

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

کتاب روانشناسی سلامت

مؤلف دکترا احمد علی پور

## مقدمه و پیشگفتار

از هنگامی که روانشناسی علمی باتاسیس اولین آزمایشگاه توسط ویلهم وونت آلمانی در لایپزلیک متولد شد. این رشته برای اثبات هویت علمی مستقل خویش تلاش کرده تا از فلسفه و پزشکی هرچه بیشتر فاصله گیرد. هرچند این تلاش در آن زمان مفید بوده و به استقبال این علم کمک شایانی کرده است اما امروز با گسترش حیطه های بین رشته ای تلاش های این علم مجددا در جهت نزدیک تر شدن به فلسفه و پزشکی آغاز شده است. تسلط روان شناسی شناختی بر کل روانشناسی و باز تعریف مفهوم ذهن و شناخت و مطالعه علمی آن به معنای کم شدن فاصله روان شناسی و فلسفه است. گسترش شاخه هایی چون روان شناسی فیزیولوژیک و نوروسایکولوژی طب رفتاری و پزشکی روان تنی نیز به معنای کم شدن فاصله روان شناسی و پزشکی است. اوج پیوند روان شناسی و پزشکی در تولد شاخه توطهور روانشناسی سلامت به منصفه ظهور رسیده است. روانشناسی به مطالعه رفتار و فرایندهای ذهنی می پردازد و پزشکی علم تشخیص و درمان بیماری هاست. در روان شناسی سلامت به مطالعه عوامل رفتاری و ذهنی که در ایجاد گسترش و درمان بیماری های جسمی موثر اند پرداخته میشود این علم روبه رشد امروزه از مهمترین شاخه های روانشناسی در جهان محسوب میشود. به منظور رفع این نگرانی ها نگارنده خودنگارش کتاب روان شناسی سلامت را عهده دار شده است این کتاب به گونه ای تدوین شده است که هم به مفاهیم این رشته را دربرگیرد و به جنبه های 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 روان شناسی سلامت تجربه علی فتحی آشتیانی و هادی عظیمی آشتیانی کتاب روان شناسی سلامت اینمانتو از انتشارات سمت و کتاب روانشناسی سلامت اوگدن 2007 از منابع اصلی این کتاب هستند. فصول دهگانه کتاب نیز بر اساس ابعاد نظری و کاربردی این رشته سامان دهی شده است. در این کتاب که اولین کتاب تالیفی روانشناسی سلامت به فارسی است. مطالب در 10 فصل تنظیم شده است.

فصل اول: به مفاهیم بنیادی این رشته میپردازد

فصل دوم: اشاره ای مختصر به نظریه های رایج در روان شناسی سلامت دارد

فصل سوم: به کلیدی ترین مبحث روانشناسی سلامت یعنی استرس و بیماری اختصاص یافته است

فصل چهارم: به مبحث شخصیت و سلامتی اختصاص یافته است

فصل پنجم: در رابطه حمایت اجتماعی و سلامت است

فصل ششم: احساس کنترل و سلامتی مورد بررسی قرار گرفته است

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

فصل هشتم: فرایند بیمار شدن مورد توجه قرار گرفته است

فصول نهم و دهم: به تربیت به سازگاری با بیمارهای مزمن و مداخله های روان شناختی در بیمارهای مزمن اختصاص یافته اند. نگارش این کتاب نتیجه تلاش های جمعی بزرگوارانی است که از همه آن ها و تشکر و قدردانی میشود. من بیش از همه مدیون دانشجویان کارشناسی ارشد و دکترای دانشگاه پیام نور هستم که در جلسات درس روان شناسی سلامت پیرامون این کتاب که به زودی PH.D خود را در رشته روان شناسی سلامت اخذ خواهند کرد. تلاش های ارزشمندی برای مشارکت در مباحث کتاب انجام داده اند. سرکار خانم زینب عشقی و خدیجه علیزاده رنجکش زحمات تایپ و صفحه آرایی مطالب را به عهده داشته است. سرکار خانم فاطمه جمشیدی بایبگیری های مجددانه در آماده سازی این کتاب تاثیر زیادی داشته است. دوست ارجمندم حسین زارع و پراستاری این کتاب را بخوبی و بادقت موشکافانه انجام داده است. همکارن زحمت کش مدیریت تدوین به ویژه اوسطی و اکبری و مدیریت انتشارات دانشگاه زحمات زیادی را متحمل شده اند. جناب آقای حمزه ای مدیر محترم انتشارات نیز همکاری ارزشمندی در چاپ این کتاب داشته اند. از خانواده ام نیز که با کاهش انتظارات منطقی خویش به آماده سازی سریع تر این کتاب کمک کردند و به من اجازه دادند که اوقات متعلق به آنها را صرف اما ه سازی این کتاب کنم قدر دانی میکنم.

از همه عزیزانی که به هر نحو در آماده سازی و چاپ این کتاب تاثیر گذار بوده اند صمیمانه تشکر میکنم اینجانب به نذارات سازنده و مشکافانه همه همکاران علمی و دانشجویانی که به اصلاح مطالب کتاب در چاپ های بعدی کمک میکنند چشم امید دارم و پیشاپیش از همه انها تشکر و سپاس گذاری میکنم.

## \*فصل اول\*

### مقدمه‌ای بر روانشناسی سلامت

#### هدف‌های یادگیری

خواننده عزیز، به درس روانشناسی سلامت خوش آمدید. برای ورود تخصصی تر به مباحث عمده و اساسی روانشناسی سلامت باید از دروازه‌های این رشته علمی عبور کنید.

اینکه سلامت چیست؟ چه جنبه‌هایی دارد؟ مدل های توجیح کننده 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\_ بیماری

سلامت و بیماری در گذشته و حال

الگوهای تایین کننده بیماری و سلامت

مدل زیستی، روانی و اجتماعی

تعریف روانشناسی سلامت

اهداف روانشناسی سلامت

حیطه‌های مرتبط با روانشناسی سلامت

**\*سلامت چیست؟\***

سلامت، مهم‌ترین مسئله 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 WHO ارائه شده است، بنابراین تعریف WHO سلامت یعنی حالت خوب بودن کامل از لحاظ جسمی روانی و اجتماعی و این تنها به معنای فقدان بیماری و ناتوانی نیست. این تعریف مزایا و معایبی دارد. یکی از محاسن این تعریف تاکید 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 دارد از جمله معایب این تعریف آرمانی بودن آن است. یعنی سلامت ب مفهوم آرمانی تعریف شده به گونه ای که کمتر کسی میتواند در این حالت خوب بودن کامل قرار گیرد مثلاً فردی که در حالت کمال روانی، جسمی و اجتماعی نیست، نمیتواند سالم باشد

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 تاکید شده است اما در قسمت دوم 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 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 به صورت درجاتی تصور کرد. جامعه شناس پزشکی "آنتونوفسکی" معتقد است که سلامت و بیماری در دو نقطه 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. طبق نظر این دانشمند که مورد قبول جامعه علمی است، سلامت و بیماری به صورت پیوستاری است که در یک سوی آن مرگ و در سوی دیگر آن سلامت کامل قرار دارد.

پیوستار سلامت\_بیماری نشان دهنده وضعیت درجات مختلف سلامت است در مرکز این طیف وضعیت سلامتی خنثی است و هر چه به طرف چپ حرکت کنیم سلامتی کاهش میابد. فردی که در ثبت چپ قرار میگیرد مثلا فشار خون بالایی دارد و یا چربی خون او بالاست، نیازمند درمان طبی است. چنین درمانی وضعیت سلامت فرد را به سمت نقطه میانی سوق میدهد. اما شیوه زندگی سالم نیز میتواند وضعیت سلامتی فرد را به سمت سلامت کامل سمت راست سوق دهد بنابراین سلامت و بیماری کیفیت‌های متمایز و بدون ارتباط با یکدیگر نیستند بلکه حالاتی نسبی به هم هستند، و در هر لحظه هر یک از ما در یک نقطه از طیف سلامت\_بیماری قرار میگیریم. عوامل مختلف جسمی، روانی و اجتماعی میتواند وضعیت سلامتی فرد را در طیف تغییر دهد.

### \*سلامت و بیماری در گذشته و حال\*

مروری بر دلایل مرگ و میر انسان‌ها در قرون و اعصار گذشته نشان میدهد که مرگ و میر انسانها معمولا به دو دلیل رخ میداده است: مشکلات تغذیه‌ای و بیماری‌های عفونی. بیماری‌های تغذیه‌ای در نتیجه تغذیه ناکافی و نامناسب ایجاد میشوند مثلا کمبود ویتامین B باعث ایجاد بیماری بری‌بری میشود که این بیماری با علایمی چون کم خونی و فلج مشخص میشود. بیماری‌های عفونی نیز به دلیل ورود باکتری‌ها و ویروس‌ها به بدن و عفونی شدن ایجاد میشوند. آبله، دیفتری، تب‌زرد، مَخلک و آنفلوآنزا 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 مرگ و میر تغییر

کرده است. تحقیقات نشان داده که در سال ۱۹۹۵ دو سوم مرگ و میرها 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 مرگ و میر است. بنابراین این میتوان گفت که الگوی مرگ و میر به علت بیماری‌های عفونی، به الگوی مرگ و میر مزمن 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).

دلایل دیگر این است که با پیشرفت پزشکی مردم بیشتر از قبل به سن سالمندی میرسند و بیماری‌های مزمن، تهدید کننده 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 تبیین کننده بیماری‌ها

بشر همواره با این سوال اساسی رو به رو بوده است: چرا انسان بیمار میشود؟ طبیعی است که برای پاسخگویی به این سوال 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 رابطه اندکی دارند. نظریه ثنویت یا دوگانه نگری 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 تاکید شد و نظریه اخلاط چهارگانه به کلی مردود اعلام شد.

## مدل زیستی\_طبی

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\_پزشکی یا زیستی\_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 فرایندهای زیستی ناشی از صدمه و عدم تعادل زیستی\_شیمیایی، عفونت‌های باکتریایی و ویروسی است (لونتال و همکاران، ۱۹۸۵، به نقل از اوگدان، ۲۰۰۷). بنابراین طبق مدل زیستی\_طبی بیماری به بدن و مکانیسم‌های فیزیولوژیکی و جسمی مربوط است و ارتباطی به مسائل روانی\_اجتماعی ندارد. رویکرد زیستی\_پزشکی در قرن ۱۹ و ۲۰ بر پزشکی مسلط بوده و هنوز هم از دیدگاه‌های کاملاً رایج در پزشکی امروزی است (انگل، ۱۹۷۷).

**الگوی زیستی\_طبی** همواره از طرف دانشمندان به ویژه روان‌شناسان مورد انتقاد قرار گرفته است. کرتیس (۲۰۰۰) سه انتقاد را مطرح کرده است. اول آنکه این الگو علت بیماری را به عوامل زیستی از جمله میکروب، ژن و موادشیمیایی 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 تاثیر می‌گذارند مثلاً بیماری قلبی ممکن است حاصل تعامل عوامل ژنتیکی، رژیم غذایی، سبک زندگی یا عوامل رفتاری باشد. سوم اینکه الگوی زیستی\_طبی تاکید فوق‌العاده‌ای بر بدن در مقابل ذهن دارد و این با شواهد پژوهشی و تجارب روزمره‌ی ما که نشان میدهد ذهن بر بیماری(بدن) تاثیر می‌گذارد، منافات دارد.

یکی از کسانی که سهم عمده‌ای در نقد رویکرد زیستی\_طبی و ارائه الگوی جدید دارد، جورج انگل روان‌پزشک امریکایی است. وی در مقاله‌ای که در سال ۱۹۷۷ در مجله معتبر <<ساینس>> منتشر کرده، آن الگو را به کلی با چالش جدی مواجه کرده

است. برل\_ 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.
۳. متغیرهای روانی\_اجتماعی تعیین‌کننده‌های بسیار مهم آسیب‌پذیری، شرت 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 تاثیر عوامل روانی اجتماعی از جمله اثر پلاسبو (دارونما) است.
۶. روابط بیمار\_پزشو بر نتایج درمانی تاثیر می‌گذرد.
۷. بر خلاف موارد غیر زنده، بیماران حتی از روشی که برای مطالعه آنها مورد استفاده قرار می‌گیرد، تاثیر می‌پذیرند و حتی دانشمندی که آنها را مطالعه می‌کنند نیز از موضوعات مورد مطالعه (بیماران) تاثیر می‌پذیرند.

#### \*الگوی زیستی\_روانی و اجتماعی\*

با شدت گرفتن انتقادات نسبت به الگوی زیستی\_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\_روانی و اجتماعی را معرفی کرده است. طبق این الگو همانطور که بن یارد (۱۹۹۶) اظهار داشته است، ما درون یک محیط بوم شناختی زندگی میکنیم که نوع زندگی و گونه‌های دیگر بر ما تاثیر می‌گذارند و از طرف دیگر ما از ذرات اصلی جهان یعنی ملکول و اتم تشکیل شده ایم. در نتیجه از تعامل عوامل مختلف تاثیر می‌پذیریم و بیماری نیز چنین وضعیتی دارد. طبق الگوی زیستی\_روانی\_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. در نتیجه عامل ایجاد یک بیماری تک علتی نیست بلکه بیماری، محصول عوامل متعدد است و درمان نیز باید چند وجهی باشد. این الگو از نظریه‌ی سیستم‌ها نیز تاثیر پذیرفته یعنی معتقد است در ایجاد بیماری سیستم‌های بدنی، روان‌شناختی و اجتماعی دخیل هستند.

بر اساس نظریه سیستم‌ها تغییر در هر سیستم (نظام) تغییرات دیگری در سایر نظام‌ها بر وضعیت روانی فرد و روابط اجتماعی او تاثیر بگذارد. برعکس نیز یک واقعه عمده مثل از دست دادن یک عزیز بر روان ما، بدن ما و نهایتاً بروز بیماری تاثیر می‌گذارد.

در ساده‌ترین شکل، الگوی زیستی-روانی-اجتماعی همانطور که از نامش پیداست، شامل سه مولفه است. مولفه 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 بر حسب هنجارهای اجتماعی رفتار (مثلاً هنجار اجتماعی سیگار کشیدن یا نکشیدن)، فشارها برای تغییر رفتار (فشارهای گروه همسالان، والدین و رسانه‌ها)، ارزش‌های اجتماعی موثر بر سلامتی (سلامتی خوب است یا بد) و طبقه اجتماعی و قومیت تعریف می‌شود.

جین اوگدن (۲۰۰۷) شکلی را برای نشان دادن الگوی زیستی-روانی-اجتماعی معرفی کرده است.

مقایسه مدل و الگوی زیستی، طبی با الگوی زیستی، روانی، اجتماعی نشان می‌دهد که مدل دوم هم کامل‌تر و 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 بیماری‌ها پاسخ می‌دهد.

غیر قابل انکاری گذاشته است زیرا قادر است همه عوامل مؤثر در ایجاد بیماری‌ها را توصیف و تبیین کند. حتی برخی از دانشمندان نقش دین و مذهب را در

چهارچوب عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامتی توضیح می‌دهند و برخی نیز بعد چهارمی به نام بعد معنوی را بر ۳ مؤلفه زیستی، روانی، اجتماعی اضافه می‌کنند. در هر صورت نقش دین و مذهب بر سلامتی غیرقابل‌انکار است. با گسترش الگوی زیستی، روانی و اجتماعی زمینه مساعدی برای ایجاد و گسترش روان‌شناسی سلامت فراهم شده است.

تعریف روان‌شناسی سلامت حال که با تعریف سلامت پیوستار سلامت، بیماری و الگوها ارائه سلامتی آشنا شده‌اید بهتر می‌توان روان‌شناسی سلامت را تعریف کرد. شما با تعریف رایج روان‌شناسی به مطالعه علمی و رفتاری 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 از روان‌شناسی است از یافته‌های روان‌شناسی برای پیشگیری تشخیص درمان و توان‌بخشی بیماری‌های جسمی بهره می‌برد. این شاخه در سال ۱ هزار ۹۷۸ توسط انجمن روان‌شناسی آمریکا به‌عنوان شاخه جدیدی معرفی شد. توسط مطالعات ماتاتزرو رییس این بخش این‌گونه تعریف شده است:

کاربردهای خاص آموزشی علمی و حرفه‌ای یافته‌های رشته روان‌شناسی در ارتقا و حفظ سلامتی پیشگیری و درمان بیماری و تعیین هم‌بسته‌های سبب‌شناسی و تشخیص سلامت و بیماری‌ها و اختلالات همراه با آن و تحلیل و بهبود نظام مراقبت بهداشتی و سیاست‌های بهداشتی. در این شاخه علمی اعتقاد بر این است که ذهن و عوامل روانی هم در سبب‌شناسی بیماری و هم در درمان آن نقش غیرقابل‌انکاری دارند. این مسئله در تعریف فوق نیز مشهود است. اما یکی از اشکالات تعریف فوق کلی بودن آن است این تعریف خود نیازمند تعریف مؤلف از. به این دلیل متخصصان دیگر سعی کردند این تعریف را توضیح دهند. بایر معتقد است که ۴ رویکرد مختلف 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 به صورت انتقادی بررسی می‌کند. در تعریف رایج مطالعات ماتاتزرو ۴ مشخصه و هدف‌ها برای روان‌شناسی سلامت مطرح شده است

الف) ارتقا 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 کالباس و موارد دیگر را بررسی می‌کند و راه‌حلهایی برای ارتقا و حفظ سلامتی ارائه می‌کنند.

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

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

ه) بهبود نظام مراقبت و سیاست بهداشتی روان‌شناسان سلامتی با دیدی روان‌شناختی چگونگی ارائه خدمات.

این ۴ هدف در تعریف ماتارازو از روان‌شناسی سلامت آمدند به همه آن‌ها بر این نکته تاکید می‌کنند که عوامل روان‌شناختی و پیشگیری سبب‌شناسی و درمان توان‌بخشی بیماری‌های جسمی نقش زایدالوصفی دارند. بنابراین از دیدگاه روان‌شناسی سلامت نه‌تنها بیماری ممکن است مشکلات روان‌شناختی به دنبال داشته باشد مثلاً بیماری قلبی افسردگی ایجاد کند بلکه عوامل روان‌شناختی از جمله استرس در ایجاد بیماری‌ها مثل کرونر قلبی نقش علی دارند. عوامل روان‌شناختی از طریق ۲ مسیر بر سلامت فرد تأثیر می‌گذارند (مسیر مستقیم و مسیر غیرمستقیم)

مسیر مستقیم بدین معنی 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 درنهایت آسیب قلب می‌شود. مسیر غیرمستقیم نیز بدین معناست که عوامل روان‌شناختی از جمله اضطراب و استرس فرد را به سمت رفتارهای ناسالمی سوق می‌دهند که آن‌ها رفتارهایی (مثل سیگار کشیدن مصرف الکل غذاهای ناسالم ورزش نکردن عدم تمرکز

رانندگی پرخطر و با شتاب) سلامتی فرد را تهدید می‌کنند و باعث ایجاد بیماری‌هایی می‌شوند. اوگدن این مسیرها را شرح داده است.

( الف ) ارزیابی نقش رفتار در سبب‌شناسی بیماری مثلاً بعضی از سرطان‌ها به الگوهای رفتاری خاصی مثل سیگار کشیدن مرتبط هستند.

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

( ج ) ارزشیابی تامل بین روان‌شناسی و فیزیولوژی برای مثال استرس که با توجه به نقش ارزیابی و مقابله در آن مساله‌ای روان‌شناختی است به تغییرات فیزیولوژیکی منتهی می‌شود.

( د ) درک نقش روان‌شناسی در تجربه‌های بیماری مثلاً درد ۱ بیمار تحت تاثیر عوامل روان‌شناختی از جمله شخصیت اوست.

( ه ) ارزیابی نقش روان‌شناسی در درمان بیماری برای مثال بسیاری مواردی که بیماری 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 بیماری‌ها با تغییر باور و رفتارهای فرد مداخلات رفتاری و آموزشی مهارت‌های ارتباطی و مداخلات روان‌شناختی به کارکنان حوزه سلامت برای استفاده در پیشگیری از بروز بیماری‌ها.

تأمل در موارد یادشده 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 متشابه‌کننده‌ای دارد.

## حیطه‌های مرتبط با روان‌شناسی سلامت :

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

روان‌تنی بوده است. در اثر تحلیل روابط بین ذهن و بیماری جسمی توسط فروید و توصیف فلج هیستریک 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 شیوه ناهشیار در ایجاد بیماری نیز سهیمند این رشته مورد توجه روان‌پزشکان قرار گرفته‌است.

## سلامت رفتاری :

این شاخه نیز شدیداً تحت تاثیر روان‌شناسی رفتاری نگر است براساس این رویکرد با استفاده از آموزش تغییر رفتار و سبک زندگی برای حفظ سلامت فرد و پیشگیری از بیماری تلاش می‌شود شاخه پزشکی رفتاری شاخه‌ای بین رشته‌ای است.

## پزشکی رفتاری :

طبق نظر شوارتز ویس 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 :

در این شاخه روابط پزشکی، بیمار و نقش این روابط بر فرآیند تشخیص و درمان بیماری مورد بررسی قرار می‌گیرد.

اصطلاح دیگری که در برخی موارد مورد استفاده قرار می‌گیرد طب به روان‌شناختی است که کلاً به معنای کاربرد یافته‌های روان‌شناختی در طبابت است همه شاخه‌های یادشده به نحوی الگوی زیستی، طبی را با چالش مواجه

کرده‌اند و هدف همه آن‌ها روان‌شناسی سلامت تعیین نقش عوامل روان‌شناختی در ایجاد گسترش پیشگیری درمان و توان‌بخشی بیماری‌های جسمی است. تفاوت آنان در میان رشته‌ای بودن آن‌هاست. در سایر شاخه‌های مرتبط متخصصان رشته‌های مختلف می‌توانند فعالیت کنند. اما در حوزه روان‌شناسی سلامت تنها متخصصان روان‌شناسی می‌توانند فعالیت کنند.

روان‌شناسی سلامت نه‌تنها از شاخه‌های مختلف روان‌شناسی از جمله روان‌شناسی اجتماعی روان‌شناسی رشد روان‌شناسی شخصیت روان‌شناسی فیزیولوژیک و نور و سایه و کولاژی روان‌شناسی بالینی و روان‌شناسی یادگیری بهره می‌گیرد بلکه با شاخه‌های مختلف پزشکی از جمله روان‌پزشکی، پزشکی اطفال، پرستاری تغذیه بهداشت داروسازی همه‌گیر شناسی و حتی رشته‌هایی چون زیست‌شناسی و مددکاری اجتماعی نیز ارتباط دارد.

### روش‌های تحقیق در روان‌شناسی سلامت :

از آنجاکه روان‌شناسی سلامت شاخه‌ای از روان‌شناسی است بدیهی است که از تمام روش‌های پژوهشی روان‌شناسی بهره می‌گیرد این روش‌ها عبارت‌اند از روش‌های آزمایشی نیمه آزمایشی و شبه‌آزمایشی همچنین برخی روش‌های دیگر روان‌شناسان سلامت قرار می‌گیرند.

از طرفی دیگر همان‌طور که متوجه شدید روان‌شناسی سلامت یا حوزه وسیع بهداشت و پزشکی مربوط است لذا طبیعی است که برخی روش‌ها خاص پزشکی نیز در پژوهش‌ها استفاده می‌کند برخی از این روش‌ها عبارت‌اند از :

روش دارونما این روش در واقع همان روش آزمایشی است که شما در درس روش تحقیق با آن آشنا شدید با این تفاوت که ۱ گروه به گروه مطالعه اضافه می‌شود و این گروه دارویی دقیقاً همانند رویه اصلی دریافت می‌کند اما این دارو که از لحاظ شکل اندازه و ظاهر شبیه داروی اصلی است هیچ خاصیت و تأثیر بر مصرف‌کننده ندارد با این حال هرگونه تأثیری که این دارو خنثی داشته باشد اثرات دارونما نام دارد.

### روش‌های گذشته نگر و آینده نگر :

در روش‌های گذشته‌نگر گذشته و سابقه افراد مورد بررسی قرار می‌گیرد تا معلوم شود آیا ویژگی روان‌شناختی خاصی در افراد مورد مطالعه وجود دارد که با بیمار شدن آن‌ها ارتباطی داشته باشد. برای مثال من می‌توانم افرادی را به ۲ گروه بیماری کرونر قلبی و افراد سالم تقسیم کنم. بعد ویژگی‌های روان‌شناختی آن‌ها را مقایسه کنم اگر متوجه شویم که گروه بیماری قلبی دارای احساس خصومت بالاتر هستند با احتیاط می‌توان حدس بزنیم که احتمالاً این ویژگی در ابتلا به بیماری قلبی مؤثر است. روشی دیگری که در این خصوص مورد استفاده قرار می‌گیرد روش آینده‌نگر است همان‌طور که از نام این روش پیداست محققان روابط بین ۲ متغیر در گروه نمونه را در آینده بررسی می‌کند مثلاً می‌توانند ۱ هزار فرد سالم را انتخاب کرد و در مدتی طولانی ارتباط بین وقایع استرس‌زا و حملات قلبی آن‌ها را بررسی کرد. همان‌طور که حدس زده‌ای چنین روشی را می‌توان در گروه روش‌های آزمایشی شبه‌آزمایشی طبقه‌بندی کرد.

### پژوهش‌های ژنتیکی :

در این‌گونه پژوهش‌ها برای بررسی و تعیین نقش عوامل ارثی در سلامت و بیماری از دوقلوهای همسان خواهر و برادران و فرزندان خوانده‌ها استفاده می‌شود. چون از لحاظ شباهت ژنتیکی شباهت دوقلوهای همسان بیشتر و شباهت فرزند خوانده‌ها کمتر است. برخی شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که در سال‌های اولیه زندگی نقش عوامل ارثی برجسته‌تر است و در سال‌های بعد نقشه محیط عادات و سبک‌های زندگی در سلامت فرد بیشتر اهمیت پیدا می‌کند. متخصص روان‌شناسی سلامت باید برحسب موضوع و فرضی خود بهترین روش پژوهشی را انتخاب کند. پس نمی‌توان تنها ۱ روش خاص را به‌عنوان بهترین روش مشخص کرد

## فصل دوم

### نظریه رفتار سلامتی

جالب ترین تقسیم بندی های رفتار دسته بندی کامل و کوب ۱۹۶۶ است آن ها سه نوع رفتار را از هم متمایز کرده اند

الف- رفتار سلامتی یعنی هر نوع رفتاری که به منظور پیشگیری از بیماری انجام می شود مثل رژیم غذایی سالم

ب- رفتار بیماری یعنی هر نوع رفتاری که به منظور جستجوی علاج بیماری انجام می شود مانند مراجعه به پزشک

ج- رفتار نقش بیماری یعنی هر فعالیتی که پس از تشخیص بیماری به منظور خوب شدن و معالجه انجام می شود مثل مصرف دارو و استراحت کردن

فردی که پس از مراجعه به پزشک متوجه بیماری آنفلانزا شده است و بر اساس دستور پزشک لباس گرم می پوشد چه رفتاری را انجام می دهد؟

از طرف دیگر ماتا راتزو ۱۹۸۴ که از بنیانگذاران روانشناسی سلامت محسوب می شود با تاسی از رویکرد روان عصب ایمنی شناسی طبقه بندی جدیدی از رفتارها ارائه کرده است او رفتارها را در دو دسته عمده قرار می دهد عادات آسیب زا برای سلامتی که به آنها پاتوژنها رفتاری می گوید مثلاً مصرف سیگار توتون تنباکو و مواد مخدر یا چربی مضر از جمله پاتوژن های رفتاری هستند نوع دوم رفتارهای حافظ سلامتی هستند که به آنها ایمونوژن های رفتاری می گوید برای مثال چک کردن مرتب وضعیت سلامتی مسواک زدن دندانها یا بستن کمربند ایمنی جزو ایمونوژن های رفتاری محسوب می شود

به هر حال رفتارها چه افزایش سلامتی و چه کاهش سلامتی بر ایجاد بیماری اثرات غیر قابل انکاری دارند برای تبیین این اثرات محققان دو مسیر را مطرح کرده اند.

مسیر زیست شناختی برای مثال استرس مستقیماً می تواند به افزایش فشارخون منجر شود مسیر رفتاری یعنی رفتارهای فرد می توانند او را به سمت چک کردن

وضعیت سلامتی نزد پزشک رفتن و مصرف دارو هدایت کنند که آنها نیز به صورت مستقیم با سلامتی ارتباط دارند

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

یکی از اهداف روانشناسان سلامتی پیش بینی چگونگی ابتلا به بیماری و یا حفظ سلامتی است برای رسیدن به این هدف مهم نظریه هایی در روانشناسی سلامت و بهداشت مطرح شده است که در این فصل به آنها پرداخته می شود.

### نظریه های رفتار سالم

نظریه های رفتار سالم را می توان به دو طبقه عمده دسته بندی کرد مدل های پیوستاری و مدل های مرحله ای در مدل های پیوستاری همه رفتارهای مربوط به سلامتی فرد به عنوان نتیجه گیری ترکیب متغیرهای چندگانه چون آسیب پذیری و نگرش ها در نظر گرفته می شوند اما در مدل های مرحله ابتلا به بیماری یا بهبودی به صورت مراحل مجزای متوالی شکل می گیرد در این بخش ابتدا چند نظریه از مدل های پیوستاری مطرح می شود

### ۱- مدل های پیوستاری

#### مدل باور سلامتی

مدل باور سلامتی از قدیمی ترین مدل هایی است که در دهه 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 بر اساس این مدل احتمال اینکه افراد پیشگیری را به خوبی انجام دهند تابعی از متغیرهای مختلف است که آنها ابتدا ۴ متغیر را مطرح کرده اند آسیب پذیری شدت یا بخوابد منافع و هزینه ها که در اینجا ۴ متغیر مذکور توضیح داده می شوند:

۱- **آسیب پذیری نسبت به بیماری** به اعتقاد طراحان این نظریه مردم باید باور کنند که در برابر یک بیماری مشخصاً آسیب پذیر هستند در واقع باور خطرات کلی باعث رفتارهای پیشگیرانه می شود مثلاً کسی که باور دارد شانس ابتلای من به سرطان ریه بالاست سیگار نمی کشد یا کسی که خود را در برابر بیماری سرطان

پوست آسیب پذیر 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 و ناتوانی و 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 می‌شوند 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.

بعد از محققان دیگر متغیری به نام سرنخ‌های عمل 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 تنگی نفس در تلویزیون درباره خطرات سیگار بیرونی است بیکر و روزن استاک ۱۹۸۷.

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

مدل باور سلامتی در پیش بینی مراقبت‌های دندان‌آزمایش‌های منظم پیشگیری از سرطان سینه کاهش رفتارهای پرخطر اپیز و رژیم غذایی نسبتاً موفق بوده است اما نسبت به این مدل انتقادهایی هم صورت گرفته است از جمله اینکه خود کار آمدی را نادیده گرفته است و پا در پیش بینی رفتارهای ساده موفق است رفتارهای

پیچیده در پاسخ به این انتقادهای اخیراً متخصصان دو متغیر دیگر به این مدل افزوده‌اند انگیزش سلامتی و کنترل ادراک شده

**۶- انگیزش سلامتی** به معنای آمادگی برای انجام رفتار سلامتی است برای مثال فردی که می‌گوید من می‌دانم که سیگار کشیدن به سلامتی ام 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 ادراک‌شده 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 آسیب پذیرم.

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 بیافزاییم 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

### نظریه حفظ انگیزش

راجرز نظریه حفظ انگیزش 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 بر اساس این نظریه رفتارهای سلامتی محصول پنج مولفه هستند که از طریق آنها پیش‌بینی پذیر می‌شوند.

الف- وخامت مثلاً سرطان روده بیماری وخیمی است

- ب- آسیب‌پذیری شانس من برای ابتلا به سرطان روده بالاست.
- ج- موثر بودن پاسخ تغییر رژیم غذایی می‌تواند وضعیت سلامتی را بهبود بخشد.
- د- خودکارآمدی مطمئنم می‌توانم رژیم غذایی را تغییر دهم.
- ه- ترس داشتن اطلاعات درباره رابطه میان سیگار کشیدن و سرطان ریه ایجاد دلهره در من می‌شود.

در نظریه حفظ انگیزش همانطور که ملاحظه می‌کنید متغیرهای جدیدتری اضافه شده‌اند در این نظریه وخامت آسیب‌پذیری و ترس با هم باعث ارزیابی تهدید می‌شوند و دو متغیر موثر بودن پاسخ و خودکارآمدی باعث ارزیابی مقابله‌ای یا سازگاران می‌شوند در ارزیابی تهدید فرد یک تهدید بیرونی را ارزیابی می‌کند و در ارزیابی مقابل‌های فرد خودش را ارزیابی می‌کند همچنین بر اساس این مدل دو نوع منبع اطلاعاتی وجود دارد محیطی مثل یادگیری مشاهده و درون فردی مثل تجربه قبلی این منابع اطلاعاتی بر پنج مولفه تاثیر می‌گذارند و یک پاسخ مقابله سازگاران را تسهیل می‌کنند که به آن نیت رفتاری می‌گویند در غیر این صورت پاسخ مقابله‌ای ناسازگاران موسوم به اجتناب یا انکار شکل می‌گیرد.

