

الفبای طب روانشناختی

الفبای طب روانشناختی

(راهنمای کاربردی برای پزشکان و کادر درمانی)

ویچارد مایو میشل شاوره آلن کارسون

ترجمه

دکتر احمد علی پور

دکتر محسن ارجمند

مژگان آگاه هریس



انتشارات ارجمند

۱۳۸۶

مایو، ریچارد Mayou, Richard
الفبای طب روانشناختی (راهنمای کاربردی برای پزشکان و کادر درمانی)/ ریچارد مایو، میشل شارپه،
آلن کارسون؛ ترجمه احمد علی پور، محسن ارجمند، مژگان آگاه هریس. -- تهران: ارجمند، ۱۳۸۶
۸۸ ص: مصور.

ISBN-978-964-496-058-1 ریال ۲۲۰۰۰

فهرست نویسی بر اساس اطلاعات فیپا.
عنوان اصلی: ABC of psychological medicine, 2003
۱. پزشکی روان‌تنی. ۲. بیماران -- روان‌شناسی. ۳. روان‌شناسی بالینی تندرستی. الف. شارپه، میشل.
Sharpe, Michael، ویراستار ب. کارسون، آلن (Alan J) Carson, Alan، ویراستار. ج. علی پور،
احمد، مترجم. د. ارجمند، محسن، ۱۳۴۵ - مترجم. ه. آگاه هریس، مژگان، مترجم.
۶۱۶/۰۰۱۹
R C ۴۹/ م ۸
کتابخانه ملی ایران
۱۰۸۱۰۲۵

الفبای طب روانشناختی (راهنمای کاربردی برای پزشکان و کادر درمانی)

ترجمه: دکتر احمد علی پور، دکتر محسن ارجمند

مژگان آگاه هریس

ناشر: انتشارات ارجمند

مدیر تولید: دکتر مهرداد مظفر

صفحه‌آرایی: زهرا علی‌زاده

چاپ اول، ۱۱۰۰ نسخه، ۱۳۸۶

چاپ: زیبا

بها: ۲۲۰۰ تومان

شابک: ۹۷۸-۹۶۴-۴۹۶-۰۵۸-۱

پست الکترونیک: ARJMANDBOOK@YAHOO.COM

تمامی حقوق برای ناشر محفوظ است. این کتاب مشمول قانون حمایت از مؤلفان، مصنفان و مترجمان می‌باشد. بازنویسی، خلاصه کردن یا برداشت بخشی از متن یا جدولهای کتاب و انتشار آن در قالب کتابهای خلاصه، تست یا جزوه بدون اجازه کتبی ناشر ممنوع بوده و موجب پیگرد قانونی می‌شود.

مرکز پخش: انتشارات ارجمند

- دفتر مرکزی: تهران، بلوار کشاورز، بین خیابان کارگر و ۱۶ آذر، پلاک ۳۲۰، تلفن: ۸۸۹۷۷۰۰۲ - ۸۸۹۷۹۵۴۴
- شعبه اصفهان: دروازه شیراز، خیابان چهارباغ بالا، پاساژ هزارجریب، تلفن ۶۲۸۱۵۷۴
- شعبه مشهد: خ. تقی‌آباد، خ. احمدآباد، پاساژ امیر، طبقه پایین، کتاب دانشجو، تلفن ۰۵۱۱-۸۴۴۱۰۱۶
- شعبه بابل: خیابان گنج‌افروز، پاساژ گنج‌افروز، تلفن ۲۲۲۷۷۶۴
- شعبه رشت: خیابان نامجو، روبروی ورزشگاه عضدی، تلفن ۳۲۳۲۸۷۶

پیشگفتار

طب روانشناختی تاریخچه‌ای طولانی دارد. پیش از آنکه درمان‌های دارویی و سایر درمان‌های اختصاصی ابداع شوند، این روشها اساس کار پزشکان بودند. پس از آن، موفقیت‌های مدل زیستی - طبی در قرن بیستم باعث از دست دادن علاقه به جنبه‌های روانشناختی طب شد و حتی گاهی از مهارت‌های بالینی اساسی غفلت می‌شد. با وجود اینکه بسیاری از پزشکان نوین، به آخرین پیشرفت‌های پزشکی مولکولی دلخوش کرده‌اند، ولی نسبت به کاربرد دقیق این اصول عقلانی، برای مشکلات روانشناختی بیمارانشان دودل هستند. این نقاط ضعف به خصوص در درمان بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن و بیمارانی که علائم بیماری آنها فراتر از میزان آسیب‌شناسی بیماری است، به چشم می‌خورد.

در حال حاضر شواهد فزاینده مبتنی بر تحقیقات، به وضوح نشان می‌دهند که متغیرهای روانشناختی در تعیین سرنوشت اکثر بیماری‌های رایج سهم عمده‌ای دارند. شناسایی مشکلات، فرمول‌بندی مناسب و اتخاذ روش‌های درمانی مناسب، نه تنها نتایج بهتری برای بیماران داشته است، بلکه رضایت خاطر بیشتری را برای پزشکان نیز به همراه داشته است. بنابراین، جنبه‌های روانشناختی طب دوباره مورد توجه واقع شده است.

کتاب الفبای طب روانشناختی، مروری است عملی و مبتنی بر شواهد از جنبه‌های روانشناختی طب. هدف این کتاب راهنمایی پزشکان است. این کتاب نه تنها به آنان اطلاعات مناسبی را ارائه می‌دهد، بلکه چارچوبی عقلانی برای ارزیابی و درمان بیماران فراهم می‌کند. این کتاب به نظریه‌های روانشناختی نمی‌پردازد، بلکه تأکید کتاب بر نحوه طبابت و کنار آمدن با مشکلاتی است که پزشکان هر روز با آنها مواجه می‌شوند. این کتاب بر پایه درمان، پژوهش و ارزیابی پزشکی بنا شده است.

سه فصل اول کتاب به توصیف اصول کلی می‌پردازد که به وسیله آنها می‌توان ارزیابی و درمان اختصاصی هر فرد را برنامه‌ریزی کرد. این سه فصل نه تنها شامل معاینات بالینی و شروع درمان می‌شود، بلکه دیدگاهی انتقادی به ساختاری دارد که در چارچوب آن مراقبت طبی انجام می‌شود و این امر می‌تواند به اندازه انجام مشاوره فردی مهم باشد. سه فصل بعدی به توصیف مهارت‌های اساسی طب روانشناختی، نظیر ارزیابی و درمان اضطراب، افسردگی و نشانه‌های کارکردی - بدنی می‌پردازد.

بقیه فصول به توصیف این مسأله می‌پردازند که چگونه این مهارت‌ها برای موقعیتهای خاص نظیر مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان^۱، تروما^۲ (آسیب‌دیدگی)، درد عضلانی - اسکلتی^۳، خستگی مفرط^۴، درد قفسه سینه^۵، دردهای شکمی و دلیریوم^۶ (روان - آشفتگی) به کار می‌روند و چگونه با آنها سازگار می‌شوند. این فهرست، جامع نیست اما مثالهایی را ارائه می‌دهد که به خواننده برای کاربرد این اصول در کار بالینی کمک می‌کند.

طب روانشناختی در امتداد مهارت‌ها و دانش بالینی موجود است. در واقع، بسیاری از متخصصان بالینی آن را منطبق با اصولی می‌شناسند که سالها بر اساس آن طبابت کرده‌اند. ما امیدواریم که این کتاب بتواند حس کنجکاوی و علاقه کسانی که موضوع برایشان تازگی دارد، را برانگیزد و افرادی که تا کنون اصول آنرا به کار گرفته و درک نموده‌اند را تشویق کند و برای آنها نیز جنبه اطلاع‌رسانی داشته باشد.

ریچارد مایو^۷، میشل شارپه^۸، جی کارسون^۹، ۲۰۰۲

-
- | | | |
|------------------|---------------|--------------------|
| 1- cancer | 2- trauma | 3- musculoskeletal |
| 4- fatigue | 5- chest pain | 6- delirium |
| 7- Richard Mayau | | |

مقدمه

پر واضح است که ما می‌توانیم مراقبت‌های پزشکی را با توجه بیشتر بر جنبه‌های روانشناختی درمان و ارزیابی پزشکی بهبود بخشیم، اغلب به مطالعه و کاربرد چنین عواملی، طب روانشناختی^{۱۰} گفته می‌شود. گرچه پیشرفت تخصص روان‌پزشکی مشاوره-روابط^{۱۱} و روان‌شناسی سلامت در پایه‌گذاری طب روانشناختی نقش داشته‌اند، اما وظایف طب روانشناختی بسیار وسیع‌تر بوده و کاربردهای زیادی در سازماندهی و مراقبت دارد، لذا هدف این کتاب تبیین برخی از این مفاهیم است.

بیماری‌هایی که به طور مرسوم و شاید به غلط «مشکل عصبی یا روحی» خوانده می‌شوند، در میان مردم بسیار شایع هستند. حداقل ۳۰-۲۵٪ از بیمارانی که به پزشک عمومی مراجعه می‌کنند، به طور همزمان، دارای اختلالات افسردگی، اضطرابی، شبه جسمی یا سوء مصرف الکل^{۱۲} می‌باشند. چندین عامل در وقوع همزمان اختلالات روان‌پزشکی و پزشکی نقش دارند: اول؛ اختلال طبی می‌تواند گاهی اوقات علت بروز اختلال روان‌پزشکی باشد (به عنوان مثال: کم‌کاری تیروئید به عنوان یک علت زیست‌شناختی، منجر به بروز افسردگی می‌گردد). دوم؛ بیماری‌های قلبی - عروقی، اختلالات نورولوژیک^{۱۳} سرطان، دیابت و بسیاری دیگر از بیماری‌ها، خطر بروز افسردگی و سایر اختلالات روان‌پزشکی را افزایش می‌دهند. چنین مواردی که هم‌ابتلایی^{۱۴} نامیده می‌شوند، شایع هستند، ولی ارتباط علی آن با مشکلات روانشناختی به خوبی مشخص نشده است. سوم؛ بروز همزمان^{۱۵} اختلالات رایجی نظیر پرفشاری خون و افسردگی ممکن است در یک بیمار به طور همزمان وجود داشته باشند، چون هر دو اختلال، شایع^{۱۶} هستند.

دلیل دیگر برای مطرح شدن طب روانشناختی، شیوع نشانه‌هایی^{۱۷} است که براساس بیماری قابل تبیین نیستند. با وجود اینکه نشانه‌های جسمی، دلیل بیش از نیمی از موارد

8- Michael Sharpe

9- Alan. J. Carson

10- Psychological medicine

11- consultation

12- alcohol misuse disorder

13- neurological disorders

14- comorbidity

15- coincidence

16- prevalent

17- symptoms

مراجعه به پزشکان محسوب می‌شوند، ولی حداقل یک‌سوم از این نشانه‌ها از نظر پزشکی بدون تبیین باقی می‌مانند، به این پدیده جسمانی کردن^۱ (تبدیل حالات روانشناختی به نشانه‌های بدنی) گفته می‌شود - یعنی مراجعه به پزشک برای نشانه‌های شبه جسمی که ابتدا یک اختلال طبی را مطرح می‌کند، ولی در اصل، ناشی از افسردگی، اضطراب یا اختلال شبه جسمی زمینه‌ای است. اکثر بیماران مبتلا به این اختلالات روانی^۲، ترجیح می‌دهند که نشانه‌های خود را به صورت نشانه‌های بدنی گزارش کنند تا اینکه آنها را به صورت نشانه‌های هیجانی گزارش کنند، علاوه بر این، نشانگان‌های شایعی نظیر فیبرومیالژی^۳ (دردهای عضلانی مزمن)، نشانگان روده تحریک‌پذیر^۴ و نشانگان خستگی مفرط مزمن^۵ وجود دارند که درست شناخته نشده‌اند، و هنوز میزان دخالت عوامل جسمی و ذهنی در ایجاد آنها روشن نشده است.

