

روان شناسی سلامت*

جان وینمن

ترجمه حمزه عبدی

روانشناسی سلامت به فهم رفتار انسان از حیث سلامت و بیماری مربوط است. پرکاربردترین تعریف این حوزه توسط مترازو ارائه شده است. براساس این تعریف، روان شناسی سلامت «مجموعه برنامه های خاص آموزشی، علمی و حرفه ای رشته روان شناسی است برای ارتقا و حفظ سلامت، پیشگیری و درمان بیماری و شناسایی عوامل مرتبط با علت شناسی و تشخیص سلامت، بیماری و اختلالات از این دست». بنابراین، روان شناسان سلامت، عوامل روان شناختی ای را مطالعه می کنند که در این که چگونه افراد، سالم می مانند، این که چرا مریض می شوند و این که چگونه به درمان و بیماری واکنش نشان می دهند، مؤثرند. این نوشته می خواهد با نظری اجمالی و کلی به هر یک از این حوزه ها، گستره و تنوع کار را نشان دهد.

همانند دیگر حوزه های متعدد روان شناسی، تحقیق در روان شناسی سلامت نیز به سه شیوه است: توصیفی، تبیینی، و مداخله محور. گرچه بخش زیادی از تحقیقات فعلی توصیفی است، اما تلاش های فزاینده ای در جهت ایجاد رویکردهای تبیینی صورت گرفته است. برای مثال، مطالعات بیشتری، به جای توصیف رفتارهای مرتبط با سلامتی (مثل انتخاب رژیم غذایی، التزام به دارو درمانی) و چه بسا ارتباط دادن آن به یک پیامد (مثلاً وضعیت سلامتی) از الگوهای استفاده می کنند تا رفتارهای مرتبط با سلامت را تبیین یا نتایج آن ها را پیش بینی کنند. ارائه الگو در هر رشته ای بسیار مهم است، زیرا باعث تقویت طرح و تفسیر تحقیق می شود. به همین دلیل بخش خاصی را به

انتخاب الگوهای رفتاری مرتبط با سلامت - که بسیار به کار رفته‌اند - اختصاص می‌دهیم.

پیدایش روان‌شناسی سلامت

روان‌شناسی سلامت به عنوان یک رشته مستقل در دهه ۱۹۷۰ به وجود آمد و دلایل زیادی برای به وجود آمدن و رشد شتابان آن وجود دارد. یک عامل زمینه‌ساز مهم، تغییرات فراوان در ماهیت مشکلات سلامت است که در خلال قرن بیستم در جوامع صنعتی رخ داده است. تا دهه ۱۹۰۰، علل اصلی بیماری‌ها و مرگ و میرها ذات‌الریه، آنفولانزا، سل و بقیه بیماری‌های عفونی بودند. از آن زمان به بعد، بیماری‌های مزمنی مثل بیماری‌های قلبی و سرطان، تبدیل به علل اصلی مرگ و میر شده‌اند (جدول یک). اینها بیماری‌هایی هستند که معلوم شده است که عوامل روان‌شناختی و اجتماعی هم به عنوان عوامل ایجادکننده آن‌ها از اهمیت فراوانی برخوردارند و هم در تعیین نحوه مقابله افراد با بیماری‌ها و کیفیت پاسخ آن‌ها به درمان، اهمیت دارند.

جدول تغییرات در علل منجر به مرگ در آمریکا ۱۹۸۰ - ۱۹۰۰

علت مرگ	۱۹۰۰	۱۹۸۰
آنفولانزا یا ذات‌الریه	۱	۶
سل	۲	
اسهال و دیگر اختلالات مربوط به التهاب روده	۳	
بیماری‌های قلبی	۴	۱
آسیب‌های عروق بین مغزی	۵	
عفونت کلیه	۶	
حوادث	۷	۴
سرطان	۸	۲
پیری	۹	
دیفتری	۱۰	
دیابت		۷

منبع: Based on Matarazzo & Leckliter

توجه به مراقبت‌های بهداشتی بسیار رشد کرده است و تأکید زیادی نسبت به ارتباط خوب، به عنوان یکی از لوازم اساسی درمان پزشکی، و، آگاهی زیادی نسبت به اهمیت رضایت بیمار و اهمیت کیفیت زندگی به عنوان پیامد کلیدی در ارزیابی کارآمدی مداخلات پزشکی، وجود دارد (Fallow Field, 1990).

با توجه به این تغییرات، نوعی حرکت از الگوی سلامت صرفاً زیستی-پزشکی به سمت الگوی بسیار گسترده‌تر زیستی-روانی-اجتماعی، مشاهده می‌شود (Engel, 1977). در حالی که رویکرد زیستی-پزشکی، تبیین بیماری‌ها را به عیوب زیست‌شناختی کاهش می‌دهد، رویکرد زیستی-روانی-اجتماعی، ماهیت پیچیده و چند عاملی علیت و پیامد بیماری‌ها را، و نیز مفهوم سلامت را به عنوان وضعیتی مثبت (یعنی نه صرفاً به عنوان عدم وجود بیماری) بازشناسی می‌کند. به همین نحو، در حالی که درمان‌های زیستی-پزشکی معمولاً از روش‌های فیزیکی (دارودرمانی، جراحی، ...) برای کاهش یا حذف نشانه‌های جسمانی بیماری استفاده می‌کنند، روان‌شناسی سلامت نشان می‌دهد که نه تنها روش استفاده از رویکردهای روان‌شناختی برای پیشگیری و درمان ممکن است بلکه کارآیی هر نوع درمان به مجموعه‌ای از عوامل روان‌شناختی و اجتماعی از جمله کیفیت ارتباط میان پزشک و بیمار، وابسته است. مضافاً، معیارهای مهم برای قضاوت در مورد موفقیت در درمان، نه تنها ممکن است بر اساس تغییر نشانگان جسمانی باشد، بلکه در پیامدهای اجتماعی و روان‌شناختی مانند مقابله، خلق و خو و کیفیت زندگی نیز منعکس می‌شود (بنگرید به: See Kaplan, 1990).

عوامل رفتاری تأثیرگذار بر سلامت

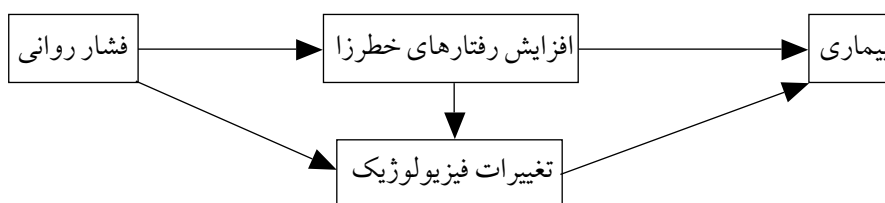
طیف گسترده‌ای از رفتارها می‌توانند بر سلامت تأثیر بگذارند. به طور اجمال، این رفتارها در چارچوبی مثبت و منفی به رفتارهای حفاظت‌کننده سلامت، یا تهدیدکننده سلامت، طبقه‌بندی می‌شوند که بسیاری از آن‌ها بعداً توصیف خواهند شد. (به مطالب بعدی در باب سبک زندگی و سلامت نگاه کنید.) رفتارهای افزایش‌دهنده خطر سلامت، بیماری‌زاهای رفتاری نامیده می‌شوند، در مقابل، رفتارهای محافظت‌کننده یا بهبود بخش سلامت، ایمنی‌زاهای رفتاری نامیده می‌شوند. (بنگرید به: Matarazzo & Leckliter, 1988) تأثیر این رفتارها بر سلامت از آن دسته مطالعات همه‌گیرشناسی جمعیت‌ها بدست آمده است که عوامل مربوط به میزان وقوع بیماری‌های مختلف

را مورد بررسی قرار می‌دهند. پس، این مطالعات، اطلاعات آماری را منعکس می‌کنند و ضرورتاً چگونگی یا چرایی تأثیر رفتار ذیربط بر وضعیت سلامت را نشان نمی‌دهند. با یک نگاه اجمالی به تعدادی از عوامل مختلف رفتاری تأثیرگذار بر سلامت، بحث را شروع می‌کنیم. ابتدا بر روی موضوع فشار روانی و تأثیراتش متمرکز می‌شویم و سپس به عوامل شخصیتی که می‌توانند بر سلامت و رفتار سالم تأثیرگذار باشند، می‌پردازیم. در نهایت خطوط کلی عواملی را که اصطلاحاً «سبک زندگی» نامیده می‌شوند و می‌توانند پیامدهای سلامت مثبت و منفی داشته باشند، بررسی خواهیم کرد.

