روان‌شناسی سلامت

ویراست ۷

تألیف

جین اُگدن

ترجمه

دکتر محسن کچویی

دکترای روان‌شناسی سلامت

فاطمه شعله‌ور

دانشجوی دکترای روان‌شناسی بالینی

کتاب ارجمند

فهرست

مقدمه‌ای بر ویراست پنجم xiii

چرا نخستین بار این کتاب را نوشتم..... xiii
اهداف ویراست هفتم..... xiii
بخش ۱: زمینهٔ روان‌شناسی سلامت:..... xv
بخش ۲: باورهای سلامت، رفتار و تغییر رفتار..... xv
بخش ۳: بیمار شدن..... xvi
بخش ۴: بیمار بودن..... xvi

سخن مترجم xvii

۱ : مقدمه‌ای بر روان‌شناسی سلامت: نظریه‌ها و روش‌ها ۳

از نگاه روان‌شناسی سلامت..... ۴
طب روان‌تنی..... ۵
طب رفتاری..... ۵
سازه‌ها..... ۱۵
الگوهای مرحله‌ای..... ۱۶
یافتن ارتباطات در نظریه‌ها..... ۱۶
یافتن تفاوت‌ها در نظریه‌ها..... ۱۶
آیا می‌توان نظریه‌ها را آزمون کرد؟..... ۱۷
مطالعات کمّی..... ۱۷
مطالعات کیفی..... ۱۷
گروه نمونه..... ۱۸
طرح پژوهش..... ۱۸
مقیاس‌های ذهنی..... ۱۹
مقیاس‌های عینی..... ۱۹
باور قلبی..... ۱۹
شکاف ذهن- بدن..... ۲۰
ادغام فرد در بافت اجتماعی..... ۲۰
مشکل پیشرفت..... ۲۱
مطالعهٔ موردی: یک روانشناس سلامت بالینی..... ۲۳
مطالعهٔ موردی: یک متخصص روان‌شناس سلامت..... ۲۴
مطالعهٔ موردی: یک روان‌شناس سلامت جامعه‌نگر..... ۲۵
مطالعهٔ موردی: یک روانشناس سلامت دانشگاهی..... ۲۵
ویدیوهای از پیش ضبط‌شده..... ۲۷
اشکال و تصاویر..... ۲۷
سؤالات تشریحی..... ۲۷
گروه‌بندی‌ها..... ۲۷
بحث و گفت‌وگوهای هیبریدی..... ۲۸

۲ : باورهای سلامت ۳۵

از نگاه روان‌شناسی سلامت..... ۳۶
نظریهٔ اِسناد..... ۴۰
ادراک خطر..... ۴۲
خوش‌بینی غیرواقع‌بینانه..... ۴۲
جبران خطر..... ۴۴
انگیزش و نظریهٔ خودمختاری..... ۴۴
خودکارآمدی..... ۴۵
به‌طور خلاصه..... ۴۵
الگوی مراحل تغییر..... ۴۶
مؤلفه‌های الگوی مراحل تغییر..... ۴۶
استفاده از الگوی مراحل تغییر..... ۴۷
شواهدی بر الگوی مراحل تغییر..... ۴۷
مؤلفه‌های رویکرد فرایند عمل سلامت..... ۴۸
شواهدی بر رویکرد فرایند عمل سلامت..... ۴۹
مؤلفه‌های الگوی باور سلامت..... ۵۰
استفاده از الگوی باور سلامت..... ۵۱
شواهدی بر الگوی باور سلامت..... ۵۱
مؤلفه‌های نظریهٔ انگیزهٔ محافظت..... ۵۳
استفاده از نظریهٔ انگیزهٔ محافظت..... ۵۳
شواهدی بر نظریهٔ انگیزهٔ محافظت..... ۵۴
استفاده از نظریهٔ رفتار برنامه‌ریزی‌شده..... ۵۶
شواهدی بر نظریهٔ رفتار برنامه‌ریزی‌شده..... ۵۶
شواهدی برای الگوی COM-B..... ۵۸
مشکلات الگوهای مرحله‌ای..... ۶۲
مشکلات الگوهای شناخت اجتماعی..... ۶۳
مشکلات الگوهای یکپارچه..... ۶۵
مشکلات تمام الگوها..... ۶۷

۳ : رفتارهای اعتیادی ۶۹

مشکلات الگوی بیماری اعتیاد ۸۰
چه عواملی می‌توانند با محرک شرطی همایند شوند؟ ۸۲
شروع و تداوم سیگار کشیدن ۸۸
شناخت‌ها ۸۸
هنجارهای اجتماعی ۹۰
شروع و تداوم مصرف الکل ۹۰
شناخت و عاطفه ۹۱
عوامل اجتماعی ۹۱
فرایند ترک ۹۲
ترک به‌عنوان فرایندی آهسته ۹۲
توقف برنامه‌ریزی نشده (ناخواسته) ۹۵
خلاصه ۹۷

۴ : رفتارهای خوردن ۱۰۵

از نگاه روان‌شناسی سلامت ۱۰۶
همسالان ۱۱۸
والدین ۱۱۹
رسانه‌ها ۱۲۰
پاداش رفتار غذا خوردن ۱۲۱
غذا به‌عنوان پاداش ۱۲۱
غذا و کنترل ۱۲۲
برآورد تحریف‌شده از اندازهٔ بدن ۱۲۴
اختلاف بین واقعیت آرمانی در برابر واقعیت ادراک‌شده ۱۲۴
احساسات منفی دربارهٔ بدن ۱۲۴
علل نارضایتی بدن ۱۲۵
رژیم گرفتن و کم خوری ۱۲۹
رژیم گرفتن و پرخوری ۱۳۰
نقش کنترل ۱۳۲
رژیم گرفتن و کاهش وزن ۱۳۲
مشکلات الگوی شناختی ۱۳۴
مشکلات الگوی تحولی ۱۳۵
مشکلات الگوی نگرانی دربارهٔ وزن ۱۳۵
برخی مشکلات کلی پژوهش در حوزه خوردن ۱۳۶

۵ : ورزش ۱۳۸

از نگاه روان‌شناسی سلامت ۱۳۹
همه‌گیری کووید ۱۴۷
طول عمر ۱۴۹
بیماری مزمن ۱۵۱
خودارزیابی سلامت ۱۵۲
درمان سندرم خستگی مزمن (CFS) ۱۵۲
افسردگی ۱۵۳
خلق مثبت و منفی ۱۵۴
پاسخ به استرس ۱۵۵
تصویر بدنی و عزت‌نفس ۱۵۵
علائم ترک سیگار ۱۵۵
هزینه‌ها و منافع ورزش ۱۵۸
خودکارآمدی ۱۵۹
رفتار گذشته و عادت ۱۵۹
برنامه‌ریزی ۱۶۰
عاطفه ۱۶۰
طرح‌های تجویز ورزش ۱۶۱
بالا رفتن از پله ۱۶۲
حمایت اجتماعی ۱۶۲
راهبردهای یادگیری و شناخت اجتماعی ۱۶۳
خود نظارتی ۱۶۳
مداخلات مبتنی‌بر مدرسه ۱۶۳
مداخلات مبتنی‌بر کار ۱۶۳
کارزارهای رسانه‌های گروهی ۱۶۳
فنّاوری‌های جدید ۱۶۴