طب روانشناختی برای درمان همه این مشکلات حایز اهمیت است. ثابت شده است که هم تجویز داروهای روان‌گردان و هم درمان‌های رفتاری - شناختی در درمان نشانگان‌ها و نشانه‌های جسمی شایع در بسیاری از مطالعات طب عمومی مؤثر بوده‌اند. اگرچه معمولاً چنین درمان‌هایی را «روش‌های روان‌پزشکی» قلمداد می‌کنند، اما برای بیمارانی که فاقد اختلالات روان‌پزشکی آشکار هستند، نیز این درمان‌ها سودمند واقع می‌شوند. کشورهای واقع در دو سوی اقیانوس اطلس راه درازی برای رسیدن به طب روانشناختی در پیش دارند، به عنوان مثال شکاف میان مراقبت‌های طبی و روان‌پزشکی در آمریکا عمیق است. وجود شکاف عمیق و جدایی بین سازمان‌های ارایه دهنده بهداشت روانی در سیستم‌های مراقبت حساب‌شده در ایالات متحده، مثالی است از اینکه چگونه دوگانه‌نگری ذهن و بدن از دیرباز وجود داشته است و ایجاد سازگاری مجدد میان آنها ضروری است.

طب روانشناختی به معنای استفاده از برچسب جدید «روانی» برای اطلاق به تمام این بیماران نیست. زیرا بسیاری از بیماران ترجیح می‌دهند که با دید پزشکی به چنین مسائلی نگاه شود و اختلال آنها با مفاهیمی نظیر عدم تعادل عصب - رسانه‌ها یا اختلال کارکردی بدن بیان شود. بهتر است مشکلات روانشناختی را به عنوان پیامد نشانه‌های جسمی مزمن بیمار تلقی کرد تا علت آنها، اگر پزشک به گونه‌ای شتابزده، مشکلات جسمی بیمار را به ساز و کارهای روانشناختی نسبت دهد، ممکن است بیمار تصور کند که پزشک قصد از سر باز کردن وی را دارد. رویکردی که کمتر به علت‌شناسی بپردازد و

1- somatisation

2- mental disorders

3- fibromyalgia

4- irritable bowel syndrome

5- chronic fatigue syndrome

پیچیدگی روانشناختی بیشتری داشته باشد، آن است که ابتدا به درمان علامتی^۱ اطمینان بخشی^۲، فعال سازی^۳ و توان بخشی پردازد، که ثابت شده است که این رویکرد، تأثیر بیشتری دارد.

برای اینکه چنین مسائلی صرفاً به متخصصان روان پزشکی ارجاع نشود، جایگزین های بهتری وجود دارد. یکی از این گزینه ها آن است که به پزشکان عمومی، تشخیص و درمان اختلالات شایع روان پزشکی^۴ را آموزش دهیم. اگرچه درمان به وسیله داروهای روان گردان^۵ برای آنها عملی ترین انتخاب است، ولی پزشکان عمومی می توانند سایر درمان های روان شناختی را نیز یاد بگیرند. گزینه دوم استفاده از پرستاران یا مددکاران اجتماعی^۶ است که آموزش تخصصی دیده اند و می توانند با پزشکان عمومی یا روان پزشکان برای مدیریت درمان دارویی بیمار، مداخلات رفتاری و انواع روان درمانی ها همکاری نمایند و گزینه سوم عبارت از اتخاذ الگوی مراقبت مشارکتی است به این صورت که درمان بر عهده یک پزشک عمومی^۷ است ولی گهگاه ملاقات با روان پزشک نیز به بیمار توصیه می شود و اغلب این کار در مطب^۸ پزشک عمومی انجام می شود، اما ویزیت روان پزشکی جایگزین کار پزشک عمومی نمی شود. یک اصل کلی در مدیریت درمان، انجام مراقبت به صورت گام به گام است، به طوری که بیماران تنها وقتی به سمت مراقبت های گران تر و پیچیده تر سوق داده شوند که انجام درمان ساده توسط گروه مراقبت از سلامت نامؤثر و یا نامناسب باشد. تاکنون اکثر مطالعات انجام شده در مورد نحوه طبابت های پزشکی عمومی هستند، اما لازم است بیمارانی که به متخصصان مراجعه کرده اند، نیز مورد توجه واقع شوند.

طب روان شناختی را می توان با شیوه های جدیدی ارائه کرد. داده های امیدبخشی در مورد مداخلات رفتاری انجام گرفته در بیرون از مطب پزشکان شامل درمان بیماران^۹ از طریق تلفن، رفتاردرمانی شناختی از طریق کامپیوتر، خودآموزی از طریق کتاب درمانی^{۱۰} - به وسیله خود بیماران - و ویزیت های خانگی (به عنوان مثال، برای نشانگان خستگی مفرط مزمن) وجود دارند.

چنانچه رویکرد روان شناختی با درمان های پزشکی تلفیق شود، نتایج بهتری برای درمان به دست می آیند. درمان نشانه های رایج مؤثر نشانه های جسمی و ناراحتی های روان شناختی در این دسته از بیماران، نه تنها باعث بهبود کیفیت زندگی و کارکرد اجتماعی

1- symptomatic treatment

2- reassurance

3- activation

4- psychiatric

5- psychotropic medication

6- social workers

7- general practitioner

8- surgery

9- case management

10- bibliotherapy

و عملی می‌شود، بلکه رضایت بیشتری را برای بیمار و پزشک فراهم آورده و استفاده از خدمات طبی را کاهش می‌دهد.

اکنون وظیفه ما چیست؟ به منظور کاربری بهینه باید سعی کنیم که تشخیص این دسته از مشکلات به درازا نیانجامند. به عنوان مثال، غربالگری افسردگی تنها به یک یا دو سؤال نیاز دارد. درمان بهینه بیماران مبتلا به نشانه‌های جسمی مزمن و اختلالات ذهنی شایع ممکن است نیازمند ویزیت‌های مکرر و طولانی‌تر پزشک، کمک به آموزش و پیگیری بیماران به وسیله یک پرستار مسؤول مراقبت، ایجاد سایر تغییرات در سیستم درمانی و مشاوره با متخصص سلامت روان برای موارد پیچیده‌تر باشد. معضل اصلی مراقبت در سطح پزشکی عمومی این است که آیا می‌توانیم پزشک عمومی را به کاربرد مؤثر طب روانشناختی مجهز کنیم یا نه؟

البته، این رویکرد دقیقاً برای بسیاری از بیماری‌های مزمن مثل دیابت، آسم و بیماری‌های قلبی نیز لازم و ضروری است، چرا که ثابت شده است که روش‌های درمانی منطبق بر دستورالعمل‌های رسمی نیاز به تغییر اساسی در سازماندهی خدمات بهداشتی دارد.

بیماری‌های طبی و روان‌پزشکی در شرایط فعلی در مطب پزشکان عمومی به طور مناسب قابل درمان نیستند چرا که مدت ویزیت هر بیمار ۱۵-۱۰ دقیقه یا کمتر است و این مدت زمان کوتاه تنها برای یک بیمار مبتلا به سرماخوردگی یا یک مشکل منفرد نظیر پرفشاری خون کنترل شده، کافی است، ولی این زمان برای درمان نشانه‌های ناتوان‌کننده شایع و اختلالاتی که در طب روانشناختی مطرح هستند، کافی نیست. درمان‌های مبتنی بر شواهد^۱ هم وجود دارند که اگر با مراقبت‌های پزشکی همراه شوند، سلامت جسمی و روانشناختی بیماران را ارتقاء می‌دهند.

^۲ #کورت کروئکه

پزشک پروفیسور بخش پزشکی مراقبت از سلامت مؤسسه رجستریتف^۳

ایندیانا پولیس، آی ان^۴/ایالات متحده آمریکا.

1- evidence based treatments

2- Kurt Kroenke

3- Regenstrief

4- Indiana poles, IN

مراجع

- 1- Ormel J, Von Korff M, Ustun TB, Pini S, Korten A, Oldehinkel T. Common mental disorders and disability across cultures: results from the WHO collaborative study on psychological problems in general health care. *JAMA* 1994;272:1741-48
 - 2- Kroenke K. Studying symptoms: sampling and measurement issues. *Ann Intern Med* 2001;134:488-55.
 - 3- Reid S, Wessely S, Crayford T, Hotopf M. Medically unexplained symptoms in frequent attenders of secondary health care: Retrospective cohort study. *BMJ* 2001;322:1-4.
 - 4- Wessely s, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: One or many? *Lancet* 1999;354:936-9.
 - 5- O' Malley PG, Jackson JL, Santoro J, Tomkins G, Balden E, Kroenke K. Antidepressant therapy for unexplained symptoms and symptoms syndromes. *JFam Pract* 1999;48:980-90.
 - 6- Kroenke K, Swindle R, Cognitive-behavioral therapy for somatization and symptom syndromes: A critical review of controlled clinical trials. *Psychother Psychosom* 2000;69:205-15.
 - 7- Sharpe M, Carson A. "Unexplained" somatic symptoms, functional syndromes, and somatization: Do we need a paradigm shift? *Ann Intern Med* 2001;134:926-30.
 - 8- Von Korff M, Moore JC, Stepped care for back pain: Activating approaches for primary care. *Ann Intern Med* 2001;134:911-7.
 - 9- Kroenke K, Taylor-Vaisey A, Dietrich AJ, Oxman TE, Interventions to improve provider diagnosis and treatment of mental disorders in primary care: A critical review of the literature, *Psychosomatics* 2000;41:39-52.
 - 10- Rubenstein LV, Jackson-Triche M, Unutzer J, Miranda J, Minnium K, Pearson NL, et al. Evidence-based care for depression in managed primary care practices, *Health Aff* 1999;18:89-105.
 - 11- Klinkman MS. Competing demands in psychosocial care: A model for the identification and treatment of depressive disorders in primary care, *Gen Hosp Psychiatry* 1997;19:98-111.
 - 12- Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q* 1996;74:51-44.
-

