



روانشناسی بهداشت

سید موسی کافی[‡] سید علی محمد موسوی^{‡‡}

چکیده

در دو دهه گذشته شاهد همکاری‌های علمی و تخصصی بین روانشناسی و پزشکی بوده‌ایم. افزایش منابع علمی مربوط به نقش عوامل روان‌شناختی در پیشگیری، سبب شناسی و درمان بیماری‌های جسمی به گسترش توجه روان‌شناسان از بهداشت روانی محض به بهداشت عمومی و بهداشت جسمی و روانی منجر شده است. این همکاری‌ها باعث پژوهش‌های بیشتری شد و زمینه حمایت از الگوی زیستی - روانی - اجتماعی^۱ را فراهم آورد. بدین معنی که بیماری‌های جسمی در سایه نظام زیست شناختی، روان شناختی و اجتماعی بهتر قابل فهم است.

پژوهش و کاربرد این بخش از روانشناسی بیشتر بر مطالب مربوط به سلامت و آسیب‌های وارده بر آن متمرکز شده است. منابع زیادی در این زمینه انتشار یافته، انجمن‌های ویژه‌ای تأسیس شده، نشریه‌های جدیدی همچون «روانشناسی بهداشت^۲» و «روانشناسی و بهداشت^۳» چاپ و منتشر شده است. همچنین کنگره‌های علمی و برنامه‌های روان شناختی زیادی برای آموزش بهداشت و پیشگیری اولیه از بیماریها بر پا شده است.

بدین ترتیب روانشناسی بهداشت به شکل یک شاخه کاربردی جدید در روانشناسی مطرح شده و خدمات روان شناختی به عنوان یکی از نخستین گامها در بهداشت و پیشگیری از بیماریهای گوناگون جسمی و روانی شناخته شده است. گرچه روانشناسی بهداشت یک موضوع نسبتاً جدیدی است که در سال ۱۹۸۰ به عنوان بخش سی و هشتم انجمن روانشناسی آمریکا^۴ شناخته شده، اما ریشه‌های آن همچون ریشه‌های علم روانشناسی قدیمی است.

کلید واژه: روانشناسی بهداشت، پزشکی رفتاری

شکل گسترده‌ای در محافل علمی پذیرفته شده و مورد تأیید بخش روانشناسی بهداشت انجمن روانشناسی

تعریف ماتارازو^۵ (۱۹۸۲) از روانشناسی بهداشت به

دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس، دفتر مشاوره دانشجویی دانشگاه تهران، خیابان ۱۶ آذر، خیابان ادوارد براون.
دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس، دفتر مشاوره دانشجویی دانشگاه صنعتی امیرکبیر، تهران.

1 . biopsychosocial model
3 . psychology and Health
5 . Matarazo

2 . Health psychology
4 . American Psychological Association (APA)

امریکا قرار گرفته است. این تعریف عبارت است از: "روانشناسی بهداشت مجموعه کمک‌های خاص آموزشی، علمی و حرفه‌ای رشته روانشناسی است که به منظور پیشبرد و حفظ سلامتی، پیشگیری و درمان بیماریها، شناخت و تشخیص عوامل مؤثر در سلامتی، بیماری و یا ناهنجاریهای مربوط به آن و تحلیل و اصلاح شبکه مراقبت بهداشتی و شکل دهی رهنمودهای بهداشتی به کار گرفته می‌شود" (فیورشتاین^۱ و همکاران، ۱۹۸۷). بر اساس این تعریف هر نوع فعالیت روان‌شناختی در ارتباط با سلامتی، بیماری، شبکه مراقبت بهداشتی یا شکل‌گیری خط مشی‌های بهداشتی در قلمرو روانشناسی بهداشت قرار می‌گیرد. ارتباط هیجان با سلامتی و بیماری، مشخص نمودن عوامل زیستی - رفتاری مؤثر در بیماریها،

فشارهای روانی و عوامل مؤثر بر سلامتی و بیماری، نقش روانشناسی در شناخت، سبب شناسی و کنترل اختلالات عمده پزشکی از جمله پرسشهایی است که در پاسخ به آنها، روانشناسی بهداشت داده‌های مختلف زمینه‌های گوناگون روانشناسی را به صورت منسجم و یکپارچه مورد استفاده قرار می‌دهد. در شکل زیر چگونگی ارتباط روانشناسی بهداشت با شاخه‌های روانشناسی نشان داده شده است.