۶ : رابطهٔ جنسی ۱۶۹

از نگاه روان‌شناسی سلامت ۱۷۰
گزارش کینزی ۱۷۲
مسترز و جانسون ۱۷۲
گزارش‌های هایت ۱۷۲
عوامل پیشینه‌ای ۱۷۹
عوامل درون فردی ۱۷۹
عوامل بین فردی ۱۸۱
عوامل موقعیتی ۱۸۲
جوانان ۱۸۴
استفاده از الگوهای باور سلامت و رفتار ۱۸۶
مشکلات استفاده از الگوهای باور سلامت و رفتار ۱۸۷
مردان و زنان ۱۹۲
دنیای اجتماعی فرد ۱۹۶
به‌طور خلاصه ۱۹۶

۷: تغییر رفتارهای سلامت ۲۰۱

از نگاه روان‌شناسی سلامت ۲۰۲
تقویت ۲۰۵
مشوق‌ها ۲۰۶
الگوبرداری ۲۰۷
یادگیری تداعی ۲۰۸
رویارویی ۲۰۸
درمان شناختی‌رفتاری (CBT) ۲۰۹
درمان شناختی‌رفتاری و بیماری‌های مزمن ۲۱۲
پیشگیری از عود ۲۱۳
وضعیت خط پایه ۲۱۳
وضعیت پیش از لغزش ۲۱۴
اثر پرهیزشکنی (AVE) ۲۱۴
گام ۱: شناسایی رفتار هدف و جمعیت هدف ۲۱۶
گام ۲: شناسایی برجسته‌ترین باورهای جامعهٔ هدف دربارهٔ رفتار هدف با استفاده از سؤال‌های باز پاسخ ۲۱۷
گام ۳: انجام مطالعه‌ای شامل سؤال‌های بسته پاسخ برای تعیین باورهایی که بهترین پیش‌بینی‌کننده‌های قصد رفتاری هستند. انتخاب بهترین باور به‌عنوان باور هدف ۲۱۷
گام ۴: تجزیه‌وتحلیل داده‌ها برای تعیین باورهایی که بهترین افتراق را بین کسانی که قصد دارند و کسانی که ندارند برقرار می‌کنند. این‌ها باورهای هدف تکمیلی هستند. ۲۱۸
گام ۵: طراحی مداخله‌ای برای تغییر این باورهای هدف ۲۱۸
شواهدی دربارهٔ مداخلات مبتنی‌بر الگوی شناخت اجتماعی ۲۱۹
شواهدی برای مداخلات قصدهای اجرایی ۲۲۰
مشکل مسدود کردن ۲۲۶
استفاده از تصاویر دیداری ۲۲۶
استفاده از خودتأییدی ۲۲۷
تمرکز بر منفعت دیگری ۲۲۸
۱. یکپارچه‌سازی نظریه‌های تغییر رفتار ۲۳۰
چارچوب حوزه‌های نظری (TDF) ۲۳۱
۲. تدوین یک طبقه‌بندی از فنون تغییر رفتار (BCTs) ۲۳۲
چرخ تغییر رفتار (BCW) ۲۳۲
مطالعهٔ موردی: کاربرد علم تغییر رفتار در ایجاد و آزمودن یک مداخله ۲۳۳
مداخلات بوم‌شناختی آنی (EMIs) ۲۳۵
مداخلات اینترنتی ۲۳۶
تأثیر منفی رسانه ۲۳۷
رسانه‌ها به‌عنوان منبعی برای تغییر مثبت ۲۳۷
فهم کارزارهای رسانه‌ای ۲۳۹
مشکلات نظریه‌ها و الگوها ۲۴۳
مشکلات روش شناختی پژوهش‌ها ۲۴۴
مشکلات فرضیه‌های زیربنای این حوزهٔ پژوهشی ۲۴۴

۸: شناخت‌های بیماری ۲۵۱

از نگاه روان‌شناسی سلامت ۲۵۲
پژوهش‌های کیفی ۲۵۵
پژوهش‌های کمّی ۲۵۶
استفاده از پرسشنامه‌ها ۲۵۷
موضوعات مربوط به اندازه‌گیری ۲۵۸
تفاوت‌های فردی در ادراک علامت ۲۶۲
تمرکز درونی یا بیرونی ۲۶۳
عوامل جمعیت‌شناختی ۲۶۳
سبک دلبستگی ۲۶۴
خلق، شناخت و بافت اجتماعی ۲۶۴
نظریهٔ بحران چیست؟ ۲۷۰
بیماری جسمی به‌عنوان یک بحران ۲۷۱
فرایند مقابله ۲۷۱
شواهدی برای مقابله با بحران بیماری ۲۷۲
تلویحاتی برای نتیجهٔ فرایند مقابله ۲۷۴
جستجوی معنا ۲۷۵
جستجوی تسلط ۲۷۶
فرایند خودافزایی ۲۷۶
نقش خیالات ۲۷۶
شواهدی برای نظریهٔ انطباق شناختی ۲۷۷
تلویحاتی برای نتیجهٔ فرایند مقابله ۲۷۷
شواهدی برای رشد پس از آسیب و منفعت‌یابی ۲۷۸
تجربهٔ رشد مثبت ۲۷۸
عوامل همبسته با رشد مثبت ۲۷۹
پیش‌بینی رشد پس از آسیب ۲۷۹
نقش رشد پس از آسیب و نتایج سلامت ۲۸۰
تلویحاتی برای نتیجهٔ فرایند مقابله ۲۸۰
بهبودی از سکتهٔ مغزی ۲۸۲
بهبودی از حملهٔ قلبی (MI) ۲۸۳
مشاورهٔ حضوری ۲۸۶
مداخلات مبتنی‌بر تصویرسازی ۲۸۷

فهرست اختصارات

ADL	فعالیت زندگی روزمره
AIDS	سندرم نقص ایمنی اکتسابی
APT	درمان آهنگ حرکات انطباقی، درمان روان‌شناختی تکمیلی
AVE	اثر پرهیزشکنی
BDI	پرسشنامهٔ افسردگی بک
BMI	شاخص تودهٔ بدنی
BSE	خودآزمایی پستان
CAD	بیماری عروق کرونری
CBSM	مدیریت استرس شناختی- رفتاری
CBT	درمان شناختی رفتاری
CHD	بیماری کرونری قلب
CIN	نئوپلازی داخل اپیتلیایی دهانه رحم
CMV	سیتومگالوویروس
COPD	بیماری انسداد ریهٔ مزمن
CR	پاسخ شرطی
CS	محرک شرطی
D&C	اتساع و کورتاژ
DAFNE	تنظیم دوز برای رفتار خوردن طبیعی
DEBQ	پرسشنامه رفتار خوردن داچ
ERPC	تخلیه باقیماندهٔ محصولات حاملگی
FAP	پولیپوز آدنوماتوز فامیلی
FH	هایپرکلسترولمی فامیلی
GAS	سندرم انطباق عمومی
GCT	نظریهٔ کنترل دروازه
GHQ	پرسشنامهٔ سلامت عمومی
GSR	پاسخ گالوانیکی پوست
HAART	درمان بسیار فعال ضد رتروویروسی
HADS	مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستان
HAPA	رویکرد فرایند عمل سلامت
HBM	الگوی باور سلامت

