواع مختلفی تقسیم‌بندی می‌شود. برخی از انواع آن عبارتند از: روان تحلیل‌گری، شناخت‌درمانی، رفتار درمانی، هنر درمانی، خانواده درمانی و گروه‌درمانی. در سال‌های اخیر با تلفیق رویکردهای رفتار درمانی و شناخت درمانی رویکرد رفتار درمانی شناختی برای رفع مشکلات عاطفی مختلف از جمله مشکلاتی که بیماران مزمن تجربه می‌کنند، فراهم شده است. این رویکرد درمانی بر این اساس مثبتی است که برای تغییر رفتار بیمار باید شناخت‌ها و باورهای او یا به عبارت بهتر خطاهای شناختی وی را اصلاح کرد. در همین رویکرد تلاش می‌شود انکار خودکار منفی بیمار شناسایی شود و با تکنیک‌های مختلف تغییر داده شوند. کارآیی چنین روش درمانی در بیماری‌های مزمن به اثبات رسیده است و امروزه برنامه‌های رفتار درمانی شناختی برای انواع بیماری‌های مزمن از جمله بیماری قلبی ـ عروقی، سرطان، دیابت، چاقی، و... فراهم گردیده است.

واژه‌های کلیدی

بیماری‌های مزمن	خود مدیریتی	سازگاری	ناامیدی
رژیم درمانی	دیابت	خودانگاری	تغییرات بدنی
رژیم غذایی	سرطان	تمکین	مداخلات روان‌شناختی
پیروی از دستورات طبی	روان درمانی‌حمایتی	درد	روان‌درمانی
خانواده درمانی	پسخوراند زیستی	اضطراب	شناخت درمانی
هنر درمانی	بصیرت درمانی	افسردگی	
رفتار درمانی شناختی	درمانگری شناختی – رفتاری خاص		
باورها	نگرش‌ها	خطاها	باورهای واسطه‌ای
افکار خودکار	آرامش عضلانی		

پرسش‌های مروری

۱. بیماری‌های مزمن را تعریف کنید؟

۳. نقش خود مدیریتی در پیروی از دستورات طبی را شرح دهید؟
۴. بیماران دیابتی چه مشکلاتی را تجربه می‌کنند؟
۵. مشکلات سازگاری در بیماری‌های مزمن را شرح دهید؟
۶. مشکلات درد در بیماران مزمن را توضیح دهید؟
۷. بیماران دچار بیماری‌های مزمن چه مشکلات عاطفی را تجربه می‌کنند؟
۸. تغییرات بدنی چه نوع نگرانی‌هایی در بیماران مزمن ایجاد می‌کند؟
۹. مداخلات روان‌شناختی را تعریف کنید؟
۱۰. انواع روان درمانی را شرح دهید؟
۱۲. انواع باورها و ارتباط آنها با یکدیگر را توضیح دهید؟
۱۳. مزایای درمانگری شناختی رفتاری را در درمان بیماری‌های مزمن شرح دهید؟
۱۴. کاربرد آرامش عضلانی در بیماری‌های مزمن را توضیح دهید؟
۱۵. بصیرت درمانی برای چه منظوری استفاده می‌شود.

پرسش‌های چندگزینه‌ای

۱. کدام گروه از روان‌شناسان بهتر می‌توانند به سازگاری بیماران دچار بیماری‌های مزمن کمک کنند؟

الف) تربیتی و مشاوره　　ب) سلامت و بالینی
ج) اجتماعی و سلامت　　د) پزشکی و آسیب‌شناسی روانی

۲. قدیمی‌ترین نوع مکالمه درمانگری چیست؟

الف) هنر درمانی　　ب) تخلیه هیجانی
ج) روان تحلیل‌گری　　د) خانواده درمانی

۳. رایج‌ترین نوع درمان روان‌شناختی بر چه جنبه‌ای تأکید دارد؟

الف) رفتاری　　ب) عقلی ـ عاطفی
ج) شناختی　　د) شناختی ـ رفتاری

۴. در درمانگری شناختی ـ رفتاری تغییر رفتار به واسطه تغییر در ..... حاصل می‌شود.