فشار روانی و سلامت

رابطه بین فشار روانی، سلامت و بیماری پیچیده است و به یک بررسی دقیق نیاز دارد. فشار روانی، معمولاً برای توصیف موقعیت‌هایی به کار می‌رود که افراد در آن موقعیت‌ها با خواسته‌هایی روبرو می‌شوند که از عهده آن خواسته‌ها برآمدن خارج از توان فعلی آن‌هاست (Lazarus & Folkman, 1984). موقعیت‌های پر از فشار روانی، معمولاً موقعیت‌های جدید، غیر قابل پیش‌بینی و غیر قابل کنترل و نیز موقعیت‌های مستلزم تغییرات و فقدان‌ها هستند. اغلب، این موقعیت‌ها تغییرات فیزیولوژیک و روان‌شناختی نامطلوبی ایجاد می‌کنند که، به نوبه خود، ممکن است به بیماری منجر شوند.

اما، مسئله مهم برای روان‌شناسان سلامت، فهم نحوه ارتباط فشار روانی با ایجاد بیماری است. دو احتمال عمده مطرح شده است. به این احتمالات تأثیرات «مستقیم» و «غیرمستقیم» گفته می‌شود. (شکل ۱)



شکل ۱: فشار روانی و بیماری: تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم

بنابراین، ممکن است فشار روانی با افزایش سطح رفتارهای مخاطره‌آمیز، تأثیرات

غیر مستقیم بر روی سلامت داشته باشد (مثل استعمال دخانیات یا مصرف الکل) یا ممکن است تأثیرات مستقیم بر روی مکانیزم‌های فیزیولوژیک خاصی داشته باشد (مثل افزایش فشار خون) و همچنین بر مقاومت فرد در مقابل بیماری‌ها اثر می‌گذارد و این امر از طریق تضعیف سیستم ایمنی یا تشدید یا ایجاد فرایند یک بیماری در افراد آسیب‌پذیر، رخ می‌دهد.

افراد وقتی که می‌کوشند با موقعیت‌های پر از فشار روحی و هیجانات مربوطه مقابله کنند طیفی از واکنش‌های رفتاری از خود بروز می‌دهند و در همین زمان، تغییرات ایمنی‌شناختی و مربوط به اعصاب غدد درون‌ریز که از واقعه‌های پر استرس مزمن یا حاد ناشی شده‌اند، به وجود می‌آیند. در شرایط تنش‌زا، عوامل آزادکننده مغز، باعث می‌شوند که غده هیپوفیز هورمون آدرنوکورتید (ACTH) ترشح کند که این هورمون باعث آزادسازی کورتیکوستیروئید از لایه بیرونی غدد فوق‌کلیوی می‌شود. این استروئیدها علاوه بر ایجاد تغییراتی که به خوبی شناخته شده‌اند و مرتبط با تجهیز ذخائر فیزیکی کوتاه‌مدت و بلندمدت هستند (مثل آزاد شدن آدرنالین یا نورادرنالین، آزاد شدن گلوکز، فعالیت اندروفین‌ها یا اینسفالین‌ها و غیره)، بر روی سیستم ایمنی بدن نیز می‌توانند تأثیرگذار باشند. از این رو، عوامل تنیدگی‌های بسیار حاد، مثل امتحان‌ها، و عوامل تنیدگی‌های مزمن‌تر، مثل مراقبت از افراد پیر و وابسته خانواده، می‌تواند به تغییرات ایمنی‌شناختی زیان‌بخش و افزایش میزان وقوع بیماری‌ها منجر شود (بنگرید به: Kiecolt-Glaser and Glaser, 1987).

شخصیت و سلامت

تلاش مطالعات قدیمی‌تر برای ارتباط برقرار کردن بین عوامل روان‌شناختی با بیماری‌های خاص، منجر به این ایده نسبتاً گمراه‌کننده شد که بین بیماری‌های مختلف و نوع شخصیت‌ها ارتباط وجود دارد. به طور کلی این تحقیق، که غالباً مبتنی است بر تئوری‌های روان‌پویایی‌شناختی و دیدگاهی که انواع معین تعارضات نیمه‌هشیارانه را موجب الگوهای بیماری‌های معینی می‌داند، مورد تأیید تحقیقات بعدی نبوده است. گرچه شواهد روزافزونی از منابع معتبرتر و متفاوت وجود دارد حاکی از این‌که شخصیت می‌تواند به روش‌های دیگری بر سلامت تأثیرگذار باشد و در تعیین بیماری نقش بازی کند.

شاید شناخته‌شده‌ترین اثر، در این حوزه، مربوط به ارتباط بین شخصیت به اصطلاح «سنخ A» و بیماری اکلیلی است (Friedman & Rosenman, 1974). شخصیت سنخ A با چند ویژگی مشخص می‌شد: رقابت‌جویی، احساس کمبود وقت، خصومت و عوامل رفتاری مربوطه که با افزایش

چشمگیر احتمال ابتلاء به بیماری اکلیلی مرتبط است. گرچه مطالعات اولیه در دهه ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ بسیار امیدوارکننده بودند، کارهای بعدی موقعیت را پیچیده کرده‌اند. برخی مطالعات در رابطه برقرار کردن بین تیپ شخصیتی A و بیماری‌های قلبی با شکست فاحش مواجه شدند. هم‌اکنون تصور بر این است که فقط شاخصه‌هایی معین (مثل عصبانیت و خصومت) از طرح اولیه تیپ شخصیتی A بیماری‌زا هستند.

الگوی رفتاری تیپ شخصیتی A با سطح بالای بیماری‌های قلبی چه ارتباطی دارد؟ همان‌طور که گفته شد، تقریباً به یقین رفتار تیپ شخصیتی A تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم بر سلامت فرد دارد. افراد با تیپ A واکنش فیزیولوژیک بیشتری (مثل فشار خون و ضربان قلب) نسبت به مقتضیات محیطی نشان می‌دهند و حتی ممکن است مقتضیات بیشتری را با رفتار خود ایجاد کنند. لذا، افزایش مکرر فشار خون و بالا رفتن سطح تغییرات هورمونی مرتبط با پاسخ‌های تنشی، ممکن است در نهایت، تغییرات فیزیکی نامساعدی را برای قلب و رگ‌های خونی به وجود آورند. همچنین افراد تیپ A با احتمال بیشتری وارد رفتارهای ناسالم می‌شوند، زیرا نسبت به افراد با تیپ B الکل بیشتری مصرف می‌کنند و اگر سیگار بکشند، دود سیگار را در درون ریه‌های خود بیشتر نگه می‌دارند، احتمال استراحتشان کمتر است و بیشتر تا آخرین حد توانایی جسمانی‌شان کار می‌کنند.

