

استفاده از دانش روان‌شناسی اجتماعی در درمان (گام اساسی در جهت توانبخشی بیماران)

دکتر احمد عبداللّهی^۱ و دکتر سید جلال صدر السّادات^۲

چکیده:

حوزه تخصصی جدیدی که اخیراً توسعه یافته است، روان‌شناسی اجتماعی سلامت و بیماری، روان‌شناسی اجتماعی پزشکی یا پزشکی رفتاری نام دارد. با وجود این که هنوز یک مفهوم عام برای این رشته بکار نرفته است؛ اما موضوعاتی مانند علل اجتماعی بیماریها، توسعه راهکارهای پیشگیری از بیماری، درمان و کنترل بیماریها و مراقبت بهداشتی، از یک دیدگاه روانشناسی اجتماعی نشأت گرفته اند.

در این مقاله، تأثیرات روانشناسی اجتماعی بر سلامت مورد بررسی قرار گرفته، در این مورد بحث می‌شود که افراد چگونه می‌توانند از خود و دیگران مراقبت کنند. کار با پزشکی مشکل خاص سلامت یعنی بیماری قلبی - و اینکه چگونه این مشکل با الگوی رفتار اجتماعی کاملاً تعریف شده‌ای ارتباط دارد؛ شروع می‌شود، سپس ماهیت روان‌شناسی اجتماعی، در مورد روابط پزشک و بیمار و اینکه چگونه کنش متقابل این دو، هم بر موفقیت در درمان، و هم بر رضایت از درمان پزشکی تأثیر می‌گذارد؛ مورد بحث قرار می‌گیرد. بالاخره در این مورد صحبت می‌شود که روان‌شناسان اجتماعی، چگونه فنون پیشگیری از بیماری و ارتقاء سلامت را بهبود می‌بخشند و چگونه بر الگوی خاصی از سلامت تأکید می‌کنند که بر افرادی که از خودشان مراقبت و محافظت می‌کنند؛ اثرات عمده‌ای داشته باشد.

کلیدواژه‌ها: روان‌شناسی اجتماعی، سلامت، بیماری، خودآگاهی، همکاری، رضایت (بیمار)، ارتقاء سلامت، رابطه بیمار-پزشک

^۱ Ph.D جامعه‌شناسی (گرایش روان‌شناسی اجتماعی)، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
^۲ Ph.D مدارکاری روانی-اجتماعی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

مقدمه :

یکی از جدیدترین کاربردهای اصول و نظریه‌های روان‌شناسی اجتماعی، استفاده از دانش روان‌شناختی اجتماعی در حرفه پزشکی است. دانشمندان این شاخه علمی، در زمینه مهارت‌های ارتباطی، فرایندهای تاثیر و نفوذ اجتماعی و یک سری عوامل اجتماعی مهم دیگر تاثیر بسزا و منحصر به فرد، در مراقبت‌های بهداشتی داشته‌اند، که این تاثیر امروزه، بیشتر احساس می‌شود. تنها همین اواخر بوده است که روانشناسان اجتماعی، بر عوامل روانی-اجتماعی موثر بر سلامت تاکید کرده‌اند. در حقیقت، این حوزه جدیدی است که بعنوان روانشناسی اجتماعی بهداشت، روانشناسی اجتماعی پزشکی و پزشکی رفتاری شناخته شده و با هدف پیدا کردن راه‌حلهایی برای یکی از مسائل مهم جامعه، یعنی حفظ سلامتی و تندرستی، خوب شکل گرفته و توسعه یافته است. کار و تحقیق در این حوزه، نشان داده است که عوامل روانشناسی اجتماعی مانند روابط متقابل، عضویت گروهی خانواده و حمایت اجتماعی جامعه و هنجارهای اجتماعی، می‌توانند در تعیین سلامتی یک فرد مانند خواص شیمیایی خون و متابولیسم بدن، مهم و موثر باشند. روانشناسان اجتماعی، پیشنهادها، رویکردها، و فرایندهای درمانی جدیدی را برای بهبود بخشیدن به مشکلات سلامت و بویژه

پیشگیری از بیماری ارائه می‌کنند.

یکی از مشکلات سلامت، که بوضوح، با الگوی رفتار اجتماعی خاصی ارتباط دارد؛ بیماری قلبی است. الگوی رفتاری نوع A، بوسیله بلند پروازی زیاد، رقابت جویی و اهمیت دادن به زمان و وقت، مشخص می‌شود. اشخاصی که این خصوصیات را دارا هستند؛ نسبت به افراد نوع B، که چنین خصوصیتی را ندارند؛ بطور قابل ملاحظه‌ای میزان بالاتری از مشکلات قلبی را نشان می‌دهند. حوزه دیگری از این رشته، که مورد تحقیق روان‌شناسان اجتماعی قرار گرفته است، کنش متقابل بیمار و پزشک است. زمانی که بیمار و پزشک، روابط متقابل مثبتی داشته باشند؛ همکاری بیمار با پزشک نیز بیشتر می‌شود همچنین، نتایج عمل و میزان رضایت بیمار نیز مثبت تر است. علاوه بر این، عوامل روان‌شناختی اجتماعی، نظیر: تمایل به آگاه نکردن بیمار از وضع موجودش، خودداری بیمار از خود اظهاری، آگاهی به خود واقعی از جمله عواملی هستند که بر توانایی یک پزشک برای تشخیص و درمان بیماری، بطور چشمگیری اثر می‌گذارند. اخیراً الگوی اعتقادی سلامت (HBM) Health Belief Model، برای تبیین رفتار مرتبط با پیشگیری از بیماری‌های بالقوه، مطرح گردیده است. از بین مهمترین عوامل، روشی وجود دارد که شخص بوسیله آن می‌تواند احساس مبتلا بودن به یک

بهتری در زمینه تأثیر رویکردهای روانشناسی اجتماعی بر مراقبتهای بهداشتی و شناخت مسائل پزشکی وجود ندارد؛ ما الگوی رفتاری نوع A را بطور دقیق و جزء به جزء بررسی می‌کنیم.

بر طبق نظر محققانی که اولین بار، این الگو را مورد شناسایی قرار دادند؛ رفتار نوع A، بوسیله خصوصیاتى مانند بلند پروازی شدید، انگیزه رقابت جویانه، تمایل پایدار به حد و مرزهای شغلی و حس اهمیت دادن به زمان، مشخص می‌شود. در یک تحقیق سطح کلان و درازمدت ۸ ساله، که بیش از ۳۵۰۰ مرد مورد بررسی قرار گرفتند؛ این نتیجه حاصل شد که افرادی که در ابتدای مطالعه، بعنوان افرادی با الگوی رفتار نوع A مورد شناسایی قرار گرفته بودند؛ دو برابر بیشتر از دیگر افراد، به بیمار قلبی دچار می‌شدند، همچنین، دو برابر حملات قلبی بسیار کشنده و پنج برابر حوادث مکرر ناشی از انسداد شرایین قلب را نشان می‌دادند. بعلاوه، خطر ناشی از رفتار نوع A، مستقل از هر عامل دیگری بود که موجب می‌شد افراد دچار بیماری قلبی شوند.

اگرچه تحقیقات مشخص نکرده‌اند که کدام رفتار یا رفتارهای خاص مرتبط با الگوی نوع A، سبب افزایش بیماریهای قلبی می‌شود؛ می‌توان گفت، بطور کلی، مجموعه رفتارهای مرتبط با نوع A، کاملاً از رفتارهای نوع B متمایزند

بیماری، خطرناک بودن بیماری، و منافع و هزینه های عمل پیشگیری از بیماری را، تخمین بزنند. این الگو، نشان داده است که در آزمایشهای میدانی، پیش بینی عمل پیشگیری از بیماری، بطور معقول خوب است. علاوه بر این، بیمارستان قلب استنفورد، روشهای مفیدی برای ترک سیگار، ورزش و رژیم غذایی پیشنهاد کرده است؛ که منجر به کاهش خطر بیماری قلبی می‌شوند.