ج) باورها　　د) شناخت‌ها

۵. در نظریه یک مستحکم‌ترین سطح باورها کدامند؟

الف) هسته‌ای　　ب) واسطه‌ای
ج) تصاویر ذهنی　　د) خودکار

۶. تأکید بر اختیار توسط کدام مکتب در روان درمانی بیماری‌های مزمن مطرح شده است؟

الف) روان‌شناسی مثبت‌گرا　　ب) انسان‌گرایی
ج) الگوی کار انسانی　　د) روان‌شناسی خود

پرسش‌هایی برای اندیشیدن

مداخله روان‌شناختی برای فردی سرطانی که می‌داند به زودی می‌میرد با چه مشکلاتی همراه است، به نظر شما روان‌شناسان سلامت چگونه می‌توانند بر این مشکلات فایق آیند؟

منابعی برای مطالعه بیشتر

اخیراً کتابی با عنوان درمان‌شناختی ـ رفتاری برای بیماری‌های مزمن پزشکی (راهنمای عملی برای ارزیابی و درمان) توسط انتشارات ارجمند چاپ و منتشر شده است. این کتاب که نوشته کریگ ۱. وایت از دپارتمان طب روان‌شناختی دانشگاه گلاسکو اسکاتلند است، توسط رضا مولوی و کتایون فتاحی و زیرنظر لادن فتی ترجمه گردیده است. این کتاب شامل چهار بخش، دوازده فصل و سه پیوست است. مطالعه آن به دانشجویان علاقمندی که به دنبال مطالب جدید در خصوص کاربرد مداخلات روان‌شناختی در بیماری‌های مزمن جسمی هستند، توصیه می‌شود.

پاسخ‌های درست پرسش‌های چندگزینه‌ای

فصل ۱	۱. د	۲. د	۳. الف
	۴. ج	۵. الف	
فصل ۲	۱. الف	۲. ب	۳. ج
	۴. ج	۵. ب	
فصل ۳	۱. الف	۲. د	۳. ب
	۴. د	۵. ج	
فصل ۴	۱. د	۲. ب	۳. ب
	۴. الف	۵. ج	
فصل ۵	۱. ج	۲. ج	۳. الف
	۴. الف	۵. د	
فصل ۶	۱. ج	۲. ب	۳. د
	۴. د	۵. الف	۶. ب
فصل ۷	۱. ب	۲. الف	۳. ج
	۴. د	۵. ج	
فصل ۸	۱. ب	۲. د	۳. ج
	۴. ب	۵. الف	
فصل ۹	۱. ج	۲. د	۳. الف
	۴. الف	۵. الف	۶. الف
فصل ۱۰	۱. ب	۲. ج	۳. د
	۴. د	۵. الف	۶. د

منابع و مآخذ

دیماتئو.م.ر.(۱۳۷۸). روان‌شناسی سلامت. ترجمه محمد کاویانی و همکاران.جلد اول و دوم. تهران: انتشارات سمت.

سارافینو، ادوارد (۱۳۸۴). روان‌شناسی سلامت ترجمه الهه میرزایی و همکاران. تهران: انتشارات رشد.

علی‌پور، احمد (۱۳۸۵). ارتباط حمایت اجتماعی با شاخص‌های ایمنی در افراد سالم، بررسی مدل تأثیر کلی اندیشه و رفتار، ۴۵ (۲)، ۱۳۴-۱۴۱.

علی‌پور، احمد. نوربالا، احمدعلی (۱۳۸۳). مبانی سایکونوروایمونولوژی،تهران: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی تهران.

فخرزاده، حسین. اردشیر، لاریجانی. محمدباقر، بندریان. فاطمه، ادیبی. حسین، سماوات. طاهره، ملک افضلی. حسین، جوادی. حمیدرضا، حجت زاده. ارتباط بیماری‌های اپیکمیک قلب با عوامل خطر عروق کرونر در جمعیت بالای ۲۵ سال قزوین: یک مطالعه جمعیتی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین تابستان ۱۳۸۴; ۹ (۲ (پیاپی ۳۵)):۲۶-۳۴.

کرتیس، آنتونی. جی (۱۳۸۳). روان‌شناسی سلامت، ترجمه علی فتحی آشتیانی و هادی عظیمی آشتیانی، تهران: انتشارات بعثت.