HPA	محور هیپوتالاموس- هیپوفیز- قشر فوق کلیه
HRT	درمان جایگزینی هورمون
IPA	تجزیه‌وتحلیل پدیدارشناختی-تفسیری
IPQ	پرسشنامهٔ ادراک بیماری
IPQR	پرسشنامهٔ ادراک بیماری- نسخهٔ تجدیدنظر شده
LISRES	پرسشنامه استرس‌زاهای زندگی و منابع اجتماعی
MAT	آموزش تبعیت از درمان دارویی
MHLC	منبع کنترل سلامت چندبعدی
MI	مصاحبهٔ انگیزشی، انفارکتوس میوکارد
MPQ	پرسشنامهٔ درد مگ گیل
MACS	مطالعهٔ هم‌دوره چندمرکزی ایدز
NHP	نیمرخ سلامت ناتینگهام
NHS	خدمات ملی سلامت
NKCC	کشندگی سلول کشندهٔ طبیعی
OCD	اختلال وسواسی جبری
PDA	دستیار دیجیتال شخصی
PROMS	مقیاس پیامدهای گزارش‌شده توسط بیمار
PFSQ	پرسشنامه سبک غذا دادن والدین
PMT	نظریهٔ انگیزه محافظت
PNI	ایمنی‌شناسی عصبی روانی
PSE	معاینهٔ وضعیت کنونی
PSS	مقیاس استرس ادراک شده
PTSD	اختلال استرس پس از آسیب
SEIQoL	برنامه برای ارزیابی کیفیت زنگی اختصاصی
SES	پایگاه اجتماعی- اقتصادی
SEU	سودمندی مورد انتظار ذهنی
SIP	نیمرخ اثر بیماری
SLQ	پرسشنامهٔ خط نقره‌ای
SOS	افراد سوئدی چاق
SRE	فهرست تجارب اخیر
SRRS	مقیاس سازگاری مجدد اجتماعی
STD	بیماری مقاربتی

پایان دادن به بارداری	TOP
نظریهٔ رفتار برنامه‌ریزی‌شده	TPB
نظریهٔ عمل مستدل	TRA
پاسخ غیرشرطی	UR
محرک غیرشرطی	US
سازمان بهداشت جهانی	WHO
پروژه زنان، خطر و ایدز	WRAP

مقدمه‌ای بر ویراست پنجم

چرا نخستین بار این کتاب را نوشتم

بعد از چند سال تدریس روان‌شناسی سلامت، نخستین بار این کتاب را در سال ۱۹۹۵ نوشتم. پیش از آن، منابعی که به دانشجویانم توصیه می‌کردم توسط نویسندگان آمریکایی نوشته شده بودند و طبعاً تمرکز آن‌ها بر پژوهش‌های آمریکایی و خدمات مراقبت از سلامت در جامعهٔ آمریکا بود. به‌علاوه، به‌جای آنکه آن منابع بر نظریه‌ها و الگوها تکیه داشته باشند، بیشتر بر پایهٔ مثال بودند. این موضوع کار ما را سخت می‌کرد، چراکه من به‌عنوان مدرس برای تبدیل آن محتوا به سخنرانی کلاسی مشکل داشتم و دانشجویان هم در خواندن یا مرور و خلاصه‌نویسی با سختی روبه‌رو بودند. درنتیجه تصمیم گرفتم برای حل برخی از این مشکلات، کتاب خودم را بنویسم. می‌خواستم کارهای انجام‌شده در آمریکا را با کارهای همکارانم در انگلستان، اروپا، نیوزلند و استرالیا تکمیل کنم. همچنین می‌خواستم بر نظریه تأکید داشته باشم و کتاب را به‌گونه‌ای بنویسم که مفید باشد. امیدوارم شش ویراست نخست کتاب این اهداف را محقق کرده باشند.

اهداف ویراست هفتم

طی سال‌ها با افزودن نظریه‌ها و پژوهش‌های جدید و پاسخ‌گویی به نظرات منتقدان این کتاب گسترش یافته است. اگرچه هدف من همواره نگارش کتابی قابل‌فهم و کاربرپسند بوده اما با گذشت زمان احساس کردم که کتاب بسیار سنگین و پیچیده شده است. بنابراین ویرایش ششم به‌طور کامل بازنویسی شد تا کتاب ساختار مناسب‌تری داشته باشد و به‌صورت واضح‌تری بر نظریه و شواهد در سراسر کتاب تأکید شود. همچنین من قصد دارم تا از طریق اختصاص بخش‌هایی به تفکر انتقادی در هر فصل، این نوع از تفکر را ترویج دهم. اما زمان می‌گذرد و زمانی که این مقدمه را می‌نویسم باوجود سطوح مختلف آگاهی و دغدغه‌های گوناگون، جهان در حال تبدیل شدن به جایی متفاوت است.

من یک استاد زنِ سفیدپوست و دگرجنس‌گرا از انگلستان هستم و اگرچه همیشه فکر می‌کردم که از مزایای ناشی از موقعیتم آگاه هستم، چند سال گذشته باعث شده است تا بفهمم چقدر خام بودم! من با تفاوت بین «نژادپرست نبودن» و «ضدنژاد پرست بودن» آشنا شدم؛ دربارهٔ امتیاز «سفیدپوست» بودن خودم تأمل کردم؛ بیش از پیش متوجه «استعماری» بودن برنامه‌های درسی شدم؛ درعین‌حال که فمینیست باقی مانده‌ام شاهد بودم که پسرم (اکنون ۲۲ ساله است) چگونه در دنیای پیچیدهٔ مردان زندگی می‌کند و فهمیدم که پیمودن این مسیر می‌تواند تا چه اندازه دشوار باشد؛ از دانشجویانم که هویت جنسی خود را موردبحث قرار دادند حمایت کردم؛ و به آنان، فرزندانم، دوستان فرزندانم، فرزندان دوستانم گوش داده‌ام چراکه جنسیت و تمایلات جنسی هر دو بیش از پیش به امری سیال تبدیل شده‌اند.

در ویرایش هفتم تمام تلاش خود را به‌کار گرفته‌ام تا برخی از این تغییرات را منعکس کنم. امیدوارم این امر نمایشی به نظر نرسد اما اطمینان دارم که در ویرایش‌های بعدی بهبود و تکامل خواهد یافت. درنتیجه ویرایش هفتم تغییرات زیر را شامل می‌شود:

مطالعه‌های موردی: در ابتدای هر فصل یک مطالعهٔ موردی وجود دارد که نشان می‌دهد نظریه‌ها و ایده‌های کلیدی چگونه با زندگی روزمره مرتبط هستند. این مطالعات می‌توانند توسط اساتید به‌منظور بحث و گفت‌وگو مورداستفاده قرار گیرند و باید به دانشجویان کمک کنند تا با مطالب ارائه‌شده ارتباط برقرار کنند. امیدوارم این موارد منعکس‌کنندهٔ تنوع بیشتری باشند.

از نگاه روان‌شناسی سلامت: هر مطالعهٔ موردی با بخشی همراه است که نشان می‌دهد یک روان‌شناس سلامت چگونه می‌تواند با استفاده از ایده‌های روان‌شناسی سلامت، مطالعهٔ موردی را تحلیل کند.

رویکردهای انتقادی به روان‌شناسی سلامت: علاوه بر بخش «تفکر انتقادی دربارهٔ...» در فصل ۱ و بخش‌های انتقادی جداگانه در انتهای هر فصل، اکنون قسمت جدیدی را با عنوان «رویکردهای انتقادی به روان‌شناسی سلامت» به هر فصل افزوده‌ام. این بخش به سوگیری‌های موجود در رشتهٔ ما ازنظر مفروضه‌های بنیادینی که موجب می‌شوند تا در مطالعاتمان از جمعیت‌های غیرعادی استفاده کنیم، می‌پردازد؛ تأثیر این کار را بر موضوعاتی همچون قومیت، جنسیت، تمایل جنسی، قدرت، فرهنگ بررسی می‌کند و چگونگی حمایت این امر از پژوهش‌هایی که انجام می‌دهیم و نظریاتی که ساخته و آزمایش می‌کنیم را تشریح می‌کند. این بخش جدید همچنین به بررسی دیگر مفروضه‌های اساسی رشتهٔ ما مانند رابطهٔ بین فرد، اجتماع، سیاست، ذهن و بدن می‌پردازد.