علل اجتماعی بیماری

با توجه به اینکه در اوایل قرن بیستم، بیماری کرونر قلب (انسداد شرایین)، پدیده نسبتاً نادری محسوب می‌شد، ولی در اواخر قرن بیستم، این پدیده، باعث یک سوم تمامی مرگ و میرهای جوامع غربی شد. این سوال پیش می‌آید که ما چطور می‌توانیم افزایش شکست انگیز مرگ و میر ناشی از شیوع بیماریهای قلبی را تبیین کنیم؟

بسیاری از دانشمندان، معتقدند که بخشی از شیوع نسبتاً زیاد بیماری انسداد شرایین قلب، به تغییرات عوامل اجتماعی بستگی دارد. به همان نسبت که صنعتی شدن و سرعت زندگی افزایش یافته؛ خطر از پای در آمدن انسانها توسط بیماری قلبی نیز، بیشتر شده است. در حقیقت، نوع خاصی از رفتارها که در اینجا بعنوان الگوی رفتاری نوع A، مطرح می‌شود؛ با افزایش خطر سکتتهای قلبی همراه است؛ چون مورد

یا "همسران یا نزدیکترین دوستان چگونه شما را ارزیابی می‌کند؟" پاسخ افراد با الگوی نوع A، "رقابت جو، سختکوش و پراکنگیزه" است و پاسخ افراد نوع B، "راحت طلب، آسان گیر و خوش مشرب" می‌باشد. این تحقیق، محققان را قادر می‌سازد تا تفاوت‌های رفتاری که افراد نوع A و B بیان کرده اند؛ مورد شناسایی قرار دهند.

تفاوت‌های بین افراد نوع A و نوع B در واکنش‌هایشان به موقعیت‌های گوناگون بسیار زیاد است. بعنوان مثال، حس وقت‌شناسی افراد نوع A، آنها را زودتر از زمان مقرر به محل قرار می‌کشاند و در کارها و وظایفی که باید بصورت تدریجی و آرام آرام انجام دهند؛ چندان موفق نیستند. آنها مایلند گذشت هر دقیقه از زمان را، سریعتر از نوع B تخمین بزنند. بنابراین، به واسطه این امر، فشار خون ناشی از انقباض قلبشان، بویژه زمانی که وقفه در کار و فعالیتشان پیش آید؛ خیلی بیشتر از نوع B تغییر می‌کند. ولی افراد نوع A، وقتی که احساس خستگی می‌کنند؛ حتی اگر ضرب‌العجل معینی برای این کار در نظر گرفته نشده باشد؛ مایلند که در باره انجام وظایفشان، اصرار و پافشاری نمایند (V).

این تحقیق به این نتیجه رسیده است که افراد الگوی نوع A نسبت به افراد الگوی نوع B، بویژه هنگامی که در تلاششان برای تکمیل یک کار با سرعت و موفقیت، ناکام

(اینها نیز مجموعه رفتارهایی می‌باشند که تقریباً نقطه مقابل الگوی شخصیتی نوع A هستند). افراد نوع A، مایلند که با سرعت و با حرارت صحبت کنند، سخنان دیگران را قطع نمایند، سوالات عجولانه کنند و تمایل دارند که دشمنی خود را نشان دهند. بعلاوه، آنها از شغلشان ناراضی هستند، سعی و کوشش فراوان می‌کنند، بلند پرواز و شدیداً رقابت جو هستند و سعی می‌کنند بیشتر از هر چیز، کار کنند. بطور کلی، این رفتارها در تضاد با رفتارهایی است که افراد با خصوصیات نوع B با آن مشخص می‌شوند که آسان گیر و راحت طلب و دارای آسایش و آرامش هستند. با کسی رقابت ندارند و بندرت، دشمنی و خصومت می‌کنند.

الگوی نوع A و نوع B فنون متعددی برای تشخیص افراد الگوی نوع A و نوع B، وجود دارد. از جمله این فنون، مصاحبه و سنجش‌های مداد و کاغذی هستند (سنجش‌های پرسشنامه‌ای). گرچه نتایج سنجش‌های گوناگون همیشه با یکدیگر منطبق نیستند؛ اما یکی از معمولترین سنجش‌های بکار رفته، تحقیق مهم و مؤثر (جنکینز) می‌باشد که دارای پایایی خوبی است و پیش بینی درستی نیز از بیماری کرون قلب کرده است. بعنوان مثال، در این تحقیق، از افراد چنین سوالاتی می‌کند: "آیا همسران یا بعضی از دوستانتان تاکنون به شما گفته اند که خیلی سریع غذا می‌خورید؟" و

مانده باشند در مورد دیگران پرخاشگرتر و متجاوزتر هستند. بعنوان مثال، محققانی در یک تحقیق آزمایشگاهی، با موقعیتی مساوی، از افرادی خواستند روی مسأله‌ای کار کنند. یکی از همدستان آزمایشنده، چنین جمله‌ای را به زبان می‌آورد که: "من نمی‌دانم چرا این کار را این قدر طول می‌دهید؟ این کار که خیلی سخت نیست، عجله کنید، یا شما هیچ وقت این کار را به پایان نمی‌برید" این بیانات، بوضوح، از تلاش افراد برای حل مسأله می‌کاست یا سعی و تلاششان را ناکام می‌گذاشت. در موقعیتی دیگر، همدست آزمایشنده، چنین بیانات انتقاد آمیزی را اظهار نمی‌کرد. بنابراین، بعد از آن به آزمودنیها، فرصتهایی داده شد تا بعنوان بخشی از یک روش آموزشی، شوکهای الکتریکی ساختگی (غیر واقعی) را به همدست آزمایشنده وارد آورند.

شوکه‌های قویتری وارد می‌کردند. زمانی که، آزمودنیهای نوع B که مورد انتقاد قرار گرفته بودند؛ در مقایسه با آن عده از آزمودنیهای نوع A، که مورد انتقاد قرار نگرفته بودند؛ مقدار ناچیزی میزان شوکها را بالا بردند؛ ملاحظه شد که واکنش آزمودنیهای نوع B نسبت به همدست آزمایشنده، خفیفتر است، در حالیکه آزمودنیهای نوع A پرخاشگری و خشونت زیادی از خود نشان دادند.

در تصویر مخوف و ناخوشایندی که از افراد نوع A نشان داده شده؛ ملاحظه کردید که با وجود اینکه آنها بطور نسبی، کینه جو و پرخاشگر هستند؛ اما برای زمان، اهمیت زیادی قائلند و سطوح بالایی از رقابت جویی را نشان می‌دهند. حال این سؤال پیش می‌آید که آیا هیچ جنبه مثبتی برای رفتار بهتر اینها وجود دارد؟ مای توانیم به این سؤال قاطعانه پاسخ دهیم. اگر موفقیت و پیروزی را بعنوان یک نتیجه مطلوب در نظر بگیریم؛ به نظر می‌رسد که افراد نوع A، موفقتر از افراد نوع B هستند. بعنوان مثال، تحقیقی که دانشجویان سال اول کالج را، به دو گروه نوع A و B تقسیم کرده بود؛ نشان داد که نوع A، معدل درسی بالاتری نسبت به گروه نوع B داشتند و ویژگیهای نوع A با تعداد واحدهای درسی که آنها گرفته بودند؛ مشخص می‌شد. تحقیق دیگری نشان داده است که دانشجویان گروه نوع A، احترام بیشتری کسب می‌کنند و تعداد زیادی

نتایج این آزمایش که در شکل ۱ نشان داده شده است، این مسأله را آشکار می‌سازد که افراد نوع A و نوع B، زمانی که همدست آزمایشنده، هیچ توهین یا تحقیری به آنها نمی‌کنند؛ از لحاظ مقدار خشونت که نسبت به او اعمال می‌کنند؛ یکسان بودند. اما زمانی که همدست آزمایشنده، شایستگی و لیاقت آزمودنیها را مورد تردید و انتقاد قرار می‌دهد؛ تفاوت بارزی بین واکنش افراد نوع A و افراد نوع B آشکار می‌شود. آزمودنیهای نوع A نسبت به آزمودنیهای نوع B

از آنها معمولاً به دنبال مدرک کارشناسی ارشد هستند و می‌خواهند زودتر فارغ التحصیل شوند. این امر، مشخص می‌کند که بین نوع A و پایگاه اقتصادی، اجتماعی و شغلی آنها، رابطه وجود دارد.