فهرست

<p>۹۱ نتیجه‌گیری</p> <p>۹۳ ۸: سرطان</p> <p>۹۴ پیامدهای روانشناختی</p> <p>۹۶ چه کسی دچار ناراحتی می‌شود؟</p> <p>۹۹ برنامه درمان</p> <p>۱۰۵ ۹: آسیب‌دیدگی</p> <p>۱۰۶ کنار آمدن با حوادث</p> <p>۱۰۹ ارائه مراقبت و نتایج بعدی</p> <p>۱۱۴ پیامدهای حادثه روی سایر افراد</p> <p>۱۱۵ انواع آسیب‌دیدگی</p> <p>۱۱۶ نتیجه‌گیری</p> <p>۱۱۸ ۱۰: خستگی مفرط</p> <p>۱۱۹ دلایل خستگی مفرط</p> <p>۱۲۲ ارزیابی و فرمول‌سازی</p> <p>۱۲۴ درمان کلی</p> <p>۱۲۷ ارجاع برای درمان تخصصی</p> <p>۱۲۹ نتیجه‌گیری</p> <p>۱۳۰ ۱۱: درد عضلانی - اسکلتی</p> <p>۱۳۱ درمان کم‌درد حاد</p> <p>۱۳۷ درمان کم‌درد ناتوان‌کننده مزمن</p> <p>۱۳۹ نتیجه‌گیری</p> <p>۱۴۱ ۱۲: درد شکمی و اختلال‌های کارکردی دستگاه گوارش</p> <p>۱۴۳ درمان مقدماتی</p> <p>۱۴۶ درمان مشکلات مزمن</p> <p>۱۴۸ ارجاع به منظور روان‌درمانی</p> <p>۱۵۲ ۱۳: درد قفسه سینه</p> <p>۱۵۲ درمان درد قفسه سینه</p> <p>۱۵۵ انواع درد سینه</p> <p>۱۵۸ تشخیص قطعی درد سینه غیرقلبی</p> <p>۱۶۱ درمان درد غیرقلبی</p> <p>۱۶۵ نتیجه‌گیری</p> <p>۱۶۶ ۱۴: دلیریوم (روان‌آشفته‌گی)</p> <p>۱۶۷ ویژگی‌های بالینی</p> <p>۱۶۸ تشخیص دلیریوم</p> <p>۱۶۹ شیوع</p> <p>۱۷۰ علت‌شناسی</p> <p>۱۷۲ درمان</p> <p>۱۸۱ نمایه</p>	<p>۱۳ ۱: مشاوره</p> <p>۱۴ شروع مصاحبه</p> <p>۱۷ ارائه اطلاعات</p> <p>۲۴ ۲: آغاز درمان</p> <p>۲۵ اصول کلی</p> <p>۲۷ ارتباط مؤثر</p> <p>۳۰ ارزیابی درمان</p> <p>۳۳ برنامه‌ریزی برای حال و آینده</p> <p>۳۵ ۳: سازماندهی مراقبت از بیماری مزمن</p> <p>۳۵ اصول درمان مؤثر</p> <p>۳۹ مهارت‌های مورد نیاز عاملین درمان</p> <p>۴۰ انجام تغییرات برای سازماندهی مراقبت</p> <p>۴۲ شواهد کارآمد</p> <p>۴۴ ۴: افسردگی در بیماران جسمی</p> <p>۴۵ ویژگی‌های بالینی و طبقه‌بندی افسردگی</p> <p>۴۵ همه گیرشناسی</p> <p>۴۸ عوامل خطر ساز</p> <p>۴۹ شناسایی و تشخیص</p> <p>۵۰ درمان</p> <p>۵۷ ۵: اضطراب در بیماران دارای اختلالات جسمی</p> <p>۵۷ اختلالات جسمی</p> <p>۵۷ اضطراب چیست؟</p> <p>۶۰ تشخیص اضطراب و وحشت‌زدگی</p> <p>۶۳ درمان اضطراب و وحشت‌زدگی</p> <p>۶۸ ۶: نشانگان‌ها و نشانه‌های کارکردی - بدنی</p> <p>۶۹ طبقه‌بندی نشانگان‌های کارکردی</p> <p>۶۹ همه گیرشناسی</p> <p>۷۰ عوامل علی</p> <p>۷۳ شناسایی علائم و تشخیص بیماری</p> <p>۷۴ درمان</p> <p>۷۷ نشانه‌های کارکردی همراه بیماری</p> <p>۷۸ نتیجه‌گیری</p> <p>۸۰ ۷: نشانه‌های چندگانه بدنی - کارکردی مزمن</p> <p>۸۱ اصطلاحات</p> <p>۸۱ همه گیرشناسی و تشخیص</p> <p>۸۲ درمان در بخش مراقبت‌های اولیه</p> <p>۸۶ ارجاع به مراکز خدمات روان‌پزشکی</p> <p>۸۸ مشکلات رایج درمان</p> <p>۹۰ اختلال‌های ساختگی و تمارض</p>
---	---

۱ مشاوره

لینداگاسک؟ تیم آشرود؟

موفقیت هر مشاوره به این که پزشک و بیمار بتوانند با یکدیگر به خوبی ارتباط برقرار کنند، بستگی دارد. اکنون شواهد محکمی در مورد تأثیر کیفیت این ارتباط بر نتایج بالینی وجود دارد. **دوگانه‌نگری** - بیماران تنها از نظر جسمی بیمار نیستند و منحصراً مشکلات هیجانی ندارند، بلکه اغلب این دو بیماری با هم وجود دارند. در شروع جلسه مشاوره، معمولاً ایجاد تمایز بین این دو، غیرممکن است و این وظیفه پزشک است که به طور فعال به درددل بیمار گوش کند و شواهد لازم برای بیماری جسمی و ناراحتی هیجانی را جستجو کرده و به آنها توجه کند.



دزیت زن بیمار توسط کویرینگ گریتز ون برکلنکام^۴ (1620-68e)

جلب مشارکت بیماران - تغییرات ایجاد شده در جامعه و مراقبت بهداشتی دهه گذشته به ایجاد تغییرات اساسی در انتظارات افراد از پزشکان و در چگونگی نگاه پزشکان به بیماران منجر شده است. علاوه بر این، تأکید بیشتری بر کاهش عوامل خطر سازه همراه با تلاش برای ترغیب افراد به کاربرد روش‌های پیشگیری و اجتناب از عوامل خطر ساز برای سلامتی شده است. بسیاری

1- Consultation

2- Linda Gask

3- Tim Usherwood

4- Quiring Gerritsz van Brekelenkam

5- risk factors

از بیماران می‌خواهند که اطلاعات بیشتری در اختیارشان قرار بگیرد و خواهان مشارکت در تصمیم‌گیری برای درمان با توجه به شانس موفقیت و کاهش هرگونه عوارض جانبی آن هستند. و برخی از بیماران نیز نمی‌خواهند که در تصمیم‌گیری پزشک دخالت کنند، بلکه ترجیح می‌دهند که پزشک معالجتان برحسب صلاحدید خود، تصمیم گرفته و راهنمایی‌های لازم را به آنها ارائه دهد. مهارت هر پزشک، در ایجاد تعادل صحیح بین خواسته‌ها و نیازهای درمانی هر بیمار است.

الگوی جامع-الگو «سه کارکردی»^۱ رویکردی است که سه کارکرد موازی را برای مصاحبه بالینی ارائه می‌دهد. در بسیاری از موارد، از این الگو در مکاتب پزشکی استفاده می‌شود.

الگوی سه کارکردی مشاوره پزشکی

۱- برقراری رابطه

- بیمار را به نام بخوانید و با او به گرمی سلام و احوالپرسی کنید.
- مسائل هیجانی را تشخیص داده و به آنها پاسخ مناسب بدهید
- به صحبت‌های بیمار به طور فعال گوش کنید.

۲- جمع‌آوری داده‌ها

- صحبت بیمار را قطع نکنید.
- سایر عوامل را در نظر بگیرید.
- نحوه تبیین از بیماری را پرس و جو کنید.
- به درک متقابل با بیمار برسید.

۳- توافق با یک برنامه درمان

- اطلاعات لازم را ارائه دهید.
- در مورد برنامه درمان بحث کنید.
- از اطمینان‌بخشی به طور مناسب استفاده کنید.
- برقرار کنید.
- در صورت لزوم، با سایر همکاران ارتباط
- درباره لزوم تغییرات رفتاری بحث کنید.

شروع مصاحبه

تحقیقات، اهمیت گوش دادن به صحبت‌های اولیه بیمار، بدون قطع کردن آنها را نشان داده‌اند. اغلب پزشکان در مورد اولین موضوع مورد توجه بیمار سؤال می‌کنند، در حالی که ممکن است این موضوع آن چیزی نباشد که بیمار را بیشتر از همه نگران کرده است. همین که پزشک کلام بیمار را قطع کند، به ندرت بیمار موضوع تازه‌ای را پیش خواهد کشید. اما اگر پزشک رشته کلام بیمار را پاره نکند، اغلب بیمار در عرض ۶۰ ثانیه، صحبت خود را متوقف خواهد کرد. پس از آن، پزشک

می‌تواند بپرسد که آیا بیمار نگرانی‌های دیگری نیز دارد یا نه و آنچه را که بیمار گفته خلاصه کند و یا موضوعی را برای بحث پیشنهاد کند: - آیا می‌توانم اول چند سؤال در مورد سردردهایتان بپرسم؟ ما بعداً در مورد نگرانی‌هایی که پسرتان برای شما ایجاد کرده، صحبت می‌کنیم.

تشخیص مسائل هیجانی و پاسخ مناسب به آنها

حتی زمانی که مسائل اجتماعی یا روانشناختی وجود دارند، بیمار آنها را با نشانه‌های جسمی نشان می‌دهد. همچنین احتمال دارد که بیمار سرخ‌های کلامی یا غیرکلامی را ارائه دهد. سرخ‌های کلامی، کلمات یا عبارتهایی هستند که به مسائل اجتماعی یا روانشناختی اشاره دارند. سرخ‌های غیرکلامی شامل تغییرات ایجاد شده در وضعیت بدن^۱، تماس چشمی و لحن صدا می‌شوند که بازتاب ناراحتی هیجانی هستند.

مسئله حائز اهمیت، توجه کردن و پاسخ دادن به سرخ‌ها، درست در زمان ارائه آنها توسط بیمار است، چون در غیر این صورت ممکن است مانع از افشای ناراحتی‌های دیگر بیمار شده و مشاوره به بحث در مورد نشانه‌های جسمی محدود گردد. از طرفی نشانه‌های جسمی باید به طور جدی در نظر گرفته شده و به اندازه کافی مورد ارزیابی قرار گیرند. استفاده از انواع مهارتهای گوش دادن فعال در حین بحث در مورد موضوعات جسمانی، روانشناختی و اجتماعی ارزشمند است. نشان داده شده است که کاربرد این مهارتها توسط پزشکان عمومی^۲ با تشخیص مسائل هیجانی ارتباط دارد.

پاسخ دادن به سرخ‌های بیماران

سرخ‌های کلامی

- بر مشاهدات خود تأکید کنید: «شما گفتید که این اواخر احساس تحریک‌پذیری و بی‌حوصلگی^۳ می‌کنید؟»
- کلمات بیمار را عیناً تکرار کنید: «از زمان مرگ مادرتان به بعد حال خوشی ندارید.»
- به دنبال توضیحات شفاف باشید: «منظور شما از اینکه گفتید همیشه احساس خستگی می‌کنید، چیست؟»

سرخ‌های غیرکلامی

- در مورد مشاهدات خود اظهار نظر کنید: «من می‌توانم اندوه را در صدای شما احساس کنم.»
 - سؤالی را مطرح کنید: «می‌توانی بگویی که آیا این مسأله بیشتر از آنچه که فکر کنی، تو را ناراحت کرده؟»
-

جنبه‌هایی از شیوه مصاحبه که به ارزیابی مسائل هیجانی بیماران کمک می‌کند.

در شروع مصاحبه

- تماس چشمی خوبی برقرار کنید.
- شکایات فعلی بیمار را مشخص کنید.
- برای شکایتهای جسمی از سؤالات هدایت‌کننده استفاده کنید.
- با سؤالات بازپاسخ شروع کرده و بعد به سراغ سؤالات پاسخ بسته بروید.

شیوه مصاحبه

- جملاتی حاکی از همدلی بیان کنید.
- به سرنختهای کلامی توجه کنید.
- به سرنختهای غیرکلامی توجه کنید.
- در حالی که از بیمار شرح حال می‌گیرید، یادداشتهای خود را نخوانید.
- پرحرفی بیش از حد بیمار را کنترل کنید.
- در مورد تاریخچه مشکل هیجانی بیمار، سؤالات بیشتری را طرح کنید.