اگر بخواهیم کاربرد نظریه حفظ انگیزش را تغییر رژیم غذایی در نظر بگیریم پیش‌بینی زیر امکان‌پذیر است: اطلاعات درباره 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 ایش می‌یابد آسیب‌پذیری ادراک شده. اگر فرد اطمینان یابد که میتواند رژیم غذایی‌اش را تغییر دهد خودکارآمدی و این تغییر پیامدهای سودمندی برایش دارد موثر بودن پاسخ چنین فردی نیت یا قصد زیادی برای تغییر رفتار خود خواهد داشت و نیت رفتاری این وضعیت یک پاسخ مقابله‌ای سازگاران در برابر اطلاعات ارائه شده خواهد بود در غیر این صورت فرد هیچ تغییری در رفتار خود انجام نخواهد داد و از پاسخ اجتناب یا انکار استفاده می‌کند.

## نظریه رفتار مدبرانه

نظریه رفتار مدبرانه یا عمل مستدل توسط آجزن و مدن ۱۹۸۶ مطرح شده است. این نظریه نیز بر قصه‌ها و نیات رفتاری به عنوان پیامد ترکیب چندین باور تاکید می‌کند بر اساس این نظریه نیات باید به عنوان طرح‌های عمل برای رسیدن به اهداف رفتاری تعبیر شوند و اینها نتیجه ترکیب باورهای زیر هستند:

- **نگرش به رفتار** ترکیب یک ارزیابی مثبت یا منفی از یک رفتار خاص و باورها درباره پیامدهای آن رفتار باعث ایجاد یک نگرش به رفتار می‌شود برای مثال فردی که می‌گوید ورزش یک تفریحی است و سلامتی ام بهبود می‌بخشد نگرش مثبتی دارد.

- **هنجار ذهنی** این مسئله باورهای افراد مهم در زندگی فرد درباره یک رفتار را بازنمایی می‌کند و باعث افزایش انگیزش فرد برای پذیرش چنین باورهایی می‌شود، مثلا افرادی که برایم مهم هستند همسر پدر مادر دوستان در صورت از دست دادن و زن مرا می‌پذیرند و من به پذیرش آنها نیازمندم.

- **کنترل رفتاری ادراک شده** یعنی این باور که فرد می‌تواند رفتار خاصی را بر اساس بررسی عوامل کنترل درونی مثل مهارت‌ها و توانایی‌ها و اطلاعات و عوامل کنترل بیرونی موانع و فرصت‌ها که هر دو به رفتار گذشته فرد مرتبطند انجام دهند.

**این عوامل سه گانه** نیت‌ها و قصد‌های رفتاری را پیش‌بینی می‌کنند که با رفتار هابی بالایی دارند این نظریه معتقد است که کنترل رفتاری ادراک شده می‌تواند تاثیر مستقیمی بر رفتار داشته باشد کاربرد این نظریه را در تغییر رفتار وابستگی به الكل در نظر می‌گیریم این نظریه پیش‌بینی می‌کند که یک فرد در صورت نیات بالایی برای کاهش مصرف مواد خواهد داشت که:

۱- **کاهش مصرف الكل** 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- 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 تاثیر بر نیت رفتار را پیش‌بینی کند برای مثال این باور که فرد به علت ناتوانی جسمی نمی‌تواند ورزش کند در قیاس با نیت بالا بهتر رفتارش کردن را پیش‌بینی می‌کند. از دیدگاه شما چرا اهمیت کنترل رفتاری ادراک شده از قصد بیانیت بیشتر است با آوردن مثال هایی از افراد نزدیک خود که نیت بالایی برای رفتار دارند اما موفق نمی‌شوند به این پرسش پاسخ دهید

## ۲. مدل های مرحله ای

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

### مدل مراحل تغییر

مدل مراحل تغییر یا ماورای نظریه توسط دیگله منته و پرو چا سکا ۱۹۸۲ مطرح شده است طبق این نظریه تغییر فرایند پیچیده‌ای است و افراد این تغییرات را به صورت تدریجی و نه ضرورتاً در یک توالی خطی انجام می‌دهند این تغییر مراحل، صورت 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 امروز 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 هر از گاهی سیگار می‌کشند طبق این مدل شکل ۲-۴ پنج مرحله برای تغییر رفتار وجود دارد که عبارتند از :

**۱- پیش اندیشه:** 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

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

**۳- آمادگی یا تدارک:** فرد خود را برای تغییر رفتار متعهد می‌کند مثلاً می‌گوید ظرف ۳۰ 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:** در این مرحله واقعاً رفتار جدید به وقوع می‌پیوندد تغییر عمومی 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 یا تداوم:** هنگامی است که فرد حدود ۶ ماه از قبلی را کنار می‌گذارد و رفتار جدید را ادامه می‌دهد در این مرحله معمولاً کمتر احتمال برگشت است با این حال باز هم 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 فرایند پذیرش احتیاطی

مدل فرایند پذیرش احتیاطی توسط وینشتاین ۱۹۸۸ مطرح شده است این مدل همانند نظریه قبلی به مراحل اعتقاد دارد و فرد از یک مرحله مستقیماً به مرحله بعدی 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 خود آگاه نیستند.

- ۲- در مرحله دوم از مشکل آگاه می‌شود و باور می‌کند که مشکلی وجود دارد.
- ۳- مرحله تصمیم سازی 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 غیر فعال 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.

### ۳- نظریه یادگیری

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

**شرطی شدن کلاسیک:** شرطی شدن کلاسیک می‌تواند بر رفتار مرتبط با سلامتی تاثیر بگذارد برای مثال تصور کنید که در مطب دندانپزشکی به صندلی تکیه می‌دهید و با صدای دریل(مته) دندانپزشکی را از اتاق مجاور می‌شنوید حتی وقتی دندان پزشک نزدیک و( دندان هایتان) 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 و ورود به اتاق درمان می‌تواند باعث ایجاد تهوع قبل از دریافت دوزهای منظم دارو شود آنها ممکن است وقتی روی صندلی انتظار نشسته اند یا در اتومبیل به سمت بیمارستان حرکت می‌کنند همین احساسات را داشته باشند مطالعه ای که توسط کامرون و دیفن باخ ۲۰۰۱ انجام شد نشان داده است بیماران سرطانی تجربه تحول را در پاسخ به نور بو و مزه ای 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 می کنند.

**شرطی شدن عامل:** یعنی رفتارها به عنوان تابعی از پیامد ها یا کاهش می یابند و با فراوانی رفتارهای مطلوب از طریق تقویت (پاداش) افزایش می یابد معمولاً شما کودکی چاقو را به برنامه های ورزشی میبرید و هنگام برگشت نوشیدنی مورد علاقه یا آبمیوه را به او می دهید فراوانی رفتارهای نامطلوب نیز از طریق تنبیه کاهش می یابد وقتی افراد پاداش هایی برای داشتن قدم های اول به سمت تغییر رفتار برمی دارند رویکرد شرطی شدن عامل کارایی 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 و پاداش دریافت کنند

کودکان اغلب باورهایشان درباره پیامدهای رفتارهای مختلف مرتبط با سلامت ایرا با نگاه کردن به والدین و بزرگترها یاد می گیرند مثلاً مادرانی که قاعدگی دردناکی تجربه می کنند اعتماد باعث می شوند دختران شان نیز دچار قاعدگی دردناک شوند.

رویکردهای یادگیری در پیش بینی رفتار موثر و مفید ترند اما محدودیت هایی نیز دارند شرطی شدن کلاسیک مشکلات بالقوه ای دارد یک راه برای توقف الکل دادن داروی همراه با آن است که نوشیدن الکل را در بلاک میکند و هدف ایجاد ارتباط بین الکل و تهوع است که منجر به توقف شود بیماران معمولاً متوجه می شوند و خوردن آن دارو را متوقف می کنند شرطی شدن عامل باعث تغییر درونی در اهداف نگرش ها و نیات فرد نمیشود در مطالعه ای که روی ۷۳۲ پسر بچه و دختر بچه کلاس هفتم انجام شده از آنها خواسته شد تامه لوله 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 دهانشویه استفاده می کردند اما وقتی پاداش ها حذف شد کودکان دهان هارا نشستند خلاصه اینکه نظریه های یادگیری در تغییر رفتار موثر اما در حفظ رفتار تغییر تاثیر کمتری دارند (لوند و ککلس ۱۹۸۴)

## نظریه یادگیری اجتماعی

بر اساس نظریه بند ورا تصویر ۱-۲ را ببینید افراد نگرش ها را از طریق منابع مختلف در شبکه اجتماعی بلافصل و از طریق مشاوره افراد ارائه شده در رسانه‌های گروهی کسب می‌کنند سرمشق سازی مستقیم و سرمشق سازی نمادین از فرایندهای بسیار مهم در این نظریه هستند با این حال اگر این نگرش ها به رفتار منجر شوند این تابعی از باورهای فرد درباره توانایی خودش برای دست زدن به رفتارهای خاص و باورها درباره پیامدهای این دست زدن (با دست زدن) 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 می‌شوند و هر فردی 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.

**الف- خودکارآمدی** یعنی میزان باور فرد درباره توانایی دست زدن به رفتاری خاص مثل کنترل رفتار ادراک شده است آنهایی که تصور می‌کنند و باور می‌کنند که می‌توانند ۴ بار در هفته ورزش کنند احتمالاً موفق‌ترند ترند تا آنهایی که درباره توانایی پیروزی از چنین برنامه‌ای تردید دارند خودکارآمدی به دو طریق مجزا اثرات قوی بر سلامتی دارد (اولیری 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 پاپس می‌گذارند و مجدداً به پاسخ فیزیولوژیکی بیشتری به موقعیت های استرس زا دارند از جمله ضربان قلب و فشار خون زیاد از خود نشان می‌دهند این پاسخ های 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 طریق مختلفی تقسیم بندی کرده اند از جمله این طبقه بندی ها می‌توان به رفتار سلامتی رفتار بیماری و رفتار نقش بیماری اشاره کرد برخی دیگر به رفتارهای آسیب زا برای سلامتی یا پاتوژن های رفتاری و

افزاینده سلامتی یا ایمونوژن های رفتاری تاکید کرده اند برای تعیین رفتارها نظریات مختلفی مطرح شده که برخی پیوستاری و برخی دیگر مرحله ای 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 ۷ متغیر آسیب پذیری وخامت هزینه منافع سرنخ های عمل انگیزش سلامتی و کنترل ادراک شده است که احتمال بروز رفتاری خاص را تعیین می کنند بر اساس نظریه حفظ انگیزش رفتارهای سلامتی محصول ۵ مولفه وخامت آسیب پذیری موثر بودن پاسخ خودکارآمدی و ترس هستند در این نظریه ارزیابی سازگاران و نیت رفتاری نقش برجسته ای دارند نظریه رفتار مدبرانه بر این باور است که رفتار در اثر ترکیب عوامل سه گانه نگرش به رفتار هنجار ذهنی و کنترل رفتاری ادراک شده مهمترین مولفه شکل می گیرد در مدل های مراحل تغییر اعتقاد بر این است که تغییرات به صورت مرحله ای نه ضرورتاً توالی خطی انجام می شود یکی از مدل های مرحله ای مدل مراحل تغییر است که به مدل ماورای نظریه نیز معروف است طبق این مدل تغییر رفتار در پنج مرحله پیش اندیشه اندیشه آمادگی عمل و تداوم صورت می گیرد دیگر مدل مرحله ای مدل فرایند پذیرش احتیاطی است که هر مرحله از عدم آگاهی از شکل تا حفظ عمل جدید را در بر می گیرد نظریات یادگیری از جمله شرطی شدن کلاسیک شرطی شدن عامل و نظریه یادگیری اجتماعی بندورا نیز تلاش می کنند رفتارهای سلامتی را از دیدگاه خود .

## فصل سوم

### استرس و بیماری

#### هدفهای یادگیری

از خواننده انتظار می رود پس از مطالعه این فصل بتواند

- ۱- استرس را تعریف کند.
- ۲- انواع استرس را با مثال توضیح دهد.
- ۳- روشهای اندازه گیری استرس را به اختصار شرح دهد.

۴- تغییرات فیزیولوژیک در استرس را تشریح کند.

۵- سایکو ایمونولوژی استرس را شرح دهد.

۶- مسیر های رابطه استرس و بیماری را تبیین کند.

۷- ارتباط استرس یا بیماری های مهم را توضیح دهد.

در واقع کلیدی ترین و موثرترین موضوع که مطالعه آن نقش زیادی در استقرار روانشناسی سلامت داشته رابطه استرس و بیماری است به عبارت دیگر تولد و رشد روانشناسی سلامت متعاقب روشن شدن نقش استرس در ایجاد رشد و عود بیماری های مختلف جسمی واقع شده است بنابراین مطالعه استرس و بیماری از اساسی ترین مباحث روانشناسی سلامت است که در این فصل به اختصار بررسی می شود

### استرس چیست؟

اجتماعی روانشناختی و جسمانی یا فیزیولوژیک را دچار اختلال می کند استرس است.

این واژه که از علم فیزیک وارد روانشناسی شده است در ابتدا معنایی فیزیولوژیکی و بعد محیطی اجتماعی و بلاخره مفهومی روانشناختی به خود گرفته است استرس معمولاً برای توصیف واکنش ها و احساسات منفی به کار می رود که با موقعیت های چالش انگیز با تهدید کننده همراه می شوند گاه نیز به همان موقعیت های تهدید کننده استرس می گویند.

هانس سلیه که به پدر مطالعه استرس معروف است به نشانگان عمومی انطباق به عنوان یک پاسخ نامعین ارگانیزم نسبت به بیماری توجه کرد در نخستین اثری که تحت عنوان استرس منتشر کرد اصطلاح استرس را برای توصیف شرایط ارگانیزم در برابر عوامل استرس زا به کار برد در دیدگاه سلیه استرس حالتی است بیانگر یک نشانه گان معین که به همه تغییرات نامعینی که بر ۱ نظام زیست شناختی اثر می کنند مطابقت دارد سلیه در آخرین مفهوم خود استرس را پاسخ نامعین ارگانیزم در برابر هر خاسته محیطی دانسته است سلیه ۱۹۵۶.

## تعاریف استرس

با نگاهی به گستره تحقیق در زمینه استرس می توان 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 می شود

۱. والتر کنون واژه استرس را در اشاره واکنش یولوژی کی که در اثر ادراک موقعیت های آزار دهنده یا تهدید آمیز به روز می کند معرفی نمود

۲. هانس سلیه (1956) 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 مقاومت و تحلیل رفتگی می باشد می دانست

۳. لازاروس و فلکمن (۱۹۸۴) مقبول ترین رویکرد را نسبت به استرس عنوان کردند که رویکردی تعاملی است نظریه روان شناختی درباره استرس قلمداد می شود آنها استرس را به عنوان رابطه بین شخص و محیط که توسط شخص به صورت فشار آور و فراتر از توانایی او ارزیابی می شود سلامتی او را به خطر می اندازد و تعریف می کند (تصویر ۳-۱ را ببینید).

۴- آدر و کوهن ۱۹۹۳ استرس را به هر نوع شرایط طبیعی یا ذهنی که توسط ارگانیزم به صورت تهدید واقعی یا ذهنی قلمداد شود تعریف می کنند

۵- براون و کمپل ۱۹۹۴ استرس را بصورت محرکی می دانند که خارج بر فرد تحمیل می شود و ناراحتی های جسمانی و روانی را در پی دارد.

۶- کمنی ۲۰۰۳ معتقد است که انسان ها به یک واقعه استرس زای یکسان بر اساس چگونگی ارزیابی آن به شیوه های فیزیولوژیکی متفاوتی پاسخ می دهند به عقیده او بدن به آنچه در مغز اتفاق می افتد پاسخ می دهد نه به واقعه محیطی.

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

با توجه به آنچه گفته شد می توان استرس را به صورت زیر تعریف کرد:

استرس در واقع پاسخ زیستی و روانی ارگانیزم به تغییرات و وقایع تهدید کننده و یا تهدید کننده های درونی ذهنی است که سازگاری با آنها فراتر از توانایی ارگانیزم با توجه به منابع مقابله ای است این وقایع می توانند مثبت یا منفی باشند با این تعریف تفاوت استرس یا متغیر هایی چون ترس و اضطراب مشخص میشود ترس پاسخ فرد به تغییرات تهدید کننده بیرونی است مثل ترس از مار اضطراب پاسخ ترسناک ارگانیزم به مواردی است که منبع آنها نامشخص مبهم و معمولاً ناخودآگاه است.

### عوامل ایجاد کننده استرس

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

#### ۱- ویژگی های موقعیت استرس زا:

الف- ناگهانی بودن رویداد

ب- جدید بودن رویداد

#### ۲- ویژگی های روانشناختی و زیست شناختی فردی و محیط اجتماعی.

رفتار گراهای آمریکایی نشان داده اند که ادراک استرس توسط افراد به دو مقوله از متغیرها وابسته است:

۱- عوامل شخصی: دریافت های زیست شناختی و روانشناختی هوش توانایی کلامی تیپ شخصیتی سرمایه گذاریهای روان شناختی و باور به حاکم بودن بر سرنوشت خویش.

۲- عوامل برونی: سن سطح تحصیلات درآمد اشتغال حرفه ای و غیره.

بر اساس نظر این محققان افرادی که بیش از دیگران دارای صفات پسندیده تخصص و توانایی هستند بهتر می توانند با موقعیت های استرس زا مقابله کنند

### ارزیابی شناختی استرس

نظریه لازاروس بحث در مورد جنبه شناختی استرس است و نظریه های شناختی در دسته تبادلی یا تعاملی جای می گیرند.

**مدل تبادلی و تعاملی:** تبادله یعنی فرد و موقعیت از هم مجزا نیستند بلکه فرد جزئی از محیط حساب می شود یعنی فرد محیط را ارزیابی می کند.

**تعاملی:** یعنی توانایی های فرد و چگونگی مقابله با وقایع به طور مجزا سنجیده می شود و محیط نیز به طور مجزا سنجیده می شود و بعد در صورت بروز مسئله ی رابطه فرد و محیط بررسی می شود.

می دانیم که جنبه هایی از فرد و محیط در تعامل با هم استرس را ایجاد می کنند استرس ترکیبی از مدل های محرک و پاسخ است استرس را فرآیند کلی مواجه شدن با محرک استرس زای محیطی به پاسخ بدنی با تغییرات فیزیولوژیک همراه با آن و تجربه پدیدارشناختی می دانند این مدل شامل شناسایی متغیرهای فردی و محیطی که در این فرآیند نقش دارند نمی شود بلکه در اینجا تعامل فرد و محیط مطرح است که در آن فرد یک عامل فعال و عمل کننده است و استرس برحسب تناسب بین فرد و دنیای او مطرح می شود.

**تعریف تعاملی استرس** شامل درجاتی از ناهماهنگی بین فرد و محیط است که در مواقعی در آن تناسب فرد و محیط نادیده گرفته می شود لازاروس و فلکمن ۱۹۸۴ معتقدند که نظریه آنها تعاملی نیست بلکه تبادلی است اما اغلب متخصصان تمایز بین آنها را نادیده می گیرند چارچوب تبادلی فرایند محور است و طبیعت پویایی رابطه بین فرد و محیط را در نظر می گیرد.

تاکید بر پویایی فرایند استرس توسط پژوهشگران دیگر نیز مطرح شده است در اینجا تصور می شود که استرس امری جاری و فراگیر است و همه در هر زمان و درجه ای از آن را تجربه می کنند ولی وضعیت تعامل محیط و شخص در طی زمان تغییر میکند و فرد به وجوه متفاوتی باعث استرس برخورد می کند گاهی استرس او را از پای در می آورد و موجب بروز رفتارهایی می شود که عوامل استرس زای جدیدی را به وجود می آورند و گاهی نیز فرد به خوبی می تواند با چنین رویدادهایی مبارزه کند و اعتماد به نفس خود را افزایش دهد در حد مطلوبی از عهده جنبه های دیگر زندگی بر آید در مدل های تعاملی استرس یک مولفه به

هنجار زندگی است و تاکید بر تعامل میان فرد و محیط دارد در مدل تبادلی استرس به عنوان توازن میان ادراک فرد از خواسته های 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 را بودن موقعیت را تعیین میکند.

### نظریه های شناختی

نظریه های شناختی استرس را به عنوان فرآیندی می دانند که طی آن فرد رویدادهای محیطی و توانایی مقابله خود را ارزیابی و تعبیر و تفسیر کرده و به دنبال آن به رویدادها پاسخ های عاطفی رفتاری و فیزیولوژیک می دهد این ارزیابی با توجه به اینکه آیا رویداد تهدید کننده هست یا نه و چه اعمالی متناسب با موقعیت است در فرد منجر به تصمیم گیری هایی می شود 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 فرایند ارزیابی را به دو بخش تقسیم کرد:

**۱- ارزیابی اولیه:** ارزیابی اولیه میزان تهدید کننده بودن داد را مشخص می کند به عبارت دیگر در مواجهه یا عوامل استرس زا ابتدا باید تشخیص داده شود که استرس (تنیدگی زای) بالقوه وجود دارد یا خیر در این مرحله از خود می پرسد که آیا واقعه تنیدگی زاست؟ چه چیزی را در من تهدید می کند و به طور کلی سه شکل ارزیابی اولیه مشخص می شود:

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 می دهد تهدید زمانی است که جلوگیری کند چالش به گونه ای مثبت تر است و زمانی است که فرد بر فرصت پیشرفت و به دست آوردن چیزی متمرکز باشد.

بنابراین در ارزیابی اولیه سه وضعیت برای فرد در نظر گرفته می شود:

**۱- ضرر:** احساس فقدان مثل فوت یک نفر ضرر و تهدید می توانند با هم اتفاق بیفتند

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

**۳- چالش:** واقعه 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 به آنها به کار می‌برد.

**۳- ارزیابی ثانویه:** پس از تشخیص استرس زا بودن موقعیت در ارزیابی اولیه فرد باید آنچه را که در این موقعیت می‌تواند انجام دهد انتخاب کند که در این مرحله ارزیابی ثانویه است و نتیجه این فرآیند 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.

یا 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 مسئله محور:** در روش مقابله‌ای مسئله 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 بررسی می‌نماید و راه حل مناسب را در نظر می‌گیرد بنابراین در مهارت‌های بله‌ای مسئله محور فرد روی موقعیت‌ها فکر می‌کند و روی خود مسئله کار می‌کند و از بین آنها بهترین را انتخاب می‌کند کنترل درونی مطرح است و این برخورد منطقی با مسئله است مثل مواردی مطرح در روش علمی، اثر این روش پایدارتر و بهتر است.

**۲- مقابله هیجان محور:** 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 مسئله 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 مسئله به صورت هیجانی واکنش نشان می دهد: مثل گریه کردن برای فقدان یک عزیز.

هر دو شیوه مسئله محور و هیجان محور در برخورد با مسئله 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 به صورت خطی و تسلسلی است ارزیابی اولیه و ثانویه تقریباً همزمان انجام می شوند 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 می نامد فرد زمانی به ارزیابی مجدد مبادرت می کند که تغییراتی در جهت استرس زا بودن موقعیت وجود داشته باشد به طوری که این استرس زا بودن میزان توانایی مقابله را در او تحت تاثیر قرار دهد.

از نظر لازاروس منابع مهم مقابله در فرد عبارتند از:

**سلامتی میزان انرژی عقیده مثبت) اعتماد به توانایی مقابله با استرس و مهارت های حل مسئله 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 می گیرد و در مرحله دوم آن بعد بیرونی را در نظر گرفته می شود.

هالپرن در ادامه نظریه لازاروس نوع سوم مهارت های مقابله ای 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 در بر می گیرد که می تواند بر حسب پیوستار کنترل درونی و بیرونی مشخص شود در واقع زمانی که افراد موقعیت را قابل تغییر و در کنترل خود بدانند از مقابله مسئله محور و زمانی که آن را غیر قابل 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 بر روی مسئله خود تمرکز داشته باشد از مقابله مسئله محور استفاده می کند و وقتی شرایط را تحت کنترل بیرونی ببیند از مقابله هیجان محور استفاده می کند و اگر نتواند از هیچ یک سوت بجوید از مقابله غیرسازنده استفاده می کند.

مثال: در مواجهه با یک امتحان دانش آموز یکی از این سه نوع مقابله را انتخاب میکند:

۱- برخورد مسئله محور به صورت کسب احاطه کامل بر روی مسئله

۲- برخورد هیجان محور یعنی با دیدن سوالات جا بخورد و نتواند با آن مقابله کند و دلیل آن را به شرایط بیرونی نسبت دهد در این حالت ممکن است به سوال ها به صورت پراکنده جواب می دهد.

۳- مقابله غیرسازنده که منجر به اختلالات رفتاری می شود مثلاً اصلاً امتحان ندهد در افرادی که استاد درونی دارند مقابله قالب مسئله محور است.

### انواع استرس

استرس ها را می توان به طریق مختلفی تقسیم بندی کرد که در این قسمت به برخی از این طبقه بندی ها اشاره می شود.

#### ۱- استرس های حاد و مزمن

استرس حاد استرسی است که ناگهانی و یکدفعه شروع می شود و مدت زیادی دوام ندارد مثلاً اگر به ارگانیمی 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 می شود.

استرس مزمن زمانی است که منبع استرس در طول زمان باقی بماند مثلاً در مثال یاد شده که اگر ارگانسیم به صورت مکرر و مداوم تحت شوک الکتریکی باشد دچار استرس مزمن می شود بیکاری از مهمترین استرس های مزمن است معمولاً استرس حاد ارگانسیم را وادار می کند تا برای مقابله تجهیز شود اما استرس مزمن ارگانسیم را فرسوده می کند.

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

## ۲- استرس طبیعی و آزمایشگاهی

وقتی به صورت تصنعی 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 معین ارگانسیم برادر آزمایشگاه میترسانیم یا هنرمندانی که در آزمایشگاه موش را در آب سرد می اندازیم از استرس آزمایشگاهی استفاده کرده ایم اما استرس هایی که به صورت طبیعی در زندگی اتفاق می افتد همانند زلزله سیل آتش سوزی جنگ و... استرس های طبیعی هستند احتمالاً اثرات این دو روی ارگانسیم 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 استرس های زندگی می دانند که زندگی افراد را تهدید می کنند هلمز و راهه ۱۹۶۷ معتقدند که با دانستن وقایع عمده زندگی فرد چه مثبت و چه منفی در یک سال گذشته می توان سلامت آینده او را پیش بینی کرد.

## ۴- وقایع روزانه

گروهی دیگر از محققان معتقدند که برخی وقایع پیش پا افتاده در زندگی می توانند منبع عمده استرس در زندگی باشند برای مثال گم کردن کلید منزل پاره شدن بند

کفش و موارد این چنینی از مهمترین استرس های تاثیر گذار در زندگی روزانه ما هستند که می توانند برای مدت نسبتاً طولانی فرد را کلافه کنند.

### ۵- استرس های محیطی

امروزه ترافیک آلودگی صوتی آلودگی هوا بیکاری و معضلات اجتماعی و اقتصادی را از مهمترین استرس ها به ویژه در شهرهای بزرگ تلقی می کنند.

### ۶- استرس های خانوادگی

دوری اعضای خانواده طلاق مشاجرات خانوادگی و درگیری در خانواده از جمله مهمترین استرس هایی هستند که سلامت خانواده به ویژه فرزندان را تهدید میکنند.

### تغییرات فیزیولوژیک و ایمنولوژیک استرس

#### الف- فیزیولوژی استرس

در شرایط تهدید آمیز ذخایر انرژی بدن را مولفه های خودکار و هورمونی هیجان برای عکس العمل های می شود و غدد درون ریز به ترشح هورمون های استرس (اپی نفرین، نوراپی نفرین، هورمونهای استروئیدی) می پردازند اثرات فعالیت سمپاتیک به اثرات هورمون های فوق کلیوی شباهت دارد.

اپی نفرین بر ساخت و ساز گلوکز اثر می گذارد گلیکوژن عضله را برای تولید انرژی و انجام فعالیت های توان فر سا آماده می کند و همچنین نوراپی نفرین از طریق افزایش برونده قلبی باعث افزایش جریان خون به سوی عضلات می شود این نیز به نوبه خود باعث افزایش فشار خون شده در دراز مدت باعث بیماری های قلبی عروقی می شود.

هورمون بعدی استرس کورتیزول است که از قشر غده فوق کلیوی ترشح می شود به دلیل آنکه کورتیزول استروئیدی است که از قشر غده فوق کلیوی ترشح می شود و تاثیر عمیقی بر سوخت و ساز گلوکز دارد آن را از گل و کوکور تیکوئید می نامند.

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

افزایش فشار خون می‌تواند به حمله‌های قلبی و سکته 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 احتمالاً سرطان آسیب پذیر می‌کند استرس حداقل به دو روش با کهولت سن ارتباط دارد:

۱- جانداران کهنسال تر 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 آدرنو کو تروپیک) وارد خون می‌شود این هورمون خود تحت تاثیر هورمونهای هیپوتالاموس یعنی عامل به عراق راه اندازنده کورتیکوئیدها (CRF) تولید می‌شود.

E موثر ترین عاملی است که می‌تواند تغییرات زیست شناختی را برای مقابله با استرس به راه اندازد اگر محرک محیطی جنبه اضطراری کمتری داشته باشد NE کاملاً کفایت می‌کند دو مسیر زیر نقش این هورمون‌ها در استرس را مشخص میکنند

۱- ادراک استرس به وسیله سلول‌های هیپوتالاموس که باعث ترشح CRF شده و CRF به نوبه 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 نورون های مغز تولید می شود در پی دارد آنزیم P NMT این NE را به E مغزی فعالیت هیپوفیز غدد کلیوی را باز داری میکند و این امر باعث تسهیل ترشح کائه کل آمین توسط غدد مرکزی فوق کلیوی می شود هر قرار در 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 تاکید می کند نظریه پردازان استرس معتقدند که برای غلبه بر موقعیت ایجاد کننده اضطراب یا استرس دو نوع واکنش مشاهده می شود:

۱. جنگ یا آمادگی برای عمل مانند حمله کردند که منجر به تشدید فعالیت سمپاتیک می شود

۲. گریز از موقعیت یا بازگشت به یک موقعیت وابستگی که منجر به افزایش تحریکات پاراسمپاتیک می شود سلیه (۱۹۵۷) نشانگان عمومی سازشی را به منزله تبیین خاصی از فرآیندهای ایارگانیزم نسبت به هرگونه محیط متمایز می کند که این سه مرحله مراحل نشانگان انطباق عمومی هستند.

**الف- مرحله هشدار:** یا مرحله تکان یا ضربه ای که بر اساس نشانه هایی مانند تپش قلب کاهش تنود عضلانی و حرارت بدن شکل گیری زخم های 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 مشخص می شوند

**ب- مرحله مقاومت:** که با افزایش فعالیت از دیاد حجم قسمت بشری غدد فوق کلیوی کاهش صریح تیموس و اعضای لنفاوی دیگر بارون شدن اغلب علائم مرحله نخست متمایز می شود اگر عوامل استرس زا پابرجا بماند مقاومت نسبت به محرک ها بر اساس هورمون های کورتیکی افزایش می یابد

**ج- مرحله فرسودگی:** پس از تاثیر دراز مدت عوامل استرس زا دوباره ظاهر می شوند به محض بروز نشانه های فرسودگی ضایعات مشخص کننده مرحله هشدار دوباره آشکار می گردند و مرگ را در پی دارند.

الگوی سلیه با عوامل شیمیایی فیزیکی و ارگانیک ای بیش از رویدادهای نمادین ارتباط دارد نمودار ۳-۱ چگونگی تغییرات فیزیولوژیک استرس را به صورت بنیادین نشان می دهد.

به نظر شما فردی که به پاسخ مقابل های ناسازگارانه ای چون اجتناب می رسد برای تغییر رفتار خود چه کاری انجام میدهد؟

### ب- سایکو ایمنولوژی استرس

امروز در سایه گسترش پژوهش و تحقیق در حیطه های مختلفی چون سایکو نور و ایمنولوژی و سایکو آندو کرینولوژی این واقعیت پذیرفته شده است که استرس عامل اصلی در رشد و گسترش بیماری هاست و تجست چنین شرایطی اگر ارگانسیم در معرض محرک های آسیب زا قرار گیرد بیمار می شود پژوهش ها نشان می دهند که استرس یا انواع بیماری رابطه کاملاً تنگاتنگی دارند (کوهن ویلیامسون ۱۹۹۱ بونی و همکاران ۱۹۹۱ به نقل از علیپور نوربالا ۱۳۸۳).

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

ظاهراً علت تاثیر بر رشد بیماری ها در واقع به واسطه اثر استرس بر دستگاه ایمنی بدن است زیرا استرس بر دفاع های ایمنی بدن در برابر بیماری های عفونی تاثیر می گذارد (علیپور و نوربالا ۱۳۸۳) مای نیهان (۲۰۰۳) در مقاله ای اثرات استرس را برای دستگاه ایمنی بدن به خوبی توضیح داده است همانطور که در سطور پیشین ملاحظه کردید استرس هم دستگاه اعصاب سمپاتیک و هم محور هیپوتالاموس هیپوفیز آدرنال را فعال می کند و انواع عوامل استرس زا بر جنبه های متفاوت پاسخهای ایمنی بدن تاثیر می گذارند (مایر و همکاران ۱۹۹۴).

افزایش گلیکو کور تیکوئیدها ویژگی رایج پاسخ به استرس است و این مواد معمولاً پایین آورنده دستگاه ایمنی است یعنی فعالیت دستگاه ایمنی بدن را کاهش می دهند.

