

روان شناسی سلامت بالینی

فهرست

مقدمه ۹

بخش اول - اختلالات پزشکی و کاربردهای رفتاری

۱- تومورها ۱۳

عوامل روانی - اجتماعی و رفتاری مرتبط با سبب‌شناسی و پیشگیری از سرطان ۱۴

عوامل روان‌شناختی و رفتاری مرتبط با پیشرفت و درمان سرطان ۲۱

مسیرهای ارتباطی متغیرهای روانی - اجتماعی و رفتاری با بیماری ۲۶

سازگاری با سرطان ۲۸

مداخلات ۳۰

منابع ۳۳

۲- اختلالات غدد درون‌ریز، سوخت‌وساز، تغذیه و ایمنی ۴۳

دیابت ملیتوس ۴۵

فیروز کیستیک ۵۱

چاقی ۵۵

اختلالات غدد درون‌ریز ۵۸

منابع ۶۸

۳- اختلالات سیستم تنفسی ۷۹

نقش روان‌شناسی رفتاری در بهداشت تنفسی ۸۰

بیماری مزمن انسدادی ریه ۸۵

آسم ۸۹

نتیجه‌گیری ۱۱۰

منابع ۱۱۳

بخش دوم - اختلالات رفتار و سلامت

۴- جنبه‌های رفتاری چاقی، رژیم غذایی و بیماری‌های مزمن ۱۲۵

فیزیولوژی، پیامدهای بهداشتی و عوامل تغذیه‌ای و رژیمی ۱۲۶

شیوع چاقی و مصرف مواد غذایی عمده: روند تغییرات ۱۳۶

عوامل رفتاری و روان‌شناختی مرتبط با تغییر رفتار تغذیه ۱۴۳

نتیجه.....	۱۴۷
منابع.....	۱۴۸

۵- اختلالات مصرف مواد..... ۱۵۷

شیوع مصرف و سوء مصرف مواد.....	۱۵۹
ارزیابی و تشخیص اختلالات سوء مصرف مواد.....	۱۶۱
خلاصه و پیشنهاداتی برای ارزیابی و تشخیص.....	۱۶۹
مداخلات مربوط به سوء مصرف دیگر داروها.....	۱۷۳
نتیجه گیری.....	۱۸۰
منابع.....	۱۸۱

۶- مصرف سیگار..... ۱۸۹

نرخ شیوع مصرف سیگار.....	۱۹۰
تعامل بین اعتیاد، شرطی سازی و ژنتیک.....	۱۹۳
تأثیرات محیطی روان شناختی بر شروع و تداوم مصرف سیگار.....	۱۹۷
مداخلات ترک سیگار : ویژگی های مداخلات کلیدی.....	۲۰۵
اجرای برنامه های ترک سیگار در تعداد زیادی از سیگاری ها.....	۲۱۰
نتیجه گیری.....	۲۱۹
منابع.....	۲۲۱

۷- نقش استرس، مقابله، و حمایت اجتماعی در سلامت و رفتار..... ۲۳۵

تعریف استرس.....	۲۳۵
سنجش استرس.....	۲۳۸
تفاوت های فردی در پاسخدهی به استرس.....	۲۴۰
استرس و سلامتی.....	۲۴۱
حمایت اجتماعی.....	۲۵۳
نتیجه.....	۲۶۱
منابع.....	۲۶۱

۸- سازگاری خانواده با بیماری، اختلال و ناتوانی..... ۲۷۱

دیدگاه های مختلف و شواهد همسو.....	۲۷۳
روان شناسی اجتماعی خانواده و سلامت فردی.....	۲۷۳
رویکرد سیستم های خانواده.....	۲۷۶
دیدگاه رفتاری: پاسخ های آموخته شده، شناخت ها و توانایی ها.....	۲۷۸