قابل ذکر است که در حوزه موفقیت نیز، بودن در نوع A ممکن است معایبی داشته باشد. بعضی از محققان ادعا کرده‌اند که خصوصیات افراد نوع A، ممکن است این نتیجه را داشته باشد که با وجود زیادی کمیت، کیفیتی سوال برانگیز داشته باشند. بویژه اهمیتی که تلاش‌هایشان را تحت الشعاع قرار می‌دهد؛ ممکن است پیامدهای غیر خلاق و کلیشه‌ای در برداشته باشد. علاوه بر این ثابت شده است که نوع A، ترجیح می‌دهد به تنهایی کار کند. انزوای اختیاری این افراد، ممکن است تأثیرات مثبت و ایده‌هایی را که همکاران این افراد به گروه می‌آورند؛ کاهش دهد. بنابراین، دلایلی چند وجود دارد که چرا نوع A، بیشتر مایل است شبیه نوع B رفتار کند.

رابطه پزشک-بیمار^۲

پزشک، بیش از هر شخص دیگر، به بعضی از محرمانه‌ترین جنبه‌های زندگی ما، یعنی بدن یا جسم ما (چه از درون و چه از برون)، و همچنین جزئیات شیوه و سبک زندگی ما آگاه است. این محرمانه یکطرفه (یعنی اینکه ما حتی از زندگی روزمره پزشکمان اطلاع نداریم، تا چه رسد به اینکه

بدانیم آنها بدون لباس چگونه هستند.) ممکن است منجر به درجه‌ای از وابستگی عاطفی به پزشک شود که در مقایسه با افراد دیگری که با آنها کنش متقابل داریم؛ یک رابطه غیرمتعارف و غیرمعمول به وجود آورد. این وابستگی، با این حقیقت آمیخته شده است که بیماری، احساس نیاز فرد را افزایش می‌دهد. بنابراین، رابطه پزشک-بیمار شاید بیش از هر نوع رابطه دیگر، ملو از احساسات و عواطف باشد.

علی‌رغم اهمیت رابطه اجتماعی و عاطفی بین پزشک و بیمار، نقش‌های پزشک و بیمار، معمولاً از جنبه‌های فنی و بدنی ارتباط بین آنها نیز، مورد توجه قرار می‌گیرد. اگرچه این وضعیت (ارتباط فنی و بدنی)، بتدریج در حال تغییر است؛ اما هنوز هم تأکید آموزش پزشکی، بر جنبه‌های زیست‌شناختی، تکنولوژیکی پزشکی و مراقبت از بیمار است و کمتر به توصیه پزشک معروف انگلیسی (سر ویلیام اوسلر)^۳ که می‌گوید: کار پزشکی یک هنر است نه یک تجارت؛ یک مسئولیت است

نه یک منبع درآمد؛ مسئولیتی که قلب شما همانقدر در آن فعالیت می‌کند که مغز شما توجه می‌کند. شواهد بسیار زیادی وجود دارد که نشان می‌دهد؛ جنبه‌های اجتماعی و عاطفی روابط پزشک-بیمار نه تنها بر جذابیت متقابل آن دو اثر می‌گذارد؛ بلکه می‌تواند به مراقبت‌های پزشکی بسیار رضایتبخش‌تر و مؤثرتری

نیز منجر شود. برخی از محققان معتقدند که ماهیت ارتباط پزشک-بیمار، می‌تواند حداقل در سه جنبه زیر تأثیرگذار باشد: همکاری بیمار، نتایج درمان و رضایت بیمار.

همکاری بیمار^۶

غالب بیماران، موافقت خود را با پیشنهاد پزشکشان مبنی بر ترک سیگار یا استفاده از رژیم غذایی خاصی، اعلام می‌کنند، اما بعد از بیرون آمدن از مطب، سیگار خود را روشن نموده، یا برای خوردن بستنی، جلوی بستنی فروشی توقف می‌کنند. در حقیقت متابعت از دستور پزشک، امروزه یک مسأله عمده در مراقبت‌های پزشکی محسوب می‌شود. میزان عدم متابعت از پزشک، بین ۴ تا ۹۲ درصد، برای کل بیماران تخمین زده می‌شود. یکی از محققان نیز معتقد است که در حدود ۳۰ تا ۵۰ درصد بیماران، دستورالعملی را که پزشک تجویز می‌کند، بطور کامل اجراء نمی‌کنند (۱۹۳). گرچه اخیراً در اغلب دانشگاه‌های علوم پزشکی آمریکا، واحدهای درسی برای پزشکان در مورد افزایش میزان متابعت، تدریس می‌شود؛ اما حل این معضل، هنوز به نتیجه نرسیده است، زیرا بسیاری از پزشکان، برای چگونگی برخورد با این مسأله آموزش رسمی، نداشته‌اند. تحقیقات متعددی نشان داده‌اند که چگونگی اطلاع‌رسانی به بیمار، می‌تواند تأثیر زیادی بر

متابعت آنها داشته باشد. بعنوان مثال، ارتباط نوشتاری، ممکن است مبهم باشد و متابعت بیماران را کاهش دهد. هنگامیکه یک پزشک روی نسخه بنویسد که یک دارو، مثلاً قرص، باید "همراه غذا" مصرف شود؛ این دستورالعمل، ممکن است از طرف بیمار، به طرق گوناگون برداشت شود: قبل، در حین و یا بعد از خوردن غذا.

همکاری بیمار با دستورالعمل‌های شفاهی یا کلامی پزشک حتی ممکن است کمتر از این نیز باشد. در یک تحقیق، نشان داده شد که تا ۶۰ درصد بیماران، درست متوجه نشده‌اند که چگونه دارو را مصرف کنند. واضح است که چنین بد فهمی، به متابعت کمتر منجر خواهد شد. انتظار می‌رود که وضوح بیشتر در دستورالعملها، متابعت بیشتر را در پی داشته باشد. بیمارانی که دستورالعمل پزشک را بطور کامل بخاطر آورند؛ بیشتر از کسانی که دچار بدفهمی شده‌اند، متابعت می‌کنند. همان اندازه بر همکاری بیمار تأثیر بگذارد. پزشکانی که نسبت به نیازهای بیمارشان؛ سرد، بی تفاوت و بی احساس باشند؛ نسبت به پزشکانی که از نظر بیمارانشان به سلامت روانی آنها همان اندازه اهمیت می‌دهند که به سلامت جسمی آنها قطعاً متابعت کمتری در بیماران خود ایجاد می‌کنند. پزشکانی در بالا بردن میزان متابعت بیمار موفق‌تر هستند

؛ که از نظر بیمار، جذابتر و دوست داشتنی تر باشند و با
علاقه، به بیمار خود توجه کنند. در حقیقت، روشهای افزایش
همکاری بیمار، بر اساس این پیش فرض توسط محقق، مطرح
شده است. این روشها، شامل موارد زیر می باشد:

- تشویق بیماران عادی^۲ (نه دارای بیماری بسیار حاد) به
افشای خود؛

- دادن زمینه مثبت، پذیرفتن و داشتن تفاهم؛

- دادن توصیه های خاص به بیماران که انجام دهند؛

- ملزم کردن بیماران به انجام توصیه های پزشک؛

- ایجاد این احساس در بیمار که او موقعیت را در کنترل
دارد و نسبت به خود، احساس مسئولیت می کند.

نتایج درمان^۱

با توجه به اینکه همکاری بیمار، تحت تأثیر ماهیت رابطه
پزشک - بیمار می باشد؛ منطقی بنظر می رسد که موفقیت

درمان نیز از آن متأثر شود. تصور مثبت از رفتار عاطفی

پزشک، با اعتماد به تخصص علمی وی، ارتباط دارد زیرا
منجر به کاهش ترس و اضطراب در بیمار می گردد. بعنوان

مثال، از آنجا که میزان ترس و اضطراب بیمار قبل از جراحی
، بر بهبودی او بعد از عمل تأثیر می گذارد؛ بنابراین میزان

اعتباری که یک پزشک دارد نیز ممکن است پیامدهای مهمی
برای بیمار بعد از عمل جراحی داشته باشد.

