به نام خدا

خلاصه کتاب روانشناسی سلامت پیشرفته

دکتر اسحق رحیمیان بوگر / دکتر مهدی قدرتی میر کوهی

ناشر : پیام نور

استاد:جناب اقای دکتر احمد علی پور/ درس روانشناسی سلامت پیشرفته

دانشجو: زهرا عبداللهی

رشته : روانشناسی عمومی

دانشگاه پیام نور: مرکز بین الملل کیش

فهرست مطالب

فصل اول ( الگوهای نظری روانشناسی سلامت پیشرفته)

**1-1گسترش روانشناسی سلامت**

**1-2خصوصیات رشته روانشناسی سلامت**

**1-3خدمات روانشناسی سلامت**

**1 -4 ضرورت یادگیری مستمر در روانشناسی سلامت**

**1-5آینده روانشناسی سلامت**

**1-6 الگوهای نظری روانشناسی سلامت**

**1-6-1 الگوی زیستی -روانی -اجتماعی – معنوی**

**1-6-2الگوهای برنامه ریزی**

**1-6-3الگوهای تغییر رفتار**

**1-6-4 الگوی بوم شناختی اجتماعی**

**1-6-5 الگوهای مقوله ای**

**1-6-6 الگوهای خطر – مقاومت**

1**-6-7 الگوی یکپارچه سازی پزشکی و روانشناسی**

**2-2فرایند بالینی صورت بندی مورد**

**2-2-1 مصاحبه اولیه**

**2-2-2صورت بندی مشکل**

**2-3مداخلات و درمان های روانشناختی در روانشناسی سلامت**

**2-3-1درمان شناختی- رفتاری**

**2-3-2 مصاحبه انگیزشی**

**2-3-3مشاوره متمرکز بر مشکل**

**2-3-4آموزش مدیریت فشار روانی**

**2-3-5آموزش ایمن سازی در برابر فشار روانی فشار روانی**

**2-3-6 درمان متمرکز و معنا و تحلیل وجودی**

**فصل سوم پیشگیری از بیماری های مزمن**

**3-1سطوح پیشگیری**

3-2مبانی چهارگانه پیشگیری نوع اول

**3-3عوامل اصلی مرگ**

**3-3-1بیماری قلبی – عروقی**

**3-3-2سرطان**

**3-3-3بیماری انسدادی مزمن ریوی**

**3-3-4 دیابت شیرین نوع ۲**

**3-3-5چربی خون بالا**

**3-3-6پرفشاری خون**

**3-4کاربردهای روانشناسی سلامت**

**3-4-2مصاحبه انگیزشی**

**3-4-2مصاحبه انگیزشی**

**3-4-3الگوی پیشگیرانه سلامت**

**3-4-4نظریه شناخت اجتماعی**

**3-5چاقی**

**3-5-1سنجش روان شناختی چاقی**

**3-5-2مداخلات و درمان های چاقی**

**فصل دوم صورت بندی و مورد تشخیص و درمان**

**2-1صورت بندی و تشخیص در روانشناسی سلامت**

**3-6-2مصاحبه پذیرش و طرح ریزی درمان**

**3-7ترک سیگار**

**3-7-1 سنجش و مصاحبه ترک سیگار**

**3-7-2مداخلات ترک سیگار**

**فصل چهارم**

**بهبود سبک زندگی و ارتقای سلامت**

**4-1سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت**

**4-2اصول و فنون ارتقای سلامت**

**4-3کیفیت زندگی**

**4-4کیفیت زندگی مرتبط با سلامت(HRQoL)**

**4-5 آموزش سلامت و بهبود کیفیت زندگی**

**فصل پنجم :راهبردهای استاندارد در پیشگیری از حالات خاص**

**5-1 مشاوره های پیشگیرانه در روانشناسی سلامت**

**۵\_۲ الگوهای مشاوره پیشگیرانه**

**۵-۳ راهبرد های هدفمند در مشاوره پیشگیرانه**

**۵-۴ خدمات مستقیم مشاوره پیشگیرانه**

**۵\_۵ خدمات غیر مستقیم مشاوره پیشگیرانه**

**۵-۶ نظام ها و محیط ها در مشاوره پیشگیرانه**

**۵-۷ ارزیابی برنامه ها و راهبردهای استاندارد پیشگیری**

**فصل ششم**

**سرطان ،دیابت، بیماری های ریوی**

**6-1سرطان آنکولوژی و سایکوآنکولوژی**

**6-1-1پیامدهای روانی اجتماعی سرطان و سازگاری با آن**

**6-1-2 ابعاد روانی \_ اجتماعی سازگاری با سرطان و درمان آن**

**6-1-3 نقش روانشناسی سلامت در موقعیت های غده شناسی**

**6-1-4 سنجش روانشناسان سلامت از بیماران سرطانی**

**6-1-5 مداخلات روانشناسی سلامت در روان غده شناسی**

**6-1-6 طب مکمل و طب جایگزین**

**6-1-7 سیر سرطان و درمان آن**

**6-2 دیابت و انواع آن**

**6-2-1هدف های درمان دیابت**

**6-2-2 ابعاد روانی- اجتماعی کنترل دیابت**

**6-2-3 صورت بندی و مداخلات روانشناسی سلامت در دیابت**

**6-3 بیماری انسداد مزمن ریه COPD**

**6-3-1 آسیب شناسی روانی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به COPD**

**6-3-2 توانبخشی و مداخلات روانشناختی COPD**

**6-4 آسم**

**6-4-1 آسیب شناسی روانی و کیفیت زندگی در بیماری آسم**

**6-2-4 درمان و مداخلات آسم**

**فصل هفتم**

**بیماری های قلبی – عروقی، بیماری های دستگاه گوارش کبد و کلیه**

**7-1بیماری های قلبی -عروقی CVD**

**7-1-1 بیماری عروقی کرونر CAD**

**7-1-2 بیماری کرونری قلب CHD**

**7-1-3 سنجش روانشناختی در بیماران قلبی\_ عروقی**

**7-1-4 مداخلات روان شناسی سلامت برای بیماران قلبی**

**7-1-5 برنامه سبک زندگی قلب**

**7-2 نشانگان روده تحریک پذیرIBS**

**1-2-7آسیب شناسی فیزیولوژیکی و تشخیصIBS**

**2-2-7 اصول صورت بندی مورد و درمان IBS**

**7-3بیماری التهابی روده IBD**

**7-3-1 سنجش و مداخلات روانشناختی در IBD**

**7-4بیماری کبد**

**7-4-1 سنجش و مداخلات روانشناختی در بیماری کبد**

**7-5 بیماری کلیوی مرحله نهایی ESRD**

**7-5-1 آسیب شناسی روانی هم ابتلا با ESRD**

**7-5-2 سنجش و مداخلات در ESRD**

**فصل هشتم : حالت خاص در روانشناسی سلامت پیشرفته**

**1-8 درد مزمن**

**8-1-1 دیدگاه نظری درد مزمن**

**8-1-2 درمان چند وجهی و چند تخصصی درد مزمن**

**8-1-3 صورتبندی مورد بین رشته ای درد مزمن**

**8-1-4 یکپارچه سازی سنجش پزشکی و درمان شناسی سلامتی از درد مزمن**

**8-1-5 درمان روانشناختی درد مزمن**

**8-2 آسيب به طناب نخاعی**

**8-2-1 سازگاری با آسیب طناب نخاعی و تاثیرات هیجانی آن**

**8-2-2 توانبخشی جسمی در آسيب طناب نخاعی**

**8-2-3 مداخلات روان شناسی سلامت در آسیب طناب نخاعی**

**3-8عفونت HIV و نشانگان نقص ایمنی اکتسابی AIDS**

**8-3-1 سازگاری با HIV و تبعیت از درمان آن**

**2-3-8 ابعاد سلامت روان شناختی در حالات HIV مثبت و AIDS**

**8-4 نشانگان خستگی مزمن CFS**

**8-4-1 سنجش و درمان روانشناختی CSF**

**8-5 مسائل کار بالینی در پیوند عضو**

**8-5-1 سنجش روانشناختی بیماران داوطلب پیوند عضو**

**8-5-2 مداخلات روانشناختی برای بیماران پیوند و خانواده آنان**

فصل اول ( الگوهای نظری روانشناسی سلامت پیشرفته)

**1-1گسترش روانشناسی سلامت :**

روانشناسی سلامت از شاخه های جدید روانشناسی است که هنوز ۴ دهه کامل از عمرش سپری نشده است. پا به پای پیدایش طب رفتاری این رشته در سال ۱۹۷۹ میلادی با تأسیس بخش روانشناسی و سلامت در انجمن روانشناسی آمریکا به وجود آمد همچنین در ایران روانشناسی به عنوان یک رشته دانشگاهی در سال ۱۳۸۰ با راه اندازی دکترای تخصصی این رشته در دانشگاه تهران آغاز شد.

از اهداف روانشناسی طب رفتاری رشته ای نزدیک به روانشناسی سلامت است که به عنوان مطالعه تحول علوم رفتاری و فنون مرتبط با فهم سلامت جسمی و بیماری و کاربرد این علوم و فنون برای پیشگیری تشخیص درمان و توانبخشی در بیماریها تعریف شده است.. حضرت رسول اکرم (ص) می فرمایند: علم طب بعد از علم ادیان به عنوان شریف ترین علوم قرار گرفته است. چند عامل در پیدایش روانشناسی سلامت نقش داشته است یکی از این عوامل تغییر در الگوی بیماریها بوده است و در قرن گذشته علت اصلی مرک و میر بیماری های حاد بوده است اما در قرن حاضر انواع مختلف بیماری های مزمن به خصوص بیماری های قلبی عروقی انواع سرطان ها و دیابت علل اصلی ناتوانی مرگ و میر در کشور ها هستند.

روانشناسان سلامت به عنوان بخشی از سیستم مراقبت بهداشتی در زمینه هایی مثل مراکز تخصص سرطان و بیماری قلبی ، تخصص پوست و مو پژوهش و کار بالینی مبتنی بر شواهد می پردازند. اقدامات روانشناسان سلامت در این زمینه ها مبتنی بر مبنای نظریه ایمنی شناسی عصبی روانی PNI است..

چند عامل مهم نقش روانشناسی سلامت در مراقبت های بهداشتی را برجسته می سازد که : ابعاد و عوامل روانی اجتماعی در بروز بیماری ها و عوامل اصلی مرگ و میر نقش دارد. همچنین با افزایش طول عمر در جوامع نیازمندی های سلامتی جدید پدید آمده است و تقریبا بودجه بسیار اندکی از مراقبت های بهداشتی جوامع به صرف پیشگیری اولیه می شود. از آنجا که در اغلب جوامع حالت پزشکی مزمن در مقایسه با حالات طبیعی حاد کانون اصلی تمرکز در مراقبت بهداشتی هستند لذا با توجه به روانشناسی سلامت اهمیت دارد.

**1-2خصوصیات رشته روانشناسی سلامت**

در روانشناسی سلامت علاوه بر تمرکز روی بیماری و ناتوانی، تاکید زیادی بر پیشگیری و ارتقای سلامت وجود دارد.تفاوت مهمی بین پیشگیری نوع یک و نوع دو وجود دارد

پیشگیری نوع دو : این نوع پیشگیری غالبا بر اساس الگوی سنتی زیست پزشکی بیماری است وبر شناسایی زودهنگام و درمان بیماری متمرکز است.

پیشگیری نوع یک : در این نوع پیشگیری توجه اندکی نسبت به عوامل رفتاری همراه با بیماری های مزمن نظير سرطان وجود دارد . در این نوع از پیشگیری مداخلات خاص مقرون به صرفه تر به منظور کاهش احتمال بروز بیماری یا مشکلات سلامتی در آینده انجام می گیرد و غالبا بر اساس الگوهای رفتار نظیر پیشگیری از مصرف مواد مخدر یا ترغیب به انجام ورزش منظم است.

روانشناسی سلامت با تقویت خودمراقبتی در بیماران ارائه مداخلات مبتنی بر مبنای ایمنی شناسی عصبی روانی در بیماری ها، تغییر رفتارهای موثر و سلامتی ،تقویت رفتارها یمور بر سلامتی ، شناسایی اختلالات روانی نامشخص و تغییر در غربالگری و مداخله برای حالات جسمانی سازی نقش مهمی در مقرون به صرفه نمودن و کاهش هزینه های پزشکی دارد .در روانشناسی سلامت بر همکاری بین رشته ای ، تعامل با دیگر تخصص های مراقبت بهداشتی تاکید دارد. در این رشته رابطه ذهن و بدن یک رابطه تعاملی است.

**1-3خدمات روانشناسی سلامت**

روانشناسی سلامت به پژوهش ، آموزش سلامت و کار بالینی در مشکلات مربوط به سلامتی می پردازد. عوامل رفتاری نظیر عدم پذیرش و تبعیت رفتاری از برنامه های پزشکی و درمانی می تواند مشکلات سلامتی را تشدید کند . ارائه آموزش ، انجام پژوهش ، اقدام به سنجش و ارزیابی ، تدوین و اجرای مداخله ، طرای برنامه ها ی پیشگیرانه و ارتقای سلامت و ارائه ی مشاوره به متخصصان دیگر در مجموعه ای ناهمگن از موقعیت ها در قالب رویکرد زیستی –روانی –اجتماعی – مذهبی- معنوی از خدمات روانشناسی سلامت است .

مشاوره های روانشناسی و سلامت می توانند بیمار محور نظير تقویت و غنی سازی انگیزش و برانگیختن بیمار در واحدهای مراقبت ویژه و یا تقویت مشارکت وی در توانبخشی ،کارمند محور نظیر کمک به کارکنان خدمات درمانی برای برخورد صحیح با احساسات خشم خود نسبت به یک بیمار مقاوم در درمان و یا نظام بهداشتی محور نظیر طراحی شیوه ارتباطات مراقبت بهداشتی و نظام های ارائه خدمات یا تقویت فرایند تحول و پیشرفت خط مشی سلامتی باشد هدف های سلامت از تهیه کننده های اصلی خدمات روانشناسی سلامت است هدف سلامتی باشد.

**1 -4 ضرورت یادگیری مستمر در روانشناسی سلامت**

روان شناس سلامت باید به شیوه خود رهنمون شده و مداوم به یادگیری مستمر اقدام نمایند.

پیدایش تخصص های متعدد مراقبت بهداشتی در سطح جهان استفاده وسیع از فنون ارتباطات از راه دور را برای متخصصان این رشته ها را ضروری ساخته است که نیازمند نوع یادگیری مستمر و خود رهنمون شده است. کاربرد فنون ارتباطی و اطلاعاتی از راه دور برای دسترسی به دانش سلامتی و ارائه خدمات بهداشتی در فواصل جغرافیایی زیاد تعریف شده است و شامل مشاوره سلامتی، سنجش، مداخله و برنامه های پیگیری برای ارزیابی و اطمینان از تداوم اثرات درمان است. سلامت از راه دور نقش مهمی در افزایش دسترسی، افزایش کیفیت ،مراقبت بهداشتی و کاهش هزینه های سرسام آور خدمات بهداشتی درمانی دارد.

**1-5آینده روانشناسی سلامت**

الگوهای چند متغیره نظير مدل یابی معادلات ساختاری و سلامت تحلیل مسیر، کاربرد نظریه یادگیری در سبب شناسی و مداخله در بیماری ها، استفاده از فنون جدید مداخله ای نظیر الگوی مربی سلامت در تغيير رفتارهای مرتبط با سلامت به منظور پیشگیری از حالات مزمن و بهبود خود مدیریتی ،گسترش تخصص های روانشناسی سلامت نظیر سایکوانکولوژی، انکولوژی رفتاری و ایمنی شناسی عصبی-روانی از مسیرهای مهم در آینده روانشناسی سلامت می باشد. بررسی بیشتر علم ژنتیک ،پیوند عضو و بافت ،داروشناسی، سلامت از راه دور، انفورماتیک های سلامتی، مراقبتهای اولیه ،توجه بیشتر به ابعاد مذهبی و معنوی در پیشگیری و ارتقای سلامت و تنوع در روند های مراقبت بهداشتی از مسیرهای نوین این علم از دلایل توسعه روانشناسی سلامت در آینده هستند

**1-6 الگوهای نظری روانشناسی سلامت**

الگوهای نظریه های بنیادی روانشناسی سلامت از جمله الگوی باور سلامت(HBM)، الگوی آمادگی برای تغییر، الگوی خودتنظیمی ،الگوی مدیریت سلامت و بیماری، نظریه عمل مستدل- رفتار قصد مند، الگوهای میان رشته ای مراقبت و الگوی زیستی -روانی -اجتماعی – معنوی از الگوهای مهم نظری روانشاسی سلامت هستند .

**1-6-1 الگوی زیستی -روانی -اجتماعی – معنوی در سلامت و بیماری**

در الگوی زیستی روانی اجتماعی و معنوی به اثرات حمایت اجتماعی، فرهنگ، رابطه پزشک- بیمار، خط مشی بهداشتی، سازمان ها و نظام های ارائه خدمات بهداشتی بر سلامتی تاکید دارد. همچنین در این رشته شناخت تنوع و مسائل بهداشتی اقلیت ها، راهبردهای مقابله با بیماری ها، عوامل خطر هیجانی و رفتاری در بروز بیماری، آسیب و ناتوانی و تاثیر آسیب شناسی روانی بر بیماری و ناتوانی جسمی و درمان آن ها مهم و اساسی است. مقایسه الگوی زیستی روانی اجتماعی و معنوی با الگوی زیست پزشکی به درک بهتر موضوع کمک می کند

الگوی زیست پزشکی، پیدایش بیماری ها بر اساس فرایندهای بدنی ناهنجار نظیر بی نظمی بیوشیمیایی یا ناهنجاری های نوروفیزیولوژیکی تبیین می کند و فرض می کند که فرآیندهای روانی اجتماعی غالبا مستقل از فرایندهای مسبب بیماری های جسمی هستند . اگرچه الگوی زیست پزشکی در تبیین برخی از بیماریها سودمند است اما الگوی کاهش گرایانه است، به طور ضمنی قائل به دوگانگی ذهن و بدن است و به عنوان یک الگوی عامل واحد به جای آنکه بر نقش فرایندهای روانشناختی و اجتماعی کلی و یکپارچه در بروز بیماری تمرکز نماید رخداد بیماری را به فرایندهای سطح پایین تری نظیر سلول ها ،بی نظمی شیمیایی و هورمونی کاهش می شود..

بر خلاف مبانی نظری و اصول بنیادی الگوی زیست پزشکی عوامل روانشناختی و اجتماعی در بیماری ها و تداوم آنها نقش دارند و روش درمان باعث بهبودی بیماری شود در اثر متاثر از عوامل روانی اجتماعی است.

در نتیجه الگوی زیستی روانی اجتماعی و معنوی به عنوان جایگزین مناسب برای الگوی زیست پزشکی معرفی شده است.

**1-6-2الگوهای برنامه ریزی**

الگوهای برنامه ریزی الگوهایی هستند که به منظور برنامه ریزی اجرا و ارزشیابی برنامه های ارتقای سلامت کاربرد دارند .نمونه هایی از این الگوها الگوی پرسید پروسید و الگوی بازاریابی اجتماعی می باشد. الگوی پرسید پروسید از جمله الگوهای برنامه ریزی تغییر رفتار است که در سال ۱۹۹۹ فرم تکمیل شده و نهایی آن تدوین گردید. عامل پرسید این الگو بر جنبه های آموزشی تاکید دارد و عامل پروسید این الگو بر ابعاد ارتقای سلامت شامل خط مشی ها، قوانین و سازمان متمرکز است.| در الگوی پرسید پروسید به تبیین روابط علی در تحلیل مشکلات سلامتی پرداخته می شود. این الگو چارچوب معین در برنامه ریزی به منظور تغییر رفتار ارائه می نماید. این الگو فرآیند نگر است و علاوه بر تعیین وضعیت ورودی برنامه ها تغییرات پیامدها و مسیر دستیابی به نتایج مورد توجه است پیامد نهایی مداخلات طراحی شده در این الگو، بهبود کیفیت زندگی گروه هدف می باشد.

**1-6-3الگوهای تغییر رفتار**

این الگوها، الگوهایی هستند که تعیین روابط علی بین فرآیندها و عوامل موثر بر رفتار می پردازند نمونه های این الگوها، الگوی باور سلامت، نظریه عمل مستدل و رفتار قصد مند و الگوی فرانظریه تغییر رفتارهستند.

فرض اساسی الگوی باور سلامت این است که اگر فرد بیماری نتایج ناگوار آن را تهدید آمیز بداند انگیزه انجام رفتار ارتقا دهنده سلامت در او ایجاد می شود و از آن تهدید اجتناب کند و نیز فرض می کند که شرط لازم برای انجام رفتارهای سالم حساسیت درک شده و شدت درک شده بالا از پیامدهای ناگوار سلامتی است.این الگو فرض می کند که برای غلبه بر موانع درک شده به تهدید درک شده از پیامدهای ناگوار سلامتی و منافع درک شده اقدام به رفتار سالم نیاز است . حساسیت درک شده به معنای باور فرد نسبت به برخورداری از شانس کسب یک وضعیت یا درک ذهنی خطر توسط فرد و شدت درک شده به معنای باور فرد نسبت به جدیت یک وضعیت یا درک ذهنی فرد از شدت خطر از سازه های مهم الگوی باور سلامت هستند.در نظریه عمل مستدل قصد رفتاری به عنوان مجاور رفتار مهم ترین عامل تعیین کننده اقدام به رفتار است.قصد رفتاری به این احتمال اشاره دارد که فرد تصمیم بگیرد رفتار خاصی را انجام دهد. میزان قصد رفتاری یا احتمال انجام رفتار به دو عامل مهم یعنی نگرش نسبت به رفتار و هنجارهای ذهنی او ارتباط دارد.نگرش شامل باورهای جذب کننده رفتار است که با پیامدهای مثبت و نیز بررسی میزان ارزش این پیامدها و ارزشیابی مرتبط می باشد.

**1-6-4 الگوی بوم شناختی اجتماعی**

بر اساس این الگو ساختار اجتماعی بیمار نظر نوع خانواده، دوستان ،اجتماع محلی و جامعه تعیین کننده اثر بیماری برافراد هستند .طی چند دهه اخیر ایمنی شناسی -عصبی روانی بر شناسایی تعاملات اساسی میان نظام های عصبی ،درون ریز ،ایمنی و رفتار تمرکز می نماید. ترکیب نمودن رویکرد ایمنی شناسی عصبی -روانی و ایمنی شناسی بوم شناختی به یک چارچوب نظریه کارآمد برای فهم تعاملات عصبی -درون ریز- ایمنی و رفتار در بافت بوم شناختی و تکاملی اهمیت دارد. در الگوی بوم شناختی اجتماعی مفهوم زمینه رفتاری موضوعی مهم در فهم چگونگی ساز و کارهای تاثیرات محیط زیست و رفتار و سلامت می باشد.

