

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۱۴ / گفتار ۱۲ / دکتر محسن ارجمند

روانشناسی سلامت

فهرست مطالب

۳۱۲۷	اهداف درس
۳۱۲۷	روانشناسی سلامت چیست؟
۳۱۲۹	مفاهیم سلامت، ناخوشی (Illness) و بیماری (Disease)
۳۱۳۰	مفهوم سلامت
۳۱۳۱	باورهای مربوط به سلامت، انگیزش و رفتار
۳۱۳۲	رفتارهای مرتبط با ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری‌ها و شیوه زندگی
۳۱۳۲	سطوح پیشگیری
۳۱۳۵	اهداف اصلی ارتقای سلامت
۳۱۳۷	رابطه پزشک و بیمار
۳۱۳۸	اثر دارونما
۳۱۴۰	استرس، مدارا و سلامتی
۳۱۴۳	استرس و دستگاه قلبی - عروقی
۳۱۴۳	استرس و عملکرد دستگاه ایمنی
۳۱۴۳	چشم انداز خدمات بهداشتی در سطح جامعه
۳۱۴۵	مراقبت در سطح جامعه
۳۱۴۵	نقش رسانه‌ها در سلامت
۳۱۴۶	طبقه اجتماعی و سلامت
۳۱۴۶	جنسیت و سلامت
۳۱۴۷	جنبه‌های اجتماعی پیری
۳۱۴۷	وضع مسکن، بی‌خانمانی و سلامت
۳۱۴۸	برچسب زدن و انگ‌گذاری
۳۱۴۸	سوالات بعد از مطالعه
۳۱۵۰	منابع

روانشناسی سلامت Health Psychology

نویسنده: دکتر محسن ارجمند

Euregio Klinik , Nordhorn, Universität Münster Germany

اهداف درس

پس از یادگیری این مبحث فراگیرنده قادر خواهد بود:

- روانشناسی سلامت را تعریف نموده محدوده فعالیت آن را بیان نماید
- شاخه‌های روانشناسی سلامت را فهرست نموده هر یک را به اختصار توضیح دهد
- رفتار برنامه‌ریزی شده را شرح دهد
- انواع رابطه پزشک و بیمار را فهرست کرده بهترین نوع رابطه و محاسن آن را متذکر شود
- اثرات زیستی - روانی - اجتماعی استرس را بیان کند
- منابع تعدیل کننده استرس را معرفی نموده و توضیح دهد.

روانشناسی سلامت چیست؟

روانشناسی سلامت، یک شاخه علمی میان‌رشته‌ای است که از روش‌های پژوهشی و کاربردی روانشناسی برای رسیدن به اهداف زیر بهره می‌جوید:

- حفظ سلامت و ارتقاء آن
- پیشگیری و درمان بیماری‌ها
- شناسایی عوامل روانشناختی مؤثر در ایجاد بیماری
- شناسایی مؤلفه‌های روانشناختی مؤثر در ایجاد علایم بالینی و تشخیصی
- تجزیه، تحلیل و ارتقای نظام مراقب بهداشتی از دیدگاه روانشناسی
- تجزیه و تحلیل و صورت‌بندی خط‌مشی‌های بهداشتی (Health policy) از دیدگاه روانشناسی

برخی از سوالاتی که در روانشناسی سلامت مطرح میشود:

- رفتارهای مرتبط با حفظ سلامتی و پیشگیری از بیماری‌ها چگونه است؟
- رفتار و نقش افراد در هنگام ابتلا به بیماری چه تغییراتی می‌کند؟
- ✓ چگونه مردم با بیماری‌های مزمن، کنار می‌آیند؟
- ✓ چه عواملی بر الگوی سالم غذا خوردن، مؤثر است؟
- ✓ استرس (فشار روانی) چه ارتباطی با بیماری قلبی دارد؟
- ✓ چرا اغلب افراد داروهای تجویز شده را درست مصرف نمی‌کنند؟

ارتباط بین جسم و روان از دیرباز در پزشکی نیاکان، به خصوص در کشورهای مشرق زمین مطرح بوده است. اما دانش نوین پزشکی که از اوایل قرن نوزدهم رو به پیشرفت نهاد نخست دیدگاهی تک‌بعدی در رویکرد به بیماری‌ها در پیش گرفت. دیدگاه پزشکی زیستی که به رغم کاستی‌هایش نقش مهمی در پیشرفت طب داشت تا اواسط قرن بیستم بر دانش پزشکی، مسلط بود. اما در این دوران رابطه مسائل هیجانی - عاطفی با وضع جسمی مجدداً مورد تأکید قرار گرفت و حاصل آن سربرآوردن رشته پزشکی روان‌تنی (Psychosomatic medicine) توسط الکساندر و دانبار بود. در این رشته به ارتباط استرس با بیماری‌هایی نظیر زخم معده، آسم، سردرد میگرنی ... تأکید و از روش‌های روانشناسی برای کمک به درمان این بیماری‌ها استفاده شد. در دهه ۱۹۷۰ که اوج شکوفایی رفتارگرایی بود، رشته پزشکی رفتاری (Behavioral medicine) مطرح شد که زیرشاخه پزشکی بود و رویکرد میان‌رشته‌ای به مسائل بیماری و سلامت داشت.

پس از آن رشته روانشناسی سلامت به عنوان زیرگروه روانشناسی، مطرح شد که از اصول روانشناسی برای رسیدن به اهداف پیش گفته، بهره می‌گیرد. در روانشناسی سلامت؛ موضوع‌هایی مثل علل روانی - اجتماعی سیگار کشیدن، استفاده از کمر بند ایمنی، پایبندی به رژیم غذایی و ... برای حفظ و ارتقای سلامت مطرح می‌شوند. همچنین روانشناسان این رشته می‌توانند به بیماران مبتلا به بیماری‌های وخیم کمک کنند تا با شرایط جدید خود کنار بیایند. بعلاوه در روانشناسی سلامت، ممکن است از دیدگاه کلان هم به موضوع‌هایی نظیر سبک زندگی افراد و اهمیت آن در سلامتی، تاثیر خدمات بیمارستانی و ارتباط آن با مؤلفه‌های روانشناسی و نقد سیاست‌های دولتی در رابطه با سلامت پرداخته شود.

به طور کلی روانشناسی سلامت را می‌توان به ۴ شاخه طبقه‌بندی کرد:

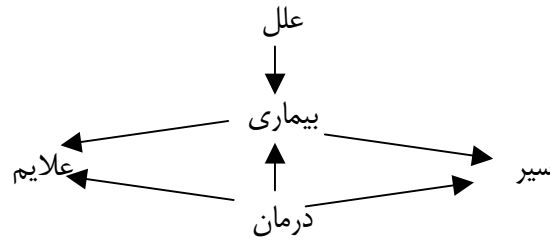
- (۱) روانشناسی سلامت بالینی (Clinical health psychology)
- (۲) روانشناسی سلامت عمومی (Public health psychology)
- (۳) روانشناسی سلامت جامعه‌نگر (Community health psychology)
- (۴) روانشناسی سلامت نقادانه (Critical health psychology).

در این گفتار، نخست به مفاهیم بیماری و سلامت و نقش فرهنگ و باورهای عمومی بر آن‌ها می‌پردازیم. سپس بحثی در باره استرس، بیماری و سازگاری خواهیم داشت. پس از آن در دو مبحث جداگانه به رفتارهای مرتبط با ارتقای سلامت و یا بیماری اشاره خواهیم کرد، و در انتها نگاهی به مسائل اجتماعی مرتبط با

سلامت و بیماری و خدمات بهداشتی در سطح جامعه خواهیم داشت.

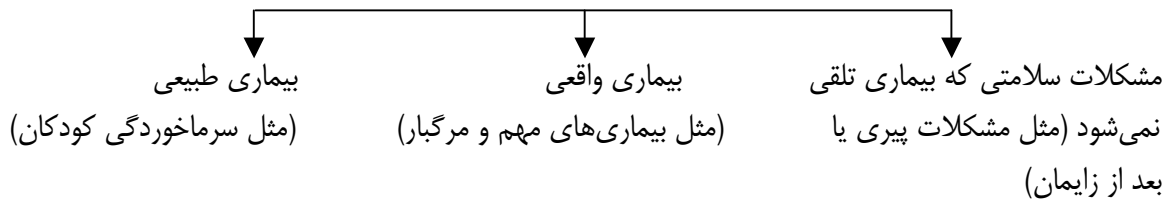
مفاهیم سلامت، ناخوشی (Illness) و بیماری (Disease)

مفاهیم سلامت و بیماری عمدتاً ابعاد اجتماعی دارند و در گروه‌های اجتماعی مختلف، تفاوت می‌کنند. منظور از ناخوشی، مفهوم بیماری در ذهن بیمار است. این مفهوم متشکل از مجموعه‌ای از بازنمودهای ذهنی یا افکار مرتبط با هم در باره علت، علایم، سیر بیماری و روش‌های درمان هستند (شکل ۱).



شکل ۱. مفهوم ناخوشی (یا بیماری)

وجهه عمومی بیماری



شکل ۲. وجهه عمومی بیماری

به عبارت دیگر با شنیدن کلمه فشار خون، حوزه‌های معنایی متعددی در رابطه با جنبه‌های فوق در ذهن بیمار روشن می‌شوند که توأم با بار هیجانی خاصی هستند. این حوزه‌های معنایی از کجا کسب شده‌اند؟ بخش زیادی از اطلاعات بیماران از طریق پزشکان و سایر افراد خدمات درمانی به بیمار داده می‌شود. بیماران دیگر، رسانه‌های عمومی کتاب‌ها و مجله‌ها هم منابع دیگر اطلاعات بیمار هستند. به این ترتیب مفهوم بیماری در ذهن یک بیمار ممکن است متغیر باشد و با کسب اطلاعات جدید تغییر کند. از سوی دیگر مفهوم بیماری، دارای بار اخلاقی است و با مسئولیت فرد در حفظ سلامتی خود گره می‌خورد. همچنین بیمار می‌تواند ابعاد اجتماعی یا فردی داشته باشد. اغلب افراد در هنگام مشاوره پزشکی ابتدا به **وجهه عمومی** (Public account) بیماری اشاره می‌کنند و از این منظر بسیاری از بیماری‌ها مثل سرماخوردگی کودکان را امری طبیعی تلقی می‌نمایند و برعکس ابتلا به بیماری‌های مزمن را دارای ارزش منفی و ناشی از سهل‌انگاری بیمار می‌دانند. از سوی دیگر بسیاری از مشکلات سلامتی ممکن است از وجهه عمومی، اصلاً بیماری تلقی نکنند (مثل پیری، یا مشکلات بعد از حاملگی) (شکل ۲).

مفهوم سلامت

مفهوم سلامتی بسته به افراد مختلف، فرهنگ ها و جوامع مختلف، مقاطع مختلف زندگی، یا جنسیت فرد ممکن است متفاوت باشد.