به این ترتیب روانشناسی بهداشت آنچنانکه ماتارازو تعریف کرده یک شاخه تخصصی نسبتاً جدید است که صاحب نظران برای درک و فهم آن الگوهای را ارائه می‌دهند. در یکی از این الگوها، استون^۲ (۱۹۸۲) مفهوم شبکه بهداشتی و مسایل مربوط به آن را مطرح نموده است. شبکه بهداشتی مستلزم ارتباط چند عامل اساسی، از فرد گرفته تا نظام‌های حمایتی اجتماعی - فرهنگی است. استون بر این باور است که متخصص روانشناسی بهداشت می‌تواند در هر مرحله از شبکه مراقبت‌های بهداشتی دخالت نماید. مثلاً چگونگی تعامل و همکاری بین پزشک و بیمار و تأثیر آن را در فرآیند درمان مورد بررسی قرار دهد (به

نقل از اشمیت^۱ و همکاران، ۱۹۹۰). بهداشت می‌تواند به منزله تعادل بین فرد، خود درونی و جهان بیرونی‌اش باشد. اما باید توجه داشت که مداخله‌های بهداشتی چه در حیطه روانشناسی بهداشت و یا در بهداشت عمومی فقط فرد را شامل نمی‌شود، بلکه محیط اجتماعی همچون نظام‌های اقتصادی و زیستی را نیز در برمی‌گیرد (همان جا).

یکپارچه کردن زمینه‌های گوناگون روانشناسی و علوم بهداشتی توأم با آگاهی از ویژگیهای شبکه مراقبت‌های بهداشتی از جمله فعالیت‌های مهم روانشناسی بهداشت است. در هر حال روانشناسی بهداشت فقط به پژوهش و ساخت نظری محدود نمی‌شود بلکه زمینه‌های کاربردی، پیشگیری، مشاوره و درمان را نیز در برمی‌گیرد.

ارتباط روانشناسی بهداشت و پزشکی رفتاری

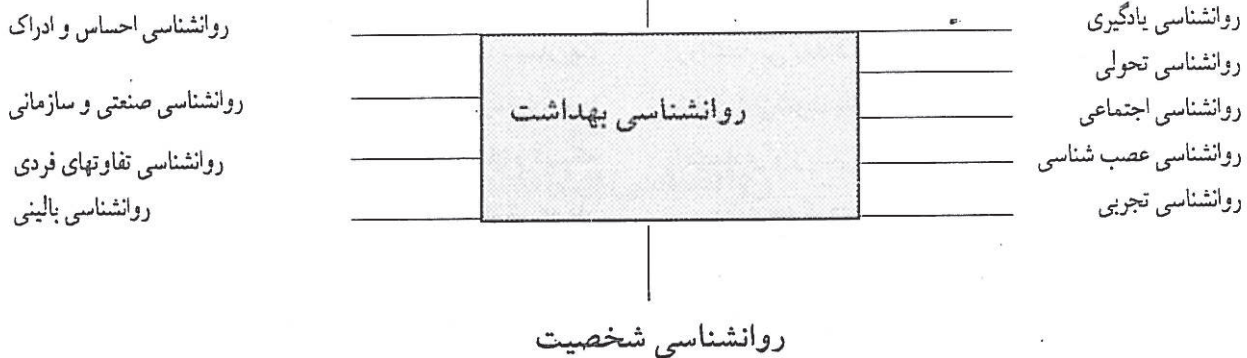
پزشکی رفتاری دانش تخصصی بین‌رشته‌ای^۴ است که از رشته‌های علوم زیست پزشکی نظیر فیزیولوژی، ایمنی شناسی و آمار حیاتی؛ پزشکی، نظیر روانپزشکی، قلب و عروق، عصب‌شناسی و پزشکی خانواده؛ خدمات حرفه‌ای پیراپزشکی مانند پرستاری، بهداشت دهان و دندان، فیزیوتراپی و علوم تغذیه؛ علوم رفتاری همچون جامعه‌شناسی، انسان‌شناسی و مردم‌شناسی و روانشناسی بهداشت مانند روانشناسی فیزیولوژیایی، بالینی، تحولی، اجتماعی، تجربی، احساس و ادراک، یادگیری و شناختی تشکیل شده است. روانشناسی بهداشت یک شاخه از علم روانشناسی است که در یک رابطه متقابل با پزشکی رفتاری هم در خدمت آن قرار می‌گیرد و هم از آن بهره می‌گیرد.