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 سرماخوردگی و عضلات تنفسی ارتباط معناداری دارد گزارش وقایع ناخوشایند همکاران ۱۹۹۴. همچنین غلظت IgM و IgG با گزارش های شخصی از مشکلات شغل و ویژگی های شخصیتی در معلمان هم بستگی دارد (اورسین و همکاران ۱۹۸۴). همینطور تحقیقات نشان داده شده است که استرس حاد باعث افزایش فعالیت ایمنی و استرس مزمن باعث مهاره فعالیت ایمنی بدن می شود (مای نیهان ۲۰۰۳، شی و همکاران ۲۰۰۳).

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

به طور کلی استرس چهار تاثیر منفی روی دستگاه ایمنی دارد که همه این تاثیرات نتایج مهمی برای سلامتی به دنبال دارند.

۱- استرس باعث تضعیف تولید سایتوکاین و همچنین تضعیف عملکرد ایمنی بدن می شود.

۲- استرس باعث تجدید فعالیت هر پس ویروس های پنهان بدن می شود.

۳- استرس باعث آسیب پذیری در برابر عفونت های ویروسی میشود.

۴- استرس بر التیام زخم ها باعث تاثیر منفی می گذارد و فرایند التیام را طولانی تر می کند (یانگ و گلاسر ۲۰۰۳).

پاسخ ایمنی به استرس هم به نوع استرس و هم به عوامل روانشناختی و فیزیولوژیایی بستگی دارد و الف ۱۹۹۹ تاثیر متغیرهای مختلف در رابطه با بیماری را به صورت نمودار ۳-۳ نشان داده است (به نقل از علیپور و نوربالا ۱۳۸۳).

اریکسون به همکاران ۱۹۹۹ برای تو جیه پاسخ های نور و فیزیولوژیک و ظرف چند میلی ثانیه به آن پاسخ میدهد بعد کاته کول آمین ها (NE-E) و ACTH ( آدرنو کورتیکو تروفیک هورمون) ظرف چند ثانیه به آن پاسخ می دهند و سپس دستگاه ایمنی بدن ظرف چند دقیقه به آن پاسخ می دهند و بالاخره کورتیزول ظرف حدود یک ساعت به آن پاسخ می دهد (همان منبع)

## اندازه گیری استرس

همانطور که در انتظار می رود برحسب رویکردها نسبت به استرس روش های متفاوتی برای اندازه گیری آن وجود دارد در واقع برای اندازه گیری استرس روش های مختلفی بر حسب تعریف استرس رویکرد نظری نسبت به آن وجود دارد برای مثال رویکردی که استرس را به تغییرات فیزیولوژیک تعریف می کند برای اندازه گیری استرس میزان هورمون ها از جمله کورتیزول در خون را اندازه گیری می کنند و بر حسب کم و زیاد بودن آن مشخص می کند که فرد تحت استرس است یا خیر هر چند 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 بیماری ها ایجاد شده باشد نه لزوماً استرس (سارافینو ۲۰۰۵).

رویکرد دیگر که توسط حلم و راهه مطرح شده توجه به وقایع عمده زندگی دارد و آن ها را مهم ترین عوامل ایجاد کننده استرس یا استرس سور می داند طبق این رویکرد با دانستن تعداد وقایع مهم زندگی و جمع جبری آنها می توان تعیین کرد که فرد چقدر تحت تاثیر استرس است.

از نظر شما مهمترین اشکال وقایع عمده زندگی در اندازه گیری استرس چیست چرا؟ در این رویکرد استرس را برحسب پرسشنامه ای که به مقیاس سازگاری اجتماعی موسوم است اندازه گیری می کنند بر اساس مطالعات میانگین وزنی هر واقعه را تعریف کرده اند مثلاً برای مرگ همسر ۱۰۰ واحد استرس را در نظر می گیرند و معتقدند که اگر تعدادهای استرس فرد در یک سال به ۳۰۰ واحد برسد چنین

فردی شهیدان آسیب پذیر است همانطور که حدس زده اید این رویکرد به تفاوت های فردی و ذهنی در تعبیر و تفسیر وقایع و یا در واقع به جنبه های روانشناختی ادراک یک واقعه اصلاً توجهی ندارد و اثر یک واقعه بر همه افراد را یکسان می دانند که این مسئله مهم ترین اشکال آن محسوب می شود.

**رویکرد سوم** در ارزیابی استرس توجه به وقایع و رویدادهای جزئی و روزانه را به عنوان منبع استرس را در نظر می گیرد در این رویکرد گم کردن اشیا فراموش

کردن قول و قرار پاره شدن بند کفش و وقایعی از این دست از منابع عمده 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 یا بیماری‌های مختلف ارتباط دارد و شرایط استرس را از جمله عوامل علی در ابتلای بیماری‌های مختلف جسمی است روانشناسان سلامت معتقدند که استرس از دو مسیر می‌تواند به بیماری جسمی منتهی شود (اوگدون 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 واکنش‌پذیری قلبی عروقی را افزایش می‌دهد خون افراد تحت استرس مقدار زیادی پلاکت‌های فعال شده و لیپیدها ای چون کلسترول دارد و تغییرات در ترکیبات خونی در اثر استرس باعث تجمع رسوبات بر دیواره شریان (آترو اسکروزیس) و افزایش این رسوبات باعث افزایش فشار خون و احتمال حمله قلبی و مغزی می‌شود (سارافینو ۲۰۰۵).

**دومین مسیری که از طریق آن استرس به بیماری منتهی می‌شود مسیر غیر مستقیم**

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 مسئله اعتماد تصادف و تصادم در افراد تحت استرس را افزایش می‌دهد.

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

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

## استرس و بیماری های دستگاه گوارش:

برخی بیماری ها به علت ایجاد زخم در دستگاه گوارش و درد و خونریزی در آن ناحیه ایجاد می شوند مثلاً زخم اثنی عشر زخم معده و کولیت از جمله این بیماری ها محسوب می شوند و 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 اثنی عشر بر اثر عفونت باکتری هایی ضعیف شده است (سارافینو ۲۰۰۲). اما تحقیقات نشان داده است که در شرایط استرس زا ترشح اسید معده بیشتر می شود با این حال بررسی دقیقتر ارتباط استرس با بیماریهای گوارشی مستلزم پژوهش های بیشتری است.

### آسم:

آسم از جمله اختلالات تنفسی است که درصد قابل توجهی از افراد به آن مبتلا می شوند پژوهشگران چون باس ۱۹۹۰ معتقدند که آسم در اثر ترکیب سه رشد و تکثیر نابهنجار و عنان گسیخته سلول ها است از دین اعتقاد بر این بوده است که استرس با عوامل روانی اجتماعی مرتبط است روش های گذشته نگر نشان داده است افراد دچار سرطان استرس های زیادی را گزارش می کنند پژوهش های آینده نگر نیز نشان داده اند که حداقل در بعضی از شرایط استرس با سرطان به ویژه با عود مجدد آن رابطه دارد در توجیه این رابطه می توان یادآوری کرد که استرس دفاع ایمنی بدن را تغییر میدهد و به ویژه بر سلول های ایمنی چون کشنده های طبیعی (NK) تاثیر منفی می گذارد که این امر می تواند باعث ایجاد سرطان شود (علی پور و نوربالا ۱۳۸۳). با این حال نمی توان تمام انواع سرطان را به استرس نسبت داد.

**سردرد:** برخی سردردهای مزمن مثل میگرن و سردردهای تنشی از جمله رایج ترین سردردهای محسوب می شود هنوز علت اصلی این سردردها نامشخص است اما نقش عوامل روانی اجتماعی به ویژه استرس در ایجاد حملات سردرد و تشدید آنها قابل انکار نیست تجارب هر یک از ما موید تاثیر استرس بر ایجاد حملات سردرد است.

آیا تا به حال به علت وقایع و استرس های منفی دچار سردرد شده اید دلایل احتمالی آن را توضیح دهید؟

**استرس و فشار خون:** فشار خون به معنای داشتن فشار خون سیستولیک و دیاستولیک به ترتیب ۱۴ و ۹ یا بالاتر است این مشکل امروزه یکی از مهم ترین مشکلات سلامتی است که درصد بسیار زیادی از جامعه را گرفتار می کند که نه تنها به دستگاه قلبی عروقی بلکه به سایر دستگاه های بدن آسیب می زند از جمله عوامل موثر در فشار خون بالا عوامل روانی اجتماعی هستند که از میان آنها نقش استرس غیر قابل انکار است پژوهش های مختلف نشان داده است که استرس بالا با فشار خون ارتباط دارد در واقع فشار خون در افرادی که استرس زیادی دارند مثل مراقبین برج پرواز افراد کنترل کننده ترافیک هوایی و افرادی دارای زندگی پر ازدحام و خشن بیشتر است.

**بیماریهای قلبی و استرس:** پژوهش های مختلف از نوع همبستگی نشان داده است افرادی که در زندگی استرس بالایی را تجربه می کنند بیشتر از دیگران دچار بیماری قلبی عروقی و سکته می شوند مثلاً کسانی که به علت بیماری کرونر قلبی در بیمارستان بستری شده اند بیش از دیگران وقایع استرس زای زندگی را تجربه کرده اند استرس باعث افزایش ترشح کته کول آمینها و کورتیکو استروئیدها از غدد درون ریز می شود و میزان بالای این هورمونها در بدن به شریان ها و قلب آسیب می رساند و حتی ممکن است باعث افزایش فشار خون بی نظمی در ضربان قلب حمله قلبی و حتی مرگ ناگهانی شود با این حال این رابطه همیشه برقرار نیست

### خلاصه فصل

مهمترین موضوع در روانشناسی سلامت رابطه استرس و بیماری است لذا طبیعی است که در روانشناسی سلامت به مبحث استرس توجه ویژه ای می شود استرس به هرگونه تغییرات روانی و جسمی که در اثر تغییرات بیرونی یا درونی در ارگانسیم ایجاد می شود و ارگانسیم بر اساس منابع در دسترس سازگاری با آنها را فراتر از توان خود می داند تعریف شده است بنابراین استرس مستلزم دو نوع ارزیابی شناختی است اول آیا واقعه تهدید کننده است که ارزیابی اولیه است و دوم آیا من توانایی مقابله با آن را دارم که ارزیابی ثانویه محسوب می شود در اثر استرس تغییرات فیزیولوژیک از جمله فعال شدن محور هیپوفیز آدرنال را شاهد هستیم که به تغییرات هورمونی و نهایتاً تغییراتی در سلول های ایمنی بدن منجر می شود استرس انواع مختلفی دارد که بر اساس حاد یا مزمن بودن آزمایشگاهی و طبیعی و اجتماعی

محیطی و خانوادگی می‌توان آنها را فقط طبقه‌بندی کرد بر اساس رویکردهای مختلف می‌توان استرس را به طریق متفاوتی اندازه‌گیری کرد برخی استرس را بررسی تغییرات فیزیولوژیک و هورمونی برخی یا وقایعی عمده زندگی برخی نیز با مشکلات روزمره زندگی ارزیابی می‌کنند استرس از طریق دو مسیر مستقیم فیزیولوژیکی و غیرمستقیم رفتاری می‌تواند بر سلامت بدن تاثیر بگذارد مطالعه رابطه استرس و بیماری‌ها نشان داده است که استرس با اغلب بیماری‌ها مرتبط است برای مثال شواهد زیادی وجود دارد که نشان می‌دهد استرس با فشار خون و کرونر قلبی و بیماری‌هایی چون آسم سردرد‌های میگرنی و تنشی و بیماری‌های وخیم چون سرطان ارتباط معناداری دارد

## فصل چهارم

### حمایت اجتماعی و سلامتی

#### 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؟ پاسخ تان به این سوالات 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 عزت تسلا و کمکی که سایر افراد یا گروه‌ها به فرد ارزانی می‌دارند حمایت اجتماعی به میزان برخورداری از محبت همراهی و توجه اعضای خانواده دوستان همکاران و همکلاسان و سایر افراد از یک شخص اطلاق می‌شود.

برخی حمایت اجتماعی را صرفاً واقعیتی اجتماعی تلقی 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 در بر می‌گیرد اما مولفه اساسی آن ذهنی یا روانشناختی است (تصویر ۴-۱ را ببینید).

به این سوال پاسخ دهید:

چرا حمایت اجتماعی بیشتر در روان شناسی مطالعه می شود نه جامعه شناسی؟

### سنجش حمایت اجتماعی

یکی از روش های سنجش حمایت اجتماعی رویکرد ساختاری است بر اساس این رویکرد بررسی ساختار شبکه روابط اجتماعی یک فرد می تواند میزان حمایت اجتماعی وی را مشخص کند در این روش از پاسخ دهنده خواسته می شود تا کسانی را که با آنها ارتباط دارد نام ببرد طبیعی است که این افراد می توانند دوستان همسر خانواده همسایگان هم کلاسی ها و همکاران باشند همینطور درباره عضویت فرد در سازمانهای اجتماعی از جمله باشگاهها نهادهای خیریه مراکز فرهنگی و مساجد پرسیده می شود هر قدر این نهادها و همچنین افرادی که فرد با آنها ارتباط دارد بیشتر باشند حمایت اجتماعی فرد بیشتر است در واقع بر اساس این رویکرد شبکه اجتماعی فرد تعیین کننده میزان حمایت اجتماعی اوست (ویلز ۱۹۸۳) همینطور در چنین رویکردی به میزان نقش های مختلف یک فرد در جامعه که به مشارکت اجتماعی موسوم است توجه می شود.

به نظر شما در این رویکرد چه اشکالی وجود دارد؟

در رویکرد دوم که به رویکرد عملکردی موسوم است بر این نکته تاکید می شود که در صورت نیاز به کمک فرد تا چه حد می تواند روی کمک دیگران حساب کند برای مثال در حمایت عاطفی در دسترس بودن افرادی که فرد بتواند در مواقع ضروری درباره مشکلاتش با آنها صحبت کند و از آنها هم حمی و همدلی درک و دلسوزی را دریافت کند مدنظر 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 تامین کنند آنچه که از لحاظ روانشناختی در این رویکرد مهم است توجه به کیفیت روابط با دیگران است همینطور در چنین رویکردی حمایت اجتماعی بر اساس آنچه فرد در فکر و ذهن خود احساس می کند اهمیتی زیاد دارد در واقع مهم نیست که فرد دوستانی دارد یا خیر بلکه مهم این است که تصور می کند و در صورت نیاز می تواند روی کمک آنها حساب کند یا خیر این تصور مسئله ای کاملاً روانشناختی است به همین دلیل است که سارامون ترجیح می دهد تا از اصطلاح

حمایت اجتماعی ادراک شده به جای حمایت اجتماعی استفاده کنند پس از حمایت اجتماعی در واقع ادراکی است که فرد از روابط اجتماعی خود با دیگران دارد بنابراین اساس پرسشنامه های مختلفی برای سنجش حمایت اجتماعی ساخته شده است پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده سارامون و پرسشنامه حمایت اجتماعی واکس و همکاران از معروف ترین آنهاست (علیپور ۱۳۸۵).

### انواع حمایت اجتماعی

دانشمندان با تحلیل پدیده ها و تدفین در آنها تلاش می کنند تا طبقات مختلف آن ها و انواع آنها را استخراج کنند روانشناسان نیز از این اصل پیروی می کنند محققان با مطالعه حمایت اجتماعی توانسته اند پنج نوع حمایت اجتماعی را از هم تفکیک کنند (سارافینو ۲۰۰۵)

**الف- حمایت عاطفی؛** در این مهم آیت 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 تسلی دیگران قرار می گیرد مورد حمایت عاطفی قرار گرفته است فردی که دچار استرس می شود با حمایت عاطفی دیگران احساس آرامش و تعلق داشتن به جایی می کند.

**ب- حمایت ارزشی؛** وقتی به فردی احترام می گذاریم او را تشویق می کنیم و یا با نظرات و احساسات او موافقت می کنیم و در کل ضمن تایید وی ارزیابی مثبتی از وی ابراز می نماییم به حمایت ارزشی دست زده ایم مثلاً وقتی مادری به فرزندش می گوید من به تو افتخار می کنم حمایت ارزشی را نشان داده است.

**ج- حمایت ابزاری یا وسیله ای؛** این نوع حمایت شامل کمک های مستقیم دیگران است مثلاً قرض دادن پول کمک به دیگری در تعمیر ماشین کمک در نظافت منزل کمک در آشپزی جزو حمایت های مادی یا ابزاری قرار می گیرند.

**د- حمایت اطلاعاتی؛** ارائه هرگونه اطلاعات به فرد درباره موضوع یا مسئله ای. خواص حمایت اطلاعاتی تلقی می شود برای مثال پزشکی که درباره جراحی بیمار با وی صحبت می کند و او را از حالت ابهام خارج می کند یا فردی که درباره انتخاب رشته داوطلبان کنکور وی را راهنمایی می کند به حمایت اطلاعاتی دست زده است.

**ه- حمایت شبکه‌های؛** عضویت فرد در گروه نهاد یا موسسه اجتماعی فرهنگی و ورزشی یا مذهبی باعث ایجاد شبکه‌های اجتماعی می‌شود که در مواقع ضروری به فرد کمک می‌کنند این نوع حمایت به حمایت شبکه‌های موسوم است.

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.

سوال بعدی روانشناسان این است که از بین حمایت‌های اجتماعی کدام یک اهمیت بیشتری دارند پاسخ این سوال بستگی به موقعیت استرس‌زای فرد دارد مثلاً بیماری که در انتظار عمل جراحی پیچیده‌ای است بیشتر معنادار حمایت اطلاعاتی است فردی که اتومبیلش پنچر شده و وسایل تعویض چرخ را ندارد و بیشتر نیازمند حمایت وسیله‌ای یا ایزاری است با این حال چون استرس‌های شدید مومن اثرات عاطفی و هیجانی در فرد می‌گذارد و همچنین برخی عزت‌نفس 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 عمده‌ای ایفا می‌کنند

### مدلهای حمایت اجتماعی

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

**فرضیه سپر مانند؛** این فرضیه مبتنی بر مطالعات زیادی است که نشان می‌دهد 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 بر اساس 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 کهن و ویلز ۱۹۸۵ معتقدند که محافظت و حمایت اجتماعی از طریق دو راه است راه اول شامل فرآیند 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 و آن استرس را خیلی منفی ارزیابی نمی‌کند راه دوم تعدیل واکنش

در برابر استرس است یعنی اگر فرد استرس را به صورت منفی ارزیابی کرده باشند پشت گرمی دیگران و یا احساس ذهنی ناشی از حمایت دیگران باعث می‌شود تا واکنش شدیدی به آن استرس نشان ندهد.

**فرضیه تاثیر مستقیم؛** بر اساس 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 به ویژه 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 به صورت تصویری نقش هر دو مدل اجتماعی را نشان می‌دهد.

در نمودار ۴-۱ قسمت به نشان دهنده فرضیه تاثیر مستقیم و قسمت الف نشان‌دهنده فرضیه سپر مانند است.

### حمایت اجتماعی و سلامتی

بررسی‌های زیادی نشان داده اند که بین حمایت اجتماعی و سلامتی ارتباط معنی داری 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 رابطه ای معکوس دارد یعنی هر چقدر حمایت اجتماعی کمتر باشد میزان مرگ و میر هم بیشتر است این واقعیت از بررسی طولی سلامتی و مرگ و میر سالمندان در سالهای متمادی حاصل شده است. وانگ، و رولی ۲۰۰۳ باروش فراتحلیلی ۱۸۲ پژوهش در این خصوص را بررسی کردند و دریافتند که حمایت اجتماعی قویترین عامل پیش بینی کننده سلامت در زندگی است با اینحال چگونگی تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامتی و ابتلا به بیماری همچنان نیازمند پژوهش‌های بیشتری است روانشناسان سلامت تلاش کرده اند تا چگونگی تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامتی را به طریق مختلفی تبیین کنند.

## حمایت اجتماعی و تغییرات فیزیولوژیک

حمایت اجتماعی با مکانیسم های فیزیولوژیک پاسخ دهی به استرس مرتبط است. چندین مطالعه نشان داده‌اند که داشتن حمایت واکنش پذیری دستگاه خود مختار به شرایط استرس زا را کاهش می دهد برای مثال کسانی که حمایت اجتماعی بالایی دارند در برابر استرس و افزایش ضربان قلب و فشار خون کمتری را تجربه می کنند. پژوهش اوچینو ۲۰۰۴ نشان می دهد که در برابر استرس آزمایشگاهی پاسخ افراد دارای حمایت اجتماعی بالا با کاهش واکنش پذیری همراه است و در چنین شرایطی تعاملات اجتماعی منفی پیش بینی کننده واکنش پذیری زیاد در برابر استرس است. همینطور وقتی دوستی در کنار فرد است واکنش های فیزیولوژیکی فرد در برابر استرس آزمایشگاهی کمتر است این مطالعات تبیین می کنند که چگونه حمایت اجتماعی می تواند با فشار خون مرتبط باشد زیرا افرادی که در چنین شرایطی پاسخ های خود مختار بیشتری نشان می دهند با احتمال زیادی دچار فشار خون می شوند که خود به بیماری های مختلف از جمله قلبی عروقی مرتبط است (ریکون و همکاران ۲۰۰۱) در واقع حمایت اجتماعی بدین صورت آسیب پذیری بدن نسبت به استرس را تغییر می دهد.

به نظر شما چرا حمایت اجتماعی تغییرات فیزیولوژیک در پاسخ به استرس را کاهش می دهد؟ پاسخ خود را با همکلاسی های تان در میان بگذارید.

## تغییرات ایمنی بدن

یکی دیگر از راه هایی که از طریق آن حمایت اجتماعی بر آسیب پذیری نسبت به بیماریهای عفونی و سرطان تاثیر می گذارد تغییرات شاخص های ایمنی است. پژوهش های مختلف نشان داده است که حمایت اجتماعی با تکثیر سلولهای لنفوسیتی T و افزایش سطوح سلول های کشنده طبیعی (NK) مرتبط است (کیکولت و همکاران ۲۰۰۲ علی پور ۱۳۸۵)

همینطور مطالعه دیگری در محیط کار نشان داده است که افرادی که شبکه حمایت اجتماعی گسترده ای دارند سطوح بیشتری از سلول های NK در خون خود نشان می دهند (استپتو و همکاران ۲۰۰۴) در واقع افزایش چنین سلول هایی در خون نشان دهنده 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 بیماری‌های رابطه‌معداری دارد (علیپور و نوور بالا ۱۳۸۳) اعتما لان 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 و اطرافیان به آنها گوشزد می‌کنند اگر تغییری در وضعیت سلامتی آنان رخ دهد از محیط اجتماعی خود پشوراند دریافت می‌کنند ورزش 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 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 (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 بر عکس عکس 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 فرایند ارزیابی شناختی که در ایجاد استرس با اهمیت است تأثیر می گذارد این تأثیر را می توان هم در ارزیابی اولیه و هم در ارزیابی ثانویه ملاحظه کرد یعنی کسانی که حمایت اجتماعی بالایی دارند و بقاء منفی را کمتر استرس زا ارزیابی می کنند در صورت ارزیابی واقعه به عنوان استرس زا در مرحله بعد باید ببینند که آیا با منابع در دسترس خود می توانند به مقابله با استرس پردازند یا خیر در اینجا نیز کسانی که شبکه اجتماعی بهتری دارند با اتکا به آن شبکه اجتماعی استرس را کمتر تهدید کننده ارزیابی می کنند از طرف دیگر در مقابله با استرس نیز حمایت اجتماعی تأثیر گذار است اصولاً جستجوی حمایت اجتماعی می تواند یکی از روش های مقابله با استرس باشد به هر حال وقتی با واقعه استرس زا تلقی شد و فرد با واکنش های فیزیولوژیک به آن واقعه پاسخ می دهد باز هم در اینجا حمایت اجتماعی تأثیر گذار است افراد واجد حمایت اجتماعی بالا با تغییرات خفیف فیزیولوژیک و افراد فاقد حمایت اجتماعی مطلوب واکنش های فیزیولوژیک شدید و افراطی به وقایع استرس زای زندگی خویش پاسخ می دهند در نتیجه شانس بیمار شدن افراد دارای حمایت اجتماعی پایین بدترین طریق افزایش می یابد.

با توجه به آنچه گفته شد حمایت اجتماعی از طریق متفاوتی بر سلامتی و ابتلا به بیماری ها تأثیر می گذارد و چگونگی این تأثیر در نمودار ۴-۲ مشاهده می شود

## فصل پنجم

### احساس کنترل و سلامتی

سلامتی از متغیرهای مهمی تأثیر می پذیرد شخصیت و حمایت اجتماعی از جمله متغیرهایی هستند که بر ابتلاء به بیماریهای جسمی تأثیر می گذارند یکی دیگر از متغیرها مهم که بر سلامتی تأثیر میگذارند احساس کنترل است در این فصل احساس کنترل فردی تعریف می شود و ارتباط آن با سلامتی با توجه به راههای احتمالی مورد بررسی قرار می گیرد.

مفهوم منبع کنترل در واقع یک خصیصه شخصیتی است که ابتدا توسط راتر ۱۹۶۶ تصویر ۵-۱ را ببینید در راستای نظریه یادگیری اجتماعی مطرح شده است راتر منبع کنترل را اینگونه تعریف کرده است انتظار کلیه فرد از نتایج یک رویداد که با درد 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 و بخت یا تحت کنترل دیگران نیرومند نسبت می‌دهند و یا معتقدند که رویدادها به دلیل پیچیدگی زیاد محیط غیر قابل پیش بینی هستند از طرف دیگر افراد با منبع کنترل درونی 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 و مهارت‌ها و خصیصه‌های شان بر نتایج اثر بگذارند.

منبع کنترل را در هر موقعیت مشخص کنید

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 علت آن را در ذهن خویش تعبیر و تفسیر نماییم و در یابیم که علت آن چیست منبع کنترل راهی است برای پیدا کردن علت ذهنی رویدادها ظاهراً این کار راهی است که توسط آن شناخت بهتری نسبت به رویدادها و وقایع که 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 مسئول اتفاقی که افتاده است خودمان هستیم دیگر بیرونی یا خارج از خودمان یعنی مسئول واقعه چیزی یا شخصی بیرون از ماست پس منبع کنترل نقش بسیار تعیین کننده‌ای در شناخت‌های ما ایفا 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 تلاش‌های شان می‌تواند امور را تغییر دهد یا به عبارتی مسئول سرنوشت خویش هستند و منبع کنترل آنها درونی است اما کسانی که سرنوشت شانس و اقبال یا قدرت دیگران را در امور زندگی خود موثر می‌دانند یا به عبارتی عواملی خارج

از خود را مسئول سرنوشت خویش می دانند و معتقدند خود نقشی در این زمینه ندارند منبع کنترل متفاوت است بگوییم که افراد دارای منبع کنترل درونی تمایل دارند راهبردهای خوب را حفظ کنند و راهبردهایی که احتمالاً به شکست منتهی می شود را کنار بگذارند درباره ارتباط منبع کنترل با سلامتی گفته می شود اشخاصی که تحت تاثیر منبع کنترل درونی هستند روی هم رفته سالم تر و مثر ثمر تر هستند چنین اشخاصی در جستجو اطلاعات بیشتر هستند هدف مدار ند و بهتر می توانند با مسائل برخورد کنند در حالی که افراد دارای منبع کنترل بیرونی نشانه هایی از بی حالی و رخوت را به نمایش می گذارند (الفستروون و کراتز ۲۰۰۶)

آیه: لیس للانسان ما سعی؛ با کدام نوع کنترل درونی بیرونی ارتباط دارد.

به طور کلی به نظر شما آموزه های دینی ما کدام نوع کنترل درباره وقایع روزمره را ترویج می کنند چرا؟

**یکی از مواردی که در آنها منبع کنترل اهمیت زیادی پیدا می کند موقعیت های استرس زا است** یعنی موقعیت هایی که فرد دچار یک تغییر غیرمنتظره ای شده است و با توجه به منابع درونی خود نمی تواند با شرایط جدید خود را تطبیق دهد در چنین موقعیت هایی نقش منبع کنترل در تعبیر و تفسیر استرس مهم تلقی می شود یکی از جنبه های مهم که در مواقع استرس زا اهمیت زیادی دارد میزان کنترل شخص بر استرس و عدد را که وی در آن خصوص است نداشتن احساس کنترل در واقع استرس زا می تواند باعث ایجاد درماندگی آموخته شده شود که خود افسردگی زاست (تیلور ۲۰۰۳) احساس کنترل فشار روانی را کم می کند و امکان استفاده از راهبردهای حل مسئله در رویارویی با فشار روانی را فراهم می سازد کسی که احساس کند بر استرس های خود 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 نمی شوم.

احساس کنترل به انسان ها تحت استرس که مشکلات سلامتی دارند مثلاً به بیماری سرطانی و سالمندان خیلی کمک می کند تحقیق جالبی توسط جودیت رایدن والن لانگر ۱۹۷۷ روی گروهی از سالمندان ساکن خانه سالمندان انجام شده است در این پژوهش به گروهی از سالمندان گلدون هایی داده شده و به آنها اجازه داده شده

تا خود محل نگهداری آن را تعیین کنند در مواقع ضروری به آنها آب داده و به نحوی که خود می‌دانند از آنها مراقبت کنند اما در گروه کنترل فقط گلدونها را به صورت امانی در اختیار سالمندان قرار می‌دادند و آنها اجازه هیچ کاری از جمله آب دادن آنها را نداشتند و در واقع هیچ کنترلی روی گلدون‌ها نداشتند در یک دوره ۱۸ ماهه میزان سلامتی و مرگ و میر در دو گروه بررسی شد افراد گروه اول سلامتی بهتری داشتند و گروه دوم سلامتی کمتر و میزان مرگومیر بیشتری داشتند

احساس کنترل مشخصاً **❖** عث 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 باشد 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 یک منبع کنترل بیرونی و درونی از راهبردهای مقابله‌ای متفاوتی برای کنترل عوامل استرس‌زا استفاده می‌کنند (هان 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 مسئله یا جستجوی اطلاعات بهره‌گیرند از این رو برآیند های منفی کمتری را تجربه می‌کنند اما افراد با منبع کنترل بیرونی که رویدادها را غیرقابل کنترل ارزیابی می‌کنند از راهبردهایی برای کاهش برآیند های منفی مثل اجتناب استفاده می‌کنند اما این راهبردها ضرورتاً استرسورها را کاهش نمی‌دهند شواهد تجربی فراوان برای تایید 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 مسئله فعالانه استفاده می‌کنند کارور و همکاران ۱۹۸۹ نیز رابطه مثبت بین مقابله فعالانه و منبع کنترل درونی را نشان دادند همینطور رابطه مثبت بین مقایسه اجتناب از جمله مقابله مبتنی بر فاصله‌گیری یا مقابله منفعلانه و منبع کنترل بیرونی نیز

تایید شده است همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند که منبع کنترل متغیر تعدیل‌کننده مقابله و سازگاری است یعنی افراد دارای منبع کنترل درونی بهتر از اشخاص یا 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 (هپلر و همکاران ۱۹۹۵)

### منبع کنترل سلامتی

منبع کنترل ای که ابتدا توسط روترح شده تمام جنبه‌های زندگی را شامل می‌شد این مفهوم در حوزه‌های مختلف روانی و اجتماعی به کار گرفته شد از جمله حوزه‌هایی که از این مفهوم به‌وفور استفاده کرده حوزه سلامتی و بهداشت است در حوزه روانشناسی سلامت کم‌کم منبع کنترل سلامتی مطرح شد منظور از منبع کنترل سلامتی درجه‌ای است که فرد احساس می‌کند اعمال یا عوامل بیرون از خود مسئول حالت سلامتی او هستند منبع کنترل سلامتی پیش‌بینی‌کننده رفتارهای بهداشتی فرد است برای سنجش منبع کنترل سلامتی پرسشنامه چند بعدی منبع کنترل سلامتی توسط والستون، والستون و دی‌ولیس ۱۹۷۸ ساخت شد در این پرسشنامه سه بود برای منبع کنترل سلامتی مطرح شده است این سه بعد یاسه خرده‌مقیاس سه عامل مختلف که تعیین‌کننده رفتار سلامتی هستند را اندازه‌گیری می‌کنند درونی بودن دیگران قدرتمند و شانس منظور از درونی بودن درجه‌ای است که یک فرد احساس می‌کند خودش مسئول و سلامتی خویش است در واقع این بعد مشخص می‌کند که تصمیمات و اعمال شخصی تعیین‌کننده وضعیت سلامتی است و خرده‌مقیاس شانس عبارت است از درجه‌ای که فرد احساس می‌کند عوامل شانس مسئول او هستند و خرده‌مقیاس دیگران قدرتمند تعیین می‌کند که تا چه حد یک فرد احساس می‌کند متخصصان بهداشتی اعضای خانواده افراد مذهبی و دوستانش بر وضعیت سلامتی او موثرند در واقع که منبع کنترل سلامتی بیرونی دارند احساس می‌کنند که سلامتی آنها نتیجه عواملی خارج از خودشان وقایع شانس 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

جدول ۵-۱ مثال هایی از سه بعدی منبع کنترل سلامتی

درونی؛ اگر من مریض شوم رفتار خودم تعیین می‌کند که چقدر زود می‌توانم مجدداً خوب شوم

شانس؛ بخت 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 سوال ها پاسخ دهید؛

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

۲- کسانی که معتقدند مسئول 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؟

پژوهش های مختلف کاربرد مقیاس چند بعدی منبع کنترل سلامتی در رفتارهای سلامتی را نشان داده است برای مثال نرمن و همکاران ۱۹۹۸ با اجرای این آزمون روی ۱۱۶۳۲ نفر از مردم انگلیس نشان دادند که افرادی که درونی هستند با احتمال بیشتری در رفتار های سلامتی مشارکت می‌کنند و الستون و همکاران ۱۹۷۶ متوجه شدند افراد مبتلا به فشار خونی که نمره بالایی در خرده مقیاس درونی مقیاس چند بودی منبع کنترل سلامتی داشتند و بیشتر تمایل به کسب اطلاعات درباره بیماری و مطالعه بروشورهای آموزشی داشتند همچنین هاشیموتو و فوکوهارا ۲۰۰۴ نیز دریافتند افرادی که نمره پایین در خرده مقیاس دیگران قدرتمند داشتند به صورت فعالانه در جستجوی اطلاعات بودند همچنین تحقیقات نشان داده است افرادی که از نظر وضعیت سلامتی درونی هستند بهتر از توصیه های درمانی و برنامه های تجویز شده مثلاً ورزش و رژیم غذایی پیروی می‌کنند

## احساس کنترل

همانطور که می‌دانید عمده افراد دوست دارند زمام اختیار رویدادهای زندگی خویش را در دست خودشان داشته باشند یعنی همه مردم به احساس کنترل فردی نیاز دارند احساس کنترل یعنی اینکه احساس کنند می‌توانند درباره جنبه‌های مختلف زندگی خود فکر کنند تصمیم‌گیری کنند و برای رسیدن به نتیجه مطلوب و اجتناب از نتیجه نامطلوب اقدامات موثری انجام دهند و پژوهش‌ها نشان می‌دهد که احساس کنترل پایین با فرسودگی بیشتر به هنگام استرس ارتباط دارد را دین ۱۹۸۶ احتمالاً با کنش 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 هیجان‌انگیز و خود را قادر به کنترل آن رویداد می‌داند مثبت‌تر و میزان استرس او پایین‌تر از زمانی خواهد بود که تغییر را کلاک 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 می‌پوشند کنترل را به دست آورند و آن کنترل را حفظ کنند.