وسیع‌ترین تحقیقات جاری در روان‌شناسی سلامت در باب عوامل شخصیتی، بر روی رفتار تیپ A صورت گرفته است، و مداخله‌های چشمگیری صورت گرفته‌اند تا الگوی رفتاری را تغییر دهند، که نتایج مثبتی برای سلامت داشته‌اند (بنگرید به: Thoresen, Friedman, Powell, Gill & Ulmer, 1985). اما تحقیقات دیگری، شخصیت را در ارتباط با استعداد بیماری و رفتارهای سالم مورد بررسی قرار می‌دهند. برای مثال تموشوک و همکارانش نقش شخصیت تیپ C را در ارتباط با سرطان مورد مطالعه قرار داده‌اند (Temoshok, 1987). افراد با تیپ شخصیتی C با این مشخصات شناخته می‌شوند: به سختی احساسات خود را نشان می‌دهند، و گرایش به سرکوبی یا مهار احساسات خود به ویژه احساسات منفی مثل عصبانیت دارند. بعضی از روان‌شناسان گفته‌اند که این ابعاد شخصیت می‌توانند نقش علی در بیماری سرطان بازی کنند. اگرچه هنوز اطلاعات کافی برای این مطلب وجود ندارد (بنگرید به: Fox, 1988)، اما نشانه‌های روشن تری وجود دارد بر این که این نوع از عوامل ممکن است بر رشد سرطان مؤثر باشند و به همین دلیل در مدت زنده ماندن افراد سرطانی نیز اثرگذار هستند. امروزه مداخلاتی که الگوهای

مثبت پاسخ‌دهی هیجانی را تشویق می‌کنند در حال ارزیابی شدن در بیماران سرطانی هستند و هنوز معلوم نشده است که آیا این الگوها می‌توانند مؤثر باشند یا نه.

متغیرهای شخصیتی می‌توانند با شیوه‌های مختلف بر سلامت تأثیرگذار باشند، و تمایز اجمالی‌ای را می‌توان بین متغیرهای شخصیتی گذاشت، متغیرهای شخصیتی‌ای که ارتباط مثبت با سلامت و رفتارهای سالم دارند و متغیرهای شخصیتی که ارتباط نامناسب با آن‌ها دارند. برخلاف تأثیرات نامناسب تیپ‌های A و C، متغیرهای شخصیتی دیگری می‌توانند به شیوه‌های مختلف حالت محافظت‌کننده داشته باشند. یکی از چیزهایی که توجه بسیاری را جلب کرده است، مفهوم نیرومندی است (Kobasa, 1979) که وصف افرادی است که احساس شدید کنترل شخصی نسبت به رویدادهای زندگی، احساس شدید التزام یا درگیری و مشارکت در کارها و گرایش به بررسی مقتضیات و تغییرات محیطی به عنوان چالش‌ها، دارند.

با وجود مشکلات اندازه‌گیری نیرومندی، شواهدی چند نشان می‌دهند که افراد نیرومند کمتر از عوامل تنیدگی‌زا متأثر می‌شوند. جنبه‌های دیگری از شخصیت نیز نشان داده‌اند که محافظت‌کننده از سلامت هستند. یک نمونه از آن‌ها خوش‌بینی است (Scheier, Weintraub & Carver, 1986) که وصف گرایشی است نسبت به انتظارات مثبت در زندگی و افراد را توانا می‌سازد تا بهتر بتوانند با مسائل تنش‌زای زندگی خود مقابله کنند و وارد شیوه‌های سالم‌تر زندگی شوند.

نکته آخر این که، شواهد جدیدی وجود دارد دال بر این که الگوهای کلی پاسخ‌های هیجانی مثبت یا منفی که با شخصیت ارتباط دارند، می‌توانند بر جنبه‌های مختلف سلامت اثر بگذارند (Watson & Pennebaker, 1991). افرادی که از حیث هیجانات منفی در سطح بالایی هستند (یعنی هیجانات منفی بیشتری دارند، مخصوصاً اضطراب) به نظر نمی‌رسد که برای بیماری آمادگی بیشتری داشته باشند، اما به احتمال زیادتر متوجه تغییرات و نشانگان بدنی می‌شوند و، در نتیجه، بیشتر در جستجوی کمک‌های پزشکی خواهند بود. در مقابل، افرادی که از حیث هیجانات مثبت در سطح بالایی هستند، که علامتش این است که رویکرد پردرگیری‌تر و پرشور و شوق‌تری نسبت به زندگی دارند، کمتر احتمال دارد که از مشکلات مربوط به سلامت خود حرفی بزنند یا درخواست کمک‌های پزشکی کنند. واتسن و پنیبکر شواهد جالبی را فراهم کرده‌اند تا نشان دهند که این سبک‌های پاسخ هیجانی با شخصیت به شدت مرتبط هستند و شاید تحت تأثیر عوامل ژنتیکی باشند.

نقش عوامل شخصیتی در سلامت بسیار پیچیده است (بنگرید به: Friedman & Booth, 1987). اندیشه‌های قدیمی که معتقد بود الگوهای ویژه شخصیتی و تعارضات هیجانی با بیماری‌های خاصی مرتبط‌اند، مورد تأیید واقع نشده‌اند. با وجود این، شواهد مهمی وجود دارد که جنبه‌های شخصیتی ممکن است باعث شوند افراد نسبت به تأثیرات تنش‌ها کمتر یا بیشتر حساس شوند و می‌توانند هم بر رفتارهای سلامت‌زا و هم بر رفتارهای بیماری‌زا تأثیر داشته باشند.

سبک زندگی و سلامت

یکی از شیوه‌های بسیار آشکار که رفتارها طبق آن‌ها می‌توانند بر سلامت اثرگذار باشند، از تحقیق بر روی سبک زندگی نشأت گرفته است. این تحقیقات تعدادی رفتار را مشخص کرده است که می‌توانند تأثیرات مثبت و منفی بر وضع سلامت داشته باشند. واژه «سبک زندگی» معمولاً بر استفاده منسجم و هماهنگ از طیفی از رفتارهای مختلف مربوط به سلامت اطلاق می‌شود (Nutbeam, Aaro & Wold, 1991). اما، با توجه به این‌که همیشه به طور کامل در میان رفتارهای متفاوت مربوط به سلامت افراد، هماهنگی وجود ندارد، می‌خواهیم به جای مفهوم کلی‌تر «سبک زندگی» بر رفتارهای جدا از هم تأکید کنیم و تأثیرات آن‌ها را بر روی سلامت بررسی کنیم. تأثیر رفتارهایی مثل استعمال دخانیات و مصرف زیاد الکل بر روی سلامت به خوبی اثبات شده است. دلایل محکمی وجود دارد بر این‌که نه تنها احتمال مرگ سیگاری‌ها بر اثر سرطان ریه و دیگر سرطان‌ها بسیار بیشتر است، بلکه میزان ابتلایشان به بیماری‌های قلبی-عروقی و اختلالات تنفسی مزمن مخصوصاً آمفیزم (بیماری اتساع مجاری و حباب‌های ریه) و برونشیت مزمن نیز بسیار بیشتر است. علاوه بر آن، خطر ابتلاء به بیماری، وابسته به مقدار مصرف سیگار است، از این لحاظ که مقادیر بیشتر استعمال دخانیات به شدت بیشتری با همه این بیماری‌ها مرتبط‌اند. با مصرف بالا و مستمر الکل یک طیف متفاوت اما به همان اندازه ناخوشایند از مشکلات سلامت قابل مشاهده است. نوشیدن الکل یکی از علل اصلی تصادفات مخصوصاً تصادفات رانندگی می‌باشد و از طرف دیگر هم می‌تواند به کبد آسیب رساند؛ همچنین دارای اثرات زیان‌بخش بر روی عملکرد مغز می‌باشد.

از نظر روان‌شناسان سلامت، پرسش‌های کلیدی در رابطه با رفتارهای خطرناک برای سلامت مربوط به چند چیز است: خاستگاه، حفظ و نگهداری، و پیشگیری یا درمان آن‌ها.