پرس و جو از نحوه تبیین بیماری توسط بیمار

هنگام مشاوره افراد با یک پزشک، آنها از تبیین‌های فراوان برای توجیه مشکلات خود استفاده می‌کنند و نگرانی‌ها و اضطراب‌هایی دارند که بازتاب افکار آنهاست. همچنین آنها امیدها و انتظاراتی از مراقبتها و درمانهایی که قرار است دریافت کنند، دارند. نکته مهم آن است که در مورد باورها، نگرانی‌ها و انتظاراتی که بیمار راجع به سلامتی خود دارد، پیش‌فرض نسازید. بلکه این موارد را از بیمار پرس و جو کنید و از آنها به عنوان مبنایی برای ارائه اطلاعات و بحث در مورد برنامه درمانی استفاده کنید.

باورها و رفتارهای مربوط به سلامت افراد در درون خانواده شکل گرفته و درون خانواده گسترش می‌یابند و خانواده عمیقاً توسط بیماری یک عضو خانواده تحت تأثیر قرار می‌گیرد. «در نظر گرفتن خانواده»^۱ می‌تواند به اجتناب از تعاملات دشوار و ناکام‌کننده در بین اعضای خانواده کمک کند.

در نظر گرفتن خانواده

هنگام مصاحبه با فردی که به تنهایی مراجعه کرده است:

- پرسید اعضای خانواده به مسأله شما چگونه نگاه می‌کنند؟
 - در مورد تأثیر مسأله بر کارکرد خانواده سؤال کنید؟
 - درباره مفاهیم ضمنی برنامه درمان با خانواده صحبت کنید.
- هنگامی که یکی از اعضای خانواده به همراه بیمار آمده است:
- به همراه بیمار نیز خوشامد بگویید.
 - از بیمار پرسید که آیا در حضور همراهش احساس راحتی می‌کند.
 - دلایل آمدن همراه را روشن کنید.
 - نظرات و مشاهدات فرد همراه در مورد مسأله را جویا شوید.
 - در صورت لزوم، از فرد همراه در اجرای برنامه درمانی کمک بخواهید.
 - اگر همراه بیمار نوجوان، فرد بزرگسالی آمده است، همیشه بخشی از مشاوره را بدون حضور فرد بزرگسال انجام دهید.
 - اگر بین همراه بیمار و بیمار بحث و جدالی صورت گرفت، هرگز از هیچکدام طرفداری نکنید!
-

ارائه اطلاعات

پزشکان باید سه سؤال کلیدی زیر را به هنگام ارائه اطلاعات به بیمار در نظر بگیرند:

- بیمار تاکنون چه اطلاعاتی به دست آورده است؟
- بیمار چه چیزی را می‌خواهد بداند؟
- چه چیزی را لازم است بیمار بداند؟

سؤال اول بر اهمیت به نحوه تبیین بیمار، و افزودن به اطلاعاتی که تاکنون به دست آورده، و تصحیح موارد نادرست تأکید دارد. سؤال دوم و سوم بازتاب نیاز به توجه به دو عامل است: یکی پزشک و دیگری بیمار. علاوه بر این، لازم است که پزشک نگرانی مداوم و حمایت عاطفی خود را نشان دهد و جملات همدلانه‌ای بیان کند و نگرانی‌های بیمار را تأیید کرده و از او حمایت کند.

مهارت‌های گوش دادن فعال

- **سوالات بازپاسخ**^۱ — سوالاتی هستند که نمی‌توان به آنها با یک کلمه پاسخ داد و بیمار باید برای پاسخ خود توضیحاتی را ارائه دهد.
- **اظهار نظرهای باز تا بسته**^۲ — در انتهای مشاوره، بیمار را به سمت سوالات پاسخ بسته هدایت کنید.
- **بازبینی**^۳ — جملات بیمار را برایش تکرار کنید تا مطمئن شوید که سخنان او را فهمیده‌اید.
- **تسهیل‌سازی**^۴ — در ادامه بیمار را هم به صورت کلامی و هم به صورت غیرکلامی (مثلاً با تکان دادن سر) تشویق کنید.
- **تأیید کردن احساسات بیمار**^۵ — «معلوم است که این مسأله شما را خیلی نگران کرده است.» به همراه «شما خیلی سعی کرده‌اید که با آن کنار بیایید.» یا «من فکر می‌کنم اکثر افراد احساسی مشابه احساس شما داشته باشند.»
- **جستجوی زمینه بیماری** — عبارتند از علائم تکرار شونده‌ای که به هنگام لزوم برای ارایه جزئیات بیشتر به کار می‌روند. «آیا چیز دیگری هم هست که بخواهید مطرح کنید؟»
- **اظهار نظرهای همدلانه** — «معلوم است که این مسأله شما را خیلی نگران کرده است.»
- **پیشنهاد حمایت** — من نگران شما هستم و می‌خواهم بدانم که چگونه در رابطه با این مسأله می‌توانم شما را به بهترین شکل کمک کنم.»
- **بحث درباره اولویت‌ها** — اگر فهرستی از مشکلات وجود دارد، در مورد اینکه اول در مورد کدامیک باید اقدام شود، صحبت کنید.
- **جمع‌بندی** — آنچه را که گزارش شده بازبینی کنید و از آنها به عنوان زمینه‌ای برای قسمت بعدی مصاحبه استفاده کنید. این کار کمک می‌کند تا به درک مشترکی درباره مشکلات برسید و روند مصاحبه علی‌رغم وجود اطلاعات بسیار زیاد، کنترل شود.

بحث در مورد برنامه درمان

یک برنامه درمان ایده‌آل برنامه‌ای است که براساس بهترین شواهد درمانی موجود باشد و متناسب با موقعیت و ترجیحات بیمار باشد و دربرگیرنده مسائل اجتماعی و هیجانی او باشد. هم بیمار و هم پزشک باید در تدوین برنامه درمانی دخالت کنند، اگرچه ممکن است یکی از آنها نقش بیشتری را بسته به طبیعت مسأله و تمایل بیمار ایفا کند.

- | | | |
|-------------------------|------------------------------------|-------------|
| 1- open ended questions | 2- open to closed cones | 3- checking |
| 4- facilitation | 5- legitimizing patient's feelings | |

گفتگو درباره برنامه درمان

مشخص کردن انتظارات بیمار

- بیمار چه چیزی می‌داند؟
- خواسته‌های بیمار چیست؟ – بررسی آزمایشگاهی؟ درمان یا دانستن عاقبت بیماری؟

پیشنهاد گزینه‌ها

- ترجیحات بیمار را مشخص کنید.

تدوین برنامه‌ای که:

- همکاری بیمار را جلب کند.
- بهترین گزینه درمان را با توجه به نیازها و شرایط بیمار تنظیم کند.
- شرایط خانواده را در نظر بگیرد.

بررسی درک بیمار از برنامه درمان

- اطمینان حاصل کنید که برنامه درمان برای بیمار روشن شده است.
- خلاصه‌ای از برنامه درمان را به صورت نوشتاری تهیه کنید.

پیشنهاد رعایت پیوستگی برنامه درمان

- اگر برنامه درمان طبق نقشه پیش نرود بیمار چه باید بکند؟

توافق درباره ترتیب دادن موارد لازم برای مرور و پیگیری

استفاده مناسب از اطمینان بخشی

اطمینان بخشی تنها زمانی مؤثر است که پزشکان بدانند که چه چیزی بیمارانشان را دچار وحشت کرده است و چه موقع آنها باید این ترس‌ها را با صداقت و به درستی هدایت کنند. اغلب امکان اطمینان بخشیدن به بیماران در مورد تشخیص یا نتیجه بیماری وجود ندارد، اما همیشه امکان ارائه حمایت لازم و ابراز نگرانی شخصی خود نسبت به بیماران وجود دارد.

برخورد با هیجانات دشوار: انکار، خشم و ترس

انکار – هنگامی که بیماران جدی بودن بیماریشان را انکار می‌کنند، شما هرگز نباید وسوسه شوید که آنها را مجبور به پذیرش بیماری کنید. تصمیم‌گیری در مورد چگونگی برخورد با انکار بستگی به این دارد که انکار تا چه حدی سازگارانه است، چه نوع حمایت در دسترس بیمار است و بیمار چقدر برای اقدام علیه ترس‌هایی که زیربنای انکار را تشکیل می‌دهد، آماده شده است.



اطمینان‌بخشی مهارتی ضروری می‌باشد (بقرراط پندو طب ۴۴۹-۳۹۹)

عصبانیت - اگر بیمار یا بستگان او عصبانی شده‌اند تلاش کنید تا از گرفتن حالت دفاعی به خود اجتناب کنید. بر احساساتی که بروز داده می‌شوند، تأکید کنید و دلیل اینگونه احساسات را جویا شوید. برای احساسات آنها اهمیت زیادی قائل شوید و به بیمار نشان دهید که برای مقابله با بیماری هر کاری از دستتان برآید انجام می‌دهید.

ترس - بسیاری از بیماران از اینکه ممکن است دچار بیماری جدی شده باشند، می‌ترسند. لذا لازم است مطمئن شوید که شما نگرانی واقعی بیمار را درک کرده و مسأله را به خوبی بازبینی نموده‌اید و اطمینان حاصل کنید که بیمار فهمیده است که واقعاً چه چیزی شما را نگران کرده است.

انگیزش

تلاش‌هایی که برای کمک به بیماران برای کاهش مصرف الکل، ترک سیگار و درمان بیماری مزمن انجام گرفته، اهمیت مهارت‌های یک مصاحبه خوب را در ایجاد انگیزه تغییر رفتار به خوبی نشان داده است. این گفته به آن معنا نیست که بیماران هیچ مسئولیتی برای ایجاد تغییر ندارند، بلکه پزشکان باید اطمینان حاصل کنند که حداکثر تلاش خود را برای جلب نظر بیماران برای تصمیم به تغییر رفتار به کار برده‌اند.

کمک به بیماران برای تغییر رفتار^۱

انگیزه تغییر را مشخص کنید

- با بیمار تفاهم ایجاد کرده و بی‌طرفی خود را حفظ کنید.
- کمک کنید تا فهرستی از مشکلات و اولویت‌بندی آنها تهیه شود.
- مشخص کنید که آیا مشکل رفتاری جزء موارد مورد بحث بیمار هست؟
- اگر اینگونه نیست، با حساسیت آن را تحریک کنید.
- آیا بیمار رفتار مورد نظر را به صورت یک مشکل تلقی می‌کند؟
- آیا دیگران رفتار مورد نظر را به صورت یک مشکل تلقی می‌کنند؟

نظر بیمار نسبت به مشکلاتش را جویا شوید

- کمک کنید تا بیمار فهرستی از مزایا و معایب تغییر رفتار مورد نظر را تهیه کند.
- با بیمار برای دشواری تغییر رفتار، همدلی کنید.
- آن دسته از اظهارات بیمار که نشانگر تمایل به تغییر هستند را تقویت کنید.
- از گفتن علت لزوم تغییر رفتار، خودداری کنید.
- به طور مکرر یافته‌های خود را خلاصه کنید.
- درباره اظهارات متناقض بیمار با او بحث و گفتگو کنید.

تشویق بیمار به تصمیم‌گیری برای تغییر رفتار

- اگر بیمار خواهان ایجاد تغییر نیست، بررسی کنید که کی و چگونه باید به مرور مشکل بپردازد؟
- توانایی تصمیم‌گیری آگاهانه را ایجاد کنید.
 - اطلاعات پایه در مورد خطرناک بودن یا بی‌خطر بودن رفتار را ارائه دهید.
 - نتایج هر نوع معاینه یا آزمایش را آماده کنید.
 - نتایج بالقوه اجتماعی، قانونی یا پزشکی را به طور برجسته مشخص کنید.
 - نتایج احتمالی انتخاب‌ها یا مداخلات درمانی بالقوه را شرح دهید.
 - از بیمار بازخورد دریافت کنید.
 - مسؤولیت تصمیم‌گیری را به بیمار واگذار کنید.

