

روانشناسی سلامت

توصیفی ساده از ارتباط‌های پیچیده

دکتر پرویز آزادفلاح
دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس

چکیده:

ناتوانی الگوی زیستی صرف در برخورد با مسائل پیچیده بیماری و سلامت به استقرار الگوی زیستی - روانی - اجتماعی و شکل‌گیری روانشناسی سلامت منجر شد. تغییر ماهیت بیماری‌های شایع در دهه‌های پایانی قرن بیستم و شیوع بیماری‌های مزمن، از عوامل زمینه‌ساز گسترش روانشناسی سلامت محسوب می‌گردد. ارتباط تنگاتنگ بین تن و روان از فرض‌های بنیادین روانشناسی سلامت است. این حوزه تخصصی از روانشناسی، در علت‌شناسی، تشخیص و درمان بیماری‌ها به عوامل مختلفی می‌پردازد که رویکرد خطی مدل پزشکی زیستی را مورد تردید قرار می‌دهد. به عبارت دیگر در دیدگاه روانشناسان سلامت پدیده‌های روانی - اجتماعی صرفاً پیامد یا همبسته بیماری نیستند؛ بلکه همچنین در پدید آبی بیماری‌ها نیز سهم دارند.

زمینه‌های شکل‌گیری روانشناسی سلامت

در قرن نوزدهم میلادی پزشکی مدرن، پس از فرازونشیب‌های فراوان، استقرار یافت. از آن به بعد کالبد شکافی، واریسی‌های جسمانی و ارزیابی‌های بالینی در مطالعه و بررسی انسان نقش برجسته‌ای یافت. اثر معروف داروین، تحت عنوان "اصل انواع" در سال ۱۸۵۶ منتشر شد؛ این کتاب نظریه تکامل وی را توصیف می‌نمود. در واقع نظریه تکاملی داروین برای انسان جایگاهی در میان طبیعت تعیین می‌نمود و او را به عنوان بخشی از طبیعت مطرح می‌کرد. این نظریه مبنای تحول انسان را طبیعت می‌دانست و انسان را به عنوان موجودی زیستی در نظر می‌گرفت. این نگاه با الگوی زیستی - پزشکی همسان بود؛ که در مطالعه و ارزیابی انسان نیز مانند سایر اجزاء طبیعت عمل می‌کرد. در این دیدگاه انسان صرفاً دارای هویتی زیست‌شناختی^۱ بود.

اما قرن بیستم با چالش‌هایی جدی در مفروضه‌های زیربنایی پزشکی زیستی^۲ مقارن بود. تحولات دربرگیرنده‌ی این چالش‌ها، زمینه‌ساز ظهور قلمروهای جدیدی همچون پزشکی روان‌تنی^۳، سلامت رفتاری^۴، پزشکی رفتاری^۵ و حوزه جدیدتر روانشناسی سلامت شد (اوگدن، ۲۰۰۴). در واقع نخستین مخالفت‌ها با الگوی پزشکی زیستی از سوی پزشکی روان‌تنی مطرح شد. تحلیل‌های فریود در مورد ارتباط تن و روان در بیماری‌ها، و به میان آوردن مفهوم فلج هیستریک^۶؛ که در آن بیماری فلج بدون منشأ عضوی معرفی می‌گردد، تردیدهای مهمی را به میان آورد. فریود در این تحلیل‌ها مدعی بود که عواطف و احساسات سرکوب شده در قالب بیماری جسمانی نمایان می‌گردند. این دیدگاه تعامل بین تن و روان را برجسته می‌ساخت و به این مطلب اشاره داشت که عوامل روانشناختی صرفاً پیامد



به دست آمده بود. این دیدگاه برنامه‌های رفتار درمانی و تغییر رفتار را به عنوان مولفه مهم در درمان بیماری‌های جسمانی و اختلالات فیزیولوژیک (همچون فشار خون بالا) معرفی می‌نمود.