کونیگ، هارولد جی (۱۳۸۶). ترجمه بتول نجفی. آیا دین برای سلامتی شما سودمند است؟ پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی چاپ دوم.

Ader, R. & Cohen, N. (1993). Psychoneuroimmunology: Conditioning and stress. Annual Review of Psychology, 44, 53-85..

Ajzen, I. and Madden, T.J. (1986) Prediction of goal-directed behavior: attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22: 453–74.

Alderson, T. and Ogden, J. (1999) What mothers feed their children and why. *Health Education Research: Theory and Practice*, 14: 717–27.

Antonovsky A,(1993) The structure and properties of the sense of coherence scale,Soc sci Med. 36(6):725-33.

Antonovsky A.(1979)Health,stress and coping; Jossey-Bass,197

Antonovsky A.(1987)Unraveling the mystery of health.How people manage stress and stay well.Sanfrancisco:Jossey-Bass,1987.

Antonovsky A; Sourani T.(1988) Family Sense of Coherence and family Adaptations.Journal of marriage and family.Vol.50,No.1:79-92

Axelson, M.L., Brinberg, D. and Durand, J.H. (1983) Eating at a fast-food restaurant: a social psychological analysis, *Journal of Nutrition Education*, 15: 94–8.

Bandura, A. (1986) *Social Foundations of Thought and Action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Barry, C.A., Stevenson, F.A., Britten, N., Barber, N. & Bradley, C. P. (2001). Giving voice to the life world: more humane, more effective medival care? A qualitative study of doctor-patient communiation in general practice. Social science & medicine, 53, 487-505.

Beck A.T. and Emery, G. (1985) Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective New York: Basic Book

Beck, J. S. (2005). *Cognitive therapy for challenging problems: What to do when the basics don't work*. New York: Guilford.Beck, A.T; Emery,G; Greenberger, R.L (1985) Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective Guilford Press, New York

Beck, J. S. et al (1995) Cognitive Therapy: Basics and Beyond Guilford Press.

Becker, M.H. and Rosenstock, I.M. (1987) Comparing social learning theory and the health belief model, in W.B. Ward (ed.), *Advances in Health Education and Promotion*, pp. 245–9. Greenwich, CT: JAI Press.

Belar, C.D. and Deardorff, W.W. (1995) *Clinical Health Psychology in Medical Settings: A Practitioner's Guidebook*. Hyattsville, MD: APA.

Benyard,P.(1996).Applying Psychology to Health. Publisher: Hodder & Stoughton.

Birch, L.L. (1989) Developmental aspects of eating, in R. Shepherd (ed.) *Handbook of the Psychophysiology of Human Eating*, pp. 179–203. Chichester: Wiley.

Birch, L.L., Gunder, L., Grimm-Thomas, K. and Laing, D.G. (1998) Infant's consumption of a new food enhances acceptance of similar foods, *Appetite*, 30: 283–95.

Birch, L.L., Marlin, D. and Rotter, J. (1984) Eating as the 'means' activity in a contingency: effects on young children's food preference, *Child Development*, 55: 431–9.

Bishop, G.D. (1991). Understanding the understanding of illness: lay disease representation. In J.A.Skelton & R.T.Croyle (eds.). Mental representation in heith and illness (pp.32-59). New York: Springer.

Blackburn, G.L. and Kanders, B.S. (1987) Medical evaluation and treatment of the obese patient with cardiovascular disease, *American Journal of Cardiology*, 60: 55–8.

Borrell-Carrió.F.,. Suchman,A.L. Epstein,R.M(2004).The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientifi c Inquiry. Ann Fam Med 2004;2:576-582.

Brown, T.A., Cash, T.F. and Mikulka, P.J. (1990) Attitudinal body-image assessment: factor analysis of the body self relations questionnaire, *Journal of Personality Assessment*, 55: 135–44.

Brown,J.M., and Campbell,E.A.(1994). Stress and policing: sources and strategies, Wiley, Chichester, England.