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

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

## انواع کنترل

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

**الف- کنترل شناختی؛** این کنترل به معنای توانایی استفاده از فرایندها یا

راهکارهای فکری برای تعدیل استرس است در واقع منظور از کنترل شناختی آن است که آیا فرد معتقد است که او حوادث را هدایت می‌کند یا برعکس راهکارهای کنترل شناختی شامل اندیشیدن در مورد واقعه به گونه‌ای متفاوت یا توجه به فکر

ایا احساسی خوشایند است برای مثال یکی از اشکال کنترل شناختی انصراف توجه است چنین انصرافی مستلزم توجه آگاهانه فرد به چیزی غیر از پدیده نگران‌کننده است توجه همراه با گزینش یا تمرکز و برخی جنبه‌های یک موقعیت و نه جنبه‌های دیگر آن است یک موقعیت پزشکی را در نظر 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 شیمی‌درمانی 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 مدیریت:** منظور از این نوع کنترل مدیریت موقعیت استرس را با کسب اطلاعات درباره آن است درباره بیماری‌ها کسب اطلاعات در باب روش کار و احساساتی که فرد دچار آنها می‌شود می‌توانند به کنار آمدن موثرتر و سازگاری و بهبود بعدی کمک کند.

**ج- کنترل تصمیم‌گیری:** در چنین کنترلی برای افراد این امکان وجود دارد که از میان راه‌ها و اقدامات گوناگون درباره حل یک مشکل امکان انتخاب داشته باشد مثلاً خانومی که درگیر فرآیند زایمان است حق انتخاب‌های گوناگونی دارد مثلاً می‌تواند که 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؟؟؟؟؟** یعنی فرد بتواند به صورت رفتاری یا عملی اقداماتی را به منظور کاهش اثرات منفی یک موقعیت استرس را 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 بیمارتنفر 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 معده خود فرو برد چنین کنترل

هایی باعث می‌شود تا اضطرابی را که بیماران در خلال رویدادهای ناراحت‌کننده انتظار دارند کاهش دهند (تامسون ۱۹۸۱).

به نظر شما کدام کنترل اهمیت بیشتری دارد چرا؟

بدهی است که هر یک از انواع چهارگانه کنترل می‌توانند به کاهش استرس ناشی از موقعیت‌های منفی منجر شوند اما ظاهراً کنترل شناختی بیشترین تاثیر سودمند و مفید را برای بیماران دارد.

### کنترل فردی و خودکارآمدی

یکی دیگر از جنبه‌های مهم کنترل فردی خودکارآمدی است این مفهوم که توسط روانشناسان برجسته آلبرت بندورا مطرح شده به معنای اعتقاد به داشتن کارآمدی در موقعیتهای مختلف است بندورا ۱۹۸۶ بر اساس این مفهوم مردم برای انجام کاری از خود سوال‌هایی مطرح می‌کنند مثلاً خود می‌پرسند که آیا یک عمل در صورت انجام صحیح به نتیجه مطلوب منجر شود 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 نحوه صحیح انجام دهد قند خونش پایین می‌آید در صورت داشتن چنین انتقالی این کار را انجام خواهد داد سوال 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 اعتماد و 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 درباره توانایی انجام چنین برنامه‌ای تردید دارد به اعتقاد اولیری

خودکارآمدی به دو طریق بر سلامتی تاثیر دارد (اولیری ۱۹۹۲) اولین افرادی که برای رفتاری خاص احساس خودکارآمدی دارند احتمالاً تلاش بسیار زیاد و سرسختانه 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 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 اعتبارات دارد نظریه اسناد 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 قابل کنترل روبه‌رو می‌شوند از خود سوال می‌کنند که چرا من نمی‌توانم بر این رخداد تاثیر بگذارم و این رخداد تا چه زمانی ادامه می‌یابد پاسخ مردم به این سوال 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 موفقیت‌ها را بررسی می‌کنند.

**۱- درونی- بیرونی؛** این بود 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 این برنامه کاهش وزن شرکت کرده اما موفق نشده است وزن خود را آن طور که خواست 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؛** وقتی شخصی با یک رویداد منفی غیر قابل کنترل رو به رو می‌شود از خود می‌پرسد که آیا این رویداد اتفاقی موقت است یا اینکه دائمی است و همواره خواهد بود اگر کسی تصور کند بیماری ای که به آن مبتلا شده همیشگی است استرس بیشتری تحمل کرده و احتمالاً به افسردگی مبتلا می‌شود که خود می‌تواند بر بیماری وی تاثیر منفی بگذارد و دور باطلی را ایجاد کند.

**۳- کلی- اختصاصی؛** مردم معمولاً در ذهن خویش با این سوال روبرو می‌شوند که آیا عوامل ایجاد واقعه به غیرقابل کنترل وسیع و کلی هستند یا جزئی و اختصاصی برای مثال فردی در برنامه ورزشی کاهش وزن شکست خورده است ممکن است خود را آدم بی اراده‌ای بداند که در هیچ کاری موفق نیست که در این صورت است را به 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 شکست های زندگی خود را به عوامل دائمی و کلی نسبت می دهند در معرض خطر بیشتری برای درماندگی و افسردگی خواهند بود.

باتوجه به نظریه اسناد افرادی که رویدادهای منفی زندگی را ناشی از عوامل درونی دائمی و کلی می دانند و رویدادهای مثبت را بیرونی موقتی و اختصاصی می دانند نسبت به زندگی رویکردی بدبینانه پیدا می کنند که سلامت آنها را با خطر جدی مواجه می کند.

### کنترل و سلامتی

روانشناسان سلامت معتقدند که کنترل و سلامتی از دو راه با هم ارتباط دارند اولین کسانی که کنترل شان درونی است و احساس می کنند بر رویدادهای زندگی تسلط دارند بیشتر توانایی حفظ سلامتی و همچنین پیشگیری از بیماری ها را دارند ثانیاً اگر این افراد به بیماری مزمن مبتلا شوند بهتر با بیماری خود کنار می آیند و در فرآیند توانبخشی و خود نقش سازنده تری ایفا می کنند در واقع احساس کنترل از طرق مختلفی می تواند بر سلامتی تاثیر بگذارد که در شکل ۵-۱ آمده است

با این توضیحات جای تعجب نیست که عمده پژوهشها از نقش مهم کنترل بر سلامتی حمایت می کنند کسانی که کنترل درونی بیشتری دارند کمتر رفتارهای پرخطر و ناسالم از جمله مصرف سیگار را نشان می دهند افراد دارای کنترل درونی کلاً از لحاظ جسمی سالم تر هستند و احتمال فشار خون بالا در آنان کمتر و حمله های قلبی نیز در آنها فراوانی کمتری دارد اگر دچار حمله قلبی شوند با کارکنان بیمارستان بهتر همکاری می کنند و احتمالاً زودتر مرخص می شوند چنین افرادی نسبت به بهداشت خود احتیاط بیشتری به خرج می دهند هنگام رانندگی با اتومبیل بیشتر از کمر بند ایمنی استفاده می کنند و بیشتر قادر به ترک سیگار و اعتیاد هستند آگاهی بیشتری نسبت به بیماری خود پیدا می کنند در برنامه های درمانی و توانبخشی بیش از را به خوبی طی کنند همچنین تحقیقات نشان داده است که کنترل بالا تغییرات مثبتی در عملکرد فیزیولوژیک و دستگاه ایمنی بدن هم ایجاد می کند برای مثال تحقیقات نشان داده است که ادراک کنترل پایین با کاهش تعداد سلول های T به ویژه

در پاسخ به استرس حاد همراه است پیترز و همکاران ۱۹۹۹ همینطور ادراک کنترل بالا نیز با تغییرات مثبت ایمنی همراه بوده است.

برخی پژوهش‌ها در بررسی رابطه 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 به همین دلیل است که افزایش احساس کنترل به عنوان یکی از راهکارهای درمانی برای افزایش سلامت به ویژه در سالمندان مطرح شده است.

## فصل ششم

### شخصیت و سلامتی

همانطور که در درس‌های دیگر به ویژه در روانشناسی شخصیت خوانده‌اید شخصیت عبارت است از الگوهای عاطفی شناختی و رفتاری نسبتاً پایه دار 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 خطرناک همراه است که زمینه را به تدریج برای ایجاد آن بیماری آماده می‌کنند از طرف دیگر رفتارهایی چون خواب و 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 صاحب‌نظران 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 روزمن معرفی شد آنان به نقش علی کلاسترول در ایجاد و گسترش

بیماری‌های قلبی اعتقاد و علاقه داشتند فریدمن و روز نم‌ن در جریان بررسی‌های تجربی خویش در بیماران قلبی 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 جامعه علمی معرفی کنند بر اساس تحقیقات انجام‌شده افراد تیپ A کسانی هستند مبارزه جو رقابت پیشه بی حوصله و پرخاشگر آنان سریع حرف میزنند جاه طلب 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 و سواس گونه دارند (کاپلان و سادوک ۲۰۰۵).

### مولفه‌های 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 مولفه دارد:

۱- **خصومت و عصبانیت رقابت طلبی** و احساس فوریت زمانی در زیر این مولفه‌ها تعریف می‌شوند برانگیخته می‌شوند و از کوره در می‌روند در واقع می‌توان گفت که به راحتی عصبانیت و خصومت در آنان برانگیخته می‌شود.

۲- **فوریت‌های زمانی؛** افراد دارای تیپ A به گونه‌ای رفتار می‌کنند که انگار با ساعت جدال دائمی دارند این افراد در برابر دیر کردها و اتلاف وقت‌ها بسیار بی‌صبر و بی‌طاقت می‌شوند همیشه برنامه‌های شان فشرده است و اغلب سعی می‌کنند همزمان پیش از یک کار انجام دهند عمدتاً تصور می‌کنند که وقتشان کم است بگونه‌ای که گویی شبانه‌روز برای ایشان کمتر از ۲۴ ساعت است.

۳- **رقابت؛** افراد دارای نوع A به انتقاد کردن از خود و سرزنش خویشان تمایل دارند و رغم تلاش‌ها از توفیق‌شان احساس خوشنودی نمی‌کنند لذا همواره به تلاش بیشتر و مسابقه و رقابت برای رسیدن به اهداف خود استفاده می‌کنند.

فکر کنید و پاسخ دهید؛

به نظر شما کدام یک از مولفه‌های تیپ شخصیتی A اهمیت بیشتری در بیماری دارد چرا؟

ردفورد ویلیامز ۱۹۸۹ تلاش کرده است تا با انجام پژوهش به این پرسش پاسخ دهد به نظر وی مهمترین عامل از میان عوامل سه گانه تیپ شخصیتی A جزء عصبانیت و خصومت است وی در پژوهش خود میزان ابتلا به بیماری قلبی و کلاً مرگ و میر 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 می دهند که خصومت احساسی کشنده است که اگر به صورت بدبینی و بی اعتمادی نسبت به دیگران خود را نشان دهد احتمالاً به سلامت فرد آسیب می رساند (سلیگمن ۱۹۹۳) همچنین خصومت با واکنش پذیری قلبی عروقی رابطه دارد.

### تیپ A و سلامتی

پژوهش های متعددی نشان داده است که افراد نوع A مشکلات تنفسی مختلفی را نشان اما سوال بعدی این است که الگوی رفتاری تیپ A چگونه میتواند بیماری قلبی عروقی کرونر را ایجاد کند در پاسخ به این سوال می توان راه های مختلفی در نظر گرفت اولاً برانگیخته شدن های شدید و پی در پی باعث فرسایش دستگاه قلبی عروقی می گردد یکی از راه هایی که از طریق آن این تغییرات بر قلب تاثیر می گذارد تغییرات هورمونی است تغییر زیاد و مداوم هورمون هایی چون اپی نفرین و نوراپی نفرین می تواند به قلب و عروق خون آسیب برساند راه دیگر فشار خون است افراد تیپ A بیش از دیگران دچار فشار خون بالا می شوند عوامل دیگر رفتاری است افرادی دارای تیپ A بیش از دیگران از مشروبات الکلی استفاده می کنند بیش از دیگران از دخانیات مثل سیگار استفاده می کنند و همین طور در ترک سیگار نیز مشکلات بیشتری دارند همینطور افراد دارای تیپ A بیشتر از دیگران خستگی خود را مخفی می کنند و به رغم آسیب دیدن تا آخرین توان خویش کار می کنند و این خستگی های مکرر باعث فرسایش فیزیکی دستگاه های چون دستگاه قلبی عروقی می شوند در نمودار ۶-۲ این تاثیرات آمده است

بیماریهای دستگاہ گوارش مانند زخم سوءهاضمه و تحول را به میزان بیشتری گزارش کرده‌اند (سارافینو ۱۳۸۴).

همینطور گزارش بیماریهای فشارخون و به ویژه بیماری های عروق کرونر در آنان بیشتر است بیماریهای عروق کرونر در نتیجه تنگی یا گرفتگی عروق کرونری که خون را به قلب می رساند ایجاد می شوند این بیماری ها شامل آنژین تصلب شرایین و سکته قلبی هستند.

افراد دارای الگوی رفتاری تیپ A واکنش شدیدتر و افراطی تری به محرک ها از جمله استرس ها نشان می دهند آنها گویی تمایل دارند در زندگیشان موقعیت های پرزحمت به وجود آورند چون عجول و بی صبر هستند بیشتر از افراد بردبار دچار تصادم می شوند تحقیقات همچنین نشان داده است که افراد واجد تیپ A واکنش پذیری بیشتری در شرایط تهدید و استرس دارند و در برابر چنین موقعیت هایی برانگیختگی فیزیولوژی از جمله فشار خون ضربان قلب و کاتکول آمین های پلاسمای بیشتری در قیاس با دیگران نشان می دهند همچنین برخی تحقیقات نشان می دهد که مردان بیش از زنان اعتماد دارد الگوی رفتاری تیپ A را نشان دهند ارتباط بین الگوی رفتاری با بیماری در نمودار ۶-۱ نشان داده شده است.

تحقیقات نشان داده شده است که افراد دارای تیپ شخصیتی A در مواجهه با انتقاد یا سرد شدن با افزایش سطح چربی سرم و اثرات نا مربوط سلامتی مواجه می شوند. (ایروین و همکاران ۱۹۹۸). همچنین تیپ شخصیتی A همانند سیگار کشیدن کلسترول بالا می تواند از عوامل خطرزای مهم بیماری عروق کرونر و فشاری خون صرفنظر از الگوی رفتاری تیپ A الگوهای دیگری نیز می توانند بر سلامتی تأثیر بگذارند در الگوی رفتاری تیپ B سطح رقابت پایین است فوریت زمانی و خصومت وجود ندارد آنان بیشتر تمایل به آسان گیری دارند و نگاهشان به زندگی فیلسوفان است و بقول سارافینو بیشتر امکان دارد بایستند و گل سرخی را بگویند و از این کار لذت ببرند همینطور گروهی دیگر از محققان آیزنک ۱۹۹۴ تیپ شخصیتی C را مطرح کرده اند این افراد هیجانات خود را سرکوب می کنند 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 و تأثیر آن بر سلامتی سخن گفته است.

## سخت روی

یکی از مهمترین ویژگی های شخصیتی که در مورد توجه روانشناسان به ویژه روانشناسان سلامت قرار گرفته است سخت رویی است مفهوم سخت رویی ابتدا توسط سوزان کوباسا مطرح شد خوب آسان ۱۹۷۹ و کوباسا مدی و کاهن ۱۹۸۲ و کوباسا مادی و پوچتی و زولا ۱۹۸۵ وی سخت رویی را بر اساس تفسیر هایش از روانشناسی وجودی در زمینه اثرات تلاش مثبت بر مواجهه موثر با مشقات زندگی سازمان داد طبق نظر وی سخت رویه سه مولفه دارد که عبارتند از کنترل تعهد و چالش (کراوتز و همکاران ۱۹۹۳).

سوباسا صخره روئی را نوعی فرآیند ارزیابی شناختی تعریف می‌کند که مولفه کنترل در آن به صورت باور فرد به اینکه توان کنترل یا تاثیرگذاری بر تجارب زندگی خود را دارد تعریف می‌شود مولفه تعهد بیانگر این احساس است که فرد می‌تواند به شکل امیری به فعالیت های زندگی خود بپردازد مولفه چالش تلقی کردن تغییرات زندگی به عنوان موقعیت ها و محرک هایی برای رشد است بنابراین سخت رویی دارای سه خورده مقیاس است تحقیقات مختلف از نقش سخت رویی در افزایش سلامتی حمایت می کند

## حس انسجام

بارقه های شکل‌گیری مفهوم حس انسجام به سال ۱۹۷۰ برمیگردد حس انسجام توسط آرون آنتونوسکی جامعه شناسی که مشغول تحلیل داده های 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 می شدند آنتونوسکی دریافت برخی از زنان گروه کنترل و نیز بعضی از بازماندگان اردوگاه های آلمان نازی در سلامت عاطفی کاملاً خوبی قرار دارند همین یافته در مورد سلامت جسمانی هم تایید شد آنتونوسکی به جای توجه به وت درصد های به‌دست‌آمده توجه خود را به طور کامل به این نکته معطوف کرد که ۲۹٪ اردوگاهی با وجود از سر گذراندن دشوار در سلامت قابل قبولی بودند مادسن و همکاران ۲۰۰۵ در این بررسی بو دریافتند بود که تنش های وارده به فرد نمی تواند پیش بین قابل اطمینانی برای بروز اختلال روانشناختی در آن فرد

باشد آنتونوسکی نوشته است هرگز نمی توان با قطعیت گفت همه مردم تحت استرس بیمار می شوند حتی آنهایی که تحت استرس شدید بوده اند آنتونوسکی در جای دیگر می نویسد.

موقعیتی استرس آسیب زا خواهد بود بنابراین سلامت در دیدگاه آنتو نوسکی بر عواملی استوار است که استعداد پاسخ دهی فرد به استرس را مشخص می کنند عواملی که پایه سوالات آزمون حس انسجام قرار گرفته اند به اعتقاد او نیروی حس انسجام پیامده ای فیزیولوژیک به دنبال دارد و از طریق همین پیامدها سلامت فرد را تحت تاثیر قرار می دهد آنتو نوسکی تاکید داشته است که یک حلقه ارتباطی علی (سببی) بین حس انسجام مفهوم سازی شده توسط او و سلامت جسمی وجود دارد (نیل کرافورد و روت ۲۰۰۴).

این نوع جهت گیری به جهت گیری سلامتی زا موسوم است که تلاشی در جهت فهمیدن این نکته است که چرا انسان ها در آن جهت پیوستار که به سلامت منتهی می شود و یا در جهت مقابل آن قرار می گیرند این دیدگاه در نقطه مقابل جهت گیری آسیب شناختی است که در آن حرکت به طرف بیماری توضیح داده می شود و در آن طیف وسیعی از استرس های زندگی از عوامل میکرو بیولوژیک تا طبقه اجتماعی و فرهنگی مورد بررسی قرار می گیرد آنتونوسکی تاکید داشته است که یک حلقه ارتباطی علی (سببی) و سلامت جسمی وجود دارد مادسن و همکاران ۲۰۰۵ نتیجه می گیرند به نظر می رسد آنتونوسکی در عملیاتی کردن مفهوم حس انسجام از طریق آزمون ۲۹ پرسشی ایده های ذهنی فرد را با جنبه های هیجانی رویدادها در آمیخته است.

آنها هم چنین نتیجه می گیرند که وضعیت هیجانی است که می تواند در تعیین سلامت جسمانی ما موثر باشد نه وضعیت روانی ما آنچه آزمون حس انسجام می سنجد و رابطه اندک تا متوسط آن با سلامت جسمانی به سوالاتی مربوط می شود که به ارزیابی هیجان اختصاص دارند بنابراین اگر بخواهیم آزمون حس انسجام ای 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 سخت رویی چه شباهتها و تفاوتهایی با هم دارند؟

## حس انسجام و سلامت جسمانی

اگرچه بر اساس پژوهش‌های متعدد همبستگی نمرات حاصل از حس انسجام مقیاس ۱۳ سوالی و مقیاس ۲۹ سوالی با سلامت روانشناختی در حد قابل قبولی بالاست (هارت و همکاران ۲۰۰۶ و کورتکوف ۱۹۹۳ و استرامپفر ۱۹۹۸) اما برخی تحقیقات نشان داده‌اند که آزمون حس انسجام نمی‌تواند رابطه قابل توجهی با سلامت جسمی فرد نشان دهد نتیجه‌ی پژوهش‌ها نشان می‌دهند که فقط ۴ درصد الی ۲۰ درصد سلامت جسمانی را می‌توان از نمره حس انسجامی که از آزمون موجود به دست می‌آید توضیح داد مادسن و همکاران ۲۰۰۵ در حالیکه همبستگی بین حس انسجام و سلامت روانی در اکثر پژوهش‌ها بالای ۰/۵ بوده است آنتونوسکی خود الزهار او پرده 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 استرس زای آسیب رسان جسمی را کنترل میکند محقق می‌شود (هارت و همکاران ۲۰۰۶) پژوهشگران بعد از آنتونوسکی به دنبال پاسخ این سوال بوده‌اند که آیا بین حس انسجام و سلامت جسمانی رابطه مستقیمی وجود دارد یا نه؟ برخی تحقیقات رابطه‌ی ای به دست 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 روان شناختی صورت گرفت نتایج به دست آمده بیانگر این است که آزمون حس انسجام || با هر سه نوع نمره سلامت به دست آمده رابطه مثبت دارد ضریب همبستگی حس انسجام با نمره سلامت جسمانی ۳۳۸ درصد با نمره علائم جسمی ۲۸۲ درصد و با نمره سلامت روانشناختی ۵۷۸/۰

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

پیش بینی اختلالات متأثر از استرس بین نمرات این آزمون و دوره بهبودی بعد از اعمال جراحی رابطه معنی دار نشان داده‌اند به طوری که افراد دارای نمره حس انسجام بالا در زمان کوتاه تری بهبود می یابند و با تحمل بالاتر عارضه کمتر و روحیه بهتری دوره درمان را سپری می کنند (چامبرلین و همکاران ۱۹۹۲) بنابراین این آزمون می تواند یک ابزار پیش بین در مورد پیامدهای روانشناختی و فیزیولوژیک عمل جراحی تلقی می شود.

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

الکل دخانیات و مواد روانگردان؛ سوء مصرف الکل عموماً به عنوان یک عامل خطرزا برای رفتار سالم و عامل موثر در بروز معضلات اجتماعی مورد بحث بوده است از یک طرف الکل به عنوان روشی برای کنار آمدن با استرس ها ناکامی ها مورد سوء مصرف قرار می گیرد و از طرف دیگر همین رفتار بر کارآمدی فرد تاثیر منفی پیشرونده می گذارد.

توماس لند کوئست ۱۹۹۵ از دانشگاه لوند سوئد در یک مطالعه رابطه حس انسجام را با مصرف حشیش مورد بررسی قرار داد و نتایج نشان داد که تمام مصرف کنندگان حشیش در تمام آزمون های جهت گیری به زندگی و در تمام زیر مقیاس های آنها نمرات پایین می گیرند بعد از گذشت ۶ هفته پس از درمان نمرات حس انسجام و زیر مقیاس های آن در دامنه نمرات افراد در گروه کنترل قرار گرفت سیگار کشیدن شایع ترین علت بیماری و مرگ زودرس در ایالت متحده است بورنس و جانستون ۲۰۰۲ می گویند تقریباً مصرف کنندگان تنباکو قبل از تحصیلات

دبیرستان شروع به مصرف می کنند بنابراین اگر جوانان از تنباکو اجتناب کنند بسیاری از آنان هرگز به مصرف آن روی نخواهد آورد لینچ بانی ۱۹۹۴ در پژوهشی کارون گلایز و همکاران ۲۰۰۵ نشان داد حس انسجام پیش بین قوی برای

مبادرت به سیگار کشیدن در ۱۷ سالگی است یعنی دانش آموزانی که بالاترین نمرات را در آزمون حس انسجام گرفتند به صورت با ثباتی اصلاً سیگار نکشیده بودند یا در ۳۰ روز اخیر سیگار نکشیده بودند همین طور افزایش مصرف سیگار با کاهش نمره حس انسجام همراه بود از میان ۳ زیرمقیاس حس انسجام قابل مدیریت بودن قویترین پیش بین برای رفتار سیگار کشیدن شناخته شد.

دیابت بیماری قلبی سکته و آرتروز: در حوزه بیماری ها این آزمون توانسته است یکی از عوامل روانشناختی موثر و پیش بین در بروز بیماری هایی 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 حفظ انسجام ضعیف با  $0.46/0$  ریسک ابتلاء بالاتر در مشارکت کنندگان پیوستگی دارد این ارتباط مستقل از سن تحصیلات و وضعیت تأهل گرفتاری و فشار روانی خود ارزیابی سلامتی استعمال دخانیات عادت مشروب خواری و نوع فعالیت های جسمانی بود لندن و نوربرگ ۲۰۰۸ برای ارزیابی اهمیت حس انسجام در سلامت ذهنی اشخاص دارای دیابت وابسته به انسولین پژوهشی اجرا کردند نتایج به دست 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 به محیط ( $r = -0.3/0$   $p = 0.08/0$ ) خستگی ( $p = 0.1/0$  و  $r = 0.69/0$ ) به دست آمد از آنجایی که هیچ همبستگی بین نمرات حس انسجام و کنترل سوخت و ساز به دست نیامد می توان نتیجه گرفت که حس انسجام به عنوان یک عامل موثر در کنار آمدن با احتیاجات ناشی از بیماری به فرد کمک می کند و یک عامل سلامت ذهنی است که از طریق تمرکز بر آن می توان امکان بالقوه ای

برای افزایش کیفیت مراقبت از بیمار دیابتی به دست آورد.

با آزمون حس انسجام پژوهش های نتیجه بخشی روی بیماری های قلبی و سکته ها و بیماری های دستگاه ایمنی و آرتروز صورت گرفته است به طوری که نمرات به دست 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 تاثیر استرس بر رشد بیماری ها در واقع به واسطه اثر استرس بر دستگاه ایمنی بدن است و همانطور که یانگ و گلاسر نشان داده‌اند استرس بر دفاع های ایمنی بدن در برابر بیماری های عفونی تاثیر دارد (علی پور و نوربالا ۱۳۸۳) پژوهش‌ها نشان داده‌اند که آزمون حس انسجام به هیجانات ناشی از وضعیت سلامت فرد حساس است و در واقع برای درک عمیق این رابطه کافی است توجه کنیم که در اکثر پرسش‌ها احساسات فرد مورد سوال است و بر اساس یکی از تعاریف اصلی آنتوتو سکی 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 استرس زا با پاسخ‌های دستگاه ایمنی رابطه آشکار و قابل توجه داشته باشد.

ناکامورا و همکاران ۲۰۰۰ در بررسی فعالیت سلول‌های NK بر آب ته آن با عوامل روانشناختی و حس انسجام در مردان سیگاری نشان دادند با این حساب انسجام و استرس همبستگی منفی متوسط وجود دارد و استرس فیزیکی و روانشناختی می‌تواند پارامتر های ایمنی شناختی به ویژه سلول‌های NK و عملکرد آنها را تحت تاثیر قرار دهد این سلول ها اولین خط دفاعی ایمنی هستند که بدون واکسین سازی قبلی بر علیه سلول های مهاجم وارد عمل می‌شوند و به قول آنتونوسکی عوامل استرس زا اگرچه نحس تلقی می‌شوند اما خیلی از مردم حتی وقتی در معرض عوامل استرس زای شدید قرار دارند مریض نمی‌شوند این ظرفیت های مدیریت استرس در فرد است که نتایج مواجهه آن فرد را با استرس تعیین می‌کند مادسن و همکاران ۲۰۰۵.

آیا حس انسجام از راه دیگری به جز دستگاه ایمنی می‌تواند بر سلامتی تاثیر بگذارد چگونه؟

## ارتباط پنج عامل بزرگ شخصیت با سلامتی

آیا شخصیت زمینه‌ساز ابتلا به بیماری هاست؟ هدف اصلی طب روان تنی 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 پژوهش

های جدید به دنبال این هستند که شخصیت از چه طریقی بر سلامتی تاثیر می‌گذارد؟ مثلاً رفتارهای مرتبط با سلامتی از جمله سیگار کشیدن و ورزش کردن از جمله طریقی هستند که از طریق آنها ویژگی‌های شخصیتی با سلامتی مرتبط می‌شوند.

یکی از رویکردها در روانشناسی شخصیت رویکرد صفات است یا رگه عبارت است از جنبه‌هایی از تفاوت‌های فردی و تمایلات برای نشان دادن الگوهای ثابتی از افکار احساسات و اعمال (مک کراوک وستا ۲۰۰۳ ص ۲۵). در زبان انگلیسی حدود ۴۰۰۰ کلمه وجود دارد که ویژگی‌های شخصیتی را مشخص می‌کنند اما می‌توان این کلمات را در طبقات کوچکتری تقسیم بندی 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 سایکو فیزیولوژی سایکو نورو آندو کرینولوژی و سایکو نورو ایمونولوژی به دنبال کشف مسیرهای زیستی هستند که ویژگی‌های شخصیتی را با بیماری مرتبط می‌کنند (آستون و مک کو ۲۰۰۷). با این حال تصورات قبلی در این خصوص تایید نشده است البته امروز هیچ شک و تردیدی وجود ندارد که صفات شخصیتی و رفتارهای مرتبط با سلامتی تاثیر می‌گذارند (بسما و همکاران ۲۰۰۴). برای مثال این ویژگی‌ها و رفتارهای خطرناک روش ادراک بیمار و سازگاری با بیماری و چگونگی تعامل یا متخصصان سلامتی و توصیه پزشکی تاثیر می‌گذارند (آستون و مک کو ۲۰۰۷).

جدیدترین برای ترین 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 ۵ ویژگی یا صفت شخصی در واقع شخصیت را تشکیل می‌دهند که عبارتند از؛ گشودگی در برابر تجربه نوروزگرایی برون گرایی توافق طلبی و وجدان گرایی که در اینجا به تعریف آنها می‌پردازیم.

### نوروزگرایی

هرچند روانپزشکان امروزه دیگر از اصطلاح نوروز برای طبقه بندی 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 می کنند استرس های درونی و بیرونی آنها را از پای در می آورند و باعث می شوند تا احساس بیچارگی کنند و تکانه عمل کنند این افراد آمادگی تفکر غیر واقعی و خودت نداشت ضعیف را دارند افرادی که در این مقیاس نمره پایین می گیرند برعکس آرامند مقاومند و در برابر استرس ها ایستادگی می کنند.

افراد واجد صفت نوروزگرایی در خطر ابتلا به انواع اختلالات روانی هستند (زاندن من و همکاران ۱۹۹۳). این افراد مشکلات جسمی بیشتری نیز دارند کسانی که اضطراب و افسردگی مزمن دارند شکایات جسمی بیشتری نیز مطرح می کنند نسبت به حالات درونی خود حساس ترند و علائم فیزیولوژیک بدن را بد تعبیر می کنند و همواره آنها را نشانه بیماری تلقی می کنند برعکس کسانی که نمره پایینی در این مقیاس دارند علائم جسمی خود را همواره به حداقل می رسانند.