تعیین کننده‌های گوناگونی برای هر دو رفتار (سالم و ناسالم) وجود دارد، زیرا هر دو نوع رفتار ممکن است در آغاز شیوه‌هایی برای مقابله با تنش‌ها، در پاسخ به فشار روانی یکسان، برای لذت بردن، و به خاطر دلایل دیگر، پدیدار شده باشند. به همین نحو، عوامل زیستی، اجتماعی و روان‌شناختی مختلفی این رفتارها را حفظ و ابقا می‌کنند. گرچه تأثیرات آن‌ها بر روی سلامت، فیزیکی و چشمگیراند، با وجود این، مهم است که به خاطر داشته باشیم که آن‌ها از نوع رفتار هستند و راه محدود کردن آثارشان، از طریق بازداری و تغییر رفتار است.

بسیاری از رفتارهای پرخطر دیگری وجود دارند که در یک نگاه اجمالی، به تفصیل قابل بحث نیستند، مثل مصرف مواد مخدر، سوءتغذیه و تصادفات که تأثیراتشان بر سلامت نیز به خوبی به اثبات رسیده است. گرچه نقش روان‌شناسی سلامت در توصیف، تبیین و مداخله در همه رفتارهای مخاطره‌انگیز، خیلی مهم است، اما، نباید این مشکلات منحصرأ در حوزه رفتار فردی تصور شوند، زیرا آن‌ها اغلب شرایط اجتماعی نامطلوب یا زمینه‌های فرهنگی خاصی را منعکس می‌کنند.

همین هشدارها در رابطه با تأثیر عوامل فرهنگی و اجتماعی بر فهم رفتارهای حفظ‌کننده یا افزایش دهنده سلامت نیز به کار گرفته می‌شوند. عوامل رفتاری (مثل هفت الی هشت ساعت خواب، خوردن سه وعده غذا در هر روز که شامل صبحانه نیز می‌شود، وزن متناسب بدن، سیگار نکشیدن، محدودیت در استفاده از الکل، فعالیت بدنی منظم) که در مطالعات منطقه المدا (مطالعاتی که بر روی جمعیتی از منطقه المدا صورت گرفت) تعیین شده‌اند، (Breslow & Enstrom, 1980) نشانه‌هایی از رفتارهای اساسی‌ای در اختیار می‌گذارند که می‌توانند بر سلامت تأثیر مثبت (یا منفی) داشته باشند. این مطالعه و تحقیق نشان داد که انجام همه یا بیشتر این اعمال مربوط به سلامت با میزان بسیار پایین مرگ و میر در همان دوره ۵ الی ۱۰ ساله ارتباط دارد.

شواهد روزافزونی وجود دارند که نشان می‌دهند تمرینات ورزشی منظم تأثیر خوبی بر روی سلامت روانی و بدنی افراد دارند (Haskell, 1984). ورزش می‌تواند شیوع مشکلات مربوط به سلامت بدنی در افراد مسن را کاهش دهد و بهبود کسانی را که مورد حمله قلبی قرار گرفته‌اند تسریع نماید. اطمینان به این که ورزش‌ها و دیگر فعالیت‌هایی که سلامت را تقویت می‌کنند واقعاً انجام می‌گیرند دارای مشکلات مهمی است (Dishman, 1982). بنابراین، مداخله‌ها باید به دقت طراحی شود و توسط افراد کاملاً متخصص ارائه گردد، زیرا معلوم شده است که دست شستن از

رفتارهای مخاطره‌انگیز و در پیش گرفتن شیوه‌های سالم‌تر زندگی به‌غایت دشوار است. تهیه اطلاعات، معمولاً برای ایجاد دگرگونی کافی نیست، زیرا لازم است شناخت‌ها را تغییر دهیم (به مطالب بعدی درباره تبیین رفتار سالم رجوع شود) و بر چارچوب‌های اجتماعی تأثیر بگذاریم تا این‌ها مبنای ایجاد تغییرات در رفتار معطوف به سلامت شوند.

ابعاد روان‌شناختی بیماری و مراقبت از سلامت

مقابله و حمایت اجتماعی

امروزه به‌نحوه واکنش بیماران به بیماری‌های مزمن زیاد پرداخته می‌شود. بیشتر این اثر مربوط می‌شود به فهم شیوه‌ای که بیماران توسط آن با مقتضیات مختلف بیماریشان مقابله می‌کنند. در حالی که آثاری که سابقاً نوشته شده‌اند اعتقاد داشتند که این مقتضیات قبل از هر چیز، به بیماری وابسته‌اند، مطالعات اخیر نشان می‌دهد که مقابله، بسیار وابسته به تصویری است که فرد از تهدیدات و مقتضیات بیماری دارد و نیز به شرایط اجتماعی‌ای که بیماری در آن تجربه می‌شود (Burish & Bradley, 1983).

مقابله واژه عامی است که برای توصیف طیف گسترده‌ای از پاسخ‌هایی به کار می‌رود که افراد در ارتباط با مشکلاتی که برای سلامتی‌شان رخ می‌دهد به کار می‌بندند. گرچه این مفهوم روشن به نظر می‌رسد، اما هنوز اتفاق نظری در رابطه با ماهیت و شیوه اندازه‌گیری آن و همچنین درباره تأثیرات آن بر نتایج فیزیکی و هیجانی وجود ندارد (Cohen, 1987). عموماً موافقت که مقابله یک فرایند ایستا در متن بیماری مزمن نیست، زیرا می‌تواند در خلال زمان، توأم با تغییر تصورات، مقتضیات، و لوازم اجتماعی بیماری، تغییر یابد. بعضی از محققین استفاده از ابعاد بسیار گسترده رفتاری (مثل نزدیک شدن در مقابل اجتناب کردن) را برای مشخص کردن تفاوت‌های افراد در رفتارهای مقابله‌ای ترجیح می‌دهند، در حالی که محققان دیگر برای توصیف طیف گسترده پاسخ‌هایی که از بیماران صادر می‌شود بر روی رفتارهای بسیار خاص‌تر، عطف توجه کرده‌اند. همچنین معلوم نیست که آیا مقابله باعث بهزیستی مادی یا روان‌شناختی می‌شود یا نه، یا آن‌که این ارتباط یک فرایند چندسویه است. بخش زیادی از تحقیقات مربوط به مقابله، متکی بر این فرض است که مقابله، پیامدهای مختلفی مثل حالت هیجانی دارد، اما شواهد زیادی وجود دارد بر این که مقابله نیز می‌تواند پیامد حالت هیجانی باشد (Fillip, Kauer, Freudenberg & Ferring, 1990).

شرایط اجتماعی فرد نیز در تعیین شیوه‌ای که بیماران با آن شیوه به مقابله دست می‌زنند و در درجه موفقیتی که استراتژی‌های مقابله می‌توانند در تنظیم بهزیستی بیماران داشته باشند، اهمیت خاص دارند. پرکاربردترین مفهوم در اینجا مفهوم حمایت اجتماعی است که نه تنها اشاره به دسترسی یک فرد به افراد دیگر دارد، بلکه به ارزش یا کارآیی محسوس افراد در حمایت واقعی نیز اشاره دارد. حمایت اجتماعی نیز، مانند مقابله، با مسائل مفهومی و روش شناختی پیوند دارد. حمایت اجتماعی همیشه باعث پیامد مطلوب نمی‌شود (Schwarzer & Leppin, 1989) و برای فهم ارتباط بین انواع و منابع مختلف حمایت و پیامدهای روان‌شناختی و مادی مختلف برای بیماران، مهم است. با وجود این، حمایت اجتماعی می‌تواند تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم مهمی بر روی بهزیستی افرادی که بیماری‌ها و معلولیت‌های مزمن دارند، داشته باشد. بنابراین، افرادی که از حمایت اجتماعی مؤثر کمی برخوردار و یا اصلاً برخوردار نیستند، به احتمال زیاد واکنش ضعیف‌تری نسبت به بیماری یا درمان نشان می‌دهند.