۲۸۰	..... سهم روان‌شناسی تحولی و کودک
۲۸۷	..... نتیجه‌گیری
۲۸۹	..... منابع

بخش سوم - مدل‌ها و چشم‌اندازها در روان‌شناسی سلامت

۳۰۳	..... ۹- ایمنی‌شناسی روانی عصبی
۳۰۵	..... سیستم ایمنی چیست؟
۳۱۲	..... ایمنی چگونه در پژوهش‌های ایمنی‌شناسی عصبی - روانی سنجیده می‌شود؟
۳۱۷	..... خاستگاه ایمنی‌شناسی عصبی - روانی و نقش آن در روابط ذهن - بدن
۳۳۱	..... نتیجه‌گیری
۳۳۳	..... منابع

۳۴۳	..... ۱۰- نظریه شخصیت و پژوهش در مطالعه سلامت و رفتار
۳۴۴	..... مفاهیم کنونی در پژوهش‌های شخصیت
۳۶۲	..... ویژگی‌های شخصیتی به‌عنوان عوامل خطرزای بیماری
۳۷۴	..... ویژگی‌های شخصیتی و رفتار سالم
۳۷۹	..... نتیجه‌گیری
۳۸۰	..... منابع

۴۰۱	..... ۱۱- مدل‌های روانی اجتماعی
۴۰۲	..... نظریه عمل مستدل و نظریه رفتار برنامه‌ریزی
۴۰۵	..... کاربرد الگوهای روان‌شناسی اجتماعی در پیش‌بینی استفاده از کاندوم
۴۱۶	..... کاربرد الگوهای روانی - اجتماعی در پیش‌بینی رفتار ورزش کردن
۴۲۰	..... خلاصه پژوهش‌های صورت گرفته در زمینه پیش‌بینی رفتار ورزش کردن با کمک سازه‌های شناختی - اجتماعی
۴۳۱	..... مراحل تغییر
۴۳۷	..... منابع

۴۵۴ واژه‌نامه
-----	-----------------

قدمت کاربرد روان‌شناسی در علم پزشکی به زمانی پیش از گسترش رسمی علم روان‌شناسی بازمی‌گردد. تا میانه قرن بیستم، پزشکی چه به لحاظ علمی و چه به لحاظ فناوری غنی نبود. به‌عنوان مثال داروهای بیهوشی تا پایان قرن ۱۹ و آنتی‌بیوتیک‌ها تا قرن بیستم موجود نبودند و بیشترین معجزات مداخلات پزشکی و جراحی‌ها پس از این دوران اتفاق افتاد تا قبل از آن رژیم غذایی، استراحت و روش‌های بالینی اقدامات معمول پزشکی بودند. تحول علم پزشکی امکان درمان بسیاری از بیماری‌ها و اختلالات را فراهم آورد اما این باور را نیز گسترش داد که پزشک تنها مسئول سلامت فرد است. تفکری که نقش بیمار و رابطه پزشک با بیمار را نادیده می‌انگاشت. بر اساس این رویکرد زیستی - پزشکی بیماران صرفاً دریافت‌کننده منفعل مداخلات درمانی قلمداد می‌شدند.

از سوی دیگر گسترش علم پزشکی منجر به افزایش طول عمر بسیاری از مردم و متعاقباً روبه‌رو شدن با بیماری‌های مزمن گردید. در حال حاضر افراد مبتلا به بیماری‌هایی از جمله دیابت، پرفشاری خون، اختلالات مغزی و مشکلات قلبی عروقی طولانی‌تر زندگی می‌کنند و نیاز به مراقبت دارند. اصطلاح chronic care (مراقبت در مشکلات بهداشتی مزمن) یک اصطلاح جامع است که در بردارنده مجموعه مداخلات غیر زیست مکانیکی برای افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن یا انواعی از مشکلات بهداشتی است که نیاز به مدیریت دارند. این مداخلات که به منظور بهبود علائم، کاهش بدکارکردی‌ها، افزایش توانمندی‌ها و ارتقای کیفیت زندگی این بیماران ارائه می‌شوند نیازمند همکاری و حمایت تیم درمانی، افراد مهم زندگی بیمار و طیف وسیعی از خدمات سیستم مراقبت بهداشتی است.