تغییر رفتار: بزرگ‌ترین تحول در روان‌شناسی سلامت از زمان نخستین چاپ این کتاب تاکنون، تغییر جهت از تأکید بر پیش‌بینی رفتار به سمت تأکید بر تغییر رفتار است. فصل ۷ نظریه‌ها و شواهد مربوط به تغییر رفتار را پوشش داده و شامل بخش گسترده‌ای دربارهٔ رویکردهای یکپارچه و تلاش برای گسترش دانشی به‌روز درباره تغییر رفتار است.

بیماری‌های مزمن شایع و (کمتر شایع): بیماری‌های مزمن بسیاری وجود دارند و روان‌شناسی سلامت با همهٔ آن‌ها مرتبط است. در این ویراست همچنان در فصل‌های ۱۲ و ۱۳ بر روی HIV/ ایدز، سرطان، بیماری کرونری قلب و چاقی تمرکز داشته‌ام اما تلاش کرده‌ام تا نشان دهم که چگونه پژوهش‌های ما با بسیاری از بیماری‌های مزمن دیگر نظیر دیابت، سندرم خستگی مزمن و آسم مرتبط هستند و بخش‌های جدیدی را دربارهٔ چهار بیماری مزمن کمتر رایج اضافه کرده‌ام: بیماری مِنیِر، آسیب نخاعی، آسیب مغزی تروماتیک خفیف و فیبرومیالژیا.

جنسیت و سلامت: این فصل دیدگاه گسترده‌تری دربارهٔ جنسیت و سلامت را مطرح کرده است و مسائل مربوط به سلامت مردان و زنان را پوشش می‌دهد.

کووید: از زمان آخرین ویراست، همه‌گیری کووید اتفاق افتاده است. من به این موضوع در هر بخش کتاب که لازم باشد پرداخته‌ام اما بخش جداگانه‌ای را در فصل ۱۴ به مبحث نابرابری‌های سلامت و کووید اختصاص داده‌ام.

یادگیری هیبرید/ آنلاین: درنتیجهٔ کووید آموزش دچار تغییراتی شده است و بسیاری از ما با یادگیری هیبرید یا آنلاین سروکار داریم. امیدوارم این کتاب به این رویکرد جدید یادگیری کمک کند اما بخش جداگانه‌ای را در فصل ۱ برای بررسی آن لحاظ کرده‌ام.

استفاده از اشکال و تصاویر: من در سراسر کتاب از اشکال و تصاویر بسیاری استفاده کرده‌ام تا حالت بصری

کتاب بیشتر شود. امیدوارم که این امر روان‌شناسی سلامت را وارد فضای زندگی کند و نشان دهد که فارغ از وضعیت سلامتی ما، عوامل روان‌شناختی با زندگی روزانه مرتبط هستند.

کاملاً به‌روزرسانی شده: مانند دیگر ویراست‌ها ویراست هفتم کاملاً به‌روزرسانی شده است تا نظریه‌ها و شواهد اخیر را منعکس کند.

همچنان این ویراست ویژگی‌های آشنایی دارد که در ویراست قبلی نیز وجود داشته است:

اهداف یادگیری: هر فصل دارای ۷ هدف یادگیری مشخص است که در ابتدای هر فصل بیان شده و سپس در هفت بخش مختلف منعکس می‌شوند.

مطالعهٔ بیشتر: به‌منظور پیشنهاد به دانشجویان.

سؤالات تشریحی: برای مقاله‌نویسی، بحث یا سازمان‌دهی به تفکر.

سؤالاتی برای مباحثه: برای ایجاد بحث در کلاس.

انتقادی بودن نسبت به... : همانند ویراست‌های پیشین، ویراست هفتم نیز تفکر انتقادی را درزمینهٔ طرح‌ها، سنجش، نمونه، نظریه و مفهوم حقیقت ترویج می‌کند.

ساختار ویراست هفتم

روان‌شناسی سلامت بر سلامت و بیماری به‌عنوان یک پیوستار تمرکز دارد که در چهار قسمت این کتاب منعکس شده است.

بخش ۱: زمینهٔ روان‌شناسی سلامت:

در فصل ۱ دیدگاه‌های عمدهٔ روان‌شناسی سلامت بررسی شده و اهداف و ساختار کتاب حاضر به شکل خلاصه بیان می‌شوند. به‌ویژه این فصل چگونگی تفاوت روان‌شناسی سلامت با روان‌شناسی بالینی را توضیح می‌دهد و از چهار دیدگاه کلیدی بهره می‌برد: الگوی زیستی- روانی- اجتماعی سلامت؛ سلامت به‌عنوان یک پیوستار؛ مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم بین روان‌شناسی و سلامت و تمرکز بر تغییرپذیری. در ادامه نظریه‌های کلیدی موجود در روان‌شناسی سلامت ارائه می‌شوند. پس از آن، فصل اول چگونگی تفکر انتقادی دربارهٔ رشته را با تمرکز بر نظریه، روش‌ها، طرح‌ها و سنجش شرح می‌دهد. این فصل سپس با نگاهی به اینکه انسان‌ها چگونه در این رشته کار می‌کنند، پایان می‌یابد.

بخش ۲: باورهای سلامت، رفتار و تغییر رفتار

اساس درک سلامت و بیماری نقش باورها و رفتار است. در فصل ۲ تعدادی از نظریه‌های باورهای سلامت با تمرکز بر باورهای فردی، الگوهای مرحله‌ای، الگوهای شناخت اجتماعی و الگوهای یکپارچه توضیح داده می‌شوند. فصل‌های ۳ تا ۶ بر رفتارهای خاصی تمرکز دارند و نظریه‌ها و پژوهش‌هایی را توضیح می‌دهند که درصدد پاسخگویی به این سؤال برآمده‌اند که چرا مردم به شکل سالم رفتار می‌کنند یا نمی‌کنند. این رفتارهای خاص عبارت‌اند از سیگار کشیدن، مصرف الکل و سایر اعتیادها (فصل ۳)، رفتار خوردن (فصل ۴)، ورزش (فصل ۵) و رابطهٔ جنسی (فصل ۶). آخرین فصل در بخش ۲ به ارتقاء سلامت و نظریه‌های تغییر رفتار می‌پردازد

و طـرز شـکل‌گیری مداخلاتـی کـه هدفشـان ترغیب افراد به ارتقاء سـلامت اسـت را بررسـی می‌کنـد. فصل ۷ راهبردهای تغییر رفتار را خاطرنشان می‌سازد که از نظریاتی همچون نظریه یادگیری و شناختی، الگوهای عاطفه و الگوهای یکپارچه برگرفته شده‌اند.