در طب سنتی، سلامتی را حالت تعادل بین اخلاط اربعه تلقی می کردند. در قرون وسطا که تفکر کلیسا حاکم بر جامعه بود بیماری را به عنوان تنبیه خداوند برای یک روح گناهکار می دانستند. طب نوین که طبقه بندی و تعریف بیماری ها را مبتنی بر تغییرات آسیب شناختی، در اعضا توأم با پاره ای علایم بالینی تعریف می کند سلامتی را حالت نبودن بیماری تعریف می کند، این تعریف متاسفانه از جنبه های فردی، فرهنگی و تاریخی غافل می ماند.

سازمان جهانی بهداشت، بر اساس مدل زیستی - روانی - اجتماعی، سلامت را احساس سلامتی کامل جسمی، روانی و اجتماعی تعریف کرده است. اما در واقع سلامت یک طیف مفهومی را در بر می گیرد که این تعریف تنها برای انتهای طیف به عبارت دیگر حالت ایده آل سلامتی مصداق دارد. بسیاری از افراد ممکن است تعدادی علایم بالینی داشته و حتی به درجاتی از معلولیت دچار باشند اما خود را سالم بدانند. از سوی دیگر محور قرار دادن مقبولیت اجتماعی در تعریف سلامت می تواند به ضرر پاره ای از گروه های اجتماعی مثل افراد قد کوتاه (کوتوله) یا معلول باشد. در هر حال باید در نظر داشت که طبقه بندی بیماری ها ساخته فکر انسان است و متکی بر ابزارهایی است که در هر دوره امکان شناخت بیماران و پژوهش را فراهم ساخته اند. این طبقه بندی ها بدون تغییر نیستند و با پیشرفت دانش طب دستخوش تغییر می شوند.

بیماری یک فرآیند پویا و در حال تحول در فردی است که خود لحظه به لحظه در حال تحول و دگرگونی است و محیط پیرامون وی نیز نظام دیگری با تحولات خاص خود می باشد و لذا تعاریف معمول بیماری در تمام موارد نمی تواند این جنبه ها را پوشش دهد. از سوی دیگر باید به تنوع بیماری ها در شرایط زمانی و جغرافیایی مختلف اشاره نمود. بخش عمده ای از دانش پزشکی از پژوهش های انجام شده در آمریکا و اروپا استخراج شده است و از همین مطالب برای آموزش پزشکان و کمک به بیمارانی با نژادها، شرایط جغرافیایی، فرهنگ، عادات تغذیه ای و رفتاری کاملاً متفاوت استفاده می شود، مسلماً این تفاوت ها بر سیستم بدن و سیر بیماری اثر می گذارند.

مفهوم سلامت همگام با رشد فرد نیز متحول می شود. پژوهش ها نشان داده اند که مردان جوان سلامت را بیشتر معادل آمادگی جسمانی می دانند و زنان جوان آن را معادل داشتن انرژی و توانایی مدارا تلقی می کنند. در میان سالی، سلامتی معادل احساس سالم بودن از نظر روانی و جسمی است و در سنین پیری سلامتی را معادل توانایی انجام کارها، خشنودی و رضایت می دانند.

تغییر مفاهیم سلامت و بیماری در ادوار مختلف

۴۰۰۰ سال قبل بیماری را بیشتر مجازاتی از سوی خدایان می دانستند و برای درمان آن دست به دعا شده و با اهداء قربانی و جادو و جنبل، سعی در علاج آن می نمودند. کم کم پزشکان ایرانی، هندی چینی و یونانی از این دیدگاه فاصله گرفتند و نظریه ای به نام اخلاط یا طبایع چهارگانه را مطرح کردند که توسط بقراط،

جمع‌بندی و به دست رازی و ابن‌سینا تکمیل شد. این نظریه تا ۲۰۰۰ سال بعد اساس مفهوم بیماری را تشکیل می‌داد و هنوز رد پای آن در رفتارها و گفته‌های ما به چشم می‌خورد. اعتقاد به گرمی و سردی غذاها، تجویز خلط‌آور، تجویز داروی قی‌آور و حجامت، اساساً مبتنی بر اخلاط چهارگانه‌اند.

به اعتقاد بقراط، بدن از ۴ خلط (خون، بلغم، صفرای زرد، صفرای سیاه) ساخته شده و برای داشتن سلامتی باید این ۴ خلط کاملاً با هم در تعادل باشند. بیماری محصول زیاد شدن صفرا یا بلغم یا رطوبت یا خشکی بیش از حد آنها است. مثلاً بقراط تب را ناشی از زیاد شدن صفرا و درد قفسه سینه را ناشی از زیاد شدن بلغم می‌دانست. در بیماری‌هایی که علت آنها را زیاد شدن صفرا و بلغم می‌دانستند با وادار کردن بیمار به استفراغ یا تنقیه سعی در کم کردن آنها می‌کردند. در بیماری‌هایی که آن را ناشی از کم شدن صفرا یا بلغم می‌دانستند با گرفتن خون (از طریق فصد یا حجامت) سعی در برگرداندن تعادل اخلاط می‌کردند.

سرآغاز طب مدرن، پیشرفت کالبدشناسی در اوایل قرن نوزدهم بود. با منتسب دانستن بیماری به یک عضو خاص، مفهوم بیماری‌ها رو به دگرگون شدن نهاد. با طرح نظریه میکروب در اواسط قرن نوزدهم توسط لویی پاستور و جوزف لیستر، عملاً عصر نوین طب آغاز شد. پیشرفت بعدی در شاخه فیزیولوژی بود که باز هم مفاهیم بیماری‌ها را بسط داد. از نیمه دوم قرن بیستم دوباره پزشکی به دیدگاه کل‌نگر و سیستماتیک رجعت نمود و با طرح نظریه زیستی - روانی - اجتماعی، مفاهیم سلامت و بیماری دوباره دگرگون شدند.

امروزه سلامت و بیماری را حاصل تعامل سیستم‌های گوناگونی در سطح جسمی (خود متشکل از سیستم‌های سلولی، اعضای بدن، بیوشیمیایی، ...) روانی (متشکل از باورهای فرد، اطلاعات، تجربه‌های قبلی، افکار قالبی (Stereotypes)، طرحواره‌ها (Schema)، استعاره‌ها (Methaphore)، خانواده، دوستان، ...) می‌دانند. این مفهوم متغیر و پویا بوده و در شرایط مختلف اقلیمی، اجتماعی و مقاطع سنی و نژادهای گوناگون فرق می‌کند.

باورهای مربوط به سلامت، انگیزش و رفتار

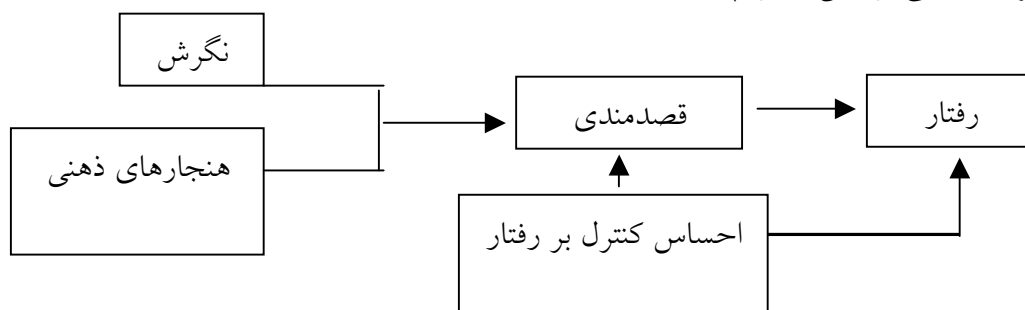
نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده (Theory of planned behavior)

این نظریه می‌تواند به پیشگویی رفتارهای بیماران کمک کند. مثلاً براساس این نظریه، (Aizen, ۱۹۹۱) (شکل ۳) فردی که سیگار می‌کشد و به وی مضرات کشیدن سیگار توضیح داده می‌شود به شرطی رفتار خود را تغییر می‌دهد که انگیزه قوی یا قصدمندی (Intention) در وی ایجاد شود و از سوی دیگر احساس کند می‌تواند کنترل کافی بر کنار آمدن با علایم ترک سیگار و تغییر رویه داشته باشد. از سوی دیگر دو عامل در ایجاد قصدمندی مؤثرند: نگرش (Attitude) یا ارزیابی کلی فرد نسبت به فواید و مضرات و هنجارهای ذهنی (Subjective norms) یا برآورد فرد از مقبولیت رفتار جدید بین اطرافیان و دوستان و محیط اجتماعی پیرامون وی. به این ترتیب اگر فرد احساس کند سیگار به وی آرامش می‌دهد، ممکن است خطرات آن را هم به جان بخرد و حاضر به ترک نباشد. یا فردی که جمع دوستان وی همه سیگاری هستند ممکن است ترک سیگار را مقبول جمع

تلقى نکند.

بنابراین مثلاً برای اینکه فرد مبتلا به فشار خون که هیچ علامتی ندارد حاضر به گرفتن رژیم و مصرف دارو شود باید باورهای وی به گونه‌ای تغییر کند که سلامتی را امر مهمی بداند، باور کند که سلامتی وی تهدید می‌شود، و اینکه محدود کردن نمک در غذاها و مصرف دارو مؤثر است و خانواده و اطرافیانش نیز این تغییرات را می‌پذیرند و نیز وی قادر به انجام این کارها است.

برای آنکه احساس کنترل افراد زیاد شود باید در باره نحوه انجام کار به آنان اطلاعات کافی داده شود، و تشویق شوند که به توانایی‌هایی خود ایمان داشته باشند. بخصوص مثال و نمونه متعدد و مشابه برایشان توضیح داده شود و در نهایت مقدمه چینی‌های لازم تذکر داده شود (مثلاً برای استفاده از کاندوم باید قبل از مقاربت، موضوع را با شریک جنسی در میان بگذارند).



شکل ۳. نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده

رفتارهای مرتبط با ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری‌ها و شیوه زندگی

امروزه مهمترین علل مرگ در کشور ایران، بیماری‌های قلبی عروقی، تصادفها و سرطانها هستند. این بیماری‌ها با رفتارهای خاصی نظیر کشیدن سیگار، زندگی کم‌تحرک، رفتارهای خطرجویانه و رژیم غذایی ارتباط تنگاتنگ دارند. بسیاری از این بیماری‌ها را می‌توان با تغییر عادت‌ها و رفتارها پیشگیری کرد.

سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۹ عوامل اصلی مرتبط با مرگ در سطح جهان به شرح زیر معرفی کرد: فشارخون بالا (۱۳ درصد مرگها)، مصرف دخانیات (۹ درصد مرگها)، قند خون بالا (۶ درصد مرگها)، کم تحرکی (۶ درصد)، و چاقی و افزایش وزن (۵ درصد). تحقیقات نشان داده اند که با تغییر رفتار مرتبط با عوامل فوق می‌شود یک سوم از موارد مرگ ناشی بیماریهای شایعی مانند سکته قلبی و مغزی، بیماریهای تنفسی، دیابت را کم کرد.

رفتار سلامتی

Kasl و Cobb (۱۹۶۶) رفتار سلامتی را به این صورت تعریف کرده اند: هر فعالیتی که فرد با توجه به درک خود از سلامتی برای پیشگیری از بیماری یا تشخیص آن در مرحله بدون علامت انجام میدهد. در مطالعه مشهور و بزرگی که در Alameda کالیفرنیا انجام شد تاثیر هفت رفتار را به عنوان رفتارهایی که می‌تواند احتمال بروز بیماری‌های را کم کند اثبات شد:

۱. خوابیدن ۷ تا ۸ ساعت هنگام شب
۲. پرهیز از کشیدن سیگار و مصرف دخانیات
۳. کم کردن قابل توجه مصرف نوشابه های الکلی
۴. فعالیت ورزشی منظم
۶. پرهیز از خوردن در فاصله وعده های اصلی غذایی
۷. خوردن صبحانه
۸. رعایت وزن در محدوده کمتر از ۱۰ درصد اضافه وزن

سطوح پیشگیری

اهداف پیشگیری و ارتقای سلامت در چهار سطح، مطرح می شوند. هدف از پیشگیری سطح اول، کاهش میزان بروز بیماری ها می باشد. روش مداخله دیگر، آموزش بهداشت است. هدف از پیشگیری سطح دوم، تشخیص و درمان به موقع بیماری ها است. به این ترتیب از افزایش میزان شیوع بیماری ها جلوگیری می شود. در این سطح، غربالگری بیماری ها، تشویق مردم برای مراجعه به پزشک به محض مشاهده علائم مطرح می شوند. هدف از پیشگیری سطح سوم، کاستن از عوارض دیرپا، ناراحتی ها و ناتوانی های ناشی از بیماری با انجام برنامه های توانبخشی و تشویق بیمار به حفظ یک زندگی فعال و پویا است و هدف از پیشگیری سطح چهارم، خودداری از انجام اقدامات تشخیصی - درمانی بیش از حد لازم و جلوگیری از تحمیل هزینه های غیرضروری به بیماران است که مخصوصاً در رابطه با بیماری های روان - تنی، در بسیاری از موارد، اتفاق می افتد.

تغییرات رفتاری مورد نیاز مرتبط با اهداف پیشگیری

برای رسیدن به اهداف پیشگیری سه سطح از تغییرات رفتاری لازم است.

- ۱) سیاستهای کلان دولت: پژوهش روی تولید محصولات کم چربی و گسترش فرآورده های کشاورزی، تأمین تسهیلات پوشش بیمه برای ارائه خدمات غربالگری توسط پزشکان و کادر پزشکی
- ۲) اجتماعی / محیطی: مثل آموزش عمومی بهداشت از طریق رسانه های جمعی، کتب و نشریات
- ۳) فردی: ایجاد انگیزه در افراد برای مراجعه جهت غربالگری، اقدام به ورزش، شرکت فعال در برنامه های توانبخشی.

غربالگری برای سلامت

غربالگری از راهبردهای ارزشمند در پیشگیری است. معاینه ماهانه توسط خود می تواند به تشخیص زودرس سرطان پستان یا بیضه کمک کند. تستهای آزمایشگاهی برای افرادی که در معرض خطر بیماری های خاص هستند می تواند در تشخیص به موقع مؤثر واقع شود. معمولاً چنانچه نتیجه آزمون، مثبت باشد (مثلاً تست ELISA برای عفونت HIV) تست های تکمیلی بعدی برای تشخیص قطعی انجام می شوند (مثل تست Western blot برای عفونت HIV).

نقش کارکنان خدمات بهداشتی در ترغیب مردم برای شرکت در برنامه‌های غربالگری، کاهش اضطراب افرادی که تست آن‌ها مثبت می‌شود و ترغیب به ادامه روند، شرح و توضیح نتیجه منفی تست، کمک به افرادی که بیماری آن‌ها قطعی می‌شود در تصمیم‌گیری برای مداخله پزشکی یا تغییر سبک زندگی اهمیت بسزایی دارد. در این میان تلاش برای تغییر نگرش‌ها و باورهای غلط مردم از جایگاه خاصی برخوردار است.

تغییر باورها و نگرش‌های مردم

دو روش برای تغییر رفتار وجود دارد. اغلب می‌توان با **تغییر محیط** دست به تغییر رفتار مردم زد. تغییر پیامد یک رفتار یا تسهیل انجام آن می‌تواند منجر به تغییر رفتار شود. مثلاً با جریمه کردن رانندگانی که کمربند ایمنی نمی‌بندند، رفتار اغلب رانندگان تغییر می‌کند. روش دوم برای تغییر رفتار، **تغییر نحوه تفکر** افراد یا شناخته‌های (Cognitions) آنان است. مثلاً با دادن اطلاعات راجع به سرطان پستان و اهمیت تشخیص زودرس آن، باور زنان نسبت به سرطان تغییر کرده و احتمالاً در برنامه‌های ماموگرافی بهتر شرکت خواهند کرد. دادن پاره‌ای از اطلاعات علمی به تنهایی کافی نیست و لزوماً منجر به تغییر انگیزه افراد نمی‌شود. براساس نظریه ناهمخوانی شناختی **فستینگر (Festinger)**، آگاهی از دو اندیشه (باورها یا نگرش‌ها) ناهمخوان موجب حالت ناخوشایند روانی شده و افراد برانگیخته می‌شوند تا با تغییر نحوه تفکر یکی از آن‌ها را حذف کنند.

از نظر شناختی، پیامدهای بهداشتی به دو گونه ممکن است در ذهن افراد تحلیل شوند. چنانچه فرد پیام را در ارتباط با دانسته‌های قبلی خود تحلیل کرده و وارد گفتگوی درونی شود احتمال اینکه مدت طولانی‌تری تحت تاثیر پیام قرار گیرد بیشتر است. اما چنانچه به دلیل وقت ناکافی، نفهمیدن محتوای پیام یا نامربوط دانستن آن، وارد تحلیل محتوایی آن نشود صرفاً ممکن است براساس قوانین ساده ای مثل **"درست بودن سخن اهل فن"** یا **"درست بودن آنچه همگان قبول دارند"**، پیام را بپذیرد ولی تاثیر آن ضعیف‌تر و کوتاه‌تر خواهد بود زیرا پیام به درون باورهای قبلی بیمار رسوخ نکرده است.

از قصد تا عمل

مسلماً قبل از دست دادن به یک عمل، باید قصد (intention) و نیت قبلی محکمی ایجاد شده باشد. بنابراین نخستین گام در ارتقای سلامت تشویق فرد به **تصمیم‌گیری** برای تغییر است یعنی ترغیب وی به قصد کردن برای انجام یک عمل.

برای آنکه قصد، به **"عمل"** منجر شود چندین شرط لازم است:

- ۱) فرد احساس کند کنترل کافی دارد. مثلاً قصد کردن برای ترک سیگار به دلیل ایجاد در علایم ناخوشایند با شکست مواجه می‌شود اما استفاده از آدامس‌های نیکوتین برای کاهش علایم ترک یا گروه‌های حمایتی می‌تواند کنترل فرد را بالا ببرد (Fiore و همکاران، ۱۹۹۶)
- ۲) به پشیمانی ناشی از انجام ندادن عمل فکر کند. مثلاً چنانچه فرد به احتمال رسوب چربی و گرفتن رگ‌های قلبی و احساس ندامت در آینده بیشتر فکر کند احتمال روی آوردن وی به ورزش بیشتر است.

۳) مهارتهای کافی داشته و زمینه چینی‌های لازم را انجام دهد. مثلاً برای استفاده از کاندوم باید در جاهای قابل دسترس باشد و بتوان بدون نگرانی یا خجالت آن را خریداری نمود، یا آنکه برای انجام ورزش باید زمان و مکان آن را معین کرده و کفش یا لباس مناسب را تهیه نمود

۴) انجام عمل را معنادار و به نفع خود بداند.

بافتار اجتماعی تغییر رفتار

برخلاف انتظار، مردم رفتارهای مخاطره‌آمیز را دوست دارند. بسیاری از رفتارهای تثبیت شده به صورت عادت درآمده و به طور خودکار، فارغ از افکار خودآگاهانه، انجام می‌شوند. بنابراین برای تغییر رفتار نمی‌توان صرفاً به تغییر نگرش‌ها یا باورها بسنده نمود. بافتار محیطی اجتماعی بروز رفتار نیز نقشی تعیین‌کننده دارد. صرفاً با دادن اطلاعات دربارهٔ مضرات اعتیاد نمی‌توان رفتار فرد معتاد را دگرگون کرد، رفتار او در شبکه اجتماعی خاصی شکل می‌گیرد که نقش مهمتری در کنترل رفتار فرد نسبت به افکار شخصی وی دارد. مثال دیگر کنترل سرعت در جاده‌ها است. کنترلی که در سال‌های اخیر توسط نیروی انتظامی در بزرگراه‌های بین‌شهری انجام گرفته، موجب کاهش چشمگیر آمار تصادف‌های جاده‌ای شده است.

اهداف اصلی ارتقای سلامت

سازمان جهانی بهداشت، سلامتی را به معنای نداشتن بیماری و داشتن احساس مثبت سالم بودن (Well being) توصیف کرده است. بنابراین اهداف ارتقای سلامت شامل دو چیز است: (۱) پیشگیری از بیماری، (۲) ایجاد احساس سالم بودن یا ارتقای سلامتی. زمینه‌های اصلی این اهداف در جدول ۱ آمده است. Tones و Tilford (۱۹۹۴) سه دیدگاه برای ارتقای سلامت توصیف کرده‌اند: (۱) مهندسی اجتماعی، (۲) پیشگیری فردی و (۳) توانمندسازی افراد.

دیدگاه مهندسی اجتماعی به حل پدیده‌های اجتماعی مثل فقر، شرایط بد زندگی، بیسوادی و تغییر باورهای فرهنگی نادرست و نیز اقدامات بهداشتی جمعی همچون افزودن فلوئور به آب آشامیدنی، افزودن ید به نمک و غنی کردن آرد نظر دارد.

در دیدگاه پیشگیری فردی، اعتقاد بر این است که با آموزش به افراد می‌توان رفتارهای مرتبط با سلامتی را تغییر داد. این آموزش بخصوص از طریق انتشار کتابچه‌های آموزشی امکان‌پذیر است.