مطالعات دین اورنیش با بیماران قلبی - عروقی وخیم، نشان داد که مداخلات رفتاری برای شرایط پزشکی اثربخش است، اثربخشی مداخلات زیستی رفتاری و روان‌شناختی در مدیریت درد، کاهش زمان بستری در بیمارستان‌ها، کاهش مدت زمان نقاهت بعد از جراحی و دیگر شرایط پزشکی نشان داده شده است. و طی دهه‌های اخیر اهمیت و ضرورت این مداخلات، به تدریج پزشکان، بیماران و سیستم‌های مراقبت بهداشتی را تحت تأثیر قرار داده است.

هدف کتاب حاضر تشریح مساعدهت‌های روان‌شناسی سلامت به دانش علمی، ارزیابی و مداخله در سیستم بهداشتی و مشارکت ارزیابی‌ها و مداخلات روان‌شناختی و رفتاری در درمان اختلالات و بدکارکردی‌های پزشکی است، یا به عبارت دیگر کاربرد بالینی روان‌شناسی سلامت. در بخش اول سیستم بدن و اختلالات وابسته به آن و کاربرد مداخلات رفتاری و روان‌شناختی مورد بحث قرار

گرفته است. در بخش دوم به اختلالاتی پرداخته شده است که رفتار و عوامل مرتبط با سبک زندگی در بروز آنها نقش اساسی دارد و روش‌های اثربخش برای ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها در سطوح مختلف مورد توجه قرار گرفته است. در بخش سوم کتاب نیز مدل‌ها و مبانی نظری پژوهش‌ها، مطالعات و مداخلات در روان‌شناسی سلامت و روندهای آتی آن به بحث گذارده شده است.

این کتاب مجموعه اطلاعات مفیدی را در حوزه روان‌شناسی بالینی سلامت و کاربرد آن در طب نوین فراهم آورده است که می‌تواند مورد استفاده علاقمندان این حوزه از جمله روان‌شناسان، پزشکان، روان‌پزشکان و سایر متخصصین بهداشتی قرار گیرد.

بخش اول

اختلالات پزشکی و کاربردهای رفتاری

ویراستاران
سوزان بنت جانسون
نتان و. پری
جری و رونالد روزنسکی



تومورها^۱

تومورها بیش از صد نوع سرطان را در برمی گیرند که ویژگی همه آنها تراید جهش سلولی و تکثیر مهارگسیخته سلول است. در نتیجه سلولهای طبیعی تغییر می کنند، به طرز غیرقابل کنترل شروع به رشد می کنند، بافت های اطراف را تخریب می کنند و اغلب به اندام های دیگر نیز سرایت می کنند (هاناهان و وین برگ، ۲۰۰۰). این سرطان ها در سراسر جهان باعث بیماری و مرگ و میر می شوند. در آمریکا که سرطان بعد از بیماری های قلبی - عروقی دومین علت مرگ و میر محسوب می شود، سالانه بیش از یک میلیون مورد جدید سرطان تشخیص داده می شود و بیش از پانصد هزار مورد مرگ ناشی از سرطان گزارش می شود (مؤسسه آمریکایی پژوهش سرطان^۲، ۱۹۹۷). از هر دو مرد آمریکایی، یک نفر به یکی از انواع سرطان مبتلا می شود. سرطان های پروستات، ریه و روده بزرگ از شایع ترین سرطان ها در میان مردان آمریکایی است. از هر سه زن آمریکایی نیز یک نفر به سرطان مبتلا می شود؛ در این میان سرطان سینه، روده بزرگ و ریه از شایع ترین انواع سرطان هستند. بر اساس نوع سرطان و شدت آن، پیش آگهی بیماری متغیر خواهد بود. در ایالات متحده سرطان ریه کشنده ترین نوع سرطان در بین زنان و مردان محسوب می شود (انجمن آمریکایی سرطان^۳، ۱۹۹۴).