### نوروز گرایی و سلامتی

افراد واجد نوروزگرایی واکنش های هیجانی هادی از خود نشان می دهند و طبیعی است که تصور کنیم این واکنش های هیجانی حاد پیامدهای فیزیولوژیکی خاصی نیز به دنبال دارد با این حال برخی پژوهشها نتوانستند ارتباط نوروزگرایی با مرگ و میر به علت سرطان را تایید کنند با این وجود نوروزگرایی بر رفتارهای مرتبط با سلامتی تاثیر می گذارد که آنها نیز به نوبه خود به بیماری منتهی می شوند برای مثال خصومت که یک جزء نوروزگرایی است پیش بینی کننده افزایش وزن و نوسان و وزن بوده است (کور مودی و همکاران ۱۹۹۹). مصرف مشروبات الکلی نیز با نوروزگرایی مرتبط بوده است بنابراین نوروزگرایی از طریق تاثیر بر رفتارهای مرتبط با سلامتی می تواند با ابتلا به بیماری ارتباط داشته باشد.

به نظر شما چرا نوروز گرایان به سمت رفتارهای ناسالم بهداشتی می روند؟

### برونگرایی

افراد برونگرا گرم و صمیمی هستند و از روابط شخصی نزدیک لذت می برند آنها طرفدار ارتباطات اجتماعی هستند جرأت ورزی دارند و به سادگی نقشهای رهبری را به عهده می گیرند آنها نیاز به هیجان و سطوح بالای انرژی و فعالیت دارند

خوشبین هستند و به سادگی می‌خندند برعکس یکی از ویژگی‌هایی که درباره برون گرایان 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 ❖ زم است پزشکان خانواده و پزشکان عمومی برون‌گرا باشند تا به بیمار رابطه صمیمانه و گرمی برقرار کنند و به صحبت کردن بیشتر ❖ وی پردازند با این حال بیماران برون‌گرا از این نوع برخوردهای پزشک راضی می‌شوند راه دیگری که دوتا صداره متخصصان سلامت بیشتر پیگیر مطالعه آن هستند این است که برون‌گرایی چگونه بر رفتارهای مرتبط با سلامتی تاثیر می‌گذارد برای مثال کورنیا و همکاران ۲۰۰۲ گزارش کرده اند که برون‌گرایی یت برنامه ورزشی را در سرطانی‌هایی که زنده مانده اند پیش‌بینی می‌کند کریسن و همکاران ۱۹۹۹ نیز نشان داده‌اند که برون‌گرایی پیش‌بینی کننده 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 خلا قند 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 و آنها همچنین به تقارن و سادگی و فکر کردن به صورت سیاه و سفید علاقه مندند برخی تحقیقات نشان داده است که باز بودن نسبت به تجربه پیش‌بینی کننده مهمی است که مادران چگونه درباره فرزندانشان با متخصصان اطفال ارتباط برقرار می‌کنند ایتون و تینزلی ۱۹۹۹ می‌گویند در درمانگاه‌های طبی افراد باز نسبت به تجربه و به سختی قانع می‌شوند اما افراد بسته تصویری قدرتمندانه از پزشکان دارند و به راحتی قانع میشوند افرادی که نمره بالایی در مقیاس گشودگی دارند نیازمند اطلاعات اضافی درباره 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 است افراد واجد این ویژگی اجتماعی هستند که به دیگران اعتماد می‌کنند داوطلب می‌شوند و تلاش می‌کنند تابع دیگران کمک کرده و با آنها همدلی کنند برعکس افراد غیر مطبوع خود خواه هستند و نسبت به دیگران سوء ظن دارند مطالعاتی که تلاش کرده‌اند مولفه آسیب زایی تیپ شخصیتی A را بررسی کنند توجه خود را به ویژگی دلپذیری یا توافق طلبی معطوف کرده اند 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 به ویژه وقتی با وجدان گرایی همراه شود پیش بینی کننده رفتارهای ضعیف سلامتی است مارتین 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 فرایند درمان و معالجه راضی هستند.

## وجدان گرایی

آخرین جنبه مدل پنج عامل شخصیت وجدان گرایی است که با مجموعه‌ای از ویژگی‌های همچون خویشتن داری نظم و ترتیب وظیفه شناسی تعمق و پیگیری فعالانه اهداف مشخص میشود نمره بالا در این ویژگی نشانه سختکوشی مصمم بودن و انگیزش بالا و نمره پایین نشانه سهل گیری و فقدان جهت گیری روشن در زندگی است از بعد مثبت این افراد هدفمند و موثر اند و از بعد منفی آنها کمال گرا هستند و به خاطر کارشان از زندگی شخصی خود چشم پوشی می‌کنند در پژوهش‌های بین فرهنگی در کشورهای مختلف نشان داده شده است که به وجدان گرایی با رفتارهای خطر سازی چون افراط در مصرف الکل در تغذیه ناسالم رانندگی خطرناک خودکشی مصرف دخانیات و خشونت همبستگی منفی و با رفتارهای مثبت سلامتی همبستگی مثبتی دارد. باگ و روبر تز ۲۰۰۴ دریافتند که به وجدان گرایی پیش بینی کننده رفتارهای ورزشی بوده است این افراد بهتر از دیگران از تجویز های 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 رژیم های درمانی به ویژه توصیه های سخت ورزشی و تغذیه پیروی کنند اینان کنترل بیرونی دارند و همواره باید توصیه های طبی به آنان یادآوری شود.

هرچند پژوهش ها در زمینه ارتباط پنج عامل بزرگ شخصیتی هنوز در آغاز راه است اما تحقیقات جدید این ارتباط را تاکید کرده است. ( هونگ ، سامپو و پونن ۲۰۱۰) با این حال هنوز جای کار زیادی در این خصوص باقی مانده است

## فصل هفتم

### غذا خوردن ورزش و سلامتی

سبک زندگی اهمیت زیادی در سلامتی و بیماری دارد. به گونه ای که برخی محققان تلاش خود را صرفاً بر تغییر سبک های زندگی و تبدیل سبک های زندگی ناسالم به سبک های زندگی سالم متمرکز کرده اند.

سبک های زندگی عبارت اند از الگوهای رفتاری که در فرد به صورت عادی درآمده اند. در نتیجه این شیوه ها شامل الگوهای رفتاری روزانه مثل چگونگی تهیه غذا مناسب و خوردن آن است.

از طرف دیگر عواملی که با ایجاد بیماری یا آسیب ارتباط دارند، عوامل خطر را نامیده می شوند. اگرچه بعضی از این عوامل زیستی و ژنتیکی هستند اما بسیاری رفتاری هستند برای مثال کسانی که سیگار می کشند بیشتر در معرض خطر ابتلا به سرطان هستند. همین طور تغذیه مثلاً خوردن غذای سرخ شده سرشار از چربی حیوانی از عوامل مؤثر در سرطان است. عوامل خطرزایی رفتاری که جزو سبک زندگی هستند و با دلایل مرگومیر و بیماری ها مرتبطان به قرار زیر هستند :

۱. **بیماری های قلبی :** سیگار کشیدن، خوردن غذاهای دارای کلسترول بالا، بی تحرکی و ورزش نکردن.

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

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

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

۵. **تصادم‌ها:** مصرف مشروبات الکلی و مواد مخدر عدم تمرکز و حواس پرتی، 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 ۲ راه با سلامت مرتبط است با تحت تاثیر قرار دادن شروع بیماری و میزان اثربخشی از درمان و مدیریت بیماری در زمانی که بیماری تشخیص داده می‌شود.

### رژیم غذایی و شروع بیماری.

به رژیم غذایی از طریق وزن افراد سلامت را به صورت گسترش اختلالات خوردن یا چاقی تحت تاثیر قرار می‌دهد اختلالات غذایی با مشکلات جسمی نظیر بی‌نظمی‌ها قلبی، حملات قلبی، توقف رشد و پوکی استخوان و تولیدمثل در ارتباط است چاقی با انواع دیابت، بیماری‌های قلبی به انواعی از سرطان در ارتباط است. علاوه بر این برخی از تحقیقات نشان می‌دهد 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 می‌دهد که غذای هایی نظیر میوه‌جات و سبزیجات ماهی چرب و سبوس جو می‌توانند محافظت کنند باشند. درحالی‌که 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 به طور عمده از طریق مداخلات مبتنی بر رژیم کنترل می‌شوند بیماران که تشخیص آنژین، بیماری قلبی روی آن‌ها گذاشته شده است متعاقب حمله قلبی تغییر دادن سبک زندگی‌شان با تاکید ویژه بر ترک سیگار، افزایش فعالیت جسمی و اخذ رژیم غذایی سالم پیشنهاد می‌شود. همچنین تغییر رژیم غذایی نیز برای مدیریت دیابت های نوع ۱ نوع ۲ اهمیت اساسی دارد. گاهی اوقات کاهش وزن و اندازه ۱۰ درصد وزن فعلی سوخت و ساز گلوکز را بهبود می‌بخشد ( بلکبرن و کانزاس ) ( وینگز و همکاران ) از مداخلات رژیم غذایی همچنین برای بهبود دیابت با خود مدیریتی و با هدف ترغیب بیماران مبتلا به دیابت برای اتخاذ ۱ رژیم غذایی سالم‌تر استفاده شده است.

### رژیم غذایی سالم

۱ رژیم غذایی سالم شامل استفاده از غذاهای دارای کربوهیدرات های زیاد و کم‌چرب است و ارتباط‌هایی میان رژیم غذایی با شیوع انواع بیماری و مدیریت مؤثر آن‌ها پیدا شده است. بااین‌حال پژوهشگران نشان داده‌اند که افراد زیادی در سرتاسر دنیا براساس این پیشنهاد غذا نمی‌خورند. پژوهش‌ها رژیم‌های کودکان، بزرگسالان به افراد مسن را توصیف نمودند. پژوهشگران بر اهمیت مصرف مواد فیبردار میوه‌ها و مصرف کم چربی‌ها در ۱ رژیم غذایی سالم تاکید کرده‌اند.

اگر بخواهیم دلایل رژیم غذایی را بخوبی بشناسیم باید ریشه آن را در چگونگی تحول و گسترش رفتار غذا خوردن جستجو کنیم. برای تبیین چگونگی رفتار غذا خوردن افراد ۳ دسته نظریه عمده به شکل ۷-۱ مطرح شده است که در این‌جا به توضیح آن می‌پردازیم.

### ۱. الگوهای تحول رفتار غذا خوردن

والدین بر غذا خوردن فرزندانشان تاثیر می‌گذارند. به‌عنوان مثال گل‌سگس و همکاران ( 1991 ) نشان دادند که فرزندان غذاهای متفاوتی را انتخاب می‌کنند که به وسیله والدین‌شان قبلاً آن‌ها را مشاهده نمودند. الیور و همکاران ( 1992 ) میان دریافت‌های غذایی کودکان و مادران برای اکثر مواد غذایی در کودکان پیش‌دبستانی

همبستگی گزارش نمودند و پیشنهاد کردند که باید به جای فرزندان والدین را برای بهبود رژیم غذایی فرزندان مورد توجه قرار دهند. کانتو همکاران و آیدن همبستگی‌های بالایی را میان والدین و فرزندان در مورد گزارش مصرف غذایی میان وعده انگیزش‌های غذایی و نارضایتی بندی از بعداً گزارش نموده‌اند. بنابراین باز خورد و رفتار والدین برای فرآیند یادگیری اجتماعی با پژوهش‌هایی که رابطه مثبت میان رژیم غذایی فرزندان و والدین را برجسته نموده اند کاملاً منطبق است.

با این حال همیشه مادران و فرزندان با یکدیگر هم عقیده نیستند. به عنوان مثال وار دل گزارش نمود که مادران سلامتی فرزندان را بیش از سلامتی خودشان حائز اهمیت درجه بندی نموده‌اند. آندرسون و اگنر ( ۱۹۹۹ ) نیز گزارش کردند در حالی که مادران انگیزش بیشتری برای کالری غذا، زمان ( مصرف غذا ) و در دسترس بودن ( غذا ) دارند، آن‌ها تغذیه و سلامت طولانی مدت را برای فرزندان 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 سازوکار یادگیری اجتماعی تحت تاثیر قرار دهند. با این حال، رویکرد تحولی رفتاری غذا خوردن بر اهمیت یادگیری و تجربه تأکید دارد برای تحول ترجیح‌های غذایی در کودکی تمرکز دارد. یکی از پیشگامان اولیه این نوع پژوهش دیویس ( 1939 و 1928 ) بود که مطالعاتی را روی نوباوگان و کودکان خردسالی که در بخش اطفال ( در آمریکا ) به مدت چندین ماه زندگی می‌کردند را انجام داد. کار مذکور در زمان انجام شد که سیاست‌های تغذیه از رژیم غذایی بسیار محدودی حمایت می‌کرد و دیویس علاقه‌مند بررسی پاسخ‌های نوباوگان نسبت به رژیم غذایی بود که خودشان انتخاب می‌کردند و 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 هرگونه مشکلات تغذیه فارغ بودند. نتایج این مطالعه نظریه « عقل بدن » را مطرح نمود که روی ترجیح‌های غذایی ذاتی بدن تأکید داشت. در همین راستا دیویس از داده‌های خود نتیجه‌گیری کرد که کودکان دارای ۱ سازوکار تنظیم‌کننده ذاتی هستند و می‌توانند

رژیم غذایی سالم را عاقلانه انتخاب کنند با این حال او تاکید داشت که آن‌ها فقط می‌توانند زمانی غذای سالم را انتخاب کنند که غذای سالم در دسترس‌شان باشد و معتقد بودند که ترجیح‌های غذایی کودکان در طول زمان دست‌خوش تغییر می‌شود و به وسیله تجربه هم تغییر می‌کند. برچ که به طور گسترده‌ای مطالعه جنبه‌های تحولی غذا خوردن پرداخته است داده‌های دیویس را به گونه‌ای تفسیر نمود که براساس آن آنچه فطری ( ذاتی ) است « توانایی یاد گرفتن پیامدهای خوردن و یادگیری ارتباط دادن سرخ‌های غذایی با پیامدهای گوارش به منظور کنترل دریافت غذا است » ( برت ۱۹۸۹ ) بنابراین برچ بر نقش یادگیری تأکید داشت و رویکرد سیستم‌های مبتنی بر تحول را توصیف نمود.

یافته‌های دیویس درباره تغذیه آزاد را نقد کند.

تحول ترجیحات غذایی را می‌توان به صورت مواجهه شدند، یادگیری اجتماعی و یادگیری مبتنی بر تداعی بررسی کرد.

### الف ( موجه شدن

آدمی به صورت انواع غذاها به‌منظور داشتن ۱ رژیم غذایی متعادل نیازمند است و با این حال گاه ترس و اجتناب از مواد غذایی جدید که نوهراسی نامیده می‌شود را نشان می‌دهند. این مسئله را « تناقض همه‌چیزخوار » نامیده‌اند ( رزین، ۱۹۷۶ ) بنابراین کودکان کوچک‌تر پاسخ‌های نوهراسی را نسبت به غذاها نشان می‌دهند. اما باید با خوردن و پذیرش غذاهایی که ممکن است تهدیدکننده به نظر برسند کنار بیایند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مواجهه شدن سرو با غذاهای جدید می‌تواند تغذیه‌های کودکان را دست‌خوش تغییر نماید به‌عنوان مثال برچ و مارلین ( ۱۹۸۲ ) غذاهای جدیدی را در ۱ دوره ۶ هفته‌ای به کودکان دوساله دادند. ۱ غذا ۲۰ دفعه غذایی دیگر ۱۰ دفعه، غذایی دیگر ۵ دفعه ارائه شدند، درحالی‌که یکی از غذاهای جدید باقی ماند. نتایج نشان دادند که ارتباط مستقیمی میان میزان مواجهه شدم و ترجیح غذایی وجود دارد و مشخص شد که حداقل ۸ تا ۱۰ بار مواجهه شدند لازم است تا تغییر معناداری در ترجیح‌های غذایی شروع شود. همچنین نشان داده شده‌است که نوهراسی مذکرها بیشتر از مؤنث است ( هم در بزرگسالان و هم در کودکان ). و این‌که نوهراسی در خانواده‌ها به ارث می‌رسد و در و نوباوگان که به

سمت غذاهای جامد هدایت شده‌اند کمتر ولی در کودکان نوپا، کودکان پیش‌دبستانی و بزرگسالان بیشتر ( برچ و همکاران (1998).

یک تبیین فرضی برای تاثیر مواجه شدن عبارت است از دیدگاه ایمنی آموخته‌شده ( کالات 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 کردم نوهراسی با افزایش سن کاهش می‌یابد، مورد حمایت واقع شده‌است ( برچ 1989).

### (ب) یادگیری اجتماعی

یادگیری اجتماعی به توضیح تاثیر مشاهده رفتار سایر افراد روی رفتار خود فرد می‌پردازد و گاهی اوقات « سرمشق‌گیری » یا « یادگیری مشاهده‌ای » نیز نامیده می‌شود ۱ مطالعه اولیه تاثیر « تلقین اجتماعی » روی غذا خوردن بچه‌ها را مورد بررسی قرار داد و در این تحقیق ترتیبی داده شد که تا بچه‌ها به مشاهده مجموعه‌ای از الگوهای ایفای نقش متفاوت با الگوهای غذا خوردن خودشان بپردازند ( دانکر ۱۹۳۸ ) الگوهای انتخاب شده عبارت بودند از سایر بچه‌های ۱ بزرگسال ناشناس و ۱ قهرمان افسانه‌ای نتایج نشان داد که هنگام تغییر بیشتری در ترجیح غذایی کودکان ایجاد می‌شود که الگویی کودک بزرگتر ۱ دوست یا ۱ قهرمان افسانه‌ای باشد فرد بزرگسال ناشناس هیچ تأثیری روی ترجیح های غذایی کودک نداشت در مطالعه‌ای دیگری از سرمشق‌گیری از همسالان برای تغییر ترجیح غذایی کودکان در مورد سبزیجات انجام شد ( برچ ۱۹۸۰).

تاثیر سرمشق‌گیری از همسران از روی تماشای برنامه ویدیویی هم نشان داده شده است. ( لوا و همکاران ۱۹۹۸ ). این مجموعه از مطالعات از مواد فاقد ارزش غذایی به صورت پخش ویدئویی برای کودکان که سابقه اجتناب قضایی داشتند استفاده کردند. این غذا توسط کودکان بزرگتری مورد استفاده قرار می‌گرفت که مشتاقان غذاهای موعده اجتناب کودکان مذکور را مصرف می‌کردند. نتایج نشان دادند که مواجه شدن با « غذاهای فاقد ارزش غذایی » به طور معناداری ترجیح های غذای کودکان را تغییر داد و به ویژه مصرف میوه و سبزیجات را در آن‌ها افزایش دهد. بنابراین ترجیح های غذایی از راه تماشای خوردن دیگران تغییر می‌کند

همچنین بازخوردهای والدین نسبت به غذا و خوردن برای فرآیند 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 نباشد.

نقش یادگیری اجتماعی نیز به وسیله تاثیر تلویزیون و تبلیغات غذایی نشان داده شده‌است. روشن است که رسانه‌ها دارای تأثیر عمده‌ای روی خوردن افراد و فکر کردن آن‌ها درباره غذا دارند. همچنین رسانه‌های جمعی می‌توانند بحث عمومی غذا را شکل دهند. با این حال مردم نسبت به رسانه‌های جمعی تنها به طور منفعلانه پاسخ نمی‌دهند، بلکه آن‌ها در این‌که تا چه میزان با پیام‌های رسانه در مورد سلامت و ایمنی رژیم غذایی‌شان 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 دوره 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 اهمیت برای یادگیری اجتماعی هستند.

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

### ج) یادگیری مبتنی بر تداعی

یادگیری مبتنی بر تداعی به تاثیر عوامل اجتماعی روی رفتار اشاره دارد. گاهی اوقات شدن کنش‌گر عمل می‌کنند. در موارد غذا خوردن، پژوهش‌های تاثیر حمام سازی سرخ‌های غذا با جنبه‌هایی از محیط را مورد بررسی قرار داده‌اند. بویژه وقتی غذا با ۱ پاداش حمایت شده است، به‌عنوان ۱ پاداش مورد استفاده قرار گیرد و با پیامدهای فیزیولوژیک حمایت شود. پژوهش‌ها همچنین ارتباط میان مهار (کنترل) و غذا را توصیف نموده است.

### ۱. پاداش‌دهی غذا خوردن.

برخی از پژوهش‌ها تاثیر 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 برج و همکاران (۱۹۸۰) غذا را به همراه توجه مثبت بزرگسالان در مقایسه با موقعیت‌های خنثی تری به کودکان ارائه دادند و نشان داده شده که این کار ترجیح غذایی را افزایش می‌دهد.

### ۲. غذا به‌عنوان یک پاداش.

برخی پژوهشگران تاثیر استفاده از غذا به‌عنوان ۱ پاداش را توضیح داده‌اند در این مطالعه که بدست آوردن دسترس به غذا را منور به رفتار دیگری می‌دانند به‌عنوان مثال: «در جمله «اگر خوب رفتار کنی می‌توانی ۱ بیسکویت بخوری» برج و همکاران (۱۹۸۰) غذا را به‌عنوان ۱ پاداش یا به‌عنوان ۱ عصرانه یا در ۱ موقعیت غیراجتماعی (در گروه کنترل) ارائه دادند.

نتایج نشان داد که اگر غذا به‌عنوان ۱ پاداش ارائه شوند، پذیرش آن افزایش می‌یابد اما اگر در شرایط خنثی تری ارائه شود، هیچ تأثیری ندارد. این یافته نشان می‌دهد که استفاده از غذا به‌عنوان ۱ پاداش ترجیح آن غذا را افزایش می‌دهد. گاهی اوقات غذایی که به‌عنوان ۱ پاداش ارائه شده بود دارای کمترین ترجیح شد که این امر با مطالعات مشابهی مورد حمایت واقع شده است (برت و همکاران ۱ هزار ۹۸۴، نیومن و تیلور، ۱ هزار ۹۹۲)

با وجود این‌که والدین از این رویکرد برای ترغیب فرزندانشان برای غذا خوردن سبزیجات استفاده می‌کنند شواهد نشان می‌دهند که این کار ممکن است ترجیح کودکان را برای خوردن غذای دیگری شکل دهد و حتی علاوه بر این هنگامه هم آیند سازی ۲ غذا مشاهده شده است که غذا «پاداش» دارای تأثیر مثبت‌تری نسبت به غذایی «در دسترس» است.

### ۳. غذا و کنترل (مهاری)

برخی از پژوهش‌ها تاثیر 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 ترجیح های غذایی هستند ( کیسی و رزین ۱۹۸۹ ). برچ ( ۱۹۹۹ ) به مرور شواهدی برای تاثیر تحمیل هر شکلی که از کنترل والدین روی خوردن غذا پرداخت و معتقد بود که چنین استفاده‌ای از غذاها دارای تاثیر منفی روی ترجیح های 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 می‌شود تا غذاهای مورد محدودیت جذاب‌تر باشند، به‌عنوان مثال هنگامی که تلاش می‌شود تا غذا آزادانه در دسترس باشد، بچه‌های غذاهای محدودشده را بیشتر از غذاها 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 تاثیر زیان‌بخشی روی رفتار خوردن کودک است با این حال برعکس برخی از مطالعات نشان می‌دهد که کنترل والدینی ممکن است واقعاً وزن را کاهش دهد و رفتار خوردن را بهبود بخشد چندین تبیین ممکن برای ای نتایج متعارض وجود دارد.

اول این‌که مطالعات مذکور با استفاده از جمعیت‌های مختلف در کشورهای مختلف انجام شده‌اند. دومی که مطالعات مذکور از مقایسه‌های اندازه‌گیری متفاوتی استفاده نموده‌اند. این نتایج متناقض ممکن است منعکس کننده ماهیت متناقض کنترل والدینی باشد، به‌طوری‌که کنترل والدینی سازه‌ای پیچیده‌تر از آن است که بتوان آن را به وسیله هر مقیاسی اندازه‌گیری موجود سنجید. آگدن، رینولدز و اسمیت ( ۲۰۰۶ ) این امکان سوم را توضیح دادند و تاثیر ایجاد تمایز میان کنترل آشکار که می‌تواند به وسیله کودک تشخیص داده شود ( به‌عنوان مثال: سرسخت بودن نسبت به این‌که کودک چقدر باید بخورد ) و کنترل پنهان که کودک نمی‌تواند آن را تشخیص دهد ( به‌عنوان مثال خریدن غذاهای غیر سالم و نیاوردن آن‌ها به خانه ) را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان دادند که اشکال متفاوت کنترل به شیوه 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 قضایی متعاقب پیامدهای معده‌ای- روده‌ای منفی وجود دارد ( به‌عنوان مثال گارسیا و همکاران ۱ هزار ۹۷۴ ).

به‌عنوان مثال بیزاری از صرف غذاهای دریایی، می‌تواند بعد از ۱ مورد ناراحتی معده متعاقب مصرف ماهی ایجاد شود. همچنین پژوهش‌ها حمایت نمودن سرنخ‌های غذایی با احساس اشباع ( سیری ) که متعاقب مصرف غذای مذکور ایجاد می‌شود را توضیح داده‌اند.

## 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 به کار گرفته شده‌اند هم به‌عنوان ابزاری برای پیش‌بینی رفتار خوردن و هم به‌عنوان ابزاری مداخلاتی که رفتار خوردن را تغییر می‌دهد معتبر هستند. در این‌جا روی پژوهش‌های متمرکز می‌شویم که از « نظریه عمل مستدل » و « نظریه رفتار هدفمند » استفاده می‌کند این نظریه‌ها قبلاً در فصل دوم مرور شده است.

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 نیت یا مقاصد خوردن انواع بیسکویت‌ها و انواع نان‌های سبوس‌دار ( اسپارکز و هدرلی و شفرد ۱۹۹۲ )، شیر بدون چربی. ( راتز و همکاران ۱۹۹۷ ) و سبزی‌های طبیعی ( اسپارکز و شفرد، ۱۹۹۲ ) را توصیف نموده‌اند بیشتر پژوهش‌ها معتقدند که اهداف رفتاری به‌طور اخذ پیش‌بینی‌کننده‌های خوبی برای رفتار نیستند بنابراین همچنین مطالعات عمل مستتر و رفتار هدفمند برای توصیف پیش‌بینی‌کننده‌های شناختی رفتار واقعی استفاده کرده‌اند. به‌عنوان مثال شفرد و استاکلی ( ۱ هزار ۱۹۸۵ ) از عمل مستدل برای پیش‌بینی مصرف چربی استفاده کردند و گزارش نمودند که باز خورد پیش‌بینی‌کننده بهتری نسبت به هنجارهای ذهنی است. به همین ترتیب متوجه شدند که بازخوردها بهترین پیش‌بینی‌کننده مصرف نمک هستند ( شفرد و فارلیق ۱۹۸۶ ). غذا خوردن

در رستوران‌های غذای حاضری ( اکلسون و همکاران ۱۹۸۳)، تکرار مصرف شیر کم‌چرب ( شپرد ۱ هزار ۹۸۸ ) و غذا خوردن سالم به صورت سطوح بالای مصرف سبوس ( فیبر ) و میوه‌ها و سبزیجات و سطوح پایین مصرف چربی مفهوم‌سازی شده است. ( پووی و همکاران ۲۰۰۰). همچنین پژوهش‌ها نقش کنترل رفتاری ادراک شده را در پیش‌بینی رفتار به‌ویژه در ارتباط با کاهش وزن نشان داده‌اند ( اسچیفتر و آژن ۱۹۸۵ ) و غذا خوردن سالم ( پووی و همکاران، ۲۰۰۰ ). مؤلف‌های اجتماعی این الگو را برای پیش‌بینی رفتار اجتماعی با شکست مواجه شده‌اند.

در مورد رفتار غذاهای خوردن فرض بر آن است که افراد غذاهای معینی را دوست ندارند و این بازخوردها بی ارزش مصرف غذا را پیش‌بینی می‌کند به این حال مطالعات اخیر نیز نقش دوستو گرایی در پیش‌بینی رفتار را توضیح داده‌اند ( تامپسون و همکاران ( 1995 ) و این برای رفتار غذا خوردن به کار گرفته شده‌است.

نقطه مرکزی همه تعاریف ۲ سو گرایی همزمان بودن ارزش‌های مثبت و منفی با هم است که به نظر می‌رسد بویژه برای رفتار غذا خوردن متناسب باشد به طوری که افراد ممکن است بازخوردهای متناقضی را نسبت به غذاهایی به معنای « خوش‌مزه بودند » « سالم بودند » « چاق‌کننده » و « ا خوراکی » داشته باشند اسپارک و همکاران بررسی نمودند که آیا ۲ سو گرایی می‌تواند مصرف شکلات یا گوشت را پیش‌بینی کند شرکت‌کنندگان ۳۲۵ نفر داوطلب بودند که به گزینه‌های پرسش‌نامه پاسخ دادند که شامل مقیاس اصول‌گرایی بود که به صورت معنای ارزش منفی و مثبت ۲ سو گرایی را ارزیابی می‌کردند ( به‌عنوان مثال شکلات چقدر دارای ارزش مثبت است و چقدر شکلات دارای ارزش منفی است ) و به این میانگین بدست آمده را از تفاوت میان ۲ ارزشیابی تفریق کردند ( به‌عنوان مثال مجموع مثبت‌ها منها های مجموعه منفی‌ها ). این محاسبه نمره ای 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 باز خورد و قصد در شرکت‌کنندگانی که ۲ سو گرایی بیشتری داشتند ضعیف‌تر است این یافته‌ها

بیانگر آنست که داشتن بازخوردهای مثبت و منفی نسبت به ۱ غذا باعث می‌شود که تا احتمال این مسئله را کمتر می‌کند که باز خورد کلی به صورت 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 بوده‌اند. الگوی مذکور چارچوب مفیدی را برای مطالعه این شناخت‌ها فراهم می‌سازد و تاثیر آن روی رفتار را برجسته می‌سازد.

## الگوی نگرانی درباره وزن

### الف ( معنای غذا و وزن

غذا با بسیاری از معانی نظیر ۱ رفتار ۱ جشن، میوه ممنوعه، وسیله‌ای برای جمع کردن خانواده دور هم، ۱ مادر خوب بودن و ۱ کودک خوب بودن در ارتباط است. علاوه بر این غذایی خوک خورده می‌شود می‌تواند وزن و شکل بدن را تغییر دهد که این هم با معنای نظیر جذابیت کنترل و موفقیت در ارتباط است. در نتیجه این معناها، زنان بسیاری، به‌ویژه برای وضع اهمیت زیادی قائل می‌شوند.

برخی از این نگرانی‌ها به‌ویژه در زنان باعث نارضایتی بندی های بدنی می‌شوند.

### نارضایتی بندی بدنی چیست؟

نا رضایت‌مندی بدنی در بسیاری از اشکال ظاهر می‌شود. برخی از پژوهش‌ها نا رضایت‌مندی بدنی به صورت برآورده تحریف شده‌اند. اندازه بدن و ادراک این‌که بدون بزرگتر از آنچه واقعاً است، تعریف کرده‌اند. به‌عنوان مثال اسلید و راسل از افراد مبتلا به روان بی‌اشتهایی خواستند تا فاصله میان ۲ نور را روی ۱ چوب در ۱ اتاق تاریک تنظیم کنند، تا این‌که نورهای بیانگر عرض بخش‌هایی از بدنشان نظیر فاصله ۲ استخوان لگن، کمر و شانه‌ها باشند. نتایج نشان دادند که افراد روان بی‌اشتهای انگیزه بدنشان را مقایسه با آزمودنی های گروه کنترل بیش از حد برآورده می‌کنند. این پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد مبتلا به اختلالات خوردن، تحریف ادراکی بیشتری را نسبت به آزمودنی های غیر بیمار نشان می‌دهند. با این حال

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تعداد عمده‌ای از زنان، مبتلا یا غیر مبتلا به اختلالات خوردن فکر می‌کنند که از آن‌ها چیزی که واقعاً هستند، چاق‌ترند.

برخی از پژوهش‌ها بر تفاوتی تاکید کرده‌اند که میان ادراک‌های واقعیت در برابر ادراک‌های آرمانی، وجود دارد، بدون مقایسه به اندازه واقعی فرد که به طور عینی توسط پژوهشگر اندازه‌گیری شده است درحالی‌که از آزمودنی خواسته می‌شود تا بیان کند که کدام ۱ از تصاویر مذکور به آنچه که او حالا به نظر می‌آید نزدیک‌تر است و کدامیک به بهترین وجه نشان می‌دهند که او دوست دارد چگونه به نظر بیاید. به‌عنوان مثال استان‌کار و همکاران این رویکرد را برای دانشجویان مذکر و مؤنث به‌نجار به کار برده‌اند، کانتر و آدامس آن را برای افراد مبتلا به پرخوری عصبی افرادی که رژیم گرفته‌اند و زنانی که قبلاً چاق بودم به کار بردند و کولینز 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 به واسطه آن می‌توان به نارضایتی بندی 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 ( کوپر و همکاران ) مقیاس رضایت از بخش‌هایی از بدن ( براون و همکاران ) وزیر مقیاس نارضایتی بدنی از پرسش‌نامه اختلالات خوردن ارزیابی شده‌است. این پرسش‌نامه‌ها پرسش‌هایی نظیر « آیا شما در مورد بزرگ بودن بیش از حد بخشی از بدنتان نگران هستید ) ( آیا شما در مورد بزرگ‌تر جلوه نمودن ران‌های تان به هنگام نشستن نگران هستید ) پژوهش‌هایی از این دست نشان داده‌اند که با وجود این‌که افراد مبتلا به اختلال‌های خوردن و نارضایتی بدنی بیشتری را نسبت به افراد غیرمبتلا نشان می‌دهند افرادی که تحت رژیم غذایی هستند نیز نارضایتی بدنی بیشتری را نسبت به افرادی که تحت رژیم غذایی خاص نیستند، نشان می‌دهند مجمع زنان بیش از مردان نان رضایت‌مندی بدنی را گزارش می‌کنند. بنابراین نوع رضایت‌مندی بدنی را می‌توان به‌عنوان تفاوت میان ادراک افراد از اندازه بدنی شان به اندازه واقعی بدنشان یا تفاوت میان ادراک سایر واقعی‌شان با سایر ایده آیشان یا بطور ساده

به‌عنوان احساس‌هایی از نارضایتی بندی در مورد شکل و اندازه بدن مفهوم‌سازی کرد.

