

مجموعه درمان‌های اثربخش

ارتقاء کیفیت زندگی در پایان عمر:

مداخلات شناختی- رفتاری

راهنمای درمانگر

فهرست مطالب

۷	تشکر و قدردانی.....
۹	مقدمه.....
۱۳	درباره درمان‌های کارآمد.....
۱۷	اطلاعات مقدماتی برای تسهیل‌گران.....
۳۳	ارزیابی.....

بخش اول: استرس و مقابله

۴۱	جلسه اول: بیماری طبی و استرس.....
۵۷	جلسه دوم: استرس، تفکر و ارزیابی‌ها.....
۷۳	جلسه سوم: مقابله با استرس: راهبردهای مسئله‌مدار و هیجان‌مدار.....

بخش دوم: مدیریت خلق

۹۵	جلسه چهارم: بیماری و خلق: افسردگی.....
۱۱۷	جلسه پنجم: بیماری و خلق: اضطراب.....
۱۳۵	جلسه ششم: بیماری و خلق: خشم.....

بخش سوم: حمایت‌های اجتماعی

۱۵۵	جلسه هفتم: شبکه حمایت اجتماعی.....
۱۶۷	جلسه هشتم: ارتباط و حل تعارض.....

بخش چهارم: کیفیت زندگی

۱۸۹	جلسه نهم: مدیریت علائم پزشکی.....
۲۰۷	جلسه دهم: کیفیت زندگی: هدف‌گذاری و نگاه به آینده.....
۲۲۱	جلسه یازدهم: تاب‌آوری، تعالی و معنویت.....

۲۳۳	هماهنگی برنامه‌ها.....
۲۴۵	ضمیمه.....
۲۴۹	فهرست‌های و ارسی پایبندی.....

۲۶۱منابع
۲۶۹واژه‌نامه انگلیسی به فارسی
۲۷۳واژه‌نامه فارسی به انگلیسی
۲۷۷اسامی خاص

تشکر و قدردانی

من می‌خواهم از حمایت ارزشمند افراد و گروه‌های متعددی که یاری نمودند تا ایده این کتاب مشکل واقعیت به خود بگیرد، سپاسگزاری و قدردانی کنم. این برنامه حاصل سال‌ها پژوهش و تجربه بالینی است که در ابتدا توسط تیم مراقبت مدیریت جامع، در دانشگاه سان‌فرانسیسکو در کالیفرنیا (UCSF¹) بسط و انتشار یافته است فعالیت‌های این تیم چند رشته‌ای با حمایت مالی سخاوتمندانه بنیاد رابرت وود جانسون امکان‌پذیر شد. با عنایت مدیران برنامه، دکتر مایکل رابو و دکتر استیفن مکفی و هم‌افزایی اعضای تیم (کارن اسهانس، سلی آدامز، ران فیلی، سو دیبل، جیسون ساترفیلد، جین پاترسون، سیندی پرلیس، و رود سیگر)، پایه‌های اولیه این برنامه مراقبتی در مرکز پزشکی UCSF گذاشته شد. باید تقدیر ویژه‌ای از بخش پزشکی عمومی داخلی در UCSF، بخاطر تأکید بر اهمیت عوامل روانی - اجتماعی در پایان زندگی و تعهد مداوم نسبت به سلامت رفتاری و اجتماعی در مراقبت‌های اولیه، داشته باشم.

همچنین از پژوهشگران درمان‌های شناختی - رفتاری، معلمان و بالینگران که در جمع‌آوری و تکمیل جعبه‌ابزار مداخلات درمانی تلاش کرده‌اند، قدردانی و تشکر می‌کنم. بی‌شک بدون تعهد، از خودگذشتگی و دانش بالینی این افراد، نمی‌توانستیم ادعایی در مورد بهبود کیفیت زندگی این مراجعین داشته باشیم. از دکتر مارتی سلیگمن، آرون بک، راب درابیس، ریکاردو مونوز، پت آرین، جکی پرسونز، جین الدریدج قدردانی ویژه می‌شود.

عمیق‌ترین قدردانی من باید شامل حال بیماران و خانواده‌های بسیاری شود که در جنبه‌های مختلف این برنامه درمانی شرکت کرده‌اند. حتی زمانی که حال این بیماران بسیار بد بود، در نتیجهٔ بینش، حساسیت و تمایل انسان دوستانه متخصصان برای کمک به مراجعین، محصول نهایی فعالیت‌ها با پیشرفت و بهبود همراه بود.