ایجاد ارتباط میان هیجانها و نشانه‌های جسمانی

احتمالاً برای کمک به افرادی که از نشانه‌های جسمانی برای بیان ناراحتی روانشناختی خود استفاده می‌کنند، راهبردهای خاصی لازم است. اما افرادی هستند که میان این نشانه‌ها و مشکلات زندگی و مسائل هیجانی‌شان ارتباطی نمی‌بینند. به هر حال ضروری است که شما سریعتر از بیمار حرکت

نکنید و سعی نکنید که بیمار را به پذیرش تبیین خود مجبور کنید.
درک احساسات – اطمینان حاصل کنید که بیمار احساس می‌کند که او را فهمیده‌اید. مسأله اصلی آن است که طرف بیمار را بگیرید و نشان دهید که شما مشکلات او را به طور جدی پیگیری می‌کنید. از دیدگاه بیمار شروع کنید و آنچه که بیمار فکر می‌کند ممکن است دلیل نشانه‌هایش باشد را پیدا کنید، در حالی که به طور همزمان به هرگونه سرنخ کلامی و غیرکلامی از ناراحتی هیجانی بیمار توجه می‌کنید.

گام‌های اساسی برای ارتباط دادن نشانه‌های بدنی به ناراحتی هیجانی

- به بیمار کمک کنید تا احساس کند که او را درک می‌کنید.
 به منظور پوشش دادن به موضوعات جسمانی، روانشناختی و اجتماعی، درباره آنها بیشتر بحث و گفتگو کنید.
 - تبیین‌هایی ارائه دهید که روشن کنند نشانه‌های جسمانی، ناراحتی روانشناختی و مشکلات اجتماعی ممکن است از طریق مکانیسم‌های روانشناختی با هم مرتبط شوند.
-

گسترش دامنه بحث – هنگامی شروع می‌شود که همه اطلاعات جمع‌آوری شده باشد. هدف آن است که بحث از جایی که به مسأله ضرورتاً به صورت جسمی نگاه می‌شود شروع شده و به جایی که به مسأله هم به صورت جسمی و هم روانشناختی نگاه می‌شود، ختم شود. درک واقعیت درد بیمار یا سایر نشانه‌های او ضروری است و باید این کار با حساسیت صورت گیرد. یکبار دیگر نشانه‌های جسمی و هیجانی را که پرس و جو کرده‌اید، برای بیمار بازگو کنید و امکان ارتباط مسائل مذکور با رویدادهای زندگی فرد را مشخص کنید و بعد مطالب ثبت شده را خلاصه کنید.
ارائه تبیین‌ها – می‌تواند دربرگیرنده فنون مختلفی باشد، برای هر بیمار کاربرد یک یا دو مورد از فنون مذکور متناسب است و ممکن است استفاده از فنون مختلف در زمانهای مختلف مفید باشد. ارائه تبیینی ساده از بیماری رایج‌ترین تکنیک است، اما گفتن اینکه «اضطراب باعث ایجاد سردرد می‌شود.» کافی نیست. بلکه می‌توانید در سه مرحله اضطراب را به تنش عضلانی ارتباط دهید، به این صورت که تنش عضلانی باعث ایجاد درد می‌گردد. از رویکردی مشابه می‌توان برای تبیین اینکه چگونه افسردگی باعث کاهش آستانه درد می‌شود و در نتیجه درد شدیدتر از آنچه که باید

احساس شود ادراک می‌گردد، استفاده نمود.

به محض اینکه بیمار و پزشک بر سر این نکته که ناراحتی روانشناختی عاملی مهم در بیماری فرد است، توافق کنند، آنها خواهند توانست به بررسی سایر گزینه‌ها نظیر نحوه درمان و هدایت بیماری بپردازند. حتی اگر بیمار بیماری جسمانی مهمی دارد، تشخیص و درمان ناخوشی روانشناختی همزمان با بیماری جسمی حائز اهمیت است.

خلاصه بر مبنای شواهد

- شیوه پزشک در گوش‌دادن به حرف‌های بیمار گفته‌های بیمار را تحت تأثیر قرار خواهد داد.
- ایجاد ارتباط مؤثر میان پزشک و بیمار به بهبود نتایج بسیاری از بیماری‌های رایج منجر خواهد شد.

● اگر برنامه درمانی به طور پیوسته مورد بررسی قرار گیرد، مشکلات بیمار بهبود خواهند یافت.
Lang F, Floyd MR, BeineKL. Clues to patients' explanations and concerns about their illnesses A call for active listening. *Arch Fam Med* 2000-7.

Stewart MA. Effective physitcian-patient communication and health outcomes: Review. *Can Med Assoc J* 1995; 152: 1423-33

Roter D, Hall J A, Merisca R, Nordstron B, Cretin D, Svarstad B. Efectiveness of intervention to improve patient compliance: Ameta-analysis. *Med Care* 1998; 36: 1138-61

برای مطالعه بیشتر:

- Cole SA, Bird J. *The medical interview: The three function approach*. St Louis, MO: Harcourt Health Sciences, 2000
 - Gask L, Morriss R, Goldberg D, *Reattribution: Managing somatic presentation of emotional distress*. 2nd ed. Manchester: Universityof Manchester, 2000. (Teaching videotape available from Nick. Jordan @man. ac. uk)
 - Usherwood T. *Understanding the consultation*. Milton Keynes: Open UniversityPress, 1999.
-

۲ آغاز درمان

جانانان پرایس، لورنس لیور^۲

از قدیم‌الایام، برنامه‌ریزی درمانی بیمارانی که برای اولین بار مراجعه کرده‌اند، شامل دو مرحله ارزیابی و سپس درمان می‌شود. با این وجود، رویکرد دو مرحله‌ای، محدودیت‌هایی دارد. به عنوان مثال ممکن است شروع درمان مؤثر به منظور بررسی‌های تشخیصی بیمار، به تأخیر بیافتد. اگر هیچ اختلال عضوی پیدا نشود، اغلب اطمینان‌بخشی به بیمار مؤثر واقع نمی‌شود. در هر دو مورد فوق، بسیاری از بیماران دچار احساس عدم اطمینان و نارضایتی می‌شوند. عدم وجود اطلاعات ضروری و برنامه‌های درمانی مورد توافق طرفین، ممکن است به اضطراب بیمار و خانواده او منجر شود و باعث شود که آنها نتیجه‌گیری نامناسبی داشته باشند و فرصت مشارکت دادن کامل آنها در درمان آنها از دست برود. اگر بتوان تبیین کاملتری را با یک تشخیص ساده ارائه داد، رضایت خاطر بیمار افزایش خواهد یافت و نتایج درمان هم بهتر خواهد بود. این کار، با تلفیق ارزیابی و درمان قابل دستیابی است. هدف از یک مشاوره کامل آن است که بیمار با درکی روشن از تشخیص احتمالی و احساس اینکه نگرانی‌های او عنوان شده‌اند و با آگاهی از درمان و پیش‌آگهی آن (که در آن، ارزیابی بخشی از درمان است) بیمارستان یا مطب را ترک کند. از این رویکرد می‌توان در بخش مراقبت اولیه و یا مراقبت ثانویه استفاده کرد و می‌توان آن را برای بیمارانی که با یا بدون تبیین مشخصی از بیماری و نشانه‌ها مراجعه کرده‌اند، به کار برد. استفاده از رویکرد تلفیقی به زمان بیشتری نیاز دارد، اما با کاهش مراجعات بعدی و کاهش استفاده از خدمات درمانی توسط بیمار جبران خواهد شد.

عدم انطباق انتظارات با آنچه بیمار تجربه می‌کند

آنچه که بیماران می‌خواهند	آنچه برخی از بیماران به دست می‌آورند
دانستن علت	عدم تشخیص
تبیین و کسب اطلاعات	تبیین ضعیفی که در آن نیازها و نگرانی‌های آنها عنوان نمی‌شوند
ارائه توصیه و انجام درمان	ارائه توصیه نا کافی
اطمینان‌بخشی	عدم اطمینان‌بخشی
تحت نظر یک پزشک دلسوز و شایسته بودن	احساس اینکه پزشک علاقه‌ای به نشانه‌های بیمار ندارد یا معتقد است که نشانه‌های بیمار بی‌اهمیت هستند.

این فصل به بیان اصول و روش‌های عملی برای برقراری ارتباط مؤثر و انجام مداخلات درمانی ساده می‌پردازد، این اصول و روش‌ها در موقعیت‌های بالینی متنوع - نظیر مشاوره تک نفره مستقیم^۱، مراقبت پزشکی پیشرفته کوتاه‌مدت^۲ کاربرد دارند و شانس اقدام به درمان مؤثر و تداوم درمان و مراقبت را افزایش می‌دهند.

مشاوره بیماری محور در مقابل مشاوره بیمار محور

- مشاوره بیماری محور: تمرکز پزشک روی مسائل استاندارد پزشکی است و او با بررسی منظم علائم و گرفتن شرح حال پزشکی بیمار به تشخیص بیماری می‌رسد.
- مشاوره بیمار محور: پزشک به مسائل بیمار گوش داده و به بیمار اجازه می‌دهد که به شرح و توصیف دلایل مراجعه خود بپردازد و احساسات و انتظارات خود از درمان را بیان کند. تصمیم‌گیری با مشارکت بیمار صورت می‌گیرد و برنامه‌های درمان به طور روشن و صریح عنوان شده و مورد موافقت قرار می‌گیرند. مدت زمان انجام مشاوره‌های بیمار محور طولانی‌تر از مشاوره‌های بیماری محور نیست.

اصول کلی

تلفیق مراقبت جسمی و روانشناختی

علائم جسمی، جنبه ذهنی دارند و دارای دو مؤلفه هستند: یک مؤلفه جسمی (احساس جسمی ناشی از فیزیولوژی یا آسیب‌شناسی) و یک مؤلفه روانشناختی (در ارتباط با افکار و باورهای فرد در مورد نشانه‌ها). درمان سنتی، تنها روی مؤلفه جسمی تمرکز دارد و هدف آن تشخیص و درمان آسیب‌شناسی زمینه‌ای است. اما پرداختن به مؤلفه روانشناختی در هنگام مشاوره، همراه با انجام مداخلات روانشناختی ساده، باعث کاهش ناراحتی و ناتوانی و کاهش نیاز به درمان بعدی توسط متخصص می‌شود.

حفظ تداوم درمان

ملاقات با یک پزشک واحد، در هر جلسه از معاینه باعث افزایش رضایت خاطر بیمار می‌شود. همچنین تداوم ملاقات‌ها، باعث بهبود نتایج درمانی نظیر کاهش ناراحتی، شکایات جسمی و انجام مراقبت پیشگیرانه و کاهش استفاده از خدمات درمانی می‌شود. مشکلات ناشی از عدم تداوم ملاقات‌ها را می‌توان با برقراری ارتباط مؤثر میان پزشکان مختلف به حداقل ممکن رساند.

1- Straight forward single consultation

2- augmenting brief medical care



گوش دادن به بیمار و عنوان کردن عقاید، نگرانی‌ها و انتظارات می‌تواند منجر به بهبود نتایج گردد.