جدول ۱. زمینه‌های اصلی ارتقای سلامت

- سیگار کشیدن
- رژیم غذایی و وزن
- پیشگیری از بارداری و HIV
- پایش فشار خون
- غربالگری سرطان

- سوء مصرف مواد و الکل
- مصرف مسؤولانه داروها
- مراقبت از کودکان
- ورزش

تغییر رفتار فردی متأسفانه به این سادگی انجام پذیر نیست و مؤلفه‌های زیاد دیگری هم نقش دارند. در دیدگاه توانمندسازی افراد (Individual empowerment) بر اعطای مسؤولیت و حق انتخاب افراد برای تصمیم‌گیری در باره تغییر شرایط اجتماعی و روش‌های مرتبط با سلامت تأکید می‌شود. براساس این دیدگاه مثلاً بیمار حق دارد در مورد جراحی یا مصرف دارو خود تصمیم بگیرد و در صورت عدم رضایت آگاهانه نمی‌توان چیزی را به وی تحمیل کرد. اما برای آگاه‌سازی افراد باز هم آموزش، حرف اول را می‌زند. در عمل، آموزش افراد بیشتر از طریق پوستر، کتابچه و کتابهای آموزشی و رسانه‌های گروهی انجام می‌شود. اما تماسهای فردی بین کارکنان خدمات درمانی به ویژه پزشکان با بیماران و پرس‌وجوی منظم در باره مسائل جدول ۱ نیز اهمیت زیادی دارد.

پیام‌هایی که در رسانه‌های جمعی یا فردی به افراد داده می‌شوند اگر با برانگیختن ترس شدید همراه باشند ممکن است نتیجه معکوس بدهد زیرا فرد برای کاهش حس اضطراب و ترس ابداً به پیام فکر نکرده و آن را از ذهن خود حذف می‌کند و چه بسا بیماران قلبی که اگر پزشک آنان را از سکتته بشدت بترساند دیگر به آن پزشک مراجعه نکنند.

رفتارهای مرتبط با بیماری

در هر روز چند درصد از مردم علایم بالینی بیماری‌ها را احساس کرده و چه تعداد از آن‌ها به پزشک مراجعه می‌کنند؟ رابطه بیمار با پزشک باید مبتنی بر چه الگویی باشد تا واجد بهترین اثربخشی باشد؟ اثر درمانی دارونما (پلاسیبو) چه اهمیتی دارد؟ چگونه می‌توان بیمار را به رعایت دقیق درمان واداشت؟ چه مهارتهایی در برخورد با بیماران لازم است؟ تجربه بیمارستان چگونه است و چه استرس‌های خاصی در آنجا مطرح است؟ طیف مسائل مرتبط با رفتار بیماران، بسیار گسترده است و جنبه‌های روانشناختی آن از اهمیت بسزایی برخوردارند. در این گفتار سعی می‌کنیم به اختصار به مسائل فوق اشاره کنیم.

مراجعه به پزشک

در طی یک دوره ۲ هفته‌ای، حدود ۷۵٪ افراد یک یا چند علامت بالینی (Symptom) را احساس می‌کنند. حدود یک سوم آنان هیچ اقدام خاصی انجام نمی‌دهند، یک سوم آن‌ها دست به خوددرمانی و روی آوردن به روش‌های سنتی می‌زنند و تنها یک‌سوم به پزشک مراجعه می‌کنند.

سه جنبه از علایم بر ادراک بیماران از علامت بالینی اثر می‌گذارد: شدت علامت، آشنا بودن آن و دفعات تکرار آن. مثلاً اگر کسی دچار سردرد شدید و مداومی شود و قبلاً تجربه سردرد نداشته باشد احتمالاً به

پزشک مراجعه می‌کند. اما کسی که از قبل سردردهای میگرنی داشته است فقط اگر دفعات یا کیفیت سردرد عوض شود به پزشک مراجعه می‌کند. پس از درک علامت، بیمار به سبک و سنگین کردن علامت، اهمیت آن، هزینه و منفعت پرداخته و در نهایت تصمیم به مراجعه یا عدم مراجعه می‌گیرد.

در دسترس بودن خدمات پزشکی همچون نزدیک بودن درمانگاه به محل زندگی، امکان قرار گذاشتن با تلفن، مناسب بودن زمان و رفتار دوستانه کارکنان خدمات درمانی هم در مراجعه تاثیر دارند. یکی از عوامل بسیار مهم برای مراجعه (در ۵۰٪ موارد) توصیه دوستان یا خانواده است و در این میان نقش خانواده مهمتر است.

رابطه پزشک و بیمار

چهار الگو می‌توان برای این رابطه فرض کرد:

۱ - رابطه پدرمآبانه (Paternalistic):

در این رابطه که شاید در حال حاضر رایج‌ترین نوع رابطه در کشورمان است، پزشک از بیمار سؤال می‌کند، تست درخواست می‌کند و بدون نظرخواهی از بیمار برای درمان تصمیم می‌گیرد. این فرآیند حالتی مکانیکی داشته و رویکرد پزشک، علامت - محور (Symptom centered) بوده و فاقد یک نگاه کل‌نگر و جامع است.

۲ - رابطه دوجانبه:

در رابطه دوجانبه تأکید بیشتری بر حق انتخاب بیمار و بخصوص آگاهی دادن به وی و توجه به باورهای وی می‌شود. این رابطه که شکل ایده‌آل رابطه پزشک و بیمار است بخصوص در بیماری‌های مزمن که بیمار نقش زیادی در برنامه‌ریزی و پیگیری درمان خواهد داشت، اهمیت زیادی دارد. رویکرد پزشک در این رابطه، "بیمار - محور" است.

۳ - رابطه مصرف‌کننده:

بیمارانی که توان مالی بالایی دارند ممکن است فارغ از مسائل بیمه، پزشک خود را انتخاب کنند، این رابطه در بخش خدمات درمانی خصوصی، بیشتر مطرح می‌شود.

۴ - رابطه "از سرباز کردن" (Default)

در مواقعی مطرح می‌شود که پزشک هیچ اساس جسمی برای مشکلات بیمار پیدا نمی‌کند و ریشه علایم را مشکلات اعصاب عنوان می‌کند.

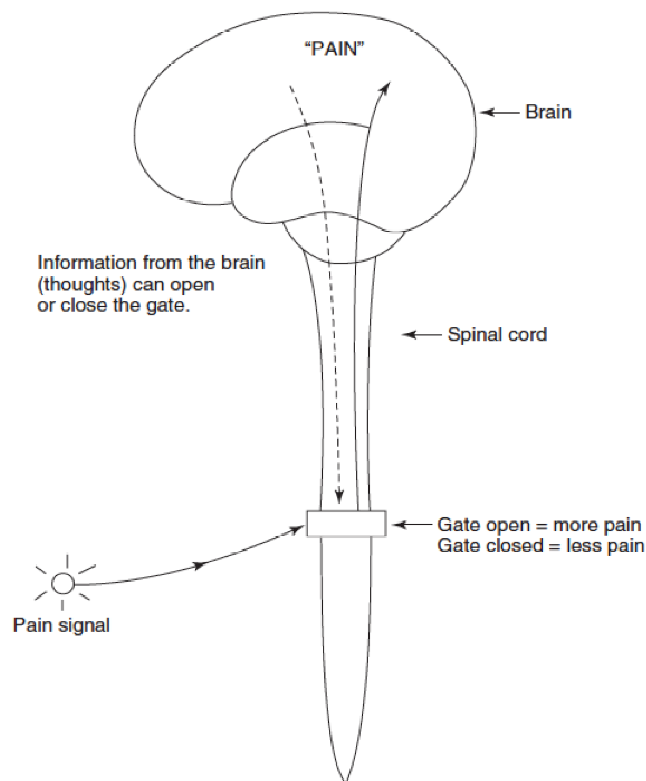
در مجموع بهترین نوع رابطه، رابطه "بیمار - محور" است و روابطی که با رویکرد "تکنولوژی - محور"، "پزشک محور"، "بیمارستان - محور" یا "بیماری - محور" باشند کارآیی کمتری داشته و با اصول اخلاقی و علمی مغایرت دارد.

اثر دارونما

دارونما به قرص، شربت یا فرآورده‌ای می‌گویند که اثر مستقیم بر فرآیند بیماری ندارد ولی برای راضی کردن بیمار به اینکه دارو گرفته به وی داده می‌شود و شگفت آنکه تا حد قابل توجهی در درمان بیماری اثر دارد. اثر دارونما در رشته‌های مختلف پزشکی مثل جراحی، سرطان، دندانپزشکی و روانپزشکی ملاحظه شده است و بجز اثر درمانی با علائم ترک، خوگیری یا تحمل، و سایر خصوصیات دارویی همراه بوده است. تاثیر دارونما چندان به خصوصیات شخصیتی افراد ارتباط ندارد بلکه بیشتر به شرایط و نحوه عرضه آن به بیمار وابسته است، همچنین با شکل و شمایل و رنگ آن هم ارتباط دارد. مثلاً آرامبخش‌های سبزرنگ مؤثرتر از آرامبخش‌های قرمز یا زردرنگ هستند. تجویز دارونما توسط یک پزشک مشهور یا مرکز درمانی دانشگاهی و معتبر، مؤثرتر از یک پزشک تازه کار یا درمانگاه کوچک است.

درد مزمن

درد حاد یا مزمن (دردی که بیش از سه ماه طول کشیده است) مشکل بسیار شایعی است. تجربه درد می‌تواند علاوه بر عوامل طبی تحت تأثیر عوامل روانشناسی همچون باورها، تجربیات قبلی، احساس یا توجه باشد. از این رو درمان‌های روانشناختی می‌توانند جایگاه مهمی در درمان درد بخصوص درد مزمن داشته باشند.



شکل ۴. نظریه کنترل دریچه ای درد

نظریه کنترل دریچه ای درد (Gate control theory) که توسط Melzack و wall در سال ۱۹۶۵ پیشنهاد شد معتقد است که گیرنده های درد در پوست و اندامها اطلاعات دریافتی را به دریچه هایی در نخاع منتقل می کنند (شکل ۴). این دریچه ها تحت تأثیر نورون های دیگری که با مراکز بالاتر مغزی در ارتباطند قرار می گیرند ، با این ترتیب شدت درد احساس شده بسته به اطلاعاتی که از مراکز مربوط به احساس یا تفکر می رسد می تواند تغییر کند.