گاهی در کنفرانس‌ها، کتابها و مقاله‌های انتشار یافته، کاربرد پزشکی رفتاری یا روانشناسی پزشکی شبیه کاربرد روانشناسی بهداشت تلقی می‌شود که به این ترتیب نقش روانشناسی بهداشت را به عنوان پیشگیری مرحله دوم و سوم

1 . Feuerstein
3 . Schmidt

2 . Stone
4 . interdisciplinary

انگیزش و هیجان



رشته‌های روانشناسی که در روانشناسی بهداشت سهم هستند (فیورشتاین و همکاران)

در یک نگاه سطحی، توصیف اهداف روانشناسی بهداشت ساده به نظر می‌رسد، چنانچه در هدف اصلی روانشناسی بهداشت مبنی بر کاهش آسیب‌های ناشی از رفتاری مناسب نیز از جمله اهداف روانشناسی بهداشت است. ماتارازو تأکید می‌کند، فرایندهای تغییر رفتار وقتی به فوریت اتفاق می‌افتد که اهداف آن به طور عینی و دقیق تعریف و مشخص شده باشد. بر این اساس ماتارازو، (۱۹۸۳) اهداف روانشناسی بهداشت را در سه سطح پیشبرد بهداشت، حفاظت بهداشتی^۱ و خدمات پیشگیری برای تندرستی مطرح می‌کند. این سه سطح با اهداف نوعی مربوطه در زیر مشخص شده است.

الف: پیشبرد بهداشت

- ۱ - بررسی استعمال دخانیات و ارتباط آن با تندرستی.
- ۲ - پیشگیری از مصرف بی‌رویه دارو و الکل.

در نظر می‌گیرند در حالی که اصولاً روانشناسی بهداشت به پیشگیری مرحله اول یا آموزش بهداشت تأکید دارد.

اهداف روانشناسی بهداشت

عدم رعایت بهداشت روانی و جسمی توافق کلی وجود دارد. اما در یک بررسی عمیق‌تر، اهداف روانشناسی بهداشت می‌تواند متأثر از جهت‌گیری‌های نظری مختلف باشد.

میلر^۱ (۱۹۸۴) بر اساس نظریه یادگیری، سلامتی و ناخوشی را ناشی از مجاورت تقویت‌های متوالی یاد گرفته شده می‌داند. بدین ترتیب هدف روانشناسی بهداشت تغییر در الگوی تقویت به منظور تشویق فرد در اکتساب رفتارهای بهداشتی و اجتناب از رفتارهای ناخوش است (اشمیت، ۱۹۹۰).

ماتارازو هدف کلی روانشناسی بهداشت را شناخت عوامل آسیب‌زا بر بهداشت می‌داند. به نظر او شناخت عوامل بیماری‌زا، عوامل مؤثر بر مصونیت از بیماریها و همچنین تعامل بین این عوامل به منظور ایجاد تغییرات

در مجموع ۲۱۳ میلیون روز را در بیمارستانها بستری بوده‌اند.