طی قرن بیستم، بار سرطان (فشار تحمیل شده ناشی از سرطان) به طور چشمگیری افزایش یافته است و در کشورهای صنعتی به عنوان علت اولیه مرگ و میر و معلولیت، جانشین بیماری های

۱. این فصل توسط خانم فاطمه آقایی از فصل دوم جلد یکم کتاب روان شناسی سلامت بالینی ترجمه شده است.

2. American Institute for Cancer Research

3. American Cancer Society

عفونی شده است. عوامل زیادی در گسترش و شیوع روز افزون سرطان نقش داشته است. با کنترل بسیاری از علل مرسوم مرگ‌ومیر زودرس، طول عمر مردم افزایش پیدا کرده است و افراد زیادی تا بزرگسالی زنده می‌مانند. خطر ابتلا به سرطان به‌طور معناداری با سن رابطه دارد و افزایش جمعیت سالمندان، در افزایش نرخ سرطان نقش دارد. مشکلات رفتاری مرتبط با سرطان، مثل چاقی، سبک زندگی کم‌تحرک مصرف سیگار و استرس، افزایش یافته یا برجسته شده است. هم‌زمان با روشن شدن نقش عوامل رفتاری و روان‌شناختی در سبب‌شناسی سرطان، پژوهش‌ها نیز در این زمینه افزایش یافته است. با افزایش اثربخشی تشخیصی و درمان زودرس سرطان در بقای بیماران، اهمیت سازگاری روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران برجسته‌تر شده است. در دو دهه گذشته، پژوهش‌های قوی و راه‌گشایی درباره جنبه‌های رفتاری و روان‌شناختی سرطان منجر به ایجاد زیر شاخه‌ای در سرطان‌شناسی شده است که امروزه با نام‌های مختلفی از قبیل سرطان‌شناسی روانی-اجتماعی، سرطان‌شناسی زیستی-رفتاری و یا روان‌سرطان‌شناسی^۱ شناخته می‌شود. این پژوهش‌ها در فهم اثرات اجتماعی، روان‌شناختی و هیجانی سرطان بر بیماران و خانواده‌های آنها نقش داشته است و سهم عوامل روانی-اجتماعی و رفتاری را در خطر ابتلا به سرطان و سیر بیماری کشف کرده است.

فصل حاضر این پژوهش‌های رو به رشد را خلاصه می‌سازد تا نقش ویژگی‌های روانی-اجتماعی یا رفتاری را در رشد سرطان یا سیر بیماری و بقا مشخص نماید. شواهد مرتبط با تأثیر متغیرهای روانی-اجتماعی در پیشرفت و عود سرطان بسیار همخوان‌تر از شواهد مرتبط با اثرات روانی-اجتماعی در کاهش رشد سرطان است، اما در واقع ممکن است اثر این متغیرهای روانی اجتماعی بیشتر از آنچه باشد که به نظر می‌آید. به علاوه در این فصل تأثیر مداخلات روانی-اجتماعی بر پیامدهای بیماری مورد بررسی قرار گرفته است؛ همچنین درباره نقش روان‌شناسی سلامت در فهم بار روانی-اجتماعی ناشی از سرطان و روش بهینه کاهش آن بحث شده است.

عوامل روانی-اجتماعی و رفتاری مرتبط با سبب‌شناسی و

پیشگیری از سرطان

تحقیق در زمینه ارتباط بین عوامل روانی-اجتماعی یا رفتاری و بروز سرطان با دشواری‌های روش‌شناختی مواجه است، که مانع پژوهش در این زمینه می‌شود. یکی از این مشکلات، گوناگونی نوع و شدت سرطان است. همان‌طور که قبلاً اشاره شد سرطان شامل بیش از صد بیماری می‌شود و تومورها حتی در یک زیرگروه نیز ناهمگنی زیادی نشان می‌دهند. از آنجاکه پیش‌بینی سیر بیماری با نوع و شدت سرطان مرتبط است، این ناهمگنی به متغیرهای مزاحم در پژوهش‌ها می‌افزاید و