Cameron, L. D., & Diefenbach, M. A. (2001). Responses to information about psychosocial consequences of genetic testing for breast cancer susceptibility: Influences of cancer worry and risk perceptions. *Journal of Health Psychology*, 6, 47-59

Casta Jr.P.T., & Meerne, R.R. (1987). Neuroticism, somatic complaints and disease: is the bark worse than the bite? Journal of personality. 55, 316.

Cioffy. D. (1191). Beyond attentional strategies: a Cognitive-perceptual model of somatic interpretation. Psychological Bulletin. 109, 25-41.

Cohen, S. and Williamson,G.M.(1991). Stress and infectious diseases in humans. Psychol. Bull., 109: 5-24.

Cohen, S., & Wills, T. (1985). Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. Psychological Bulletin, 98,. 310-357

Cohen, S., Tyrell, A.J. and Smith, A.P. (1991) Psychological stress and susceptibility to the common cold, *New England Journal of Medicine*, 325: 606–12.

Collins, M.E. (1991) Body figure perceptions and preferences among preadolescent children, *International Journal of Eating Disorders*, 10: 199–208.

Contento, I.R., Basch, C., Shea, S. et al. (1993) Relationship of mothers' food choice criteria to food REFERENCES 421

Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, Z. and Fairburn, C.G. (1987) The development and validation of the body shape questionnaire, *International Journal of Eating Disorders*,

Counts, C.R. and Adams, H.E. (1985) Body image in bulimia, dieting and normal females, *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 7: 289–300.

Davis, C. (1928) Self-selection of diets by newly weaned infants, *American Journal of Disease of Children*, 36: 651–79.

Davis, C. (1939) Results of the self selection of diets by young children, *The Canadian Medical Association Journal*, 41: 257–61.

DiClemente, C.C. and Prochaska, J.O. (1982) Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance, *Addictive Behaviours*, 7: 133–42.

Dobson, K. S., & Dozois, D. J. A. (2001). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (2nd ed., pp. 3-39). New York: Guilford Press.

Dornbusch, S., Carlsmith, J., Duncan, P. et al. (1984) Sexual maturation, social class and the desire to be thin among adolescent females, *Developmental and Behavioural Paediatrics*, 5: 475–82.

Dozois, D. J. A., & Dobson, K. S. (2001). Information processing and cognitive organization in unipolar depression: Specificity and comorbidity issues. *Journal of Abnormal Psychology, 110,* 236-246.

Duncker, K. (1938) Experimental modification of children's food preferences through social suggestion,

Edelmann, R.I. (2000). Psychological aspects of health care process. Harlow, UK: Prentice Hall.

Engel, G.L. (1977) The need for a new medical model: A challenge for biomedicine, Science, 196: 129–35.

Eriksson M, Lindstrom B.(2005).Validity of Antonovsky s sense of coherence scale:a systematic reviw,Journal of Epidemiol community health, 59(6):460-6.

Eriksson M,Lindstrom B,Lilija J.(2007) A sence of coherence and health.Salutogenesis in a social context:Aland, a special case.Journal of Epidemiology and Community Health,61:684-688.

Essays on the Determinants of Behavior. Hillstate, NJ: Erlbaum.

Fisher, J.O. and Birch, L.L. (1999) Restricting access to a palatable food affects children's behavioral response, food selection and intake, *American Journal of Clinical Nutrition*, 69: 1264–72.

Fisher, J.O., Birch, L.L., Smiciklas-Wright, H. and Piocciano, M.F. (2000) Breastfeeding through the first year predicts maternal control in feeding and subsequent toddler energy intakes, *Journal of the American Dietician Association*, 100: 641–6..

Frank J. Snoek[2], T. Chas Skinner[3],Linda Gonder-Frederick, Daniel Cox, William Clarke, Diana Julian(2002) Blood Glucose Awareness Training.Frank J. Snoek (Editor), T. Chas Skinner (Editor) Psychology in Diabetes Care, 2nd Edition.psych press.

Garcia, J., Hankins, W.G. and Rusiniak, K. (1974) Behavioral regulation of the milieu intern in man and rat, *Science*, 185: 824–31.

Garner, D.M. (1991) *EDI-2: Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources Inc.

Ginsbarg, K.R., Menapace, A.S. & Slap, G.P. (1997). Factors effecting the decision to seek health care: The voice of adolescents. Pediatire, 100, 922-30.