در یک تحقیق این نتیجه به دست آمده است که هر گاه
گروهی از پزشکان، بصورت دسته جمعی از یک بخش و
بیماران آن بازدید نمایند و بطور رسمی در نزدیکی آنها،
راجع به وضعیت بیماران بحث و مذاکره کنند؛ میزان سکت
قلبی و مرگ ناشی از آن، در بین آنها افزایش پیدا می کند. این
محقق، معتقد است که علت افزایش مرگ و میر در بین بیماران
ممکن است به فشارهای روحی که اینگونه بازدیدها ایجاد
می کنند؛ مربوط باشد.

رضایت بیمار^۱

هنگامی که بیماران به ارزیابی کیفیت مراقبتهای پزشکی
می پردازند؛ ماهیت رابطه پزشک - بیمار، عامل تعیین کننده

درجه رضایتی است که آنها بیان می کنند. به عبارت دیگر،

چگونگی رابطه پزشک - بیمار، در ارزیابی کیفیت مراقبتهای
پزشکی بعنوان یک عامل تعیین کننده و مهم، قلمداد می شود.

اثبات این نکته در یک تحقیق وسیع و گسترده ای صورت گرفت

که به بررسی میزان رضایت از مراقبتهای پزشکی، در
یک نمونه ۱۰۰۰ نفری پرداخته است. بیشتر بیماران یا

خانواده های آنها معتقد بودند که مسأله رابطه پزشک - بیمار،
مهمترین عامل نارضایتی آنها از مراقبتهای پزشکی بوده است

. یافته های تحقیقات بعدی نیز، این موضوع را مورد تأیید قرار
دادند. بدین معنی، روشی که پزشک و بیمار با یکدیگر تعامل

نیز باشد. همانگونه که همکاری و رضایت بیمار، به چگونگی تصور بیمار از پزشک مربوط می باشد؛ موفقیت پزشک نیز حداقل تا حدی به مهارت های اجتماعی او بستگی دارد.

گرفتن اطلاعات از بیمار: خوداظهاری^{۱۲}

برای تشخیص صحیح بیماری یک فرد، در ابتدا پزشک باید علائم بیماری او را و شاید به همان اندازه علائمی را هم که بیمار تجربه نمی کند مشخص کند. برای این کار، لازم است که پزشک یک سری پاسخ های صحیح را از بیمار برای پرسش های خود بگیرد، تا روشن کند درد چیست و در نهایت از کجا سرچشمه می گیرد. این کار ساده ای نیست، زیرا پزشک باید با بیش از ۱۳۰۰ مسأله مواجه شود، که اینها فقط مشکلات جسمی هستند و مشکلات دارای ماهیت روانی نیز مسأله را پیچیده تر می کند.

عوامل روانشناسی اجتماعی، نقش مهمی در گرفتن پاسخ های صحیح از بیمار به عهده دارد. بعنوان مثال، نحوه ای که بیماران، مشکلات خود را درک و آشکار می کنند؛ ممکن است تحت تأثیر این عقیده آنها باشد که "بیمار خوب" باید با پزشک همکاری خوبی داشته باشد. بعنوان مثال، یک محقق معتقد است که بیماران بخاطر اقتدار و مقام بالای پزشکان، ممکن است برای دادن اطلاعاتی که به نظر خود آنها جزئی و ناچیز است؛ مردد باشند، و یا درد و ناراحتی را که به

می کنند؛ بیشترین تأثیر را بر رضایت بیمار می گذارد. بنابراین این، واضح است که رضایت بیمار از مراقبت های پزشکی، به رابطه موجود بین پزشک و بیمار بستگی دارد. تا اینجا ما رابطه را تنها از دید بیمار مورد توجه قرار دادیم. حال این سوال پیش می آید که آیا نگرشها و رفتارهای پزشک، تحت تأثیر ماهیت این رابطه قرار می گیرد یا خیر.

پزشک و بیمار

وضعیت زیر را در نظر بگیرید:

تصور کنید پزشک جوانی هستید که تازه پزشکی عمومی را تمام کرده، در یک کلینیک استخدام شده، و اولین هفته کاری خود را شروع کرده اید. در حالی که در یک اطاق معاینه کوچکی که دارای یک صندلی، چارپایه، میز معاینه و یک میز ابزار می باشد؛ منتظر اولین بیمار نشسته اید. به یاد داشته باشید که ۱۳۰۴ مورد از علائم بیماریها را در یک کتاب تألیفی استاندارد شده قبلاً مطالعه کرده اید. چالش شما این است که فقط ۲۰ دقیقه وقت دارید تشخیص دهید، که بیمارتان کدامیک از این علائم را دارد؟

اگر مسائلی را که پزشک با آنها مواجه می شود، تنها در چهارچوبه مسائل پزشکی در نظر بگیریم؛ قطعاً دچار ساده انگاری شده ایم. زیرا لازم است که دانش و اطلاعات یک پزشک در زمینه های دیگر، خصوصاً روانشناسی اجتماعی

(که معمولاً در اطاقهای معاینه است). خوداظهاری را افزایش می دهند.

خودآگاهی بیمار^{۱۳}

عامل دیگری که بر رابطه پزشک - بیمار، اثر می گذارد و ممکن است توانایی پزشک را در تشخیص صحیح بیماری کاهش دهد؛ از نظریه ای که دو محقق (۲۰) در مورد خودآگاهی بیمار ارائه داده اند؛ می توان استنباط کرد. آنها معتقدند که موقعیتهای خاص ممکن است حالتی به نام خودآگاهی عینی^{۱۴} ایجاد کند، که از طریق آن فرد از خود بیشتر آگاهی می یابد و بر تفاوتی که ممکن است بین خود ایده آل^{۱۵} و خود واقعی^{۱۶} وجود دارد؛ تمرکز کند. معمولاً قرار گرفتن در حالت خودآگاهی عینی، یک تجربه منفی است زیرا هنگامیکه خود آگاهی مردم در این مورد افزایش پیدا می کند، احساس ناراحتی می کنند، چون این جریان، منجر به بالا رفتن آگاهی آنها از ضعفها و مشکلاتشان می گردد.

در مورد رابطه پزشک - بیمار، حالت خودآگاهی عینی یک پیامد منطقی فرایندی است که در آن، پزشک بیمار را به جستجو و کاوش محرمانه ترین اطلاعات وا می دارد. در حقیقت، بیمار احتمالاً خود را بعنوان موجودی که دارای عیبهایی و نقایصی هست، می نگرد (یعنی بیماری یا علائم بیماری)

نظر ساده یا بی اهمیت می آید؛ بیان نکنند (۲۶).

یکی دیگر از موانع خود-اظهاری بیمار، خوش بینی بیش از حد بسیاری از آنها - بویژه بیماران طبقه اجتماعی پایین - در مورد توانایی بی چون چرای تشخیصی پزشکان است. بعضی بیماران، آنقدر به مهارت و قدرت پزشکشان اعتماد دارند که احساس می کنند بیماری آنها با یک معاینه، توسط پزشک مشخص می شود. درست به همان شکل که یک مکانیک، با نگاه کردن به موتور یک اتومبیل، می تواند آن را تعمیر کند. اگر بیمار چنین تصویری از پزشک داشته باشد؛ بحث خود-اظهاری، بی معنی به نظر می رسد.

تحقیقات آزمایشگاهی، شیوه هایی را برای بیرون کشیدن خود-اظهاری فرد پیدا کرده اند. محقق معتقد است که خوداظهاری، ممکن است، تحت شرایط معینی، بصورت متقابل ظاهر شود. همچنین؛ ممکن است پزشکان به منظور برقراری ارتباط با بیمار، تا حدودی اطلاعاتی را در مورد خودشان ارائه دهند. همانگونه که ظاهری علوم می گردد.

گرم می تواند خوداظهاری را افزایش دهد. گذراندن وقت بیشتر با بیمار نیز ممکن است سبب خوداظهاری بیشتر شود. حتی ایجاد تغییراتی در محیط ظاهری مطب نیز، ممکن است سبب افزایش خوداظهاری شود. محققانی پی بردند که محیطهای آرام، بیشتر از محیطهای استریل و با نور نامناسب

این امر به تشدید اختلاف یا تفاوت بین خود واقعی و خود ایده آل منجر می شود که آن نیز به نوبه خود، می تواند به کاهش بیشتر احساس سلامت و تندرستی او منجر شود.