فهم فزاینده از ماهیت و نقش فرایندهایی از قبیل مقابله و حمایت اجتماعی، اهمیت ویژه‌ای برای ارائه مداخلات در این حوزه دارد. آموزش عمومی برای متخصصین سلامت در مهارت‌های مربوط به ارتباط برقرار کردن و گوش دادن می‌تواند اساس فهم بیشتر نیازهای بیماران، واقع شود. مداخلات روان‌شناختی خاص‌تری پدید آمده‌اند تا این که به بیماران برای مقابله بهتر با جنبه‌های معینی از بیماریشان کمک کنند. امروزه طیفی از رویکردهای روان‌شناختی برای مدیریت دردهای مزمن وجود دارد که یکی از مؤلفه‌های بسیار رایج شرایط مزمن یا ناتوان‌کننده است (Pearce & Erskine, 1989).

ارتباط

پژوهش‌های متعدد، ابعادی از ارتباط میان متخصصان مراقبت‌های بهداشتی (HCPها)، به ویژه پزشکان، و بیماران را به منظور تبیین نتایج غالباً دلسردکننده آن (بنگرید به: Ley, 1988) مورد بررسی قرار داده‌اند. این پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بیماران به‌طور مستمر، از این که به آن‌ها اطلاعات کافی داده نمی‌شود، یا این که به نظر می‌رسد پزشکان، علاقمند یا نگران حال آن‌ها نیستند، شکایت می‌کنند. بعلاوه، مشخص شده است که بیماران، ممکن است در فهم یا به خاطر آوردن اطلاعاتی که در اختیار آن‌ها قرار می‌گیرد با مشکل مواجه شوند. از این رو، عجیب نیست که شواهد نسبتاً گسترده‌ای در زمینه نارضایتی بیماران از این نوع ارتباط وجود داشته باشد.

برخی از مشکلات در پیامدهای مواجهه‌های پزشکی توصیف شده‌اند، و از میان آن‌ها، دو مورد که بیشترین پژوهش‌ها بر روی آن‌ها انجام شده عبارتند از: سطوح پایین رضایت بیمار و میزان پایین تبعیت از توصیه‌ها یا درمان‌ها (که در ادامه می‌آید). علل این مشکلات کاملاً متنوع‌اند، اما بسیاری از آن‌ها به ابعاد فرایند ارتباط و شکست متخصصان مراقبت‌های بهداشتی، در توجه به نیازها و نگرانی‌های بیمار و گفت‌وگو درباره آن‌ها، مربوط است. این امر، به مداخلات روان‌شناختی متعددی در این حوزه منجر شده است، از جمله: آموزش مهارت‌های ارتباطی برای متخصصان مراقبت‌های بهداشتی، خصوصاً در خلال آموزش‌های اولیه آن‌ها (Weinman and Armstrong, 1988). بعضی از این مداخلات آموزشی، به منظور ارتقاء مهارت‌های کلی ارتباطی انجام گرفته است، در حالی که آموزش‌های دیگر برای کار با انواع خاصی از بیماران، یا کار در موقعیت‌های خاص (مثل، ارائه اخبار بد) تدوین شده‌اند.

التزام به درمان

واژه «التزام» توصیف‌کننده میزان پیروی فرد از درمان یا توصیه‌های پیشنهادی است. در بررسی‌های قدیمی‌تر، معمولاً، از واژه «تبعیت» استفاده می‌شد، لکن اکنون واژه «التزام» به دلایل مختلف ترجیح داده می‌شود. التزام، به طیف گسترده‌ای از رفتارها، از جمله مصرف دارو و پیروی از توصیه به تغییر در رفتارهای مرتبط با سلامت، مثل: تغییر در رژیم غذایی، ترک سیگار، یا افزایش سطح تمرین‌های بدنی، اشاره دارد. بنابراین التزام می‌تواند به عنوان رفتاری که بالقوه ارتقابخش سلامت است، تلقی شود، اما عدم التزام یا التزام کم، به نحو جدی‌تری، یک رفتار بالقوه خطرناک برای سلامت است.

سطوح بالای عدم التزام، در طیفی از درمان‌ها و فضاها درمانی دیده شده‌اند (Meichenbaum and Turk, 1987). امروزه، یافته‌ها نشان می‌دهند که تقریباً بین ۴۰ تا ۵۰ درصد از بیماران به درمان یا توصیه‌های درمانی که از لحاظ پزشکی مهم‌اند، التزامی ندارند. سطح التزام، تحت تأثیر عوامل مربوط به درمان و بیماری قرار دارد، زیرا پایین‌ترین میزان التزام، در بیماران با شرایط مزمن و بیماری‌هایی که به هدف پیشگیری دارو مصرف می‌کنند، دیده می‌شود. در مقابل، بیماران که تحت درمان‌هایی از قبیل شیمی‌درمانی برای سرطان قرار دارند، عموماً میزان بسیار بالایی از التزام را نشان می‌دهند، گرچه درمان تأثیرات جانبی ناخوشایندی داشته باشد.

هرچند عوامل مربوط به طبیعت بیماری و مقتضیات درمان بر التزام بیمار تأثیر دارند، اما بسیاری از پژوهش‌ها نیز نشان‌دهنده نقش ارتباط و اعتقادات بیماران بوده‌اند. کیفیت ارتباط بین پزشک و بیمار، تأثیر عمیقی بر رضایت بیمار دارد، که این تأثیر، به نوبه خود، در تعیین سطح التزام به درمان نقش دارد. همان طوری که پیش‌تر نیز بیان شد، کیفیت ارتباط نه فقط به توانایی پزشک در گوش دادن و پاسخ دادن مؤثر در مشکلات بیمار وابسته است، بلکه به روش ارائه اطلاعات نیز بستگی دارد. بسیاری از آثار اولیه در موضوع التزام به درمان، به اهمیت اعتقادات مربوط به سلامت (که در زیر توصیف خواهند شد) اشاره دارند. اگر بیماران، خطرناک بودن شرایط خود را درک و به تأثیر درمان معتقد باشند، به احتمال زیادتری به درمان التزام می‌ورزند. شواهد فزاینده‌ای وجود دارند که نشان می‌دهند «باورهای هنجارین» در التزام به توصیه‌های پزشکی برای اجتناب یا کاهش رفتارهای مخاطره‌آمیز برای سلامت، مثل استعمال سیگار، یا برای اقدام به رفتارهای بالقوه محافظت‌کننده سلامت، مثل «روابط جنسی سالم»، از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند. این‌ها باورهایی هستند که افراد درباره دیدگاه‌ها یا نگرش‌های همگان خود در اجتماع، دارا هستند. روان‌شناسان سلامت به تدوین مجموعه‌ای از مداخلات پرداخته‌اند که التزام به درمان را تسهیل می‌کنند (بنگرید به: Meichenbaum & Turk, 1987). بعضی از این مداخلات، بر مبنای آموزش نحوه‌های ارتباط به متخصصان سلامت می‌باشد که به منظور ارتقاء مهارت‌های ارتباطی پایه، از جمله: توانایی آن‌ها برای ارائه اطلاعات مربوط به درمان، صورت می‌گیرد. مداخلات متمرکزتر، پزشک را ترغیب می‌کند تا در فرایند تصمیم‌گیری و تدوین طرح درمانی، به منظور توافق بر سر اهداف درمانی و پیش‌بینی هرگونه مانع، با بیمار مشارکت داشته باشد.