بنابراین هدف از طرح الگوی بوم شناختی اجتماعی، شناسایی تعیین کننده های زیست محیطی و اجتماعی سلامت و طراحی مداخله های محیطی متناسب شده برای دخالت در آنهاست.

**1-6-5 الگوهای مقوله ای**

در الگوهای مقو له ای بیماری های مختلف با عوامل تشدید کننده متفاوتی همراه هستند و جنبه های خاص بیماری نظیر آغاز بیماری، سیر بیماری، پیامد بیماری و ناتوانی حاصل از بیماری تعیین کننده مشکلات بیمار و خانواده او هستند.طبق الگوی سنخ شناسی روانی -اجتماعی بیماری های مزمن مختلف با اندازه فشار روانی متفاوتی بر بیماران و خانواده های آنان وارد می سازند. به نظر رولاند آغاز بیماری ها از لحاظ پیدایش و پیشرفت علائم بیمار به دو دسته حاد یا تدریجی تقسیم می شوند.

سیر بیماری به سه دسته باثبات و پایدار، پیش رونده و بازگشت کننده دوره ای است و پیامد بیماری به سه دسته کشنده ومهلک، کوتاه کننده زندگی و غیر کشنده و نامهلک طبقه بندی می شوند.

**1-6-6 الگوهای خطر – مقاومت**

در الگوهای خطر و مقاومت بر عوامل خطرساز سازگاری ضعیف و بیماری و عوامل سودمند در سازگاری با عوامل خطر و حالات بیماری تاکید می شود.

. در این الگو عوامل خطرساز در پیش بینی سازگاری با بیماری عبارتند از دو دسته عوامل مربوط به بیماری نظیر تشخیص خاص، شدت علائم، میزان مشهود بودن حالات و اختلال کارکردی و نیز عوامل تشدید کننده فشارهای روانی- اجتماعی نظیر مشکلات مرتبط با ناتوانی رخدادهای مهم زندگی و دردسر های روزانه . با توجه به نقش مهم فشار روانی در بروز و تداوم بیماری ها و اساس رویکرد ایمنی شناسی عصبی- روانی الگوهای خطر مقاومت اهمیت بارزی در روانشناسی سلامت دارند.

1**-6-7 الگوی یکپارچه سازی پزشکی و روانشناسی**

جدیت و شدت خطر مرتبط با آسیب شناسی فیزیولوژیکی بر اهمیت تشخیص فوری و تشخیص افتراقی اختلالات بالقوه مهلک و کشنده می افزاید

مرگ آوری و کشنده بودن یک بیماری سبب می شود در ابتدا تشخیص افتراقی حالت پزشکی بالقوه کشنده صورت گیرد و بعد از آن سنجش پزشکی جامع و سنجش حالات روانی اجتماعی صورت پذیرد.

توجه بیشتر روانشناسان و پزشکان به مسائل قانونی اخلاقی و بالینی در مورد همکاری بین رشته ای ضرورت

دارد.

طبق الگوی MI\_MAP متخصص بالینی فرایند سنجش را به طور متوالی با سنجش عوامل مربوط به بیماری ،عوامل مربوط به برنامه درمان پزشکی ،عوامل فردی در تعامل با شرایط خاص بیماری و درمان آن و در نهایت سنجش آسیب شناسی روانی هم ابتلا به پیش می برد.

**. عوامل مربوط به بیماری**

سنجش عوامل خاص موثر در آغاز و پیشرفت هر بیماری یا هر حالت سلامتی توسط روانشناسان سلامت ضروری است. در حالتی که بیماری ها با نشانه هایی بروز می کنند احتمالا زودتر تشخیص داده می شوند و بیماران بیشتر احساس نیاز به درمان دارند. در مواردی آغاز بیماری با رخداد آسیب و تروما همراه است و ممکن است آسیب زا باشد.در این موارد ،رخداد آسیب زا می تواند در کنار بیماری سبب بروز علائم فشار روانی پس از سانحه شود. سنجش نحوه سیر و پیشرفت بیماری نیز مهم است مسیر یک بیماری خاص طی زمان مزمن یا حاد بودن آن بر حالات سازگاری بیمار و خانواده وی موثر است بیماری های حاد دارای فشار روانی کوتاه مدت هستند ولی بیماری های مزمن و عوارض و پیامدهای فشارهای طولانی مدت دارد.

برخی بیماری های یا حالات سلامتی نظیر سرطان های خاص با فشارهای طولانی مدت و شرایط خاص مقابله و سازگاری همراه هستند. اما این بیماری ها با درمان مناسب بهبود می یابند.

برخی بیماری ها یا حالات بالینی نظیر دیابت، پرفشاری خون و برخی از انواع دردهای مزمن دارای علائم و مداوا هستند که زمان اندکی تغییر می کنند. و نیاز مداوم برای مقابله با علائم و خود مدیریتی مستمر در فرآیند خود درمانی بیماری های مزمن و با ثبات در طولانی مدت و علائمی نظیر خستگی ، فرسودگی و ناکامی منجر می شود. روانشناسان سلامت ، پزشکان و دیگر ارائه دهندگان خدمات درمانی علاوه بر توجه به الگو یا پیشرفت علائم طی زمان بایستی نوع علائم را نیز مورد توجه قرار بدهند وتعیین نمایند تا چه میزان این علایم بر کارکرد بیمار موثر و چه مزانمشهود یا نامشهود هستند و با کیفیت زندگی بیمار تداخل می کنند.

**عوامل مربوط به برنامه درمان**

این عوامل شامل موضوعاتی از جمله تحمل درمان خود مدیریتی بیماری و میزان مشارکت فعالانه بیماران و خانواده های آنان در فرایند درمان است . خود مدیریتی به عنوان فرایند فعالانه و عملگرایانه هدایت شده توسط بیمار شامل فعالیت های مشخص به منظور دستیابی به اهداف مدیریت بیماری است. تبعیت از درمان های ساده نسبت به برنامه های درمانی بسیار پیچیده بهتر است.

از عوامل مهم مربوط به درمان ، مزاحمت بیماری یا درمان آن است. مزاحمت درمان عاملی مهم در درمان بیماری هایی نظیر مولتیپل اسکلروسیس ،بیماری مرحله انتهایی کلیه آرتروئید روماتوئید، پوکی استخوان، اریتماتوزیس سیستمیک لوپوس ، کاشت قلب، و بی خوابی است.

دسترسی به درمان بر پیامدهای سلامتی تاثیر دارد .موانع جغرافیایی از جمله زندگی در نواحی دوردست سبب عدم دسترسی به مراکز خدمات درمانی بهتر و نیز درمانگران مجرب تر هستند. دسترسی به خدمات درمانی معمولا با مزاحمت درمان به ویژه در درمان هایی با ویزیت های طولانی در مطب همراه می شود.

هزینه درمان برای بیمار و خانواده وی مهم و قابل توجه است. برنامه های درمانی فاقد پوشش بیمه ای یا پرهزینه نظیر برخی مواد غذایی خاص یا پایش مستمر و فعالانه گلوکز خون بار سنگینی بر بیماران و خانواده های آنها تحمیل می کند. اثرات جانبی درمان با توجه به نوع و درجه آن می تواند مانع اصلی مشارکت بیمار در درمان باشد، سبب تجربه درد شود و کیفیت زندگی بیمار آشفته نماید.

**عوامل فردی**

سبک زندگی بیمار از شاخص های مهم تعیین کننده سلامت و بیماری است و به عنوان الگوی متمایز زندگی کردن همراه با مجموعه ای از رفتارهای نهادینه شده افراد تعریف شده است . فهم شرایط خاص بیمار متناسب سازی طرح های درمانی برای این شرایط خاص از اولویت های مهم برنامه های تشخیصی و درمانی است. سبک زندگی اسلامی و بهره گیری عمیق از منابع و معارف دینی عامل اصلی در بروز تداوم سلامت می باشد . درک و فهم و پیشرفت بیماری برنامه های درمانی یا فعالیت های خود مدیریتی به مقدار زیادی تحت تاثیر هوش و مهارتهای شناختی بیماران قرار دارد. بیمار باید از مسائل تشخیصی و درمانی مربوط به خود آگاه شود و به درستی و در زمان مناسب اقدام خود مدیریتی بیماری نماید . در روانشناسی سلامت فشار روانی عامل مهم در رابطه با بیماری ها است و توان بیمار برای مقابله موثر با آن در سرنوشت بیماری مهم تعيين کننده است. | نحوه مقابله با فشار روانی مهم است . فشار روانی به خودی خود انسان را نمی کشد بلکه واکنش انسان به فشار روانی است که او را از پای در می آورد. الگوی وساطت شناختی مقابله از پرکاربردترین الگوهای مقابله ای است که بر نقش ارزیابی شناختی در پردازش حالات محرک تاکید دارد.

حمایت اجتماعی مقابله مسئله مدار با راهبردهای حالت فشار زا رابطه بین فرد و زمینه فشار زا تغییر داده می شود. مقابله هیجان مدار ارزیابی و واکنش های هیجانی فرد به حالت فشار را تغییر می یابد که هر دو در شرایط خاص انطباق یا غير انطباقی هستند. کاهش حمایت اجتماعی و خانوادگی با توجه به درجه و نوع آن با بروز بیماری کرونری قلب، کاهش شاخص های زیستی سلامت در نظام ایمنی بدن، تشدید واکنش های غدد درون ریز به فشار روانی، تجربه علائم جسمی، کند شدن سیر بهبودی و نیز سازگاری ضعیف و بیماری های مزمن ارتباط دارد رابطه خانوادگی فعال و پویا و صله رحم به سبب محافظت در برابر بیماری ها و عامل بهبود کیفیت زندگی و افزایش طول عمر می شود. از دیدگاه روانشناسان سلامت بین حمایت اجتماعی ساختاری با وجود کمیت و شکل پیوندهای اجتماعی به حمایت اجتماعی کارکردی یا کارکردهای حمایت اجتماعی برای افراد تفاوت هایی وجود دارد.حمایت اجتماعی ادراک شده یعنی فهم برخورداری فرد از حمایت اجتماعی نیز اهمیت ویژه ای دارد و به اندازه یا حتی بیشتر از دریافت حمایت اجتماعی واقعی سودمند است. | از لحاظ کارکردی حمایت اجتماعی شامل:حمایت ارزشی، حمایت هیجانی، حمایت مبتنی بر اطلاع دهی، حمایت وسیله ای، حمایت ارزیابانه،حمایت شبکه ای،حمایت پیوندجویی است . ابراز احترام و توجه مثبت از جمله دلگرمی گرفتن و موافقت با نظرات و احساسات فرد از جانب دیگران از حمایت ارزشی است که سبب احساس خود ارزشمندی، شایستگی و اعتبار می شود. حمایت اجتماعی در مراحل متفاوتی از بیماری مزمن سودمند هستند حمایت اجتماعی هیجانی در مراحل اولیه تشخیص بیماری ها سودمندتر می باشد . انواع حمایت کار کردی اثرات مثبتی برای بیماری ندارد در برخی موارد نظیر درد مزمن انواع خاصی از حمایت، سبب آشفتگی کاهش استقلال و ظرفیت کارکرد بیمار و تشدید ناتوانی بیماران می شود مثلا دلسوزی و ابراز همدردی برای بیمار کرونر قلبی با افزایش شدت علائم ناتوانی و خلق افسرده در این بیماران همراه است.

**آسیب شناسی روانی هم ابتلا**

اختلالات روان شناختی بر سازگاری با بیماری های مزمن ، خود مدیریتی و درمان بیماری ها و پیامد های پزشکی آن ها ار می گذارد افراد دارای افسردگی یم بیماری مزمن یا حالات سلامتی نظیر چاقی دارند. ان ها سلامت ادراک شده کمتری دارند . مصرف مواد مخدر و مشروبات الکلی از مسائل مهم مورد توجه روانشناس سلامت در موقعیت های پزشکی است.مصرف مواد به شکل های مختلفی مشکلات سلامتی را تشدید می کند .

بررسی اختلالات شناختی نظیر دمانس در سالمندان و اتصالات سایکوتیک غالبا در بزرگسالان مهم است. افراد دارای اختلال به سختی خود مدیریتی می کنند یا به رفتارهای ارتقا سلامت می پردازند .تشخیص و درمان اختلالات شخصیت نیز به دلیل وجود مشکلات در رابطه با ارائه دهندگان خدمات درمانی و همراهی با رفتارهای پرخطر ، مصرف بیشتر مواد، حمایت اجتماعی ضعیف، اکتساب بیماری و سازگاری ضعیف بعد از تشخیص در بیماری های مزمن پزشکی مهم هستند.

**فصل دوم صورت بندی و مورد تشخیص و درمان**

**2-1صورت بندی و تشخیص در روانشناسی سلامت**

صورت بندی مورد در مداخلات روان شناختی، فرضیه ای در مورد عوامل زمینه ساز، تسریع کننده و تداوم دهنده مشکلات بالینی و روانی اجتماعی بیمار است و به سازماندهی اطلاعات بیمار، به خصوص در زمان وجود اطلاعات متناقض یا نا هماهنگ در مورد رفتار ، هیجان و محتوای تفکر کمک می کند. یک صورت بندی مورد کار آمد اطلاعاتی در مورد چرایی بروز بیماری و تداوم آن در زمان مشخص و نحوه رهایی از آن فراهم می سازد. در صورت بندی درمان شناختی بر تفکرات و باورهای ناسازگارانه و ناکارآمد در مورد خود ،دیگران ،دنیا یا آینده تاکید می شود. صورت بندی رفتاری با استنباط هایی در مورد تداعی محرک بر سابقه ی یادگیری فردی و تحلیل کارکردی مرتبط با وابستگی های محیطی تقویت متمرکز می شود.

صورت بندی مورد شامل دو بعد فرایندی و محتوایی است. بعد محتوایی تجویزی است و تصویری کلی از بیمار و مشکلات وی ترسیم می کند. صورت بندی مورد از لحاظ محتوایی به طور مستقیم از توصیف و فرضیه سازی اولیه در مورد بیمار شروع می شود و تجویز کننده طرح و نوع درمان است.

بعد فرایندی صورت بندی مورد شامل بیرون کشیدن و استنباط اطلاعات مورد نیاز برای پیکربندی محتوایی صورت بندی است. صورت بندی مورد شامل دو بعد فرایندی / مصاحبه ای و محتوایی تجویز ای می باشد.

در صورت بندی فرایندی ، درمانگر می تواند اطلاعات معنای شخصی را از طریق مصاحبه و مشاهده بالینی و توجه به روایت ها و گفته های بیمار استنباط نماید.

صورتبندی در سه سطح ، علامت ، اختلال یا مشکل ، مورد یا بیمار انجام می گیرد . صورت بندی مورد شناختی -رفتاری از مهم ترین انواع صورت بندی است که به شیوه نموداری روایتی مختصر ساز و کارهای مسبب مشکلات بیمار، ساز و کارهای تداوم این مشکلات ،منشا این ساز و کارها و عوامل تسریع کننده فعلی فعال ساز ساز و کارها در بروز مشکلات را به هم پیوند می زند. هدف اصلی این صورت بندی ارتباط دادن اجزای یک مورد یا بیمار در روایتی منسجم به عنوان یک کل با توجه به ملاحظات فرهنگی و اجتماعی است.

**2-2فرایند بالینی صورت بندی مورد**

صورتبندی مورد مداخلات درمانی متخصصان را به طور کامل هدایت می کند. تفاوت های فردی در سابقه یادگیری و تداوم رفتار های بیمارگونه و آسیب زا مهم است و علائم به ظاهر مشابه دارای کارکرد مختلفی هستند و احتمال دارد تحت تاثیر ساز و کارهای مختلفی باشد.

**2-2-1 مصاحبه اولیه**

با سوالاتی در زمینه نوع و ماهیت مشکلات سلامتی، عوامل زمینه ساز روانشناختی و طبی، دلیل بروز مشکلات و تداوم آن ها و نیز وجود مداخلات متناسب شده به پیش می رود. دستیابی به نظریاتی درباره مسائل اندوه بر انگیزه برای بیمار، برقراری اتحاد درمانی، توضیح فرآیند سنجش، مفهوم سازی و مداخله روان شناختی برای بیمار، تفاهم با بیمار و تشويق امیدواری بیمار از اهداف اصلی مصاحبه اولیه هستند.

**2-2-2صورت بندی مشکل**

جمع آوری منظم اطلاعات و تدوین فرضیه های دقیق به تولید تدریجی و نظریه بالینی جامع یا صورت بندی مشکل کمک می کند . طی درمان، درمانگر صورت بندی را برای فهم بیمارش به کار می برد و به عنوان یک راهنما در انتخاب مداخلات و برطرف سازی موانع پیش رو عمل می نماید. با تولید فرضیه ها ، فرآیند اصلاح آغاز، مداخلاتی بر اساس هر فرضیه تولید و پیشرفت درمان با بیمار بازبینی می شود.

هدف کسب تبحر در تولید و تدوین فرضیه ها و استفاده از آن ها است .

**2-3مداخلات و درمان های روانشناختی در روانشناسی سلامت**

کار بالینی در روانشناسی سلامت نیازمند آشنایی با نظریه ها و فنون روان درمانی است .تسهیل تغییر رفتاری مناسب و کمک به بیمار در برخورد و سازگاری با شرایط خاص بیماری و درمان موضوعات نظیر اضطراب سلامتی از هدف های عمده مداخلات روانشناختی در روانشناسی سلامت هستند. درمان شناختی -رفتاری، مصاحبه انگیزشی استفاده از مشوق های رفتاری، مداخله با استفاده از رسانه های جمعی ، درمان های وجودی و معنا درمانی، درمان های انسان گرایانه، مداخلات خود یاری و گروه های حمایت، درمان های روان پویشی و نیز مداخله با استفاده از فن آوری های نوین نظیر تلفن های همراه را با سیستم عامل ها و کامپیوترهای شخصی مهمترین درمان ها در روانشناسی سلامت هستند.

**2-3-1درمان شناختی- رفتاری**

درمان شناختی- رفتاری چتر گسترده ای از درمان مبتنی بر شواهد (EBT) هستند که طبق پیامد پژوهی ها ،حمایت پژوهشی بالایی از کارآیی و اثربخشی آن ها وجود دارد . در روانشناسی سلامت، درمان های شناختی رفتاری از کارآمدترین مداخلات روانشناختی دارای آزمایش های کنترل شده تصادف(RCTS) در درمان بیماری های مزمن و مراقبت تسکینی می باشند. در درمان شناختی ، واکنش های هیجانی به هنجار و افراطی به وقایع به ترتیب تفکر پخته و تفکر ابتدایی نامگذاری شده و فرض بر این است که اصلاح تفکرات مختل و نادرست به بهبودی علائم بالینی منجر می شود.

هدف درمان شناختی توانمندسازی بیماران در تبدیل شدن به درمانگران شناختی خود به چالش کشیدن تفکرات غير انطباقی در موقعیت های مشکل ساز و اتخاذ شیوه های انطباقی تر تفکر و رفتار است.

**2-3-2 مصاحبه انگیزشی**

تشویق بیماران به کشف باورها و نگرش های متضاد متعارض خود در مورد یک رفتار خاص و تغییر رفتاری هدف اصلی مصاحبه انگیزشی است.

طبق نظریه ناهماهنگی شناختی منزجر کننده سبب تلاش شناختی و رفتاری برای کاهش ناراحتی در بیماران است و نقش درمانگر مصاحبه انگیزشی تسهیل این تلاش بدون آن است که در جهت تغییر استدلالی ارائه نمایند یا به طور مستقیم بیمار را ترغیب به تغییر نمایند.مصاحبه انگیزشی با دو سوال کلیدی و مهم در مورد جنبه های مطلوب و نامطلوب و رفتار فعلی بیمار در زمینه ارتقای سلامت شروع می شود.

**2-3-3مشاوره متمرکز بر مشکل**

مشاوره متمرکز بر مشکل مبتنی بر فهم مشکلات شناسایی هدفها و نیز راه حل های حل مشکلات بیماران با توجه به کیفیت صادقانه و همدلانه رابطه بین درمانگر و بیمار است.طبق نظریه اگن مشاوره متمرکز بر مشکل ساختار یافته شامل سه مرحله چرخشی کشف و تصریح مشکل ،تعیین هدف ، تسهيل عمل است .

هدف مرحله اول ، فهم دقیق مشکلات بیمار توسط درمانگر و بیمار است.

در اولین مرحله فرایند مشاوره ای، به کشف موثر مشکلات بیمار منجر می شود. در مرحله دوم نیاز های بیمار به صورت یک هدف یا مجموعه ای از خورده هدف ها توسط درمانگر و بیمار بیان می شود.

در مرحله سوم ، بیماران در مورد نحوه دستیابی به هدف به تفکر وا داشته می شوند.و از بیمار خواسته می شود در مورد انواع راه حل های قبل از اجرای راهبرد نهایی یا مجموعه ای از راهبردها بارش فکری نمایند

**2-3-4آموزش مدیریت فشار روانی**

درمان شناختی- رفتاری چتری از فنون درمانی به منظور تاثیرگذاری بر رفتار شناخت و حالات هیجانی افراد آموزش دیده و سپردن مسئولیت به بیمار در کنترل مشکلات فکری هستند . رخ داد برحسب توان بالقوه تهدید کنندگی و توانایی ادراک شده فرد برای مقابله با آن تهدید ارزیابی می

شود. شناخت های زاینده فشار روانی واقعیت ها را به گونه ای تحریف می نمایند که ادراک فشار روانی همراه با رخداد را بالا می برند. همچنین برانگیختگی فیزیولوژیکی نظیر تنش ماهیچه ای و تپش قلب تعريق و لرزش را افزایش می دهند. اصلاح و کنترل فرآیندهای فشار روانی از هدف های روش مدیریت فشار روانی هست. فعال ساز های فشار روانی با استفاده از راهبردهای مشاوره ای متمرکز بر مشکل شناسایی و اصلاح می گردند. تنش ماهیچه ای با فنون آرمیدگی، تحریف های شناختی با فنون شناختی و رفتارهای تحت فشار با یادگیری و تمرین ذهنی پاسخ های رفتاری جایگزین مورد مداخل قرار می گیرند.