همانگونه که مدبقی معتقد است، دو واکنش احتمالی نسبت به حالت خودآگاهی عینی وجود دارد. اول و به احتمال زیاد، مردم سعی می کنند که از محرکهایی که سبب خودآگاهی شده اند، اجتناب کنند. در چنین حالتی، بیمار ممکن است بطور شایسته ای به سوآلهای پزشک پاسخ ندهد، زیرا عملاً در جهت اجتناب از مسأله، تلاش کرده است. با وجود این، راه کاری دیگر نیز برای بررسی احساس خودآگاهی وجود دارد. افراد ممکن است سعی کنند فاصله بین خود واقعی و خود ایده آل را کاهش دهند. در مورد بیماری، این بدان معنی است که افراد، انگیزه بیشتری را تجربه می کنند که بتوانند خود را از حالت بیماری رهایی بخشند. زیرا این حالت، آنها را به خود ایده آل نزدیکتر می کند. به این ترتیب، اگر معتقد باشیم که نتایج آن، بویژه احتمال درمان آنها را افزایش می دهد. این انگیزه، باید آنها را بیشتر به پاسخگویی به تلاش پزشکان برای گردآوری اطلاعات، علاقه مند کند.

نظریه خودآگاهی عینی، بر این باور است که پزشکان برای به دست آوردن اطلاعات از بیمار، لازم است یک راهکار دوسویه را دنبال کنند. اول اینکه، پزشک باید بر

حقایق تأکید کند، که مقایسه منفی بین خود واقعی و خود آرمانی را کاهش دهد. بعنوان مثال، این حقیقت که بیماری جزئی از زندگی اغلب مردم می باشد و به مسأله ارزش و اهمیت فرد ربطی ندارد؛ ممکن است در اجتناب کردن فرد از مقایسه بین خود واقعی و خود آرمانی او مؤثر باشد. دوم اینکه، لازم است پزشک، اهمیت توصیف دقیق و واضح علائم بیماری را برای تشخیص صحیح، برای بیمار، روشن نموده، سعی کند، این احساس را در او به وجود آورد که او، یک جزء مهم از فرایند تشخیص است. چنین راهکاری، ممکن است بر تلاشهای بیمار، به کاهش فاصله بین خود آرمانی و واقعی، تأثیر زیادی بگذارد.

مطلع نکردن بیمار:

هیچکس، از جمله پزشک، مایل نیست اخبار بد را گزارش دهد. امری اخلاقی که از سالیان دراز در جوامع وجود داشته و منشأ تاریخی دارد. (زمانی پیام آورانی که اخبار شکست در جنگ را به امپراطوران رومی می رساندند؛ کلاً توسط گیرنده خبر، به قتل می رسیدند) تحقیقات متعددی نیز نشان داده اند که پزشکان نیز نمی خواهند به بیماران در حال مرگ بگویند که بیماریشان آنها را خواهد کشت. دانشجویان سال اول پزشکی بیشترین اضطراب را، هنگامی تجربه می کنند که بخواهند راجع به بیماری

است که حدود ۸۰ درصد مردم، مایلند از ماهیت بیماری خود مطلع شوند، حتی اگر بیماری آنها مهلک باشد. علاوه بر این، بازنگری شیوه‌هایی که بیماران در مورد جراحی آینده خود مطلع می‌شوند؛ اتفاقات احتمالی، و ماهیت و میزان درد بعد از عمل و عوارض احتمالی آن، نشان دهنده این است که بیماران نسبت به زمانیکه اطلاعات محدودی در مورد بیماری خود دارند، سریعتر درمان می‌شوند و کمتر به داروهای ضد درد و مسکن پناه می‌آورند.

دو محقق، اهمیت آگاه کردن بیمار را نسبت به بیماری و دردهایش و مسائلی که باید انتظار آنها را داشته باشد؛ در یک تحقیق بررسی کرده‌اند، در یک تحقیق میدانی، به ۴۸ بیمار بستری در بیمارستان، میزان و انواع متفاوتی از اطلاعات در مورد یک معاینه اندوسکوپی داده می‌شود. اندوسکوپی، یک معاینه ناخوشایند و نامطلوبی است که در آن یک لوله به آرامی در حلق بیمار به پایین فرو برده می‌شود تا درون سیستم گوارشی فرد، توسط پزشک مشاهده شود. پزشکان، معمولاً اطلاعات کلی و مهم در مورد فرایند اندوسکوپی به بیمار می‌دهند و به بیمار می‌گویند که این فرایند، ممکن است خوشایند نباشد؛ اما قابل تحمل است. آنها بسیاری از اطلاعات جزئی و ریز را حذف می‌کنند.

محققان مذکور دو پیام مهم و اساسی را مهیا کردند یکی

مرگباری با فردی که در حال مرگ است، صحبت کنند. بطور کلی، محققان مردد بودن مردم در انتقال اخبار بد را (اثرمام) نامیده‌اند و این پدیده را، بطور وسیعی در تحقیقات آزمایشگاهی نشان داده‌اند. آنها معتقدند که ناقلان اطلاعات، تصور می‌کنند که دریافت کنندگان خبر مایلند که اخبار خوب به آنها داده شود نه اخبار بد، و این تمایل به خودداری از دادن اطلاعات منفی در وهله اول، محافظت کردن دریافت کننده پیام از اخبار ناخوشایند است. دلایل دیگری نیز ممکن است برای اثرمام، وجود داشته باشد از جمله وقتی مردم مجبور باشند اخبار بد را اطلاع دهند، ممکن است احساس گناه کنند و یا اینکه توسط گیرنده خیر، فردی منفی ارزیابی شوند هرچه دلیل آن باشد، تحقیقات آزمایشگاهی قویاً این پدیده را تأیید می‌کند.

اگر محفوظ ماندن از شنیدن اخبار بد، به نفع بیمار است؛ اثرمام بر روابط پزشک-بیمار تأثیر مثبت یا حداقل خنثی خواهد داشت. با وجود این شواهدی دال بر عکس این قضیه است؛ بیماران، معمولاً تمایل به شنیدن وضعیت جسمانی حقیقی خود دارند، و بعضی تحقیقات، حتی چنین نتیجه گرفته‌اند که اطلاع یافتن بیماران به ماهیت بیماریشان، و مدت زمان احتمالی ابتلا به آن، ممکن است در بهبودی آنها مؤثر باشد. تحقیقات پیمایشی در سطح جامعه، نشان داده

از این پیامها، اطلاعات خاصی راجع به جنبه‌های حسّی روش اندوسکوپی نظیر، حالت تهوع (هنگامیکه گلوی بیمار با داروی بی‌حسی پاک می‌شود)، چسباندن سوزن، و احساس پر بودن یا سیری (وقتی که هوا را به معده بیمار پمپ می‌کنند)، می‌داد. پیام دیگر، دستورالعمل رفتاری بود که به بیمار یاد می‌داد، فعالیت‌های معینی را برای کاهش حالت تهوع انجام دهد. همچنین دستورالعمل‌های خاصی که چه بکند که بتواند براحتی و آرامی، لوله دستگاه اندوسکوپی را داخل معده قرار دهند، با بکارگیری این دو پیام، آنها چهار گروه تجربی را مورد مطالعه قرار دادند: گروه اول، هر دو پیام را دریافت کرد، یک گروه، پیام مربوط به حسها را دریافت کرد، سومی، فقط پیام رفتاری را و گروه چهارم، هیچ پیامی دریافت نکرد. نتایج آزمایش، تفاوت‌های زیادی را با توجه به ماهیت پیام دریافت شده^{۱۸}، نشان داد. مؤثرترین اطلاعات، ترکیبی از دو نوع پیام بود (یعنی گروه اول). در بین گروه اول، بخاطر دریافت هر دو نوع پیام، افراد همزمان با ورود لوله به داخل معده خود، حالت تهوع کمتری به آنها دست داد و به عبارت دیگر، کنترل بیشتری بر رفتار خود داشتند. داده‌های دیگر، بر این دلالت دارند که در حالیکه اطلاعات حسّی به تنهایی علائم ترس و شدت آن را کاهش می‌دهند؛ اما همانگونه که گفته شد، مؤثرترین نتایج از ترکیب هر دو نوع