### دلایل نارضایتمندی بدنی

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

#### الف ( نقش رسانه‌های جمعی

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

#### ب ( قومیت

با وجود این‌که نارضایتی بندی بدنی به طور برجسته به‌عنوان ۱ مشکل برای زنان سفیدپوست مطرح شده‌است، بررسی ادبیات آن بیانگر ارتباط نا رضایتمندی بدنی با گروه‌های قومی است که این مسئله تناقض برانگیز است. به‌عنوان مثال میزان زیادتری از رفتارهای مرتبط با رضایتمندی بدنی در زنان سفیدپوست در مقایسه با زنان سیاه‌پوست و یا زنان آسیایی به صورت رفتارهای پرخوری ( گری و همکاران ( اختلال منتشر خوردن ( ابر و همکاران ( ارکان و گری لو ( نگرانی‌های خوردن و نارضایتی مانندی بدنی ( راکر و کش ( پاول و خان ( ملاحظه شده است.

#### ج ( طبقه اجتماعی

به‌طورکلی این باور نسبت به نوع رضایتمندی بدنی وجود دارد کنار رضایتمندی بدنی مسئله طبقاتی بالای اجتماعی است. با این حال بررسی ادبیات پژوهشی طبقه اجتماعی نیز مسائل متناقضی را مطرح می‌کند. چندین مطالعه در این حوزه نشان می‌دهد که عواملی در طیف نارضایتی بندی بدنی، تحریف بدنی و رفتار رژیم گرفتن تا اختلال‌های خوردن در افراد متعلق به طبقات اجتماعی دارای شیوع بیشتری است به‌عنوان مثال باخ و همکاران به بررسی طبقه اجتماعی و تمایل به لاغر بودن در ۱ نمونه ۷ هزار نفری از نوجوانان آمریکایی پرداختند و نتیجه گرفتند که زنان طبقات بالای اجتماعی خواهان لاغرتر بودن هستند به‌ویژه هنگامی‌که با هم‌ردیفان طبقات پایین‌تر اجتماعی‌شان مقایسه می‌شوند.

## د ( خانواده

همچنین پژوهش‌ها روی تاثیر خانواده در پیش‌بینی از نارضایتی بنده بدنی تمرکز نمودند. بویژه نقش مادر برجسته شده است و معتقدند مادرانی که نسبت به بدن خودشان نارضايتمندی بدنی دارند به شیوه‌ای با دخترانشان ارتباط برقرار می‌کنند که باعث می‌شود در دخترانشان هم نه رضایت‌مندی بدنی ایجاد کنند. به‌عنوان مثال حال و برآون گزارش نمودند که مادران دختران مبتلا به روان بی‌اشتهایی دارای نارضايتمندی بدنی بیشتری نسبت به مادران و دخترانی هستند که این اختلال را ندارند.

### عوامل روان‌شناختی

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که نارضایتی بدنی ممکن است با طبقه اجتماعی، قومیت و محیط خانوادگی در ارتباط باشند اما این ارتباط ۱ ارتباط به باثبات نیست. شاید جستجوی ساده تفاوت‌های گروهی تاثیر سایر علل روان‌شناختی را از نظر دور نگاه دارند. از این رو قومیت ممکن است با نارضايتمندی بدنی در ارتباط باشید اما تنها هنگامی که قومیت با مجموعه ویژگی‌ای از باورها همراه می‌شود این اتفاق رخ می‌دهد.

علاوه بر این نارضایتی محلی بدنی مادر ممکن است تنها وقتی حائز اهمیت باشد که در ۱ نوع ارتباط خاص اتفاق بیفتد. پژوهش‌ها به توصیف نقش باورها، ارتباط مادر، دختر و نقش محوری کنترل پرداخته‌اند.

### باورها

بخشی از پژوهش‌ها به بررسی باورهای پرداخته‌اند که افراد در خانواده‌هایشان یا خودشان آن‌ها را دارند. به‌عنوان مثال هنگام تلاش برای فهم قومیت نقش باورها را در مورد رقابت جویی ارزش پیشرفت ابزار موفقیت و باور والدینی در مورد این‌که فرزند نمود آینده مادر، و یا پدر است را برجسته نموده اند ( آیدن و شانا ۱۹۹۸ )  
بنابراین باورهایی در مورد رقابت جویی پیشرفت ابزار موفقیت نقش زنان تفکرهای قالبی در مورد زیبایی و ارتباط مادر، کودک به‌عنوان انواعی از باورها که ممکن است نارضایتی محلی بدنی را پیش‌بینی کنند را برجسته نمودند.

## ارتباط مادر، دختر

همچنین برخی از پژوهش‌ها ماهیت ارتباط مادر، دختر را شرح داده‌اند. به‌عنوان مثال کریس و همکاران معتقد بودند که وجود مرزهای تعریف نشده در خانواده و وجود ارتباط‌های حاوی درگیری میان دختر و مادر ممکن است عوامل حائز اهمیت باشند. همچنین اسمیت و همکاران معتقد بودند که ارتباط نزدیکی میان مادر و دختر ممکن است باعث ایجاد ۱ ارتباط در هم شود و مسائلی را به همراه جدایی در دوره نوجوانی ایجاد کنند. علاوه بر این مینو چین و همکاران معتقدند که علی‌رغم آنکه خودمختاری مطلوب به معنای شکستن همه مرزهای بین مادر و دختر نیست ارتباط‌های مادر، دختری که اجازه می‌دهند تا در هر فرد فقر خودمختاری ایجاد شود، ممکن است پیش‌بینی‌کننده آسیب‌شناسی روانی آتی باشند. علاوه بر این بروج معتقد بود که روان بی‌اشتهایی ممکن است نتیجه جدال کودک برای گسترش و تحول هویت خود او در پویایی مادر، دختر باشد که خودمختاری دختر را محدود می‌کند.

## نقش کنترل ( مهار )

برخی تحقیقات بر نقش مهارت یا کنترل نیز بر نوع رضایتمندی 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 رودولف من و ویلسون از روش آزمون چشیدن، پیش‌وعده استفاده کردند و گزارش نمودند که افرادی که رژیم غذایی‌شان را محدود می‌کنند به طور معناداری غذای بیشتری از افرادی که غذایشان را محدود نمی‌کنند بدون توجه به اندازه‌ای پیش‌غذا مصرف می‌کنند. بویژه نظریه محدودیت عدم بازداری محدودیت را به‌عنوان ویژگی پرخوری افراد که محدودیت غذایی دارند، تعیین کردند

( هرمان و مک، اسپنسر و هرمان ۱ هزار ۹۷۹، هرمان و همکاران ۱ هزار ۹۸۷ )  
 ( ۱ مطالعه اصیل نشان‌دهنده عدم بازداری ( هرمان و مک ۱ هزار ۹۷۵ ) از  
 روش آزمون چشیدن پیش از غذا استفاده کردند و در ۲ گروه از افرادی که رژیم  
 غذایی داشتند و افرادی که رژیم غذایی نداشتند را با ارائه پیش‌غذای پرکالری یا با  
 ارائه پیش‌غذای کم‌کالری آزمون نمودند.

شکل ( ۲، ۷ ) نشان می‌دهد که پرخوری در پاسخ به پیش‌وعده غذایی پر کالری  
 است. درکل عدم بازداری به صورت « خوردن بیشتر در نتیجه تخفیف محدودیت‌ها  
 » در پاسخ به ناراحتی هیجانی، مسمومیت یا مصرف بی‌پیش‌غذا تعریف می‌شود  
 و تعریف آن راه را برای پژوهش‌هایی که به بررسی نقش محدودیت غذایی در  
 پیش‌بینی رفتار پرخوری می‌پردازند، هموار می‌کند.

### دلایل پرخوری

امروز پرخوری یکی از مهم‌ترین مشکلات صنعتی 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  
 نیست پرخوری است پژوهش‌ها سازوکارهای علی این نوع پرخوری را بررسی  
 کرده‌اند. این موارد در زیر توصیف شده‌اند و شامل الگوی علی پرخوری الگوی  
 مرز پرخوری تغییرات شناختی تغییر خلق، انکار، نظریه فرار، پرخوری به مثاب  
 عود و نقش پرخوری هستند

### تحلیل علی پرخوری

تحلیل علی رفتار خوردن اولین بار توسط هرمان و بولیوی 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 به طور علی با هم مرتبط‌اند و  
 این‌که محدودیت نه‌تنها 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 علی محدودیت و بیانگر رویکرد جدیدی به رفتار خوردن و

پیش‌بینی آن است که محدودیتی که واقعاً باعث پرخوری می‌شود ۱ ارزیابی جالب برای آن موقعیت است.

### الگوی مرز پرخوری

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

براساس این الگو مصرف غذا به وسیله ۱ مرز تعیین‌کننده فیزیولوژی‌هایی گرسنگی برانگیخته می‌شود و به وسیله ۱ مرز تعیین‌کننده فیزیولوژی یا ای‌سیری بازداری می‌شود. علاوه بر این الگوی مرز نشان می‌دهد که مصرف غذایی معهود کنندگان با غذایی با «مرز رژیم» تعیین‌کننده شناختی تنظیم می‌شود. این نشان می‌دهد که رژیم‌گیرندگان عود کنترل فیزیولوژی‌یابی را جایگزین کنترل شناختی می‌کنند که بیانگر آنست که سهم تعیین‌شده انتخابی رژیم‌گیرنده برای مصرف در ۱ موقعیت مشخص است (هرمان و پلیور ۱ هزار ۹۸۴)

### تغییرات شناختی

روشن شده‌است که پرخوری رژیم‌گیرنده‌ها به صورت ایجاد تغییراتی در مجموعه شناختی فرد است. برای اولین بار این مسئله به صورت درهم ریختن خود مهارگری فرد رژیم‌گیرنده به صورت «فروپاشی انگیزشی» و حالتی از تسلیم شدن در برابر کشاننده‌های بسیار قوی خوردن توصیف شده‌است (پلی و حرمان ۱ هزار ۹۸۳) آجودان و وار دل (۱ هزار ۹۹۱) مجموعه‌ای شناختی رژیم‌گیرنده‌های بدون بازداری را تحلیل نمودند و معتقد بودند که چنین فروپاشی در خود مهارگری منعکس‌کننده الگوی منفعلی از پرخوری است و شامل عناصری از انفعال به صورت عواملی نظیر «تسلیم شدند» «انصراف» و «انفعال» است. به‌ویژه مصاحبه با افرادی که دارای محدودیت و یا عدم محدودیت غذایی هستند نشان داده‌است که افراد دارای محدودیت غذایی گزارش نموده‌اند که شناخت‌های منفعلانه بعد از مصرف پیش‌غذای پرکالری دارند که شامل افکار نظیر «من در برابر هرگونه اشتیاق و کشش که دارم، تسلیم می‌شوم» و «من نمی‌توانم خودم را به

زحمت بیندازم» و «نخوردن مستلزم تلاش برای زیاد است» (آیدن و وار دل ۱ هزار ۹۹۱) می‌شود.

الگوی جایگزین پرخوری معتقد است که پرخوری منعکس‌کننده تصمیم‌گیری فعال برای پرخوری است و آیدن و وار دل (۱ هزار ۹۹۱) معتقدند که آنچه در تأثیر نیفتادن در چاه پنهان است عبارت است از ۱ واکنش فعال در برابر رژیم گرفتن این فرضیه با استفاده از شیوه آزمون چشیدن، پیش‌غذا آزمون شد و شناخت‌ها با استفاده از مقیاس‌های درجه‌بندی، مصاحبه‌ها و تکلیف اضطراب که ۱ آزمون شناختی برای توجه انتخابی است، مورد ارزیابی قرار گرفتند.

نتایج ۲ مطالعه نشان داده‌اند که افراد رژیم گیرنده به غذاهای پرکالری با افزایش فعالیت وضعیت ذهنی است که به صورت شناخت‌ها نظیر طغیان، چالش، سرکشی و افکاری نظیر «الان اهمیتی نمی‌دهم، فقط می‌خواهم شکم را پر کنم» مشخص می‌شود (آیدن و وار دل ۱ هزار ۹۹۱) این اعتقاد وجود دارد که به جای تسلیم شدن منفعلانه در برابر تمایل مقاومت ناپذیر در برابر خوردن، همان گونه که به وسیله سایر الگوها پیشنهاد شده است، فرد پرخور ممکن است به طور فعال تصمیم به پرخوری به‌عنوان شکلی از طغیان در برابر محدودیت‌های غذایی که به خود تحمیل نموده است بگیرد. این حالت طغیان گرایانه ذهن را در افراد چاق به صورتی است که گزارش می‌کنند پرخوری «شیوه‌ای برای رهایی از رنجش است»

### تغییر خلق

رژیم گیرندگان در پاسخ به خرق پایین پرخوری می‌کنند و پژوهشگران معتقدند که رفتار عدم بازداری فرد را قادر می‌سازد تا خلق منفی را با خلق موقتی که به وسیله خوردن ایجاد شده است پنهان کند به این کار «فرضیه پنهان کردن» گویند و به وسیله مطالعات تجربی آزمون شده است.

### نقش انگار

پژوهش‌های شناختی نشان می‌دهند که سرکوب افکار و مهار (کنترل) افکار می‌تواند تأثیر متناقضی وادار نمودن افکاری داشته باشد که فرد سعی در سرکوب کردن شدید آن‌ها دارد، داشته باشد (ولز لاف و واگنر دوهزار). این «نظریه

فرآیندهای عجیب و غریب کنترل ذهنی « نامیده می شود » واگنر ۱ هزار ۹۹۴ « به عنوان مثال در ۱ مطالعات اولیه از شرکت کنندگان خواسته شد تا سعی کنند که به ۱ خرس سفید فکر نکنند اما اگر این کار را کردند زنگ را به صدا درآورند. نتایج نشان داد که آن‌هایی که سعی کرده‌اند 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 ۱ مسئله اصلی برای مجموعه‌ای شناختی فرد رژیم گیرنده محسوب می‌شود. این باعث ایجاد حالت مشابهی از انکار شده و تلاش برای سرکوب فکر ایجاد می‌کند و نشان داده شده است که رژیم گیرنده ها غذا را به عنوان « ممنوعیت » می‌بینند و نشان داده شده است که آن‌ها دچار اشتغال ذهنی نسبت به غذا می‌شوند و سعی می‌کنند تا آن را انکار کنند. بنابراین به محض این‌که غذا انکار می‌شود به طور هم‌زمان ممنوع شده انگاشته می‌شود که به صورت غذا خوردنی که هرگونه تلاش برای از دست دادن وزن را متزلزل می‌کند در می‌آید.

### نظریه فرار

همچنین پژوهشگران از نظریه فرار برای تبیین پرخوری استفاده کردند. این رویکرد را هم برای ویژگی‌های پرخوری رژیم گیرنده ها و هم برای شکل شدیدتری از پرخوری با حجم‌های زیاد در افراد مبتلا به جو ( پرخوری عصبی ) بکار بردند و پرخوری را به عنوان پیامد « تغییر انگیزشی سطوح پایین خود، آگاهی » توصیف نمودند این رویکرد معتقد است که افراد مستعد پرخوری مقایسه‌هایی را با استانداردهای بالا و آرمان‌های مورد تقاضا نشان می‌دهند و این باعث حرمت خود پایین دوست نداشتن خود و خلق و خوی پایین می‌شود. در افراد پرخور حالتی از خودآگاهی زیاد می‌تواند نامطلوب واقع شود به طوری که منجر به خود انتقادی گری و خلق پایین گردد. بنابراین فرد برای فرار از خودآگاهی برانگیخته می‌شود تا از نامطلوب بودن توام وضعیت اجتناب کند اما با این وجود چنین تغییری در خودآگاهی ممکن است باعث رهایی از خود انتقاد گری شود و این باعث کاهش بازداری‌هایی که پرخوری را ایجاد کرده‌اند گردد.

## پرخوری به مثاب عود

میان کمخوری و پرخوری محدود کنندگان غذا و رفتار او در افراد سیگاری و معتاد مشابهت‌هایی وجود دارد رویکرد زیستی طبی سنتی رفتار اعتیاد آمیز را به‌عنوان اعتیادهای نگاه می‌کنند که غیر قابل برگشت و خارج از کنترل فرد هستند. به این اعتقاد وجود دارد که چنین رویکردی این باور را ترغیب می‌کند که رفتار « همه یا هیچ » است و این‌که باور مسئول میزان زیاد و دی است که در افراد سیگاری مشاهده می‌شود. بنابراین اجتناب از باورهای سیگاری چه به صورت اجتناب کامل به صورت عود خود ممکن است پیشرفت از حالت لغزش را به عهده کامل ارتقا بخشد. در مورد محدود کنندگان غذا امکان دارد که آن‌ها آن‌قدر نظریه « همه یا هیچ » را پیش از حد باور داشته باشند که از لغزش پرکالری به عدم بازداری تغییر وضعیت دهند. این انتقال از لغزش و عود و تغییرات مرتبط با آن در خلق و انواع شناخت در شکل نمایش قبلی داده شده است.

## نقش کنترل ( مهار )

نتایج مصاحبه از ۱ مطالعه از ۲۵ زن که برای کاهش وزن تلاش می‌کردند بینش‌های بیشتری را در مورد سازوکارهای زیربنایی پرخوری تدارک دیده‌اند ( آیدن، ۱۹۹۲ ) نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که زنان رفتار رژیم گرفتن را به صورت تاثیر روی زندگی خانوادگی‌شان اشتغال ذهنی درمورد غذا و وزن و تغییرات خلق توصیف کرده‌اند، بااین‌حال مفهوم خود مهار گری فراتر از این درون‌مایه‌ها است. به‌عنوان مثال وقتی ۱ زن به توصیف چگونگی آماده نمودن ۱ وعده غذایی برای خانواده‌اش پرداخت گفت « من نمی‌خواستم تسلیم شوم اما احساس کردم که بعد از آماده نمودن ۳ وعده غذایی برای هر فرد دیگر حداقل می‌توانم از تلاش‌های خودم لذت ببرم.

این اظهار نشان‌ها نشان می‌دهد که حس خود مهار گری و احساس این‌که غذای منعکس‌کننده درهم شکستگی این کنترل ( مهار ) است می‌باشد.

## ورزش و سلامتی

یکی دیگر از انواع سبک های زندگی که با تغذیه و چاقی مرتبط است و تاثیر غیرقابل انکاری بر سلامتی دارد ورزش است. در واقع برخی از اثرات و پرخوری بر کاهش وزن به واسطه تحرک زیاد و ورزش تعدیل می شود. بویژه این امر را می توان در ورزشکارانی ملاحظه کرد که پس از کنار گذاشتن ورزش حرفه ای دچار افزایش وزن می شوند. خوشبختانه توجه به اهمیت ورزش و نقش آن در سلامتی در سال های اخیر روبه افزایش است با این حال هنوز هم فعالیت بدنی و ورزش در بیشتر افراد یا غیرمنظم است و یا فقط به میزان اندکی مشاهده می شود ( بلر و همکاران ۱ هزار ۹۹۲ ) برخی افراد تصور می کنند با ورزش و بدون کنترل رفتار غذا خوردن می توانند 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 ۱ لیوان شیرموز، در حدود نیم ساعت راه رفتن سریع لازم است، به همین دلیل برخی از کسانی که رژیم غذایی کاهش وزن اتخاذ می کنند تصور می کنند نیازی به ورزش کردن ندارند این نیز درست نیست زیرا روشن شده است گروهی که ورزش می کنند در قیاس با گروهی که ورزش نمی کنند بهتر می توانند وزن جدید خود را حفظ کنند

## انواع ورزش

متخصصان تربیت بدنی و علوم ورزشی، به ارزش به ۵ نوع تقسیم کردند (براتون )

۱. **ورزش ایزومتریک**، در این نوع ورزش گرچه بدن حرکت نمی کند اما ماهیچه ها روی یکدیگر به وسیله ثابتی فشار داده شده و بدین طریق تقویت می شوند. این شیوه ورزشی برای تقویت گروهی از ماهیچه ها مفید است.

۲. **ورزش ایزوتونیک**، این شیوه روشی است که براساس آن بدن سازی صورت می گیرد و وزنه برداری از جمله این نوع ورزش ها است که در آن عضلات منقبض و مفاصل حرکت می کند که در صورت تداوم قدرت و تحمل عضله تقویت می شود.

۳. **ورزش ایزوکنیتیک**، در این شیوه برای بلند کردن و برگرداندن به حالت اول فشار زیادی اعمال می شود چنین ورزش‌هایی با استفاده از تجهیزات تخصصی صورت می گیرد .

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

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

### اثرات ورزش بر سلامتی

روشن است که فعالیت‌های ورزشی بر سلامتی تاثیر 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 مدت و شدت کافی برخوردار باشد. برای مثال پژوهش‌های متعدد نشان داده‌است که ورزش باعث پیشگیری از بیماری‌های قلبی، عروقی پیشگیری از سکته می‌شود و نسبت پروتئین‌های چرب با چگالی بالا را به پروتئین‌ها با چگالی پایین بهبود می‌بخشد. هم‌این‌چنین است سرطان و پوکی استخوان پیشگیری می‌کند و به کنترل بیماری‌هایی چون دیابت کمک می‌کند. برخی دیگر از اثرات ورزش روان‌شناختی است. پژوهش‌ها تایید کرده است که ورزش باعث کاهش افسردگی و اضطراب می‌شود و به‌عنوان راهی برای مقابله با استرس‌های روزمره زندگی کارایی خود را نشان داده‌است. همچنین ورزش عزت نفس و خلق مثبت را بالا می‌برد و به ویژه اگر گروهی باشد به رشد مهارت‌های اجتماعی کمک می‌کند. ورزش از طریق حالات مثبت روان‌شناختی بعد دست‌گام 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 می‌شود.

## فصل ۸

### فرایند بیمار شدن

از دانشجویها انتظار می‌رود پس از مطالعه این فصل بتواند

- ۱- نشانه بیماری و عوامل موثر 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 به پزشک در تعاملات پزشک بیمار به طور جداگانه تشریح کند.
- ۵- انواع الگوهای ارتباطی پزشک و بیمار و پیامد هر یک را توضیح دهد.

هر نوع بیماری معمولاً با علائم نشانه‌هایی همراه است ظهور و بروز این نشانه‌ها در افراد مختلف متفاوت است و این تفاوت‌ها به علت تاثیر متغیرهای روانی اجتماعی است عوامل مختلفی بر تغییر و تفسیر ما از احساسات بدنی تاثیر می‌گذارند این فصل نگاهی گذرا به این عوامل دارد با ادراک حین 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 تاثیر می‌گذارد در این تعامل هم نقش بیمار و هم نقش پزشک حائز اهمیت است و کیفیت این تعاملات تأثیر الگوهای ارتباطی بین پزشک و بیمار است و این فضا به صورت اختصاری این تعاملات و ارتباطات را از دیدگاه روانشناسی سلامت بررسی می‌کند.

همانطور که می‌دانید هر نوع بیماری با یکسری احساسات بدنی همراه است که در اصطلاح بالینی به این احساسات نشانه‌ها می‌گویند اجرا که این نشانه‌ها توسط

فرد به عوامل مختلفی بستگی دارد در واقع تفسیر یک تغییر خاص در بدن به عنوان 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 به عنوان نشانه احتمالی سرماخوردگی تعبیر و تفسیر میکنیم اما یک شخص سیگاری که در شب قبل زیاد سیگار کشیده باشد خارش گلو را به عنوان علامت بیماری تعبیر و تفسیر نمی‌کند این مثال‌ها نشان می‌دهند که تعبیر و تفسیرها شخصی هستند از عوامل مختلفی تأثیر می‌پذیرند همچنین لازم است بین نشانه‌های بدنی یا آگاهی از برخی تفاوت‌ها در تجربه 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 نشانه 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 می‌دهد.

۱- **چگونگی تغییر احساسات جسمی و بدنی بر پیروی از درمان‌های بیماری تأثیر می‌گذارد.**

۲- **چگونگی پاسخ ما به احساسات بدنی بر چگونگی پاسخ مان به افراد دیگری که نشانه‌گان آشکاری دارند یا افرادی که بیماری‌های خاصی دارند تأثیر می‌گذارد**

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

۴- **چگونگی تفسیر ما از علائم بدنه و پاسخ مان به آنها می‌تواند بر کارکرد مان در دنیای اجتماعی نیز موثر باشد و این می‌تواند انعکاسی از موقعیت اجتماعی ما باشد. (کرمایر و یونگ ۱۹۹۸).**

تحقیقات نشان می‌دهد که افراد زیادی به نشانه بیماری خود از جمله حملات قلبی و نشانه‌های سرطان توجهی نمی‌کنند و در نتیجه به مدت مدیدی به دنبال درمان نمی‌روند و هر چه این زمان طولانی‌تر باشد شانس زنده ماندن آن کمتر می‌شود (گلدبرگ و همکاران ۲۰۰۲)

همانطور که در فصول قبل ملاحظه کردید یکی از مدل‌های سنتی درباره بیماری‌های مدل زیستی طبیعی است در مدل زیستی طبی تصور ساده انگارانه ای نسبت به نشانه‌ها بیماری‌های وجود دارد در این رویکرد معتقدند که بین آسیب به بافت و نشانه‌های بیماری یک رابطه خطی وجود دارد یعنی هرچه آسیب بیشتر باشد علائم نیز بیشتر است.

روشن است که در این رویکرد تفاوت‌های فردی اشخاص در تعبیر و تفسیر اسات بدنی صرفنظر شده است حال آنکه پژوهش‌های متعدد روانشناسان به ویژه روانشناسان سلامت نشان داده است که تعبیر و تفسیر ما از نشانه‌های بدنی پدیده‌ای است که از شناخت‌ها و ادراک ما متأثر است در واقع این تعبیر و تفسیرها نیز همانند سایر فرایندهای شناختی فرآیندی پیچیده است (سپوفی 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 سوال مطرح می‌شود که آیا واقعاً علائم بیشتری دارند یا خیر.

بر اساس نظر یکی از روانشناسان معروف پنه بیکر (۱۹۸۲ تصویر ۸-۱ را ببینید) تجربه بدنی اغلب مهم است و طرقتی 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 موقتی.

**عوامل ثابت؛** روانشناسان حداقل چهار عامل را به عنوان عوامل پایدار موثر بر ادراک حالات بدنی شناسایی کردند این چهار عامل عبارتند از؛ خودآگاهی نوروزگرایی عاطفه منفی و جسمانی سازی. در این بخش عوامل ثابت به ترتیب توضیح داده می‌شوند.

**خودآگاهی؛** انسانها در میزان توجه به حالات درونی خود یا میزان خدا گاهی با هم تفاوت دارند برخی افراد به درون خود تمرکز بیشتری دارند و به تغییرات در احساسات بدنی خود بسیار حساس ترند (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 نشانه های حمله قلبی دچار بیش برآوردی غیرمنطقی هستند.

**نوروزگرایی؛** در دروس دیگر و فصل شخصیت در این کتاب این ویژگی تمایل به تجربه هیجانات منفی و ناراحت کننده از جمله خشم اضطراب و افسردگی تعریف شده است (کوستا و مک کرا ۱۹۸۷) افراد دارای نمره بالا در این ویژگی تجربه سطوح بالای علائم جسمی شکایات بدنی را گزارش می کنند و اتسون و پنه بیکر ۱۹۸۹. در نتیجه این افراد ادراک سود ایرانه و منفی از تجارب فیزیولوژیک خود دارند یعنی علائم جسمی زیاد تر از معمول را گزارش می کنند.

به نظر شما پزشکانی که شخصیت نوروپتیک بیمار خود را نمی شناسند چه مشکلاتی پیش خواهند داشت؟

### عاطفه منفی

این ویژگی جنبه های کلی از پریشانی ذهنی است که شامل انواع حالات خلقی تفرآمیز مثل خشم بی اعتمادی احساس گناه و ترس می شود عاطفه منفی سفتی پیش زمینه ای برای تجربه حالات خلقی منفی و خود انگاره منفی است (واتسون و پنه بیکر ۱۹۸۸). افرادی دارای نمره بالا در این ویژگی تجارب بیشتری از علائم بدنی در قیاس با دیگران گزارش می کنند (همان منبع). هر چند تفاوت واقعی بین آنها و سایر این وجود ندارد اما این افراد احتمالاً بیشتر به احساسات فیزیکی طبیعی خود توجه و دقت می کنند این اشخاص بیشتر به علائم بدنی و احساسات جسمی توجه نشان میدهند در واقع می توان گفت که این افراد تقریباً همانند نوروپتیک ها هستند.

### جسمانی کردن

جسمانی کردن یعنی تجربه علائم جسمی در غیاب پاتولوژی فیزیکی زیربنای آن این ویژگی در فرهنگ های مختلف متفاوت است مثلاً در آسیای ها و آفریقایی ها بیشتر است غربی ها وجود دارد با این حال یک مسئله 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 برای ادراک نشانه های جسمانی بیماران تاثیر داشته باشد؟

**حالات درونی بر چگونگی تعبیر** و تفسیر فرد از احساس بدنی تاثیر گذار است تجربه کردن خلق منفی بر افزایش گزارش‌ها از علائم منفی اثرگذار است یکی از عوامل موقتی تاثیرگذار در این خصوص خالق به ویژه خلق منفی است.

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

استرس نیز بر علائم و نشانه های بدنی بیمار تاثیر می‌گذارد برخی افراد در استرس بعضی علائم را ناشی از استرس می‌دانند 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 بازنمایی های شناختی که ما از بیماری های مختلف داریم بستگی دارد. بیشاپ ۱۹۹۱ معتقد است که ما برای هر بیماری یک نمود شناختی از بیماری داریم که در آن نشانه های مشخصی در یک خوشه قرار می گیرند و به عنوان بیماری خاصی تعبیر و تفسیر می شوند برای مثال اگر دوستی به شما بگوید که کمی عطر می کند تورم سینوس ها دارد خارج کلو دارد ریزش بینی دارد و چشمان اشک آلود است این ها را در کنار هم قرار می دهید و می گوید که نمود بیماری تب یونجه را دارد تحقیقات نشان می دهد که اگر افراد دسته ای از علائم بیماری را با نمود بالا داشته باشند بیشتر احتمال دارد که به طور صحیح آن را تشخیص دهند و اگر در حالات نمود یا متوسط باشد کمترین احتمال وجود دارد بیشاپ ۱۹۹۱ افراد بر اثر تجربه خود و یادآوری شمس مبتلا به یک بیماری در گذشته این نمودهای بیماری را برای خود تشخیص می دهند این تشخیص ها است که ممکن است آنها را به سمت مراجعه به پزشک رهنمون کند در واقع نمودهای بیماری و رفتار تاثیر می گذارند افرادی که نمود بیماری را با درجه بالایی دارند بیشتر احتمال دارد به هنگام احساس بیماری به پزشک مراجعه کنند یا چکاب منظم را انجام دهند (لی و همکاران ۱۹۸۹) و حتی بر نشان دادن علائم بیماری در کلینیک نیز تاثیرگذار است افرادی که تصور می کنند نمود بیماری خاصی را دارند به صورتی جهت دار همان علائم را در کلینیک نشان می دهند و می توانند متخصصان را به اشتباه بیندازند همچنین پژوهشگران شناخت های کلی درباره بیماری ها را نیز بررسی کرده اند که در واقع به باورهایی که یک فرد درباره بیماری دارد اشاره می کند (پتری و وین من ۱۹۹۷ جدول ۸-۱ را ببینید) افراد درباره بیماری ها بازنمایی های شناختی متفاوت دارند افکار ما درباره بیماری بر تجارب و ادراکات ما تاثیر می گذارند ما درباره علل بافت و انواع بیماری که می شناسیم باورهایی داریم این باورها یک چهارچوب برای ادراک علائم فهم آن و سازگاری با بیماری فراهم می کنند مطالعه نشان داده است پنج جنبه کلی از شناخت های مردم درباره بیماری وجود دارد (لو و همکاران ۱۹۸۹) در واقع این پنج جنبه طرقي را که به موجب آن افراد تغییرات جسمی را تعبیر و تفسیر می کنند تعیین می کند باز نمایی ها درباره بیماری در طول زندگی شکل می گیرد

## تعامل با کادر درمانی

نحوه تعامل بیمار با پزشک و کادر درمانی می تواند بر تشخیص و درمان بیماری اش موثر باشد ❖ مطب پزشک برخی فراموش می کنند میترسند واقعاً سالم باشند یا واقعاً بیماری شدید تری داشته باشند افراد تحت فشار هستند که از زمان ملاقات با پزشک به نحو احسن استفاده کنند آیا ما از این می ترسیم که متخصص ما را مریض فرض کند؟ بین فرد و متخصص بسیار مهم است و در صورت عدم تعادل اثرات منفی می گذارد در موارد زیادی بیماران از دستورات و تجویزهای پزشک پیروی نمی کنند و روانشناسان سلامت باید علت این مسئله را بررسی کنند.