رعایت درمان (Adherence) توسط بیمار

رعایت درمان توسط بیمار به معنای پیروی از توصیه های کارکنان خدمات درمانی توسط بیمار است. این توصیه ها شامل انجام اقدامات پیشگیری (مثل کاهش مصرف چربی)، مراجعه به پزشک (مثلاً برای چک آپ یا پیگیری، یا تعویض پانسمان) و مصرف صحیح داروها می باشند. حدود ۴۰-۴۵ درصد بیماران، برنامه درمانی را درست رعایت نمی کنند (Ley، ۱۹۹۷) و تاثیر درمانهای موجود کمتر از ۵۰٪ پتانسیل واقعی است. حدس شود که ۲۵-۱۰ درصد موارد بستری در بیمارستان هم به دلیل عدم رعایت درمان است. عدم رعایت درمان می تواند ناشی از ۵ گروه عوامل باشد:

۱. عوامل مرتبط با بیمار

عدم رعایت درمانی ممکن است به دلیل فراموشکاری، عدم درک توضیحات پزشک، عدم موافقت بیمار با درمان، یا ترس از عوارض جانبی باشد. بنابراین باید توصیه های درمانی با کلمات ساده و عامه فهم، با برنامه مشخص و ترجیحاً "کتبی به بیمار ارائه شده و وقت کافی برای شرح آن ها گذاشته شود و همچنین باورهای بیمار در باره سلامتی از وی سوال شود و با تأکید و برجسته سازی نکات مهم به ثبت آن ها در حافظه بیمار کمک شود

۲. عوامل مرتبط با درمانگر و تیم درمانی

توقعاتی که از بیمار می رود باید به روشنی برای وی شرح داده شود. آموزش نقش مهمی در رعایت درمان دارد. زمانی که وظیفه بیمار و نحوه انجام آن به روشنی مشخص شود و بیمار از پزشک و کادر درمانی رضایت داشته باشد، احتمال رعایت درمان بالا می رود.

۳. عوامل مرتبط با روش درمانی یا دارو

داروهایی که نیمه عمر طولانی داشته و یکبار در روز مصرف می شوند شانس رعایت درمان را زیاد می کنند. رنگ دارو و شکل بسته بندی می تواند در رعایت درمان تاثیر داشته باشد. عوارض جانبی داروها عامل مهم دیگری در پذیرش بیمار است.

۴. عوامل اجتماعی / اقتصادی

قیمت بالای دارو یا باورهای خاص فرهنگی می تواند بر رعایت درمان اثر بگذارد.

۵. عوامل مرتبط با خود بیماری

شدت بیماری و تأثیری که بر عملکرد فرد می‌گذارد میتواند بر رعایت درمان موثر باشد.

تجربه بیمارستان و آماده سازی برای جراحی

وقتی فردی در بیمارستان بستری می‌شود با مسائل خاصی مواجه می‌شود. گوفمان^۱ (۱۹۶۸a) گفته است بیمار بستری از دیدها نامرئی می‌شود و پرسنل درمانی فقط بیماری او را می‌بیند. به این ترتیب پزشکان و پرستاران به نحوی در حضور بیمار صحبت می‌کنند که گویی او وجود ندارد. همچنین بیمار با توقعات زیادی هم مواجه است. وی باید به پرسشهای زیادی به افراد متعدد پاسخ دهد، بخشهایی از بدن را طبق دستور حرکت دهد، ساعت خواب و بیداری را رعایت کند. بیمار آزادی خود را از دست می‌دهد، و زمان خورد و خواب خود را نمی‌تواند تعیین کند. همچنین وی نقشهای معمول و روزمره خود از جنبه اجتماعی، شغلی و خانوادگی را موقتاً باید کنار بگذارد. اصولاً برخورد کادر درمانی با همه بیماران یکسان نیست. بیماری که کم سؤال کند، کم درخواست کند و شکایتی نداشته باشد، "بیمار خوب" تلقی شده و فردی که پرتوقع و شاکی باشد "بیمار بد یا مزاحم" دسته بندی می‌شود. مشکل دیگر بیماران مسأله کنترل بر رفتارها، اطلاعات و تصمیم گیری است. اگر به بیمار اجازه داده شود نحوه پیشبرد یک اقدام طبی دردناک مثل تنقیه به اختیار خودش باشد، اضطراب وی کمتر می‌شود. همچنین اگر بیمار بتواند زمان انجام اقدام دردناک مثلاً تزریق را خود انتخاب کند، درد و ناراحتی کمتری حس خواهد کرد. دادن حداکثر اطلاعات ممکن برای همه بیماران مفید نیست. هدف در این کار باید حفظ آرامش و اطمینان بیمار از بهبودی باشد.

استرس، مدارا و سلامتی

استرس (stress) واژه ای قدیمی است که از قرن ۱۳ در زبان انگلیسی به معنای فشار و منابع فشار به کار رفته است. استرس یا فشار روانی از عوامل مؤثر در ایجاد بیماری‌ها است. کلمه استرس به ۴ چیز اطلاق می‌شود: (۱) محرک یا عامل استرس زا. (۲) ارزیابی استرس در ذهن فرد یا تجربه استرس، (۳) پاسخ فرد به استرس یا به تجربه خودش که دارای دو جزء روانشناختی (احساسها، رفتارهای خاص، مکانیسم‌های دفاع روانی) و فیزیولوژیک (واکنش هشدار یا alarm) است. (۴) فرآیند تعامل فرد با محیط یا فرجام^۲ که می‌تواند شامل تغییر موقعیت یا محرک باشد و نیز به عنوان یک خاطره و توقع برای موارد مشابه بعدی در حافظه فرد ثبت شود. از سوی دیگر حاصل تعامل می‌تواند افسردگی یا مشکلات جسمی مزمن باشد. مثلاً وقتی بعد از آزمایش خون به فرد می‌گویند که HIV مثبت است (محرک). فرد با توجه به دانسته و باورهایش راجع به ایدز درجاتی از خطر و تهدید را احساس می‌کند (ارزیابی) و سعی می‌کند وضع را توجیه کرده و در پی درمان برآید (پاسخ) و در نهایت ممکن است افسرده یا مبتلا به زخم معده، دردهای مزمن یا بیخوابی شده یا با وضع موجود کنار بیاید (فرجام). بنابراین هر محرکی برای همه افراد به یک درجه استرس‌زا نیست بلکه به ارزیابی فرد از موازنه میزان

1. Goffman
2. Outcome

خطر و تهدید از یک سو، میزان منابع و توانمندی‌هایش از سوی دیگر بستگی دارد. تمامی عوامل استرس‌زا باید از فیلتر مغز عبور کند که متشکل از باورها، مدل‌های فرهنگی و تجارب قبلی واقعی یا کاذب است. مثلاً این باور که "زندگیم باید همواره سرشار از امنیت و رضایتبخش باشد" موجب می‌شود هر تهدیدی جنبه استرس به خود بگیرد.

عوامل مؤثر در ارزیابی یک تهدید

دو گروه عوامل در ارزیابی تهدید نقش دارند

۱ - عوامل فردی:

مثلاً کسانی که اعتماد به نفس بالایی دارند، تهدیدها را چالش تلقی می‌کنند. هوش و انگیزه‌های بالا یا صفحات شخصیتی محکم در برخورد با تهدیدها نقش دارند.

۲ - عوامل مربوط به موقعیت:

مثلاً رخدادی که برنامه ریزی و اقدامات زیادی می‌طلبد (مانند عمل جراحی) یا با تغییرات زیادی همراه است (تغییر محل زندگی، بازنشستگی) یا رویدادهایی که مبهم و ناخوشایند هستند با احساس فشار همراه‌اند. در این میان احساس داشتن کنترل بسیار مهم است. اگر فرد احساس کند بر موقعیت کنترل دارد دچار استرس کمتری می‌شود.

اثرات زیستی - روانی - اجتماعی استرس

استرس بر سه جنبه از حیات فرد تاثیر می‌گذارد:

۱ - جنبه زیستی:

نخستین بار والتر کانون واکنش بدن به شرایط اضطراری را تحت عنوان واکنش جنگ و گریز شرح داد. سپس در سال ۱۹۵۶ هانس سلیه سندرم سازگاری عمومی^۱ را در حیواناتی که در آزمایشگاه با حرارت کم و زیاد، تزریق انسولین و کار زیاد مواجه می‌شدند شرح داد. این حیوانات دچار بیماری‌های جسمی مثل زخم و خونریزی معده می‌شدند. در انسان واکنش زیستی ابتدا به صورت برانگیختگی فیزیولوژیک و همراه با افزایش هورمونهای آدرنالین و کورتیزول و افزایش فشار خون است. سپس با ادامه استرس چنانچه فرد مقاومت خود را از دست بدهد سیستم ایمنی بدن تضعیف می‌شود و ذخایر انرژی بدن مصرف می‌شوند و بیماری روان تنی مثل فشار خون، زخم معده، آسم و بیماری‌های ایمنی ممکن است تشدیدشده یا بروز کنند، اما اگر فرد بتواند با موقعیت جدید مدارا^۲ کند برانگیختگی فیزیولوژیک نسبتاً^۳ مهار شده و کمتر دچار مسائل فوق می‌شوند.

۲ - جنبه روانی:

استرس می‌تواند موجب کاهش یا افزایش توجه و تمرکز شود و بر حافظه اثر بگذارد. همچنین با

^۱ General adaptation syndrome

^۲ Coping

احساسهای ترس (در مواجهه با تهدید). هیجان (در مواجهه با چالش)، اندوه (در برابر از دست دادن عزیزان) یا عصبانیت (هنگام نومیدی) همراه باشد.

۳- جنبه اجتماعی:

استرس بر رفتار افراد اثر می‌گذارد مثلاً بد رفتاری با کودکان موجب رفتارهای خشونت آمیز در کودک می‌شود.

خاستگاه‌های استرس

سه نوع خاستگاه برای استرس قابل تصور است:

۱- **خاستگاه درون فردی:** مانند مبتلا شدن به بیماری و یا گرفتاری‌های دیگر که موجب تعارض بین دو موقعیت شود (مثل تعارض نقشها در مادری که به دلیل نیاز مالی باید کار کند و در عین حال باید از فرزند کوچکش نگهداری کند).

۲- **خاستگاه درون خانوادگی:** مانند تولد فرزند جدید، داشتن کودک پردردسر، طلاق، گذر از مراحل رشد خانواده (مثلاً بزرگ شدن فرزندان و دانشگاه رفتن آنها می‌تواند برای پدر و مادر توأم با استرس باشد)، مسائل مالی، از دست دادن عزیزان.

۳- **خاستگاه اجتماعی:** مانند مشکلات شغلی (بازنشستگی، حجم کار زیاد، بیکار شدن) یا موقعیت‌های محیطی (زندگی در محله پر سر و صدا) یا رقابت با گروه همسالان (مثل رقابت تحصیلی و ورزشی در مدرسه).

استرس مزمن

برخلاف رویدادهای زندگی که معمولاً حاد هستند ممکن است برخی عوامل استرس‌زا طی سالهای متمادی در طول زندگی فرد ادامه داشته باشند و با هیچ تغییری همراه نبوده ولی فشار روانی داشته باشند. نمونه این عوامل که عمدتاً اجتماعی هستند می‌تواند طبقه اجتماعی باشد. رنج ناشی از فقر می‌تواند به شیوه زندگی نادرستی منجر شود و خود یا تبعات آن، استرس‌زا باشند. نمونه دیگر نقشهای اجتماعی، دغدغه امنیت از زندگی در یک محله ناامن، و فشارهای روزمره مثل کارهای ناخوشایند روزمره (مثل پیدا کردن تاکسی یا کارهای خانه برای سالمندان) است.