**2-3-5آموزش ایمن سازی در برابر فشار روانی فشار روانی**

فشار روانی با تحریک هیپوتالاموس - هیپوفیز آدرنال (HPA) و نظام سمپاتیک آدرنال\_ مدولا و تاثیر بر ارتباطات ایمنی شناسی عصبی- روانی نقش عمده ای در بروز و تداوم بیماری های جسمانی و بروز حالاتی نظیر افزایش کورتیزول، نبض و فشار خون دارد. با توجه به تاثیر فرایند های شناختی نظر نشخوار ذهنی در بیماری های مزمن ،الگوهای شناختی مقابله با بیماری نقش مهمی در کاهش محتوای شناخت غير انطباقی و بهبود سازگاری با بیماری دارند.

| آموزش ایمنی سازی در برابر فشار روانی و ارائه مهارت ها برای کاستن از فشار روانی و دستیابی به اهداف بهداشتی تبدیل شده است و دارای سه مرحله می باشد: مفهوم سازی و صورتبندی،اكتساب مهارتها و مرور ،کاربرد و پیگیری

**2-3-6 درمان متمرکز و معنا و تحلیل وجودی**

طبق نظر ویکتور امیل فرانکل معنادرمانی درمان از رهگذر معنایا شفا بخشی از رهگذر معنا » یا «روان درمانی متمرکز بر معنا »است.

بر اساس سخنان انقلابی فرانکل روح انسان در سخت ترین شرایط زندگی بشر هم بیمار نمی شود

است. در دیدگاه اسلام درک علل و معنای مشکلاتی نظیر بیماری ها و از طرفی فهم سلامت و دانستن ارزش آن مهم پنداشته شده است. امام علی علیه السلام در حکت 288 می فرماید : یکی از گرفتاری ها تنگدستی است و سخت تر از آن بیماری جسم و سخت تر از بیماری جسم، بیماری قلب است و یکی از نعمت های توانمندی مالی است و برتر از آن سلامتی جسم و برتر از آن نیز تقوای قلب است. عصاره معنا درمانی این است که انسانیت آدمی در گروه مسئولیت اوست.

معروف ترین مثال فرانکل رنج بردن است.

او بیان می کند زنده بودن یعنی رنج کشیدن و معنایی برای آن یافتن یعنی زندگی.

در این شرایط تحلیل ماهیت وجود، کشف معنای آن و دین داری راه گشای رهایی از بی معنایی و رسیدن به معنا یعنی درک و پذیرش رنج و بیماری ، به عنوان جوهری زندگی و شیوه ای برای تعالی انسانیت اخلاق و دیانت و در پایان رستگاری است.

**فصل سوم پیشگیری از بیماری های مزمن**

**3-1سطوح پیشگیری**

پیشگیری از بیماری ها دارای سه سطح است. پیشگیری سطح اول عامل میانجی گر بیماری مورد توجه قرار می گیرند و با کاهش دادن مواجه با عوامل خطرساز قبل از آغاز بیماری نظیر تغییرات شاخص های شیوه زندگی از جمله کاهش وزن، ترک سیگار توتون و برنامه های آموزش به بیمار از بروز بیماری پیشگیری می شود.

در پیشگیری سطح دوم بیماری ها قبل از شکل گیری کامل یا علامت دار شدن زود هنگام تشخیص داده و درمان می شوند و از شیوع بیماری ها پیشگیری می شود غربالگری برای بیماری ها با ماموگرافی، آزمایش پاپ اسمیر و بهبود تبعیت از برنامه درمانی کنترل قند خون در افراد دیابتی از نمونه پیشگیری های سطح دوم است.

در پیشگیری سطح سوم از بازگشت بیماری پیشرفت بیماری ، پیشرفت بیماری فعلی و از شیوع آثار باقی مانده و عوارض بیماری پیشگیری می شود . شیمی درمانی در پیشگیری از منتشر شدن غده سرطانی، غربالگری زودهنگام عوارض دیابت نظیر ناهنجاریهای چشمی، پایی ، کلیه و ترک سیگار برای بیماران دارای بیماری انسداد مزمن ریوی از نمونه های پیشگیری نوع سوم هستند. سن شروع برنامه های پیشگیری هم دارای اهمیت است.

پیشگیری زودهنگام از بروز حالات در بیماری های مزمن دوران کودکی و نوجوانی اهمیت بسیار زیادی دارد. برنامه مدارس مروج سلامت ابزار مناسبی برای ارتقای سلامت و کاهش رفتارهای مخاطره آمیز سلامت در نوجوانان ،جوانان می باشد.

**3-2مبانی چهارگانه پیشگیری نوع اول**

4بروز بیماری ها با کمک 4 مبانی پیشگیری نوع اول شامل : ترک سیگار وتوتون،کاهش وزن،برنامه غذایی سالم، ورزش منظم قابل کاهش است

این چهار نوع مداخله سطح اول به عنوان اصول چهارگانه پیشگیری نوع اول شناخته می شوند.

این چهار مداخله در پیشگیری های نوع دوم و سوم نیز سودمند هستند و سبب ایجاد سبک زندگی سالم می شوند

مزایای ترک سیگار فوری هستند به طوری که بعد از ۲۰ دقیقه ترک سیگار فشار خون و ضربان قلب عادی می شود .بعد از سه ماه ترک سیگار بیش از ۳۰ درصد بهبود پیدا می کند . بعد از ۱۵ سال ترک سیگار میزان مرگ افراد سیگاری مشابه به افراد غیر سیگاری می گردد

چاقی به عنوان عامل اصلی مرگ، سالانه عامل مرگ حدود ۳۰۰ هزار نفر در دنیا است . خطر دیابت نوع دو بیماری قلبی سکته، پرفشاری خون، از عوارض چاقی است و و کاهش وزن به میزان حداقل ۵ تا ۱۰ درصد کل وزن این بیماری ها را کاهش میدهد.

میوه ها و سبزیجات اثر محافظت کننده قوی در برابر (CVD) و سرطان های خاص دارد به طور معمول چگالی تراکم کالری پایینی دارند به کاهش وزن منجر می شود و خطرات سلامتی را کاهش می دهند.

**3-3عوامل اصلی مرگ**

بیماری های مزمن قلبی، سرطان و سکته بیماری مزمن تنفسی و دیابت به ترتیب از بالاترین میزان مرگ و میر تا پایین ترین میزان از عوامل اصلی مرگ در اغلب نقاط دنیا هستند.پیشگیری از عوامل اصلی مرگ علاوه بر اتخاذ رفتارهای سالم ،نیازمند برابری های خدمات سلامت و عدالت سلامت در جامعه و دسترسی به امکانات غربالگری و متخصصان بهداشتی درمانی است.

**3-3-1بیماری قلبی – عروقی**

بیماری قلبی عروقی شامل بیماری قلبی( عامل اصلی مرگ) و سکته (سومین عامل اصلی مرگ ) می باشد

شایع ترین بیماری قلبی، بیماری کرونری قلب است( CHD). چربی خون بالا ، پرفشاری خون، دیابت عوامل خطر ساز عمده قابل تغییر در CVD) هستند. استعمال توتون و سیگار باعث افزایش یا تراکم تدریجی کلسترول بر دیواره شریان می شوند ، شکل گیری لخته های خونی را تقویت می نمایند و سبب (CHD)افزایش خطرحمله قلبی و سکته می شوند

پرفشاری خون و افزایش فشار بر دیواره های شریان خطر سکته را افزایش می دهد.

سابقه خانوادگی و سبک زندگی نقش مهمی در بروز بیماری های قلبی دارند و در اغلب موارد حمله های قلبی با تغییر سبک زندگی قابل پیشگیری یا به تاخیر اندازی می باشند.

**3-3-2سرطان**

سرطان به عنوان دومین علت اصلی مرگ در دنیا است و غالبا با ترک سیگار ورزش و برنامه غذایی سالم قابل پیشگیری است.سرطان ریه شایع ترین علت مرگ ناشی از سرطان است. و سیگار عامل تقریبا ۹۰ درصد مرگ ناشی از سرطان ریه و ۷۵ درصد مرگ ناشی از سرطان دهان و حلق است. سرطان های معده ، مری و سینه از شایع ترین سرطان ها در ایران هستند

پیشگیری نوع دوم از سرطان با انجام آزمایش های بیمار یاب در افراد فاقد علامت انجام میشود . در پیشگیری نوع دوم با رادیوگرافی پستان و ماموگرام برای تشخیص زودرس سرطان پستان آزمایش پاپ اسمیر برای سرطان گردن رحم ،معاینه انگشتی و آزمون PSA برای سرطان پروستات

کولونوسکوپی و سیگموئیدوسکوپی برای سرطان های روده بزرگ و مقعد انجام سیگموئیدوسکوپی برای شناسایی سرطان های کلون معاینه بالینی پوست برای ملانومای پوستی امکان پذیر است

آزمایش های غربالگری بر اساس میزان حساسیت و اختصاصی بودن خطرات و منافعی دارد.

حساسیت آزمایش بیمار یاب احتمال نتیجه مثبت آن در فرد بیمارستان آزمایش دارای حساسیت صد در صد در فرد مبتلا به بيماری هرگز منفی نمی شود. اختصاصی بودن آزمایش به معنای احتمال دستیابی به نتیجه منفی در فرد است آزمایش دارای صد در صد اختصاصی هرگز در فردی که بیماری نیز مثبت نمی شود. در پیشگیری نوع دوم از طریق تشخیص زودهنگام با غربالگری و برداشتن سلول های سرطانی از سرطان پیشگیری می شود. عوامل خطر بیماریهای سرطان شامل دو دسته است: یکی از عوامل مربوط به بیمارنظير سن، جنسیت وژنتیک است که تقریبا غیر قابل دستکاری و تغییر هستند . مورد دیگر عوامل خطر خارجی و محیطی، نظیر دود سیگار پرتوهای یونساز مواد شیمیایی و سمی که پس از شناسایی می توان آنها را کنترل یا به حداقل کاهش داد.

**3-3-3بیماری انسدادی مزمن ریوی**

این بیماری یکی از شایع ترین بیماری های مزمن تنفسی است. توتون و عوامل اصلی COPD می باشد.

مصرف سیگار عامل ۸۰ تا ۹۰ درصد مرگ ناشی از او COPDاست و ترک دخانیات موثرترین اقدام در پیشگیری از بروز و تداوم این بیماری است.

**3-3-4 دیابت شیرین نوع دو**

بروز و پیشرفت دیابت نوع دو با شیوع بالای چاقی و سبک زندگی ماشینی و بدون تحرک ارتباط دارد.

این بیماری با اصلاح برنامه غذایی و اقدام به ورزش قابل پیشگیری است. قطع عضو بدون ارتباط با سانحه و آسیب، کوری در سنین ۲۰ تا ۶۴ سالگی، بیماری کلیوی مرحله نهایی و نوروپاتی دیابتی از پیامدهای دیابت وابسته به انسولین (نوع یک ) و دیابت بدون وابستگی به انسولین (نوع دو) هستند. کنترل موثر گلوگز نیازمند ارزیابی روزانه سطوح گلوکز خون می باشد. ورزش ، برنامه غذایی سالم و کاهش وزن در سطح اول پیشگیری ، کنترل فشار خون و کنترل سطح کلسترول در سطح دوم پیشگیری و معاینات سالیانه چشم و پاها دسته سوم پیشگیری و کنترل گلوکز خون و پیشگیری از عوارض آن ضروری هستند.

**3-3-5چربی خون بالا**

کلسترول بالای خون با بروز تصلب شرایین سبب افزایش خطرپر فشاری خون CHDو سکته می شود.

کلسترول لیپوپروتئین با چگالی بالا HDL بالای ۶۰ میلی گرم و کلسترول کلی زیر ۲۰۰ میلی گرم کلسترول های بهینه و مطلوب هستند. کاهش وزن ، ورزش ، و الاح برنامه غذایی از عوامل خطر قابل تغیر در چربی خون بالا می باشند .

**3-3-6پرفشاری خون**

پر فشاری خون غالبا علامتی ندارد اغلب افراد مبتلا به آن از آن مطلع نیستند و در استعار، قاتل خاموش شناخته شده است. پر فشاری خون به تصلب شریان ها منجر می شود و بر قلب فشار می آورد تا برای تلمبه یا پمپاژ خون سخت تر کار کند .پرفشاری خون عامل مهم ناتوانی احتقاني قلب( CHF) ،سکته همراه با خونریزی، بیماری ایسکیمی کرونری و بیماری مغزی عروقی است. عوامل خطر قابل تغییر فشار خون شامل سه مورد یعنی افزایش وزن، عدم انجام ورزش منظم و بی تحرکی و برنامه غذایی نامطلوب یا پرنمک می باشد

**3-4کاربردهای روانشناسی سلامت**

روانشناسی سلامت در تمام سطوح پیشگیری و نیز ارتقای سلامت عمومی جامعه کاربرد دارد. پایین بودن سطح سواد سلامتی افراد جامعه ،هزینه بالای خدمات بهداشتی درمانی ،ترس از نتایج مثبت آزمایشگاه ،محدودیت های مالی و شغلی ،عدم انگیزش و وجود آسیب شناسی روانی توام از دلایل مهم اجتناب افراد از مراقبت پیشگیرانه است

تلاش برای تغییر بیش از یک رفتار در یک زمان واحد می تواند به شکست در دستیابی به هدف برنامه مداخله منجر شود، زیرا فرد را به احساس دلسردی و ناامیدی سوق می دهد. رویکردهای زیست پزشکی غالبا برای بیماران حاد تولید شده اند و لذا برای بیماری های مزمن نامناسب و ناکارآمد هستند. رویکردهای زیستی روانی اجتماعی و معنوی در پیشگیری و مداخله در بیماری های مزمن مناسب هستند.

**3-4-1الگوی فرانظری**

پروچاسکا و دی کلیمنت الگوی فرانظری( TTM) یا الگوی بدون نظریه را بر اساس پنج فرایند رایج تغيير یعنی

هوشیاری افزایی ،انتخاب، پالایش هیجانی، شرطی سازی محرک و کنترل وابستگی در پاسخ به تباین و فزاینده در روان درمانی به وجود آوردند. از این پنج فرایند تغيير شش مرحله تغيير شامل: پیش تامل، تامل آمادگی ،عمل ،نگهداری و بازگشت را مشخص نمودند.

پیش تامل، فرد رفتار خود را بیمار گونه یا مشکل ساز نمی بیند، تغییر رفتار خود را بررسی نمی کند و خطرات همراه با رفتار را کم اهمیت می پندارد.در مرحله تامل، فرد واقف شده است که رفتارش بیمارگونه و مشکل ساز است اما در مورد تغییر رفتار دودل و مردد است. در مرحله آمادگی ،فرد تصمیم به تغییر رفتار می گیرد و راهبردی برای تغییر رفتار انتخاب می کند.در مرحله عمل، فرد اقدام به تغییر رفتار می نماید.

در مرحله نگهداری، فرد باید ابزارهای جدید خود را نگه دارد و از بازگشت الگوهای قدیمی رفتار پیشگیری نمایند.درمرحله بازگشت، فرد به الگوهای قدیمی رفتار برمی گردد و دوباره در مراحل قبلی تغییر جای میگیرد.

**3-4-2مصاحبه انگیزشی**

مصاحبه انگیزشی( MI)مبتنی بر کارهای کارل راجرز است. در واقع MI رویکردی بیمار محور به درمان روانشناختی است که با تلاش گسترده میلر و رونیک با بیماران مصرف کننده مواد آغاز شد . هدف MI افزایش انگیزش بیمار برای حرکت رو به جلو در پیوستار تغییر با تمرکز بر اصول کلی اظهار هم دلی، ایجاد ناهمخوانی ،اجتناب از مجادله و بحث ،چرخش بر محور مقاومت و حمایت از خودکارآمدی بیماراست.

مصاحبه انگیزشی یک شیوه مشاوره مبتنی بر رویکرد بیمار محوری راجرز، مفهوم ناهماهنگی شناختی فستینگر و مفهوم خود کارآیی بندورا است.

**3-4-3الگوی پیشگیرانه سلامت**

این الگو با ادغام نظریه رفتاری و نظریه تصمیم گیری برای کمک به پزشکان در مورد آموزش غربالگری های متعدد بیماریها به بیماران در مطب و کمک به روانشناسان سلامت در بررسی واکنش های شناختی و عاطفی بیماران در برنامه های پیشگیرانه در موقعیت های مراقبت بهداشتی شکل گرفت.

رویکرد PHMدر پیش بینی رفتارهای پیامدی نظیر انجام غربالگری سرطان مفید است.

**3-4-4نظریه شناخت اجتماعی**

نظریه شناخت اجتماعی SCT به عنوان نظریه ای جامع از لحاظ سبب شناسی و کاربرد بالینی در پیشگیری از بیماری های مزمن و ارتقای سلامت کاربرد دارد. این نظریه با مشخص کردن عوامل تعیین کننده رفتار سلامتی و ساز و کارهای سببی رفتارهای مرتبط با سلامت به طرح ریزی تدابیر موثر بر سلامتی کمک می کند.

در ارتقای سلامت ، خود کارآمدی باوری است که فرد می تواند بر عادات سلامتی خود برای دستیابی به پیامدهای مطلوب سلامتی کنترل داشته باشد. خودکارآمدی ادراک شده بالا با اصلاح برنامه غذایی، کاهش کلسترول، اتخاذ برنامه ورزشی منظم، کنترل ديابت و ترک سیگار همراه بوده است. خودتنظیمی به عنوان اصل مهم دیگر به این معنی است که چگونه می توان رفتارهای خود را مشاهده و تنظیم نمود و در مورد این رفتارها قضاوت کرد و طبق این قضاوت ها آن واکنش نشان داد.

**3-5چاقی**

چاقی و اضافه وزن تهدیداتی عمده برای سلامتی هستند. و در بسیاری از بیماری های مزمن نقش دارند کیفیت زندگی را کاهش می دهند و از طول عمر فرد می کاهند. تعریف چاقی غالبأ بر اساس شاخص توده بدن است . طبق شاخص توده بدنی BMI،اعداد بین ۲۵ تا ۲۹ نشان دهنده اضافه وزن، واعدادبین ۳۰ یا بالاتر نشان دهنده چاقی هستند. چاقی ،به چربی و حجم زیاد از حد بدن نسبت به قد توصیف شده است.

چاقی مردان غالبأ چاقی آندرویید یا شکمی است و عوارض سوخت و سازی از جمله مقاومت به انسولین ، پرفشاری خون دیس لیپوپروتئینی و هیپریوریسیمی همراه است.

چاقی زنان غالبا در چاقی ژنیکویید است که با ذخایر چربی در ران ، نواحی فمورال و گلوتئال همراه است، و اهمیت سوخت و ساز کمتری دارد.چاقی با سطوح بالای تری گلیسیرید همراه است.

**3-5-1سنجش روان شناختی چاقی**

سنجش سابقه وزن بیمار ، مصرف غذا ، فعالیت ها ی جسمانی و عوامل روانی-اجتماعی سهیم در ارزیابی چاقی طی چند جلسه ضرورت دارد . هم چنین باید سابقه وزن؛ کاهش وزن ، سابقه پژشکی و حالات روانشناختی هم ابتلا ، انگیزش ، خودکارآمدی و آمادگی برای تغییر را سنجش نمایند . توصیه می شود قبل از اقدام به کاهش وزن، اختلال غذا خوردن دوره ای و زیاد از حد بیمار تحت درمان قرار بگیرد. روانشناسان سلامت به منظور دستیابی به سابقه عادات خوردن، راهبردهای کنترل وزن و علائم اختلال خوردن از برخی ابزارها نظیر (آزمون های روان شناختی و مصاحبه بالینی استفاده می نمایند. پرسشنامه اختلالات خوردن، مقیاس تجدید نظر شده پرخوری عصبی و پرسشنامه تجدیدنظر شده خوردن برای سنجش اختلالات خوردن دوره ای کاربرد دارد.

**3-5-2مداخلات و درمان های چاقی**

مداخلات روانشناختی و تقویت رفتارهای مرتبط با سلامت نظیر اصلاح غذا خوردن هیجانی، تنظیم هیجان ها، و اضطراب باور های مخرب غذا خوردن و بازسازی شناختی سبب بهبود مدیریت و کاهش وزن در افراد چاق می شوند. خودمدیریتی وزن بدن، درمان شناختی رفتاری، دارو درمانی و جراحی چاقی از جمله درمان های رایج چاقی هستند. شناخت هدف کاهش وزن د ربیماران اهمیت دارد . متخصص بالینی با شناخت هدف بیمار می تواند مهارت ها و موفقیت ها و دستاورد های فرد را تقویت کند . اهدف اولیه و مطلوب کاهش وزن توسط اغلب متخصصان ۵ تا ۱۰ درصد کاهش در وزن بدن و میزان کاهش وزن ۴۵۴ ۱۰ تا ۹۰۸ گرم در هفته تعیین شده است. در کاهش وزن ، فنون کنترل محرک از جمله دور کردن غذای مشکل ساز از خانه، سهمیه بندی غذا ها ،از لحاظ و مقدار و قرار دادن لوازم ورزشی در جایی که فرد آن را می بیند به جایگزین کردن محرک های کاهش وزن به جای محرک های افزایش وزن به کم شدن رفتارهای افزایش دهنده وزن و تقویت رفتارهای کاهش دهنده وزن می انجامد.

**خودمدیریتی وزن بدن**

خودیاری هدایت شده و خود مدیریتی بیماران برای تغییر الگوهای تغذیه و فعالیت بدنی نظیر کتاب درمانی، شرکت در گروه های همیارانه و خود پایشی وزن از رایج ترین شیوه های کاهش وزن است. مصرف منظم غذای کم کالری، انجام فعالیت بدنی منظم نظیر پیاده روی نسبتا تند حدود یک ساعت در هر روز و خود پایشی منظم روزانه وزن بدن را به طور هفتگی ماهیانه و سالیانه سه راهبرد اصلی برنامه

**درمان شناختی- رفتاری**

چگونگی تاثیر افکار بر نگرش ها و رفتارهای بیمار در مورد غذا خوردن و ورزش موضوع درمان شناختی رفتاری می باشد.. مداخلات رفتاری بر اجتناب و عادات رفتاری منع شده تمرکز دارد .کاهش اجتناب آداب ها و مواجه هدفمند با موقعیت های ناراحتی برانگیزه راه حل مطلوب و سواستفاده از درمان مواجهه ای انجام می گیرد.