به نظر شما چه چیزی در مراجعه به متخصص سلامت تاثیر گذار 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 ۲۰۰۰) بستگی دارد هرچه این ها بیشتر باشند احتمال مراجعه به پزشک بیشتر خواهد بود نشانه ها اگر خود کننده باشند

بیشتر احتمال مراجعه به پزشک هست بنابراین وضعیت سلامت جسمی بیمار پیش بینی کننده قوی جستجوی توجه پزشکی است اما برخی دیگر به علت مسائل روانی اجتماعی مسائل قانونی توضیحات حمایت و توصیه ها به پزشک مراجعه می کنند پس به جز دلیل جسمی عوامل دیگری نیز بر جستجوی کمک طبی تاثیر گذار هستند مثلاً فرهنگی که در آن زندگی می کنیم در این مسئله تاثیر گذار است.

## عوامل اجتماعی

شبکه مرجع ما یا گروهی از افراد (دوستان بستگان همکاران) که با آنها صحبت کرده و از آنها توصیه می گیریم بر این مسئله موثر هستند توصیه افراد برای رفتن و دیدن یک پزشک پیش بینی کننده مهمی برای دیدن یک پزشک است نازنین اثر بیماری روی فعالیت های اجتماعی نیز در این خصوص تاثیرگذار است اگر علائم طبی باعث قطع فعالیت معمول فرد شود یا اگر در فعالیت های لذت بخش وقفه ایجاد کند اعتماد مراجعه به پزشک افزایش می یابد.

سن؛ نوجوانان درباره انتقال بیماری در کلینیک نگرانی‌هایی دارند و به همین دلیل ممکن است کمتر مراجعه کنند (گینزبور جرال ۱۹۹۷) درباره 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 غیر مستقیم یا رفتاری (مثل مصرف مشروبات) بر سلامتی و مراجعه به پزشک می‌افزاید استرس همچنین می‌تواند بر ادراکات بدنی ما تاثیر بگذارد بحران بین فردی مثل مشکلات روابط بین فردی یا شغلی بر جستجوی مراقبت پزشکی تاثیر می‌گذارد در چنین مواقعی ممکن است پزشک صرفاً برای حمایت عاطفی یا توسعه پزشکی ملاقات شود

**جنسیت؛** تحقیقات نشان می‌دهد زنان بسیار بیشتر از مردان به پزشک مراجعه می‌کنند حتی اگر مسائل مربوط به بارداری و قاعدگی کنترل شوند (وربوگ ۱۹۸۵) این با افزایش طول عمر آنها تناقض دارد یک اپیدمیولوژیست در این خصوص گفته است که زنان سریعتر مریض می‌شوند اما مردان سریعتر می‌میرند (لوبر ۱۹۹۷) حال چرا این تفاوت وجود دارد دلیل این تفاوت از زیستی تا روانشناختی و اجتماعی متفاوت است ظاهراً زنان بیماری حاد قیر بخیم و بیماری مزمن بیشتری در قیاس با مردان تجربه می‌کنند (رادین و ایکسو ویکز ۱۹۹۰) برخی بر دلایل زیستی تاکید کرده‌اند برخی بر توصیفات روانشناسی اجتماعی تاکید کرده‌اند بازی کردن نقش بیمار می‌تواند دلیل دیگر برای این تفاوت باشد و این نقش بازی کردن برای زنان میسر تر است این دلایل در جدول ۸-۲ آمده است

علیرغم پیشرفتهای زیاد ظرف یکصد و پنجاه سال گذشته در علم پزشکی هنوز هم بخش زیادی از مشکلات سلامتی بدون تشخیص باقی مانده و درمان نمی‌شوند که در تعداد آنها در حال افزایش است (وین فیلد ۱۹۹۲) دریافت کمک موثر 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 روانشناختی 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 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.

روانشناسان سلامت تمایل دارند موقعیت تعامل پزشک بیمار را بر حسب پیروی ارتباط و رضایت بررسی کنند زیرا؛

۱- پیروی جزء مهم برای اندازه‌گیری کیفیت روابط پزشک 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 تأثیر گذار 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-بیمار

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بیماران باسوادتر و آنهایی که از طبقه اجتماعی اقتصادی بالاتری برخوردارند در تعاملاتشان با متخصص سلامتی اطلاعات بیشتری ارائه می‌کنند و صحبت‌های ایشان با پزشک بیش از دیگران به طول می‌انجامد زنان تمایل دارند اطلاعات بیشتری ترک 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، ۲۰۰۳).

اگر بیمار کودک باشد مشکلات تعامل پزشک و بیمار دو چندان می‌شود تحقیقات نشان می‌دهد که کودکان کمتر خود را درگیر تعامل می‌کنند و فرصتی برای بحث فراهم نمی‌کنند در تعاملات بیمار-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-بیمار نقش دارند اینکه بیمار به کدام اقلیت یا گروه خاص تعلق دارد نیز در این ارتباط تأثیر گذار است.

### نقش پزشک در تعاملات پزشک-بیمار

اهمیت نقش پزشک در تعاملات پزشک-بیمار بر هیچ کس پوشیده نیست به ویژه اینکه برخلاف بیمار که نقش انفعالی در تعامل دارد پزشک نقش فعال و کلیدی دارد و مسئولیت این تعامل به عهده پزشک است نه بیمار چگونگی تعامل پزشک به

بیمار به عوامل زیادی بستگی دارد این ها می توانند شامل آموزش تحصیلات یادگیری های غیر رسمی تقویت همکاران انتظارات فرهنگی از نقش پزشک درآمد و حق ویزیت باشند معمولاً از پزشکان انتظار می رود با همه بیماران حتی بیماران مشکل دار و سخت رابطه ای دوستانه برقرار کنند (وین فیلد ۱۹۹۲) با این حال اگر به علت شرایط خاص طبابت احساس خصومت یا تنفر در پزشکی ایجاد شود این مسئله بر روند درمان تاثیر منفی می گذارد و بیماران خیلی زود متوجه این امر می شوند اینکه بیمار توسط پزشک دوست داشته شود رضایت بیمار حتی در یک سال بعد پیش بینی می کنند و بیمارانی که احساس می کنند پزشک آنها را دوست ندارد بعدها نسبت احساس عدم رضایت می کنند (هال، ۲۰۰۳).

یکی از حیطه های پژوهش در خصوص نقش پزشک جنسیت پزشک است پژوهش های این حیطه در کشورهای غربی نشان داده است که پزشکان زن وقت بیشتری را صرف ویزیت بیمار می کنند با توجه به جنبه های عاطفی و روانی اجتماعی با بیمار بحث میکنند مشارکت بیشتری در تعامل دارند و رفتار کلامی و غیرکلامی مثبت تری از خود نشان می دهند (راترو همکاران، ۲۰۰۲) و به نظر می رسد که بیشتر از پزشکان مرد بیمارانشان او 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 مهربان تر باشد.

### الگوهای ارتباطی تعامل پزشک- بیمار

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

استفاده از زبان فنی توسط متخصصان سلامتی ارتباط موثر با بیماران را با محدودیت مواجه می کند در واقع چنین زبانی توازن پزشک یا بیمار را به هم می زند و در چنین شرایط سوال نمی پرسند و توضیحی نمی خواهند این زبان به این علت به کار گرفته می شود که پزشکان تمایل دارند به زبان پزشکی ثابت کنند آنها اغلب فراموش می کنند که در حال صحبت کردن با یک فرد معمولی هستند.

برخی متخصصان (میشلرا، ۱۹۸۴) معتقدند که پزشکان معمولاً از زبانی منطقی علمی و پزشکی استفاده می کنند که با زبان خونساز روزمره و عامیانه بیماران منطبق نیست و به همین دلیل الگوی ارتباطی بین آنها مطلوب نیست باری و همکاران ۲۰۰۱ ارتباطات بین بیماران و پزشکان انگلیسی را ضبط و تجزیه و تحلیل کردند آن ها دریافتند که ۴۹ 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 می کنند و مشاوره پزشکی صرفاً بر مسئله حاد و مزمن فردی متمرکز است این الگو برای مشاوره های ساده پزشکی مفید است.

۲- **الگوی عامیانه دو طرفه؛** هم پزشک و هم بیمار عمدتاً به زبان عامیانه سخن می گویند مشاوره ها بر مشکلات روانشناختی متمرکز است این الگو باعث ایجاد احساس همدلی می شود.

۳- **الگوی عامیانه با وقفه؛** بیماران به زبان عامیانه سخن می گویند به هنگام استفاده پزشکان از زبان پزشکی ساکت می شوند به ویژه در مشاوره های مشکلات جسمی مزمن این الگو اتفاق می افتد در این حالت مشاوره کارکرد مناسبی ندارد.

۴- **چشم پوشی از زبان عامیانه؛** بیماران از زبان عامیانه استفاده می کنند اما پزشکان صحبت های آنها را نادیده می انگارند و به زبان پزشکی سخن می گویند این الگو نیز در مشاوره های مشکلات جسمی مزمن به کار برده می شود چنین مشاوره های عمدتاً مشکل زا است

## فصل نهم

### سازگاری با بیماری های خاص جدید هدف های یادگیری

دانشجویان باید پس از مطالعه این فصل بتوانند.

۱. بیماری های 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.

پشم نطق 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 امروز مهم‌ترین معضل سلامتی در همه کشورهای جهان از جمله ایران کشور ما ایران تغییر الگوی مرگ‌ومیر بیماری به بیماری‌های مزمن است این بیماری‌ها که شامل بیماری‌های قلبی بویژه فشار خون سرطان و غیره می‌شوند نه تنها درمان قطعی ندارند بلکه بر ذهن و رفتار فرد و سبک زندگی وی اثرات قابل‌ملاحظه‌ای می‌گذارند البته در ایجاد گسترش این بیماری‌ها نیز مشکلات و عوامل روان‌شناختی نقش غیرقابل‌انکاری دارند فردی که به این بیماری‌ها مبتلا می‌شود برای مدت معینی باید با آن‌ها زندگی کند که این بیماری ضد سلامت آن است این فصل به توصیف بیماری‌های مزمن سازگاری با آن‌ها و نقش روان‌شناسی در فرآیند سازگاری می‌پردازد.

### بیماری‌های مزمن

بیماری مزمن بیماری هست که برای بلندمدت به آن‌ها مبتلا می‌شوند از جمله بیماری‌های مزمن می‌توان بیماری‌های قلبی فشارخون سرطان دیابت را نام برد این بیماری‌ها دلیل عمده مرگ‌ومیر و ازکارافتادگی انسان‌های امروزی محسوب می‌شود طبق اعلام سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۵ سی و پنج میلیون نفر بر اثر بیماری مزمن جان خود را از دست داده‌اند که نیمی از آن‌ها را زنان تشکیل داده این بیماری از جمله پرهزینه‌ترین و شایع‌ترین مسائل بهداشتی جهان محسوب می‌شوند این بیماری‌ها با توسعه شهرنشینی پیشرفت صنعتی و زندگی ماشینی گسترش یافته‌اند این بیماری‌ها که بیماری‌های غیرواگیر و مؤثر سومن مرسوم مند ۵۹ درصد کل مرگ‌های دنیا و ۴۶ درصد بار جهانی بیماری را به خود اختصاص می‌دهند بالاین حال ۷۰ درصد مجموع هزینه‌های پزشکی مربوط به این

بیماری هاست پزشکان امروزه معتقدند که راه حل کنترل اپیدمی جهانی بیماری‌های غیرواگیر پیشگیری اولیه است. پایه این نوع پیشگیری شناسایی عوامل خطر ساز و کنترل این عوامل است عوامل عمده‌ای در ایجاد این بیماری‌ها سهیم هستند که عبارت‌اند از **بیمار عوامل زمینه ای مثل سن جنس سطح آموزش و ترکیب ژنتیکی**

. عوامل رفتاری مثل مصرف دخانیات رژیم غذایی نامناسب و کم‌تحرکی

. عوامل بینابینی مثل مقدار کلسترول سرم و فشار خون بالا

. شرایط اجتماعی و اقتصادی مثل برق و بیکاری.

. محیط مثل آلودگی هوا ترافیک و آلودگی آب.

. شهرنشینی و فرهنگ مثل رفتارها ارزش‌ها و هنجارها و سبک زندگی

همان‌طوری 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 اشاره شده است

### **بیماری قلبی عروقی**

بیماری قلبی عروقی یکی از شایع‌ترین علل مرگومیر در جهان از جمله ایران است به‌طوری‌که این بیماری اولین علت مرگومیر در کشور ما ایران محسوب می‌شوند اخیراً گزارش‌هایی مبنی بر کاهش سن بروز این بیماری‌ها در کل کشور ما منتشر شده‌است به گونه‌ای که یک‌چهارم بیماران مبتلا به سکته قلبی را افراد کمتر از ۵۰ سال تشکیل می‌دهند هر ساله ۱۷ میلیون نفر به‌علت بیماری‌های قلبی عروقی و سکته مغزی می‌میرند بیش از ۵۰ درصد مرگ‌ها و ناتوانی هاناشی از این بیماری است. دار تا سال دوهزار و ۲۰ تعداد مرگ‌ها به حدود ۲۵ میلیون نفر افزایش می‌یابد در ایران ۴۶ درصد کل مرگ‌ها ناشی از بیماری‌های قلبی است مهم‌ترین گروه بیماری قلبی عروقی به بیماری کرونر قلبی است به طوری که ۲۴ درصد موارد سکته قلبی ۱۰ 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 می‌رساند به وجود می‌آید همان‌طور که پیش‌تر گفته شد این بیماری از مهم‌ترین عوامل مرگومیر در

جهان است ( سارا فینو 2005، سماوات و حجت زاده ۱۳۸۴ ) مشکلات سازگاری در آن دسته از بیماران قلبی بیشتر گزارش می‌شود که قبل از ابتلا به بیماری مسائل اجتماعی و استرس‌های بیشتری داشته‌اند از جمله مشکلاتی که این بیماران تجربه می‌کند اضطراب افسردگی و انکار بیش از اندازه است که بر سیر بهبودی بیماری اثرات منفی می‌گذارد پژوهش‌ها نشان داده‌اند که 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 فلک من ۱۹۸۴ ).

مهم‌ترین همبستگی بیماری‌های قلبی چیست؟

## سرطان

بیماری سرطان یکی از معضلات و مسائل اساسی بهداشتی جهان محسوب می‌شود می‌گویند که این بیماری در حال رشد است در سال دوهزار و ۸ یا ۱۱ میلیون و ۸۰۰ هزار نفر که با رشد ۵۵ درصدی پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۲۰ نفر برسد این رشد در همه کشورهای جهان تقریباً یکسان است هرچند سرطان در همه گروه‌های سنی وجود دارد اما هرچه سن بیشتر باشد احتمال بروز آن بیشتر خواهد بود براساس آمارهای موجود که متخصصان آن‌ها را با تنها ۷۰ درصد موارد واقعی می‌دانند سالانه ۷۰ هزار ایرانی به بیماری سرطان مبتلا می‌شود و در سال حدود ۳۰ هزار نفر به علت ابتلا به سرطان می‌میرد 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 ۲ جسم به صورت برابر گزارش شده است درباره عوامل مرتبط با سرطان متخصصان عوامل پرخطر مختلفی را مطرح کرده‌اند که از جمله آن‌ها می‌توان به سن مصرف دخانیات قرار گرفتن در معرض اشعه ایکس الکل مواد شیمیایی برخی ویروس‌ها سوابق خانوادگی رژیم غذایی بدون سبزیجات میوه و فیبر و فعالیت‌های جسمی اندک و استرس اشاره کرد. از لحاظ روان‌شناسی بیماری سرطان یکی از شدیدترین تجارب استرس‌زا در زندگی است. حالت 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 انکار استفاده می‌کند و تشخیص بیماری را نمی‌پذیرند در مرحله بعدی برخی دچار خشم می‌شود 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 خود گرایی و توجه بیش از حد خود می‌شود مرحله بعدی وابستگی است که آن‌ها را به یکی از اعضای خانواده اطرافیان و حتی پرستاران وابسته می‌کند و آخرین مرحله مرحله قبول بیماری است سرطان از جمله اختلالات وخیمی است که نیاز به مداخله روان‌شناختی در آن حتی توسط سایر پزشکان متخصص مطرح شده‌است.

### دیابت

آن هر ساله رو به تزاید است. براساس آمار سازمان جهانی بهداشت از ۱۵۰ میلیون نفر در ۲۰۰۴ به ۳۰۰ میلیون نفر در سال ۲۰۲۵ خواهد رسید در آمریکا این بیماری ششمین علت مرگومیر محسوب می‌شود بیماری دیابت عوارض بلندمدت وخیمی از جمله نارسایی پیشرفته کلیه اختلال شبکیه چشم و قطع اعضای تحتانی و بیماری قلبی عروقی را دنبال دارد به همین 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 چند بعدی بودن رژیم درمانی دیابتی‌ها مشکلات پای‌بندی به درمان مستلزم تغییر درصد که زندگی است روان‌شناسان سلامت علاوه بر ارزش یابی و مسائل و مشکلات این بیماران و درک و فهم عوامل روان‌شناختی مرتبط با سازگاری با دیابت می‌توانند به بیمار کمک کند تا تغییرات رفتاری موردنیاز را کسب کنند و از رژیم‌های درمانی و غذایی خود بخوبی پیروی کنند.

بیماری‌های مزمن سلامتی انواع زیادی دارند که تنها ۳ نوع آن‌ها معرفی شدند آنچه درباره همه انواع بیماری‌های مزمن سلامتی صدق می‌کند این است که پذیرش این بیماری‌های وخیم و طولانی مدت مستلزم سازگاری پائین بیماری‌هاست و در این فرایند سازگاری نقش روان‌شناسان برجسته می‌شود.

## سازگاری چیست؟

منظور از سازگاری با شرایط استرس را از جمله بیماری مزمن این است که بیمار در شرایط بیماری به گونه‌ای منطقی با مسئله خود روبرو شود معماری خود را بپذیرد و در نهایت راهحل منطقی برای پیروی از رژیم‌های درمانی و غذایی مناسب را بیابد در صورتی که نتواند فرآیند سازگاری را بخوبی طی کند دچار اختلال سازگاری می‌شود اختلال سازگاری عبارت است از علایم احساسی یا رفتاری بیش از اندازه در پاسخ به ۱ موقعیت استرس‌زا در زندگی در چنین حالتی فرد قادر نیست آن‌طور که انتظار می‌رود با تغییرات پیش آمده در زندگی سازگاری حاصل کنند که این امر به نوبه خود وی مشکل آفرین است

### ابتلا به بیماری مزمن به مثابه استرس وخیم

آگاهی از ابتلا به ۱ بیماری وخیم و مزمن خود چون یک شوک بزرگ همانند پتکی بر سر فرد فرود می‌آید و نظام روان شناختی و حتی بدنی او را فرو می‌ریزد که چنین واکنشی قطعاً روی وضعیت روانی و جسمی و سیر بیماری و تأثیر غیرقابل انکاری دارد بنابراین لازم است پزشکان در این خصوص دقت لازم را مبذول دارند فرانکن شانتس ( ۱۹۷۵ ) واکنش‌های اولیه بیماران به تشخیص ۱ بیماری جدید را مطالعه کرده و مراحل سه‌گانه‌ای را در آن‌ها تشخیص داد.

### ۱. مراحل اول شوک.

در این مرحله بیمار دچار شوک ناگهانی و شدیدی می‌شود. این پاسخ آنی وی به بیماری با ۳ ویژگی مشخص می‌شوند. الف قرارداد بستند بهت‌زدگی به ( رفتار غیرعادی ج نذر بستم احساس گزیر گسیختگی از موقعیت. حالت احساس گسیختگی شبیه کسی است که در رخداد درگیر نبوده بلکه صرفاً نظاره‌گر رخداد بیماری است دربارہ مدت زمان شکر که این مرحله ممکن است تنها چند لحظه و یا هفته‌ها به طول انجامد.

که بدهی است که فردی که بدون آمادگی و اطلاعیه قبلی دچار این عارضه شود، واکنش شک در او شدیدتر است.

## ۲. مرحله دوم مواجهه.

در این مرحله فرد احساس می‌کند تفکرش از هم گسیخته شده، احساس گناه، یاس و ناامیدی دارد و احساس از پای درآمدن می‌کنند.

## ۳. مرحله سوم عقب‌نشینی.

در این مرحله بیمار تلاش می‌کند با یکسری راهبردها مثل اجتناب و انکار، با مسئله پیش آمده و پا و با پیامدهای آن برخورد کند. بند علایم بالینی شدت می‌یابد 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.

هرچند واکنش‌های افراد به بیماری تقریباً نسبتاً یکسان است اما تفاوت‌های فردی در این خصوص نیاز وجود دارد. برخی به محض اطلاع از تشخیص قطعی بیماری واکنش بسیار شدید و هیجانی نشان می‌دهند برخی دیگر خود را خون‌سرد نشان داده و با گفتن جملاتی چون مرگ دست خداست قسمت ما همین است سعی می‌کند بر بیماری خود غلبه کند اگر بیماری را ۱ عامل استرس زا بدانیم که ریوز و ۱۰ ها (۱۹۹۰) نشان داده که افراد برای کنترل پاسخ‌های هیجانی نسبت به عامل استرس زا بویژه هنگامی که معتقد باشد هیچ کاری برای تغییر وضعیت موجود از دستشان برنمی‌آید از راهبرد انکار یا سایر روش‌های اجتنابی استفاده می‌کنند اگرچه معمولاً استفاده از روش‌های اجتنابی در اوایل تشخیص منافع روان‌شناختی برای فرد به ارمغان می‌آورد اما اجتناب خیلی زود به ناسازگاری و آسیب‌های جدی وخیم‌تر بعلت عدم پی‌روی از درمان منجر می‌شود (ساز و فلچ، ۱۹۸۵) مضافاً این‌که افرادی که از راهبرد اجتناب استفاده می‌کنند، فرصت کسب اطلاعات دقیق‌تر از مشکلات بهداشتی خود را از دست می‌دهند چنین اطلاعاتی نقش اساسی در تصمیم‌گیری بعدی درباره بیماری ایفا می‌کند.

فردی که به ۱ بیماری مبتلا می‌شود باید برنامه زندگی‌اش را تغییر دهد آرزوهایش بیرگون سفرهایش، ازدواج، بچه‌دار شدن، تحصیل کردم، اشتغال و خلاصه همه چیزش در معرض تعقیب قرار می‌گیرد نه تنها خود وی بلکه خانواده، بر شکم، دوستان و اطرافیانش باید به نحوی خود را با بیماری سازگار کنند پس می‌توان گفت

که بیماری مزمن همچون ۱ بحران همه چیز را تغییر می‌دهد به همین دلیل یکی از متخصصان بنام رودولف ردل ماس نظریه بحران را مطرح کرده است.

### نیاز به بحران

موس و شافر (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 فرایند تعادل حیاتی و تعادل جویی تبعیت می‌کند در این نظریه هر بحران ۱ محدودیت خویشتن برای یافتن راهی به منظور بازگشت به مرحله باثبات قبلی ایجاد می‌کنند بنابر این افراد خود به مشابه خود تنظیم‌گر هستند به نظر ماوس و شافر بیماری جسمی بحرانی است که تغییراتی در زندگی فرد ایجاد می‌کنند آن‌ها ۵ تغییر را به شرح زیر مشخص کردن

(.....) بیماری باعث تغییر در هویت فرد می‌شود مثلاً از مراقبت به بیمار و نیازمند مراقبت یا از نان‌آور خانواده به معلول و از کار افتاده تبدیل می‌شوند.

(.....) بیماری باعث انتقال به محل جدیدی مثل بیمارستان می‌شود.

(....) فرد بیمار قبلاً بزرگسال مستقلی بوده که روی پای خود می‌ایستاد اما در اثر بیماری مزمن باید نقش ۱ فرد وابسته منفعل را بازی کند

(.....) بیماری باعث جدا شده از دوستان و حتی خانواده می‌شود و در نتیجه حمایت اجتماعی فرد را تغییر می‌دهد

(.....) بیماری پاژه تغییر در برنامه‌های آینده و دست دادن شغل مسافرت و... می‌شود.

علاوه بر تغییرات فوق عوامل متعددی باعث می‌شود بیماری مزمن بحران شود. از جمله این‌که بیماری اغلب غیرمنتظره و غیرقابل پیش‌بینی است اطلاعات درباره بیماری عمدتاً مبهم و نامشخص است معمولاً در اثر بیماری ابتلا به بیماری مزمن فرد مجبور است سریعاً تصمیم جدی اتخاذ کنند مثلاً جراحی کند به شیمی‌درمانی رضایت دهد یا تزریق انسولین را انتخاب کند ماندن در حالت ابهام و در پهلو نیز از ویژگی‌های بیماری مزمن است مثلاً بالاخره نمی‌داند که شیمی‌درمانی ندارد ۱

یا خیر آیا می‌توان قند خون را کنترل کند یا خیر نهاد 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 از سنگ باعث می‌شود هم صدا با ماوس و شافع بیماری جسمی را بحران بی‌نامند بنامیم.

دید آن‌ها معتقدند که افراد مبتلا به بیماری‌های وخیم از طریق ۳ فرآیند با این بیماری مقابله می‌کنند.

فرآیند ارزیابی شناختی، تکالیف تطابقی و مهارت‌های مقابله‌ای. همچنین آن‌ها نقش عوامل زمینه‌ای در مقابله با بحران بیماری را مطرح کرده‌اند مدل ماوس و شافع در شکل ۱-۹ آمده‌است

### 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 کنند مثلاً می‌پرسد آیا این نوع سرطان جدی است؟ این سرطان چقدر بر زندگی تاثیر 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 تاثیر می‌گذارد

ماوس و شافر تکلیف انطباقی که برای فرآیند مقابله کاربرد دارد، را معرفی کردند. ۳ تکلیف به‌عنوان تکالیف خاص بیماری و ۴ تکلیف به‌عنوان تکالیف کلی طبقه‌بندی شده‌است. سر تکالیف خاص بیماری عبارت‌اند از.

۱. **مواجهه با درد، ناتوانی و علایم دیگر.** مواجهه با علائمی چون درد، احساس عدم کنترل و بازشناسی تغییرات در این تکلیف قرار می‌گیرد.

۲. **مواجهه با محیط بیمارستان و روش‌های درمانی خاص** در این مرحله ملاحظات پزشکی چون شیمی‌درمانی آندوسکوپی و آنژیوگرافی از جمله مسائلی هستند که بیمار با آن‌ها مواجه می‌شود.

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

چهار تکلیف کلی که به بیمار به بیماری خاصی ارتباط ندارد عبارت‌اند از

۱. (.....) در این تکلیف بیمار باید هیجانات منفی ناشی از این بیماری را با هیجانات مثبت و مناسب جبران کند

۲. (.....) بیماری ممکن است باعث بدشکلی در فرم ظاهری و تغییرات دیگری شود که داشتند تکفیر خود مناسب و احساس شایستگی به سازگاری با آن کمک می‌کند.

۳. (.....) بیمار باید شبکه حمایت اجتماعی را علی‌رغم تغییر محل و مشکلات ارتباطی حفظ کند.

۴. (.....) بیماری باعث ابهام در آینده بیمار می‌شود با توجه به فقدانها محدودیت‌ها و معلولیت‌ها باید آینده بیمار تعریف شود.

موس و شافر (۱۹۸۴) پس از ارزیابی شناختی و تکالیف انطباقی ۳ نوع مهارت مقابله‌ای را معرفی کرده‌اند. مقابل ارزیابی مدار، مقابله مسئله مدار و مقابله هیجان مدار منظور از مقابله ارزیابی مداد تلاش به منظور فهم بیماری و جستجوی معنایی برای آن است آن‌ها ۳ نوع مقابله ارزیابی مدال را معرفی کرده‌اند.

**الف) تحلیل منطقی و تدارک ذهنی** یعنی این‌که بیمار تلاش کند ۱ موقعیت غیر قابل اداره را به ۱ موقعیتی قابل اداره تبدیل کند.

**ب) باز تعریف شناخت یعنی پذیرش** واقعیت موقعیت و بازتعریف آن به گونه‌ای مثبت قابل قبول

**ج) اجتناب و انکار شناختی شامل** به حرکت های شامل فردا شامل بحق به اقل رساندن جدی بودم و وخامت بیماری البته با توجه به داشت توجه داشته باشید که این مکانیز صرفاً برای کاهش دادن اثرات وخیم تلقی کردن بیماری است و به معنای انکار کامل آن نیست.

مقابله مسئله محور شامل مواجهه با مسئله بیماری و بازسازی آن به گونه قابل اداره است. مقابل مسئله محور عبارت‌اند از

۱. **جستجوی اطلاعات و حمایت**. مثلاً فراهم کردن ۱ چهارچوب دانشی با ارزیابی اطلاعات در دسترس مثلاً بیمار می‌تواند اطلاعات جدیدی درباره بیماری خود و چگونگی کنترل آن را مطالعه کند.

۲. **اقدام به حل مسئله**. از جمله یادگیری روش‌ها و رفتارهای خاص مثلاً بیماری دیابتی که مجبور به تزریق انسولین است اما می‌ترسد نتواند این کار را به‌خوبی انجام دهد می‌تواند نحوه صحیح تزریق را فرا گیرد.

۳. **تعیین پاداش‌های جایگزین**. مثلاً طراحی وقایع و اهدافی که رضایت و خشنودی کوتاه‌مدت برای بیمار فراهم می‌کند خط جنین مقابله سوم مقابل هیجان محور است که شامل مدیریت هیجانات و حفظ تعادل عاطفی است.

### ۳ نوع مهارت مقابله ای هیجان محور عبارت‌اند از.

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

۲. **تخلیه هیجانی**. شامل بیرون ریزی هیجان هیجاناتی چون خشم و ناامیدی.

۳. **پذیرش مجدد**. شامل آوردن کلماتی درباره پیامدهای غیر قابل 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 فرایند روان‌شناس سلامت می‌تواند با تشخیص مشکل و ایراد ذاتی، بیمار را در رسیدن به سازگاری متناسبی با بیماری یاری دهد.

اگرچه نظریه موس و شاتر بخوبی تدوین شده است، اما همان‌طور که خود این نظریه پیش‌بینی کرده است فرایند سازگاری و مقابله با بیماری طبی در همه افراد یکسان و همانند نیست چگونگی تفاوت تحت تاثیر ۳ عامل است که عبارت‌اند از.

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

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

۳. عوامل مرتبط با بیماری. مثل درد این کل بدشکلی یا خال یا لکه.

بر اساس نظریه بحران ۲ نوع سازگاری با بیماری وجود دارد سازگاری و انطباق سالم که نشانه پختگی است و انطباق نادرست یا پاسخ غیر انطباقی کندی نشانه بدتر شدن است بدهی است که نقش اصلی روان‌شناس سلامت هنگامی است که فرد دومین سازگاری را داراست نظری

### نظریه انطباق شناختی

یکی دیگر از نظریات درباره مقابله با بیماری جسمی توسط تایلر و همکاران ( ۱۹۸۴ ) ارائه گردید. آن‌ها بر اساس مصاحبه با قربانیان بیماران وخیمی چون سرطان و بیماری غربی مدل انطباق شناختی را مطرح کرده‌اند. طبق این مدل ۳ مرحله برای رویارویی با وقایع تهدیدکننده با بیماری جسمانی وجود دارد. جستجوی معنا، جستجوی تسلط و ۱ فرایند خود ارتقایی در نظریه تایلر و همکاران این ۳ فرایند جستجوی سگ باعث ایجاد و حفظ خطایابی می‌شوند که فرایند انطباق شناختی را تشکیل می‌دهند.

الف ( ..... ) 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 پائین باور که بیماری قابل‌کنترل است، حاصل می‌شود مثلاً ۶۶ درصد بیماران دچار سرطان سینه گزارش کردند که توانستم بر بیماری خود تاثیر بگذارند. به نظر تایلر تکنیک‌های روان‌شناسی جرم ایجاد نگرش مثبت، مراقب بیر گل خود عیب تو میزی هیپ طوطی میزی، الگوهای 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 باشد.

فرایند خود ارتقایی. بدهی است که برخی افراد در اثر بیماری کاهش عزت نفس را تجربه می‌کند طبق نظریه تایلور به همین تردید در بیماری مزمن بیماران تلاش می‌کنند از طریق فرایند خود ارتقای عزت نفس خویش را بازسازی کرده و آن را افزایش دهند به نظر تیلور و همکاران اگر بیماران خود را با افراد برد بدتر از پیش مقایسه کنند چنین مقایسه‌ای می‌تواند به افزایش عزت نفس آن‌ها منجر میشود.

ج) فرایند خود ارتقایی: بدیهی است که برخی افراد در اثر بیماری کاهش عزت نفس را تجربه می کنند. طبق نظریه تیلور به همین دلیل در بیماری مزمن بیماران تلاش می کنند از طریق فرایند خود ارتقایی عزت نفس خویش را بازسازی کنند و ان را افزایش دهند. مقایسه با افراد بدحال تر از خود عزت نفس ان را پایین می آورد.

تیلور معتقد است که در مراحل مختلف بیماری نوع خطاهای شناختی در بیماران ایجاد می شود مثلاً ممکن است بیماری بر خلاف علوم رایج تصور کند که علت سرطانش را فهمیده است و بنابراین می توان می داند که چگونه بر آن تاثیر بگذارد و اگذارد. هرچند این خطاهای شناختی ممکن است با واقعیت منطبق نباشد زیرا هنوز هم علت واقعی سرطان نامعلوم است اما چنین خطاهایی بر فرایند سازگاری با بیماری اثر مثبت می گذارد. مثلاً نگرش های مذهبی بیماران نسبت به بیماری، دعا و شفا می تواند باورهایی را در آن ها ایجاد کند که به سازگاری بهتر با بیماری خویش بپردازد.