(Charcot at the Salpêtrière by Luis Jimenez Aranda, 1889, in the Provincial Museum of Art, Seville)

ارتباط میان پزشکان

- برقراری ارتباط میان پزشکان با حفظ تداوم مراقبت در صورت امکان، کاهش می‌یابد.
- به احتمال زیاد یادداشت‌های مختصر و سازمان یافته، بیشتر از یادداشت‌های طولانی و سازمان نایافته، مطالعه می‌شوند.
- نامه‌هایی که متصدیان مراقبت‌های اولیه خطاب به متصدیان مراقبت‌های ثانویه می‌نویسند، باید بیانگر اطلاعات زمینه‌ای لازم بوده و دلایل روشنی برای ارجاع داشته باشند.
- نامه‌هایی که از جانب متصدیان مراقبت‌های ثانویه خطاب به متصدیان مراقبت‌های اولیه نوشته می‌شوند، تنها باید اطلاعات ضروری را مشخص نموده و نیازهای ارجاع شوند را مشخص کنند و طرح کلی برنامه درمان پیشنهادی و آنچه که در مورد آن با بیمار بحث شده است را ارائه دهند.
- از ارسال نامه با هدف ثبت در پرونده پزشکی، به جای برقراری ارتباط خودداری نمایید.
- تلفن ایزاری مناسب و مؤثر برای برقراری ارتباط است و مخصوصاً برای موارد پیچیده مفید واقع می‌شود.

دخالت دادن بیمار

عوامل روانشناختی، شامل نوع باورها و نگرش‌های بیمار نسبت به بیماری و درمان می‌شود، که این عوامل، از عوامل تعیین‌کننده درمان هستند. از این رو، راهبردهایی که باعث افزایش درک متقابل^۱، احساس کنترل و مشارکت در درمان می‌شوند، می‌توانند منافع عظیمی دربر داشته باشند. یک نمونه از آن، تهیه برنامه‌های درمانی به صورت نوشتاری است که مورد توافق پزشک و بیمار باشد. این رویکرد، اساس کار «برنامه بیمار کارآزموده»^۲ در بخش سلامت است که هدف آن، کمک به بیمار برای عمل کردن مانند یک متخصص برای مدیریت مشکلات خود، همراه با دریافت حمایت مناسب از مددکاران اجتماعی و مراکز ارائه خدمات سلامت است.

در نظر گرفتن خانواده

نحوه نگرش و باورهای والدین نسبت به بیماری نیز بر نتایج بیماری تأثیری قاطع دارد و بنابراین ارزش مطرح شدن را دارند. از افرادی که نقش کلیدی دارند، برای حضور در جلسه مشاوره (با کسب اجازه از بیمار) دعوت کنید و نگرانی‌های آنها را معین و مشخص کرده و ارجاع دهید. دخالت دادن بستگانی که زمان بیشتری را با بیمار، در مقایسه با پزشک سپری می‌کنند، به آنها اجازه می‌دهد تا به صورت همکار - درمانگر^۳ عمل کنند.

ارتباط مؤثر

نشان دادن درک بیمار

از فوننی ساده، می‌توان برای بهبود ارتباط استفاده کرد. به این منظور، استفاده از دو مرحله اول رویکرد سه کارکردی (به فصل قبل مراجعه کنید) مناسب است. مرحله اول - ایجاد ارتباط به نحوی که بیمار شرح حال خود را ارائه داده و احساس کند که او را درک کرده‌اند، مرحله دوم - مربوط به پزشک می‌شود که درک خود از بیماری را به بیمار می‌گوید. در موارد پیچیده‌تر، مؤثرترین شیوه، اضافه کردن یک جلسه مشاوره کوتاه‌مدت با حضور یک پرستار بالینی یا یک پرستار دوره‌دیده است.

1- understanding

2- Expert patient programme

3- Co-therapists

درک نگرانی‌های بیمار

- یادداشتهای، نامه‌های ارجاع و یا هر دو را قبل از ملاقات با بیمار بخوانید
- بیماران را ترغیب کنید تا در مورد نگرانی‌های فعلی‌شان صحبت کنند، بدون اینکه صحبتشان را قطع کنید یا عجولانه به آن خاتمه دهید.
- به شکایات، نگرانی‌ها و باورهای فعلی بیماران توجه کنید.
- به ناتوانی بیمار رسیدگی کنید.
- به فعالیت‌های خود مراقبتی از خود بیمار رسیدگی کنید.
- همدلی و حمایت خود را به بیمار نشان دهید.
- به هنگام لزوم، سکوت کنید
- با بیمار، ارتباط غیرکلامی نظیر ارتباط چشمی، تکان دادن سر و به جلو خم شدن برقرار کنید.

درک خود از نگرانی‌های بیمار را به او نشان دهید:

- جملات تأکیدی نظیر «نشانه‌های شما واقعی هستند»، «از شما مراقبت خواهیم کرد.» و «شما تنها نیستید» را دوباره تکرار کنید.
- وضعیت بیمار را جدی بگیرید و اطمینان یابید که او این مسأله را می‌داند.
- از شکایات فعلی بیمار صرف‌نظر نکنید، چه آسیب‌شناسی مشخصی برای آنها پیدا شده یا نشده باشد.
- درک خود از مشکل بیمار را برای او توضیح دهید - اینکه مشکل چیست؟ مشکل چه چیزی نیست؟، درمان و آینده آن چگونه است؟ در این مواقع رسم نمودار سودمند است.
- در صورتی که آسیب‌شناسی جسمی مشخصی وجود نداشته باشد، بهتر است که نظر خود را به طور قاطع، اعلام کنید.
- به بیمار اطمینان خاطر بدهید.
- از دادن پیام‌های درهم و برهم اجتناب کنید.
- بیمار را تشویق کنید و به سؤالات او پاسخ دهید.
- تصمیم‌گیری را با مشارکت بیمار انجام دهید.
- با بیمار برای اجرای برنامه درمان هم به طور کلامی هم به طور نوشتاری، ارتباط برقرار کنید.
- به بیمار، برای مراقبت از خود بیمار، اطلاعات ضروری نظیر توصیه‌های لازم برای تغییر سبک زندگی را ارائه دهید.
- چگونگی پیگیری موارد اضطراری^۱ یا عادی^۲ را توضیح دهید و نسبت به آنچه که ممکن است برنامه درمان را تغییر دهد هشیار و مراقب باشید.

ارائه اطلاعات به بیماران

بیماران نیاز دارند که علت احتمالی بیماری خود، جزئیات نتایج آزمایشات انجام شده و معنای آنها را بدانند و با آنها درباره درمان‌های احتمالی، گفتگو شود. به هر حال حتی در صورتی که در جلسه مشاوره، این اطلاعات به بیمار ارائه شود، بسیاری از بیماران آنچه که به آنها گفته شده است را نمی‌فهمند و یاد به یاد نمی‌آورند. از این رو، تهیه اطلاعات نوشتاری به صورت ساده، می‌تواند از نظر زمانی، شیوه مناسبی برای بهبود وضعیت بیمار باشد.

یکی از راه‌های تهیه اطلاعات نوشتاری، یادداشت کردن موارد ارزیابی و نامه‌های ارجاع درباره مسائلی است که برای بیماران حائز اهمیت هستند که این روش برای افرادی که از این روش استفاده نمی‌کنند، چالش برانگیز خواهد بود، ولی ایجاد هرگونه تغییر برای اینکه نوشته‌ها برای بیماران قابل درک (و قابل پذیرش) باشد، ضروری است تا بتوان در مورد آنها با بیمار به بحث و گفتگو پرداخت. یادداشت‌های مذکور، باید دارای ساختار مشخصی بوده و شامل حداقل اصطلاحات پزشکی باشند و واژه‌های تحقیرآمیز و کلمات رایجی که ممکن است سوء تعبیر شوند (نظیر کلمه مزمن)، را باید از آنها حذف کرد.

ارائه اطلاعات

- از بیمار دعوت کرده و به سؤالات او پاسخ دهید.
- از اصطلاحات غیر تخصصی استفاده کنید و تا جایی که امکان دارد، توضیحات خود را به گونه‌ای بیان کنید که برای بیمار قابل فهم باشد.
- از کاربرد اصطلاحات تخصصی و واژه‌هایی که معانی چندگانه دارند، نظیر کلمه «مزمن» اجتناب کنید.
- مشارکت بستگان بیمار را هم در اجرای برنامه درمانی جلب کنید.
- به هنگام دسترسی به تهیه منابع نوشتاری بپردازید.
- در زمان مناسب، به تهیه برنامه درمانی به صورت نوشتاری بپردازید.

منابع اطلاعاتی خوبی به صورت نوشتاری (بروشورها و کتابها) وجود دارند که در دسترس بیماران هستند و آنها به منزله دستورالعملی برای ارتقای دانش بیماران هستند. کتابخانه الکترونیکی ملی سلامت، منبع اینترنتی جدیدی است که هدف آن ارائه اطلاعاتی با کیفیت (www.nelh.nhs.uk) بالا برای استفاده کنندگان از خدمات مراقبت از سلامتی است و مستقیماً به خطوط ارتباطی آن‌لاین NHS (www.nhsdirect.nhs.uk/main.jhtml) ارتباط دارد. همچنین کتاب‌های بسیاری - نظیر نشانگان خستگی مفرط مزمن به فهرست (CFS/ME) حقایق (The facts) به فهرست مطالب خواندنی بیشتر مراجعه کنید) وجود دارند که می‌توان مطالعه آنها

را به بیماران توصیه کرد. بیشتر از همه، اطلاعاتی برای بیماران مفید واقع می‌شوند که هم ماهیت مسأله، پیش‌آگهی و گزینه‌های درمان را مشخص می‌کنند و هم روش‌های مقابله‌ای و مراقبت از خود را به بیمار آموزش می‌دهند.

ارزیابی درمان

اطمینان‌بخشی

دلیل شایع ناراحتی و ناتوانی افرادی که مبتلا به یک بیماری وخیم یا معمولی هستند، احساس نگرانی نسبت به سلامت فردی است. بنابراین مؤلفه کلیدی آغاز درمان، اطمینان‌بخشی به بیمار است. گام اول، عبارت از جمع‌بندی و تصدیق انتظارات، نگرانی‌ها و باورهای بیمار نسبت به پیگیری بیماری می‌باشد. این مرحله در صورت نیاز با گرفتن شرح حال، انجام معاینات و تحقیق و بررسی پیگیری می‌شود. اطمینان‌بخشی در آغاز درمان (نظیر «من مطمئن هستم که چیز مهمی نیست») ممکن است اینگونه برداشت شود که پزشک، مشکل بیمار را جدی نگرفته است. بالاخره، باید همه نگرانی‌های بیمار را تبیین و توجیه کرد و براساس درک و فهم بیمار، او را از چگونگی کارکردهای بدنش مطلع نمود. در واقع این مسأله ممکن است با آنچه که پزشک بیان می‌کند، تفاوت داشته باشد.

پیچیده بودن اطمینان‌بخشی

اطمینان‌بخشی کلی به بیمار

- برای دانستن اینکه اوضاع رو به راه است.
- برای دانستن اینکه از او مراقبت می‌شود.
- برای دانستن اینکه افراد دیگری هم هستند که شرایطی مانند او دارند.

اطمینان‌بخشی درباره علت بیماری به بیمار

- برای دانستن آنچه که بیماری هست.
- برای دانستن آنچه که بیماری نیست.
- برای دانستن اینکه بیماری مذکور جدی نیست: (مثلاً «علل زیادی می‌تواند دلیل بیماری شما باشد و تنها سرطان دلیل آن نیست» یا «این بیماری، سرطان نیست.» یا «بیماری شما رو به بهبود خواهد رفت.»)