پژوهش‌ها نیز نمی‌توانند آن را کنترل کنند. اعمال چنین کنترلی هزینه‌بر و انجام نشدنی است. به نظر می‌رسد در سرطان‌هایی که الگوی پیشرفت بیماری تغییرپذیری کمی نشان می‌دهد، اثر عوامل زیست‌شناختی بر سیر بیماری بسیار مهمتر از عوامل روانی-اجتماعی است. تغییرپذیری زیاد در پیش‌آگهی بیماری احتمالاً منعکس‌کننده تأثیر عوامل روانی-اجتماعی بر آسیب‌پذیری و تاب‌آوری^۱ است که نشان‌دهنده تعامل عوامل زیستی و روانی-اجتماعی می‌باشد. با این وجود، اثر عوامل روانی-اجتماعی در بیماری‌زایی و مرگ‌ومیر ناشی از سرطان بسته به مکان، نوع و شدت سرطان و عوامل خطر شخصی مثل سن و سابقه خانوادگی، متفاوت است. بدین ترتیب تعمیم نقش عوامل روانی-اجتماعی به مجموعه گسترده‌ای به نام سرطان دشوار یا غیرممکن است.

مسئله دیگری که پژوهش درباره سرطان را دشوار می‌سازد، خاموشی طولانی‌مدت بیماری است. سرطان به معنی جهش و رشد کند بافت‌های تومور است؛ در نتیجه ممکن است سال‌ها قبل از آنکه تشخیصی داده شود، بیماری وجود داشته باشد. دانشمندان در مراحل بحرانی پیشرفت بیماری و یا حتی در مراحل اولیه آن نمی‌توانند زمان شروع رشد تومور را تعیین کنند. این مسئله بر ابهام رابطه بین شروع بیماری و حالات و حوادث روانی گزارش شده، می‌افزاید. دیگر محدودیت‌های روش‌شناختی که می‌توان نام برد به این شرح است: ناتوانی در کنترل مناسب متغیرهای بالقوه مداخله‌گر مثل سیگار یا رژیم غذایی، فقدان گروه کنترل یا گروه کنترل نامناسب، فقدان ابزارهای استاندارد روان‌شناختی، دشواری در ارزیابی و کنترل تعامل متغیرهای روان‌شناختی و عوامل خطرزای زیستی-پزشکی و دشواری در سنجش تعاملات میان عوامل روان‌شناختی متعددی که معمولاً مورد اندازه‌گیری قرار می‌گیرند. چنین محدودیت‌هایی باعث ناهمسانی یافته‌های پژوهشی به لحاظ ماهیت، میزان و اهمیت ارتباطات محتمل بین عوامل روان‌شناختی و خطر ابتلا به سرطان و پیامدهای آن، می‌شود.

پژوهش‌هایی که در پی تعیین متغیرهای روانی-اجتماعی مرتبط با رشد سرطان هستند، عمدتاً بر روی سرطان سینه متمرکز شده‌اند. یکی از دلایل چنین تأکیدی، به تغییرپذیری نسبتاً زیاد سیر بیماری در سرطان سینه برمی‌گردد. دلیل دیگر آن‌که، مشخص شده است سرطان سینه تحت تأثیر عوامل هورمونی قرار دارد، این مسئله مسیری را که از طریق آن هیجان‌ات می‌توانند بر ویژگی‌های زیست‌شناختی بیماری اثر بگذارند، به روشنی نشان می‌دهد. از سوی دیگر سرمایه‌گذاری‌های مالی و مسائل سیاسی اجتماعی نیز در افزایش توجه به سرطان سینه به‌عنوان یک هدف پژوهش‌های روانی اجتماعی نقش داشته‌اند. در نتیجه، دانش ما درباره سهم عوامل روانی-اجتماعی در شروع سرطان تا حد زیادی (عمدتاً) بر آگاهی از چگونگی تأثیر این متغیرها بر رشد سرطان سینه مبتنی است. شخصیت، شیوه‌های مقابله، حمایت اجتماعی، استرس و سازگاری از موضوعات روان‌شناختی هستند که به وفور در پژوهش‌ها به بررسی اثر آنها بر سرطان سینه پرداخته شده است.