پیام بدست آمد. نتایج تحقیق محققان پیشنهاد می‌کند که پزشکان باید، درباره آنچه که مربوط به درمان بیمارانشان می‌شود و آنچه که آنها باید از لحاظ تجربه حسّی انتظار داشته باشند، و نیز در این مورد که برای کنار آمدن با علائم بیماری خود چه می‌توانند بکنند؛ اطلاعات صحیح و دقیق ارائه دهند. این بدان معنی نیست که پزشکان باید به تمام بیماران به یک اندازه و به یک شکل در مورد جزئیات بیماری آنها سخن بگویند. بعنوان مثال، در بعضی موارد، بیماران شدیداً در مقابل چنین اطلاعاتی، مقاومت می‌کنند و تلاش در دادن اطلاعات به آنها ممکن است عواقب ناخوشایندی به بار آورد. علاوه بر این، نحوه‌ای که اطلاعات به بیمار ارائه می‌شود نیز بسیار مهم است. پدیده مام، پیشنهادهایی را در زمینه مراقبتهای پزشکی و بهداشتی فراهم می‌کند که چگونه با کسانی که در حال حاضر بیمار هستند رفتار کنیم. حال به این مسأله می‌پردازیم که از این پیشنهاد چگونه باید از بیماریها و مشکلات مربوط به سلامت، جلوگیری کرد.

رویکردهای روان‌شناسی اجتماعی و حفظ سلامت

کمتر پیش می‌آید که راجع به مواردی نظیر اهمیت خوب غذا خوردن، بطور منظم فعالیت ورزشی داشتن، وزن مناسب را حفظ کردن، خواب کافی داشتن، دندانها را شستن

و ... توافقی وجود نداشته باشد . در واقع ، اینها فهرستهای ظاهراً بی پایانی هستند که تقریباً بیشتر مردم جامعه ، راجع به آنها اتفاق نظر دارند . اما هنوز بسیاری از افراد با چنین قواعد بدیهی و واضح کنار نیامده‌اند و از رفتارهایی خودداری می‌کنند که از بسیاری از مشکلات سلامت عمومی جامعه پیشگیری می‌کنند . مسأله ، صرفاً موافقت با توصیه پزشک برای حل مشکلات سلامت خاص و قابل توجهی نیست که ما قبلاً به آنها اشاره کردیم . بلکه موافقت با رژیمهای حفظ سلامت نیز هست که وقتی مورد پیروی قرار می‌گیرند ؛ ممکن است در پیشگیری از بیماریها ، مؤثر بوده و نتیجه مطلوب دهند . در ادامه بحث ، برای حفظ سلامت و پیشگیری از بیماریها ، رویکردهای روان شناسی اجتماعی را مورد بررسی قرار می‌دهیم .

الگوی اعتقادی سلامت^{۱۹}

اگر یک پزشک به شما بگوید که یک قرص را سه نوبت در روز برای معالجه یک بیماری خاص بخورید ؛ احتمال بیشتری می‌رود که شما این پیشنهاد را قبول کنید تا زمانی که او عنوان کند که بهتر است چند کیلو وزن کم کنید . این نتیجه‌گیری بر اساس تحقیقات متعددی است که نشان می‌دهد توصیه‌های پزشکی که جنبه احتیاطی دارند ؛ کمتر مورد قبول و پیروی قرار می‌گیرند .

یک گروه از تحقیقات ، که سعی در تبیین این پدیده دارد ، تحت عنوان مدل اعتقادی سلامت ، یا (HBM) نامیده می‌شود و HBM ، بر عوامل دارای ماهیت شناختی ، زیاد تأکید می‌کند . بویژه آنهایی که فرد آن را به عنوان بیماری حادث درک می‌کند و آمادگی تسلیم شدن در مقابل آن را دارد . همانطور که در شکل (۲) دیده می‌شود HBM دارای ۵ جزء اصلی است که نشان دهنده این است که فرد از یک عملی که به او توصیه شده است ؛ بیشتر اطاعت خواهد کرد .

عامل اول ، حالت آمادگی ذهنی فرد^{۲۰} برای عملی است (جزء A) که بخاطر تسلیم شدن او در مقابل بیماری و شدید بودن آن بیماری است . عامل دوم ، اشاره به عقاید افراد در مورد منافع احتمالی دارد . (جزء B) به نظر می‌رسد که درک فرد از منافع ، بستگی دارد به ارزیابی ذهنی او از میزان ارزش پیشگیری (چقدر احتمال دارد که مسواک زدن از پوسیدگی دندانهایم جلوگیری کند ؟) و قابلیت دسترسی به این روش و اینکه سهولت اجرای آن در چه حد است . در موانع احتمالی ، عمل بازدارنده از منافع آن کسر می‌گردد . چنین موانعی می‌تواند شامل موانع جسمانی ، روانی و هزینه‌های مادی و پولی در جستجوی درمان مورد نظر باشد .

دو جزء دیگر نیز که "عوامل تغییرپذیر" نامیده می‌شوند ؛ در الگوی اعتقادی سلامت وجود دارد (اجزاء C و D) جزء اول

پیشنهادها و تحقیقات نظری، تقریباً این مسأله را بخوبی اثبات کرده‌اند.

تحقیقات زیادی در حوزه پیشگیری از بیماریها، توسط HBM انجام شده و یا در حال انجام شدن است. بعنوان مثال، HBM در یک غربالگری ژنتیکی برای بیماری Tay-Sacks، بکار گرفته شد. این یک بیماری بسیار نادر، اما مرگبار است که از هر ۲۰ کودک یهودی تبار تعداد معینی به آن مبتلا می‌شوند. از طریق یک رویکرد آموزشی فشرده (یعنی راهنمای عمل HBM)، با تمام اعضای گروه هدف (یعنی زوجهای در سنین باروری)، ارتباط برقرار شد. با یک نمونه ۵۰۰ نفری، که برای غربالگری ژنتیکی حاضر شده بودند (عمل پیشگیری که نمونه خون آزمایش می‌شد) و یک نمونه ۵۰۰ نفری، که برای غربالگری خود را در دسترس قرار نداده بودند، تماس گرفته شد و از آنها خواسته شد که پرسشنامه‌ای را تکمیل کنند. نتایج نشان داد، همانگونه که از نمونه می‌توان پیش‌بینی کرد، مشارکت در غربالری، رابطه نزدیکی با مستعد بودن به بیماری دارد. این الگو، از جنبه‌های دیگری نیز، مورد تأیید قرار گرفت.

در حالی که بیشتر تحقیقات، کارآیی و تأثیر HBM را تأیید می‌کند؛ اما بعضی نتایج تأیید نمی‌شوند. بعنوان مثال، بالا بردن میزان ترس از یک بیماری، از طریق ترساندن

(جزء C) از متغیرهای جمعیتی مانند (سن، جنس و نژاد) و متغیرهای اجتماعی-روانی (مانند شخصیت و طبقه اجتماعی) تشکیل می‌شود. جزء دیگر، بعنوان عامل تغییر منشأ عمل است (جزء D) و در وهله اول، از تأثیرات محیطی که بر درک فرد از میزان خطری که بیماری برای او دارد ناشی می‌شود. به نظر می‌رسد که این اجزاء، بصورت غیرمستقیم، یعنی از طریق تغییر و اصلاح ادراک افراد نسبت به مستعد بودنشان به بیماری (جزء A)، جدی و خطرناک تصور کردن آن (جزء E)، و منافع متصور از عمل (جزء B) دخالت کنند.

اساساً، HBM معتقد است که اقدام به پیشگیری از بیماری و مستقیماً تحت تأثیر دو جزء است: درک خطر بیماری، و درک منافع (منهای هزینه‌ها) اقدام به عمل. این دو جزء، توسط دیگر عوامل، تأثیر می‌پذیرند. این نظریه در این باره که چطور اجزاء متنوع و گوناگون را می‌توان کمی کرد یا برای کدام اجزاء، باید سهم مهمتر از اجزاء دیگر در نظر گرفته شوند؛ اطلاعاتی بدست نمی‌دهد. چیزی که این نظریه پیشنهاد می‌کند پیش‌بینی‌هایی است که برای یکدیگر نسبی هستند. بعنوان مثال این نظریه پیشنهاد می‌کند؛ افرادی که خود را نسبت به بیماریها، حساستر می‌دانند؛ بیشتر احتمال می‌رود روشهایی را بکار گیرند که مانع بروز بیماری شوند.