اطمینان‌بخشی درباره درمان بیماری به بیمار

- برای دانستن آنکه بیماری، قابل درمان است.
 - برای دانستن آنکه بیماری، درمان خواهد شد.
 - برای دانستن آنکه بیماری، چگونه درمان خواهد شد.
 - برای دانستن آنکه شکایات بیمار در مورد بیماری رفع خواهد شد.
-

افزایش مدت زمان مشاوره به طور متوسط، تهیه اطلاعات به صورت نوشتاری و احتمالاً استفاده از پرستاران آموزش دیده به منظور تسهیل ارائه اطلاعات، همگی می‌توانند به ایجاد ارتباط میان پزشک - بیمار و ارتقای کیفیت اطمینان‌بخشی کمک کنند اگر چه ممکن است برای این کار به زمان و تلاش بیشتری نیاز باشد، اما این کار، مراجعات بعدی برای استفاده از منابع درمانی را به میزان زیادی کاهش می‌دهد.

ویژگی‌های مداخله کوتاه‌مدت روانشناختی

- جلسه مداخله، تک‌نفره و کوتاه‌مدت است.
 - این مداخله برای اکثر مسائل پیچیده نظیر موارد موجود در مراقبت ثانویه مناسب است.
 - این مداخله همراه با اقدامات بالینی و یا به فاصله کمی پس از آن قابل اجرا است.
 - این مداخله با انجام مراقبت‌های معمولی کامل می‌شود.
 - این مداخله از درک مبتنی بر شناخت برای درمان اضطراب استفاده می‌کند.
 - این مداخله جنبه‌های منفی تجارب بیمار را به حداقل می‌رساند.
 - این مداخله جنبه‌های مثبت تجارب بیمار را تقویت می‌کند.
 - این مداخله تبیین و اطمینان خاطر آشکاری را به بیمار ارائه می‌دهد.
-

مثبت‌اندیشی

خود پزشکان به طور بالقوه عوامل درمانبخش قدرتمندی هستند. شواهدی وجود دارند که نشان می‌دهند کاربرد مثبت‌اندیشی به طور عمدی در مشاوره، تأثیر درمان را افزایش خواهد داد. در یک آزمایش تصادفی، گروهی از بیماران توسط پزشکان عمومی که از مشاوره مبتنی بر مثبت‌اندیشی استفاده می‌کردند، ویزیت شدند (تشخیص قاطع به همراه پیش‌آگهی خوب) و گروهی دیگر توسط پزشکان عمومی که از مشاوره بدون مثبت‌اندیشی استفاده می‌کردند، ویزیت شدند (عدم تشخیص قاطع به همراه پیش‌آگهی نامعین). دو هفته بعد، در گروه مشاوره مثبت، که مشاوره در آن ساده و مختصر بود، نشانه‌ها بهبود یافته بود و تنها یک نفر از چهار نفر از گروه اول نیاز به درمان پیدا کرد (با فاصله اطمینان ۹۵٪ در عرض ۹-۳ روز).

استفاده از آزمایش‌ها به منزله درمان

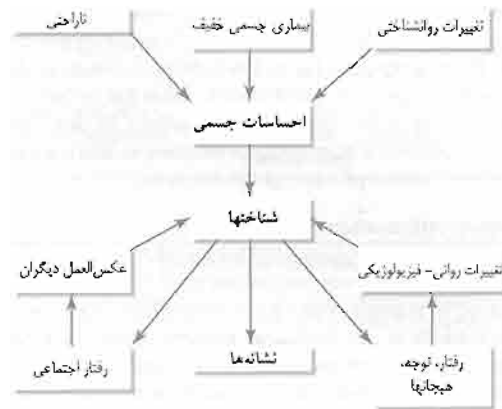
ایده‌آل آن است که انجام آزمایش‌ها، هم برای پزشکان و هم برای بیماران حالت خبررسانی و اطمینان‌بخشی داشته باشند. در حالی که شواهد به طور فزاینده، نشان می‌دهند که انجام آزمایش‌ها، ممکن است برای برخی از بیماران اطمینان‌خاطری ایجاد نکنند و حتی ممکن است اضطراب آنان

را افزایش دهند. احتمال وقوع این مسأله در بیمارانی که برای سلامتی‌شان مضطرب هستند، خیلی بیشتر است. پزشکان باید به هنگام برآورد مزایا و معایب انجام یک آزمایش، تأثیر روانشناختی بالقوه تجویز آزمایش را (به طور مثبت و عمقی) روی بیمار، در نظر بگیرند.

ارائه توضیحات بعد از جستجو و بررسی منفی

حتی هنگامی که نتایج آزمایش‌ها طبیعی گزارش می‌شوند، برخی از بیماران اطمینان خاطر نمی‌یابند. برای این بیماران بهتر است، توضیح داده شود که چه چیزی موجب کسالت آنها شده است، نه اینکه فقط به آنان بگویند که مشکلی ندارند. می‌توان از الگوی رفتاری شناختی برای تبیین چگونگی تعامل عوامل فیزیولوژیکی با تفکرات و هیجاناتی که می‌توانند منجر به نشانه‌هایی بدون وجود آسیب‌شناسی شوند، استفاده کرد.

به عنوان مثال برای یک سردرد ساده، می‌توان به بیمار گفت که درد واقعی بوده و در اغلب مواقع مستأصل‌کننده و ناتوان‌کننده است، سردرد معمولاً با استرس ارتباط دارد. تشخیص‌هایی نظیر «سردرد ناشی از تنش» و «نشانگان روده تحریک‌پذیر» می‌تواند در کاهش اضطراب بیماران در مورد علل بدخیم نشانه‌هایشان مفید باشد.



الگوی شناختی ساده از نشانه‌های جسمی، الگوی شناختی، الگویی است که در آن تفکرات و باورهای بیمار به عنوان مرکز علت‌شناسی ادراک و بازنمایی از مشکل در نظر گرفته می‌شود.

برنامه‌ریزی برای حال و آینده حفظ و افزایش فعالیت‌ها

گاهی اوقات بیماران، بدون آنکه لزومی داشته باشد و تنها از ترس اینکه انجام فعالیت باعث بدتر شدن بیماریشان شود، فعالیت‌های خود را کاهش می‌دهند یا از انجام فعالیت‌هایشان اجتناب می‌کنند. اما این راهبرد مقابله‌ای موجب بزرگنمایی ناتوانی در بیمار می‌شود. برنامه‌ریزی برای بازگشت تدریجی به فعالیت‌های معمول، یکی از مؤثرترین شیوه‌های کمک به این بیماران است. برنامه درمان، باید به وضوح مشخص کند که چه فعالیتی، برای چه مدت، چه موقع و با چه کسی و چند وقت یکبار باید انجام شود. بهترین کار تهیه برنامه به صورت نوشتاری و مرور منظم آن است. استفاده از رویکرد مبتنی بر همکاری، شانس موفقیت را افزایش می‌دهد.

پیگیری^۱

پیگیری قاطعانه بیمارانی که برای اولین بار مراجعه کرده‌اند، می‌تواند نشانگر استفاده مؤثر از زمان باشد. این کار اجازه مرور و تعدیل برنامه درمانی را می‌دهد و مخصوصاً اگر یک پزشک واحد بیمار را ویزیت کند، مؤثر واقع خواهد شد.

خلاصه مبتنی بر شواهد

● کیفیت برقراری ارتباط، هم در گرفتن شرح حال و هم به‌هنگام بحث در مورد برنامه درمان، بهبود بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

باید بیماران را تشویق کرد تا در حفظ و بهبود سلامتی خود، فعالانه مشارکت کنند و پزشکان باید اطمینان حاصل کنند که بیمارانشان اطلاعات ضروری و فرصت‌های لازم برای درمان خود را دریافت کرده‌اند.

● اطمینان‌بخشی شامل استنباط و تأیید انتظارات، نگرانی‌ها و باورهای بیمار نسبت به بیماری است.
Coulter A, Entwistle V, Gilbert D, Sharing decisions decisions with patients: Is the information good enough? *BMJ* 1999; 318: 318-22.

Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: A systematic review. *Lancet* 2001; 357: 575-762.

Thomas KB, General practice consultations: Is there any point in being positive? *BMJ* 1997; 294: 1200-2.

برای مطالعه بیشتر

- Balint M. *The doctor, his patient, and the illness*. Tunbridge Wells: Pitman Medical, 1957.
 - Department of Health. *The NHS plan-A plan for investment. A plan for reform*. London: DoH, 2000.
 - Campling F, Sharpe M. *Chronic fatigue syndrome (CFS/ME): The Facts*. Oxford: Oxford University Press, 2000.
 - Department of Health. *The expert patient: A new approach to chronic disease management for the 21st Century*. 2001 (www.ohn.gov.uk/ohn/people/ep_report.pdf).
-

۳ سازماندهی مراقبت از بیماری مزمن

میشل ون کورف^۱، راسل. ای. گلاسگو^۲، میشل شارپه^۳

یکی از وظایف مهم و روبه افزایش مراکز خدمات بهداشتی، درمان بیماری‌های مزمن است. اگرچه جزئیات درمان بیماری مزمن به نوع بیماری بستگی دارد، ولی بسیاری از اصول درمانی برای تمام بیماری‌های مزمن، مشترک می‌باشند.



درمان شرایط مزمن با مشارکت خانواده انجام می‌گیرد.

اصول درمان مؤثر

علی‌رغم کوشش‌های مراکز درمانی، باز هم اکثر مسؤولیت‌های روزانه در مورد مراقبت از بیماری مزمن بر دوش بیماران و خانواده آنان سنگینی می‌کند. بنابراین طراحان و سازمان دهندگان مراقبت‌های پزشکی باید بدانند که اگر در ارائه خدمات درمانی از همکاری^۴ بیماران و خانواده‌های آنان نیز استفاده کنند، نتایج بهتری خواهند گرفت و برای آنکه بیماران بتوانند نقشی فعال در مراقبت از خود داشته باشند، مراکز درمانی نباید فقط به ارائه درمان‌های مناسب پزشکی بسنده کنند، بلکه باید دانش و مهارت‌های خودگردانی^۵ بیماران را نیز ارتقا دهند. برای این کار باید مراقبت‌های پزشکی را با مداخلات رفتاری - شناختی و آموزشی توأم نمود. به نظر می‌رسد که برنامه‌های

1- Michael Von Korff

2- Russell E. Glasgow

3- Michael Sharpe

4- Collaboration

5- Self-management

درمانی در مورد بیماری‌های مزمن، نیاز به این جنبه از مراقبت را دست‌کم گرفته‌اند، در نتیجه اکثر برنامه‌های درمانی از نظر روانشناختی پیش‌پا افتاده^۱ بوده و در نتیجه تأثیر کمتری نسبت به آنچه که باید داشته باشند، دارند.

اجزای مشترک درمان مؤثر بیماری مزمن

- همکاری میان بیماران و ارائه دهندگان خدمات مراقبتی
- تهیه برنامه مراقبت شخصی به صورت نوشتاری
- پیگیری برنامه درمان
- پایش نتایج و جلب موافقت بیمار برای درمان
- استفاده هدفمند از مشاوره با متخصص در صورت ارجاع
- تهیه دستورالعمل‌های مراقبت گام به گام

همچنین این سرویس‌ها نباید صرفاً به درخواست‌های بیماران واکنش نشان دهند، بلکه باید پیشقدم شده و برای مراقبت‌های پیگیری نیز برنامه‌ریزی کنند. در نهایت برای کسب حداکثر کارایی، باید مداخلات به صورت گام به گام سازماندهی گردد، یعنی تنها وقتی مداخلات گرانتر و پیچیده‌تر استفاده شود که مداخلات ارزانتر و ساده‌تر، نامناسب یا ناکافی به نظر برسند.