باید شخصاً به خودم یادآور شوم که از بیماران یاد گرفته‌ام؛ روابط ما با ارزش‌ترین منابع ماست. تنها از طریق حمایت موجود در این روابط است که چنین تلاش‌هایی، امکان‌پذیر می‌شود. از هومر پرز، کایرسن ولز، جف ساترفیلد، اوون ساترفیلد راشل قدردانی می‌شود. از کارل بانتا برای حمایت تزلزل‌ناپذیر، صبر و سرزندگی‌اش صمیمانه تشکر ویژه می‌شود.

جیسون م. ساترفیلد

بیماری‌های مزمن پزشکی، گاه انسان‌ها را در وضعیت ستیز با مرگ قرار می‌دهد. متخصصان و اطرافیان بیمار و ای بسا خود بیماران تمام تلاششان بر این است که مرگ به تعویق بیفتد و افزایش کمیت و طول عمر، محور اصلی درمان قرار می‌گیرد. چنین تمرکزی باعث می‌شود بیماری‌هایی که در پایان عمر قرار گرفته‌اند در مقایسه با افراد دیگری که در مراحل دیگری از زندگی، نظیر آغاز زندگی هستند، بخش‌های زندگی، برخورد متفاوت و تلخی با مرگ و پایان زندگی داشته باشند و برای واپسین لحظات زندگی خود آمادگی و برنامه‌ریزی خاصی نداشته باشند. در یک سخن چنین نگاهی فدا کردن کیفیت زندگی با هدف تأمین کمیت زندگی است.

کتاب حاضر با این هدف به نگارش در آمده است که چگونه می‌توان کیفیت زندگی بیماران را در پایان عمر بهبود بخشید. ممکن است چنین هدفی، برای افرادی که با چالش‌های بیماری‌های مزمن آشنایی دارند کمی عجیب به نظر برسد. مگر می‌توان به کیفیت زندگی فردی پرداخت که بسیاری از توانمندی‌های جسمانی خود را از دست داده است و گاهی انجام ساده‌ترین امور روزانه و مراقبت برایش سخت است؟ مگر می‌توان کیفیت زندگی فردی را افزایش داد که از نشانه‌های جسمانی نظیر درد مزمن، تنگی نفس، مشکلات خواب، خستگی یا ضعف، نداشتن اشتها، کاهش وزن، اختلال حرکتی یا کاهش هماهنگی حرکات بدن و عوارض جانبی دارو یا درمان (حالت تهوع، خواب‌آلودگی، یبوست و غیره) رنج می‌برد؟ وقتی کتاب را بخوانید با اطمینان زیاد به این سؤال پاسخ مثبت خواهید داد.

در این کتاب، برای پرداختن به مسائل، دغدغه‌ها و نگرانی‌های افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن که در پایان عمر به سر می‌برند مداخلات شناختی - رفتاری محور قرار گرفته است. ممکن است برای افرادی که با چالش‌های این بیماران و مداخلات روان‌شناختی آشنایی دارند چنین تأکیدی نامأنوس باشد. از نظر برخی متخصصان، به دلیل اشتغال خاطر این

بیماران با مرگ و ناتوانی‌ها، ممکن است از رویکردهای وجودی و معنادرمانی به‌عنوان گزینه اصلی بهره گرفته شود. البته که این رویکردها سودمندی‌های خاص خود را دارند ولی با چه منطقی نویسندگان کتاب حاضر، مداخلات شناختی- رفتاری را محور قرار داده‌اند؟ در این کتاب به منطق استفاده از رویکرد شناختی - رفتاری پرداخته می‌شود و شواهد پژوهشی در خور توجهی در این خصوص ارائه خواهد شد.

کتاب «ارتقاء کیفیت زندگی در پایان عمر: مداخلات شناختی - رفتاری» با دقت و ظرافت بالا و به‌صورت علمی و مبتنی بر شواهد، نشان داده است که می‌توان با مداخلات شناختی - رفتاری، کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن را افزایش داد و به آنها یاری رساند که با وجود مشکلات جسمانی که با آن مواجه هستند به نحو کارآمدی زندگی کنند. اگرچه این کتاب، با نگاه توانمندسازی متخصصان در کمک به بیماران تدوین شده است، درعین حال به‌صورت ضمنی منجر به تغییر نگاه به مسئله مرگ و نوع برخورد با آن می‌شود؛ امری که در متون تخصصی شناختی - رفتاری به‌ندرت به آن پرداخته شده است.