❑ دگرگونی در ماهیت بیماری‌ها

نزدیک شدن به سالهای پایانی قرن بیستم، اگرچه پذیرش الگوی روان‌تنی را در برداشت، با تغییری در ماهیت بیماریها نیز همراه بود. به عبارت دیگر، در آغاز قرن بیستم اغلب

بر خلاف بیماریهای قرن بیستم، بیشتر بیماریهای امروز، تا حد زیادی ناشی از الگوهای رفتار فردی و سبک زندگی هستند

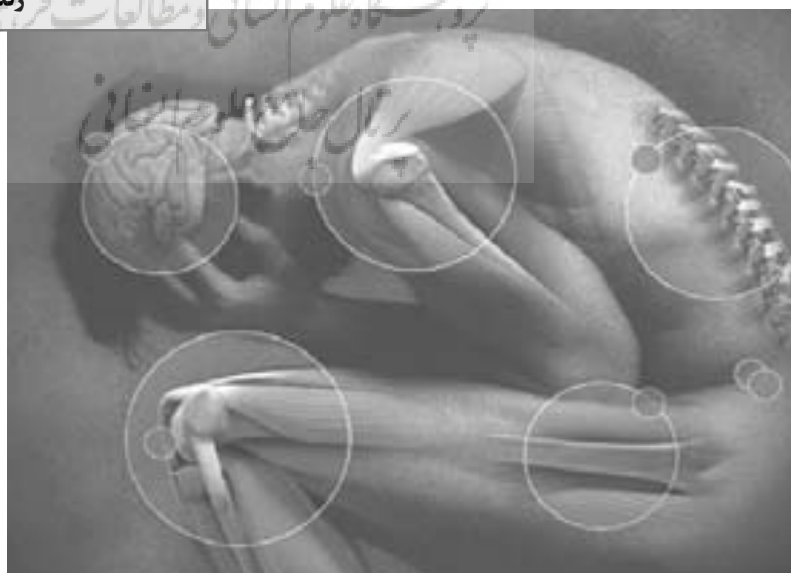
بیماریهای مهم از راه سرایت ویروسها و باکتریها تبیین می‌شد و نوشیدن آب آلوده، مصرف مواد غذایی مسموم، و یا ارتباط با افراد بیمار، از اصلی‌ترین علل بیماریها محسوب می‌شد (تایلور، ۲۰۰۲).

در سال ۱۹۰۰ میلادی سه عامل مهم مرگ و میر، عبارت بودند از ذات‌الریه، آنفلوآنزا، و سل؛ اما در دهه‌های پایانی قرن بیستم بیماریهای مهلک مهم عبارت بودند از: بیماریهای قلبی -

بیماری نیستند، بلکه این عوامل می‌توانند در پدید آیی بیماری نیز سهیم باشند (میشی و آبراهام، ۲۰۰۴).

سلامت رفتاری نیز با مفروضه جدایی تن و روان در قلمرو پزشکی زیستی در تضاد بود. سلامت رفتاری حوزه‌ای را معرفی می‌کرد که در آن حفظ سلامت و پیشگیری از بیماری در افراد سالم از طریق برنامه‌های آموزشی تغییر رفتار و تغییر سبک زندگی تحقق می‌یافت. به سخن دیگر، تاکید بر اهمیت رفتار در تعیین سلامت فردی نمایانگر تو حید یافتگی مفاهیم تن و روان بود (اوگدن، ۲۰۰۴).

قلمرو دیگری که در چالش با الگوی پزشکی زیستی قرار داشت، پزشکی رفتاری بود. یافته‌های این قلمرو از مطالعات بین‌رشته‌ای روانشناسی، جامعه‌شناسی و آموزش بهداشت^۹



عروقی، سرطان و سکنه‌های مغزی (برانون و فیست، ۱۹۹۲). آنچه در مورد بیماری‌های دهه‌های آغازین قرن بیستم اهمیت داشت، این بود که مردم کنترل چندانی در برابر این بیماری‌ها

الگوی فعالیت جنسی در بروز بیماری‌هایی چون ایدز انکارناپذیر است

نداشتند و اجتناب از ویروس‌ها و باکتری‌های بیماری‌زا، تقریباً در مهار افراد نبود. در آن زمان الگوی بیماری‌ها بیشتر به شکل حاد بود؛ بیماران به دنبال درمان دارویی بودند و دوره بیشتر بیماری‌ها کوتاه بود. در واقع افراد در مقابل بیماری‌هایی چون تیفوئید و دیفتیری یا پس از طی دوره‌ای، درمان می‌شدند و با اگر درمان نمی‌شدند، به سرعت از پای درمی‌آمدند.