جلب مشارکت بیماران و خانواده‌ها

برای پیشبرد همکاری و خانواده‌های آنان، مراکز خدمات مراقبت، به جمع‌آوری اطلاعات و تهیه و موافقت برای ارائه تعریف از مشکلی هستند که هر بیمار با آن سر و کار دارد. بعد از این کار، آنها باید روی اهداف و مقاصد درمانی با هم کنار بیایند و برنامه ویژه‌ای را برای خودگردانی مشارکتی ارائه دهند. این برنامه باید براساس اصول شناختی - رفتاری بوده و براساس شواهد مرتبط با درمان بیماری‌های مزمن ترتیب داده شده باشد.

به منظور اجرای مراقبت مشارکتی، بیماران و خانواده‌های آنان، نیازمند دسترسی به اطلاعات لازم و مراکز خدماتی مقتضی هستند، تا بتوانند نقش خود را به طور کامل و با اطلاع کامل ایفا کنند. نیاز به مراقبت مشارکتی که در آن بیماران نقشی فعال را ایفا می‌کنند، در انگلیس با تحول مفهوم «بیمار کارآزموده» برجسته گشته است.

اصول همکاری

- درک باورها، آرزوها و شرایط بیمار
- درک باورها و نیازهای خانواده
- شناسایی یک فرد به عنوان حلقه اتصال اصلی گروه مراقبت با بیمار
- ارائه تعریف مشارکتی از مشکلات و اهداف
- مرور برنامه‌های مورد توافق به طور منظم
- پیگیری فعالانه بیمار
- بازبینی منظم گروه

برنامه «بیمار کارآموزه» در انگلیس

- تشویق برای استفاده از دستورالعمل‌های خود مراقبتی، به صورت ملی و محلی
- تهیه دستورات خود مراقبتی به صورت نوشتاری و الکترونیکی
- ارائه برنامه‌های آموزشی به صورت ملی و محلی
- استفاده از یک پرستار برای ارائه خدمات صدای مشاور^۱
- با اقتباس از دپارتمان سلامتی، بیمار کارآموزه: رویکرد جدید قرن بیست و یکم در مدیریت بیمار مزمن با آدرس اینترنتی:

(www.Ohn.gov.uk ohn people expert)

ترغیب خود مراقبتی

خود مراقبتی فعال، برای درمان بهینه بیماری مزمن نقش اساسی دارد. انجام مداخلات خود مراقبتی، به نحو احسن بر اساس اصول رفتاری - شناختی بنا شده‌اند.

این مداخلات با ارزیابی نگرش‌ها و باورهای بیماران در مورد بیماریشان و نوع رفتارهای مقابله‌ای انتخاب شده توسط آنها، شروع می‌شود. سپس این ارزیابی به پیش‌بینی اطلاعات، رفع کج‌فهمی‌ها و سوءتعبیرها و اتخاذ اهداف مشارکتی هدایت می‌گردد. بیمار و اعضای گروه مراقبت از سلامت، باید درباره این مسائل با هم به توافق برسند.

نتیجه این ارزیابی مقدماتی به شکل برنامه عملکرد فردی و به صورت یک موافقت‌نامه نوشتاری بین بیمار و عاملین مراقبت در می‌آید. یک رونوشت از برنامه، به بیمار و یک رونوشت هم به گروه مراقبت از سلامت داده می‌شود. این برنامه می‌تواند به شکل استاندارد و به صورت باورهای درمانی نوشته شود. این برنامه ایستا نیست بلکه در طول زمان دستخوش تحول می‌گردد. اهداف

مقدماتی و برنامه مراقبت به منظور دستیابی به اهداف با توجه به پیشرفت بیمار و تعیین سودمند بودن یا سودمند نبودن عوامل در دستیابی به نتایج مورد نظر، مورد اصلاح و بازبینی قرار می‌گیرد.

برنامه مشارکت با خودمراقبتی^۱

۱- ارزیابی

- ارزیابی باورها، نگرش‌ها و دانش خودگردانی بیمار
- شناسایی موانع و حمایت‌های شخصی
- همکاری برای مشخص کردن اهداف
- توسعه راهبردهای خاص فردی و حل مسأله

۲- تعیین هدف و برنامه عملکرد فردی

- تهیه فهرستی از اهداف بر مبنای واژه‌های رفتاری
- شناسایی موانع اجرایی
- تهیه برنامه‌هایی برای رفع موانع پیشرفت
- تدوین برنامه پیگیری
- پرسیدن نظرات همه اعضای گروه مراقبت بهداشتی در مورد برنامه

۳- پیگیری فعالانه به منظور پایش پیشرفت و حمایت از بیمار

پیگیری فعال

برنامه عملکرد شخصی، هدایت‌کننده تماس‌ها جهت پیگیری وضعیت بیماران است. پیگیری برنامه‌ریزی شده فعال، باعث ایجاد این اطمینان می‌گردد که برنامه مورد نظر انجام شده و در صورت نیاز تغییراتی روی آن اعمال شده است. این گامها باید به صورت مکرر، مداوم و انعطاف‌پذیر تکرار شوند، نه اینکه یک دفعه و در یک قرار ملاقات منفرد انجام گیرند و از آنجا که مراقبت از بیماری مزمن فرایندی طولانی مدت است، نیازی نیست که حمایت از خود مراقبت به طور یک جا انجام شود، بلکه می‌توان آن را در طول بسیاری از تماس‌ها انجام داد.

مراقبت گام به گام اختصاصی

مراقبت گام به گام چارچوبی را برای استفاده از منابع محدود، به منظور کسب بیشترین بهره‌وری فراهم می‌کند. میزان استفاده از مراقبت تخصصی براساس شدت، مرحله‌بندی می‌شود. به این ترتیب که، ابتدا مراقبت تخصصی به میزان محدودی ارائه می‌شود و بعد با پایش منظم، بیمارانی که به سطح بالاتری از مراقبت تخصصی نیاز دارند، مشخص شده و مراقبت بیشتری دریافت می‌کنند. درمان‌های اولیه و بعدی براساس دستورالعمل‌های مبتنی بر شواهد و با توجه به پیشرفت بیمار انتخاب می‌شوند.

سطوح مراقبت گام به گام

- ۱- تداوم برنامه‌های ارزیابی و پیشگیری به طور منظم
 - ۲- خودمراقبتی همراه با حداقل حمایت
 - ۳- ارائه درمان مراقبتی در بخش مراقبت اولیه
 - ۴- ارائه درمان مراقبتی فشرده به همراه توصیه‌های تخصصی
 - ۵- ارائه مراقبت توسط متخصص
-

اصل افزایش گام به گام میزان مراقبت تخصصی بیمارانی که به برنامه درمانی اولیه پاسخ کافی نداده‌اند، مقوله‌ای شناخته شده در برنامه مراقبت اولیه است. اما مراقبت گام به گام سازمان یافته، مستلزم پایش منظم پیشرفت درمان است و در عین حال همکاری گروه مراقبت اولیه، شامل یک مشاور متخصص (در صورت نیاز)، یک مدیر درمان (در صورت نیاز) برای ارائه حمایت تخصصی برای دستیابی به نتایج مورد نظر، ضروری است.

مفروضه‌های مراقبت گام به گام

- افراد مختلف نیازمند سطوح مراقبت متفاوتی هستند.
 - سطوح بهینه مراقبت براساس پایش نتایج تعیین می‌گردد.
 - چنانچه براساس پاسخ‌های درمانی بیمار، ارائه مراقبت از سطح پایین به بالا حرکت کند، بهره‌وری افزایش و هزینه‌ها کاهش خواهند یافت.
-

مهارت‌های مورد نیاز عاملین درمان

گروه ارائه دهنده مراقبت، نه تنها باید با مشکلات بیمار آشنایی داشته باشد، بلکه باید دارای مهارت‌های روانشناختی لازم برای کمک به بیمار برای دستیابی به مراقبت از خود باشد. همچنین این گروه نیاز به دسترسی به متخصصان درمان روان‌شناسی و روان‌پزشکی دارد تا در صورت لزوم به نظارت و مشاوره بپردازند. مهارت‌های روانشناختی لازم شامل موارد زیر است:

- درمان اضطراب
- تشخیص و درمان افسردگی
- تحلیل رفتاری - شناختی^۱
- کاربرد اصول رفتاری - شناختی برای ایجاد تغییر رفتار گام به گام
- توانایی برای پایش پیشرفت بیمار

انجام تغییرات برای سازماندهی مراقبت

مشارکت ارائه دهندگان مراقبت از سلامت با بیماران مبتلا به بیماری مزمن، مستلزم اعمال تغییرات برنامه‌ریزی شده در شش زمینه زیر است:

سازماندهی مراقبت – هدایت بالینی باید مشوق تلاش‌های صورت گرفته به منظور ارتقای کیفیت باشد. این امر شامل ارائه مشوق برای درمان حاد به منظور ترغیب خودمراقبتی می‌شود. سیستم‌های اطلاع‌رسانی بالینی – ثبت بیماری یا اختلال باید به گونه‌ای باشد که جمعیت تحت پوشش را مشخص کرده و شامل اطلاعات مرتبط با اجرای مراقبت مبتنی بر دستورالعمل‌ها به خصوص فعالیت بیمار در مراقبت از خود باشد. ثبت بیماری یا اختلال، باید نحوه شناسایی بیماران دارای نیازمندی‌های خاص، سیستم‌های یادآور^۱ و تغییرات لازم در برنامه درمان را تعیین کند. **نظام ارائه مراقبت** – باید نقش گروه بالینی در سازماندهی ملاقات‌ها و پیگیری درمان متناوباً تغییر کند. ارائه نوآوری‌های سودمند، نظیر انجام ملاقات‌های گروهی، ملاقات‌های برنامه‌ریزی شده و مراقبت از طریق هدایت تلفنی توصیه می‌شود.

حمایت از تصمیمات اخذ شده – باید یکپارچه کردن اطلاعات و یادآوری قرار ملاقات‌ها براساس دستورالعمل‌های پزشکی و دستورالعمل‌های موجود باشد. همچنین باید حمایت و همکاری تخصص‌های پزشکی مناسب را جلب کرد.

استفاده از منابع جامعه – باید امکان استفاده از منابع جامعه به خصوص برای اقشار آسیب‌پذیر نظیر افراد مسن، افراد کم‌درآمد و اقشار محروم جامعه ایجاد شود.

حمایت از خودمراقبتی – کاربرد منابع آموزشی هدفمند، آموزش مهارت‌ها و حمایت روانشناختی مؤثر است. برنامه‌های موفقیت‌آمیز خودمراقبتی مبتنی بر همکاری هستند. مخصوصاً انجام مداخلات درمانی بیمارمحور برای درمان بیماری سودمند واقع می‌شود.

سؤال این است که آیا استفاده از این رویکرد برای تعداد زیادی از بیماران مراجع به بخش مراقبت اولیه و ثانویه، کاربرد عملی دارد یا نه؟ تجربیات فزاینده‌ای نشان می‌دهند که خودمراقبتی، در کنار مراقبت معمولی مؤثر واقع می‌شود. کاربرد فنونی خاص نظیر مداخله‌های رفتاردرمانی شناختی و استفاده از پرستاران و سایر کارمندان به عنوان مدیران درمانی هم مؤثر و هم عملی بوده است. به هر حال، پیروی کامل از این رویکرد در بخش مراقبت اولیه نیازمند تغییرات سازمان‌یافته است. این مسأله باعث می‌شود که از پزشکی و سایر مهارت‌های حرفه‌ای به طور مؤثرتر و کارآمدتر استفاده شود. همچنین این تغییرات باعث می‌شوند تا پزشکان با رضایت بیشتری، احساس مسئولیت کرده و به ارائه مراقبتی با کیفیت بالاتر بپردازند.