Goldberg, R.J., Steg. P.G., Sadiq, I., Granger, C. B., Jackson, E. A., Budaj, A. etal. (2002). Extent od and factors associated with delay to hospital presentation in patients with acute

Hall, A. and Brown, L.B. (1982) A comparison of the attitudes of young anorexia nervosa patients and non patients with those of their mothers, *British Journal of Psychology*, 56: 39–48.

Hall, J.A (2003). Some observations on provider-patient communication research. Pat ent Education and counseling, 50, 9-12.

Hart,K.E;Wilson,Tobil, L .W;Hittner,J.B.(2006).A Psychological Resilience Model to Account for Medical Well- being in Relation to Sense of Coherence, Journal of Health Psychology,11, 857-862.

Heatherton, T.F. and Baumeister, R.F. (1991) Binge eating as an escape from self-awareness, *Psychological Bulletin*, 110: 86–108.

Heatherton, T.F., Polivy, J., Herman, C.P. and Baumeister, R.F. (1993) Self-awareness, task failure, and disinhibition: how attentional focus affects eating, *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(1): 49–61.

Herman, C.P. and Polivy, J.A. (1984) A boundary model for the regulation of eating, in A.J.

Herman, C.P., Polivy, J.A. and Esses, V.M. (1987) The illusion of counterregulation. *Appetite*, 9: 161–9.

Herman, P. and Mack, D. (1975) Restrained and unrestrained eating, *Journal of Personality*, 43: 646–60.

Holmes, T.H. and Rahe, R.H. (1967) The social readjustment rating scale, *Journal of Psychosomatic Research*, 11: 213–18.

intake of pre-school children: identification of family subgroups, *Health Education Quarterly*, 20: 243–59.

Irwin, M. (1999). Immune correlates of depression. *Adv. Exp. Med. Biol.* 461, 1–24.

Kalat, J.W. and Rozin, P. (1973) 'Learned safety' as a mechanism in long-delay taste-aversion learning in rats, *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 83(2): 198–207.

Kaplan,B.J., and Sadock,V.A.(1999). Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Lippincott Williams and Wilkins; 7th Revised edition edition

Kasl, S.V. and Cobb, S. (1966) Health behaviour, illness behaviour, and sick role behavi our: II. Sick role behaviour, Archives of Environmental Health, 12: 531–41.

Kemeny, ME. (2003). An interdisciplinary research model to investigate psychosocial cofactors in disease: Application to HIV-1 pathogenesis. *Brain, Behavior and Immunity*, 17, S62-72.

Kiecolt-Glaser, J.K. and Glaser, R. (1986) Psychological influences on immunity, *Psychosomatics*, 27: 621–4.

King, G.A., Herman, C.P. and Polivy, J. (1987) Food perception in dieters and non-dieters, *Appetite*, 8: 147–58.

Kirmayer, L.J., & Young, A. (1998). culture and somatization clinical epidemiological and thographic perspectives. Psychosomatic medicine. 60. 420-30.

Klesges, R.C., Stein, R.J., Eck, L.H., Isbell, T.R. and Klesges, L.M. (1991) Parental influences on food

Kobasa, S.C., Maddi, S.R. and Puccetti, M.C. (1982) Personality and exercise as buffers in the stress–illness relationship, *Journal of Behavioral Medicine*, 5: 391–404.

Kobasa, S.C., Maddi, S.R. and Puccetti, M.C. (1982) Personality and exercise as buffers in the stress–illness relationship, *Journal of Behavioral Medicine*, 5: 391–404.

Lau, R.R., Bernard, T.M. & Hartman, K.A. (1989). Further explorations of common sense representations of common illness. Health Psychology, 8, 195-219.

Lazarus, R.S. and Folkman, S. (1987) Transactional theory and research on emotions and coping, *European Journal of Personality*, 1: 141–70.

Lee, C. (1989). Perceptions of immunity to disease in adult smokers. Journal of Behavioral Medicaine, 12, 267-277.

Lorber, J (1997). Gender and the social construction of illness, London: sage.

Loro, A.D. and Orleans, C.S. (1981) Binge eating in obesity: preliminary findings and guidelines for behavioural analysis and treatment, *Addictive Behaviours*, 7: 155–66.