منابع تعدیل‌کننده استرس

هر فرد سعی می‌کند شرایطی که موجب استرس شده‌اند را تعدیل کرده یا خود را با آن سازگار کند. منابع تعدیل‌کننده سه گروهند ۱- **راهبردهای مدارا^۱** یعنی اعمالی که فرد برای تغییر موقعیت یا تغییر معنای عامل استرس‌زا و کاستن از بار تهدیدآمیز آن، یا کنترل پیامدهای جسمی اضطراب یا ناراحتی انجام می‌دهد. ۲- **حمایت اجتماعی** ۳- **احساس کنترل** نقش محوری در برخورد با استرس دارد. اگر فرد احساس چیرگی و تسلط بر شرایط داشته باشد راحت دست به عمل می‌زند و قدرتمندتر با مشکلات زندگی برخورد می‌کند.

استرس و دستگاه قلبی - عروقی

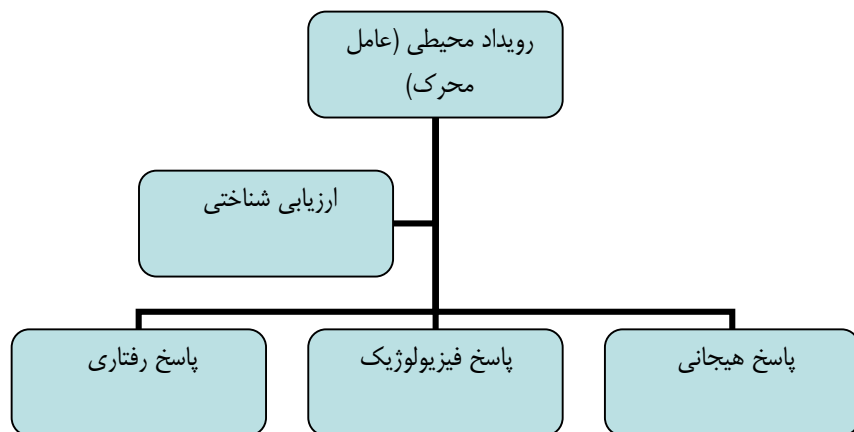
پاسخ‌های استرسی مداوم به مرور زمان به دستگاه قلبی - عروقی صدمه می‌زند. در میمون‌ها، استرس مزمن موجب کاهش HDL و افزایش LDL و افزایش سطح کورتیزول می‌شود که در درازمدت موجب رسوب کلسترول در دیواره رگهای قلبی می‌شوند. (Sapolsky, ۱۹۹۳). افراد متعلق به نوع شخصیتی A (جاه طلب، پرکار، متخاصم، رقابتی) پاسخهای قدرتمند و مکرری در برابر استرس دارند که موجب تغییرات مرضی در رگهای قلبی شده و احتمال وقوع حمله قلبی را جلو می‌اندازد.

استرس و عملکرد دستگاه ایمنی

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که استرس موجب تضعیف عملکرد دستگاه ایمنی و تأخیر در بهبودی زخم می‌شود (Kiecolt و همکاران، ۱۹۹۵) مثلاً در مراقبان بیمار مبتلا به آلزایمر یا دانشجویان پزشکی که تحت استرس بوده‌اند. تعداد سلولهای لنفوسیت T و میزان تکثیر آنها کم می‌شوند. شواهدی در دست است که نشان می‌دهند، بین دستگاه عصبی و دستگاه ایمنی ارتباطهایی وجود دارند. در کسانی که پاسخ دستگاه عصبی آنها به استرس کمتر است، تضعیف عملکرد ایمنی هم کمتر است و برعکس.

استرس و رفتارهای مخاطره‌آمیز

استرس بر رفتار فرد اثر گذاشته و موجب رفتارهای ضد سلامتی همچون کشیدن سیگار، مصرف الکل و مواد مخدر، کاهش خواب، کاهش اشتها و عدم رعایت توصیه‌های پزشکی می‌شود. همچنین در افراد تحت استرس احتمال تصادف و سوانح هم زیاد می‌شود.



شکل ۵. مدل ساده‌ای از فرایند رویداد / استرس که توسط بک و سایر روان‌درمانگران ارائه شده است

مدیریت استرس

مدیریت استرس به طیف وسیعی از تکنیک‌ها و روش‌های روان‌درمانی اشاره دارد که به هدف کنترل

سطح **استرس** فردی و به خصوص استرس مزمن، و بهبود عملکرد روزانه فرد طراحی شده‌اند. همانطور که در شکل ۵ مشاهده می‌کنید پاسخ به استرس می‌تواند در سه سطح رفتاری (مانند خستگی، رها کردن فعالیت‌های لذتبخش، تغییر رفتارهای مربوط به سلامتی) فیزیولوژیک (درد معده، تپش قلب و غیره) یا هیجانی (اضطراب مزمن، دلشوره، افسردگی و غیره) باشد. عامل محیطی بسته به اینکه فرد تهدیدهای محیطی و امکانات خود برای مقابله با آن را به چه شکلی ارزیابی کند می‌تواند اثر بگذارد. برای مثال تعمیم افراطی و فاجعه‌پنداری دو نمونه از شیوه‌های ارزیابی هستند که باعث می‌شود فرد تهدید محیطی را بسیار بالاتر از حد واقعی ارزیابی کرده و دچار استرس شود.

برای مدیریت استرس در هر یک از سه سطح رویداد، ارزیابی و پاسخ می‌تواند اقداماتی انجام داد. برای مثال حل مساله و کمک گرفتن از آشنایان، حل مشکلات بین فردی اقدام در سطح رویداد است. بازسازی شناختی، تغییر دیدگاه، آشنایی با توانمندی‌های فردی تغییر در سطح ارزیابی است. آرامسازی عضلانی، تمرین‌های توجه آگاهی، روان‌درمانی، انجام مجدد رفتارهای لذتبخش اقدام در سطح پاسخ است.

چشم انداز خدمات بهداشتی در سطح جامعه

انسان موجودی اجتماعی است. نگاه به سلامت در سطح فردی برای درک این مسأله مهم و برنامه‌ریزی‌های کلان کافی نیست. همزمان با نگاه در سطح فردی باید در سطح اجتماعی هم به مسأله سلامت و بیماری نگاه کرد.

مثلاً پیشرفته‌ترین دستگاهها و فناوری پزشکی در کنار حاذق‌ترین پزشکان و کادر خدمات درمانی هرچند شرط لازم برای ارائه خدمات است اما کافی نیست و بدون وجود بیمه خدمات درمانی کامل، کارآمد و قوی، عملاً فلج می‌شوند. از طرف دیگر فرهنگ قومی، جنسیت، طبقه اجتماعی همگی در نگرش به سلامت اثر می‌گذارند. انگ‌گذاری برخی بیماری‌های مزمن مانند صرع که پدیده‌ای اجتماعی است چه بسا از خود بیماری پرعارضه‌تر و توان فرساتر است. بیکاری و بی‌خانمانی از مسائل اجتماعی دیگری هستند که بر سلامت اثرگذارند.

سازمان‌بندی خدمات بهداشتی

به طور کلی دو نوع سازمان‌بندی برای خدمات بیمه‌ای انجام می‌گیرد. در امریکا بیمه‌های درمانی عمدتاً خصوصی هستند. اغلب مردم چون هزینه بیمه‌ها را خود می‌پردازند، آزادند که پزشک، بیمارستان و خدمات درمانی را به سلیقه خود انتخاب کنند. آنان هزینه زیادی بابت درمان می‌پردازند. (سرانه ۳۹۱۲ دلار). تعداد محدودی از افراد فقیر تحت پوشش بیمه Medicaid هستند که هزینه‌اش را دولت فدرال می‌پردازد. افراد بالای ۶۵ سال هم تحت پوشش Medicare هستند که باز هم تحت حمایت دولت فدرال است. در این سیستم، لیست انتظار وجود ندارد، دسترسی به متخصصان به طور مستقیم است و قوانین بازار، رشد کیفی خدمات را تضمین می‌کنند.

نوع دوم ارائه خدمات، بیمه دولتی است. در این سیستم که برای مثال در انگلستان و کانادا اجرا می‌شود؛ همه شهروندان بدون استثنا تحت بیمه دولتی هستند. در انگلستان هزینه خدمات درمانی از محل مالیات‌ها و در آلمان این هزینه از درآمد افراد و نیز بخشی از آن توسط دولت پرداخت می‌شود. هزینه سرانه درمان در انگلستان

۱۳۹۱ دلار و در آلمان ۲۳۶۴ دلار است. در این سیستم مسئولیت و حق انتخاب افراد محدود می‌شود. دسترسی افراد به متخصصان مستقیم نبوده و توسط پزشکان خط اول درمان و سیستم ارجاع انجام می‌شود. دسترسی به خدمات اورژانسی بسیار راحت و آسان و عدالت در عرضه خدمات چشمگیر است.

در ایران بیمه‌های دولتی صرفاً کارمندان دولت را تحت پوشش قرار می‌دهند. هزینه بیمه سایر افراد توسط کارفرما و خود فرد، مشترکاً تأمین می‌شود و شامل ۳۰٪ از درآمد فرد است. پوشش بیمه‌ها برای خدمات درمانی، کامل نیست به همین دلیل سایر شرکت‌های بیمه که اغلب دولتی هستند به ارائه پوشش بیمه تکمیلی می‌پردازند. نارضایتی پزشکان و بیمارستانها از نوع قراردادهای سازمان‌های بیمه‌گذار و نحوه پرداخت آن‌ها و پوشش ناکافی بیمه‌ها از مسائل مهمی است که چالشی جدی برای برنامه‌های توسعه سلامت است.

مراقبت در سطح جامعه

امروزه ارائه خدمات بهداشتی برای سالمندان، بیماران روانی مزمن و معلولان ذهنی و جسمی در کشورهای توسعه یافته به سمت «مراقبت در سطح جامعه» رفته است. دلایل این گرایش متعدد بوده و شامل حمایت از مصرف‌کننده، کاهش هزینه‌ها، ارج گذاشتن به خانواده و عوامل سیاسی و نگرش‌های ضد مؤسسه‌های نگهداری می‌باشند. مسلماً اگر مراقبت خوبی در محیط زندگی طبیعی انجام گیرد، وضع خانه مناسب بوده و شبکه اجتماعی مناسبی در اطراف فرد سالمند یا معلول برقرار باشد، زندگی در سطح جامعه به مراتب بهتر از زندگی در آسایشگاه است.