در این کتاب به‌صورت گام‌به‌گام و نظام‌مند، متخصصان راهنمایی می‌شوند که چگونه طی یازده جلسه، در چهار حوزه استرس و مقابله، مدیریت خلق، حمایت‌های اجتماعی و کیفیت زندگی بیماران را یاری دهند. هر جلسه، با معرفی اهداف آموزشی آغاز می‌شود. در ابتدا به تنظیم مشارکتی دستور کار جلسه و نیز بررسی تکالیف جلسه قبل پرداخته می‌شود، سپس مروری بر جلسه قبل به عمل می‌آید؛ ساختاری که نشان‌دهنده روح حاکم بر جلسات شناختی- رفتاری است. در هر فصل آیتم‌های آن مبحث، به تفصیل و با نگارشی روان به‌گونه‌ای نوشته شده است که گویا متخصص توسط یک سوپروایزر، گام‌به‌گام هدایت می‌شود؛ امری که جای خالی نظارت بالینی را که برای بسیاری از دانش‌آموختگان روان‌شناسی در کشورمان وجود دارد با ظرافت پر می‌کند. یکی دیگر از ویژگی‌های منحصربه‌فرد فصول کتاب، این است که در پایان هر جلسه سؤالات پرتکرار درمان‌جویان مطرح می‌شود سپس به این سؤالات پاسخ داده می‌شود.

اگرچه این کتاب باهدف کاربست مداخلات شناختی - رفتاری به‌منظور ارتقای کیفیت زندگی بیماران مزمن جسمی نوشته شده است که در پایان عمر خویش هستند، با وجود این، نحوه نگارش آن به صورتی است که امکان استفاده از بخش‌های مختلف آن برای دیگر بیماران جسمی مزمن نیز وجود دارد. بر این اساس خواندن این کتاب به روانشناسان سلامت، روانشناسان بالینی و همه متخصصان حرفه‌های سلامت توصیه می‌شود که با بیماران مزمن پزشکی کار می‌کنند به‌ویژه در مورد بیمارانی که ایام واپسین عمر خود را سپری می‌کنند.

اگر از نگارش خوب کتاب صحبت به عمل آمد، لازم است از ترجمه بسیار شیوا و درعین حال، مبتنی بر امانت همکاران ارجمندم تشکر به عمل آید که موجب دوام این نگارش خوب بوده‌اند. همچنین لازم است از دست‌اندرکاران ارجمند انتشارات وزین ارجمند در خصوص دقت عمل و همکاری‌های صمیمانه‌شان تشکر به عمل آید.

دکتر حمید پورشریفی

متخصص روان‌شناسی سلامت

دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

درباره درمان‌های کارآمد^۱

در طول چند سال گذشته پیشرفت‌های خیره‌کننده‌ای در حوزه بهداشت و درمان صورت گرفته است، اما شواهد پژوهشی در مورد بسیاری از مداخلات و استراتژی‌های رایج و پذیرفته‌شده در سلامت روان و طب رفتاری، پرسش‌هایی را به ذهن متبادر می‌کند، زیرا این شواهد نه تنها آن‌طور که باید، نشان از سود و مزایای این مداخلات ندارد بلکه گاهی حاکی از صدمه و آسیب این درمان‌ها بوده است. شواهد پژوهشی موجود که بالاترین استانداردها را لحاظ کرده‌اند، اثربخشی این مداخلات را تأیید کرده و منجر شده است که توصیه شود این شیوه بیشتر برای عموم، در دسترس قرار گیرد. تحولات متعدد از این انقلاب بر می‌خیزد. نخست، درک بسیار عمیق‌تری از آسیب‌شناسی روانی و جسمانی را برای ما فراهم می‌کند که منجر به ایجاد مداخلات هدفمندتر و جدید می‌شود. دوم، روش‌های پژوهش به میزان قابل توجهی بهبود یافته است؛ به طوری که تهدیدهای وارد شده به اعتبار درونی و بیرونی کاهش یافته است. امری که موجب می‌شود نتایج پژوهش به طور مستقیم در موقعیت‌های بالینی قابل اجرا باشد. سوم، دولت‌ها در سراسر جهان و سیاست‌گذاران و سیستم‌های بهداشت و درمان تصمیم گرفته‌اند که کیفیت درمان باید بهبود یابد، درمان باید مبتنی بر مدارک و شواهد باشد و به نفع عموم است که از این امر اطمینان حاصل شود (بارلو، ۲۰۰۴؛ انستیتو پزشکی، ۲۰۰۱).

البته عمده‌ترین مانع برای درمان‌گران بالینی در هر جا، عدم دسترسی به مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر آخرین شواهد منتشر شده است. کارگاه‌های آموزشی و کتاب‌ها تاکنون تنها توانسته‌اند درمان‌گران^۱ مسئول و وظیفه‌شناس را با آخرین شیوه‌های رفتاری بهداشت و درمان و کاربردشان برای جلسات انفرادی درمان آشنا کنند. یک‌سری کتاب‌های

1. TreatmentsThatWork™
2. practitioners

جدید با عنوان «درمان‌هایی که کارآمد هستند»، تلاش دارند تا این مداخلات جدید هیجان‌انگیز را به صف اول درمان‌های انتخابی برای درمانگران بالینی تبدیل کنند.