شخصیت

گزارشات داستان‌گونه و برخی از شواهد اولیه ارتباط بین میزان بروز سرطان و سبک‌های شخصیتی را مطرح کردند. در یک سری از پژوهش‌ها در انگلستان، (موریس، پتین‌گال، واتسون، ۱۹۸۱) پژوهشگران دریافتند بین تشخیص سرطان سینه و گرایش به سرکوب یا جلوگیری از ابراز خشم و هیجانات دیگر ارتباط وجود دارد. این نتایج و دیگر یافته‌های مقدماتی منجر به ایجاد مفهوم «مستعد سرطان» یا «تیپ شخصیتی C» شد. همکاری (یاری‌گری)، تبعیت و تسلیم، خشنودسازی دیگران، ابرازگری پایین، عدم بیان خشم و هیجانات منفی دیگر، از ویژگی‌های شاخص این تیپ شخصیتی است (تموشوک، ۱۹۸۷). مک‌کنا، زون، کرن و راوندز (۱۹۹۹) طی یک فرا تحلیل دریافتند اشخاصی که تیپ شخصیتی آنها اجتناب از تعارض است، به‌طور معناداری در معرض خطر سرطان سینه قرار دارند، با این حال به علت اندازه اثر کم، تفسیر این نتایج باید با احتیاط صورت گیرد. به علت فقدان پژوهش‌های آینده‌نگر در حمایت از رابطه میان شخصیت و خطر سرطان، وجود یافته‌های متناقض و منفی (به‌عنوان مثال پرسکی، کمتورن-راوسون و شکل، ۱۹۸۷) و اندازه اثر کم در فراتحلیل‌ها، به سختی می‌توان نتیجه گرفت که سبک‌های شخصیت در رشد سرطان نقش چشمگیری دارند.

حمایت اجتماعی

با وجود علاقه زیادی که به بررسی عوامل اجتماعی مرتبط با سرطان وجود دارد، دشواری‌های روش‌شناختی منحصربه‌فردی در این زمینه وجود دارد. حمایت اجتماعی یک مفهوم چند بعدی است و شیوه‌های عملیاتی کردن و اندازه‌گیری آن متفاوت است (اریلی، ۱۹۹۸). با توجه به این گوناگونی و ناهمسانی، نتیجه‌گیری درباره اینکه کدام جنبه از محیط اجتماعی اثرات سودمندی بر روی سلامت دارد، دشوار است. بین جنبه‌های ساختاری و کارکردی حمایت اجتماعی تفاوت برجسته‌ای وجود دارد (هلگسن، کوهن، فریتز، ۱۹۹۸). مؤلفه‌های ساختاری اندازه شبکه اجتماعی فرد، درجه آمیزش اجتماعی فرد و وضعیت تأهل او را در برمی‌گیرد. مؤلفه‌های کارکردی به ادراک فرد از دسترس‌پذیری حمایت یا دریافت حمایت اطلاق می‌شود که اغلب به اشکال ابزاری، اطلاعاتی و هیجانی تقسیم می‌شود. با وجود ارزشمندی مفهومی چنین تمایزاتی، تفاوت در نوع و منبع حمایت نسبی است؛ زیرا انواع مختلف حمایت اجتماعی ممکن است برای افراد مختلف یا در شرایط مختلفی سودمند باشد (اسمیت، فرننگال، هولکرفت، جرالده، مارین، ۱۹۹۴). همچنین ممکن است میزان سودمندی اشکال مختلف حمایت اجتماعی برای پیامدهای گوناگون سلامتی، متفاوت باشد. (رن، اسکیزر، لی، کازیس، ۱۹۹۹).

علی‌رغم تأثیر فراگیر و سودمندی کلی که حمایت اجتماعی برای سلامت دارد (به‌عنوان نمونه هوس، لاندیس، آمبرسون، ۱۹۸۸)، شواهد از اثر قوی و محافظت‌کننده حمایت اجتماعی بر روی پیشرفت سرطان حمایت نمی‌کنند (فوکس، ۱۹۹۸). اگر چه چند رابطه معنی‌دار گزارش شده است ولی