اما امروز در آغاز هزاره سوم، مشکلات سلامت، مربوط به بیماری‌های عفونی نیست، بیماری‌های حاد جای خود را به بیماری‌های مزمن داده است؛ بیماری‌هایی که طی یک دوره طولانی تحول می‌یابند، یک دوره طولانی استمرار دارند و با درمان آنها نیازمند یک دوره طولانی است (اوگدن، ۲۰۰۴). از سوی دیگر برخلاف بیماری‌های قرن بیستم، بیشتر بیماری‌های امروز، تا حد زیادی ناشی از الگوهای رفتار فردی و سبک زندگی هستند.

تغییر الگوی بیماری‌ها از حاد به مزمن، و اهمیت یافتن سهم افراد در ابتلای به بیماری، یکی از عوامل زمینه‌ساز برای ظهور روانشناسی سلامت محسوب می‌گردد.

پدید آیی روانشناسی سلامت



روانشناسی سلامت نیز همچون حرکت‌هایی که پیش از این در مورد آنها صحبت شد، با مساله جدایی تن و روان در تضاد است و نقش عوامل روانشناختی را در پدید آیی و درمان

بیماری‌ها مورد تاکید قرار می‌دهد؛ اما تفاوت این حیطه با پزشکی روان تنی، سلامت رفتاری و پزشکی رفتاری در این است که پژوهش در قلمرو روانشناسی سلامت با تاکید ویژه و خاص بر قانونمندیه‌های روانشناختی می‌باشد.

در واقع روانشناسی سلامت عبارت است از مجموعه مشارکتهای آموزشی، علمی و تخصصی روانشناسی در حفظ و ارتقاء سلامت، پیشگیری و درمان بیماری‌ها؛ مشخص ساختن همبسته‌های تشخیصی و علت شناختی سلامت، بیماری و نارساکنش وری^۱ مربوط به آن؛ و توسعه و گسترش سیستمهای تامین سلامت (سارافینو، ۲۰۰۲).

شاید این سوال در هر ذهن کنجکاوی به وجود آید که چرا تغییر الگوی بیماری‌ها، موجب شکل‌گیری روانشناسی سلامت شد. پاسخ به این پرسش از چند جهت واجد اهمیت است. نخست اینکه، بیماری‌های جدید، بیماری‌هایی هستند که عوامل روانشناختی و اجتماعی نیز در زیربنای تبیین آنها سهیم می‌باشند. برای مثال؛ عاداتهای شخصی همچون رژیم غذایی، میزان تحرک جسمانی و مصرف سیگار و یا جو عاطفی حاکم بر زندگی، در شکل‌گیری بیماری‌های قلبی-عروقی و انواع سرطانها مهم هستند؛ و یا الگوی فعالیت جنسی در بروز بیماری‌هایی چون ایدز انکارناپذیر است (تایلور، ۲۰۰۲).

روانشناسی سلامت بر این باور استوار است که انسان بایستی به شکل یک سیستم کلی پیچیده مورد نظر قرار گیرد

از سوی دیگر بیماری‌های مزمن امروزی (بر خلاف بیماری‌های حاد)، ممکن است سالها تداوم یابند و در نتیجه بیماران مبتلا به این بیماری‌ها، مجبورند دوره‌های طولانی از عمر خود را با این بیماری‌ها سر کنند و این مساله مشکلات روانشناختی گوناگونی را در زندگی آنان رقم می‌زند. بنابراین روانشناسی سلامت از این زاویه نیز به سازگاری روانشناختی و اجتماعی فرد و شرایط متغیر سلامت وی کمک می‌کند (فویشتاین و همکاران، ۲۰۰۰).