در این مجموعه‌ها، دفترچه راهنما و کتاب‌های کاری وجود دارد که شامل مراحل گام‌به‌گام دقیق برای ارزیابی و درمان مشکلات و تشخیص‌های خاص است. اما فراتر از کتاب‌ها و دفترچه‌های راهنما است، زیرا به موضوع‌های جانبی‌ای می‌پردازد که تقریباً مشابه فرایند نظارت بالینی است و در آن به بالینگران کمک می‌شود تا به‌طور مستقل این روش‌ها را به کار ببندند.

در سیستم بهداشت و درمان اخیر، اجماع رو به افزایش بر این است که مداخله‌های مبتنی بر شواهد، اقدامات مسئولانه‌تری برای خدمات بهداشت و روان حرفه‌ای ارائه می‌دهد. همه متخصصان بالینی در زمینه سلامت رفتاری، به‌طور عمیق تمایل دارند که بهترین نوع مراقبت ممکن را برای بیماران خود فراهم کنند. در این مجموعه کتاب‌ها، هدف ما پر کردن شکاف بین اطلاعات و عملی شدن آنها است.

کتابچه کنونی که راهنمای تسهیل‌گران است و همین‌طور کتاب کار مربوط به مراجعین، برای کمک به افراد در مقابله با بیماری‌های مزمن و یا بیماری‌های پایان‌دهنده زندگی، طراحی شده است و بر مراقبت به‌جای درمان تمرکز کرده است. اگرچه به واسطه این راهنما ممکن است بیماری این افراد بهبود نیابد و یا بر عمرشان افزوده نشود با وجود این، از طریق حمایت از سلامت روانی، اجتماعی و معنوی این افراد، درد و رنج آنها کاهش می‌یابد و به کیفیت زندگی‌شان نیز به‌اندازه کمیت زندگی، توجه لازم صورت می‌پذیرد.

این برنامه مشارکتی که مهارت‌مدار است، نیازهای عاطفی، روانی و معنوی بیماران را مورد توجه قرار می‌دهد؛ از ساختاری انعطاف‌پذیر و متنوع استفاده می‌کند و می‌تواند متناسب با هر مراجع، به بهترین شکل به عمل درآید. جلسات، مدیریت استرس، خلق و علائم را در برمی‌گیرد. مراجعین می‌توانند روی بهبود حمایت اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی کار کنند. همچنین این برنامه به بررسی نگرانی‌های عملی در مورد مراقبت‌های پزشکی پرداخته و مسائل معنوی را مورد کاوش قرار می‌دهد. این مجموعه دربردارنده تعیین هدف‌گذاری و طبقه‌بندی گسترده‌ای از تکنیک‌های شناختی-رفتاری است و متخصصانی را که کارشان مرتبط با این حوزه است، هدایت می‌کند تا به بیماران کمک کنند که با شرایطشان سازگار شوند و بتدریج برای پایان زندگی خود آماده شوند.

دیوید چ بارلو- ویراستار ارشد، درمان‌های کارآمد

بوستون، ماساچوست

Barlow, D. H. (2004). Psychological treatments. *American Psychologist*, 59, 869-878

Institute of Medicine (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press.

اطلاعات مقدماتی برای تسهیل گران

اطلاعات پیش‌زمینه‌ای و هدف این برنامه

پیشرفت‌های غیرمنتظره در پزشکی قرن بیستم منجر شد که در طرز فکر جامعه پزشکی و عموم مردم نسبت به پایان زندگی، تحولی ایجاد شود. مرگ دشمنی شد که باید بر آن غلبه کرد یا تا آنجا که ممکن است از ترکش آن دور ماند. وقتی در آموزش پزشکی، اندیشه علاج بیماری‌ها جای مراقبت و تیمار بیماران را می‌گیرد، کیفیت زندگی فدای کمیت آن می‌شود. «فناوری پیشرفته^۱» جای «ارتباط و مراقبت کافی^۲» را گرفت. یکی از موفقیت‌های رویکرد فناوری پیشرفته، افزایش غیرقابل‌انکار امید به زندگی بوده است. افراد در کشورهای صنعتی عمر طولانی‌تری دارند و بیشتر به دلیل بیماری‌های مزمنی می‌میرند که باعث نقصان و تحلیل رفتن‌های تدریجی و توقف‌ناپذیر به سمت مرگ می‌شود. این تغییر در علت و مسیرهای منجر به مرگ و همین‌طور تعداد رو به افزایش جمعیت سالخورده، باعث شد روز به روز نیازهای بیشتری در زمینه مدیریت بیماری مزمن و توجه به نیازهای غیرپزشکی در مرحله پایان عمر احساس شود.