در درمان رفتاری ،روانشناسان سلامت به دنبال تغییر عادات تغذیه ای و ورزشی بیماران از طریق ایجاد تعادل منفی انرژی به منظور دستیابی به کاهش وزن هستند . اهداف اصلی درمان شناختی -رفتاری شامل، رفتار غذا خوردن و ورزش از طریق ایجاد تعادل منفی انرژی است که به موجب آن میزان کالری مصرفی نسبت به کالری تامین شده بیشتر می شود حمایت اجتماعی مستقیما به شکل گیری محیط مناسب برای کاهش وزن بیمار کمک می کند. مثلا افراد مهم زندگی می توانند غذای کم کالری پخت کنند یا بیمار را در پیاده روی همراهی کنند. فعالیت جسمی یا از طریق سبک زندگی نظیر استفاده از راه پله ها به جای آسانسور یا از طریق فعالیت برنامه ریزی شده نظیر حضور منظم در باشگاه های سلامت افزایش داده می شود.

**راهبردهای نگهداری**

مرحله نگهدارنده جزو مهم درمان کاهش وزن است و گاهی اوقات بیش از 6 ماه طول می کشد . بیشتر درمان های چاقی اثری کوتاه مدت دارند .طولانی تر کردن درمان، حمایت همتا، آموزش مهارت های مقابله ای، تداوم فعالیت بدنی منظم و مداخلات چند وجهی پس از درمان از عمده ترین راهبردهای نگهداری کاهش وزن هستند. ترکیب درمان رفتاری، دارو درمانی و ورزش در کاهش وزن مفید بوده است و باعث کاهش وزن بیشتری نسبت به درمان رفتاری به تنهایی می شود.

**درمان رفتاری استاندارد برای چاقی**

برنامه استاندارد درمان چاقی با الگوی اصلاح سبک زندگی و دستورالعمل درمانی برای تغییر رفتار های مربوط به سبک زندگی طی ۵۲ هفته می باشد. در مرحله اولیه درمان جلسات سرپایی هفتگی طی 12 هفته متوالی برگزار می شود و بیمارت به طور دقیق به خود پایشی و ارزیابی ذقیق پرخوری دوره ای می پردازند . بهترین برنامه درمان بیماران سخت و پیچیده رویکرد چند وجهی است

**پرفشاری خون**

یکی از بزرگ ترین حالات تهدید کننده سلامت پر فشاری خون می باشد و در بروز بیماری های عروق کرونر و نارسایی قلبی، سکته مغزی، نارسایی کلیوی و مرگ و میر این بیماری ها نقش مهمی دارد.

به علت نبود علایم در پرفشاری خون، اغلب مبتلایان از وجود آن اطلاعی ندارند. مداخلات روانی - اجتماعی در کنترل و درمان پرفشاری خون ضرورت دارند. شناخت علل ،مبانی فیزیولوژی و تعریف دقیق فشار خون به منظور طرح درمان و ارائه آموزشهای مناسب از موضوعات مهم در روانشناس سلامت و طب رفتاری است .پر فشاری خون با افزایش سن بیشتر بروز می یابد.

در بیشتر بیماران علت پرفشاری خون مشخص نیست و این بیماران دارای پرفشاری خون اولیه یا اصلی هستند.

جنسیت، ژنتیک، چاقی، عوامل مربوط به برنامه غذایی نظیر مصرف نمک بالا، فقدان فعالیت بدنی ،شرایط محیطی \_ اجتماعی و حالات روانشناختی نظیر خشم و افسردگی از عوامل خطرساز پرفشاری خون اولیه هستند.

**سنجش پر فشاری خون** : ارزیابی تغییرات پیش تا پس از درمان ،ایجاد انگیزش در بیماران برای درمان و پیگیری درمان .

**3-6-2مصاحبه پذیرش و طرح ریزی درمان**

این مصاحبه شامل اخذ شرح حال و تحلیل 24 ساعته فشار خون ، تقویت رابطع درمانی ،برطرف سازی مانع گفتگوی درمانی و تفسیر تغییر پذیری فشار خون برای بیمار است .

**3-6-3درمان پرفشاری خون**

تغییرات سبک زندگی با درمان غیردارویی اولین گام در درمان پرفشاری خون هستند . تغییرات سبک زندگی شامل ترک مصرف مواد مخدر و الکل، کاهش مصرف نمک انجام فعالیت بدنی، کنترل وزن و ترک سیگار می باشد. اولین مرحله درمان دوره خط پایه است که درمانگر فشار خون بیمار را مکررا ارزیابی و ثبت می کند. روانشناسان سلامت طی مراحل درمان آموزش های خاص و لازم را به بیمار ارائه می دهند. مداخلات روانشناختی در شرایطی نظیر فشار خون مرزی یا خفيف ، عدم پاسخ دهی مطلوب به داروهای ضد پر فشاری خون، بی میلی به تحمل اثرات جانبی داروها، سطح بالای فشار روانی و آمادگی روانشناختی بیمار سودمندی بیشتری دارند. درمان های زیستی رفتاری یا روانشناختی در درمان پرفشاری خون در واقع درمانهای الحاق محض به درمان های دارویی در پرفشاری خون شدید یا درمان جایگزین دارو در پرفشاری خون خفيف و مرزی می باشند.|

میزان عدم تبعیت از درمان های دارویی ضد پرفشاری خون نیز شایع می باشد و لازم است متخصصان بالینی راهکارهایی نظیر تعیین هدف درمان، آموزش به بیمار و انتخاب درمان کم هزینه و ساده را برای بهبود تبعیت از درمان در این بیماران به کار ببرند.

**3-7ترک سیگار**

سیگار به عنوان شایع ترین عامل قابل پیشگیری از عوامل اصلی بیماری های قلبی عروقی ،انواع سرطان و بیماری های تنفسی در دنیا است. سیگار کشیدن در بروز سرطان ها از جمله سرطان ریه، مثانه ،دهان، سینه، حنجره، گردن رحم ، لوزالمعده، مجرای گوارشی و هرگونه بیماری های قلبی و بیماری انسداد مزمن ریوی نقش بسیار مهمی دارد. مصرف سیگار به چندین دلیل تقویت کننده است. مداخله در اعتیاد فیزیولوژیکی ، خصوصیات روانشناختی فعال ساز و تقویت رفتاری مستمر از مبانی برنامه درمان ترک سیگار هستند.

**3-7-1 سنجش و مصاحبه ترک سیگار**

مرحله سنجش درمان شامل چند جلسه می باشد و ابعاد اعتیاد به نیکوتین، شرح حال و سابقه مصرف و ترک سیگار ، سابقه و شرح حال پزشکی ، حالات روانشناختی هم ابتلا و انگیزش ،خودکارآمدی و آمادگی برای تغییر مورد سنجش قرار می گیرند.سیگار یک عاملشناخته شده سرطان زا است و ترک آن ضرورت دارد . استفاده از نیکوتین سبب رهاسازی انتقال دهنده های عصبی از جمله سروتونین و نوراپی نفرین و دوپامین می شود و دوپامین ساز و کار مهم اعتیاد به نیکوتین است. نیکوتین علاوه بر تاثیر بر دستگاه عصبی مرکزی سبب افزایش ضربان قلب و فشار خون می شود| روانشناسان سلامت .از ابزار غربالگری و سنجش وابستگی به نیکوتین نظیر پرسشنامه تحمل فاگرستروم استفاده می کنند. بررسی سن آغاز مصرف سیگار تعداد متوسط مصرف روزانه سیگار ،نحوه سیر پیشرفت به این مقدار و نوع سیگار اهمیت دارد.سرطان ریه، سرطان حلق و دهان و بیماری قلبی در افراد دارای مصرف مزمن سیگار شایع است.

بیمار باید از جانب متخصص بالا به ترک سیگار تشویق شود و انگیزش وی برای ترک سیگار افزایش داده شود.

. مصرف سیگار سوخت و ساز و داروهای روانگردان را افزایش می دهد .خودکارآمدی و انگیزش دو سازه ای مرتبط با هم هستند و بر یکدیگر اثر دارند. انگیزش، با درخواست از بیمار برای فهرست کردن دلایل ترک سیگار تقویت می شود. در درمان ترک سیگار نظير اغلب درمان های رفتارهای اعتیادی، سنجش آمادگی بیمار برای تغییر مهم می باشد

**3-7-2مداخلات ترک سیگار**

ترک سیگار تقریبا مزایای فوری دارد و وضعیت جسمانی بیمار در حین فرایندترک سیگار به حالت طبیعی برمی گردد .آموزش خود پایشی نظیر ثبت روزانه همراهی سیگار مصرف شده با هیجان ها و رفتارهای خاص به بیماران از اولین مداخلات ترک سیگار می باشد. تاریخ ترک معمولا طی سه هفته از آغاز درمان وضع می گردد.

تعیین تاریخ ترک هدف روشنی برای درمان وضع می کند، بیمار را به جلو هدایت می کند و چارچوب زمانی برای درمانگر در کمک به بیمار در استفاده از راهبردهای مقابله ای قبل از ترک فراهم می کند. بیمار باید در روز ترک و طی ۷۲ ساعت بعد از ترک دوره زمانی دارای شدید ترین علایم ترک توسط متخصص بالینی ویزیت شود.

استفاده از روش محو سازی تدریجی فاصله زمانی تا روز ترک را افزایش می دهد . محو سازی تدریجی فرآیندی است که طی آن سطح نیکوتین با تغییر نوع سیگار و یا تعداد سیگارهای مصرفی در روز به تدریج کم می شود و به طور خاص برای افرادی سودمند است که به مدت طولانی به سیگار اعتیاد دارند.

کاهش شدت علایم ترک در روز ترک سیگار ،مبنایی استفاده از فرایند محوسازی تدریجی می باشد .

همراه با کاهش تعداد سیگار های مصرف شده در طی روز محوسازی تدریجی باید به بیماران آموزش داده شود.

با مشخص شدن فعال سازی هایی نظیر مکان ها، افراد هیجان و موقعیت ها برای سیگار کشیدن توسط یادداشت های روزانه ی خود پایشی، بیماران مطابق با آن به خود تنظیمی ، تغییر محیط و اصلاح رفتار اقدام می کنند.

از راهبردهای مدیریت ترک : ورزش ، درمان جایگزین نیکوتین یا آدامس نیکوتینی، راهکارهایی فعال برای پرت کردن حواس فرد از سیگار کشیدن نظیر بافندگی، تایپ کرپن، حل جدول معمای متقاطع و نیز همنشینی با افراد حامی تقویت حمایت اجتماعی از راهبردهای اصول ترک سیگار می باشد. افراد حامی بیمار از منابع مهم انگیزشی و تقویت مثبت و و نیز ضربه گیری مهم در برابر فشار روانی هستند. میل به از سرگیری بسیاری از موانع عمده نگهداری و تداوم سیگار است. بایستی به بیمار آموزش داده شود که میل و ولع دارای محدوده زمانی توان ۲۰ دقیقه ای است و اتخاذ راهبرد مقابله فعال نظیر ورزش، درمان جایگزین نیکوتین، توجه برگردانی، آرمیدگی، تصور و تخیلی و استعاره درمانی می تواند ولع و میل را فروکش نماید. باید بیماران تشویق شوند به یاد دلایل ترک باشند و نیز راهبردهای مدیریت موقعیت های پرخطر به آنان آموزش داده شود.

جلب حمایت اجتماعی و دریافت تقویت مثبت نیز خود کارآمدی بیمار را تقویت می کند و مانع از الغزشهای مکرر و بازگشت می شود.

**فصل چهارم**

**بهبود سبک زندگی و ارتقای سلامت**

**4-1سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت**

امروزه پژوهش ها علت بسیاری از بیماری ها و حالات مزمن پزشکی را به سبک و رفتار های انسان نسبت می دهند . سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت، شیوه زندگی مبتنی بر الگوهای رفتاری سالم نظیر ورزش، تغذیه سالم، مدیریت حالات روانشناختی منفی ،جلب حمایت اجتماعی و دوری از انزوا و استفاده متناسب از منابع بهداشتی درمانی است که متاثر از تعامل پیچیده صفات شخصیتی، عوامل فرهنگی اجتماعی و شرایط محیطی و اقلیمی می باشد . بهبود سبک زندگی مبتنی بر رفتارهای ارتقا دهنده سلامت است و از بروز بیماری می کاهد و مرگ و میر را پایین می آورد. پیامد نهایی سواد سلامتی، افزایش سرمایه گذاری سلامتی برای پیشگیری از بروز بیماری ها در افراد جامعه است. سبک زندگی چارچوبی مهم در اقدام به رفتارهای سلامتی نظیر عادات تغذیه و عادات ورزشی و انجام آزمایش های غربالگری برای تشخیص زودهنگام و پیشگیری از گسترش بیماری ها است و اصلاح یا بهبود آن از خواسته های مهم در روانشناسی سلامت است. سبک زندگی سالم و رفتارهای ارتقا دهنده سلامت نظير تبعیت از برنامه ورزشی منظم و فعال ، مصرف مستمر میوه و سبزیجات و تبعیت از اصول پیشگیرانه و ایمنی روابط زناشویی در پیشگیری از انتقال و بروز بیماری های مقاربتی از زمینه های مهم در ارتقاء سلامت جامعه می باشند. با توجه به نقش محوری رفتار در پیشگیری و حفظ سلامت تقویت رفتارهای ارتقا دهنده سلامت راهبرد اصلی، نگهداشت و ارتقای سلامت می باشد.

طراحی ، اجرا ، و ارزیابی برنامه ارتقای سلامت سه جزء مهم برنامه های ایجاد سبک زندگی سالم هستند مدل ارتقای سلامت به فهم چرایی و چگونگی تصمیم گیری های مرتبط با سلامت در افراد کمک می نماید و روش نظام مندی برای درک شرایط رفتار، ارتباطات تعاملی تعیین کننده های رفتار سالم و پیش بینی پیامدهای فراهم می سازد . سبک زندگی اسلامی از مبانی مهم ارتقاء سلامت در جامعه ما می باشد سبک زندگی اسلامی با تمام زندگی افراد و همه ابعاد از جمله عواطف و شناخت سلامت و بیماری ارتباط دارد. شاخص های سبک زندگی اسلامی عبارتند از : شاخص اجتماعی ،شاخص عبادی ،شاخص باورهار ،شاخص اخلاق شاخص مالی ،

شاخص خانواده ،شاخص تفکر و علم ،شاخص دفاعی امنیتی ، شاخص زمان شناسی . تحقیقات حاکی از آن است که سبک زندگی اسلامی الگوی رفتاری مناسبی برای رشد انسان است و فرد می تواند با استفاده از این سبک زندگی سالم تر زندگی می کند و رضایت خاطر بیشتری از زندگی کسب نماید.

**4-2اصول و فنون ارتقای سلامت**

در روانشناسی سلامت فرایند های شناختی افراد در ارتقای شاخ های سلامتی ، افزایش طول عمر و بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نقش دارند و برنامه ها ی ارتقای سلامت غالبا بر همین اساس فرض شده اند **. ا**رتقای سلامت به شیوه طراحی مداخلاتی برای تسهیل تغییرات شناختی و رفتاری در افراد و گروه ها به منظور پیشگیری از پیامد های منفی سلامت از بدو تاسیس رشته روانشناسی سلامت داشته است. در تحول ارتقای سلامت ،افراد و گروه ها و الگوهای جدید نقش داشته اند . در تحول ارتقای سلامت برای افراد و جوامع سه انقلاب رخ داده است در اولین مرحله طی اواسط قرن نوزدهم برنامه های ارتقای سلامت در حالات بهداشتی و پیشگیری از بیماریهای عفونی نظیر نظارت و تمرکز بر سیستم های آب و فاضلاب، کنترل بیماری های مقاربتی، بهداشت لبنیات و گوشت ، واکسیناسیون دوران کودکی به ارتقای مراقبت های دوران بارداری متمرکز بود که این تمرکز بر توسعه علم همه گیر شناسی مدرن گردید. با پیدایش بیماری های عفونی جدید نظیر ایدز، آبله مرغان برنامه های ارتقای سلامت و پیشگیری و درمان بیماری ها و آسیب های مزمن به عنوان علت اصلی مرگ و میر تمرکز کردند. آخرین تغییر جهت در آن زمان تاکید بر اهمیت سبک زندگی در تظاهرات پایانی بیماری ،فهم روابط على و معلولی بیماری ها و مسئولیت پذیری سلامت توسط پزشکان و افراد جامعه در انتخاب سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت به منظور پیشگیری از بیماری ها بود. ارتقای سلامت علم هنر کمک به افراد در اصلاح سبک زندگی به سوی وضعیت سلامتی مطلوب و پرورش سلامت و معیاری برای سلامتی در ابعاد زیستی روانی اجتماعی و معنوی فرد تعریف می شود و هدف از آن پیشگیری از بیماریها، کاهش مرگ زودرس، و افزایش کیفیت زندگی می باشد.

ارتقای سلامت با هدف دستیابی به بهزیستی جامعه و خودشکوفایی کانون اصلی مداخله در ابعاد زیستی -هیجانی -اجتماعی و معنوی است. ارتقای سلامت ،آموزش سلامت و تغییر سبک زندگی باید مبتنی بر درک دقیق شرایط فرد، منابع اقتصادی، زمینه های آموزشی، سواد سلامتی، حمایت های اجتماعی، باورهای فرهنگی و عوامل محیطی بازدارنده یا مشوق در جامعه باشد.

**4-3کیفیت زندگی**

در دهه های اخیر کیفیت زندگی به عنوان یکی از جنبه ها ی مور در پژوهش ها ی مداخله ای و مراقبت از بیماران و به عنوان شاخی برای ارزیابی موفقیت برنامه های بهداشتی و درمانی، اندازه گیری وضعیت سلامت ، اثر بخشی و توصیف نتایج کلی تشخیی و درمان مورد توجه قرار گرفته است . تعریف دقیق کیفیت زندگی از این لحاظ مهم است که بر فنون ارزشیابی و برنامه های ارتقای سلامت اثر خواهد گذاشت و متاثر از فرهنگ است. محققین علوم پزشکی و روانشناسی سلامت برنتایج بالینی و فیزیولوژیکی تمرکز دارند و هدف اولیه آن ها رفع علائم ،بهبودی بیمار و بهزیستی است .حس رفاه، حس معنا، حس ارزشمندی سه حیطه مهم برای کیفیت زندگی شناخته شده است . پژوهشگران تاکید دارند که کیفیت زندگی یک ارزشیابی عینی پویا، بین فردی و چند بعدی است.

**4-4کیفیت زندگی مرتبط با سلامت(HRQoL)**

کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به سطح مطلوبی از عملکرد روانی ،جسمی و اجتماعی اطلاق می شود که شامل روابط با دیگران، درک از سلامتی، رضایت از زندگی و بهزیستی، رضایت از درمان، حالت سلامت و انتظار آینده است.

بین دو مفهوم کیفیت زندگی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت تفاوت هایی وجود دارد .کیفیت زندگی مفهوم عمومی تر است که شامل رضایت از شرایط مختلف زندگی از قبیل در آمد، معیارهای زندگی، شرایط کار، ازدواج ، خانواده و دوستان، محیط اطراف ،نظام های دولتی و امنیت اجتماعی است.|

در حالی که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت ارزشی است که افراد برای دوره معلولیت، ناتوانی و وضعیت عملکردی خاص تحت شرایط خاص سلامتی قایل می شوند و تحت تاثیر بیماری، خدمات درمانی خط مشی های بهداشتی قرار دارند. کیفیت زندگی مرتبط با سلامت ارزیابی ذهنی افراد از وضعیت فعلی سلامتی و اثرات مراقبت های بهداشتی و فعالیت های ارتقا دهنده سلامتی بر توانایی آنان جهت حفظ و بهبود عملکرد است و به عنوان پیامد مهم پاسخ بیمار به بیماری درمان با و روش های درمان تلقی می شود. الگوی زیستی پزشکی ویلسون و کلاری نیز عوامل مربوط به سلامتی نظیر عوامل زیستی ، نشانه های وضعیت عملکردی و درک کلی سلامتی موثر بر کیفیت زندگی را مطرح می کند و عامل اصلی تعیین کننده سلامت را عوامل مولکولی و ژنتیکی می داند. در این الگو ، نشانه ها به نشانه های جسمی یعنی درک و احساس درباره بدن و نشانه های جسمی – روانی نظیر ترس، نگران و نا امیدی تقسیم بندی می شود. کیفیت زندگی مرتبط با سلامت توسط شاخص های خاصی تعیین و ارزیابی می شود.خصوصیات فردی، شاخص های عینی از جمله وضعیت اقتصادی- اجتماعی و شاخص های ذهنی از جمله احساس رضایتمندی از زندگی از تعیین کننده های کیفیت زندگی هستند.

استفاده از شاخص ها و مقیاس های فرهنگی و بومی در سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت یک ضرورت

**4-5 آموزش سلامت و بهبود کیفیت زندگی**

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت نداشتن بیماری نیست ، بلکه برخورداری از بهزیستی کامل جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی است. در سلامت توجه به چند بعدی بودن انسان با تاکید بر ابعاد متعالی اهمیت دارد و بدون توجه به موضوع، ارتقای سلامت فاقد معنی و مفهوم است. سلامت مناسب سبب می شود افراد توانایی های جسمانی و روانشناختی خود را به حداکثر برسانند و دارای زندگی اجتماعی -اقتصادی پربار و هماهنگ با محیط باشند. افزایش سواد سلامتی، اتخاذ رفتارهای سالم توسط افراد و گروه ها و نیز گسترش فرهنگ سلامت در جامعه از هدف های برجسته آموزش سلامت است. ارتقای سلامت ترکیب برنامه ریزی شده از سازوکارهای آموزشی، خط مشی بهداشتی، قانونی ،محیطی یا سازمانی است که حمایت کننده عملکردها و شرایطی است که افراد و گروه های جامعه را به سمت سلامت هدایت می نماید.

نظریه های شناختی اجتماعی ، الگوهای نگرشی، الگوی باورسلامتی و نظریه انگیزش محافظت رهنمودهای پیشگیرانه ارزشمندی برای متخصصان روانشناسی سلامت فراهم می کنند.

**فصل پنجم : راهبردهای استاندارد در پیشگیری از حالات خاص**

**5-1 مشاوره های پیشگیرانه در روانشناسی سلامت**

مشاوره های پیشگیرانه در روان شناسی سلامت اقدامات بنیادین و زودهنگام در جهت حفظ و تداوم سلامت جسم و پیشگیری از بروز آسیب های جسمانی است. هدف راهبردهای مشاوره پیشگیرانه در روانشناسی سلامت شامل راهبردهای پنجگانه آموزش، مراقبت طبیعی، تسهیل کفایت اجتماعی ،سازمان دهی اجتماعی و مداخله در نظام ها COSI و طراحی مجدد محیط فیزیکی دستیابی به پیشگیری دائمی است. پر استفاده ترین راهبرد پیشگیری آموزش است اما چون بر نگرشها ، رفتارها و شرایط محیطی یاد گیرنده موثر نیست به تنهایی تغییر پایداری در رفتارهای مرتبط با سلامت ایجاد نمی کند. اقدام به رفتارهای مرتبط با سلامت متاثر از عوامل روانشناختی نظیر نگرش های مثبت و خوش بینی به پیامدهای مطلوب تغییر رفتاری است.