در روانشناسی سلامت، از آنجاییکه بیماری در نتیجه مجموعه‌ای از عوامل شکل می‌گیرد، نمی‌توان به سادگی فرد را به عنوان قربانی منفعل بیماری در نظر گرفت

روانشناسی سلامت بر این باور استوار است که انسان بایستی به شکل یک سیستم کلی پیچیده مورد نظر قرار گیرد که بیماری‌هایی که در این سیستم پدید می‌آیند نیز ناشی از عوامل چندگانه هستند. بنابراین در روانشناسی سلامت تلاش می‌شود که تا سر حد امکان از مدل‌های ساده خطی سلامت

جسمانی)، همگی در تغییر سلامت و بروز بیماری سهیم هستند. از این چشم انداز حتی الگوی باورها و تفکر فرد نیز می‌تواند زمینه ساز رفتارهایی باشد که در مسیر تهدید سلامت وی قرار دارند.

❑ حوزه‌های حرفه ای و تخصصی روانشناسی سلامت

فرد متخصص در حوزه روانشناسی سلامت، دوره‌های تخصصی آکادمیک این رشته را پشت سر گذاشته است. روانشناسان سلامت در تشکیلات آموزشی و دانشگاهی، حوزه‌های پژوهشی و همچنین چهارچوبهای بهداشتی و درمانی مشغول به کار می‌شوند. اگرچه، این رشته نسبتاً جدید می‌باشد، روانشناسان سلامت در بسیاری از کشورهای جهان در حوزه‌های مورد اشاره مشغول به کار هستند.

روانشناسان سلامت در تشکیلات آموزشی و دانشگاهی، حوزه‌های پژوهشی و همچنین چهارچوبهای بهداشتی و درمانی مشغول به کار می‌شوند

دسته‌ای از روانشناسان سلامت به عنوان روانشناسان بالینی سلامت^۳ شناخته می‌شوند. روانشناس بالینی سلامت فردی است که ابتدا تخصص خود را در حوزه روانشناسی بالینی کسب نموده و سپس در روانشناسی سلامت به تخصص نائل می‌گردد. این دسته از روانشناسان با بهره‌مندی از قانونمندیهای روانشناسی سلامت در چهارچوبهای بهداشتی و درمانی به ارائه خدمات تخصصی مبادرت می‌ورزند.

اجتناب شود و در تبیین بیماریها به ترکیبی از عوامل زیستی (همچون عامل ویروسی)، عوامل روانشناختی (به عنوان مثال؛ رفتارها و یا باورها) و عوامل اجتماعی (به عنوان مثال؛ میزان تعاملها یا حمایت اجتماعی) پرداخته می‌شود. این رویکرد نمایانگر الگوی زیستی - روانی - اجتماعی^۴ سلامت است که تلاش می‌کند واریس عوامل روانشناختی و محیطی - اجتماعی را در الگوی سنتی و تک بعدی پزشکی زیستی ترکیب نماید (اوگدن، ۲۰۰۴).

در این رویکرد جدید، از آنجاییکه بیماری در نتیجه مجموعه ای از عوامل شکل می‌گیرد، نمی‌توان به سادگی فرد را به عنوان قربانی منفعل بیماری در نظر گرفت؛ چراکه به عنوان مثال اهمیت یافتن بروز برخی رفتارها و انتخاب سبک خاصی از زندگی در شکل‌گیری بیماری، فرد را تا حدی مسئول سلامت و بیماری خود می‌نماید.

روانشناسان سلامت در ترسیم ارتباط بین روانشناسی و سلامت به دو رابطی مستقیم و غیرمستقیم می‌پردازند. در شکل ارتباط مستقیم می‌توان به تغییرات زیستی همراه با عوامل روانشناختی اشاره نمود که زمینه بروز بیماری را فراهم می‌سازند. به عنوان مثال؛ تغییرات زیستی در سیستم هورمونی و سیستم ایمنی به هنگام تجربه استرس یکی از همبسته‌های اصلی بسیاری از بیماریها محسوب می‌گردد. حوزه نسبتاً جدید روان عصب ایمنی شناسی^۵، گستره‌ای است که به پژوهشهایی از این دست می‌پردازد و نقش تعاملی سیستمهای روانی، عصبی، هورمونی و کارکردهای ایمنی شناختی را در بیماریهای مختلف ردیابی می‌نماید. از سوی دیگر در شکل ارتباط غیرمستقیم، سبکهای زندگی و عادات رفتاری (همچون الگوی تغذیه، رفتار جنسی، تحرک