با پدیدآیی جنبش آسوده‌مرگی^۳ مدرن و انتشار اولیه برخی آثار پژوهشی مانند کتاب «درباره مرگ و مردن» نوشته کوبلر-راس، مفهوم مراقبت همه‌جانبه از بیمار در هر مرحله از زندگی اعم از مرگ، مشروعیت یافت. «پایان زندگی» نیز مانند «آغاز آن» اهمیت یافت. لازم شد که همانند تولد، برای مرگ نیز برنامه‌ریزی و تدارک‌های لازم به عمل آید و چالش‌های پزشکی، روانی، عاطفی و معنوی مهمی در این زمینه مطرح شد. برای رفع نیازهای همه‌جانبه فرد، اغلب به یک تیم چند رشته‌ای با ابزارها و منابع انعطاف‌پذیر نیاز است.

1. High tech
2. high touch
3. Hospice

این برنامه درمانی به منظور توانمندسازی ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی برای برطرف کردن نیازهای روانی، عاطفی و معنوی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن پیشرفته، ایجاد شد؛ بیمارانی که هنوز آن‌قدر در سلامت هستند که بتوانند حضوری فعال در درمان داشته باشند، یعنی جمعیتی در «آغاز فرجام عمر». اگرچه منابع عالی متعددی در اختیار مراقبان قرار دارد، اما برای افراد در شرف مرگ برنامه‌های مشابه اندکی وجود دارد. اگرچه دیگر نظام‌های نظری مانند انسان‌گرایی، هستی‌گرایی، خانواده‌درمانی سیستمی، مشاوره معنوی^۱، مرگ‌شناسی و مدیریت فردی بیماری مزمن سهم بسزایی در چارچوب و رویکرد کلی برنامه داشته‌اند، بسیاری از ابزارهایی که در این برنامه درمانی ارائه شده‌اند تا حد زیادی مبتنی بر درمان شناختی- رفتاری (CBT)^۲ هستند.

تسهیل‌گران باید تا حدودی در مورد مداخلات شناختی رفتاری تخصص داشته باشند. مددکاران اجتماعی، پرستاران و مشاوران کارشناس ارشد یا افراد دیگر می‌توانند در نقش تسهیل‌گر باشند به این شرط که آموزش سلامت روان دیده باشند. فلسفه اساسی این برنامه، از مدل چند رشته‌ای مراقبت‌های آسوده‌مرگی حمایت می‌کند، اما سلامت روان و دیگر دغدغه‌های روانی- اجتماعی را بیشتر برجسته می‌کند. در حالت ایده‌آل، مدیریت گروهی و چندرشته‌ای اتفاق خواهد افتاد. توصیه می‌شود که همه تسهیل‌گران، بسته به سطح صلاحیت و سطح دشواری وضعیت مراجع، حمایت‌ها و مشاوره‌های منظمی داشته باشند. برای سهولت دسترسی، فهرست‌های واریسی پایبندی به درمان^۳ در پیوست آمده است. هر فهرست واریسی شامل خلاصه‌ای از جلسه مربوطه و جای خالی برای یادداشت است. تسهیل‌گران می‌توانند به‌عنوان بخشی از فرایند نظارت، از این فهرست واریسی استفاده کنند و نیز با استفاده از این فهرست واریسی برای هر یک از مؤلفه‌های جلسه، برآوردهای زمانی انجام دهند. فرم‌های موجود در کتاب را می‌توان برحسب نیاز کپی کرد.

تمرکز روی اختلال یا مسئله

اگرچه ممکن است علت، زمان‌بندی و شرایط مرگ برای افراد مختلف، بسیار متغیر باشند اما هرکس باید سرانجام با مرحله پایانی زندگی مواجه شود. برنامه حاضر به منظور کمک به مراجعین بزرگسالی گسترش یافته است که بیماری مزمن پیشرونده‌ای دارند که به احتمال زیاد منجر به مرگ خواهد شد. در چنین شرایطی این افراد فرصت دارند تا برای

1. pastoral counseling
2. Cognitive Behavioral Therapy
3. fidelity

مرگ آماده شده و تا حدی روی آهنگ و شدت مشکلات خود کنترل داشته باشند. باید توجه داشت که این برنامه برای کودکان مبتلا به بیماری‌های کشنده طراحی نشده است.

بیماری‌های مزمنی که علل اصلی مرگ‌ومیر هستند عبارت‌اند از بیماری قلبی، سکنه، بیماری ریوی، سرطان و دیابت. مسائلی که سهم بسزایی در این بیماری‌ها دارند، عبارت‌اند از: چاقی، فشارخون بالا، کلسترول بالا، سیگار کشیدن و مصرف بی‌رویه الکل (مک‌گینیس و فوگ، ۱۹۹۳). سطوح آسیب‌شناختی استرس مزمن، افسردگی و اضطراب می‌توانند اختلالات روانی را تشدید کرده و پیشرفت بیماری را سرعت بخشند (ادلر و متیوز، ۱۹۹۴).