رسانه‌ها به تنهایی ، ۲- رسانه‌ها همراه با دستورالعمل‌های
چهره‌به‌چهره ، ۲- گروه کنترل ، بدون هیچگونه درمانی . در
حالت رسانه‌ها به تنهایی ، آزمودنیها ، دریافت کننده یک
فعالیت شدید مطبوعاتی بودند که سعی در آگاه ساختن
آزمودنیها ، از علل بیماریهای قلبی و اتخاذ رفتارهای خاصی
(نظیر کاهش وزن ، ترک سیگار ، و افزایش تمرینات ورزشی)
بوندند ، که می‌توانست ریسک یا خطر را کاهش دهد . از
بین موضوعات رسانه‌ای بکار گرفته شده ، در این برنامه ،

بیش از ۱۵۰ برنامه کوتاه رادیویی و تلویزیونی ، مقاله‌های
روزنامه‌ای ، و آکهیها و تابلوهای اعلانات و پوستر ، مورد
استفاده قرار گرفت .

در حالت رسانه‌ها ، همراه با دستورالعمل‌های
چهره‌به‌چهره ، آزمودنیها نه تنها در معرض فعالیت شدید
مطبوعاتی بودند ؛ بلکه آنها حداقل در ۹ جلسه آموزشی
که هر کدام بین یک ساعت و نیم تا سه ساعت و نیم طول
می‌کشید ؛ شرکت کردند . در طی جلسات ، که معمولاً
بصورت گروهی برگزار می‌شد ؛ روشهایی که از نظریه
یادگیری اجتماعی استخراج شده بود ؛ بکار گرفته می‌شد .
بعنوان مثال ، مربیان ، الگوی رفتار مناسب را ارائه می‌دادند
همچنین برای تبعیت کامل از رفتارهای مرتبط با سلامتی ، که
هفته قبل از آن ، اجرا کرده بودند تشویق یا تقویت اجتماعی

فرد ، همیشه منجر به بالا رفتن اعمال پیشگیرانه نمی‌شود .
علاوه بر این ، این الگو ، بر نقش تجارب حسنی مستقیم ،
علائم بیماری و واکنش به آن علائم را ، مورد تأکید قرار
نمی‌دهد . با وجود این ، الگوی اعتقادی سلامت (HBM) ، هنوز
بعنوان مدل اصلی عمل پیشگیرانه از بیماری ، مطرح است و
متکی بودن آن بر عوامل دارای ماهیت روانی ، نشاندهنده
اهمیت نظریه روانشناسی اجتماعی در زمینه مراقبتهای
بهداشتی است .

ارتقاء سلامت^{۲۲}

در حالی که الگوی اعتقادی سلامت (HBM) ، سعی در تبیین
عوامل و شرایطی دارد که مردم با انتخاب آنها ، از بیماری و
بیمار شدن اجتناب کنند ؛ بعضی محققان بر روی روشهای
دیگری تمرکز کرده‌اند که ممکن است بکارگیری آنها در
ارتقاء سلامت افراد ، بسیار مؤثر باشد . یکی از بهترین
این روشها ، " برنامه پیشگیری بیماریهای قلبی استانیفورد"
می‌باشد که در سه شهر ایالت کالیفرنیا ، در طی سه سال
به اجرا گذاشته شد . این برنامه برای مقایسه روشهای
آموزش مردم در ترک اعتیاد به سیگار ، تمرینات ورزشی و
رژیم غذایی مناسب ، جهت کاهش خطر بیماری قلبی ، طراحی
شده بود .
در این برنامه ، سه وضعیت وجود داشت ؛ ۱- مطبوعات و

هم (هم از طرف مربیان و هم سایر شرکت کنندگان). تعلق می‌گرفت. دستورالعملها، که معمولاً توسط یک رهبر گروه، همکار او و یک متخصص تغذیه در هر جلسه ارائه می‌شد؛ کاملاً جدی و فشرده بودند.

بالاخره گروه سوم، که در حالت عادی و بدون برنامه درمانی بسر می‌برد. آزمودنیهای این گروه، فقط یک سری پرسشنامه را تکمیل و همانند سایر آزمودنیها در مصاحبه‌ها و معاینات پزشکی شرکت می‌کردند. لازم به یادآوری است

که چون این گروه بصورت طبیعی و آزاد به سر می‌بردند؛ این احتمال وجود داشت که آزمودنیهای این گروه، در معرض اطلاعات رسانه‌ای قرار گیرد. با وجود این، تلاش برای جلوگیری از رویداد این احتمال، به این طریق

صورت گرفت که آزمودنیها را از مناطق جغرافیایی معینی در نظر می‌گرفتند. نتایج این تحقیق گسترده و پیچیده، در نشان دادن کاهش چشمگیر رفتارهای مرتبط با خطر بیماری قلبی امیدوار کننده بود. کاهش چشمگیر خطر بیماری قلبی در طی دوره سه ساله تحقیق، برای هر دو گروه تحت درمان روی داد. علاوه بر این، دانش آنها راجع به علائم خطر بیماریها نیز افزایش یافت. بعلاوه، حالت دوم یعنی رسانه‌ها همراه با دستورالعملهای چهره‌به‌چهره از بعضی جهات دیگر نیز مؤثرتر بود. بعنوان مثال، ترک سیگار در گروه دوم، بسیار

بیشتر از گروه اول (یعنی فقط رسانه) بود.

در حالی که نتایج تحقیق برنامه پیشگیری از بیماریهای قلبی استانفورد (SHDPP)^{۳۳}، ثابت می‌کند که فنون فشرده متمرکز^{۳۴} آموزشی (که قسمتی از آنها بر اساس نظریه یادگیری طراحی می‌شود) تغییرات زیادی را در زمینه رفتارهای بهداشتی می‌تواند به همراه داشته باشد؛ اما این برنامه، مشکل بودن طراحی مؤثر و در مقیاس وسیع را نیز نشان می‌دهد. علاوه بر این، انجام چنین تحقیقی،

فوق‌العاده گران و زمان‌بر است. وقتی روشهای ساده‌تری بکار گرفته شود، ممکن است ایجاد متابعت یا موافقت با رفتارهای بهداشتی و ضامن سلامتی، بسیار مشکلتر باشد. در نهایت، ما هنوز داده‌های قطعی و مطمئنی مبنی بر اینکه آیا عملاً کاهش بیماری قلبی وجود داشته است؛ نداریم -تنها اینکه عوامل رفتاری مرتبط با آن تغییر کردند.

بکار گرفته شود، ممکن است ایجاد متابعت یا موافقت با رفتارهای بهداشتی و ضامن سلامتی، بسیار مشکلتر باشد. در نهایت، ما هنوز داده‌های قطعی و مطمئنی مبنی بر اینکه آیا عملاً کاهش بیماری قلبی وجود داشته است؛ نداریم -تنها اینکه عوامل رفتاری مرتبط با آن تغییر کردند.

بکار گرفته شود، ممکن است ایجاد متابعت یا موافقت با رفتارهای بهداشتی و ضامن سلامتی، بسیار مشکلتر باشد. در نهایت، ما هنوز داده‌های قطعی و مطمئنی مبنی بر اینکه آیا عملاً کاهش بیماری قلبی وجود داشته است؛ نداریم -تنها اینکه عوامل رفتاری مرتبط با آن تغییر کردند.

بکار گرفته شود، ممکن است ایجاد متابعت یا موافقت با رفتارهای بهداشتی و ضامن سلامتی، بسیار مشکلتر باشد. در نهایت، ما هنوز داده‌های قطعی و مطمئنی مبنی بر اینکه آیا عملاً کاهش بیماری قلبی وجود داشته است؛ نداریم -تنها اینکه عوامل رفتاری مرتبط با آن تغییر کردند.