مشکل اصلی در ارائه مراقبت در سطح جامعه، یکدست کردن و تلفیق خدمات بهداشتی و اجتماعی و ایجاد رویکرد چندرشته‌ای بین متخصصانی با دیدگاه‌های متفاوت است. در این رویکرد باید خدمات پزشکی، پرستاری، کاردرمانی، فیزیوتراپی، روانشناسی، مددکاری و شغل‌یابی به طور یکدست و هماهنگ ارائه شوند. البته مسلماً بار اصلی نگهداری از سالمند، بیمار روانی مزمن یا معلول بر دوش خانواده می‌افتد. پژوهش‌ها، مفید بودن ارائه مراقبت در سطح جامعه را نشان داده‌اند (Trieman و همکاران 1999).

نقش رسانه‌ها در سلامت

رسانه‌های جمعی از منابع مهم اطلاعات در باره تمام جنبه‌های سلامت هستند. اما پژوهش‌ها نشان داده است که مردم شنوندگانی پیچیده هستند و چشم و گوش بسته تحت تاثیر پیام‌های بهداشتی قرار نمی‌گیرند. باورهای فرهنگی و اطلاعات حاصل از منابع دیگر (مثل در میان گذاشتن تجارب با دیگران) در مقابل پیام‌های رسانه‌ها مقاومت می‌کنند. اگر چنین نبود با این همه تأکید تلویزیون بر نکشیدن سیگار، نخوردن چربی و مصرف میوه و سبزیجات، مشکل سیگار و تغذیه حل شده بود! بین آنچه مردم می‌دانند و آنچه انجام می‌دهند شکاف بزرگی وجود دارد.

نقش دیگر رسانه‌های جمعی، جمع‌آوری دانسته‌های عوام و مردم کوچه و بازار در باره مقوله سلامت است که با پخش مصاحبه‌های مردمی انجام می‌شود. رسانه‌ها در ایجاد و تحکیم باورهای کلیشه‌ای نقش مهمی

دارند مثل اینکه بیمار روانی فردی خشن است که به تبع آن ترس و انگ‌گذاری روی این افراد را در پی دارد. اهمیت دیگر رسانه‌ها در شکستن تابوها است. امروزه شاهدیم که با پخش برنامه‌های مختلف در باره ایدز، صحبت کردن در باره این بیماری و روش پیشگیری با کاندوم در سطح گسترده‌ای امکان‌پذیر شده است، چیزی که شاید در اوایل دهه هفتاد شمسی دور از ذهن بود. رسانه‌ها می‌توانند بحث در باره مسائل اخلاقی توسعه علمی و پزشکی را دامن بزنند.

طبقه اجتماعی و سلامت

شواهد محکم نشان می‌دهند که بین سلامت و شغل افراد، ارتباط وجود دارد. این ارتباط فقط به مخاطرات شغلی (مثلاً احتمال تصادف در رانندگان اتوبوس) مربوط نمی‌شود بلکه به تفاوت در شیوه زندگی، گروه‌های شغلی و طبقه اجتماعی هم بازمی‌گردد. طبقه اجتماعی که عمدتاً براساس شغل شکل می‌گیرد شاخص غیر مستقیمی از سطح تحصیلات، درآمد استانداردهای زندگی و شرایط محیطی و کاری است. حتی در جوامع توسعه‌یافته مثل انگلستان که آمار مرگ و میر و بیماری‌زایی آنان طی چند دهه اخیر کاهش داشته است، این کاهش در طبقات اجتماعی بالا مثل وکلا یا صاحبان شرکت‌های بزرگ به مراتب قابل‌توجه‌تر از طبقات پایین مثل کارگران بوده است.

جنسیت و سلامت

جنس (Sex) به تفاوت‌های جسمی و زیستی بین زن و مرد اطلاق می‌شود که از بدو تولد وجود دارند، اما جنسیت (gender) یا هویت جنسی به جنبه‌های اجتماعی و رفتارهایی که جامعه از زن و مرد توقع دارد گفته می‌شود. به عبارت دیگر این جامعه است که هنجارها، قواعد و توقعاتی که از هر جنس دارد را به آن‌ها تحمیل کرده و یک نوزاد مونث یا مذکر را به تدریج به زن یا مرد با هنجارها و خصوصیات متفاوت رفتاری تبدیل می‌کند. مرگ و میر در مردان بالاتر است. زنان در اغلب جوامع عمری طولانی‌تر از مردان دارند و این تفاوت حتی بین شیرخواران زیر یک سال هم مشهود است. عامل این تفاوت‌ها در سن کودکی عمدتاً بنیان زیست‌شناختی است اما در سن نوجوانی و بالاتر به علل اجتماعی مرگ همچون احتمال بالاتر برای آلودگی به مواد مخدر، کشیدن سیگار و همچنین خطرات شغلی باز می‌گردد.

زنان بیشتر دچار بیماری‌ها می‌شوند و از خدمات بهداشتی و پزشکی هم بیشتر استفاده می‌کنند. زنان بیشتر به پزشک مراجعه می‌کنند اما بستری در بیمارستان بین مردان بیشتر است.

گروه‌های قومی و سلامت

قومیت مفهومی پیچیده و متشکل از فرهنگ، تاریخ، زبان، جغرافیا و چیزهایی از این قبیل است. هرکس به یک گروه قومی تعلق دارد. فرهنگ به معنای مدل‌های مشترک تفکر، باورها، ارزشها و نگرش‌ها بین گروهی از افراد است که به رفتار شکل و جهت می‌دهند. الگوهای سلامت و بیماری به شدت تحت تاثیر عوامل اجتماعی - اقتصادی، محیطی، ژنتیک و فرهنگی هستند و به همین لحاظ تفاوت‌های زیادی بین گروه‌های قومی مختلف

دارند. نژادپرستی و تبعیض‌های اجتماعی بیشتر دامنگیر گروه‌های قومی اقلیت شده و احتمال فقر در آنان بالاتر است. احتمال استفاده گروه‌های قومی اقلیت از خدمات بهداشتی هم کمتر است، زیرا آموزشها و سیاست‌گذاری‌های بهداشتی متناسب با فرهنگ آنان تنظیم نمی‌شوند.

جنبه‌های اجتماعی پیری

جامعه ما، جامعه جوانی است و اولویت‌بندی در سیاست‌گذاری‌های بهداشتی، متناسب با همین جامعه تنظیم شده است. اما آمار تولد کودکان و رشد جمعیت در سالهای اخیر کاهش چشمگیری یافته و امید به زندگی طی دو دهه نزدیک به ده سال بالاتر رفته است. به همین دلیل جامعه به سوی پیرشدن خواهد رفت و درصد سالمندان طی چند دهه رو به افزایش و درصد کودکان رو به کاهش خواهد گذاشت. به این ترتیب طی چند دهه بعد، در اولویت بندی سیاست‌گذاری‌ها باید گروه سالمندان را جایگزین کودکان کرد!

کلمه «پیری» یک باور قالبی است که برخاسته از ترس جامعه نسبت به بالا رفتن سن می‌باشد. گویی زیاد شدن سن تقویمی با افت گریزناپذیر قوای جسمی و روانی و توان کارکردن همراه است. اما پژوهش‌ها نشان داده که اغلب افراد سالمند خود را جوانتر از سن تقویمی احساس می‌کنند (در واقع بهتر است «پیری» را معادل حالت احساسی و رفتاری تلقی کنیم تا سن تقویمی) و همین مسأله باعث ناهمگونی بین انتظارات و توقع‌های جامعه و احساسات فرد می‌شود. افرادی که به زیبایی و جوانی خود اهمیت زیادی می‌دهند ممکن است با بالا رفتن سن بیشتر ناراحت شوند تا کسانی که برای دنیای درون خود (inner self) بیشتر اهمیت قائل می‌شوند. با زیاد شدن جامعه سالمندان و پیشرفت و پیچیده‌تر شدن جامعه، نقش‌های سنتی و باورهای کلیشه‌ای در مورد پیری رو به تغییر است. امروزه بسیاری از سالمندان همچنان به کارکردن و ادامه یک زندگی اجتماعی فعال و مستقل ادامه می‌دهند. بازتاب این تغییرات در فیلم‌های سینمایی یا رمانهایی که نقش سالمندان را برجسته می‌کنند مشهود است.

وضع مسکن، بی‌خانمانی و سلامت

محیط خانه به طور مستقیم و غیرمستقیم بر سلامتی اثر می‌گذارد. متراژ کم و جمعیت زیاد، نامناسب بودن ساختمان، سروصدا و شلوغی، همسایگان بد، رطوبت و سرما یا گرما، تاثیر انکارناپذیری بر سلامت دارند. بنابراین سلامت صرفاً تحت تاثیر رفتار فرد نیست و مثلاً سیاست‌گذاری‌های کلان برای تأمین مسکن مناسب برای شهروندان می‌تواند اثر به مراتب مهمتری داشته باشد!

بیکاری و سلامت

تمامی پژوهش‌هایی که به مقایسه وضع سلامتی بین افراد شاغل و بیکار پرداخته‌اند نشان داده‌اند افراد شاغل به رغم مخاطرات شغلی از سلامتی بالاتری برخوردارند. میزان مرگ و میر هم در افراد بیکار بالاتر از افراد شاغل است. علل مرگ در افراد بیکار شامل بدخیمی‌ها، سوانح، مسمومیت و خشونت (به ویژه خودکشی) است. احتمالاً چهار مکانیسم در این تفاوت‌ها نقش دارند: ۱- فقر ۲- انزوای اجتماعی و کاهش اعتماد به نفس، ۳-

رفتارهای صدمه‌رسان به سلامت مثل کشیدن سیگار، ورزش نکردن ۴ - استرس.

برچسب زدن و انگ‌گذاری

برچسب زدن و انگ‌گذاری به معنای ارزیابی منفی افراد یا گروه‌های خاصی توسط جامعه یا گروه‌های دیگر است. این مساله دو اهمیت از نظر بهداشتی دارد: ۱ - انگ‌گذاری جامعه در مورد بیماری‌هایی همچون صرع یا اسکیزوفرنی (روان‌گسیختگی) ۲ - برچسب زدن بیماری‌ها به دنبال تشخیص بیماری در فرد، مثلاً وقتی روانپزشک بیماری روان‌پریشی را تشخیص می‌دهد ممکن است بستری کردن بیمار در یک آسایشگاه روانی مقبول جلوه کند. بنابراین تشخیص‌گذاری ممکن است اثرات اجتماعی ناخواسته عمیقی برای فرد داشته باشد. این برچسب‌ها، رفتار دیگر افراد نسبت به بیمار را تغییر داده و تنظیم می‌کنند و بر رفتار خود فرد و خانواده وی هم اثر می‌گذارند. مثلاً فردی که درد قلبی دارد تنها وقتی که متوجه می‌شود رگهای قلبش تنگ شده‌اند و برچسب « تنگی عروق قلبی » به وی می‌خورد، دست از سیگار کشیدن برمی‌دارد، همسرش سعی می‌کند وی را عصبانی نکند و بقیه هم مراعات حال وی را می‌کنند.