این برنامه مسائل گسترده‌ای را که معمولاً در طول بیماری‌های جدی رخ می‌دهند، هدف قرار می‌دهد. این مسائل شامل استرس و مقابله، افسردگی، اضطراب، خشم، حمایت اجتماعی، ارتباطات، کار کردن با مراقبان، مدیریت علائم و معنویت می‌شود. باید توجه داشت که بیشتر مراجعین در پایان زندگی از نظر بالینی، افسرده و یا دچار دیگر اختلالات روانی نیستند. با این وجود، بسیاری از آنها برای سازگاری با وضعیت موجود، با چالش‌هایی مواجه می‌شوند و می‌توانند از حمایت‌های عاطفی و عملی این برنامه بهره ببرند. هدف اصلی این برنامه به حداکثر رساندن کیفیت زندگی در پایان عمر است که به‌وسیله تسکین رنج‌های غیرضروری و تسهیل دستیابی مراجع به یک «مرگ خوب»^۱ امکان‌پذیر می‌شود.

ارزیابی و تشخیص

قبل از شروع درمان می‌بایست ارزیابی و تشخیص کاملی انجام بگیرد. با توجه به طیف گسترده مسائلی که ممکن است مطرح شود، لازم است که به‌منظور پرداختن به آسیب‌های روانی و مسائل کلی‌تر مربوط به مقابله و سازگاری، از ابزارهای ارزیابی متفاوتی استفاده شود. باید به خاطر داشت که هر درمان‌جویی از شرایط پزشکی جدی برخوردار خواهد بود که ممکن است بر عملکرد وی در ارزیابی‌های گوناگون تأثیر بگذارد، برای مثال نمرات خستگی، بی‌خوابی، یا کاهش وزن ممکن است به خاطر وضعیت پزشکی فرد باشد و نه آسیب روان‌شناختی او.

این برنامه به‌طور عمد طوری طراحی شده است تا بر اساس نتایج ارزیابی، انعطاف‌پذیری لازم را از نظر تمرکز مداخله، شدت و طول مدت آن، داشته باشد. لازم است داده‌های

1. good death

حاصل از ارزیابی‌ها به منظور برنامه‌ریزی درمان، هدف‌گذاری و تدوین تمرین‌های خود مراقبتی اولیه، مورد استفاده قرار گیرند (برای تغییرات گروه، زوج‌ها و قالب‌های دیگر به فصل هماهنگ کردن و منطبق کردن برنامه در پایان این کتاب نگاه کنید). نتایج ارزیابی اولیه باید در طول جلسه اول با درمان‌جو در میان گذاشته شود. درمان‌جویان باید در طول برنامه در خودسنجی‌ها و تغییراتی که احتمالاً باید در مداخله ایجاد کرد، مشارکت داشته باشند. بحث بیشتر در مورد مسائل مربوط به ارزیابی و ابزارهای پیشنهادی در فصل بعد ارائه شده است (ارزیابی).

معیارهای تشخیصی برای اختلالات سازگاری

در مطلب زیر، معیارهای اختلالات سازگاری را براساس کتابچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (چاپ چهارم، متن تجدیدنظر شده) (DSM-IV-TR)، انجمن روان‌پزشکی آمریکا، (۲۰۰۰) فهرست کرده‌ایم. لطفاً توجه داشته باشید که ممکن است مراجعین معیارهای اختلالات دیگر از جمله افسردگی اساسی یا اضطراب منتشر را نیز داشته باشند. باین حال بسیاری از مراجعین در آغاز فرجام زندگی، تشخیص جدید روان‌پزشکی دریافت نخواهند کرد. بایستی هرگونه سابقه اختلال روانی و سوء مصرف مواد مخدر بررسی شود تا پیش‌آگهی احتمالی ارزیابی گردد و مداخلاتی برای جلوگیری از عود، طراحی شود.

معیارهای تشخیصی برای اختلالات سازگاری

الف. ایجاد علائم رفتاری یا هیجانی در پاسخ به یک عامل استرس مشخص که ظرف سه ماه از شروع عامل استرس رخ دهد.

ب. این علائم یا رفتارها در صورتی از نظر بالینی معنادار هستند که یکی از دو مورد زیر مشهود باشند:

۱. آشفتگی بارز بیش از آن چیزی است که از مواجهه با عامل استرس انتظار می‌رود.

۲. مشکل خاص در کارکرد شغلی (تحصیلی) یا اجتماعی.