واکنش‌های روان‌شناختی به معاینات و درمان‌ها

تحقیقات زیادی ارتباط تنش با پذیرش بستری شدن در بیمارستان و اجرای روندهای مختلف پزشکی جهت درمان یا تحقیق را نشان داده‌اند. روان‌شناسان، با توجه به نتایج این بررسی‌ها، طیفی از مداخلات لازم را برای آماده‌سازی بیماران جهت هر نوع بستری شدن در بیمارستان، یا برای روند ناخوشایند خاص در فضای بیمارستان، ارائه کرده‌اند. آماده‌سازی برای پذیرش بستری شدن در بیمارستان، بیشتر، به کار با کودکان منحصر می‌شده است (Eiser, 1988). اما آماده‌سازی برای روندهای پر تنش جهت کودکان و بزرگسالان، هر دو، تدارک دیده شده‌اند. این مداخلات

در سطوح مختلف عمل می نمایند. بعضی از آن‌ها، اساساً، اطلاعاتی را در مورد آن چه برای بیمار اتفاق می افتد، براساس طبیعت آن روند خاص و تأثیرات محتمل آن، فراهم می کنند؛ بعضی دیگر برای کاهش اضطراب یا به طور کلی، با استفاده از آموزش تنش زدایی، و یا با کمک به بیمار جهت شناسایی و مقابله با ترس‌ها یا نگرانی‌های خاص، تدوین شده‌اند. برای کودکان نوارهایی ویدئویی، از کودکان دیگری که در معرض همان تحقیقات یا درمان‌ها قرار گرفته بودند، وجود دارد. این نوارها به کودکان اجازه می دهد تا از کودکی که در نوار وجود دارد، الگوبرداری نمایند. این مداخلات، در جهت کمک به بیماران برای مقابله با روندها و در جهت ارتقا نتایج، تأثیرات متفاوتی داشته‌اند (Weinman & Johnston, 1988). پیامدهای عدیده و مختلفی بر این مداخلات مترتب شده‌اند (برای مثال، درد، اضطراب، سرعت بهبود و غیره)، و بعضی از مداخلات، آشکارا، برای رسیدن به نتایج خاصی مؤثرتر هستند. روی هم رفته، روشن شده است که رویکردهای شناختی-رفتاری، نسبت به انواع دیگر مداخلات هم در مقیاس‌های رفتاری و هم در مقیاس‌های خودگزارش‌دهی، نتایج بهتری به بار می آورند. همچنین، ممکن است لازم باشد که نوع مداخله را با نوع مقابله بیمار و نیازهای اطلاعاتی وی منطبق نمود. روان‌شناسان سلامت، به فهم این که چگونه متخصصان مراقبت‌های بهداشتی، تحت تأثیر محیط کاری خود قرار می گیرند، نیز علاقمند شده‌اند. گزارش‌های زیادی وجود دارند که از تنش شغلی در میان این متخصصان حکایت می کنند و ظاهراً برخی از عوامل در این تنش مؤثرند، که عبارتند از: سطح پر تنش کار، فقدان حمایت، شرایط کاری و ساعت‌های طولانی کار (Herbert, 1990). نتیجه این که، مداخلات روان‌شناختی مختلفی، برای مدیریت استرس شغلی در میان متخصصان مراقبت‌های بهداشتی، ایجاد شده‌اند (Sutherland, 1990).

تبیین رفتار مرتبط با سلامت: رویکردهای اجتماعی-شناختی

ما اکنون به اختصار به بیان الگوها و رویکردهایی می پردازیم که درباره شناختی است (باورها، نگرش‌ها، تصورات و...) که در زیربنای رفتارهای مرتبط با سلامت قرار دارند. در حال حاضر، این‌ها الگوها و چارچوب‌های تبیینی‌ای هستند که بیش از سایر الگوها در روان‌شناسی سلامت به کار می روند، و پیش‌تر برای تبیین رفتارهای مخاطره‌آمیز برای سلامت (برای مثال، Croog & Richards)، رفتارهای پیشگیرانه یا حفاظتی و در مقام تبیین پاسخ‌های مختلف به فشار

روحي، به كار مي رفته اند. اين ها، همچنين، براي تبين طبيعت واكنش هاي روان شناختي به بيماري (براي مثال Affleck, Tennen, Croog & Levine, 1987) و ميزان رفتارهايي مثل التزام به مصرف دارو يا تغيير توصيه شده سبك زندگي (براي مثال Meichenbaum & Turk, 1987) مورد استفاده اند. اين الگوها، علي رغم شهرتشان، هنوز تبين هاي كاملي از رفتارهاي خاص مرتبط با سلامت يا بيماري، ارائه نكرده اند. شايد علت اين مسأله، تا حدي، اين باشد كه همه آن ها، در اصل، براي تبين رفتارهاي مرتبط با سلامت ايجاد نشده اند، و ممكن است منعكس كننده تصوراتي كه افراد از سلامت يا بيماري خود دارند، نباشند. و ممكن است علت اين نيز باشد كه بسياري از جنبه هاي سلامت، علاوه بر شناخت هاي فردي، به وسيله عوامل اجتماعي و فرهنگي، تعيين شده يا شكل مي گيرند (بنگرید به: Blaxter, 1990).

الگوهای خاص رفتار مرتبط با سلامت

تشبيت شده ترين الگوي رفتار مرتبط با سلامت، الگوي باور مربوط به سلامت (HBM: Janz & Becker, 1984) است. بر مبنای این الگو، افراد در پاسخ به يك نشانه يا كنش، مثل تجربه يك نشانه يا دعوت به انجام چكاب، بر پايه باورهايشان درباره تهديد يك مشكل بالقوه ايجاد شده براي سلامت، و همچنين باورهايشان در مورد فوايد و زيان هاي دست زدن به اقدام خاص، عمل خواهند كرد. تصور آن ها از تهديد، به باورهاي آن ها درباره وخامت آن و آمادگي يا آسيب پذيري شان نسبت به آن وابسته است.

بنابراين، براي اين كه افراد در يك رفتار خاص مرتبط با سلامت شركت نمايند (براي مثال، رفتار جنسي سالم)، نه تنها بايد توجه داشته باشند كه نسبت به پيامدهاي احتمالي عدم شركت در آن رفتار، آسيب پذيرند (ابتلاء به HIV)، بلكه به اين نيز بايد توجه داشته باشند كه آن پيامدها بسيار خطرناك اند. بعلاوه، آن ها بايد باور كنند كه مزايای شركت در آن رفتار، مهمتر از معايب آن است. مثلاً، در بعضی از رفتارهای مرتبط با سلامت (مثل، رفتار جنسي سالم)، افراد ممكن است وخامت تهديدياتي كه متوجه سلامت آنان است را بپذيرند، اما خود را آسيب پذير ندانند. در مقابل، براي رفتارهايي مثل مراقبت از بهداشت دهان و دندان ها، افراد ممكن است به خوبي آسيب پذيري خود نسبت به تهديد معطوف به سلامت را بپذيرند (كرم خوردگي دندان و بيماري لثه)، اما آن را به اندازه كافي وخيم ندانند تا پيشگيري هاي لازم را اتخاذ نمايند. HBM به طور

گسترده‌ای برای بررسی رفتارهای مرتبط به سلامت به کار رفته است، خصوصاً رفتارهایی که به پیشگیری مربوط است. استفاده از این الگو، به طور کامل موفقیت آمیز نبوده است، در نتیجه متغیرهای دیگری (مثل، اعتقادات مربوط به کارآمدی، که در زیر خواهد آمد) برای افزایش قدرت تبیینی آن افزوده شده‌اند. حتی با این افزایش متغیرها، نتایج کلی هنوز بسیار ناچیز هستند. این امر ممکن است، تا حدی، منعکس کننده مسأله کلی سعی در پیش بینی رفتار با استفاده از نگرش‌ها باشد، و نیز ناشی از این مشکل خاص تر که افراد ممکن است ضرورتاً درباره مسائل مربوط به سلامت آن گونه که توسط HBM پیشنهاد می شود، نیندیشند.