**آنچه مهم است این است که سازگاری با بیماری طبی و خیم نه تنها برای سلامت گذاشت بیماری مزمن که نتواند با بیماری خویش سازگار شوند همواره از خود می پرسند که تا کی باید درد بکشند؟ چرا برای باید برای همیشه داروی خاصی مصرف کند؟ چرا نمی توانند غذاهایشان دلخواهشان را بخورند علامت سوال نتیجه این که عدم سازگاری با بیماری مزمن می تواند باعث شود که بیماری پیروی از دستورات طبی و رژیم های غذایی را قطع کند و در چنین شرایطی مرگ در انتظار آن هاست. پس روان شناسان سلامت با شناسایی مشکلات سازگاری این بیمار را و کمک به آن ها برای سازگاری بهتر با بیماری می تواند از مرگ و میر آن ها جلوگیری کرده و به آن ها کمک کنند تا طول عمر بیشتری علی رغم داشتن بیماری داشته باشند.**

## فصل دهم

### مداخله های 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 رفتاردرمانی شناختی را در درمان بیماری‌های مزمن شرح دهد.
۵. توضیح دهد که تلاش‌های متخصصان رفتاردرمانی شناختی برای اصلاح شناخت بر کدام مبانی استوار است

همان‌طور که در فصل قبل ملاحظه کردید نه‌تنها در علت‌شناسی بیماری‌های مزمن جسمی عوامل روان‌شناختی نقش دارند بلکه خود این بیماری‌ها به عنوان استرس‌هایی بسیار مهم هم در زندگی فرد و هم در زندگی اطرافیان بشوید بیمار تلقی می‌شود مضافاً این‌که سازگاری روانی با این حالات منفی مزمن و پیروی کامل از دستورات طبی و پرهیزهای غذایی برای اغلب این بیماران کار سخت و طاقت‌فرسا است همچنین عمده این بیماران حالت منفی روان‌شناختی از جمله اضطراب و افسردگی را تجربه می‌کند 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 گیرد به اختصار توضیح داده می‌شوند.

افراد دچار بیماری‌های مزمن جسمی مشکلات متعددی را در زندگی خود تجربه می‌کند برای مثال افراد مبتلا به دیابت نوع I باید از رژیم‌های روزانه پیچیده‌ای طبیعت کنند تا بتوانند سطوح گلوکز خون خود را در حد طبیعی نگه دارند این امر با آزمون منظم قند خون تزریق ۲ یا ۴ بار انسولین در روز و کنترل دقیق جذب

مواد غذایی و سطوح فعالیت میسر است نکته افراد مبتلا به دیابت نوع ا توسط متخصصان مختلف از جمله متخصصان غدد داخلی متخصصان رژیم غذایی و پرستاران مورد بررسی های منظمی قرار می گیرند و خود نیز باید به صورت خود مدیریتی وضعیت خویش را مدیریت کند آن ها به منظور جلوگیری از پیامدهای منفی دیابت از جمله کاهش دید اختلال در کلیه مشکلات در اعضای پیرامون بدن و بیماری قلبی باید دستورات طبی را کاملاً رعایت کنند . شکست در حفظ سطح قند خون در محدوده طبیعی پیامدهای فوری مثل آسیب در عملکرد شناختی کاهش هوشیاری و حتی مرگ که در موقعیت های شدید را ایجاد می کند در مورد بیماری قند غیر وابسته به انسولین یا نوع ۲ درمان اولیه شامل کنترل را از طریق آزمون کردن رژیم غذایی و ورزش است و بیشتر این افراد از طریق داروی خوراکی این کار را انجام می دهند آن ها نیز مشکلاتی را در پیروی از دستورات طبی تجربه می کند کندر - فردریک ۲۰۰۲ در این خصوص می گوید

( بیماران دیابتی باید رفتارهای خود را در ماه چندگانه ای را بطور روزانه پس از تشخیص دیابت برای تمام طول عمر زندگی خود انجام دهند از چشم انداز روانی رفتاری تصور ۱ بیماری که مستلزم خود کنترلی و خود تنظیمی وضعیت سلامتی بیمار در تمام عمر باشد دشوار است )

چنین وضعیتی که خود می تواند به ایجاد هیجانات منفی منجر شود صرفاً مختص بیماران دیابتی نیست بلکه در تمام بیماری های مزمن از جمله بیماری قلبی آسم سرطان و غیره وجود دارد لذا فائق آمدن بر چنین مشکلاتی مستلزم استفاده از مداخلات روان شناختی از جمله درمان های حمایتی و انواع روان درمانی است

### مشکلات افراد دچار بیماری های مزمن

افرادی که از بیماری های مزمن رنج می برند مشکلات متعددی دارند این مشکلات می توان به ۵ دسته تقسیم کرد :

الف ) سازگاری با بیماری

ب) پیروی از دستورات طبی

ج) حالات منفی روان شناختی ( 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 نحو مطلوبی خود را بپذیرند و با آن سازگار شوم برای سازگاری با این شرایط طبی و خیم اغلب به کمک متخصصان ویژه روان‌شناسان سلامت روان‌شناسان بالینی نیازمند .

انواع مشکلات سازگاری

بیماران دچار بیماری‌های مزمن مشکلات زیادی در سازگاری تجربه می‌کند این تجارب به عوامل زیادی از جمله میزان درد ناتوان‌کنندگی یا تهدید‌کنندگی آن بیماری و سن بیمار بستگی دارد این مشکلات در جدول ۱ در خلاصه شده است همان‌طور که ملاحظه کردید این نوع مشکلات با سایر مشکلاتی که بیماران تجربه می‌کنند مرتبط و یا حتی همسان است.

ب) پیروی از دستورات طبی.

اغلب برای مردم دشوار است که به آن‌ها گفته شود برای تمام مدت عمرشان نباید قند چربی و غیره مصرف کنند و یا این‌که به آن‌ها گفته شود در تمام عمر هر روز ۲ تا ۳ نوبت باید دارویی خاص سیب را مصرف کنند و یا فعالیت‌های آن‌ها برای همیشه محدود می‌شود چنین بیمارانی نه‌تنها باید عوارض بیماری را بپذیرند بلکه بیماری زندگی آن‌ها را دگرگون می‌کند به همین دلیل این بیماران باید به کمک روان‌شناسان سلامت بتوانند از تجهیزات طبی بخوبی پیروی کند در غیر این صورت وضعیت جسمی آن‌ها بدتر شده و یا به سمت مرگ پیش می‌رود.

ج) مشکلات روان‌شناختی.

در بیشتر اختلالات مزمن مشکلات روان‌شناختی بویژه غم و اندوه ناامیدی درماندگی افسردگی اضطراب عدم علاقه به زندگی و حتی برخی از علائم و خیم فراوان جزو لاینفک بیماری هستند این حالات در صورت عدم مداخله سلامت و

زندگی بیماران را تهدید می‌کند برای این منظور مداخلات روان‌شناختی ضرورتی انکارناپذیر است

### د) تحمل درد

اکثر بیماران مزمن با دردهای خفیف تا شدید بویژه مداوا بمی همراه است که مثلاً بیمار مبتلا به سرطان ممکن است بعلت شیمی‌درمانی دردهای بسیار شدیدی را تجربه کند و یا فردی که مرتبط دیالیز می‌شود دچار دردهایی می‌گردند برخی بیماران قلبی و دردهای شدیدی را تجربه می‌کند در بیشتر مواقع درمان‌های طبی برای رفع دردهای متمر ثمر واقع نمی‌شود در چنین مواردی روان‌شناسان سلامت می‌تواند از طریق آموزش روش‌های ما با درک کمک بیماران کند

### ه) تغییرات ظاهری در بدن.

برخی بیماران مزمن تغییرات غیرمنتظره در ظاهر بدن فرد ایجاد می‌کند 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 بیماران با کاهش شدید در وضع عکاس از دست دادن موها و یا تغییرات دیگر همراه است که همین تغییرات بیمار را شدیداً نگران می‌کند سازگاری با این تغییرات مستلزم کمک‌های روان‌شناختی است.

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 نیازمند است.

### مداخلات روان‌شناختی

منظور از مداخله روان‌شناختی یا مداخله روانی کاربرد اصول و یافته‌های روان‌شناسی بویژه روان‌شناسی بالینی در ۱ موقعیت یا شرایط خاص است در شرایط بحرانی چون بیماری مزمن که نظام روان‌شناختی فرد تهدید می‌شود بیماری حالت منفی روان‌شناختی تجربه می‌کند استفاده از درمان‌های روان‌شناختی مفید است این درمان‌ها از روان‌درمانی حمایتی تا روان‌درمانی‌های عمیق متغیر اند.

## روان‌درمانی چیست؟

روان‌درمانی یا درمان از طریق مکالمه و صحبت کردن شامل نشست رو در روی ۱ درمانگر با متخصص و ۱ 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 از آنها اشاره می‌شود.

**روان تحلیل‌گری** : این شیوه، قدیمی‌ترین نوع مداخله درمانگری است. این نوع درمان بلندمدت به‌منظور آشکار کردن انگیزه‌های ناهشیار و حل مشکلات فعلی مراجع انجام می‌شود.

**رفتاردرمانی**. این نوع درمان به منظور تغییر الگوهای تفکر و رفتار فرد از طریق تغییر در رفتار انجام می‌شود مثلاً غرقه سازی نوعی رفتار درمانی در اختلال وسواس است.

**شناخت درمانگری** این نوع درمان به منظور تحصیل هیچ الگوی نارنجک‌های تفکر که خود موجب احساسات و رفتار مشکل‌دار شده‌اند انجام می‌شود.

**خانواده درمانی** شامل نشست‌های بحث کردن و حل مسئله با تمام اعضای ۱ خانواده برای حل مشکل روان‌شناختی آن‌هاست.

**گروه درمانی**. گروه‌های کوچک تحت هدایت درمانگر با تمرکز بر مشکل فرد تشکیل می‌شود و اعضای گروه در حل مسئله به هم کمک می‌کنند.

**هنردرمانی** 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 یاد می‌گردد.

امروز رایج‌ترین نوع درمان روان‌شناختی که گسترش زیادی در بهبود اختلالات از جمله در اختلالات مزمن پزشکی یافته است رویکرد درمانی رفتاری است که در ادامه به آن می‌پردازیم.

درمان‌نگری شناختی رفتاری برای بیماری‌های مزمن

وقتی برای فردی بیماری مزمن تشخیص داده می‌شود یا فرد دچار اختلالات تازه‌ای می‌شود ممکن است به‌سرعت نگرانی‌ها و ترس‌های بسیار واقع‌گرا ن‌گرانی 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 خواهند توانست هر آنچه را دوست دارم بخورم؟ این بیماری چه تأثیری روی زندگی زناشویی من خواهد داشت؟ و مرگومیر آیا من خواهم مرد؟ دلواپسی‌هایی در مورد ادراک‌ها و عقاید سایرین (وقتی دیگران من را با کلاه‌گیس ببینند چه فکری در مورد من می‌کند) و قابلیت ایجاد تمایل در دیگران (حالا چه کسی حاضر می‌شود با من زندگی کند؟) خواهد بود ممکن است در موارد شرایط اختصاصی (چگونه تمام هزینه‌های درمانی را بپردازم؟) نگرانی‌هایی ایجاد شود و سوالاتی در مورد چگونگی تأثیر بیماری بر فعالیت‌های معمول زندگی نقش‌ها و مسئولیت‌های فرد (آیا من می‌توانم شغل را حفظ کنم؟ چگونه وظیفه مادری یا پدری 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 مساله 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 این بیماری مزمن ممکن است با آن‌ها مواجه شود. درمانگری شناختی رفتاری رویکردی است که می‌توان تنها به وسیله 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 درمان‌نگری متعددی در حوزه درمانی شناختی رفتاری قرار می‌گیرد جیسون و دوز یوس دوهزار و ۱ این رویکرد‌ها دارای ۳ مفروض مشترک هستند یا در واقع رویکردهایی که این ۳ ویژگی را داشته باشند رفتار درمانی شناختی محسوب می‌شود

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 به‌عنوان هسته بنیادین درمان در نظر می‌گیرد به اعتقاد دارد (2001) درمان‌نگاری‌های شناختی رفتاری می‌تواند دست ۳ گروه اصلی زیر قرار بگیرند:

**\* شیوه‌های مبتنی بر مهارت‌های مقابله‌ای**

**\* شیوه‌های حل مساله**

**\* شیوه‌های بازسازی شناختی**

این طبقات منعکس‌کننده تفاوت‌هایی در میزان تأکید بر تغییر شناختی در برابر تغییر رفتاری هستند (2001) تحلیل‌های جامع‌تری را در مورد تفاوت‌های گوناگون بسیاری از رویکردهای درمانی شناختی رفتاری می‌توان در کتاب داوسون (2001) یافت. این کتاب تا حدودی بیانگر یکپارچگی هر ۳ رویکرد نسبت به درمانگری شناختی رفتاری است به‌طورکلی این نکته پذیرفته شده است که طبقات مختلف درمان‌نگری برای انواع متفاوتی از مشکلات مطرح شده هم مناسب هستند به‌عنوان مثال. درمان‌نگری‌های 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 شناخت‌های متمرکز هستند که تصویب‌کننده پیامدهای ۱ ریگ داده منفی هستم و ارتقای رویکردهای شناختی و رفتاری مقابله با آن رویدادها مبتنی هستند شیوه‌های بازسازی شناختی برای مسائل بهترین کاربرد را دارد که روان‌زاد یا منبع درونی هستند بنابراین مستلزم استفاده از رویکرد جامع‌تر و چندوجهی 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 شیوه تأکید دارد که به واسطه آن خطاهای نظام دار و تفکر و ارزش‌یابی شناختی غیر واقع‌گرا از رویدادها می‌تواند به هیجان‌های منفی و رفتارهای ناسازگار منتهی شود از آنجاکه برداشت‌ها نیز شامل حوزه وسیع‌تری از دانش درمانگری شناختی رفتاری است از واژه درمانگری شناختی رفتاری استفاده می‌شود بااینکه در نگاه اول ممکن است رویکردهای

شناختی رفتاری به صورت باریک بی نان کری با تکیه اولیهاو بر شیوه‌های بازسازی شناختی طبقه‌بندی شوند اما کاربردهای اخیر آن برای افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن لزوم کار کردن با شناخت‌های واقع‌گرایانه‌ی را در نظر می‌گیرد که در مراجعان به هنگام روبرو شدن با شرایط ناخوشایند زندگی ایجاد می‌شود ( مروی ۱۹۹۶ )

درمانگری شناختی شکل سازمان‌یافته‌ای از درمان‌نگری است که به واسطه الگوی شناختی هدایت می‌شود الگوی شناختی بیانگر آنست که تفکر نارسایی ارزیابی‌های شناختی غیرواقع‌گرایانه در مورد رویدادهای معینی از زندگی می‌تواند به طور منفی احساس‌ها و رفتار را تحت تاثیر قرار دهد و این فرایند متقابل است و مولد اختلال‌های شناختی بیشتری خواهد بود و این موارد در تمامی مشکلات روان‌شناختی شایع هستند در این رویکرد اصلی وجود دارد که در اینجا به آن پرداخته می‌شود.

### مفاهیم اصلی

همانگونه که در شکل ۱. ۱۰ نشان داده شده‌است هسته الگوی شناختی بک از سلسله مراتبی تشکیل شده‌است که شامل ۳ سطح شناخت می‌شود

#### باورهای هسته‌ای

#### باورهای واسطه‌ای

#### تصاویرذهنی یا افکار خودکار

باورهای هسته‌ای مستحکم‌ترین و درونی‌ترین سطح باورها را تشکیل می‌دهد باورهای هسته‌ای افراد سازش یافته به آن‌ها مجال می‌دهند تا به شیوه‌ای سازگار و واقع‌گرایانه به تفسیر ارزیابی و پاسخ به رویدادهای زندگی بپردازند ۹ به په د زند درحالی‌که باورهای هسته‌ای نارسا بیانگر تعریف‌هایی در واقعیت بوده به نظر می‌رسد که کلی خوش و بیش تعمیم یافته باشد ( به‌عنوان مثال بیماری که می‌گوید ( من سربار دیگران هستم ) ( بک، ۱۹۹۵ ).

باورهای واسطه‌ای اغلب به صورت بازخوردها قواعد انتظارات یا مفروضه‌هایی (جملات شرطی) غیر صریح تعریف می‌شود موارد زیر نمونه‌هایی از باورهای واسطه‌ای هستند

\*بیماران مزمن سربار دیگران هستند.

\*هیچکس خواهان گوش دادن به مشکلات پزشکی فرد دیگری نیست.

\*چون افراد از خودشان مراقبت نمی‌کنند بیمار می‌شود.

\*اگر در پیروی از هر ۱ از دستورات پزشک هم با شکست مواجه شوند، مجازات هم عود بیماری‌ام خواهد بود.

\*بیماری من نمونه‌ای از بدترین پیش‌آگاهی از این نوع بیماری است.

\*اگر علایم بیماری را نادیده بگیرم این قدر سربار دیگران نخواهند بود.

یک بیمار دچار بیماری مزمن را در نظر بگیرید وی چه باورهای واسطه‌ای ممکن است داشته باشد ۳ مورد را ذکر کنید؟

مهم آنست که باورهای واسطه‌ای نگاه فرد به ۱ موقعیت و درنهایت تفکر احساس‌ها و رفتار او را تحت تاثیر قرار می‌دهند.

افکار خودکار به صورت سطحی‌ترین لایه شناخت تعریف شده‌اند. موارد زیر بیانگر نمونه‌هایی از افکار خودکار منفی هستند.

\*امروز قادر نخواهیم بود که از رختخواب بیرون بیاییم.

\*آن افراد از دیدن ظاهر من اذیت شدند. سر خرد آن درد به این معناست که من دارم بدتر می‌شوند.

\*من می‌توانم بگویم که وقتی بمیرم آن‌ها راحت می‌شوند.

همانگونه که در مثال‌های بالا نشان داده شده است افکار خودکار تصاویر ذهنی یا اظهارنظرهایی واقعی هستند که در ۱ موقعیت معین به ذهن فرد خطور می‌کند.

این ۳ جنبه شناخت به صورت سلسله مراتب سازمان‌دهی شده به‌طوری‌که باورهای هسته‌ای، باورهای واسطه‌ای را به وجود می‌آورد (هدایت می‌کنند) و در نهایت

هر ۲ آن‌ها خود را در قالب افکار خود نمایان می‌سازد. باورهای هسته‌ای برای سازمان‌دهی و پردازش اطلاعات ورودی به کار می‌رود (بک، ۱۹۹۱، ۱۹۹۶) باورهای هسته‌ای و باورهای واسطه هر ۲ حاصل تلاش‌های افراد برای تفسیر و معنا دادن به تجربیات و محیط زندگی‌شان هستند شیوه‌ای که بواسطه آن آن‌ها به این تفسیر نزدیک می‌شوند به میزان زیادی وابسته به رویکردهای تفکری است که آن‌ها قبلاً در دوره رشدشان آموخته‌اند (بک، ۱ هزار ۹۹۵).

### هدف درمانگری شناختی رفتاری چیست؟

هدف درمانگری شناختی رفتاری آموزش مراجع برای جایگزین نمودن تفکر تحریف‌شده و ارزیابی شناختی غیرواقعه‌گرا با ارزیابی‌های سازگار تر و واقع‌گرایانه تر است. مراحل آغازین درمان‌نگری شامل آموزش مراجعان در مورد ارتباط میان عوامل به راه‌انداز د واسطه به وابسته به موقعیت افکار خود و واکنش‌های هیجانی رفتاری و فیزیولوژیکی بر اساس الگوی شناختی است (بک، ۱۹۹۵)

همچنین مراحل آغازین درمان‌نگری 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 بطور کلی باعث می‌شود تا حدودی علائم تسکین‌یابند مراحل بعدی درمان‌نگری شامل شناسایی و اصلاح (تعقیب) باورهای واسطه‌ای و باورهای هسته‌ای است که زیربنای افکار خودکار بوده در تضاد با موقعیت‌ها قرار دارد و افراد را مستعد اشتغال به تفکر نارسا می‌کند مراحل پایانی درمان‌نگری بر جلوگیری از عود و قدرتمند نمودن مراجع برای کنش‌وری مانند خود درمان‌نگر است جدید بک (۱۹۹۵) به ارائه ۱۰ اصل کلی پرداخته است که به تعریف رویکرد شناختی رفتاری می‌پردازد این اصول در جدول ۲. ۱۰ بطور خلاصه ارائه شده‌اند.

### چرا درمانگری شناختی رفتاری؟

به ۳ دلیل عمده درمانگری شناختی رفتاری به طور اختصاصی برای افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن مفید واقع می‌شود این موارد عبارت‌اند از این‌که

### درمانگری شناختی رفتاری

. برای درمان نشانه‌های روان‌شناختی مفید است که می‌توان همواره بیماری مزمن باشد یا حاصل تشدید عوامل استرس‌زای مرتبط با تجربه مزمن بیماری یا اختلال باشد

. به سهولت نشانه‌های عملی و چالش‌های منحصر به فرد را عنوان می‌کند که مراجعان مبتلا به بیماری‌های مزمن با آن مواجه می‌شوند.  
دارای حمایت تجربی محکم برای اثربخش بودن آن است.

هر ۱ از این دلایل در ۲ زیر مورد بحث واقع شده است

جدول ۲-۱۰ در اصول کلی درون‌نگری شناختی رفتاری بک

۱. درمان نگران مفهوم‌سازی موردی مداومی را بر اساس الگوی شناختی بنا می‌کند و به محض دسترسی به اطلاعات بیشتر مفهوم سازی های کور را ویرایش می‌کند.

۲. درمان نگران برای حصول اطمینان از برقراری ارتباط درمان دگران خوب اقدام به تلاش‌های متعددی می‌کند این کار شامل دریافت پس خوراند مداوم از مراجع در مورد ارتباط است

۳. درمان نگران انتظار همکاری و شرکت فعال مراجع در فرایند درمان را دارد.

۴. ارتباط درمان نگرانه با کشف تجربه‌گرا و هدایت‌شده دوجانبه مشخص می‌شود.

۵. درمان نگران و رویکردهای ساختاریافته برای تنظیم هدف بر اساس اعجاز و جزئیات مشکلات خاص تأکید دارند.

۶. در مراحل آغازین درمان نگری درمان نگران بر مسائلی تأکید دارند که در حال حاضر به وقوع پیوسته است.

۷. درمان نگران و مراجعان به تنظیم اهداف با توجه به مدت کلی درمان می‌پردازند به طوری که مراجعان به خاطر بسپارند که درمان در مجموع دارای محدودیت زمانی است.

۸. درمان نگران اطمینان حاصل می‌کنند که به جلسات ساختاریافته بوده و شامل برنامه کاری ویژه است.

۹. مراجعان شناسایی، ارزشیابی و پاسخ به شناخت‌های نارسا کل کشور را از طریق پرسش‌گری سقراطی یاد می‌گیرند.

۱۰. درمان نگران اجازه دارند که سایر فنون با جهت‌گیری‌های درمانی را نیز به کار ببرند.

### حل مسائل و نشانه‌های روان‌شناختی بیماران مزمن

درمانگری شناختی رفتاری علاوه بر درمان اختلال‌های روان‌پزشکی بدون تشخیص نشانه‌های مجزای اضطراب یا افسردگی می‌تواند برای تعدادی از سایر کنش‌وری‌ها مهم برای مراجعان مبتلا به بیماری‌های مزمن به کار رود ( وایت، 2001 ). درمانگری شناختی رفتاری می‌تواند به مطرح نمودن تعدادی از موضوعاتی بپردازد که مراجع و متخصصان مراقبت از سلامت با آن مواجه شده‌اند این موارد شامل ۱۰ مورد ارائه‌شده در جدول ۳ دم می‌شود اما تنها محدود به موارد ذکر شده نیست.

عنوان بودن چالش‌های منحصربه‌فرد روان‌درمان‌نگری برای مراجعان مبتلا به بیماری‌ها و اختلال‌های مزمن روان‌درمانگری افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن با چالش‌های منحصربه‌فردی مواجه کرده است که این موارد در کار روان‌درمانگری کلی به افراد فاقد بیماری‌های مزمن مشاهده نمی‌شود ( کاترین، ۱۹۹۶ ) عوامل تنش‌زا و فقدان اجتناب‌ناپذیر مرتبط با بیماری‌های مزمن به طور غیر قابل‌تغییری 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 حالتی 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 مواجه‌اند که در مشکلات روانی وجود ندارد.

در بسیاری از موارد درمانگران با ابهام مرتبط با موضوع‌هایی که شامل تشخیص افتراقی و منشأ نشانه‌ها روبه‌رو می‌شود به‌عنوان مثال. گاهی اوقات شناسایی اختلال

اضطرابی و افسردگی در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن به واسطه هم‌پوشی قابل‌توجه میان نشانه‌های جسمی که در هر ۲ اختلال شایع هستند دشوار می‌شود. نشانه‌هایی نظیر ارزش خود پایین خلق مضطرب یا افسرده ناامیدی ایده خودکشی و فقدان لذت می‌تواند علائم افتراق دهنده اصلی میان بیماری‌های جسمی و روان‌شناختی باشد. شناسایی خطاهای شناختی، نظیر تفکر فاجعه‌آمیز نمودن بیماری مزمنی که در مراحل پایانی نیست و با این نوع تفکر تضمین نمی‌شود می‌توان به صورت ۱ عامل افتراقی حائز اهمیت نیز در نظر گرفته شود.

چالش دیگر شامل دشواری‌ها در افتراق میان تظاهرات نشانه‌های روان‌شناختی و خود اختلال جسمی واقعی باشد. با این‌همه سایر چالش‌ها ممکن است شامل تغییرپذیری‌هایی در شیوه مراجعان ارجاع داده شده برای درمان نگرانی‌های تغییراتی در طول جلسات و مکان‌های جدیدی که روال نگرانی درمانگری در آن اتفاق می‌افتد باشد. همچنین ممکن است نیاز به سازگاری‌هایی که با تعیین سرعت روان درمانگری براساس سطوح تنیدگی مراجع و واکنش‌های او نسبت به فرآیند تغییر باشد. یکی از مهم‌ترین این چالش‌ها شامل دستیابی به درک صحیحی از تجربه جسمی هیجانی و شناختی مراجع از بیماری مزمن و ضعف‌های مداوم میان آن‌هاست. ارزیابی‌های شناختی و سایر رویکردهای غیر رد می‌کرد نسبت به ارزشیابی مداوم نظیر پرسش‌گری سقراطی بیانگر جنبه یکپارچه‌تر از درمانگری شناختی رفتاری است. اتکای شدید به ارزیابی مداوم در رویکردهای شناختی رفتاری برای مراجعان مبتلا به بیماری‌های مزمن ایده‌آل است.

چون ارزیابی ابزاری مستقیم و بسیار ساختاریافته برای نظارت‌گر پایش مداوم شناخت‌ها تجربه عاطفی نشانه‌های جسمی و رفتارهایی فراهم می‌کند. خط تنها این کار باعث تسهیل آگاهی مراجعان از الگوی شناختی یا مفهوم سازی مصالح‌شان می‌شود بلکه این کار باعث سن خود نظاره‌گری و خود مدیریت‌گری نشانه‌ها هم می‌شود.

### شواهد حمایت‌کننده

سایر دلایل استفاده شناختی رفتاری برای درمان افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن در دربرگیرنده این حقیقت است که این درمان دارای حمایت تجربی است به میزان

زیادی روان درمان نگرانی انتخابی برای بسیاری از بیماری‌های مزمن نظیر ایدز و سرطان آرتریت روماتوئید و سایر اختلال‌های مزمن بی‌خوابی اختلال‌های معده‌ای و روده‌ای و نشانگان خستگی مفرط مزمن محسوب می‌شود ( وایت دیویس ۱ ) تعداد فزاینده‌ای از پژوهش‌ها به نتایج مثبت رویکردهای شناختی رفتاری اشاره دارند که شامل کاهش در شدت نشانه‌ها و ارتقاء خودکار آمدی کنش وری جسمی و کیفیت زندگی می‌شود ( به‌عنوان مثال آن تویی و همکاران دوهزار و ۱، دوک و همکاران ۲۰۰۲، لوریک، نزاع نلسون، و آلمان 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 رویکردهای رویکرد‌های شناختی رفتاری در مجموع دارای محدودیت‌هایی هستند ( بک ۱۹۹۶ ) با ملاحظه این محدودیت‌ها است که ما می‌توانیم تصور کنیم بیماری‌های مزمن اغلب دارای نشانه‌های پیچیده‌ای هستند که تصاویر آن هم شامل مؤلفه‌های جسمی و هم مؤلفه‌های روان‌شناختی می‌شود و لذا بیماری‌های صرفاً روانی متفاوت هستند.

یکی از محدودیت‌های رویکرد شناختی رفتاری در بیماری‌های مزمن را نام ببرید؟

**یکی از نقاط اصلی قوت رویکرد شناختی رفتاری آنست که مجال بکارگیری هم‌زمان سایر فنون جهت‌گیری‌های درمانی را فراهم می‌کند دانش مرتبط و راهبردهای درمان نگرانی مطرح‌شده توسط سایر رویکردها ( جهت‌گیری‌های درمانی ) می‌تواند باعث تقویت، تکمیل و اضافه شدن فنون شناختی رفتاری موجود در درمان افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن شود. به حوزه از شناخت مرتبط به‌عنوان رویکردهای عمده و راهبردهایی درمان نگرانی مطرح شده که در رویکردهای سنتی درمان‌گری شناختی رفتاری مورد تاکید قرار نمی‌گرفتند. این موارد شامل تاکید بر همدلی است که توسط روان‌شناسی خود مطرح شده است ( کوه هات، ۱۹۰۰ شجاع، هزاران و صدها افتاده‌است، ۱۹۷۱ ). تاکید بر امید است که توسط حرکت روان‌شناسی مثبت نگر ارائه شده است ( سیلی گ مل وک که کسی زن ت می ی حالی دوهزار ) و تاکید بر اختیار است که توسط الگوی کارا نانی ( کیلهو فنر ۲۰۰۲) ارائه شده‌است.**

بر اساس همین رویکرد است که امروز مختص بیماری‌های مزمن خاص مثل دیابت بیماری قلبی عروقی سرطان و غیره انواع درمان نگرانی‌های شناختی رفتاری فراهم شده است که علاقه‌مندان می‌توانند برای اطلاع بیشتر به منابع مناسب مراجعه کنند

### روش‌های کنترل استرس

همان‌طور که می‌دانید بیماران مزمن استرس و اضطراب شدیدی را تجربه می‌کند روان‌شناسان برای کنترل این عوامل روانی اجتماعی از روش‌های کنترل استرس بویژه روش‌های آرامش عضلانی گام به گام پس خوراند زیستی و حساسیت‌زدایی منظم استفاده می‌کنند مثلاً بیماران آسمی با استفاده از دستگاه آموزش می‌بینند تا بتوانند قطر مجاری هوایی تنفسی خود را کنترل کند و با شروع جریان هوا را افزایش دهند. یا این‌که از بیماران آسمی می‌خواهند حملات آسم را به یاد آورد بعد با تمرینات آرامش عضلانی حالت وحشت آن‌ها را دفع می‌کند (پارکر، ۱۹۹۵)، روش‌های کنترل استرس درباره سایر بیماری‌های مزمن نیز بکار 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

بینش درمانی روشی است برای کمک به بیماران به منظور کسب آگاهی از ریشه‌های احساسات و مشکلات (دی و سیون و نیل ۱۹۹۵ پرانتز و عصبی بود 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 ۵ طبقه در تقسیم‌بندی کرد مشکلات سازگاری

یعنی کلاً پذیرش بیماری مزمن برای آنان 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 برای بدون کمک روان‌شناس قادر به رویارویی با آن نیستند عواطف و مشکلات منفی روان‌شناختی مثل اضطراب و افسردگی نیز سوالاتی هستند که توسط این بیماران از خفیف تا شدید تجربه می‌شود. همچنین بیماری‌های مزمن و معالجه آن‌ها با تحمل دردهای طاقت‌فرسا و مداوم همراه 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 درجه بندی می‌شود روان‌درمانی ۱ رابطه تخصصی مبتنی بر مکالمه این متخصص و بیمار به منظور کاهش مشکلات روانی است که به انواع مختلفی تقسیم‌بندی می‌شود برخی از انواع آن‌ها عبارت‌اند از روان‌تحلیل‌گری به گنگ شناخت درمانی، رفتاردرمانی، هنردرمانی، خانواده درمانی و گروه درمانی در سال‌های اخیر با تلفیق رویکردهای رفتاری درمانی و شناخت درمانی رویکرد رفتاردرمانی شناختی برای رفع مشکلات عاطفی مختلف از جمله مشکلاتی که بیماران مزمن تجربه می‌کنند فراهم شده است این رویکرد درمانی براساس مثبتی است که برای تغییر رفتار بیمار باید شناخت و باورهای او یا به عبارت بهتر خطاهای شناختی که وی را اصلاح کرد در همین رویکردها تلاش می‌شود انکار خودکار منفی بیمار شناسایی شود و با تکنیک‌های مختلف تغییر داده شوند کارایی چنین روش درمانی در بیماری‌های مزمن به اثبات رسیده‌است و امروزه برنامه‌های رفتاردرمانی شناختی برای انواع بیماری‌های مزمن از جمله بیماری قلبی عروقی سرطان دیابت چاقی و غیره فراهم گردیده است