/ آموزش از نوع اطلاعات عمومی در قالب پیام هایی نظیر هشدار بروز سرطان بر روی پاکت سیگار .

آموزش از نوع راهنمایی پیشگیرانه، در قالب اطلاع رسانی در مورد رخدادهای نظیر مشاوره پیش از آزمایش در مورد احتمال ابتلا به اچ آی وی و نحوه واکنش به آن

مداخلات آموزشی در مشاوره پیشگیرانه با توجه به ویژگی های گروه هدف باید از خصوصیات چند وجهی و چند گروهی برخوردار باشند.

مداخلات آموزشی چند وجهی و چند گروهی بر ارتقای رفتارهای سالم بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت تاثیر مثبت دارد. مداخلات آموزشی چند وجهی شامل آموزش در ابعاد مختلف بیماری و مسائل همراه آن نظیر آموزش علائم بیماری، روش های پیشگیری از بازگشت علائم، آشنایی با ماهیت بیماری و سیر آن، آشنایی با شیوه درمانی مناسب، آموزش سازگاری و مقابله با بیماری، آموزش شیوه ارتقای سلامت در اعضای خانواده و آشنایی با نحوه ارتباط با بیمار می باشند. در یک مداخله آموزشی چند گروهی نیز علاوه بر ارائه آموزش های مناسب بیماران ، خانواده های بیماران مزمن، ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی و متخصصان معالج بیمار نیز آموزش مناسب داده می شود. در راهبردهای آموزشی یادگیری مسئله مدار PBL نیز به عنوان یک راهبرد فعال و مبتنی بر تجربه در گروه های کوچک و افراد مسئله مشخص جهت یافتن راه حل ارائه می شود. راهبرد پیشگیرانه سازماندهی جامعه و مداخله در نظام هاCOSI از طریق مشارکت اجتماعی به حل مسئله می پردازد و جامعه را به تحرک وا می دارد تا فرصتها و حمایت هایی جهت مشارکت در امور، ارتقای کیفیت زندگی اجتماعی به فرایندهای جامعه فراهم سازد.

لا تحول اجتماع در آن افراد به بیان مسائل و راه حل های آن می پردازند،

مداخله در نظام ها که در آن سازمان های موجود به بررسی فرآیندها، خط مشی ها و روش های اصلاح نا کارآمدی و کارآمدتر کردن آنها می پردازند، و اصلاح قانون گذاری که در اقدام در جهت ایجاد تغییرات پایدار و گسترده توسط قضات و قانونگذاران انجام می گیرد سه نوع مهم COSI هستند. در راهبرد طرح ریزی مجدد محیط فیزیکی در پیشگیری بر افزایش رفتارهای مسئولیت پذیرانه محیطی (ERB) و کاهش رفتارهای مخرب محیطی متناسب با شرایط بوم شناختی تاکید می کند.

**۵\_۲ الگوهای مشاوره پیشگیرانه**

مشاوره یک فعالیت مداخله ای است و طبق الگوی سه بعدی شامل: ابعاد مشاوره اجتماعی، آموزش و نظارت بر کارکنان غیر تخصصی و استفاده از رسانه های مختلف در رساندن پیام های پیشگیرانه به شنوندگان است. الگوی سه بعدی تنها مداخله شخصی ، درمانی و خدماتی مستقیم نیست، بلکه شامل انواع مداخل پیشگیرانه مشاوره ای است. مداخلات مشاوره در سه بعد اصلی هدف کلی ،هدف جزئی و روش ها طراحی شده اند.

هدف کلی مداخله : فرد، گروه های منفرد اولیه ، گروه های منفرد جمعی و نهادها و اجتماعات محلی می باشند

هدف جزئی مداخله شامل: درمان ،پیشگیری و تحول و توسعه می باشند. از لحاظ روش مداخله، جامعه هدف یکی از موارد خدمات مستقیم و مداخلات غیر مستقیم را دریافت می کند. الگوی سه بعدی مشاوره نیازمند تفکر خلاقانه مشاور پیشگیری کننده و فرایندهای اندازه گیری و ارزیابی مناسب است.الگوی سه بعدی دارای چهار سطح مداخله در هدف کلی ،سه سطح مداخله در هدف جزئی، سه سطح مداخله در روش ها است. مشاوره پیشگیرانه شامل : مشاوره های بحرانی، تسهیل کننده ، و تحولی است.

بلکین مشاوره پیشگیرانه را یکی از روش هایی می داند که مشاوره سلامت از طریق آن انجام می شود. ۸ کاربرد دیگر مشاوره از نظر بلکین شامل مشاوره در طول عمر، مشاوره خانواده ، مشاوره گروهی ، مشاوره مداخله در بحران ، مشاوره توانبخشی ،مشاوره مدرسه، مشاوره شغلی، مشاوره بین فرهنگی

منطق مشاوره ای پیشگیرانه از نظر بلکین این است که (یک گرم پیشگیری ارزش هزار کیلوگرم درمان را

دارد)

زیرا هدف پیشگیری دستیابی به بهزیستی در همه جنبه های واقعیت محیطی، فیزیکی ، معنوی و بین فردی است.

**۵-۳ راهبرد های هدفمند در مشاوره پیشگیرانه**

خود پیشگیری و پیشگیری فرد محور به معنی افزایش توان و ظرفیت افراد و نظام ها برای کاهش بروز و شیوع بدکارکردی ها و حالات نامطلوب بهداشتی توسط خود فرد هدف اصلی مشاوره ، پیشگیرانه است .. خودمراقبتی مبنایی مهم برای خود پیشگیری است و شامل اعمالی اکتسابی ، آگاهانه و هدفدار است، که افراد جامعه برای خود ، فرزندان و خانواده سان را انجام می دهند تا سالم باقی بمانند، از سلامت جسمانی ،روانشناختی و اجتماعی خود حفاظت نمایند ، نیازهای جسمانی و روانشناختی و اجتماعی خود را برآورده سازند ،از بیماریها و رخدادهای نامطلوب جسمانی پیشگیری کنند و بیماریهای مزمن خود را مدیریت کنند و از سلامت خود بعد از بروز بیماری حاد ترخیص از بیمارستان محافظت نمایند. تغییر نظام محور ،تغییر فرد محور و پیشگیری دائمی سه نوع راهبرد هدفمند مشاوره پیشگیرانه هستند . تغيير فرد محور به دو روش انجام می گیرد : اولین روش متمرکز بر موقعیت یا انتقالی است و به افرادی که با یک رخداد فشارزا و یا مرحله انتقالی تحول طبیعی مواجه می شوند، کمک می شود تا مشکلات را حل کنند و دومین روش متمرکز بر افزایش کفایت است که در پی گسترش توانایی افراد یا تغییر محیط های آسیب زای اجتماعی است.

مشاوره پیشگیرانه باید مبتنی بر توانمندی سازی افراد در ابعاد زیستی روانی اجتماعی و مذهبی و معنوی باشد.

بهترین برنامه پیشگیرانه شامل روش های چندگانه است و مداخلات ترکیبی، چند روشی و چند سطحی در مشاوره پیشگیرانه اهمیت بسیاری دارند.

**۵-۴ خدمات مستقیم مشاوره پیشگیرانه**

مشاوره پیشگیرانه می تواند بیمار را در ساخت رفتارهای سالم در موقعیت های جدید یاری نماید. آموزش وسازماندهی دو نوع مهم خدمات مداخله ای مستقیم می باشند. آموزش نوعی مداخله دانش محور است و دانش را افزایش می دهد، و در برخی موارد نگرش ها را تغییر می دهد اما به ندرت به تغییر رفتار منجر می شود، در حالی که مداخلات و یادگیری مسئله دار مبنای تغییر رفتار های مرتبط با سلامت هستند. برای تغییر پایدار رفتار های نا سالم ترکیبی از راهبرد ها ضروری است . روانشناسان سلامت د ربرخورد با بیمار ، رفتار های ناسالم وی را شناسایی و او را به حذف رفتارهای ناسالم ترغیب می کنند .

سازماندهی مشاوران سلامت را ترغیب می سازد تا در تعدادی از فعالیت ها با هدف توانمندسازی افراد در بهبود موقعیت شان تلاش نمایند .

**۵\_۵ خدمات غیر مستقیم مشاوره پیشگیرانه**

آموزش غیر مستقیم سلامت به طور معمول به دو صورت گروهی و عمومی انجام می گیرد. آموزش گروهی به صورت سخنرانی، پانل، سمپوزیوم و PBLاجرا می گردد و آموزش عمومی غالبا به صورت بحث گروهی ارائه برنامه های سلامت در رسانه های جمعی و یا استفاده از وسایل کمک آموزشی ارائه می شود. آموزش از طریق رسانه ها ، مشاوره، ارتقای کیفیت اجتماعی، همکاری با مراقبان طبیعی ، سازماندهی اجتماعی و مداخله در نظام ها با قانون گذاری به حمایت از تغییرات محیطی از انواع خدمات غیر مستقیم مشاوره پیشگیرانه هستند. رسانه در مشاور پیشگیرانه مخاطب را ترغیب می کند تا رفتار خود را به طریقی صحیح تنظیم کنند.

**۵-۶ نظام ها و محیط ها در مشاوره پیشگیرانه**

موقعیت های در معرض خطر و نواحی آسیب زا باید کانون توجه روانشناسان سلامت در مشاور پیشگیرانه باشند و افراد باید در بطن زندگی شان مورد پیشگیری قرار گیرند. بطن زندگی تعیین کننده بروز یا عدم بروز رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و پیشگیری از بیماری ها است محیط های فرا نظام نظیر خانواده ،محله ، اجتماع ، محل کار ؛ مساجد ، مدارس محیط های اجتماعی مناسبی برای پیشگیری می باشند . در دیدگاه بوم شناختی از چگونگی تحول انسان و سطوح مختلف نظام ها شامل خرده نظام (فرد یا خانواده ) ، میان نظام (نظام میانجی ،خرده نظام و برون نظام )، برون نظام (نظام های مجاورمتعامل نظیر خانواده ، کار ، محله، اجتماع، مدرسه) وکلان نظام (سطح بزرگ تر و گسترده تر موثر بر سایر نظام ها شامل فرهنگ، اقتصاد و سیاست ) سخن گفته شده است.

در الگوی مشاوره پیشگیرانه،محیط ها در درون برون نظام قرار دارند و به عنوان محیط خانواده، مدرسه کار و محله اجتماعی شناخته میشوند. نحوه انجام مشاوره پیشگیرانه در انواع نظام ها و موقعیت ها نیز مهم می باشد.

**۵-۷ ارزیابی برنامه ها و راهبردهای استاندارد پیشگیری**

هرگونه برنامه آموزش سلامت یا مداخله ارتقای سلامت بدون ارزیابی دقیق از لحاظ آموزشی بالینی فاقد معنا است.اثربخشی یک مداخله پیشگیرانه بر اساس تاثير آن مداخله در بهبود یا ارتقای رفتارهای ارتقا دهنده سلامت سنجیده می شود و تغییر رفتارهای بهداشتی شاخص مهم اثربخشی مداخلات پیشگیرانه هستند. تبعیت از استانداردهای لازم در طراحی و عملیاتی کردن مداخلات آموزش و ارتقای سلامت اصل اساسی موفقیت برنامه پیشگیرانه می باشد و ابزارها یا شاخص های مناسب برای ارزیابی رعایت این استانداردها و نتایج حاصل از آن ها مورد نیاز است . شاخص های درون دادی، فرایندی و پیامدی سه شاخص پایش و ارزیابی مداخلات آموزش و ارتقای سلامت می باشند. شاخص های درون دادی زیرساخت لازم برای مداخلات آموزش و ارتقای سلامت را فراهم می سازند . شاخص های فرآیندی در اجرای کارآمد صحیح و موثر مداخلات آموزش و ارتقاء سلامت برای دستیابی به هدف اصلی مداخلات ضروری هستند و بر اساس شاخصهای پیامدی، دستیابی به هدف مورد انتظار مداخلات (اثربخشی)، صرف هزینه کمتر برای دستیابی به هدف مداخلات (کارایی) و ترکیبی از هر دو بهره وری) برای متخصصان و تصمیم گیرندگان حوزه آموزش و ارتقای سلامت اهمیت زیادی دارد .

**فصل ششم**

**سرطان ،دیابت، بیماری های ریوی**

**6-1سرطان آنکولوژی و سایکوآنکولوژی**

سرطان یک اصطلاح کلی برای بیماری های مختلفی می باشد انکولوژی نیز به معنای تشخیص و درمان سرطان ها است که دارای رشد غیر قابل کنترل و انتشار سلول های غیرطبیعی هستند سرطانها دارای الگوی رشد لجام گسیخته ، تمایل زیاد به ارسال سلول به نواحی دوردست و متاستاز می باشد. سلول های سرطانی از سلول های طبیعی بدن متفاوت هستند و به طور مستقل در لوله آزمایش یا محیط کشت مصنوعی زنده می مانند و یا بر روی همدیگر رشد می کنند .کارسینوما ،لنفوم ،سارکوم و لوسومی چهار نوع اصلی سرطان هستند .. عوامل محیطی نظیر استعمال دخانیات ،مواد رادیواکتیو و شیمیایی ،در محیط عوامل درون ایمنی نظیر موجودات عفونی ،ویروس ها، هورمون ها و عوامل ژنتیک نظير جهش های ارثی و جهش های مرتبط با سوخت وساخت و از دلایل اصلی سرطان هستند.

با وجود اینکه بسیاری از سرطان ها قابلدرمان هستند ، اما تیازهای روانی – اجتماعی و هیجانی بیماران سرطانی غالبا نادیده گرفته می شود . نوع سرطان ، شدت درد ، کاهش یا از دست دادن کارکرد بدن وشدت خستگی مرتبط با سرطان درکاهش کیفیت زندگی این بیماران نقش دارد . بین ۶۰ تا ۹۰ درصد بیماران سرطانی خستگی مرتبط با سرطان را تجربه می کنند که خستگی با فعالیتهای زندگی روزانه بیمار تداخل می کند و با سطح بالای آشفتگی مشکلات خواب کاهش تحمل درد و تغییر در اشتها همراه است.

**6-1-1پیامدهای روانی اجتماعی سرطان و سازگاری با آن**

با وجود پیشرفت های تشخیصی و درمانی سرطان از بیماری های تهدید کننده زندگی ،آشفته ساز و یک فشار زای فاجعه ساز برای افراد مبتلا است. به طور کلی آشفتگی روانشناختی بیماران سرطانی بین ۲۵ تا ۳۰ درصد می باشد مسائل مالی، عوامل شخصیتی، حالات روانشناختی، منابع اجتماعی و دسترسی به مراقبت پزشکی سطوح آشفتگی و سازگاری سرطان را تحت تاثیر قرار می دهد. اغلب روانشناسان معتقدند که حالات روان رنجوری و برونگرایی و افزایش آسیب پذیری نسبت به سرطان همراه می باشد. بیمار دچار سرطان ریه نسبت به بیمار دچار سرطان سینه آشفتگی بیشتری دارد.

اختلالات روانشناختی از جمله افسردگی بالینی، اضطراب، اختلال فشار روانی پس از سانحه، اختلالات شخصیت، نگرانی های تصویر بدن، اختلال کارکرد جنسی درد و نیز حالات عصب روانشناختی در تشخیص های سرطانی شایع هستند. سابقه اختلالات روانشناختی، مهارت های مقابله ای ضعیف و انزوای اجتماعی خطر بروز اختلالات روانپزشکی را بعد از تشخیص سرطان افزایش میدهد.

اضطراب بیمران سرطانی ، تا اندازه ای به علت ترس از اخبار بد د رمورد تشخیص ، پیش آگهی و گزینه های درمانی بالا است . اضطراب و افسردگی بالینی تبعیت از برنامه درمان سرطان را کاهش می دهند و پیشرفت بیماری را تشدید می نماید. به علاوه نشانگان اضطراب عضوی در نتیجه حالات بیماری نظیر عفونت در شرایط ناهنجار هومونی و عوارض درمان های پزشکی نظیر استروئیدها رخ می دهد. از آنچا که بیمار سرطانی با یک تهدید واقعی زندگی روبرو شده است ، اضطراب به عنوان یک حالت ناهنجار سخت است .

اختلال فشار روانی پس از سانحه PTSD در سرطان شایع است علاوه بر انگیختگی از جمله تحریک پذیری، بی خوابی اختلال تمرکز در بیماران سرطانی با اثرات جانبی درمان اشتباه می شوند.

خطر خودکشی در مراحل پیشرفته بیماری و نیز در حالت خستگی شدید، بیشتر است. بیماران سرطانی طی بستری شدن در بیمارستان بعد از درمان موفقیت آمیز یا بعد از ترخیص از بیمارستان بسیار زیاد در معرض خطر خودکشی هستند. افسردگی و ناامیدی، ترس از مرگ و بازگشت بیماری در بیماران سرطانی احتمال آسیب پذیری بیماران به خودکشی را افزایش می دهد.

**6-1-2 ابعاد روانی \_ اجتماعی سازگاری با سرطان و درمان آن**

عوامل روانی- اجتماعی از جمله باورهای شخصی در مورد بیماری ، وضعیت اجتماعی اقتصادی ، عوامل فرهنگی، معنویت و مذهب ، مقابله و روش مقابله ای و حمایت اجتماعی بر سر بیماری و فرایند سازگاری با سرطان موثر هستند . کسب اطلاعات در مورد بیماری، بازسازی شناختی و ارزیابی مجدد مثبت از بیماری، جستجوی حمایت اجتماعی، اجتناب/ انکار، روحیه جنگنده و خوش بینی ، اجتناب شناختی- رفتاری ،مقابله مبتنی بر حل مسئله و کاهش هیجان، خیال خام ، پایش کردن /بی پروایی و فرونشاندن هیجان عمده ترین راهبردهای مقابله ای بیماران سرطانی می باشد .

مقابله با سرطان از موضوعات مهم توسط روانشناسان سلامت است به طور کلی، مقابله سازو کار ها ی روانشناختی است که به کمک آن ها فرد با مواجهه یا اجتناب آشفتگی های همراه با فشار زاها را کاهش می دهد یا به حداقل می رساند. سرسختی روانشناختی و خود تاب آوری نیز در بهبود سلامت روان شناختی در شرایط ناگوار نقش دارند و بیماران سرطانی که از سرسختی بیشتری برخوردار هستند با سرطان و پیامد های آن بیشتر مقابله می کنند. حمایت اجتماعی به عنوان یک ضربه گیر در برابر پیشرفت بیماری عمل می نماید و تاثیر بارزی بر احساس بهزیستی بیمار، افزایش اثربخشی درمان های سرطان و بهبود ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان دارد.

**6-1-3 نقش روانشناسی سلامت در موقعیت های غده شناسی**

روانشناسان سلامت ضمن ارائه مشاوره به ارائه دهندگان خدمات بهداشتی در مورد ارتباط درمانی سازنده ،

می توانند به کارمندان پزشکی در مورد شناسایی آشفتگی و راهبردهای غیر انطباقی بیماران آموزش ارائه نمایند.رویگرد مبتنی بر شواهد مبنای کار بالینی روانشناسان سلامت به خوص در استفاده از ابزارهای سنجش روا و پایا و درمان های متناسب شده مبتنی برآزمایش های کنترل شده تصادفی RCT است مراقبت مبتنی بر شواهد از موثرترین رویکردهای مراقبتی در درمان بیماری های مزمن از جمله سرطان ها است، که نیازمند برخی الزامات میباشد .

**6-1-4 سنجش روانشناسان سلامت از بیماران سرطانی**

روانشناسان سلامت به منظور طرح ریزی مداخلات درمانی بیماران سرطانی به سجش نگرانی روان شناختی کلی ،کیفیت زندگی و مشکلات مرتبط با سرطان ، سازگاری و مقابله ب ابیماری ، اضطراب ، خستگی، درد و حمایت اجتماعی با استفاده از مصاحبه می پردازند . ابزار هایی نظیر نظام ارزیابی ، توانبخشی سرطان ،نظام سنجش کار کردی درمان سرطان وسازگاری روانی با سرطان از مهمترین ابزارهای سنجش روان شناختی هستند .

**6-1-5 مداخلات روانشناسی سلامت در روان غده شناسی**

جراحی ،شیمی درمانی، پرتو درمانی یا هورمون درمانی، از درمان های عمده سرطان هستند . جراحی و پرتو درمانی درمان های موضعی هستند و هدف آنها برداشتن یا تخریب کردن غده های سرطانی است. شیمی درمانی نظیر داروهای الكیلاتینگ سبب مهار رشد سلولهای سرطانی می شود و مرگ آنها را تقویت می کند.

در هورمون درمانی سرطان اثرات سطوح هورمون های دخیل در رشد انتشار سرطان های حساس به هورمون نظیر استروژن یا اندروژن در بدن مسدود می شود . طرح ریزی مداخلات درمانی متناسب شده برای بیماران سرطانی نیازمند توجه دقیق به جمعیت هدف نظیر بیمارانی که به تازگی تشخیص سرطان گرفته اند یا بازماندگان از سرطان و هدف اصلی مداخله نظیر کاهش آشفتگی و مدیریت اثرات جانبی و انتخاب مناسب ترین روش درمانی نظیر معنا درمانی یا مداخلات اجتماع مدار می باشد. آموزش سلامت، دانش افزایی در مورد مدیریت فشار روانی اثرات جانبی مدیریت خدمات پزشکی، آموزش مهارتهای مقابله ای، پرورش مهارتهای حل مسئله و حمایت روانشناختی از ابعاد آموزش روانی ساختاریافته برای بیماران سرطانی هستند.

در درمان شناختی- رفتاری تلاش می شود عوامل رفتاری شناختی و عاطفی موثر بر سرطان و درمان آن مورد مداخله قرار گیرند. درمانهای شناختی رفتاری بهبود حالات اضطرابی ، کارکر های عصبی درون ریز و نظام ایمنی از جمله بهبود فعالیت سلول های کشنده طبیعی و کاهش سطوح در بیماران سرطانی منجر شود.