توضیحات:

- 1 - The Origin of Species
- 2 - Biomedical
- 3 - Biological Identity
- 4 - Biomedicine
- 5 - Psychosomatic Medicine
- 6 - Behavioral Health
- 7 - Behavioral Medicine
- 8 - Hysterical Paralysis
- 9 - Health Education
- 10 - Dysfunctioning
- 11 - Biopsychosocial Model
- 12 - Psychoneuroimmunology
- 13 - Clinical Health Psychologist

منابع:

Barton, L. & Feist, J. (1992), *Health Psychology: An introduction to behavior and health*, USA: Books/Cole Publishing Company.

Feurstein, M., Labbe, E., & Kuczmierczy, A. (2000), *Health Psychology*, New York: Plenum Press.

Michie, S. & Abraham, C. (2004), *Health Psychology in Practice*, New York: Plenum Press.

Ogden, J. (2004), *Health Psychology*, Spain: Mateu Cromo Artes Graficas.

Sarafino, E.P. (2002), *Health Psychology*, New York: Wiley.

Taylor, S.E. (2002), *Health Psychology*, New York: Harper & Row.

بسیاری از روانشناسان سلامت اکنون در کلینیک‌های مختلف به مداخلاتی در حوزه سلامت جسمانی می‌پردازند. بیماری‌های مرتبط با استرس، درد و کنترل آن، توانمندسازی بیماران برای مقابله با بیماری‌های مزمن (همچون سرطان، بیماری‌های عروق کرونر قلب، ایدز، ...) و یا گسترش مداخلاتی برای بیماران دارای ضایعات نخاعی از قلمروهای مورد توجه این روانشناسان است.

اما مطالعات و بررسی‌های بنیادی آزمایشگاهی نیز از گستره‌های مورد علاقه این گروه از روانشناسان است، که یافته‌های آنان در سالیان اخیر ضمن ارائه راه حل برای معماهای حوزه‌های مختلف، چشم‌اندازهایی را فراهم ساخته که نگاه متخصصان را به مسئله سلامت و بیماری، دگرگون ساخته است.

آموزش روانشناسی سلامت در ایران

با وجود گذشت چند دهه از پیدایش روانشناسی سلامت، اگرچه این حوزه تخصصی در قالب برنامه دانشگاهی در سطح تحصیلات تکمیلی در برخی از دانشگاه‌های کشور راه‌اندازی شده است، متأسفانه بسیاری از برنامه‌ها و سرفصل‌های تدوینی با برداشتی نادرست از این حوزه تخصصی در جریان است، که یاروانشناسی سلامت را با حوزه بهداشت روانی اشتباه گرفته، یا آن را به زمینه‌های محدود روانپزشکی مرتبط ساخته است و یا اینکه چشم‌اندازهای نوین و روبه‌گسترش این رشته را نادیده گرفته‌اند. از سوی دیگر در بخش انتشار کتاب نیز، بسیاری از کتب ارائه شده، برداشت نادرست یا محدود مولف از این حوزه وسیع را در جامعه علمی رواج داده است و یا به ترجمه نادرست و بعضاً ابتدایی، که زمینه‌ای محدود از این رشته را معرفی می‌کند، پرداخته شده است.

اخیراً در برنامه‌ریزی درسی دانش‌آموزان دوره‌های متوسطه درسی تحت عنوان روانشناسی سلامت گنجانده شده است که برای اولین بار به صورت یک واحد اختیاری و بصورت آزمایشی در برخی از مدارس شهر تهران در سال تحصیلی ۸۶-۸۷ ارائه می‌شود. این اقدام می‌تواند خود زمینه‌ساز گسترش این حیطه از حوزه‌های روانشناسی باشد. البته این وضعیت در قیاس با سایر قلمروهای روانشناسی که عمر بیشتری برای آنها قابل تصور است، چندان عجیب نیست و می‌توان چشم‌انداز امیدوارکننده‌تری از وضعیت این رشته را در سال‌های آینده در داخل کشور انتظار داشت.