انگ (stigma) به معنای برچسب بسیار منفی است. استیگما می‌تواند به دو شکل باشد: مخفی و آشکار. زنی که به دلیل سرطان پستان، تحت ماستکتومی قرار گرفته دارای انگ یا استیگمای مخفی است. غیر از نزدیکان، کسی از مسأله وی آگاه نیست و فرد رفتار خود را به گونه‌ای تغییر می‌دهد که دیگران متوجه نقص وی نشوند، مثلاً سعی می‌کند به استخر نرود و یا لباسهایی بپوشد که این عیب را مخفی کند. اما فرد معلول که روی صندلی چرخدار نشسته، استیگمای آشکار دارد و نمی‌تواند جلوی آگاه شدن دیگران را بگیرد.

سوالات بعد از مطالعه

- برخی تصور میکنند پیشرفت علمی پزشکی می‌تواند بیماری‌ها را ریشه کن کند اما بر خلاف انتظار، مراجعه مردم به بیمارستان و عمل‌های جراحی، هر سال زیادتر می‌شود. آیا انگاره‌های ذهنی مردم نسبت به سلامتی هم با پیشرفت علم پزشکی هر سال به سطح بالاتری ارتقا می‌یابد؟
- در سالهای اخیر، روی آوری مردم به طب مکمل (alternative medicine) بیشتر شده است. با توجه به اینکه طب مکمل شامل مقوله‌هایی مثل هومئوپاتی، طب سوزنی، طب فشاری و ... است. چرا علی‌رغم این همه پیشرفت در علم پزشکی، اقبال مردم به این روش‌ها که اغلب ریشه در طب سنتی دارند بیشتر شده است؟
- چرا درک باورهای بیمار راجع به بیماری و سلامتی در درمان وی اهمیت دارد؟
- در یکی از پیامدهای بهداشتی برای مبارزه با اعتیاد نوشته بودند: « اراده را جیغ بزنی تا اعتیاد فرار کند ». به نظر شما این شکل از طرح پیام چه محاسن و معایبی دارد؟
- خانواده‌های ۵ نفره‌ای که در یک اتاق مرطوب و نیمه تاریک زیر زمین در حاشیه فقیر نشین شهر تهران زندگی می‌کنند. زندگی در چنین فضایی چه اثرات مستقیم و غیر مستقیمی بر سلامت کودکان دارد؟ آنان در معرض بروز چه بیماری‌های روانی یا جسمی هستند؟

- اغلب بیماران از این شاکی‌اند که پزشک در باره احساسات و دل‌نگرانی‌های آن‌ها سؤال نمی‌کند. اما برخی پزشکان معتقدند وظیفه آن‌ها درمان بیماری است و کاری با اینکه بیمار چگونه با وضع جدیدش کنار می‌آید ندارند. نظر شما چیست؟
- فرق بین آموزش سلامت، با ارتقای سلامت چیست؟
- اگر کتابچه آموزشی راجع به دیابت را بیمار از لابلاهی مجله‌ها روی میز اتاق انتظار بردارد بیشتر مؤثر است یا اگر توسط پزشک در اتاق معاینه به بیمار داده شود بیشتر تاثیر دارد؟
- آیا کشیدن سیگار در سن نوجوانی با لذت قانون شکنی یا خطرجویی ارتباط دارد؟ نحوه برخورد پدر یا مادر با این مسئله چگونه باید باشد؟
- روی تمامی پاکت‌های سیگار نوشته‌اند مصرف سیگار برای تندرستی زیان‌آور است. این اجبار دولتی آیا در کاهش مصرف سیگار مؤثر بوده است؟
- فرض کنید بیمار مبتلا به فشار خون برای چک آپ به پزشک مراجعه کرده است و مشخص می‌شود فشار بالایی دارد. به نظر شما پزشک باید مقدار داروها را زیاد کند، یا داروها را عوض کند، یا باید در باره داروها، اثرات آن‌ها و عوارض احتمالی آن‌ها با بیمار صحبت کند؟
- به نظر شما حضور روانشناس و مشاور در بخشهای جراحی یا شیمی درمانی می‌تواند اثر بخشی درمانهای جراحی یا دارویی را بالا ببرد؟ حضور روانپرستار چگونه؟
- اگر به فردی بگویند مبتلا به سرطان شده است بیشتر دچار اضطراب یا افسردگی می‌شود یا اگر بگویند دچار تنگی ۸۰٪ رگهای قلبی شده است؟ خانواده فرد سرطانی راحت‌تر می‌توانند راجع به تشخیص با بیمار صحبت کنند یا خانواده‌ی بیمار قلبی؟
- آیا الگوی رابطه پزشک - بیمار بین متخصصان جراحی، متخصصان داخلی و متخصصان اعصاب و روان مشابه است؟ با توجه به متن، چه نوع رابطه‌ای را در هر مورد توصیه می‌کنید؟
- پژوهش‌های دارویی مفصل و پرهزینه‌ای انجام می‌شود تا داروهای جدیدی با کارایی بالاتر تهیه شوند. با توجه به اینکه نیمی از بیماران داروهای تجویزی را درست مصرف نمی‌کنند آیا صرف هزینه در پژوهش‌های روانشناسی برای این مسئله مقرون به صرفه تر است؟ آیا ماهیت تجاری شرکت‌های دارویی در جهت گیری پژوهش‌ها نقش دارند؟
- در برخی مراکز برای جراحی‌هایی که با بیهوشی عمومی همراه نیست مثل عمل دیسک یا زایمان اجازه می‌دهند همسر بیمار در اتاق عمل حضور داشته باشد آیا نتیجه عمل جراحی در این موارد بهتر خواهد شد؟
- چرا احتمال ابتلا به سرطان در بیماران افسرده بالاتر است؟ این مسئله چه رابطه‌ای با دستگاه ایمنی بدن دارد؟
- برخی از افراد از سخنرانی در جمع دچار استرس می‌شوند و برخی از تنها ماندن در خانه. چرا موقعیت‌های استرس‌زا برای افراد مختلف فرق دارد؟ تجارب قبلی و انتظار فرد از نتایج موفقیت چه تاثیری

دارند؟

- آیا استرس همواره مضر است یا درجاتی از استرس باعث ترغیب فرد به حل مسائل می‌شود؟
- تغییرات زندگی با استرس همراه هستند. آیا خوشایند بودن یا ناخوشایند بودن تغییرات در میزان استرس تاثیر دارد؟ (برای مثال طلاق و ازدواج را مقایسه کنید)؟
- آیا می‌توان گفت که استرس می‌تواند مستقیماً زمینه ساز استرس‌های دیگر بوده و زنجیره‌ای از استرسها را به دنبال داشته باشد (مثل طلاق) ← کاهش توان مالی ← مشکلات تربیت فرزند و نگهداری خانه ...؟
- به نظر شما سازمان‌بندی خدمات بهداشتی در ایران چه تغییراتی لازم دارد؟
- برخلاف انتظار، پیش آگهی بیماری اسکیزوفرنی در کشورهای جهان سوم بهتر از کشورهای پیشرفته است. هرچند امکانات پزشکی در کشورهای جهان سوم به مراتب کمتر است. چرا؟
- در بیماری‌های مزمن مثل زوال عقل، فشار زیادی از نظر جسمی و روانی به مراقبان آنها می‌آید. آیا توجه کادر پزشکی به مراقبان می‌تواند به حل مسائل بیمار هم کمک کند؟
- مشخصات جمعیت‌شناسی جوامع، رو به تغییر است. درصد زیادی از افراد جامعه ما را طی چند دهه آینده، سالمندان تشکیل خواهند داد. به نظر شما از چه زمانی باید برنامه ریزی برای آن دوران آغاز شود؟ چه آموزشهایی برای سالم سازی سالمندان آینده، به جمعیت فعلی باید داد؟
- آمار جراحی زیبایی بینی در ایران بالاترین میزان نسبت به جمعیت را بین کشورهای جهان دارد. این مسئله چه ارتباطی با باورهای جامعه دارد؟
- برنامه‌های تلویزیونی چگونه می‌توانند به رفع انگ‌گذاری از بیماران مبتلا به صرع یا اسکیزوفرنی کمک کنند؟
- تاثیر پنی‌سیلین به صورت ویال بیشتر است یا به صورت قرص و کپسول و یا شربت؟ چرا آمپول روغنی که دردناکتر است مؤثرتر است؟
- ناراضی بودن پزشکان از نحوه قراردادها و پرداختهای شرکتهای بیمه چه تاثیری بر روابط پزشک - بیمار می‌گذارد؟
- ایران کشوری چند فرهنگی (multicultural) با قومیت‌های گوناگون و حتی زبانهای مختلف است. تهیه پیامهای بهداشتی برای استان هرمزگان چه تفاوتی با استان کردستان باید داشته باشد؟

منابع

1. Val Morrison and Paul Bennett. An Introduction to Health Psychology. 4th edition. Pearson Education Limited (print and electronic) 2016.
2. Thagard Paul, The Concept of Disease: structure and change, Communication and cognition 1996, vol. 29, 445-478.
3. Ajzen I 1991 The theory of planned behavior: Organizational Behavior and Human Decision

Processes 50:179-211.

4. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al 1996 Smoking cessation. Agency for Health Care Policy and Research, US Department of Health and Human Services (clinical practice guideline No. 18, publication No. 96-0692), Rockville, MD.

5. Goffman E Stigma. Penguin, London. 1968.

6. Kiecolt-Glaser JK, Marucha PT, Marlakey WB, Mercado AM, Glaser R 1995 Slowing of wound healing by psychological stress. The Lancet 346: 1194-1196.

7. Ley P. Communicating with patients; improving communication, satisfaction and compliance. Stanley Thornes Publishers, Cheltenham. 1997.

8. Sapolsky RM. Endocrinology alfresco: psychoendocrine studies of wild baboons. Recent Progress in Hormone Research. 1993; 48: 437-468.

9. Tones K, Tilford S. Health education: effectiveness, efficiency and equity. Chapman & Hall, London. 1994.

10. Trieman N, Leff J, Glover G. Outcome of long stay psychiatric patients resettled in the community: prospective cohort study. British Medical Journal. 1999; 319: 13-16.

11. B. Alder et al, psychology and Sociology Applied to Medicine, Churchill Livingstone. 2004.

۱۲ - سارافینو، ادوارد، پ: روانشناسی سلامت، ترجمه دکتر سیدعلی احمدی ابهری و همکاران، انتشارات رشد، سال ۱۳۸۴.

۱۳ - ارجمند، محسن: استرس و فرهنگ، نشریه داخلی مرکز مطالعات علمی شناخت، رفتار و فرهنگ، شماره اول، سال ۱۳۸۴.