با توجه به این مسایل کیسلر^۵ و مورتون^۶ (۱۹۸۸) ابراز نمودند باید آگاهی و دانش عمومی نسبت به این موضوع در جامعه افزایش یابد و برای نیل به این مقصود به یک انقلاب مراقبت بهداشتی^۷ و یا راه‌اندازی مؤسسات صنعتی - بهداشتی نیازمندیم. با تحقق بخشیدن این مهم، شکوفایی طرحهای نظری و عملی روانشناسی بهداشت امکان پذیر می‌گردد.

منابع

- Corsini, R. J. (1984) *Encyclopedia of psychology Vol 2*, U. S. A.: John - Wiley & Sons.
- Feurstein, M., Labbe, E., Kuczmierczyk, A. (1987). *Health psychology: A psychobiological perspective*, New York; Plenum press.
- Kiesler, C. A. & Morton, T.L. (1988). psychology and Public policy in the health care revolution. *American Psychologist*, 43, 993 - 1003.
- Matarazzo, J. D. (1983). Health psychology in *The clinical psychology Handbook* in M. Hersen, (Ed.), U.S.A.: Pergamon Press Inc.
- Rodin, J; Salovey, P. (1989). Health Psychology. *Annual Review of Psychology*, 40, 533-579.
- Schmidt, L. R. Schwenkmezger, P., Weinman, J., Maesos. (1990). *Theoretical and Applied Aspect of Health psychology* London: Harwood Academic Publishers.



- | | |
|----------------------------|----------------|
| 1 . Bloom | 2 . Rodin |
| 3 . Salovey | 4 . Presse-und |
| 5 . Kiesler | 6 . Morton |
| 7 . health care revolution | |

۳ - بررسی تغذیه و ارتباط آن با تندرستی.

۴ - بررسی در زمینه چاقی و فعالیت‌های جسمانی.

۵ - کنترل فشارهای روانی و رفتارهای خشن.

ب: حفاظت بهداشتی

۱ - کنترل تولید مواد سمی.

۲ - حفاظت و سلامت شغلی.

۳ - پیشگیری از تصادفات و کنترل صدمات ناشی از آن.

۴ - بهداشت دهان و دندان.

۵ - مراقبت و کنترل بیماریهای عفونی.

ج: خدمات پیشگیری برای تندرستی

۱ - کنترل فشار خون بالا

۲ - برنامه‌ریزی خانواده

۳ - حاملگی و بهداشت نوزاد

۴ - ایمن‌سازی

بدین ترتیب انگیزه‌های اقتصادی و بهداشتی برای نیل به این اهداف ایجاد شده که خود نشان دهنده خدمات روانشناسی بهداشت در پرتو توجه به وظایف این رشته است. چنانچه در جهان امروز و با انقلاب فرا صنعتی در سه دهه پایان قرن بیستم شاهد تغییر در شیوه‌های زندگی افراد هستیم که به دنبال آن در گستره بیماری‌ها و مرگ و میر افراد نیز دگرگونیهای چشمگیری به وجود آمده است. بلوم^۱ (به نقل از اشمیت، ۱۹۹۰) نیمی از مرگ و میر افراد را در امریکا ناشی از رفتارهای تهدیدکننده سلامتی و شیوه زندگی مردم دانسته است. رودین^۲ و سالووی^۳ (۱۹۸۹) نیز عنوان داشته‌اند که حدود ۱۱٪ از حجم تولید ناخالص ملی امریکا صرف هزینه بیماریها می‌شود، در حالی که در سال ۱۹۵۰ این هزینه حدود ۴/۵٪ از حجم تولید ناخالص ملی امریکا را به خود اختصاص داده بود. پرس - اوند^۴ (به نقل از اشمیت و همکاران، ۱۹۹۰) و همکاران (۱۹۸۹) می‌گویند که در آلمان فدرال با جمعیتی بالغ بر ۶۰ میلیون نفر در سال ۱۹۸۷، حدود ۱۳ میلیون بیمار به بیمارستانها مراجعه کرده و یا شمارش شده‌اند که