ج. اختلال ناشی از استرس، با معیارهای اختلال خاص دیگری از محور ۱ (اختلال بالینی) تطابق ندارد و صرفاً تشدید یک اختلال محور ۱ یا ۲ (اختلال شخصیتی یا عقب‌ماندگی ذهنی) نیست که از قبل موجود بوده است.

د. علائم، نشان‌دهنده سوگ یا داغدیدگی نیستند.

هـ. زمانی که عامل استرس‌زا (یا پیامدهای آن) تمام می‌شود، علائم بیش از ۶ ماه باقی نمی‌مانند.

مشخص کنید بیماری از کدام یک از انواع زیر است:

الف. حاد: اگر اختلال کمتر از ۶ ماه به طول انجامد

ب. مزمن: اگر اختلال ۶ ماه یا بیشتر به طول انجامد

انواع فرعی اختلالات سازگاری بر اساس علائم غالب انتخاب می‌شوند:

■ با خلق افسرده

■ با اضطراب

■ با خلق افسرده و اضطراب به‌طور مختلط

■ با اختلال رفتاری

■ با اختلال رفتاری و هیجانی

■ نامعلوم

گسترش و شواهد اولیه برای این برنامه

برنامه حاضر ابتدا در سال ۱۹۸۸ به‌عنوان بخشی از یک پروژه چند رشته‌ای بزرگ، با حمایت مالی رابرت وود جانسون و رهبری مایکل رابو توسعه داده شد. این پروژه برای ارائه مراقبت‌های مبتنی بر شواهد به بیماران در «آغاز فرجام زندگی»، در دانشگاه کالیفرنیا، سان‌فرانسیسکو، یک تیم مراقبت جامع^۱ (CCT)، ایجاد کرد (مکفی، پانتیلات، دیبل، رابو، ۲۰۰۴). بیمارانی که در تیم مراقبت جامع شرکت می‌کردند، به‌شدت بیمار بودند و فعالانه به دنبال این بودند که به‌طور سریایی، درمان دریافت کنند. بیماران، مبتلا به سرطان، گرفتگی قلب و یا بیماری مزمن انسدادی ریوی^۲ با پیش‌آگهی^۱ تا ۵ سال بودند. ۵۰ بیمار در شرایط مداخله وارد شدند و ۴۰ نفر نیز به‌عنوان گروه شاهد انتخاب شدند. از آنجا که

1. Comprehensive Care Team
2. chronic obstructive pulmonary disease (COPD)

بخشی از مداخله شامل آموزش و تعلیم پزشک بود، تصادفی‌سازی در سطح کلینیک پزشک و نه در سطح بیماران رخ داد.

بیماران شرکت‌کننده در مداخله، فهرستی از گزینه‌ها شامل مشاوره‌های تسکین‌دهنده، مدیریت درد، خدمات اجتماعی، مشاوره معنوی، تجربیات هنری و مراقبت از بدن با برنامه روان‌درمانی را دریافت کردند. هدف کلی تیم مراقبت جامع، نشان دادن امکان مشاوره‌های تخصصی و مراقبت‌های بالینی برای این جمعیت از بیماران و کاربرد بالینی آن برای این افراد بود. تیم مراقبت جامع، کارایی مستقل برنامه‌های مراقبت از بدن و هیچ‌یک از عناصر تشکیل‌دهنده تیم را آزمون نکرد. نتایج حاصل از این مطالعه نشان‌دهنده بهبودهایی در تنگی نفس، اضطراب، خواب و سلامت معنوی بود اما در بهبود درد، افسردگی و کیفیت زندگی با شکست مواجه شد (رابو، دیبل و همکاران، ۲۰۰۴). شکست مراقب اولیه در پیروی کردن از توصیه‌های مشاوره و همچنین ثبت‌نام و حضور نسبتاً کم بیماران در مؤلفه‌های درمان روانی - اجتماعی، ممکن است دستاوردهای این زمینه‌ها را محدود کند. بیمارانی که مشکلات آمد و رفت، درد کنترل نشده و اضطراب از شرکت در گروه را داشتند این عوامل را به‌عنوان موانع اصلی برنامه مراقبت از بدن مطرح کردند.