Lowe, C.F., Dowey, A. and Horne, P. (1998) Changing what children eat, in A. Murcott (ed.), *The Nation's Diet: The Social Science of Food Choice*, pp. 57–80. Harlow: Addison Wesley Longman.*Journal of Abnormal Social Psychology*, 33: 489–507.

Lund AK, Kegeles SS.(1983). *Jour*Rewards and adolescent health behavior Health Psychol. 1984;3(4):351-83.

Lundman, Berit,norberg,Astrid,(1992) The significance of asense of coherence for subjective health in persons with insulin-dependent diabetes,Journal of advanced nursing, 18,(3), 381-386.

Lundqvist T.(1995) chronic cannabis use and the sense of coherence.Life science.56,(23),2145-2150.

Maddi, S. and Kobasa, S.G. (1984) *The Hardy Executive: Health Under Stress*. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.

Madsen,F,Trine ; Ventegodt, S, Merrick, J(2006) Sense of Coherence and Physical Health. A Cross-Sectional Study Using a New Scale (SOC II), TheScientific.

Madsen,T.F, Vetegodt S,and merrick Joav .(2005). Why is Antonovskys Sense of Coherence Not Corrolated to Phisycal Health?Analysing Antonovskys 29-item Sense of CoherenceScale (SOC),The ScientificWorld Journal, 767-776.

Marlatt, G.A. and Gordon, J.R. (1985) *Relapse Prevention*. New York: Guilford Press.

Martin, J.E., Dubbert, P.M., Kattell, A.D. et al. (1984) Behavioral control of exercise in sedentary adults: studies 1 through 6, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52: 795–811.

Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new hMatarazzo, J.D. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology. American Psychologist, 37, 1-14.calth psychology. American Psychologist, 35, 807-818.9-54.

Matarazzo, J.D. (1984) Behavioral health: a 1990 challenge for the health sciences professions, in J.D.

Matarazzo, N.E. Miller, S.M. Weiss, J.A. Herd and S.M. Weiss (eds), *Behavioral Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention*, pp. 3–40. New York: Wiley.

Mishler, E. G. (1984). The discourse of medicine: dialectiocs of medical interviews. Norwod, NJ: Ablex.

Moos RH, Schaefer JA: The crisis of physical illness: An overview and conceptual approach. In Coping With Physical Illness: New Perspectives. Volume 2. Edited by: Moos RH. New York: Plenum Press; 1984:3-35.

Moynihan,J.(2003) Sympathetic nervous system regulation of immunity .*J Neuroimmunol 147:87-90*

Nakamura H,Ogawa Y,Nagase H,Nakajima M,Kodawa N,Ogino K,Ooshita Y.(2000)Natural Killer Cell Activity and its Related Psychological Factor,Sense of Coherence in Male Smokers.Journal of Occupational Health, 43:101-108.

Schifter, D.A. and Ajzen, I. (1985) Intention, perceived control, and weight loss: an application of the theory of planned behavior, *Journal of Personality and Social Psychology*, 49: 843–51.

Schwartz, G.E. and Weiss, S.M. (1977) Yale Conference on Behavioral Medicine. Washington, DC: Department of Health, Education and Welfare; National Heart, Lung, and Blood Institute.

selection in young children and its relationships to childhood obesity, *American Journal of Clinical Nutrition*, 53: 859–64..

Seligman, M.E.P. and Visintainer, M.A. (1985) Turnout rejection and early experience of uncontrollable

Selye, H. (1956) *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill.

shock in the rat, in F.R. Brush and J.B. Overmier (eds), *Affect Conditioning and Cognition:*

Shontz, F.C. (1975) *The Psychological Aspects of Physical Illness and Disability*. New York: Macmillan.

Slade, P. and Russell, G.F.M. (1973) Awareness of body dimensions in anorexia nervosa: crosssectional and longitudinal studies, *Psychological Medicine*, 3: 188–99.

Smith, J.A. (2004). Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 1*, 3

Sparks, P. and Shepherd, R. (1992) Self-identify and the theory of planned behavior: assessing the role of identification with green consumerism, *Social Psychology Quarterly*, 55: 1388–99.