بخش ۳: بیمار شدن

مرحلـهٔ بعـدی در امتداد پیوسـتار سـلامت تـا بیماری، به عوامـل اولیهٔ دخیل در بیمار شـدن می‌پـردازد. فصل ۸ شـناخت‌های بیمـاری، طـرز ادراک علائم و ایجاد بازنمایی‌هـای بیماری را توضیح می‌دهد. سـپس به نظریه‌های مقابله با بیماری و نقش شناخت‌های بیماری و مقابله در پیش‌بینی نتایج سلامتی بیمار می‌پردازد. فصل ۹ راه‌های تماس افراد با سیسـتم مراقبت از سـلامت را بررسـی می‌کند. نخست مکانیسم‌های دخیل در کمک‌جویی بررسی می‌شوند، مانند ادراک علامت و هزینه‌ها و منافع مراجعه به پزشک. در گام بعدی پژوهش‌ها در حوزهٔ غربالگری توضیـح داده می‌شـوند. در حالـت غربالگری افراد حتی در غیاب هرگونه علامتی به سیسـتم مراقبت از سـلامت مراجعـه می‌کننـد. نظریه‌ها و پژوهش‌های مرتبط با برقراری ارتباط در مشـاوره، بـا تأکید بر تصمیم‌گیری و اینکه متخصصان سلامت چگونه یک تشخیص را شکل می‌دهند موردبحث قرار می‌گیرد. در انتها، موضوعات مرتبط با تبعیت بررسی می‌شوند. من توضیح خواهم داد که چگونه عوامل روان‌شناختی نظیر باورهای سلامت و بیماری، طرز رفتار بیمار را پیش‌بینی می‌کنند. از روی این عوامل می‌توان پیش‌بینی کرد که آیا بیمار طبق توصیه‌های گروه مراقبت از سـلامت رفتار خواهد کرد یا خیر. سـپس در فصل ۱۰ نظریه‌های اسـترس بیان می‌شـوند و نشـان داده می‌شـود که اسـترس ممکن اسـت از چه راه‌هایی موجب بیماری شـود و این ارتباط چگونه می‌تواند تحت تأثیر متغیرهای روان‌شناختی و جسمانی قرار گیرد.

بخش ۴: بیمار بودن

همین‌طـور کـه در امتـداد پیوسـتار پیش برویم به مرحلهٔ بعدی می‌رسـیم: بیمـار بودن. فصـل ۱۱ نظریه‌های درد و رویکردهـای مدیریـت درد را تشـریح می‌کنـد. ایـن فصل نقـش مهم اثـرات دارونما و سـازوکارهای احتمالی پشـت ایـن اثرگـذاری را نیـز نمایان می‌سـازد. فصل‌های ۱۲ و ۱۳ بـر چند بیماری مزمن مشـخص تمرکز دارند. در این فصل‌ها نشـان داده می‌شـود که سـازه‌ها و نظریه‌های روان‌شـناختی مورداشـاره در کتاب چگونه با شروع، پیشرفت و نتایج HIV، سرطان (فصل ۱۲)، چاقی و بیماری کرونری قلبی (فصل ۱۳) مرتبط هستند. این فصل‌ها همچنین به بحث در این خصوص می‌پردازند که عوامل روان‌شـناختی کلیدی نظیر رفتارها و باورهای سـلامت، شـناخت‌های بیماری، تبعیت، مقابله و حمایت اجتماعی با سـایر بیماری‌های مزمن مانند آسـم، دیابت و التهاب مفاصل (آرتریت) نیز ارتباط دارند و شـامل بخش‌هایی متمرکز بر چهار بیماری کمتر رایج هسـتند: فیبرومیالژیا، بیماری مِنییر، آسیب نخاعی و آسیب مغزی تروماتیک خفیف. در ادامه بخش ۴ نقش وضعیت سلامت و کیفیت زندگی در نتایج بیمار را بررسـی می‌کند (فصل ۱۴) و با تمرکز بر جنسـیت و سـلامت (فصل ۱۵) پایان می‌یابد که در آن نقش جنسـیت در علائم، بیماری و امید به زندگی با تمرکز بر بیماری‌های مختص جنسـیت و مسـائل خاص مردان و زنان برجسته می‌شود.

سخن مترجم

سلامت و بیماری همواره یکی از جدی‌ترین دغدغه‌های علم بوده و هست. در سال‌های اخیر، دستاوردهای پژوهشی در رشته‌های روان‌شناسی، پزشکی و فیزیولوژی منجر به طرز فکر جدیدی دربارهٔ سلامت و بیماری شده است. بر این اساس امروزه سلامت و بیماری در چارچوب الگوی زیستی- روانی- اجتماعی موردتوجه قرار می‌گیرد. در این الگو، سلامت و بیماری محصول ترکیبی از عوامل زیستی (مثل خصایص ژنتیکی)، روانی (مثل سبک زندگی، استرس، باورها) و شرایط اجتماعی (مثل تأثیرات فرهنگی، روابط خانوادگی، حمایت اجتماعی) در نظر گرفته می‌شود.

روان‌شناسی سلامت، گرایشی در روان‌شناسی است که هدف آن درک نحوهٔ تأثیرگذاری عوامل زیستی- روانی- اجتماعی بر سلامت و بیماری است. روان‌شناسان سلامت تلاش دارند تا با استفاده از دانش روان‌شناسی به ارتقاء سلامت و بهزیستی و همچنین التیام و تسکین بیماری‌های جسمانی کمک کنند. روان‌شناسی سلامت بر پیشگیری از بیماری توجهی ویژه دارد و فعالان و متخصصان در این گرایش، مداخلاتی را برای ارتقاء سبک زندگی سالم طراحی کرده و درعین‌حال تلاش می‌کنند تا راهکارهایی برای تشویق افراد به توجه بیشتر به سلامت خود بیابند.

نقطهٔ آغازین روان‌شناسی سلامت به‌عنوان یک گرایش در علم روان‌شناسی را باید در دههٔ ۱۹۷۰ میلادی در آمریکا جستجو کرد. کشفیاتی که در سال‌های میانی قرن بیستم در خصوص اثر رفتار روی سلامت و تعامل فرایندهای روانی با فرایندهای فیزیولوژیکی و حتی سیستم ایمنی حاصل شد، زمینه را برای ظهور گرایشی مجزا با عنوان روان‌شناسی سلامت مهیا نمود. اهمیت این دستاوردهای پژوهشی آنقدر بود که انجمن روان‌شناسی آمریکا (APA) در سال ۱۹۷۷ میلادی شعبه‌ای را به روان‌شناسی سلامت اختصاص داد. در دههٔ ۱۹۸۰ میلادی روان‌شناسی سلامت گسترش بیشتری یافت و انجمن‌های مشابهی در سایر کشورها دایر شد. دانشگاه‌ها اقدام به ایجاد رشتهٔ تحصیلی روان‌شناسی سلامت در سطح دکتری تخصصی کردند و روان‌شناسان سلامت جزئی از سیستم مراقبت از سلامت شدند.

نظام آموزش عالی کشور ما نیز در دههٔ ۱۳۸۰ شمسی رشتهٔ روان‌شناسی سلامت را در سطح دکتری تخصصی برقرار کرد. هرچند این رشته در کشور ما و سایر کشورها رشته‌ای نوپا محسوب می‌شود اما در طول این سال‌ها در سطح آموزشی، صنفی و حرفه‌ای روند مثبتی را پشت سر گذاشته است و امروز شاهد افزایش توجه حرفه‌ای و همچنین افزایش تعداد علاقه‌مندان به تحصیل در رشته روان‌شناسی سلامت هستیم. تعداد دانشگاه‌هایی که در مقطع تحصیلات تکمیلی دانشجوی روان‌شناسی سلامت پذیرش می‌کنند افزایش یافته و در مقطع کارشناسی روان‌شناسی نیز درسی با عنوان روان‌شناسی سلامت گنجانده شده است. یکی از وجوه بارز این رشته کاربردی بودن آن است چراکه نقش بُعد روان در نظام سلامت قابل‌انکار نیست. روان‌شناسان سلامت می‌توانند در حوزه‌های مختلف سلامت حضور فعالی داشته باشند. اما بدون شک برای ایفای نقشی مؤثر باید آموزش لازم و صلاحیت‌های موردنیاز را کسب کنند. درعین‌حال پشتوانهٔ پژوهشی پویا زمینه‌ساز غنای بیشتر مداخلات حرفه‌ای