الگوی دیگری که کمتر به کار گرفته شده، اما نتایج موفقیت آمیزتری دربر داشته است، نظریه رفتار منطقی است (TRA: Ajzen & Fishbein, 1980). بر مبنای این نظریه، بهترین پیش بینی کننده‌های رفتارهای داوطلبانه افراد، مقاصد رفتاری آنان هستند که توسط دو عامل تعیین می شوند. عامل اول، نگرش آن‌ها راجع به رفتار است؛ این نگرش بر دو نوع از اعتقادات رفتاری مبتنی است: اعتقاداتی درباره نتایج محتمل رفتارها (برای مثال، «اگر من تمرین کنم، وضعیت سلامت من بهتر خواهد شد») و ارزیابی این نتایج (برای مثال، «سالم بودن برای من مهم است»). دومین تعیین کننده مقاصد رفتاری، هنجارهای شخصی در ارتباط با رفتاراند، که مبتنی بر دو باور هنجاری‌اند: باورهایی راجع به دیدگاه‌های دیگران درباره رفتار (برای مثال، «خانواده و دوستانم معتقدند که من باید تمرین کنم») و انگیزه برای برآورده ساختن این دیدگاه‌ها (برای مثال، «من می خواهم آن چه را آن‌ها مشتاقند به انجام رسانم»).

بر مبنای TRA هنجار و نگرش شخصی راجع به رفتار با یکدیگر ادغام شده و قصدی را پدید می آورند، و این قصد و نیت به انجام رفتار منجر می شود. این نظریه، به عنوان نظریه رفتار طراحی شده، ارائه شده است (Ajzen, 1985) که متغیرهای دیگری را اضافه می کند، از جمله: کنترل رفتاری ادراک شده و موانع ادراک شده. مدل‌های HBM و TRA، رفتار مرتبط با سلامت را به عنوان یک فرایند منطقی مبتنی بر تأثیر متقابل و سبک و سنگین شدن باورهای سازمان یافته، مفهوم سازی کرده‌اند. متأسفانه، رفتارهای مرتبط با سلامت ممکن است در همه افراد به این شکل نباشند، چرا که بعضی از آن‌ها ممکن است به دلایلی غیر از سلامت رخ دهند. برای مثال، رژیم غذایی یا بهداشت مناسب دندان ممکن است در وهله اول، به دلایل آرایشی انجام گیرند، نه به خاطر اجتناب از پیامدهای درازمدت مربوط به سلامت، همچنین، برای کسانی که ارزش زیادی برای

سلامت قایل هستند، باورهای خاص مربوط به سلامت در پیش‌بینی رفتارهای مربوط به سلامت به مراتب محتمل‌تراند که مفید باشند (Lau, Hartman & Ware, 1986). بنابراین، مفهوم ارزش سلامت و اولویت نسبی سلامتی در مقایسه با سایر عوامل (برای مثال، ثروت، شادکامی، ظاهر و غیره)، متغیر شناختی کلی مهمی در تبیین رفتارهای مربوط به سلامت می‌باشد.

درک سبب و کنترل

انگیزش یا اشتیاق افراد برای شرکت در رفتارهای مربوط به سلامت، نه تنها به باورهای آن‌ها در مورد موضوع سلامت مورد نظر بستگی دارد، بلکه متأثر از اعتقاد آن‌ها به توانایی اجرای رفتار ذیربط نیز می‌باشد. به این موضوع، تحت عنوان انتظار یا باور مرتبط به خودکارآمدی، اشاره شده است؛ و بندورا (۱۹۸۶) آن را به عنوان تعیین‌کننده کلیدی همه رفتارها، از جمله رفتارهای مرتبط با سلامت، پیشنهاد کرده است. بندورا یک نظریه کلی در مورد تغییرات رفتاری ارائه داده است. این نظریه دو باور مهم ذی‌ربط را از هم تفکیک می‌کند: خودکارآمدی، که به این اعتقاد اشاره دارد که فرد می‌تواند در یک وظیفه خاص یا با یک رفتار خاص موفق شود (برای مثال، ترک سیگار)؛ و کارآمدی نتیجه، که به این اعتقاد اشاره دارد که رفتار به یک پیامد ارزشمند منجر می‌شود (برای مثال، این که درمان موفقیت‌آمیز خواهد بود).

اعتقادات مربوط به خودکارآمدی بر تجارب گذشته افراد و مشاهدات آن‌ها در مورد رفتارهای دیگران در موقعیت‌های مشابه، مبتنی‌اند. افراد دارای خودکارآمدی بالا، به احتمال زیاد، موفقیت‌های گذشته را به تلاش‌ها یا توانایی‌های شخصی خود نسبت می‌دهند، نه به کمک دیگران یا به عامل شانس. همچنین آن‌ها، احتمال بیشتری هست که اعتقاد عمیقی به مرکز کنترل درونی داشته باشند. این دو مفهوم (استنادها و مرکز کنترل درونی) برای تبیین رفتارهای مرتبط با سلامت و بیماری نیز به کار می‌روند.

مفهوم مرکز کنترل سلامت توسط والستون، والستون، سوث، و دابینز (Wallston et al., 1987) ارائه شده است، و سه منبع متمایز کنترل بر رفتارهای مربوط به سلامت، یعنی خود (کنترل درونی)، افراد قدرتمند دیگر (پزشکان)، و عامل شانس، را تشخیص می‌دهد. به طور کلی، افرادی که دارای باورهای عمیق مربوط به مرکز کنترل درونی هستند، احتمال بیشتری هست که به رفتارهای پیشگیرانه و سایر رفتارهای مربوط به سلامتی اقدام کنند. اما برای این که این باورهای مربوط به کنترل،

پیش بینی کننده های مفیدی باشند، معمولاً لازم است که نوع رفتار مرتبط با سلامت مشخص شود (برای مثال، کنترل بر دیابت).

نظریه استناد (بنگرید به: Turnquist, Harvey & Anderson, 1988) به تبیین های افراد از رویدادها می پردازد و نشان داده است که این تبیین ها می توانند بر حسب تعدادی جنبه های مهم توصیف شوند (معلول عوامل درونی یا بیرونی، معلول عوامل موقت یا درازمدت تر؛ معلول یک علت خاص یا یک علت کلی تر؛ و...). مشخص شده است که انواع استنادهای علی مختلفی که افراد برای تبیین بیماری ها و حوادث به کار می برند، سازگاری و بهزیستی روان شناختی بعدی آن ها را تحت تأثیر قرار می دهد (برای مثال Affleck et al, 1987).

نظریه استناد در توصیف جنبه های درازمدت تر یا مرتبط با شخصیت در تفکر علی نیز به کار رفته است، به این جنبه ها سبک های استنادی گفته می شود. این جنبه ها، فرض شان بر این است که انواع استنادهای مختلف افراد، در طی زمان و در موقعیت های مختلف، از ثبات و یکنواختی برخوردارند. این موضوع، عمدتاً، در بررسی نقش شناخت ها در افسردگی (Peterson & Se-ligman, 1984) به کار رفته است، اما آثار بعدی امکان سبک های استنادی در ادراک نشانگان را نشان می دهند (Rabbins & Kirmayer, 1991).

الگوهای بازنمایی بیماری (Lau, Bernard & Hartman, 1989; Meyer, Leventhal & Guttman, 1985) به روشی می پردازند که بیماران با آن روش از بیماری یا تهدیدات مربوط به سلامت مفهوم سازی نموده و یا آن را درک می کنند. براساس نظر لونتال و همکارانش، سه مرحله در تنظیم رفتارهای سازگاری جویانه در خلال یک بیماری، وجود دارد (Meyer et al, 1985). این مراحل شامل، بازنمایی های شناختی، طراحی های رفتاری یا مقابله، و ارزیابی است. مرحله اول این است که فرد یک الگو یا تصویر از اشکال کار بدن اش و علل و پیامدهای آن ایجاد می کند. مرحله دوم شامل تدوین طرح هایی برای مقابله با مشکل است. کارآمدی این طرح ها در خلال مرحله سوم ارزیابی می شود، که ممکن است به نوبه خود موجب تغییراتی در بازنمایی و یا در طرح های مقابله ای شود.