Stunkard and E. Stellar (eds), *Eating and Its Disorders*, pp. 141–56. New York: Raven Press.

Stunkard, A.J. (1958) The management of obesity, *New York State Journal of Medicine*, 58: 79–87.

Taylor, S.E., Lichtman, R.R., & Wood, J.V. (1984). Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology, 46*, 489-502.

Thompson, M., Zanna, M. and Griffin, D. (1995) Let's not be indifferent about (attitudinal) ambivalence, in R.E. Perry and J.A. Krosnick (eds), *Attitude Strength: Antecedents and Consequences*, pp. 361–86. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Verbrugge, L.M. (1995). Gender & Health: an update on hypotheses and evidence. Journal of Health and Social Behavior, 26, 156-82.

Watson. D., & Pennebaker, J.W. (1989). Health complations, Stress, and distress: exploding the central role of negative affectivity. Psychological Review, 96, 234-54.

Wardle, J. (1995) Parental influences on children's diets, *Proceedings of the Nutrition Society*, 54: 747–58.

Wegner, D.M. (1994). Ironic processes of mental control, *Psychological Review*, 101: 34–52.

Wegner, D.M., Schneider, D.J., Cater, S.R. and White, T.L. (1987) Paradoxical effects of thought suppression, *Journal of Personality and Social Psychology*, 53: 5–13.

Weinstein, N. D. (1988). The precaution adoption process. Health Psychology, 7(4), 355-386

Wenzlaff, R.M. and Wegner, D.M. (2000) Thought suppression, *Annual Review of Psychology*, 51: 59–91.

White, C. A. (2001). Cognitive behaviour therapy for chronic medical problems: A guide to assessment and treatment in practice. Chichester, UK: Wiley.

Wills, T.A. (1985) Supportive functions of interpersonal relationships, in S. Cohen and S.L. Syme (eds), *Social Support and Health*. Orlando, FL: Academic Press.

Newman, J. and Taylor, A. (1992) Effect of a means–end contingency on young children's food preferences, Casey, R. and Rozin, P. (1989) Changing children's food preferences: parents' opinions, *Appetite*, 12P: 171–82.*Journal of Experimental Psychology*, 64: 200–16.

O'Leary,A.(1990). *Stress, emotion, and immune function. Psychological Bulletin.;55:364-379.*

Ogden, J. (2007). Health Psychology. Open University Press

Ogden, J. and Chanana, A. (1998) Explaining the effect of ethnicity in body dissatisfaction and dieting: finding a role for values, *International Journal of Obesity*, 22: 641–7.

Ogden, J. and Wardle, J. (1990) Control of eating and attributional style, *British Journal of Clinical Psychology*, 29: 445–6.

Ogden, J., Reynolds, R. and Smith, A. (2006) Expanding the concept of parental control: a role for overt and covert control in children's snacking behaviour? *Appetite*, 47: 100–6.

Olivera, S.A., Ellison, R.C., Moore, L.L. et al. (1992) Parent–child relationships in nutrient intake: the Framingham Children's Study, *American Journal of Clinical Nutrition*, 56: 593–8..

Pennebaker, J.W. (1982). The Psychology of Physical symptoms. New York: Springer-verlay.

Pennebaker, J.W. (1983). Accuracy of symptom perception. In A Baam, S.E. Taylor & J. Singer (eds.). Handbook of psychology and helth, IV (pp. 189-218). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Petric, K.J., & Weinmein, J.A. (eds.) (1997). Perceptions of helth and illness: Current research and applications. Chur: Harwood.

Polivy, J. and Herman, C.P. (1983) *Breaking the Diet Habit*. New York: Basic Books.

Raats, M.M., Shepherd, R. and Sparks, P. (1995) Including moral dimensions of choice within the structure of the theory of planned behavior, *Journal of Applied Social Psychology*, 25: 484–94.

Rodin, J., & Ickovics, J.R. (1990). Woman's health: review and research agenda as ew approach the 21 st century. American Psychologust, 45, 1018-34.

Rogers, R.W. (1985) Attitude change and information integration in fear appeals, *Psychological Reports*, 56: 179–82.