خواهد بود. کتاب روان‌شناسی سلامت تألیف پرفسور جین اُگدن در راستای چنین نیازی برای ترجمه انتخاب شد. جین اُگدن استاد و مدیر دورهٔ دکتری تخصصی روان‌شناسی سلامت در دانشگاه سوری انگلستان است، که به مدد پژوهش‌های متعدد و پرارجاع در این حوزه و به‌خصوص درزمینهٔ رفتار خوردن و مدیریت چاقی، سلامت زنان و ارتباطات در نظام مراقبت از سلامت، فردی شناخته‌شده و صاحب‌نام در حوزهٔ روان‌شناسی محسوب می‌شود. تسلط اُگدن بر مبانی نظری و پژوهشی که حاصل سال‌ها تلاش در این حوزه است، کتابی معتبر، جامع و شناخته‌شده در سطح جهانی پدید آورده است. این کتاب علاوه بر آموزش مبانی نظری، خواننده را با حوزه‌های مختلف روان‌شناسی سلامت و همچنین نحوهٔ پژوهش در آن آشنا می‌سازد. کتاب پس مروری بر زمینهٔ روانشناسی سلامت و نابرابری‌های سلامت، به سلامت و بیماری همچون یک پیوستار می‌پردازد. باورها و رفتارهای سلامت (رفتارهای اعتیادی، رفتار خوردن، ورزش، رفتار جنسی) و چگونگی تغییر و ارتقاء آن‌ها در بخش سلامت بررسی شده است. در بخش بیمار شدن به شناخت‌های بیماری، استرس و رابطهٔ آن با بیماری و دسترسی به خدمات مراقبت از سلامت پرداخته می‌شود. درد، بیماری‌های جسمی (HIV، سرطان، چاقی و بیماری کرونری قلب)، بررسی وضعیت سلامت و کیفیت زندگی و مباحث مرتبط با جنسیت و سلامت در بخش بیمار بودن موردتوجه قرار می‌گیرد. امید است که مطالعهٔ کتاب برای دانشجویان و متخصصان حوزهٔ سلامت مفید بوده و درعین‌حال زمینه‌ساز بروز ایده‌های پژوهشی باشد. بی‌شک یافته‌های پژوهشی معتبر می‌تواند به حضور فعال‌تر و کارآمدتر روانشناسان سلامت در نظام سلامت (از سطح سیاست‌گذاری تا اجرا) کمک شایانی کند.

ترجمهٔ ویراست جدید کتاب نیز مانند ویراست قبلی با وسواس فراوان انجام شده است. بااین‌حال از خوانندگان محترم تقاضا می‌شود با بزرگواری خویش، کاستی‌ها را اعلام کنند. مطمئناً نظرات شما بزرگواران و اساتید فن، مدنظر قرارگرفته و موجب کمال سپاسگزاری خواهد بود.

محسن کچویی
Kachooiem@gmail.com

بخش اول

زمینهٔ روان‌شناسی سلامت

۱ مقدمه‌ای بر روان‌شناسی سلامت: نظریه‌ها و روش‌ها

۱

مقدمه‌ای بر روان‌شناسی سلامت: نظریه‌ها و روش‌ها

اهداف یادگیری:

۱. پیشینهٔ روان‌شناسی سلامت
۲. روان‌شناسی سلامت چیست؟
۳. تمرکز روان‌شناسی سلامت
۴. نظریه‌های کلیدی
۵. تفکر انتقادی دربارهٔ روان‌شناسی سلامت
۶. کار کردن در حوزهٔ روان‌شناسی سلامت
۷. اهداف این کتاب

چکیدهٔ فصل

در این فصل کلیاتی از رشتهٔ روان‌شناسی سلامت مطرح می‌شود. نخست تاریخچهٔ مختصری از روان‌شناسی سلامت و تفاوت‌های آن با الگوی سنتی زیست‌پزشکی ارائه شده و سپس الگوی زیستی- روانی- اجتماعی، سلامت و بیماری به شکل یک پیوستار، مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم بین عوامل روان‌شناختی و سلامت و تأکید بر تغییرپذیری توضیح داده می‌شود. پس از آن به نظریه‌های کلیدی به‌کار رفته در روان‌شناسی سلامت به‌عنوان ابزارهایی پرداخته خواهد شد که چارچوب پژوهش‌ها را مشخص کرده و مداخلات را تدوین و آزمون می‌نمایند. سپس چگونگی تفکر انتقادی دربارهٔ روان‌شناسی سلامت با تمرکز بر روش‌ها، ابزارها، تحلیل داده‌ها و نظریه توضیح داده می‌شود. در ادامه فرصت‌های شغلی در حوزهٔ روان‌شناسی سلامت در بخش پژوهش، آموزش، مشاوره و یا به‌عنوان یک درمانگر شرح داده می‌شوند. درنهایت، اهداف کتاب حاضر مطرح و ساختار آن توضیح داده خواهد شد.

مطالعهٔ موردی

سانجی ۷۵ سال دارد و به سرطان ریه مبتلا است. او از ۱۴ سالگی سیگار کشیده است، در آن زمان وی به همراه دوستانش در پارک، از سیگارهایی که در جیب پدرش «پیدا» می‌کرد، می‌کشیدند. این کار برای او سرگرمی خوبی بود. وی سال‌های زیادی به‌عنوان دربان در بیمارستان مشغول به‌کار بود و اجازه داشت در زمان استراحت، بیرون از فضای بیمارستان با رفقایش سیگار بکشد. اوقاتی که شرایط کاری پرفشاری داشتند، این کار به آن‌ها فرصت می‌داد تا از فضای کار فاصله بگیرند و خوش باشند. زمانی که ۲۵ سال داشت، با سارا ازدواج کرد. سارا پرستار بیمارستان بود. او سانجی را تشویق کرد تا سیگار را ترک کند، اما سانجی کج‌خلق و عبوس شد؛ درنتیجه سارا دست از تلاش کشید و صرفاً از او خواست در خانه سیگار نکشد. او همیشه سرفه می‌کرد اما خودش آن را به آسمی نسبت می‌داد که در اثر بزرگ شدن در شهر و احاطه شدن با دود خودروها به وجود آمده بود. پزشک به سانجی توصیه کرد که سیگار را ترک کند اما او همیشه احساس می‌کرد حالش خوب است و دلیلی برای این کار نمی‌دید. خیلی از اعضای خانواده‌اش باوجود سیگار کشیدن، سال‌ها در سلامت زندگی کرده بودند اما حدوداً پنج سال پیش، سرفه‌هایش شدت گرفتند و پس از انجام آزمایش‌های مختلف، مشخص شد که او به سرطان مبتلا است. سانجی غافلگیر و پریشان شد و فوراً سیگار را ترک کرد. جلسات شیمی‌درمانی باعث شد تا احساس خستگی و بی‌حالی کند. بااین‌حال، به نظر می‌رسد که درنتیجهٔ درمان بهبود پیدا کرده و اکنون مصمم است تا زندگی پربارتری داشته باشد. مدتی است دوچرخه‌سواری را شروع کرده و بیشتر پیاده‌روی می‌کند و بنا بر اظهار خودش بیش از هر زمان دیگری، خوشحال است.

از نگاه روان‌شناسی سلامت...