دکتر ساترفیلد به‌عنوان روانشناس تیم مراقبت جامع، روش گروه درمانی مبتنی بر شواهدی به نام «مراقبت از بدن» را توسعه داد. اگرچه ضرورتی نداشت که شرکت‌کنندگان معیارهای DSM-IV برای افسردگی بالینی یا اضطراب را داشته باشند، از مداخلات مبتنی بر CBT برای آموزش مدیریت خُلق و راه‌های مقابله با استرس استفاده شد. با توجه به اهمیت حمایت اجتماعی در این جمعیت بیمار، جلساتی در خصوص ارتباط و حل و فصل تعارض‌ها به برنامه اصلی اضافه شد. بر اساس بازخورد شرکت‌کنندگان و موفقیت یک برنامه محلی در زمینه آموزش مراقبان که توسط سلی آدامز طراحی شده بود، اطلاعات مفیدی برای مدیریت علائم و کار با ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی جمع‌آوری شد. جلسه آخر که روی معنویت کار می‌کرد، با داده‌های حاصل از یک مطالعه مروری در زمینه تیم مراقبت جامع انجام پذیرفت که توسط رود سیگر صورت گرفته است. از داده‌های شرکت‌کنندگان به‌منظور بهبود حساسیت‌های فرهنگی و افزایش پذیرش آن در فرهنگ‌های مختلف، استفاده شد.

با توجه به گستردگی مهارت‌های معرفی‌شده در مورد مراقبت از بدن، این برنامه‌ها به‌عنوان نمونه‌ای خاص از مهارت‌های مقدماتی، شکل داده شد. که می‌تواند به شرکت‌کنندگان کمک کند تا در برنامه‌های متمرکزتر یا مشاوره‌های فردی، مرتبط‌ترین مهارتی را که باید در خودشان ایجاد کنند، بیابند. پس از چند جلسه گروهی، قالب مشاوره

از گروهی به مشاوره فردی تغییر پیدا کرد تا حمایت بیشتری به تک تک افراد ارائه شود و برنامه نیز همخوانی بهتری با نیازهای فرد داشته باشد. درمان فردی برای مراقبت از بدن، ۴ الی ۲۴ جلسه بود و گاهی اوقات شامل مشاوره تلفنی و اینترنتی نیز می‌شد. اگرچه عناصر برنامه توسط متخصصان کارشناس ارشد در حوزه‌های مددکار اجتماعی، مشاور، پرستار روان‌پزشکی و علوم مذهبی اجرا می‌شد، اما هر دو قالب مشاوره‌های گروهی و انفرادی، توسط یک روانشناس در سطح دکترا تسهیل می‌شد. اطلاعات بیشتر در مورد تغییرات، سازگاری‌ها و تدارکات گروهی در فصل مربوط به منطبق کردن و هماهنگ کردن برنامه مورد بحث قرار می‌گیرد.

مرور همه مطالعاتی که از اثربخشی CBT برای اختلالات خلقی، استرس و موارد دیگر حمایت می‌کنند، فراتر از محدوده این فصل است. با این حال تعدادی از مطالعات کلیدی و برنامه‌های درمانی، عناصر بنیادی مهم مداخله را مطرح کرده‌اند. نظریه شناختی استرس و مقابله با آن (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴) و برنامه آموزش اثربخشی مقابله^۱ یا CET (چسنی، چامبرز، تیور، جانسون و فولکمن، ۲۰۰۳) به‌عنوان مبنایی برای بخش‌های مدیریت استرس و مهارت‌های مقابله با آن مورد استفاده قرار گرفت. CET در بهبود مقابله و خلق‌وخو در یک جمعیت مضطرب مبتلا به HIV اثربخش بوده است (چسنی و همکاران، ۲۰۰۳). بخش مربوط به راهبردهای مدیریت افسردگی و سایر ابعاد خلق، به‌شدت تحت تأثیر کار ریکاردو مونوز و همکارانش در بیمارستان عمومی سان‌فرانسیسکو است (مونوز و میراندا، ۱۹۹۴؛ مونوز و همکاران، ۱۹۹۵). کار شناختی آرون بک و همکارانش (بک، راش، شاو، و امری، ۱۹۷۹) و درمان مبتنی بر حل مسئله^۲ توسط نژو (۱۹۸۶) و آراین (۲۰۰۱) نیز بر طراحی این بخش تأثیراتی کلیدی داشتند. حمایت‌های پژوهش‌های تجربی و یا زیربنای مفهومی تمرین‌های خاص در فصل‌های مربوطه ارائه شده است.

مطالعات تجربی دیگری نشان داده است که مداخلات روانی-اجتماعی در جمعیت‌های مشابه، مؤثر است. به‌عنوان مثال، آموزش آرام‌سازی برای بیماران سرطانی، بیماری‌های مزمن انسدادی ریه (COPD) و یا نارسایی احتقانی قلب مؤثر است (بوریش و جنکینگ، ۱۹۹۲؛ چانگ و همکاران، ۲۰۰۵؛ گیفت، مور، و سوکن، ۱۹۹۲). در بیماران دچار سرطان پستان و سالمندان مبتلا به نارسایی قلبی، مدیریت استرس به بهبود کیفیت زندگی منجر می‌شود (آنتونی و همکاران، ۲۰۰۶؛ لوسکین، ریتز، نیوول، کوئین، و هاسکل، ۲۰۰۲).