**6-1-6 طب مکمل و طب جایگزین**

طب مکمل و طب جایگزین شامل مجموعه نظام ها ، تدابیر، روش ها و محصولات مراقبت بهداشتی و پزشکی گوناگون است . طب مکمل و طب جایگزین تفاوت هایی با هم دارند. طب مکمل الحاقیه یا مکمل جریان غالب پزشکی فعلی توسط روش های درمانی غیر مرسوم نظیر یوگا و طب سوزنی است. در حالی که طب جایگزین در پی جایگزین سازی جریان قالب پزشکی فعلی به وسیله تدابیری نظیر مکمل های گیاهی یا داروهای گیاهی به جای درمان استاندارد سرطان است.

استفاده از طب مکل و جایگزین رو به افزایش است . پزشکی ذهن و بدن از موضوعات طب مکمل است که به تعامل فرایندهای ذهنی، هیجانی، اجتماعی ،رفتاری و معنوی موثر بر سلامت و رشد شخصیت تاکید می کند. پزشکی ذهن و بدن نظیر یوگا ،مراقبه، نماز ،دعا خواندن و هنرهای بیانی در بهبود کیفیت زندگی بیماران و نیز کاهش علائم بارز روانی -اجتماعی بیماران سرطانی وجود دارد

**6-1-7 سیر سرطان و درمان آن**

سرطانی شدن تجربه ای آسیب زا برای افراد است . شروع درمان های سرطان، تغییر در کارکردهای روانی اجتماعی و فعالیت های اوقات فراغت از فشار زاهای رایج در مرحله تجربه سرطان می باشند.هدف مداخلات کاهش اشفتگی و بهبود سازگاری با عوامل فشار زای موجود می باشد . ادامه دادن درمان سرطان با فشار زاهای جدیدی نظیر بازگشت یا پیشرفت سرطان و تصمیم های جدید مربوط به سرطان از جمله دنبال کردن درمان پیشگیری کننده همراه است. مدیریت درد ، کاهش و کنترل اثرات جانبی ناگوار و برخورد با فقدان از محورهای مداخلات روان شناسی سلامت در بیماران دچار بازگشت و پیشرفت سرطان است . علاوه بر ابعاد روانشناختی و اجتماعی درمان سرطان، چالش های نظام بهداشتی درمانی از منابع مهم فشار روانی برای بیماران سرطانی تحت درمان هستند. موانع و محدودیت های اجرای برنامه پزشک خانواده در ایران عدم وجود برنامه منسجم برای کاهش میزان وجه پرداختی بیماران بستری شده در بیمارستان ها و موانع جامعه نگری در نظام بهداشتی درمانی از چالش های مهم نظام بهداشت و درمان کشور هستند که بر سیر و درمان بیماری های پرهزینه نظیر سرطان ها تاثیر دارد رفع این چالشها و موانع سیر درمان را هموار می سازد.

**6-2 دیابت و انواع آن**

دیابت گروهی از بیماری های سوخت و سازی ناهمگن است که افزایش مزمن قند خون و اختلال در سوخت و ساز کربوهیدرات، چربی و پروتئین علامت اصلی آن ها است و پیامد اختلال در ترشح یا کارکرد انسولین هستند.

دیابت نوع یک ،دیابت نوع دو و دیابت حاملگی و دیابت ثانویه 4 نوع دیابت هستند .دیابت از معضلات مهم سلامتی در دنیا است و شیوعی بین ۵ تا ۸ درصد در ایران دارد. و شایع ترین علت بیماری کلیوی مرحله نهایی، نابینایی و قطع اندام تحتانی ناوابسته به سوانح و آسيب جسمانی از علائم بروز دیابت تحت تاثیر نوع دیابت ،فرآیند و مرحله بیماری است .

اندازه گیری گلوکز ناشتای پلاسما و آزمایش تحمل گلوکز خوراکی برای تشخیص دیابت استفاده می شود. دیابت حاملگی که عدم تحمل گلوکز در دوران حاملگی در دو تا ۵ درصد حاملگی ها روی می دهد. غربالگری GDBمعمولا بین هفته بیست و چهارم تا بیست و هشتم حاملگی زنان بالای ۲۵ سال یا زنان جوان تر دارای عوامل خطر بالا نظیر چاقی ،سابقه دیابت در بستگان درجه اول و گلیلکوزاوريار انجام می شود. اصلاح سبک زندگی نظیر افزایش فعالیت بدنی، مصرف غذای کم چرب ،کاهش وزن و درمان فشار خون از مداخلات توصیه شده برای نشانگان متابولیک هستند. دیابت نوع یک و دو از مهمترین انواع دیابت هستند. در صورت نبود انسولین TIDM،عارضه حاد کتواسیدوز دیابتی بروز می کند که در آن میزان بالای اسیدهای چرب به اختلال کارکردی کلیه، تجمع مواد دفعی در بدن و مسمومیت منجر می شود .

. دیابت نوع دو غالبأ با افزایش وزن و کاهش فعالیت جسمانی همراه است و در افراد مسن نیز وجود دارد در دیابت نوع بیماران مبتلا به چاقی هستند و نسبت به انسولین مقاوم هستند.

**6-2-1هدف های درمان دیابت**

هدف های درمانی کوتاه مدت (درمان سریع پرنوشی ، پر ادراری و عفونت حاد) هدف های درمانی میان مدت ( برگرداندن بیمار به حالت عادی فیزیولوژیک و زندگی اجتماعی توأم با استقلال ) و هدف های درمانی طولانی مدت (پیشگیری یا به تعویق انداختن عوارض دیابت) سه هدف عمده در درمان دیابت می باشد. از آنجا که عامل عمده عوارض دیابت افزایش قند خون است لذا اولین هدف مهم دیابت کنترل گلوکز خون است.

خود مدیریتی قند خون تسهیل کننده درمان است و باید در حالت ناشتا و نیز قبل از غذا دو ساعت بعد از غذا یک ساعت پس از غذا موقع خواب و گاهی ساعت ۲ تا ۳ بامداد انجام شود.

با کاهش وزن ،حساسیت به انسولین بالا می رود و کنترل قند خون بهبود می یابد. درمان بیماران دیابتی باید مبتنی بر ویژگی های پزشکی، روان شناختی ، و اجتماعی و سبک زندگی باشد

**6-2-2 ابعاد روانی- اجتماعی کنترل دیابت**

مشکلات روانی –اجتماعی و اختلالات روانشناختی نظیر افسردگی ، اضطراب، اختلالات خوردن، کاهش عزت نفس از پدیده های شایع در بیماران دیابتی هستند که سبب کاهش تمایل، انگیزش و خودکارآمدی بیماران در اقدام خود مراقبتی و کنترل ضعیف تر قند خون می شوند.

**6-2-3 صورت بندی و مداخلات روانشناسی سلامت در دیابت**

مداخلات متعدد روانی – اجتماعی بر بیماران دیابتی اثر بخش بوده و خانواده جز یکپارچه در این درمان ها بوده است. فنون رفتاری مبتنی بر خانواده نظير تعیین هدف، تقویت مثبت، اصلاح روابط والد \_نوجوان، خود ارزیابی، فرزندپروری حمایتی، قرارداد رفتاری ،مسئولیت پذیری مشترک در کنترل دیابت و مداخلات روانی اجتماعی مبتنی بر آموزش مهارت های حل مسئله سبب بهبود در کنترل طولانی مدت قند خون به خصوص در نوجوانان می شود . از نقش های برجسته روانشناسان سلامت در دیابت شامل سنجش مهارت های مدیریت بیماری و تبعیت از درمان، طراحی مداخله برای بهبود تبعیت از درمان و مدیریت هیپوگلیسمی شدید و شناسایی و مداخله در اختلالات روانشناختی هم اختلاف نظیر افسردگی یا اختلالات خوردن است.

**6-3 بیماری انسداد مزمن ریه( COPD )**

تنگی نفس، دیس پنه( کوتاه شدن تنفس و سرفه از شایع ترین علائم بیماری های تنفسی هستند.بررسی سابقه دخانیاتو مواجهه با مواد سمی و محیطی بیماران دچار مشکلات تنفسی توسط متخصصان بالینی ضروری است . دود دخانیات شایع ترین ماده سمی محیطی دخیل در بروز بیماری های ریه است و لذا بیمار باید به ترک سیگار تشویق شود.بیماری انسداد ریه با کاهش سرعت جریان هوا د رحین بازدم مشخص است . آسم ، آمفيزم ، برونشکتازی و برونشیت مزمن از بیماریهای مهم ایجاد انسداد راه هوایی می باشند. بیماری انسدادی مزمن ریه COPD به عنوان یک بیماری التهابی مزمن پیش رونده در افراد مسن شامل آمفیزم و برونشیت مزمن است و از شایعترین علل مراجعه به بخش اورژانس به بیمارستان ها است. تنگی نفس مزمن و پیش رونده کاهش سرعت جریان بازدمی، هیپوکسی هایپرکاپنی در مراحل انتهایی بیماری از مهمترین علائم بالینی COPD هستند. اصلاح سبک زندگی نظیر ترک سیگار قلیان و بازتوانی موثر ریوی از عوامل مهم درمانی در بیماری دچار COPD است.

علت اصلی COPD سیگار کشیدن است و معمولا توسط عفونتهای تنفسی عدم تبعیت از دستورات درمانی، نارسایی قلبی یا بروز برونکو اسپاسم حاد تشدید می شود. بیماران مبتلا به برونشیت مزمن دارای سرفه های خلط دار دراز مدت هستند که با پیشرفت بیماری در سمع ریه کاهش صداهای تنفسی ،کراکل، رونکای و خس خس (ویزینگ) به گوش می رسد.

حساسترین ابزار در تشخیص این بیماری آزمون کارکرد ریه PFT می باشد که چهار کارکرد ریوی یعنی اسپیرومتری (جریان هوا) حجم ریوی، ظرفیت انتشار (تبادل گازی) و مکانیک ریه را به معاینه می کند.

**6-1-3آسیب شناسی روانی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به COPD**

بروز اختلالات روانشناختی به خصوص اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به COPD بالا است و این اختلالت کیفیت زندگی این بیماران را به شدت کاهش می دهند . کیفیت زندگی به شکاف بین آنچه که مطلوب است و آنچه در زندگی دست یافتنی است اشاره می کند و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتHORL )) به شکل اختصاصی تر به تاثیر بیماری ها بر این شکاف می پردازد. سنجش کیفیت زندگی شامل ارزیابی ابعاد کارکرد هیجانی بیمار نظير وضعیت خلقی، کارکرد جسمانی بیمارنظیر بهداشت تغذیه و کارکرد اجتماعی بیمار نظیر وضعیت استخدام می باشد .

**6-3-2 توانبخشی و مداخلات روانشناختی COPD**

دارودرمانی، ترک سیگار، برنامه های توانبخشی از جمله برنامه ورزشی سه رویکرد اصلی درمان COPD میباشد.

پیشگیری از پیشرفت بیماری، بهبود وضعیت سلامت، تسکین علائم، بهبود تحمل ورزش ، پیشگیری از دوره های تشدید بیماری ، پیشگیری و درمان عوارض بیماری و نیز کاهش مرگ و میر ناشی از بیماری هدف مهم مدیریت COPD هستند. مدیریت دارویی و توانبخشی ریوی COPD از جنبه های مهم مداخله هستند. توانبخشی ریوی سبب افزایش تمل به ورزش می شود و تنگی نفس و خستگی را کاهش می دهد . توان بخشی ریوی برنامه ی متناسب شده و چند تخصصی مراقبت از بیماران دچار اختلالات مزمن تنفسی است و هدف آن تقویت ظرفیت کارکردی و استقلال بیمار می باشد. پیامدهای توانبخشی باید به وسیله ابزارهای مناسب ارزیابی شوند. معیار طلایی برای ارزیابی اختلال و ناتوانی ریوی آزمون ورزش نظیر پیاده روی است.

مداخلات روانی اجتماعی در توانبخشی ریوی شامل مداخلات روانشناختی نظیر اصلاح شناختی ،مدیریت فشار روانی ، آموزش مهارت های مقابله، آموزش به بیمار، تشکیل گروه های حمایت ،مداخلات در رفتار سلامت نظیر ترک سیگار و اصلاح برنامه غذایی ، مداخلات تبعیت از درمان نظير پذیرش ورزش و درمان های پزشکی و مداخله آموزشی مربیگری فعال میباشند.

**6-4 آسم**

آسم از نشانه های بالینی مزمن تنفسی و شایع است که سبب التهاب، تحریک پذیری و تنگی راه های هوایی ریه می شود و از مهم ترین عوامل ناتوانی ،بار بهداشتی- درمانی و بار اقتصادی است . مشخصه های بیماری اسم میتوانند به صورتخود به خودی یا در نتیجه درمان از بین بروند .آسم دارای برخی عوامل خطر ژنتیکی نظیر سابقه خانوادگی است و دارای دو نوع آسم آلرژیک (دارای عامل آلرژن) و آسم غیر آلرژیک می باشد. درمان و کنترل موفق آسم باعث کاهش هزینه های بیماری و بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت می شود. تشخیص آسم مبتنی برای یافته های بالینی و آزمایشگاهی و سه نشانه کلاسیک ویز پایدار ، تنگی نفس حمله ای مزمن و سرفه های مزمن است. پیدایش خلط و احساس درد یا فشردگی قفسه سینه از دیگر نشانه های بیماری آسم هستند . کنترل بیماری آسم با آموزش و همکاری بیمار، تبعیت از دستورات درمانی ، مصرف داروهای ضد التهابی و تسکین دهنده انجام می گیرد.

**6-4-1 آسیب شناسی روانی و کیفیت زندگی در بیماری آسم**

اختلالات روان پزشکی نظیر اختلال وحشت زدگی، مشکلات عصب روان شناختی و شناختی، ترس از تنگی نفس و فشار روانی بالا نقش مهمی در شروع و تشدید دوره های آسم و بروز پیامدهای منفی آن دارند. از راهبردهای مهم ارتقای کیفیت زندگی در بیماری های مزمن ریوی، بازتوانی ریوی است و تمرینات ورزشی منظم به سبب کاهش علائم تنفسی آسم، کاهش احساس تنگی نفس، تقویت عضلات تنفسی و کاهش بستری شدن، کاهش مصرف برونکودیلاتور ها و بالاخره بهبود کارکرد ریه ها از اجزای اساسی و مهم بازتوانی ریوی هستند.

**6-2-4 درمان و مداخلات آسم**

رویکرد های چند تخصصی درمان آسم با همکاری پزشکان ، روان شناسان سلامت ، پرستاران و مربیان سلامت مزایای زیادی دارند و بسیار موثر هستند . اجتناب از آلرژن ها و آزاردهندهای محیطی و کاهش مواجهه با آنها، مصرف صحیح داروها و تبعیت از درمان تجویز شده ، سنجش اثربخشی درمان و آموزش به بیمار و خانواده وی در مورد بیماری ها و کنترل آن از راهبردهای چهار مرحله مدیریت علائم آسم هستند.

به علاوه مداخلات آموزش خود مدیریتی و راهبردهای حل مسئله با هدف کنترل فعال سازی های محیطی و مداخلات آموزشی و روانی- اجتماعی با هدف ارائه اطلاعات در مورد بیماری و حمایت از رفتارهای بهداشتی فردی مرتبط با بیماری در کنترل آسم اثربخش می باشند .مداخلات روانی اجتماعی نظیر فون حل مسئله ، اموزش خود مدیریتی، مداخلات مبتنی بر خانواده و روش های روان فیزیولوژیکی نظیر آموزش و آرمیدگی و بازخورد زیستی برای درمان آسم به کار رفته اند . .

آموزش صحیح بیمار و خانواده وی با هدف افزایش آگاهی، اصلاح سبک زندگی و ایجاد تغییرات مناسب در محیط زندگی بیمار، رفع موانع مصرف صحیح داروها، توجه به نگرانی های والدین و بیمار و تنظیم هدف درمانی از اصول درمان و کنترل بیماری آسم کودکان هستند .

**فصل هفتم**

**بیماری های قلبی – عروقی، بیماری های دستگاه گوارش کبد و کلیه**

**7-1بیماری های قلبی -عروقی CVD**

بیماری قلبی – عروقی یک بیماری پیچیده با تظاهرات گوناگونو و علل ناشناخته است، عوامل خطر اثبات شده ای نظیر دیابت ،فشار خون ، تغذیه نامناسب، سیگار کشیدن ، فشار روانی و افسردگی در بروز آن نقش دارند . برخی از حالات قلبی پیامد فشار روانی عفونت و یا التهاب هستند. بیماران با فرسودگی جدی یعنی ترکیبی از خلق افسرده و خستگی جسمانی دارای علائم بدکارکردی ایمنی هستند.

افسردگی در بیماران بعد از انفارکتوس و میوکارد اوج می گیرد و در تبعیت ضعیف از مصرف دارو ها ،کاهش رفتارهای بهداشتی نظیر ورزش و در نهایت افزایش مرگ و میر نقش دارد. بین ۱۸ تا ۴۴ درصد بیماران قلبی طی سیر بیماری خود دارای افسردگی بالینی هستند. کاهش خشم ، کناره گیری اجتماعی ،تحریک پذیری، بی لذتی و فقدان علاقه از هدف های درمان افسردگی در بیماران قلبی می باشد . اختلال فشار روانی پس از سانحه PTSD درد قفسه سینه، اختلالات وحشت زدگی، بیماری ریفلاکس گاستروازوفاژیال، خشم طولانی با بیماری قلبی و طول عمر کمتر بعد از پیوند قلب رابطه دارند.

**7-1-1 بیماری عروقی کرونر CAD**

روانشناسی قلب تمرکز ویژه ای بر این بیماری دارد . زیراعلت اصلی مرگ و میر است و به ناتوانی و کاهش کارکرد منجر می شود آنژین صدری (درد قفسه سینه)، انفارکتوس و میوکارد و مرگ ناگهانی قلب SCD . سه نشانه بالینی عمده در بیماری عروق کرونر هستند. تنگی حداقل هفتاد درصد یک یا بیش از سه شریان عمده کرونری یا شاخه های آنها سبب تظاهر این نشانه های بالینی است . روانشناسی قلب بر ناتوانی های قلب یا کاردیومیوپاتی تمرکز ویژه ای دارد. کاردیومیوپاتی گروهی از بیماری های اولیه میوکارد فاقد علت مشخص هستند که با ناتوانی قلب همراه هستند.

تمرکز اساسی مداخلات روانشناسی قلب در کنترل بیماری، پیشگیری سطح دوم به منظور کاهش اثر بیماری بر زندگی بیمار و ممانعت از پیشرفت بیماری است. فشارزاهای روانشناختی حاد سبب افزایش تعداد گلبولهای سفید خون می شوند، سمیت سلولی سلول های کشنده طبیعی را افزایش می دهند و پاسخ تکثیری به می توان ها را کاهش می دهند، در حالی که فشار راه روانشناختی مزمن به پیامدهای سلامتی ناگوارتری منجر می شوند و با تغییرات اساسی در عملکرد قلبی عروقی و بروز و تداوم بیماری عروق کرونر همراه هستند . بطور کلی، فشار راه های روانشناختی حاد و مزمن عوامل انعقاد دهنده خون را بالا میبرند و احتمال شکل گیری لخته خون و انفارکتوس میوکارد را افزایش می دهند. عوامل خطر بیماری عروق کرونر به دو دستی اصلی یعنی عوامل خطر قابل تغییر نظیر چربی ها، افزایش تری گلیسیرید و مصرف سیگار و عوامل خطر غير قابل تغییر نظیر ،جنس مذکر ، سن بالا و سابقه خانوادگی آترواسکلروز دسته بندی می شوند.

عوامل روانشناختی نظیر فشار روانی و افسردگی و عوامل رفتاری نظیر برنامه غذایی، فعالیت بدنی و تبعیت از درمان بر پیدایش پلاکتهای آترو واسکلروتیک، عوامل ایجاد کننده لخته و چربی های خون طی سیر بیماری تاثیر دارند و به عنوان عوامل خطر اصلی موثر بر شروع و پیشرفت بیماری شناخته می شوند.علاوه بر آترواسکلروز ، آمبولی حاد شریان کرونر نیز سبب انسداد جریان خون، بروز ایسکمی و انفارکتوس قلبی می گردد. آنژین صدری یا درد قفسه سینه علامت بارز در اختلالات عروق کرونر است و با احساس ناراحتی احشایی در قفسه صدری ناشی از ایسکیمی میوکارد مشخص است. حملات قلبی غالبا بدون هشدار و علامت هستند و ۸۰ درصد حملات قلبی در بیماران فاقد آنژین پایدار می دهند فشار آزاردهنده و ناخوشایند فشردگی یا درد در مرکز قفسه سینه به مدت بیش از چند دقیقه یا با حالت رفت و برگشتی احساس پر بودن دردهای گسترش یافته به شانه ها ، گردن، یا بازوها، کوفتگی، ناراحتی در سینه همراه با گیجی و منگی، تهوع ، تعریق و کوتاهی تنفس از علائم رایج حمله قلبی هستند.

**7-1-2 بیماری کرونری قلب CHD**

بیماری کرونری قلب CHD از عوامل اصلی مرگ می باشد و شامل مجموعه ای از حالاتی است که از بیماری عروق کرونر CAD دارای علائمی نظیر ایسکمی میوکارد انفارکتوس میوکارد، بی نظمی ضربان قلب، و آنژین صدری ناشی می شود . مصرف سیگار، چربی خون بالا ، پرفشاری خون و عوامل روانشناختی و فشار روانی خشم خصومت از عوامل بروز و تداوم CHD, CAD و کاهش کیفیت زندگی بیماران هستند.