روان‌شناسی سلامت، نقش عوامل روان‌شناختی در سلامت جسمانی را در گسترهٔ عمر و در طول پیوستاری از

سلامت تا بیماری، بررسی می‌کند. داستان سانجی، بسیاری از سازه‌های مطرح‌شده در این کتاب را شرح می‌دهد، ازجمله باورهای سلامت (با سیگار کشیدن به آدم خوش می‌گذرد)، رفتارهای سلامت (زمان استراحت مختص سیگار کشیدن)، تغییر رفتار (شروع کردن به دوچرخه‌سواری)، شناخت‌های بیماری (این آسم است)، استرس (در محیط کار)، مقابله (سیگار کشیدن با رفقا)، حمایت اجتماعی (سارا)، بیماری مزمن (سرطان)، کیفیت زندگی (احساس بیماری) و مسائل مربوط به جنسیت (بودن با رفقا در محیط کار). این داستان، برخی از دلایل رفتار آدم‌ها و راه‌هایی را که بیماری می‌تواند بر زندگی آنان تأثیر بگذارد، نشان می‌دهد. همچنین، تأثیر دیگران بر رفتارها و افکار ما را برحسب فشار هم‌سالان، الگوهای نقش و حمایت اجتماعی آشکار می‌سازد. این عوامل، جوهرهٔ روان‌شناسی سلامت را شکل می‌دهند.

۱ پیشینهٔ روان‌شناسی سلامت

طب مدرن در قرن نوزدهم بنا نهاده شد. «انسان» (اصطلاح قرن نوزدهم) با استفاده از کالبدشکافی، بررسی‌های جسمانی و معاینات پزشکی مورد مطالعه قرار گرفت. رسالهٔ داروین، با عنوان منشأ گونه‌ها، در سال ۱۸۵۶ منتشر شد و به تشریح نظریهٔ تکامل پرداخت. این نظریهٔ انقلابی جایگاهی برای انسان در طبیعت شناسایی کرد و معتقد بود که ما بخشی از طبیعت هستیم، از طبیعت به وجود آمده‌ایم و موجوداتی زیستی هستیم. این نظریه با الگوی زیست‌پزشکی همسو بود که انسان را به شیوه‌ای مشابه با دیگر اعضای جهان طبیعت مورد مطالعه قرار می‌داد. در این الگو گونهٔ انسان موجودی توصیف شد که با موجودات زیستی دیگر هویت زیستی مشترکی دارد.

قرن بیستم

در طی قرن بیستم برخی از مفروضه‌های اساسی الگوی زیست‌پزشکی به چالش کشیده شدند که موجب تأکید بر نقش فزایندهٔ روان‌شناسی در سلامت و تغیر الگوی رابطهٔ بین ذهن و بدن شد.

طب روان‌تنی

طب روان‌تنی اولین رقیب الگوی زیست‌پزشکی بود. در انتهای قرن نوزدهم فروید حالتی را به نام «فلج هیستریک» تشریح کرد. بیماران مبتلا به این حالت، فلج اندامی نشان می‌دادند بدون اینکه هیچ علت جسمانی واضحی در ارتباط با اعصاب وجود داشته باشد. فروید اعتقاد داشت که این وضعیت نشانهٔ حالت ذهنی فرد است که در آن تجارب و احساسات سرکوب‌شده به شکل جسمانی بیان می‌شوند. این تفسیر تعامل بین ذهن و بدن را نشان می‌دهد و اشاره می‌کند که عوامل روان‌شناختی نه‌تنها ممکن است پیامد بیماری باشند بلکه می‌توانند علت آن هم باشند. در پاسخ به تحلیل فروید از رابطهٔ بین ذهن و بیماری جسمی، طب روان‌تنی در ابتدای قرن بیستم توسعه یافت.

طب رفتاری

نظام بعدی که الگوی زیست‌پزشکی سلامت را به چالش کشید، طب رفتاری بود. این نظام توسط شوارتز و وایس (۱۹۷۷) به‌عنوان ترکیبی از عناصر نظام‌های علوم رفتاری (روان‌شناسی، جامعه‌شناسی، آموزش سلامت)

توصیف شـده اسـت که بر مراقبت از سـلامت، درمان و پیشـگیری از بیماری تمرکز دارد. طب رفتاری همچنین توسـط پومرلئـو و بـرادی (۱۹۷۹) به‌عنـوان ترکیبـی از شـیوه‌های ناشـی از تجزیه‌وتحلیل تجربی رفتـار ازجمله رفتار درمانگری و تعدیل رفتار توصیف شـده اسـت که ارزیابی، درمان و پیشـگیری از بیماری‌های جسـمانی یا ناکارآمدی‌های فیزیولوژیکی (مانند فشارخون، رفتارهای اعتیادی و چاقی) را شامل می‌شود. همچنین تأکید شده است که مشکلات روان‌شناختی نظیر روان‌رنجوری و روان‌پریشی در حوزهٔ مطالعهٔ طب رفتاری قرار ندارند مگر اینکه در ایجاد بیماری نقش داشـته باشـند. بنابراین، طب رفتاری روان‌شناسـی را وارد حوزهٔ مطالعهٔ سـلامت کرد و نه‌تنها با تمرکز بر درمان، بلکه با تمرکز بر پیشـگیری و مداخله، از نگاه زیست‌پزشـکی سـنتی به سلامت فاصله گرفت. علاوه بر این، طب رفتاری رویکرد سنتی جدایی ذهن و بدن را نیز به چالش کشید.

الگوی زیست‌پزشکی چیست؟

الگوی زیست‌پزشکی را می‌توان از طریق پاسخ‌هایی که به سؤال‌های زیر می‌دهد، درک کرد:

- **علـت بیماری چیسـت؟** طبق الگوی زیست‌پزشـکی، بیماری یا از خارج از بدن آمده، بـه بدن حمله می‌کند و باعث تغییرات جسـمانی در بدن می‌شـود یا از تغییرات جسـمانی غیرعمدی درون بدن سرچشمه می‌گیرد. چنین بیماری‌هایی ممکن است درنتیجهٔ عواملی مانند عدم تعادل شیمیایی، باکتری‌ها، ویروس‌ها و زمینه‌های ژنتیکی ایجاد شوند.
- **چه کسـی مسـئول بیماری اسـت؟** ازآنجاکه بیماری‌ها ناشی از تغییرات زیسـتی خارج از کنترل فرد در نظر گرفته می‌شـوند، فرد مسـئول بیماری خود شـناخته نمی‌شـود، بلکه قربانی نیروهای خارجی اسـت که باعث تغییرات درونی هستند.
- **بیمـاری چگونـه بایـد درمان شـود؟** درمـان در الگوی زیست‌پزشـکی بـه شـکل واکسیناسـیون، جراحی، شیمی‌درمانی و پرتودرمانی صورت می‌گیرد. هدف همهٔ این روش‌ها تغییر وضعیت جسمانی بدن است.
- **چه کسی مسئول درمان است؟** مسئولیت درمان بر عهدهٔ متخصص پزشکی است.
- **چه رابطه‌ای بین سلامت و بیماری وجود دارد؟** در الگوی زیست‌پزشکی، سلامت و بیماری ازلحاظ کیفی با یکدیگر تفاوت دارند؛ شما یا بیمار هستید یا سالم، هیچ پیوستگی بین این دو وجود ندارد.
- **چه رابطه‌ای بین ذهن و بدن وجود دارد؟** بر اساس الگوی زیست‌پزشکی، عملکرد ذهن و بدن از یکدیگر مسـتقل اسـت. ایـن نـگاه با الگوی سـنتی دوگانه نگری ذهن و بـدن (که ذهن و بدن را جـدا از هم می‌داند) قابل‌مقایسـه اسـت. از ایـن منظـر، ذهـن از تأثیرگذاری بـر موضوعات جسـمانی ناتوان اسـت و ذهن و بدن به‌صورت واحدهای جداگانه تعریف می‌شوند. ذهن به‌صورت انتزاعی و مرتبط با افکار و احساسات در نظر گرفته شـده و بدن به‌عنوان مادهٔ جسـمانی مانند پوسـت، عضلات، اسـتخوان‌ها، مغز و اندام‌ها دیده می‌شـود. تغییرات در مادهٔ جسمانی مستقل از تغییرات در حالت ذهن در نظر گرفته می‌شود.
- **نقش روان‌شناسـی در سـلامت و بیماری چیسـت؟** در الگوی سـنتی زیست‌پزشـکی ممکن اسـت بیماری پیامدهای روانی داشـته باشـد اما علل روانی ندارد. برای مثال سـرطان ممکن است باعث ناخشنودی شود اما خلق با شروع یا پیشرفت سرطان ارتباطی ندارد.