- 1-Chesney, M. A., Fagleston, J. R., & Rosenman, R. H.(1981). Type A behavior : Assessment and intervention . In C. K. Prokop & L. A. Bradley(Eds.), Medical Psychology : Contributions to Behavioral Medicine(PP. 20-37). New York : Academic Press .
- 2-Ortega , D . F.(1983 , August). The Type A coronary – prone behavior pattern : Some recent research on behavioral characteristics . Paper presented at the 91st annual convention of the American Psychological Association , Anaheim , CA .
- 3-Friedman , M . & Rosenman , R . H .(1974). Type A behavior and your heart . Greenwich , CT : Fawcett .
- 4-Rosenstock, I. M.(1966). Why people use health services. Milbank Memorial fund Quarterly, 44, 94-127.
- 5-Matthews , K . A . (1982). Psychological perspectives on the Type A behavior Pattern . Psychological Bulletin , 91 , 293 – 323 .
- 6-Coleman, D . A ., Jr ., Klahr , S ., Valentino , C ., Ramsey , P R ., Caputo . D . V . & Wincink, W . A .(1984, April). A multidimensional analysis of Type – A personality . Paper presented at the annual meeting of the Eastern Psychological Association , Baltimore , MD .
- 7-Carver, C. S., Coleman, A. E., & Glass, D. C.(1976). The coronary –prone behavior pattern and the suppression of fatigue on a treadmill test. Journal of Personality and social Psychology, 33, 460-466.
- 8-Carver, C. S., & Glass, D. C.,(1978). Coronary-prone behavior pattern and interpersonal aggression. Journal of Personality social Psychology, 36, 361-366.
- 9-Waldron, I., Zyzanski, S. y., Shekelle, R. B., Jenkins, C. D., and Tannenbaum, S.(1977). The Cronory-prone Behavior Pattern in Employed men and women . Journal of Human Street, 3, 2-19 .
- 10-Castorf, J. W.(1980). Time urgency of the Type A behavior pattern. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48, 299.
- 11-OSLER, 1904, Cited in H. S. Friedman, H. S., & Dimatteo, M. R.(1979). Health care as an interpersonal process. Journal of Social Issues, 35,1-11.
- 12-Dimatteo, M. R. and Friedman, tt. S.(1982). Social Psychology and medicine . Cambridge, MA: Oelgeschlager, Gunn and Haig .
- 13-Stone, G. C.(1979). Patient compliance and the role of the expert. Journal of Social Issues, 35(1), 34-59.
- 14-Ley, P.(1982). Giving information to patients. In J. R. Eiser(Ed.), Social psychology and behavioral medicine. New York: Wiley.
- 15-Boyd, J. R., Covington, T. R., Stanaszek, W. F., & Coussons, R. T.(1978). Drug defaulting, II . Analysis of Noncompliance Patterns . American Journal of Hospital Pharmacy, 31, 485-491 .
- 16-Svarstad, B.(1976). Physician-patient communication and patient conformity with medical advice. In D. Mechanic(Ed.), The growth of bureaucratic medicine. New York: Wiley.
- 17-Davis, M. S.(1968a). Physiologic, psychological, and demographic factors in patient compliance with doctor's orders. Medical Care, 6, 115-122.
- 18-Rodin, J., & Janis, I. L.(1979). The social power of health care practitioners as agents of change. The Journal of Social Issues, 35, 60-81.
- 20-Ben-Sira, Z.(1976). The function of the professional's affective behavior in client satisfaction: A revised approach to social interaction theory. Journal of Health and Social Behavior, 17, 3-11.
- 21-Jarvinen, K. A. J.(1955). Can ward rounds be a danger to patients with myocardial infarction? British Medical Journal, 1, 318-320
- 22-Koos, E.(1955). Metropolis-what city people think of their medical services. American Journal of Public Health, 45, 1551-1557.
- 23-Doyle, B. J., & Ware, J. E.(1977). Physician conduct and other factors that affect consumer Medical Education, 52, 793, 801.
- 24-Berkowitz, S. B.(1967). Differential diagnosis . Springfield, IL: Thomas.
- 25-Mentzer, S. J., & Snyder, M. L.(1982). The doctor and the patient: A psychological perspective. In G. S. Sanders and J. Suls(Eds.), Social Psychology of Health and Illness(PP. 161-181). Hillsale, NJ : Erlbaum .
- 26-Taylor, S. E.(1979). Hospital patient behavior: Reactance, helplessness. or control? Journal of Social Issues, 35, 156-184.
- 27-Taylor, S. E.(1982). Social cognition and health. Personality and Social Psychology Bulletin, 8, 549-562.

- 28-Leigh, H., & Reiser, M. F.(1980). The patient. New York: Plenum.
- 29-Jourard, S. M.(1964). The Transparent Self. Princeton, NJ: Van Nostrand.
- 30-Chaikin, A. L., Derlega, V. J., & Miller, S. J.(1976). Effects of room environment on self - disclosure in a counseling analogue. Journal of Counseling Psychology, 23(5), 479 - 481.
- 31-Duval, S., & Wicklund, R. A.(1972). A theory of objective self - awareness. New York: Academic Press.
- 32-Wicklund, R. A.(1975). Object self-awareness. In L. Berkowitz(Ed). Advances in experimental social psychology(Vol. 8). New York: Academic Press.
- 33-Feifel, H.(1963). In N. L. Farberow(Ed.), Taboo topics(pp. 8 - 21). New York: Atherton.
- 34-Tesser, A., and Rosen, S.(1975). Why Subjects Say They Would of World not Communicate Affectively Toned Massage, Paper Presented at the Meeting of the Southeastern Psychological Association, Atlanta, GA.
- 35-Blumenfield, M., Levy, N. B., & Kaufman, D.(1978). Do patients want to be told? New England Journal of medicine, 299, 1138.
- 36-Blumenfield, M., Levy, N. B., & Kaufman, D.(1979). The wish to be informed of a fatal illness. Omega, 9, 323 - 326.
- 37-Johnson, J. E., & Leventhal, H.(1974). Effects of accurate expectations and behavioral instructions on reactions during a noxious medical examination. Journal of Personality and Social Psychology, 29, 710 - 718.
- 38-Kaplan, R. M.(1982). Coping with stressful medical exams. In H. S. Friedman and M. R. Dimatteo(Eds.), Interpersonal issues in health care. New York: Academic press.
- 39-Anderson, K. O., & Masur, F. T. III.(1983, August). Psychological preparation for cardiac catheterization. Paper presented at the American Psychological Association, Anaheim, CA.
- 40-Masur, Frank T., III(1981). Adherence to health care regimens. Medical psychology - contributions to Behavioral Medical, 441 - 470.
- 41-Croog, S. H., & Levine, S.(1977). The heart patient recovers. New York: Human Sciences.
- 42-Becker, M. H., & Maiman, L. A.(1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. Medical Care, 13, 10 - 24.
- 43-Sanders, G. S.(1982). Social Comparison and Perceptions of Health and Illness. In G. S. Sanders & J. Suls(Eds.), Social Psychology of Health and Illness. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- 44-Safer, M. A., Tharps, Q. J., Jackson, T. C., & Leventhal, H.(in press). Determinants of three stages of delay in seeking care at a medical clinic. medical care.
- 45-Meyer, A. J., Nash, J. D., McAlister, A. L., Macoby, N., & Farquhar, J. W.(1980). Skills training in a cardiovascular education campaign. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48, 129 - 142.

پانوشته ها

- | | |
|---------------------------------------|--|
| 1-Social Causes of Illness | 13-Patient Self-Awareness |
| 2-Coronary Heart Disease | 14-Objective Self-awareness |
| 3-The Jenkins Activity Survey | 15-Ideal self |
| 4-The Physician- Patient Relationship | 16-actual self |
| 5-Sir William Osler | 17-Mum Effect |
| 6-Patient cooperation | 18-The Nature of the information received |
| 7-Moderate | 19-The Health Belief Model |
| 8-Self-Disclosure | 20-The Person's subjective state of readiness |
| 9-Eliciting Patient | 21-The individual's Beliefs About the Perceived Benefits |
| 10-Treatment Outcomes | 22-Promoting Good Health |
| 11-Patient Satisfaction | 23-Stanford Heart Disease Prevention Program |
| 12-Self disclosure | 24-Intensive |