بر اساس مطالعه فریدمن و روز نمن در مورد الگوی رفتاری نوع A رابطه مهم بین خشم و خصومت و CHD وجود دارد. الگوی رفتاری نوع A رفتار عاطفه ای است که با احساس فوریت زمانی، رقابت جویی، تقلا برای پیشرفت، الگوهای بلند و سریع گفتار، ناشکیبایی، رفتار کنترل کننده، خشم و خصومت مکرر و در نهایت تسريع بی نظمی های قلبی مشخص می باشد

**7-1-3 سنجش روانشناختی در بیماران قلبی\_ عروقی**

بیماران قلبی غالبا دارای افسردگی و اضطراب بالینی هستند. اما این حالات به دلیل این که معمولا دارای علایم غير نوعی هستند به سختی شناسایی می شوند . علائم جسمانی افسردگی نظیر خواب آلودگی و کاهش یا افزایش وزن غالبا باعلائم بیماری و ارات آن اشتباه گرفته می شوند . انجام مصاحبه بالینی ،سنجش آسیب شناختی روانی، تکمیل ابزارهای غربالگری و مقیاس های درجه بندی برای شناسایی فشار زاهای زندگی، سنجش علائم جسمانی و توانایی کار کردی، سنجش سبک مقابله ای و منافع مقابله، سنجش مصرف مواد ،سنجش حمایت اجتماعی، بررسی اثرات جانبی درمان و تبعیت از درمان و بررسی انگیزش بیمار برای تغییر و ارزیابی کار کرد شناختی بیمار از فعالیت های مهم روانشناس سلامت در سنجش بیماری قلبی می باشد. در سنجش بیماران منتظر پیوند قلب، نحوه محافظت بیمار از قلب جدید خود مورد سنجش قرار می گیرد . سنجش بیماران CHD شامل اخذ شرح حال روانی اجتماعی، معاینه وضعیت روانی و سنجش عوامل خطرساز قلبی- عروقی است . سنجش فراوانی و فعال سازی های درد قفسه سینه ،نگرانی های مخصوص به بیماری، دانش مخصوص به بیماری، سطح فعالیت بدنی، سیگار کشیدن، عادات تغذیه، مصرف الکل ، تعارضات بین فردی ، فشار شغلی، عادات خواب، وضعیت هیجانی و سنجش حالات پزشکی هم ابتلا ابعاد مهم ارزیابی بیماران CHD هستند.

**7-1-4 مداخلات روان شناسی سلامت برای بیماران قلبی**

برقراری تفاهم و اتحاد درمانی از پایه های موفقیت در درمان بیماران قلبی است و این بیماران پاسخ مطلوبی به درمان های روانشناختی از جمله درمان شناختی -رفتاری یا روان درمانی بین فردی مختصر و کوتاه مدت می دهند . بازسازی شناختی به کاهش درماندگی و ایده پردازی منفی کمک می کند و با آموزش جرأت ورزی ، کاهش فشار روانی مبتنی بر حضور ذهن، بهبود راهبردهای مقابله ای و حمایت از خودکارآمدی بیماران به بیماران یاری می رساند. تقویت انگیزش مثبت ،درون سازی، تقویت رفتارهای خود تعیین گری و ادغام تغییرات سبک زندگی با روند عادی زندگی روزمره برای تداوم و نگهداری رفتارهای سالم اهمیت دارد . مصاحبه انگیزشی نیز در برانگیختن تغییر رفتاری برای بیمار موثر است. مداخلات روانشناختی به ویژه آموزش آرمیدگی، کاهش خصومت و مدیریت زمان، درمان شناختی رفتاری، کنترل فشار روانی و فنون آموزش سلامت به کاهش رخدادهای مکرر قلبی، تقویت فعالیت جسمانی و بهبود برنامه غذایی ،نگرانی روانشناختی، کاهش وزن و مصرف سیگار ، کاهش فشار خون و کلسترول بالا و در نهایت کاهش مرگ و میر قلبی در بیماران به خصوص پس از دوره انفارکتوس میوکارد منجر می شود.

**7-1-5 برنامه سبک زندگی قلب**

این برنامه یک برنامه جامع است که همه جنبه های مشکلات بیماران کرونری قلب از جمله تدخین سیگار ،عادات ورزشی ضعیف، برنامه غذایی ، افسردگی، فشار روانی خشم و خصومت را پوشش می دهد . اولویت بندی عوامل خطر برای بسیاری از بیماران اولین گام درمان است. ترک سیگار غالبأ هدف اولیه درمان است. رویکرد مصاحبه انگیزشی در افزایش انگیزه برای کاهش و قطع مصرف مواد ضروری است بعد از موفقیت بیماران در ترک نیکوتین و مواد باید برنامه غذایی دارای چربی بالا و سبک زندگی بدون تحرک با مشورت متخصصان قلب تغذیه و ورزش بررسی شوند. کنترل فشار روان شناختی رفتاری، تقویت حمایت اجتماعی، فعال سازی رفتاری گروهی و فنون آرمیدگی اثرات بالایی در کنترل فشار روانی، کاهش فشار خون و علایم روانشناختی دارند.علائم افسردگی باید طی مرحله درمان ارزیابی شوند و با درمان ها یخاصی نظیر درمان بین فردی درمان شوند .

**7-2 نشانگان روده تحریک پذیرIBS**

مطالعه معده و روده و بیماری های آن از موضوعات اساسی در رشته روانشناسی بوده است . نشانگان روده تحریک پذیر نیز از شایع ترین اختلالات مورد بررسی در این رشته است . این نشانگان به عنوان اختلال کارکردی معده- روده ای شایع، پرهزینه و ناتوان کننده دارای خوشه علائمی از جمله ناراحتی و درد شکم و نیز تغییر عادات روده ای نظیر اسهال یا یبوست در غیاب بیماری عضوی مشخص می باشد.

نشانگان روده تحریک پذیر ،ناخوشی ، مرخصی استعلاجی، کاهش کیفیت زندگی غیبت از کار و افزایش هزینه بهداشتی جامعه است .

**1-2-7آسیب شناسی فیزیولوژیکی و تشخیصIBS**

نشانگان روده تحریک پذیر IBS غالبا با اختلالات روانپزشکی زیربنایی نظیر جسمی سازی، افسردگی و اضطراب اختلالات جسمی و سایر اختلالات کارکردی معده و روده همراه است و گاهی اوقات تظاهر جسمانی برخی از این اختلالات تلقی می شود .بی نظمی در شبکه عصبی محور مغز - روده یعنی تعاملات بین دستگاه عصبی مرکزی و دستگاه عصبی روده ای از عوامل مسبب**IBS** است. دستگاه عصبی رودهای تعادل بدن را با کنترل نظم رگ های خونی معده روده ای ، تحریک پذیری ، ترشح معده ای ، و انتقال مایع حفظ می کند .

از آنجا که علائم IBS مثل علائم دیگر بیماری های جسمانی از جمله اختلالات GI است،

تشخیص IBS مبتنی بر خصوصیات بالینی و رد سایر اختلالات است. در رویکرد طبقه بندی مبتنی بر علائم بارز، درمان درد ،اسهال و یبوست سلسله مراتبی است . استفاده از یک ضد انقباض برای درد، داروی لوپرامید برای اسهال و مصرف زیاد فیبر برای یبوست مثالی از درمان سلسله مراتبی است.

درمان بیماران دارای علائم شدید نیازمند دارو درمانی به منظور درمان اختلال روده ، تغییر سبک زندگی و آموزش خود کنترلی بر رفتار می باشد. غالبا یک مشکل شالوده عامل سببی دو یا چند مشکل دیگر در این بیماری می باشد. توصیف مفصل رفتار مشکل ساز و انجام تحلیل کارکردی شامل سه نظام پاسخ یعنی رفتار آشکار- حرکتی، پاسخ های فیزیولوژیکی -هیجانی و مسیرهای کلامی شناختی در سنجش نشانگان روده تحریک پذیر**IBS** است.

**2-2-7 اصول صورت بندی مورد و درمان IBS**

مداخله پزشکی جامعی برای درمان کلیه علائم BSاموجود نیست روان درمانی پویشی کوتاه مدت همراه با آموزش آرمیدگی، هیپنوتیزم درمانی و درمان شناختی -رفتاری نسبت به درمان روزمره پزشکی در کاهش علائم **IBS** موثرتر هستند. هدف درمان شناختی آموزش مهارت های پردازش اطلاعات و حل مسئله به بیماران برای از نوع پیکربندی کردن سیم کشی معیوب CNS ,ENS بین است.| صورتبندی مورد در IBS غالبا مبتنی بر الگوی زیستی- روانی- اجتماعی - معنوی است و مبین این موضوع می باشد که عوامل ژنتیکی - زیستی -فرهنگی /مذهبی، عوامل تحول شناختی،رفتاری، هیجانی با هم تعامل دارند و بر حالات **IBS و** پیامدهای آن اثر می گذارند. نظریه یادگیری اجتماعی از مبانی مهم IBS درمان است که در آن رفتار انسان بر حسب تعامل سه سویه و متقابل بین عوامل فردی، تأثیرات محیطی و رفتار تبیین می شود.

**7-3بیماری التهابی روده IBD**

بیماری های دستگاه گوارش سهو زیادی از بودجه بهداشت و درمان را به خود اختصاص می دهند . و از شایع ترین علل مرگ و میر در ایران هستند. بیماری التهابی روده IBD شامل دو بیماری ایدیوپاتیک بدون علل مشخص دستگاه گوارش یعنی کولیت اولسرو و بیماری کرون است که با التهاب حاد و مزمن مشخص می گردند. بیماری التهابی روده یک بیماری التهابی مزمن و دوره ای دستگاه معده- روده ای است که به علائمی از جمله اسهال مکرر، درد شکم و خونریزی مقعدی کم اشتهایی، خستگی، کم خونی، آرتروز و التهاب مفاصل بلوغ دیررس و تاخیر در رشد می انجامد . فشار روانی نقش مهمی در تشدید علائمی نظیر اسهال دارد . سیگار عامل محیطی مهم مرتبط با IBD بخصوص بیماری کرون است.

**7-3-1 سنجش و مداخلات روانشناختی در IBD**

سنجش عوامل فردی نظیر سطح رشد و توانایی بیمار مبتلا به **IBD و** نیز میزان فهم او از سیر بیماری و درمان IBD اثرات جسمی و پیامد های درمانی **IBD** سازگاری بیمار و خانواده وی با بیماری ودرمان آن ، و ضعیت خود مراقبتی و مراقبت همیار ، کارکرد جاری و حالات پیش مرضی بیمار ضروری است. آسیب شناسی روانی خاص هر بیمار تعیین کننده درمان روانشناختی در بیماری مبتلا به IBD است. اگرچه مداخلات متناسب شده برای بیمار اثربخش بالایی دارند، ولی آموزش به بیمار و خانواده وی، درمان رفتاری عدم تبعیت از درمان، درمان شناختی- رفتاری اختلالات هم ابتلا و کاهش فشار روانی با فنونی نظیر آموزش حضور ذهن از هدف های مهم مداخلات روان شناختی در این بیماران و اختلالات توام نظير فیبرومیالژی و نشانگان خستگی مزمن هستند.

**7-4بیماری کبد**

کبد به عنوان بزرگترین عضو داخلی بدن در اغلب فرآیندهای فیزیولوژیکی نظیر تنظیم قند ،سنتز چربی، سنتز پروتئین پلاسما ، سنتز و ترشح اسید صفراوی و لیپوپروتئین و ذخیره ویتامین ها از جمله K,E,D,AB12

نقش کلیدی دارد . همچنین کبد در تغییر ساختار زیستی ، سم زدایی و ترشح کثیری از ترکیبات درون زا و برون زا نقش بنیادی دارد.بد خیمی های گوارشی از علل عمده بستری ها و مرگ و میر ها هستند . بیماری های خاصی با سبب شناسی گوناگون، علائم متعدد و پیامدهای متنوع سبب بیماری کبد می شوند. سن بیمار،هوش بیمار و خانواده ، وضعیت اجتماعی اقتصادی بیمار و میزان سواد در درمان موثر بیماری و ساز گاری هیجانی با بیماری نقش تعیین کننده ای دارد. اضطراب ، افسردگی و نشانگان فشار روانی پس از سانحه از علائم هم ابتلا و شایع روانشناختی در بیماری های کبد از جمله انواع هپاتیت ویروسی است.

**7-4-1 سنجش و مداخلات روانشناختی در بیماری کبد**

سنجش و مداخلات درمانی در بیماری های کبد بستگی به نوع خاص بیماری کبد و تاثیر عوامل رفتاری یا سبک زندگی در بروز و تداوم این بیماری ها دارد. درمان حمایتی و مداخلات روانشناختی متعددی بر اساس سبب شناسی HCVو اثرات جانبی درمان در بیماران مبتلا به هپاتیت C سودمند هستند . مان روانشناختی برای بیمارانی که از طریق مصرف تزریقی داروها به HCV مبتلا شده اند، بیمارانی که به علت مصرف مزمن الكل به سیروز کبدی مبتلا شده اند و نیز بیمارانی که به دلیل درمان با اینترفرون دچار افسردگی شده اند ضروری و کارآمد می باشد. همچنین درمان روانشناختی خاص اختلالات روانپزشکی هم أبتلا نظير اختلال فشار روانی ، پس از سانحه باید برای بیماران مبتلا به بیماری های کبدی ارائه شود .

**7-5 بیماری کلیوی مرحله نهایی ESRD**

کلیه ها از واحد های ساختمانی و کارکردی خاصی به نام نفرون ها تشکیل شده اند و مسئول دفع آب و نمک اضافی و نیز دفع محصولات نیتروژنی حاصل از کاتابولیسم پروتئین ها می باشد.

بیماری یا نارسایی مزمن کلیوی CRF یا ناتوانایی مزمن کلیه از بیماری های رایج است که ۲ تا ۳ درصد مردم جهان مبتلا به آن می باشند. بسیاری از مبتلایان به این بیماری در نهایت دچار بیماری کلیوی مرحله نهایی ESRD می شوند که نیازمند پیوند کلیه RRT و دیالیز می باشد .

نفروپاتی دیابتی از عوارض بیماری دیابت است و در واقع بیماری دیابت نیز علت مهم بیماری کلیوی مرحله نهایی ESRD می باشد. ناتوانی حاد کلیه ARF و نارسایی مزمن کلیه از پیشایندهای مهم ESRD هستند. نارسایی حاد کلیه به کاهش ناگهانی میزان فیلتر گلومرولی GFR و بروز پیامدهای آن نظر احتباس نیتروژن اوره خون، کراتین و اختلال در حجم مایع خارج سلولی و تعادل الکترولیت ها و اسید و باز در بدن گفته می شود .

خلاصه مولفه بدنی PCSخلاصه مولفه روانی MCSو خلاصه مولفه بیماری کلیوی KDCSسه بعد مهم کیفیت زندگی در این بیماران است که توسط روانشناسان سلامت در مورد سنجش قرار می گیرند.

**7-5-1 آسیب شناسی روانی هم ابتلا با ESRD** اختلالات روان پزشکی در این بیماران دیده می شود . و بر کیفیت زندگی آنان تاثیر می گذارد . افسردگی در بیماران مبتلا به ESRD و بیماران تحت دیالیز بروز و شیوع بالایی دارد و با سطوح هموگلوبین و آلبومین پایین تر، افزایش وزن ، کاهش تبعیت بیمار از برنامه غذایی یا درمان و نیز مرگ و میر بالاتری همراه است. سنجش و مداخله موثر در افسردگی این بیماران سبب کاهش مسیر پیش رونده بیماری می شود و امکان مداخله موثر پزشکی را فراهم می نماید. اضطراب ،درد و مشکلات خواب بخصوص بی خوابی نیز پدیده های شایع در بیماران مبتلا به ESRD و بیماران تحت دیالیز هستند که سبب اختلالات بارز در کیفیت زندگی بیمار می شود.

**7-5-2 سنجش و مداخلات در ESRD**

سنجش ابعاد روانی اجتماعی در مبتلایان ESRD مسیر مداخلات و درمان را مشخص می سازد و احتمال موفقیت برنامه های درمان را افزایش میدهد. درمان اصلی نارسایی مزمن کلیه پیوند کلیه است . آهسته نمودن روند پیشرفت بیماری، شناسایی علل برگشت پذیر نارسایی کلیه، شناسایی و درمان عوارض نارسایی مزمن کلیه و آماده سازی بیمار برای ESKDو پذیرش پیوند کلیه RRTهدف های اصلی درمان محافظتی نارسایی مزمن کلیه هستند . طراحی و اجرای مداخلات درمانی و آموزشی مبتنی بر سنجش علائم و تقویت تلاش بیمار در تداوم دیالیز سبب استفاده از فنون مقابله ای مشکل مدار و بهبود کیفیت زندگی بیماران می گردد.

**فصل هشتم**

**حالت خاص در روانشناسی سلامت پیشرفته**

**1-8 درد مزمن**

درد به عنوان هشداری از آسیب بدنی بالقوه شایع ترین شکایت بالینی بیماران در دنیا است و کاهش و حذف آن تقاضای اغلب بیماران می باشد. بین دو پدیده حس درد و درد فرق وجود دارد. حس درد به عنوان تجربه ما قبل درک درد یک رخداد حسی محدود است. درد تجربه حسی و هیجانی ناخوشایند همراه با آسیب واقعی یا بالقوه بافت ها است . علاوه بر عوامل جسمانی که آغاز گر درد هستند ؛ عوامل روانی – اجتماعی و رفتاری درد مزمن را ادامه میدهند . عوامل روانشناختی از جمله نفع ثانویه یا تمارض در شکایات درد بیماران مقاوم به درمان نقش دارد و فرض می شود این بیماران در جستجوی ناتوانی ،درمان یا توجه طلب هستند.

**8-1-1 دیدگاه نظری درد مزمن**

دیدگاه نظری درد شامل دو طبقه کلی دیدگاه های تک بعدی و دیدگاه های چند بعدی هستند. در الگوی زیست پزشکی یا الگوی بدن زاد میزان درصد گزارش شده متناسب با آن با اندازه آسیب در بافت ها است و با شناسایی علت جسمانی ، درمان مناسب انجام می گیرد. سنجش در دیدگاه تک بعدی روانزاد بر شناسایی عوامل شخصیتی و آسیب شناسی روانی به عنوان فعال ساز ها و تداوم دهنده درد مبتنی است. در دیدگاه تک بعدی انگیزشی تمایل بیمار برای دستیابی به مزایای نظیر توجه طلبی ، رهایی از مسئولیت ها يا جبران مالی مبنای گزارش درد همراه یا بدون آسیب جسمانی است. اما برخلاف دیدگاه روان زاد، در دیدگاه انگیزشی شکایات درد بیمار به طور عمدی و هدفمند به منظور دستیابی به پیامدهای مطلوب پدید می آیند. عوامل تقویت کننده مثبت نظیر توجه همدلانه دیگران و تقویت کننده های منفی نظیر معافیت از انجام امور خانگی مبنای رفتارهای درد هستند یا حداقل در تداوم رفتارهای درد نقش دارند. دیدگاه های زیست پزشکی، انگیزشی، روان زاد و شرطی سازی عامل در تبیین پدیده درد کارآمد هستند، زیرا تجربه درد را یا به عوامل منفرد جسمانی یا به عوامل منفرد روانشناختی نسبت می دهند. ارائه نظریه چند بعدی کنترل دروازه ای اولین الگوی یکپارچه درد مزمن بود.این نظریه بر ترکیب محرک های پیرامونی با عوامل مغزی نظیر خلق و فرایندهای شناختی در درک درد تمرکز می شود . و فرض می شود یک دروازه عصبی قابل باز و بسته شدن وجود دارد که علائم درد را پیش از رسیدن به مغز تنظیم می کند .طبق این نظریه جایگاه کنترل دروازه ای بخشی از ماده خاکستری یعنی مایع ژلاتینی شاخ های پشتی طناب نخاعی است که سرتاسر مغز و نخاع تداوم دارد.

در نظریه کنترل درواز فعالیت رشته های آورنده درد، فعالیت دیگر رشته های محیطی و دستورات صادر شده از مغز باعث باز و بسته شدن دروازه می گردند.طبق دیدگاه زیستی روانی اجتماعی و معنوی تجربی درد با تغییرات فیزیولوژیکی احساس حس درد پیرامونی شروع می شود اما این احساسات زمانی درد تلقی می شوند که مورد پردازش فرایندهای ذهنی و روان شناختی سطح بالاتر در ارزیابی درد قرار گیرند . از دیدگاه زیستی روانی اجتماعی و معنوی عوامل زیست پزشکی گزارش اولیه درد را به راه می اندازند و مشکلات ثانویه همراه با شرطی زدایی مشکل را تشدید می کنند. و آن را تدوام می بخشند.

**8-1-2 درمان چند وجهی و چند تخصصی درد مزمن**

اغلب برنامه های درمان چند تخصصی از تبحر و مهارت متخصصان پزشکی، فیزیوتراپی کاردرمانگران و روان شناسی سلامت استفاده می کنند و بر این اساس استوارند که عوامل رفتاری در پیدایش یا تداوم درد مزمن نقش اساسی دارند. طبق الگوی رفتاری فوردایس رفتار آشکار درد بر اساس اصول هر نوع شرطی سازی پاسخ گر و عامل مفهوم سازی می شود. درد پاسخگر توسط محرک های پیشایند درد نظير آسيب جسمی کنترل می شوند و الگویی مناسب برای تبیین درد حاد است. درد عامل توسط محرکهای پسایند یا تقویت کننده های محیطی کنترل می شود که الگویی مناسب برای درد مزمن است. هدف مهم درمان چند وجهی و چند تخصصی شامل کاهش رفتارهای درد، افزایش سطوح فعالیت ، کاهش استفاده از درمان پزشکی و مراقبت های بهداشتی مرتبط با درد و ارتقای رفتارهای سالم است.

**8-1-3 صورتبندی مورد بین رشته ای درد مزمن**

سنجش بین رشته ای با رویکرد زیستی - روانی- اجتماعی و معنوی و نیز همکاری خالصانه بین بیمار و متخصصان درمان درد اساس صورت بندی مورد بین رشته ای است. تمرکز این رویکرد بر پزشکی رفتاری و سنجش رفتار شناختی بین رشته ای است. .ارزیابی پزشکی شامل بررسی دقیق شکایات فعلی درد ، سابقه درد ؛ ازمایش های پزشکی موجود و درمان ها یپزشکی انجام شده تا لحظه حاضر است . در ارزیابی روانشناختی درد عمدتا از مصاحبه و آزمون های متناسب شده استفاده می شود . در دیدگاه زیستی روانی اجتماعی و معنوی سنجش درک و فهم بیمار از حالت درد اهمیت دارد. از آنجا که افراد مهم زندگی بیمار ناآگاهانه و ناخواسته در بروز و تداوم رفتار درد و ناتوانی بیمار نقش دارند ، در ارزیابی درد مزمن مصاحبه با این افراد مهم است .

**8-1-4 یکپارچه سازی سنجش پزشکی و درمان شناسی سلامتی از درد مزمن**

مدیریت دارویی جزء مهم صورت بندی مورد پزشکی است و باید دقت شود که بیمار مناسب ترین نوع و میزان داروی بی حسی را دریافت نماید. بیماران دارای سوابق مرف مواد نیازمند توجه و بررسی ویژه هستند . توانبخشی جسمی غالبا بخشی از طرح کلی درمان بیماران مبتلا به درد مزمن می باشد. اغلب بیماران مبتلا به درد مزمن از شرطی زدایی بارز همراه با کاهش فعالیت و عدم استفاده از عضلات رنج می برند و طراحی یک برنامه ورزشی فعال نظارت تحرک مفاصل و ورزش های هوازی در درمان این بیماران اهمیت دارد.