۲ روان‌شناسی سلامت چیست؟

روان‌شناسی سلامت را احتمالاً باید متأخرترین تحول در فرایند گنجاندن روان‌شناسی در درک سلامت دانست. روان‌شناسی سلامت توسط ماتارازو (۱۹۸۰: ۸۱۵)، به‌صورت «مجموعه‌ای از کمک‌های آموزشی، علمی و حرفه‌ای رشتهٔ روان‌شناسی به‌منظور ارتقاء و حفظ سلامت، درمان بیماری و ناکارآمدی‌های مرتبط با آن» توصیف شد. روان‌شناسی سلامت نیز با نقشی که برای ذهن در سبب‌شناسی و درمان بیماری قائل است، جدایی ذهن و بدن را به چالش می‌کشد اما ازاین‌جهت که پژوهش در روان‌شناسی سلامت به رشتهٔ روان‌شناسی نزدیک‌تر است، با طب روان‌تنی و طب رفتاری فرق دارد.

روان‌شناسی سلامت را می‌توان برحسب همان سؤال‌های مطرح‌شده در مورد الگوی زیست‌پزشکی درک کرد:

- **علت بیماری چیست؟** روان‌شناسی سلامت معتقد است که انسان باید به‌عنوان نظامی پیچیده در نظر گرفته شود و اینکه بیماری توسط چندین عامل و نه یک عامل به وجود می‌آید. بنابراین، روان‌شناسی سلامت تلاش می‌کند از الگوی خطی سادهٔ سلامت فاصله بگیرد و معتقد است که بیماری می‌تواند توسط ترکیبی از عوامل زیستی (به‌عنوان‌مثال یک ویروس)، روان‌شناختی (به‌عنوان‌مثال رفتارها و باورها) و اجتماعی (به‌عنوان‌مثال وضعیت اشتغال) ایجاد شود.
- **چه کسی مسئول بیماری است؟** به دلیل اینکه بیماری به‌عنوان ترکیبی از عوامل در نظر گرفته می‌شود، افراد فقط به‌عنوان یک قربانی منفعل دیده نمی‌شوند. برای مثال شناسایی نقش رفتار در ایجاد بیماری به این معنا است که ممکن است فرد مسئول سلامت و بیماری خود باشد.
- **بیماری چگونه باید درمان شود؟** طبق نظر روان‌شناسی سلامت، نه‌تنها تغییرات جسمانی ایجادشده بلکه کلّیت فرد باید تحت‌درمان قرار گیرد. این درمان می‌تواند به‌صورت تغییر در رفتار، تغییر در باورها و راهبردهای مقابله‌ای و تبعیت از توصیه‌های پزشکی باشد.
- **چه کسی مسئول درمان است؟** ازآنجاکه کلّیت فرد، نه‌فقط بیماری جسمانی او تحت‌درمان قرار می‌گیرد، بیمار تااندازه‌ای مسئول درمان خویش در نظر گرفته می‌شود. این مسئولیت می‌تواند به‌صورت تبعیت از درمان و داروهای تجویزشده یا مسئولیت در تغییر رفتار و باورها باشد. به‌علاوه بیمار به چشم یک قربانی دیده نمی‌شود.

خانواده می‌تواند رفتار سلامت را تشویق کند.

- **چه رابطه‌ای بین سلامت و بیماری وجود دارد؟** از این منظر، سلامت و بیماری تفاوت کیفی ندارند بلکه روی یک پیوستار قرار دارند. به‌جای سالم یا بیمار بودن، افراد در طول این

پیوستار از سلامت به بیماری و برعکس درحرکت‌اند.

- **چه رابطه‌ای بین ذهن و بدن وجود دارد؟** در قرن بیستم برای جدایی سنتی ذهن و بدن که توسط الگوی دوگانه‌نگر سلامت و بیماری پیشنهاد شده بود، رقیبی پیدا شد که به‌طور فزاینده‌ای بر تعامل ذهن و بدن تأکید داشت. این تغییر جهت در شکل‌گیری یک رویکرد کل‌نگرانه به سلامت که تمامیت فرد را در نظر می‌گیرد منعکس شده است. روان‌شناسی سلامت با پیروی از این رویکرد معتقد به تعامل ذهن و بدن است.
- **نقش روان‌شناسی در سلامت و بیماری چیست؟** روان‌شناسی سلامت نه‌تنها عوامل روان‌شناختی را به‌عنوان پیامدهای احتمالی بیماری در نظر می‌گیرد بلکه آن‌ها را در سبب‌شناسی بیماری، در همهٔ مراحل در امتداد پیوستار سلامتی تا بیماری، دخیل می‌داند.

اهداف روان‌شناسی سلامت

روان‌شناسی سلامت بر نقش عوامل روان‌شناختی در سبب‌شناسی، پیشرفت و پیامدهای سلامت و بیماری تأکید دارد. اهداف روان‌شناسی سلامت را می‌توان به دو مورد تقسیم کرد: ۱) درک نظریه، تبیین، ساخت و آزمایش آن و ۲) کاربرد نظریه در عمل.

روان‌شناسی سلامت از طریق موارد زیر قصد درک، تبیین، ساخت و آزمایش نظریه را دارد:

الف) ارزیابی نقش رفتار در سبب‌شناسی بیماری. برای مثال:

- بیماری کرونری قلب با رفتارهایی نظیر سیگار کشیدن، برنامهٔ غذایی و ورزش نکردن ارتباط دارد.
- بسیاری از سرطان‌ها با رفتارهایی ازجمله برنامهٔ غذایی، کشیدن سیگار، مصرف الکل و توجه ناکافی به آزمایش‌ها یا معاینات سلامتی مرتبط هستند.
- سکتهٔ مغزی با کشیدن سیگار، کلسترول و فشارخون بالا ارتباط دارد.
- دلیل عمدهٔ بسیاری از مرگ‌ومیرها، که اغلب نادیده گرفته می‌شود، سوانح رانندگی است. ممکن است این سوانح با مصرف الکل، مصرف مواد مخدر و بی‌احتیاطی در رانندگی مرتبط باشند.

ب) پیش‌بینی رفتارهای ناسالم. برای مثال:

- کشیدن سیگار، مصرف الکل و برنامه‌های غذایی پرچرب با باورها ارتباط دارند.
- باورها در مورد سلامت و بیماری می‌توانند برای پیش‌بینی رفتار مورد استفاده قرار گیرند.

ج) ارزیابی تعامل بین روان‌شناسی و فیزیولوژی. برای مثال:

- تجربهٔ استرس با ارزیابی، مقابله و حمایت اجتماعی مرتبط است.
- استرس موجب تغییرات فیزیولوژیکی می‌شود که می‌توانند راه‌انداز یا تشدیدکنندهٔ بیماری باشند.
- ادراک درد می‌تواند با اضطراب تشدید شود و با توجه‌برگردانی کاهش یابد.

د) درک نقش روان‌شناسی در تجربهٔ بیماری. برای مثال:

- درک پیامدهای روان‌شناختی بیماری می‌تواند به کاهش علائمی ازجمله درد، حالت تهوع و استفراغ کمک کند.