پنج مؤلفه در بازنمایی های مربوط به بیماری مشخص شده اند:

۱. هویت: که متشکل از یک برجسب انتزاعی (برای مثال، فزون تنش)، و علائم و نشانگان عینی است که تجربه یا تداعی می شوند. این مؤلفه در واقع تصور خود بیمار درباره ماهیت بیماری است.
۲. پیامدها: تصورات فرد درباره پیامدهای کوتاه مدت و درازمدت تر بیماری.

۳. خط زمانی: چارچوب زمانی ادراک شده فرد برای رشد و استمرار بیماری یا تهدید مربوط به سلامت. در وهله اول، نوعاً گمان می‌رود که بیماری یک خط زمانی حاد یا کوتاه‌مدت داشته باشد، و ممکن است وقت زیادی صرف شود تا مزمن بودن یک شرایط، به درستی فهمیده شود.

۴. علل: علل ادراک شده بیماری (به مطالبی که پیش‌تر، در باب نظریه استناد، گفته شد مراجعه کنید).

۵. درمان: تصورات فرد درباره احتمالات درمانی و تأثیرات محتمل درمان‌ها. اگرچه تحقیقات در این حوزه، هنوز در مراحل اولیه آن قرار دارد، اما نشان داده است که بسیاری از واکنش‌ها به بیماری (مثل، نوع مقابله، التزام به مصرف دارو) به وسیله تصور خود فرد یا ادراک وی از بیماری تعیین می‌شوند (بنگرید به: Skelton, Croyle, 1991).

نتیجه‌گیری

این نمای کلی‌گزینش شده از روان‌شناسی سلامت تلاش داشت تا طیف فرایندهای روان‌شناختی در سلامت و مراقبت‌های بهداشتی را نشان دهد. در حال حاضر، روان‌شناسی سلامت، یک رشته از روان‌شناسی است که بر پژوهش در موضوع رفتارهای مرتبط با سلامت و بیماری، تأکید دارد. به هر روی، مداخلات بسیاری برای افراد سالم، بیماران، و پرسنل مراقبت‌های بهداشتی، طراحی شده است. مثلاً، مؤلفه بسیار بااهمیتی برای روان‌شناسی سلامت وجود دارد که به پزشک مربوط می‌شود، و این امر کاملاً ممکن است به تحولات حرفه‌ای خاصی در آینده نزدیک منجر شود. در ایالات متحده آمریکا، آموزش‌های حرفه‌ای پس از تحصیل در روان‌شناسی سلامت به سرعت بسیار در حال تحول است؛ در کشورهای دیگر (مثل، کانادا، هلند، بریتانیا) برنامه‌های پس از تحصیل از اوایل دهه ۱۹۹۰ سر برآورده است (بنگرید به: Jansen & Weinman).

روان‌شناسی سلامت به سرعت بسیار تثبیت شده است، اما هنوز راه زیادی در پیش دارد. تحقیقات آینده باید نسبت به روش‌های تأثیر فرایندهای روان‌شناختی در سازوکارهای زیست‌شناختی سلامت و بیماری، بینش‌های بیشتری به دست دهد. همچنین، فهم بسیار روشن‌تر و الگوهای نظری بهتری برای جنبه‌های مختلف رفتارهای مربوط به سلامت و بیماری، لازم است. همه این‌ها، به طور اجتناب‌ناپذیری، منجر به استفاده وسیع‌تر از مداخلات روان‌شناختی برای پیشگیری و درمان مشکلات مربوط به سلامت و ارائه مؤثر مراقبت‌های بهداشتی، می‌شود.

پی نوشت:

* مشخصات کتاب شناختی مقاله به شرح زیر است:

Weinman, John, "Health Psychology", In Craighead, W. E. and C. B. Nemeroff, *Corsini Encyclopedia of Psychology and Behavioral Science*, 3rd. ed., 2001, pp. 1046-1601.

کتاب نامه:

- Afleck, G., Tennen, H., Croog, S., & Levine, S. (1987). Causal attribution, perceived control and recovery from a heart attack. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 5, 356-364.
- Ajzen, I. (1985). *From intentions to actions: A theory of planned behavior*, Englewood Cliffs, NJ; Prentice-Hall.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ; Prentice-Hall.
- Bandura, AS. (1986). *Social foundations of thought and action: Social cognitive theory*, Englewood Cliffs, Nj; Prentice-Hall.
- Blaxter, M. (1990). *Health and Lifestyle*, London: Tavistock.
- Breslow, L., & Enstrom, J. (1980). Persistence of health habits and their relationship to mortality, *Preventive Medicine*, 9, 469-483.
- Burish, T. C., & Bradley, L. A. (eds.) (1983). *Coping with chronic disease: Research and applications*. New York, Academic Press.
- Cohen, . (1987). Measurement of coping. In S. V. Kasl & C. L. Cooper (Eds) *Stress and health: Issues in research methodology* (pp. 283-305). Chichester: Wiley.
- Croog, S., & Richards, N. P. (1977). Health beliefs and smoking patterns in heart patients and their wives: A longitudinal study. *American Journal of Public Health*, 67, 921-993.
- Dishman, R. K. (1982). Compliance/ adherence in health-related exercise. *Health Psychology*, 1, 237-267.
- Eiser, C. (1988). Do children benefit from psychological preparation for hospitalisation? *Psychology and Health*, 2, 107-132.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Fallowfield, L. (1990). *The quality of life: The missing measurement in health care*. London: Souvenir.
- Fillip, S. H., Kauer, T., Freudenberg, E., & Ferring, D. (1990). The regulation of subjective well-being in cancer patients: An analysis of coping effectiveness. *Psychology and Health*, 4, 305-318.

- Fox, B. H. (1988). Psychogenic factors in cancer, especially its incidence. In S. Maes, C. D. Spielberger, P. B. Defares, & I. G. Sarason (Eds) *Topics in health psychology* (pp. 37-55). Chichester: Wiley.
- Friedman, H. S., & Booth-Kewley, S. (1987). The disease-prone personality: A meta-analytic view of the construct. *American Psychologist*, 42 (6), 539-555.
- Friedman, M., & Rosenman, R. H. (1974). *Type A behaviour and your heart*. New York: Knopf.
- Haskell, W. L. (1984). Overview: Health benefits of exercise. In J. D. Matarazzo, S. M. Weiss, J. A. Herd, N. E. Miller, & S. M. Weiss (Eds) *Behavioral Health* (pp. 409-423). New York: Wiley.
- Herbert, M. (1990). Healthcare workers in adverse environments. In P. Bennett, J. Weinman, & P. Spurgeon (Eds) *Current developments in health psychology* (pp. 277-304). London: Harwood Academic.
- Jansen, M., & Weinman, J. (Eds) (1991). *The international development of health psychology*. London: Harwood Academic.
- Janz, N. K., & Becker, M. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11, 1-47.
- Kaplan, R. M. (1990). Behavior as the central outcome in health care. *American Psychologist*, 45(11), 1211-1220.
- Kiecott-Glaser, J. K., & Glazer, R. (1987). Psychological moderators of immune function. *Annals of Behavioural Medicine*, 9 (2), 16-20.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful events and health: An enquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Lau, R. R., Bernard, T. M., & Hartman, K. A. (1989). Further explorations of common sense representations of common illnesses. *Health Psychology*, 8, 195-219.
- Lau, R. R., Hartman, K. A. & Ware, J. E. (1986). Health as value: Methodological and theoretical considerations. *Health Psychology*, 5, 25-43.
- Lau, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.