**8-1-5 درمان روانشناختی درد مزمن**

از میان درمان های روانشناختی، درمان شناختی \_رفتاری کاربرد بیشتری در درمان درد مزمن دارند و دارای اثربخش بالاتری بوده است.این درمان بر الاح جنبه های روانشناختی تجربه درد تمرکز دارد . در درمان شناختی- رفتاری درد مزمن توسط روانشناسان سلامت از بازسازی شناختی، حل مسئله، آموزش مهارتهای مقابله ، آرمیدگی و حساسیت زدایی منظم به منظور مواجهه با فعالیت های ترس آور استفاده می شود. روانشناسان سلامت باید اجتناب از فعالیت را با توجه به مشکلات روانشناختی هم ابتلا و ابعاد روانی اجتماعی در مورد مداخله قرار دهند.

اجتناب از ترس به عنوان یک مسئله روانشناختی مهم درد مزمن به اجتناب بالا از فعالیت هایی اشاره دارد که نتیجه ترس ادراک شده از درد می باشند و در ناتوانی به دنبال آسیب ها و بروز درد مزمن نقش دارد. پرسشنامه باورهای ترس و اجتناب FABQو مقیاس تمپا برای جنبش هراسی TSK برای سنجش این مشکلات به کار

می رود.

**8-2 آسيب به طناب نخاعی**

ساختار استوانه ای شکل و طويل طناب نخاعی شامل نورون هایی است که اطلاعات حسی و حرکتی را وارد مغز و از آن خارج می کند. طناب نخاعی در دو ناحیه گردن و کمر برجسته تر می شود و اعصاب مربوط به دست ها و پاها از این دو ناحیه از نخاع خارج می گردند. نخاع در افراد بالغ حدود ۴۲ تا ۴۵ سانتیمتر طول دارد.

آسیب به طناب نخاعی SCI به آسیب اعصاب نخاعی گفته میشود که از به بین رفتن حس ،حرکت و واکنش در نقاط مربوط به آن اعصاب در بدن منجر می شود . سوانح به ویژه تصادفات اتومبیل و سقوط از ارتفاع ، فعالیت های ورزشی مخاطره آمیز و جراحات حاصل از اسلحه از شایع ترین عوامل روانی- اجتماعی آسیب طناب نخاعی هستند . آسیب کامل نخاع به شکل قطع نخاع در هر سطح که باشد از آن سطح به پایین فلج کامل، بی حسی کامل و از بین رفتن کارکردهای حرکتی، مثانه، روده ای و جنسی زیر سطح آسیب می گردد. قطع کامل طناب نخاعی در ناحیه گردن و فلج چهار اندام می شود. درمان و توان بخشی نظام کلی بدن بر اساس رویکرد درمان ی چند تخصصی مبتنی است .

**8-2-1 سازگاری با آسیب طناب نخاعی و تاثیرات هیجانی آن**

سابقه آسیب شناسی روانی، سبک های مقابله ای و دسترسی به حمایت اجتماعی نحوه سازگاری روانشناختی و هیجانی با آسیب نخاعی را تحت تاثیر قرار می دهند. همچنین پیامد های برجسته آسيب طناب نخاعی نظیر افسردگی و اضطراب اختلالات شناختی نشانگان PTSD و مصرف مواد و فرایند سازگاری روان شناختی و مقابله با آسیب طناب نخاعی تاثیر دارند.احتمال بروز حالات ثانویه نظیر عفونت های دستگاه ادراری را بالا می برند و بر شدت زخمها یا دردها می افزایند.اسیب به خود و خودکشی از عوامل الی مرگ در افراد جوان مبتلا به این بیمار ی است که نیازمند سنجش و مداخله روانشناختی است .

**8-2-2 توانبخشی جسمی در آسيب طناب نخاعی**

اجزای الی اقدامات بالینی نظام اراده خدمات جامع در مداخله SCI شامل اقدامات فوری و تثبیت سریع بیمار بعد از آسیب، مراقبت حاد چند تخصصی از بیمار، توانبخشی روانی- اجتماعی و حرفه ای، توانبخشی جسمی و پیگیری مستمر وضعیت سلامتی بیمار می باشد.

هدف توانبخشی جسمی در بیماران مبتلا به آسیب های طناب نخاعی دستیابی به حداکثر کار کرد جسمی و استقلال بیمار به منظور انجام امور نظير آموزش به بیماران در افزایش کنترل بر مثانه و کمک به آنان در حرکت دادن اندام های فلج شده می باشد. و هدف درمان در مرحله نهایی توانبخشی جسمی تقویت فعالیت های روزمره زندگی است.

**8-2-3 مداخلات روان شناسی سلامت در آسیب طناب نخاعی**

طرح واره ها ، باور ها و فرض های زیر بنایی بیمار نظیر باور به خیر اندیشی ، معنای زندگی و باورهای دنیای عادلانه نقش مهمی در ادراک فرد از تهدیدSCIدارند **.** طرح واره درمانی یا مداخله متمرکز بر طرح واره در بازسازی دنیای پدیداری و فرض های ناکارآمد این بیماران سودمند است .. آموزش اثربخشی مقابله CET به شیوه گروهی بر اساس الگوی مقابله و فشار روانی سلامت در کاهش فشار روانی، علائم اضطراب و ادراکات منفی همراه با آسیب و از طرفی در بهبود سازگاری با اSC موثر است

**3-8عفونت HIV و نشانگان نقص ایمنی اکتسابی AIDS**

ایدز در سال ۱۹۸۱ به عنوان بیماری مجزا و جدید شناخته شد. در اواسط دهه ۱۹۸۰ ویروس نقص ایمنی انسان نوع ۲ **HIV**. در آفریقای غربی شناسایی گردید. پیشگیری ، مداخله و درمان **HIV**  روندی پر تلاطم و تغییر یابنده است.

عامل **HIV** رترو ویروسی است که به سلول های حامل مولکولی یعنی اجزای اصلی سیستم ایمنی نظر النفوسیتهای T کمکی، ماکروفاژها و منوسیت ها می چسبد . سلول T به تهاجم عوامل بیگانه با بالابردن پاسخ ایمنی و خنثی سازی عامل بیگانه واکنش نشان می دهد. عامل **HIV** سلولهای T و زوائد آن ها را اشغال می کند، به تخریب بیشتر سلولهای T منجر می شود . و در نهایت دفاع بدن در مقابله با عفونت را کاهش می دهد و از بین می برد. با شدیدتر شدن آسیب سیستم ایمنی در بیماران ، ان ها مبتلا به **AIDS** تشخیص داده می شوند. درمان ضد رتروویروسی بسیار فعال و مصرف ترکیبی داروهای ضد رتروویروسی بسیار فعال HAARTو مرف ترکیبی داروهای ضد رتروویروسی زیربنای مدیریت علائم بیماران مبتلا به  **AIDS** می باشد.

**8-3-1 سازگاری با HIV و تبعیت از درمان آن**

سازگاری و مقابله از ابعاد اولیه اقدام برای آزمایش **HIV** و کلیه مراحل بیماری تا زمان مرگ می باشد.

در این بیماری مقابله دو نوع مهم متمرکز بر مسئله نظير حل مسئله ، حل تعارض و اطلاعات جویی و متمرکز بر هیجان نظیر ارزیابی مجدد، توجه برگردانی و بازسازی شناختی می باشد. درمان ضد ویروسی درمان کننده نیست بلکه سرکوبگر می باشد زیرا عفونت **HIV** را نمی توان ریشه کن نمود و با داروهای فعلی احتمالا درمان تا آخر عمر تداوم می بخشد.تبعیت ضعیف از درمان سبب مقاومت به درمان می شود . دانش و آگاهی دقیق بیمار از برنامه درمانی و اثرات جانبی درمان، ضروری ترین اصل تبعیت مطلوب از درمان می باشد. عناصر اصلی مصاحبه انگیزشی با واژه اختصاری FRAMES از اجزای کارآمد در افزایش آمادگی بیماران برای پذیرایی پذیرش دستورات دارویی میباشد.

**2-3-8 ابعاد سلامت روان شناختی در حالات HIV مثبت و AIDS**

اختلالات روانشناختی همراه با **HIV** و **AIDS** از جمله سطوح بالینی افسردگی بر حالات بیماری و تبعیت از درمان تاثیر دارد. سازگاری مثبت و خوشبینی در مورد پیش آگاهی پاسخ درمانی را بهبود می بخشد و طول عمر را افزایش می دهد. تبعیض و برچسب بیماری سبب مشکلات سازگاری می گردد.مداخلات دارویی شناختی- رفتاری و غنی سازی حمایت اجتماعی در درمان اختلالات خلقی، اضطرابی و مهارتهای مقابله ای بیماران دارای HIVمثبت مفید است . در برنامه کنترل فشار روانی شناختی -رفتاری CBSM از خود کنترلی برای کاهش آشفتگی روانشناختی و بهبود پیامدهای سلامتی استفاده می شود. راهبردهای مصاحبه انگیزشی برای تشویق به کاهش مصرف مواد و تقویت پیشرفت بیماران در تداوم پرهیز از مواد سودمند هستند .

صورت بندی و مورد پیشگیری و مداخله در HIVمثبت و AIDS

در صورت بندی مورد یا نقشه راه درمان ،مفهوم رفتار کاهش خطر در پیشگیری ازHIV/ AIDS اهمیت دارد و شامل روش هایی نظیر رفتار جنسی ایمن با هدف کاهش احتمال عفونت منتقل شونده از راه جنسی و نیز انتقال HIV است . هدف کلی اقدامات پیشگیرانه حذف رفتارهای پرخطر نظیر پرهیز از رفتار روابط ناسالم جنسی و مصرف مواد مخدر و تشویق افراد به انجام رفتارهای کم خطر و ایمن نظير استفاده از کاندوم و یا سرنگهای ضدعفونی شده بهداشتی می باشد. رفتار کاهش خطر HIV/ AIDS شامل سه بعد اساسی یعنی پیشگیری از ابتلای افراد به HIV منفی در اولین گام ، پیشگیری از انتشارات عفونت HIV مثبت به افراد سالم دیگر سطح و پیشگیری از اکتساب بار بالای ویروسی در فرد مبتلا به HIV مثبت می باشد. مدیریت فشار روانی با فنونی نظیر اموزش آرمیدگی و تصویر سازی ذهنیانجام می گیرد . بر اساس الگوی اشتغال ذهنی سلامت سالكووس کیس به جای اطمینان بخشی به بیماران در مورد علایم جسمانی ، در درمان باید ارزیابی فرض ها و باورهای بیماران توجه شود و با شناسایی و اصلاح فرض ها و تفاسیر نادرست از ابعاد روانشناختی و جسمانی می توان به بیماران آموزش داد تفسیر های خود راجع به احساسات روانی و بدنی را بازسازی کنند.

**8-4 نشانگان خستگی مزمن CFS**

نشانگان خستگی مزمن CFS از پدیده های شایع در جمعیت های عمومی و بالینی می باشد و بر کاهش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت تاثیر دارد. این نشانگان به عنوان یک بیماری نا مشخ از لحاظ پزشکی و دارای عوامل متعدد شناخته شده است . سبک زندگی ، برنامه غذایی، شخصیت، وضعیت تندرستی، عفونت ویروسی و رخدادهای فشارزای زندگی به طور پیچیده در تعامل با هم بروز، تداوم و پیامد CSF را تعیین می نمایند.

صفات شخصیتی نظریه کمال گرایی منفی و روان رنجور خویی در بروز CSF موثر هستند .کمال گرایی میل به انجام کارهایا طرح ایده های در معیاری بسیار بالا می باشد. آمادگی به عمل یا آرگومانی نیز صفتی مرتبط با CSF است و با سبک زندگی بسیار فعال و مشخص می شود. طبق طرح واره های دیگر هدایت شده در افراد مبتلا به CSF ،گرایشی مستمر برای اولویت دادن به خواسته های دیگران بیش از توجه به بهزیستی خود وجود دارد. تمرکز بیش از حد بر بی تحرکی با هدف حفظ تندرستی و تقویت عدم فعالیت افراد سالم سبب شرطی زدایی جسمی می شود به گونه ای که با کوچکترین فعالیتی فرد درد و خستگی شدیدی را تجربه می نماید که به نوبه خود استراحت و شرطی زدایی بیشتری منجر می گردد.افراد مبتلا به خستگی مزمن غالبا دارای سابقه آشفتگی روانشناختی قبلی نظیر اضطراب یا افسردگی و فشار روانی مزمن می باشند . شواهد فزاینده در ایمنی شناسی عصبی روانی نشان میدهد که فعالیت شبکه ای از سایتوکاین های پیش التهابی می تواند به منظومه ای از رفتار ها منجر گردند که رفتار ناخوشی نامیده می شوند.آشفتگی خواب از بارزترین علائم CSF است که سبب تداوم آن می شود . افراد دچار CFS دارای خواب فاقد نیروبخشی، تغييرات شبانه روزی و جریان بی ثبات خواب، و نیز پرخوابی روزانه هستند و این حالات به خستگی بیشتری منجر میشود و در چرخشی حلقوی منجر به آشفتگی بیشتر خواب می گردند . اجتناب شناختی و اجتنابرفتاری از عوامل تداوم دهنده CSF می باشند. .کانون علامت ،اضطراب و سوء تعبیر از علائم تداوم دهنده و نگهدارنده در CSF می باشند . در CSF بیماران غالبا در تله خستگی گرفتار شده اند و بر علائم خود تمرکز زیادی دارند و بروز علائم جدید در آن ها سبب اشتغال ذهنی آن ها می شود .خود انتظاری های بیمار نظیر صفات وظیفه شناسی ، کمال گرایی و تفکر همه یا هیچ سبب تشدید و تداوم خستگی می شوند ، در حالی که بهبودی از CSF تابعی از پویا بودن و انجام فعالیت بیشتر می باشد. حالات خلقي ،فقدان و خستگی از مهم ترین عوامل هیجانی درگیر در CSF هستند.

**8-4-1 سنجش و درمان روانشناختی CSF**

این سنجش غالبا بر ابعاد هیجانی ، شناختی و رفتاری این اختلال تاکید دارد و منسجم ترین رویکرد روان درمانی در زمینه نقش باورها ، رفتار مقابله ای ، تمرکز بر خستگی و اجتناب از فعالیت در بروز و تداوم نشانگان خستگی مزمن ، درمان شناختی-رفتاری می باشد . تمرکز بر عوامل تداوم دهنده بیماری نظیر نقش باورها، رفتارها و تعامل آنها با توجه به برگشت پذیری بیماری از خصوصیات اصلی مدل شناختی- رفتاری خستگی مزمن هستند . هدف درمان شناختی- رفتاری در نشانگان خستگی مزمن رها شدن بیمار از دوره ای باطل و تداوم دهنده بیماری و برگشت به کار کرد عادی است.اصلاح اسناد بیماری، کاهش فاجعه سازی انجام فعالیت ها و علائم مربوط بهآن ها و کاهش موانع بهبودی هدف های مهم درمان هستند. مهم ترین شیوه در فاجعه زدایی علائم ،ارائه شواهدی در این زمینه است که انجام تدریجی فعالیت بدون تشدید علائم می تواند افزایش داده شود. هدف درمان کمک به بیماران در اصلاح برداشت بیمار از بیماری و تفسیر بیمار به عنوان یک اختلال برگشت پذیر و قابل کنترل با علائم آشفته ساز اما کم خطر است .

انجام آزمایش های رفتاری با مشارکت بیمار در این زمینه که افراد می توانند بر زندگی خود دوباره کنترل دست آورند و بدون رنج یا افزایش علائم، به تدریج فعالیت های خود را افزایش دهند، مهم ترین شیوه دستیابی به هدف درمان است.

**8-5 مسائل کار بالینی در پیوند عضو**

در زمینه پیوند لازم است متخصصان ملاحظات اخلاقی مرتبط با پیوند را رعایت نمایند. پیوند عضو فرصتی برای بیمار در افزایش فراخنای زندگی و بهبود کیفیت زندگی است . روانشناسان سلامت با گروه پیوند عضو فعالیت و همکاری دارند و باید به منظور کاهش مشکلات سلامت رفتاری بیماران و افزایش پیامدهای مثبت بهداشتی حین و بعد از پیوند عضو مداخلاتی نظیر بهبود تبعیت از درمان، ترک سیگار، کاهش وزن و روان درمانی را طراحی و ارائه نمایند. ان ها نقش مهمی در آموزش سلامت رفتاری و کاربرد آن در فرایند پیوند عضو دار ند .

**8-5-1 سنجش روانشناختی بیماران داوطلب پیوند عضو**

سنجش داوطلبان پیوند عضو تا به رویکرد چند وجهی است که در آن روانشناسان سلامت به سنجش نقاطقوت سلامتی و محدودیت های بیماران می پردازند . ارزیابی رضایت آگاهانه و توانمندی بیمار در فهم اطلاعات بیماری، توانایی بیمار در ایجاد رابطه مشارکتی با گروه پیوند عضو و تبعیت از توصیه های و برنامه های پزشکی ، شناسایی منابع مقابله ای بیمار، تشخیص آسیب شناسی روانی و مصرف مواد، شناسایی نیازهای روانی - اجتماعی خانواده و سنجش خط پایه کارکردشناختی از موضوعات مهم در سنجش روان شناسی سلامت داوطلبان پیوند عضو است. کیفیت زندگی شاخص بالینی مهمی در ارزیابی پیشرفت بیماری قبل از پیوند و موفقیت نسبی پیوند می باشد .سنجش کیفیت زندگی توسط روانشناس سلامت اطلاعات مهمی در مورد محدودیت های کارکردی بیمار و تعیین خط پایه برای گروه پیوند عضو فراهم می کند .

بسیاری از حالات پزشکی نیازمند پیوند عضو با اختلال کارکرد شناختی نظیر آنسفالوپاتی همراه هستند. ارزیابی توانایی بیمار برای تبعیت از برنامه های درمانی مسئله مهم در فرآیند سنجش پیوند می باشد . ارزیابی توانایی بیمار برای تبعیت از برنامه های درمانی مسئله مهمی در سنجش پیوند است سنجش نگرش بیمار در مورد مصرف دارو، سنجش تبعیت بیمار از توصیه های پزشکی ، سنجش مسائل سلامت رفتاری نظیر چاقی و مصرف مواد و عوامل روانشناختی اجتماعی فرهنگی همراه با شاخص های سلامت رفتاری در مصاحبه روان شناختی بیمار داوطلب پیوند اهمیت دارد . در سنجش روانشناسی سلامت مصرف داروهای ضد درد، خواب آور ،مصرف مواد و داروهای غیرقانونی نیز بررسی می شود.

آشفتگی های روانشناختی از جمله افسردگی اضطراب و اختلالات شخصیت در میان داوطلبان پیوند است و شاید آموزش فنون مقابله با فشار روانی و اطلاع دهی در مورد عمل پیوند و پیامدهای آن می تواند سبب کاهش آشفتگی روانشناختی بیماران شود.

**8-5-2 مداخلات روانشناختی برای بیماران پیوند و خانواده آنان**

با توجه به بروز مشکلات سلامت رفتاری و آشفتگی روان شناختی طی دوره انتظار پیش از پیوند و دوره بهبودی پس از پیوند روانشناسان سلامت می توانند به منظور بهبود سازگاری روانشناختی بیمار و افزایش پیامد های مثبت پیوند به ارائه خدمات بالینی بپردازند . قرارداد وابستگی رفتاری نوعی توافق نوشتاری منعقد شده بین بیمار داوطلب پیوند و گروه پیوند است که شامل مسئولیت و تغییرات رفتاری لازم و روش انجام این تحقیقات و نیز پیامدهای عدم تغییر این رفتارها است. درمان خاص مصرف مواد یا خدماتپیشگیری از بازگشت نظیر درمان دارویی، برنامه های درمان مراقبت مسکونی ، شبانه روزی و.. برای بیمار در انتظار پیوند یک ضرورت مهم است . هدف برنامه پیشگیری از بازگشت کمک افراد برای ساخت سبک زندگی مقاوم به بازگشت از طریق استفاده از تحلیل الگوهای مصرف مواد ،شناسایی موقعیت های خطرساز بازگشت، ایجاد راهکارهای مقابله انطباقی تر و شناسایی برنامه موفق پیشگیری از بازگشت است.همچنین فنون مصاحبه انگیزشی می تواند در حل دوسوگرایی نسبت به ترک سیگار و تسهیل آمادگی تغییر در بیماران داوطلب پیوند به منظور ترک رفتارهای اعتیادی یاری رسان باشد .

روان درمانی فردی با رویکرد حمایتی و شناختی به علت آشفتگی روان شناختی و مشکلات سازگاری دوره انتظار پیش از پیوند و نیز دوره بهبودی برای پس از پیوند برای داوطلبان و گیرندگان پیوند کاربرد دارد . طی دوره پیش از پیوند افسردگی و اضطراب، ترس ها و نگرانی هایی در مورد پیوند تجربه می شود و بیمار در مبارزه با مسائل مرتبط با انکار ،مرگ و مردن است و با وجود کسب منفعت از مرگ فرد اهدا کننده ممکن است احساس گناه داشته باشد و یا دارای فشار مالی و روانی در خانواده باشد. فنون ساخت مهارت نظیر مدیریت فشار روانی، مدیریت خشم و آموزش مهارت های مقابله ای می تواند سازگاری بیمار را تسهیل نماید و به طور خاص برای بیماران بستری شده دارای علائم فشار روانی مناسب باشد ابعاد مصاحبه روانشناسی سلامت با فرد زنده اهداکننده عضو عبارتند از: بررسی انگیزه های اهداکننده، فرآیند تصمیم گیری، نگرش و باور در مورد اهدای عضو ،دوسوگرایی در مورد اهدا، کارکرد شناختی و توانایی برای ارائه رضایت آگاهانه، دانش در مورد روش جراحی و مخاطرات همراه، انتظارات بهبودی و نیز آسیب و مرگ و میر گیرنده پیوند، فشار و اجبار از جانب گیرنده یا اعضای خانواده ،ماهیت و ثبات رابطه اهدا کننده- گیرنده عضو ،نگرش افراد مهم نسبت به تصمیم فرد برای اهدا، منابع مقابله ای ، مشکلات روانشناختی و مداخلات همراه، سابقه و شرح حال مصرف مواد ، معنویت یا موانع مذهبی، فشار روانی زندگی ، قابلیت دسترسی و میزان ثبات حمایت اجتماعی، سابقه و شرح حال تحمل درد و راهبردهای مدیریت درد می باشد.