Rosenman, R.H. (1978) Role of type A pattern in the pathogenesis of ischaemic heart disease and modification for prevention, *Advances in Cardiology*, 25: 34–46.

Roter, D. L., Hall, J.A. & Aoki, V. (2002). Physician general effects in medical communication: a meta-analytic review. Journal of the American medical Association, 288, 756-64.

Rozin, P. (1976) *The Selection of Foods by Rats, Humans, and Other Animal: Advances in the Study of Behavior*. New York: Academic Press.

Ruderman, A.J. and Wilson, G.T. (1979) Weight, restraint, cognitions and counterregulation, *Behaviour Research and Therapy*, 17: 581–90.

Sarafino, E. P. (2005). Health psychology: Biopsychosocial interactions (5th Ed.). New York: Wiley.

Sarason, I.G., Sarason, B.R., Shearin, E.N. and Pierce, G.R. (1987) A brief measure of social support: practical and theoretical implications, *Journal of Social and Personal Relationships*, 4: 497–510.

Schifter, D.A. and Ajzen, I. (1985) Intention, perceived control, and weight loss: an

Wing, R.R., Koeske, R., Epstein, L.H. et al. (1987) Long term effects of modest weight loss in Type II diabetic patients, *Archives of Internal Medicine*, 147: 1749–53.

Yang, E.V., and Glaser, R.(2003). Stress-induced immunomodulation: Implications for tumorigenesis. Brain, Behavior, and Immunity, 17:s37–40, 2003

درباره نویسنده

نویسنده کتاب متولد سال ۱۳۴۵ در یکی از روستاهای منطقه صفی‌آباد دزفول است که تحصیلات ابتدایی و راهنمایی را در منطقه سکونت خویش به پایان رساند. در سال ۱۳۶۴ با رتبه اول در دبیرستان دیپلم اقتصاد گرفت و با شرکت در کنکور سراسری در اولین انتخاب خود یعنی روان‌شناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبایی پذیرفته شد. همزمان با دوره دانشجویی معلم پاره‌وقت در مدارس راهنمایی تهران بود. در سال ۱۳۶۸ پس از اخذ کارشناسی، در دوره کارشناسی ارشد دانشگاه تربیت مدرس پذیرفته شد و همزمان به‌صورت پاره‌وقت در یکی از بیمارستان‌های تهران، مدیر گروه روان‌شناسی بالینی بود. در سال ۱۳۷۱ دوره کارشناسی ارشد را به پایان رساند و از ابتدای سال ۱۳۷۲ به‌عنوان مربی به استخدام دانشگاه پیام‌نور درآمد. در سال ۱۳۷۴ در دوره دکتری دانشگاه تربیت مدرس پذیرفته شد و در سال ۱۳۷۹ از رساله خویش در حوزه روان‌شناسی سلامت (سایکونوروایمونولوژی) دفاع کرد. از سال ۱۳۸۵ دانشیار روان‌شناسی است. وی مسئولیت‌هایی چون مدیریت گروه ارزیابی (۲ سال)، مدیریت گروه روان‌شناسی (۵ سال)، ریاست دانشکده علوم انسانی (۲ سال) و عضویت در شورای پژوهشی، شورای دانشگاه و شورای مرکزی سازمان نظام روان‌شناسی (از سال ۱۳۸۶ تاکنون) را عهده‌دار بوده است. حوزه کاری و پژوهشی ایشان روان‌شناسی سلامت و نوروسایکولوژی است و در این حوزه‌ها تاکنون بیش از ۷۰ مقاله علمی-پژوهشی در مجلات داخلی و خارجی به چاپ رسانده، و در ده‌ها کنگره بین‌المللی مقاله ارائه کرده است و در سال‌های ۱۳۸۶تا ۱۳۸۸ پژوهشگر نمونه دانشگاه بوده است. وی تاکنون ده کتاب تألیف یا ترجمه کرده است. کتاب مقدمات نوروپسیکولوژی (دانشگاه پیام‌نور) و کتاب مبانی سایکونوروایمونولوژی (با همکاری دکتر نوریالا دانشگاه علوم پزشکی تهران) از آثار تالیفی اوست. دکتر احمد علی‌پور متاهل و دارای یک پسر و یک دختر است.