

روانشناسی

مقابله با
بیماری و ناتوانی



برای دسترسی به محتوای
روانشناسی سایت اسکن کنید



برای دسترسی به سایت
نوید اسکن کنید

بررسی و ویراست علمی ▶

• امیر محمد عباسی

تولید متن و قالب گذاری ◻

• امین مرادی

مشاوره (Counseling)

چرا مشاوره؟

- عمده‌ی دلیل مراجعه به مشاور، تعداد قابل توجه کیس‌ها در مراکز درمانگاهی و بیمارستانی می‌باشد. نباید فقط به فکر دارو بود؛ زیرا دارو دادن ناخواسته بیماران را به سمت نقش بیمار سوق می‌دهد.
- * کاهش توجه به مسئولیت‌های زندگی، معضل دیگری است که مراجعه به مشاور را مهم می‌سازد.
 - * جلوگیری از کسب سود ثانویه توسط پزشکان نیز از اهمیت‌های این موضوع محسوب می‌گردد.

✓ امروزه مشاوره و درمان‌های شناختی رفتاری، جایگاه بسیار ویژه‌ای در درمان‌های پزشکی دارند و حتی در سطح جامعه نیز کاربرد دارند. بهتر شدن و کاهش علائم روانشناختی و نیز کاهش مشکلات و بهبود روابط از اثرات اثبات شده‌ی مراجعه به مشاور هستند.

کاربردهای مشاوره

اختلالات و شرایط خاص؛ همچون:

- * افسردگی
- * اختلالات اضطرابی
- * وسواس (که CBT جزو درمان‌های گزینه اول در آن محسوب می‌شود).
- * افسردگی پس از زایمان
- * پرخوری عصبی (Bulimia)

ویژگی‌های محیط مشاوره

محیط مشاوره باید:

- * آرام و امن باشد.
- * اصل محرمانگی در آن رعایت شود.
- * فضای قضاوت‌گر نداشته باشد.
- * امکان بیان آزادانه احساسات را فراهم کند.

مشاور:

- * به خوبی گوش می‌دهد.
- * فقط توصیه مستقیم نمی‌کند.
- * به مراجع کمک می‌کند تا خودش مسئله را درک و حل کند.

مزایای مشاوره

۱. درمان مقرون به صرفه: با کمترین یا بدون عارضه در مقایسه با داروها
۲. کاهش داروها: نیاز به دارو (به خصوص داروهای روانگردان) کمتر می شود.
۳. کاهش مراجعات: بیماران کمتر به پزشک مراجعه می کنند.
۴. افزایش خودکارآمدی: بیماران احساس کنترل بیشتری بر زندگی خود پیدا می کنند.
۵. مهارت های ماندگار: مهارت هایی که در مشاوره یاد می گیرند، برای همیشه با آنها می ماند.

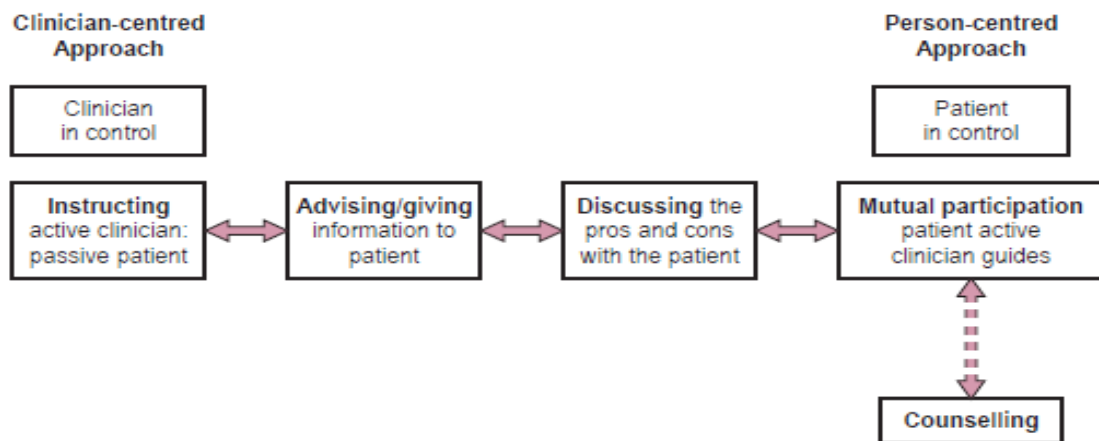


Fig. 66.1 From clinician-centred to person-centred.

مدل مشارکتی در مشاوره

برخلاف سیستم پزشکی سنتی که پزشک فعال و بیمار منفعل است، در مشاوره مراجع نقش فعالی دارد و رابطه درمانی دوطرفه و مشارکتی است. این رابطه با عنوان: Mutual-participative counsellor-patient interaction شناخته می شود.

سه ویژگی اصلی این رابطه

۱. رابطه واقعی (Real Relationship):

رابطه ای مبتنی بر:

- * واقعیت
- * احترام متقابل
- * تعامل بالغ - بالغ

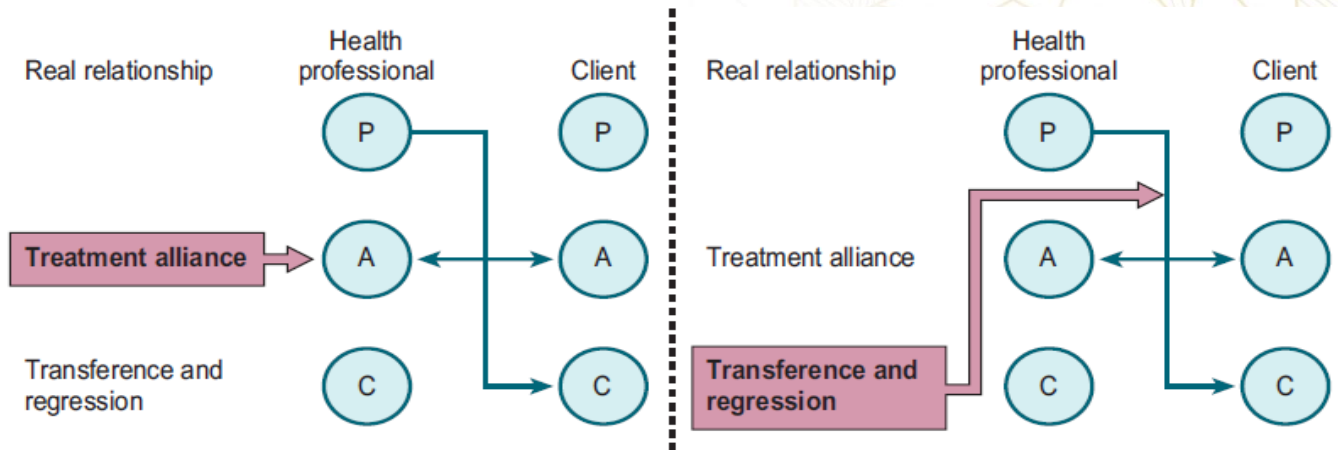
۲. اتحاد درمانی (Therapeutic Alliance)

همکاری فعال مراجع و درمانگر برای حل مشکل.

۳. انتقال و واپس روی (Transference & Regression)

گاهی مراجع، درمانگر را در نقش والدین قرار می دهد و خود را در نقش کودک تجربه می کند. این وضعیت ممکن است روند درمان مختل کند.

🌟 وظیفه درمانگر: ۱. آگاه سازی مراجع نسبت به این فرایند و ۲. بازگرداندن رابطه به سطح «بالغ - بالغ»



رویکردهای مشاوره

۱. رویکرد شناختی-رفتاری (Cognitive-Behavioral Therapy یا CBT)

CBT بر این اصل استوار است که: افکار، احساسات، رفتارها و حس‌های جسمانی همگی به یکدیگر مرتبط‌اند و افکار منفی باعث شکل‌گیری چرخه معیوبی می‌شوند که اضطراب و افسردگی را تداوم می‌دهد.

ویژگی‌های CBT:

- * تمرکز بر (اینجا و اکنون)
- * کوتاه‌مدت و ساختارمند
- * هدف‌محور
- * مبتنی بر شواهد علمی
- * آموزش مهارت‌های مقابله‌ای

۲. رویکرد روان‌پویشی (Psycho-dynamic)

بررسی تجربیات گذشته، کشف الگوهای ناخودآگاه و درک ریشه‌های مشکلات فعلی از فعالیت‌های مورد بررسی در این رویکرد هستند. آسیب‌شناسی در این روش از اهمیت بالایی برخوردار است.

✓ تأکید اصلی این روش بر بر تجارب کودکی، روابط اولیه، تعارض‌های ناخودآگاه است.

طبیعت شهری و سلامت روان

زندگی شهری علاوه بر مزایا، تهدیدهایی همچون آلودگی هوا، کاهش تحرک، استرس مزمن، انزوای اجتماعی، سروصدای زیاد و افزایش بیماری‌های قلبی-عروقی نیز دارد به همین دلیل امروزه بر «طبیعت شهری» تأکید زیادی می‌شود.

فواید طبیعت شهری:

- * کاهش استرس
- * افزایش فعالیت بدنی
- * بهبود سلامت روان
- * تقویت تعاملات اجتماعی
- * ایجاد احساس تعلق

* کاهش بیماری‌های قلبی - عروقی

* کاهش الودگی هوا

* افزایش قرارگرفتن در معرض میکروبیوم‌های تقویت کننده سلامت

یافته‌های پژوهشی: بیمارانی که پس از جراحی، منظره اتاقشان رو به فضای سبز بود:

* به مسکن کمتری نیاز داشتند.

* زودتر ترخیص می‌شدند.

* وجود گیاهان، آکواریوم و تصاویر طبیعت در محیط درمانی نیز اضطراب را کاهش می‌دهد.

مقابله و سازگاری (Coping & Adaptation)

بین نحوه سازگاری و کنار آمدن ما با محیط بیرونی و سلامت جسمی و روانی ما رابطه‌ای وجود دارد.

✓ **مقابله می‌تواند به معنای هر فرآیند سازگاری عمومی باشد.** همچنین می‌تواند به معنای تسلط یا کنترل رویدادهای مهم باشد.

به بیان دیگر مقابله یعنی:

* سازگاری با شرایط

* کنترل موقعیت‌های دشوار

* مدیریت استرس

دو روش برای توصیف مقابله و سازگاری:

۱. نحوه مدیریت امور روزمره توسط افراد

۲. نحوه برخورد افراد با رویدادهای مهم زندگی

این دو رویکرد در چیزی که الگوی استرس-مقابله (stress-coping paradigm) نامیده می‌شود، گرد هم آمده‌اند.

الگوی استرس-مقابله (Stress-Coping Paradigm)

این الگو توسط لازاروس (Lazarus) در سال ۱۹۸۰ مطرح شد.

اصل اساسی

✓ **استرس صرفاً ناشی از رویدادها نیست؛ بلکه حاصل «ارزیابی شناختی» ما از آن‌هاست**

مراحل ارزیابی:

۱. **ارزیابی اولیه (Primary Appraisal)**

فرد تعیین می‌کند که موقعیت خطرناک است یا نه. اگر خطرناک تلقی نشود، استرس ایجاد نمی‌شود.

۲. ارزیابی ثانویه (Secondary Appraisal)

فرد بررسی می‌کند:

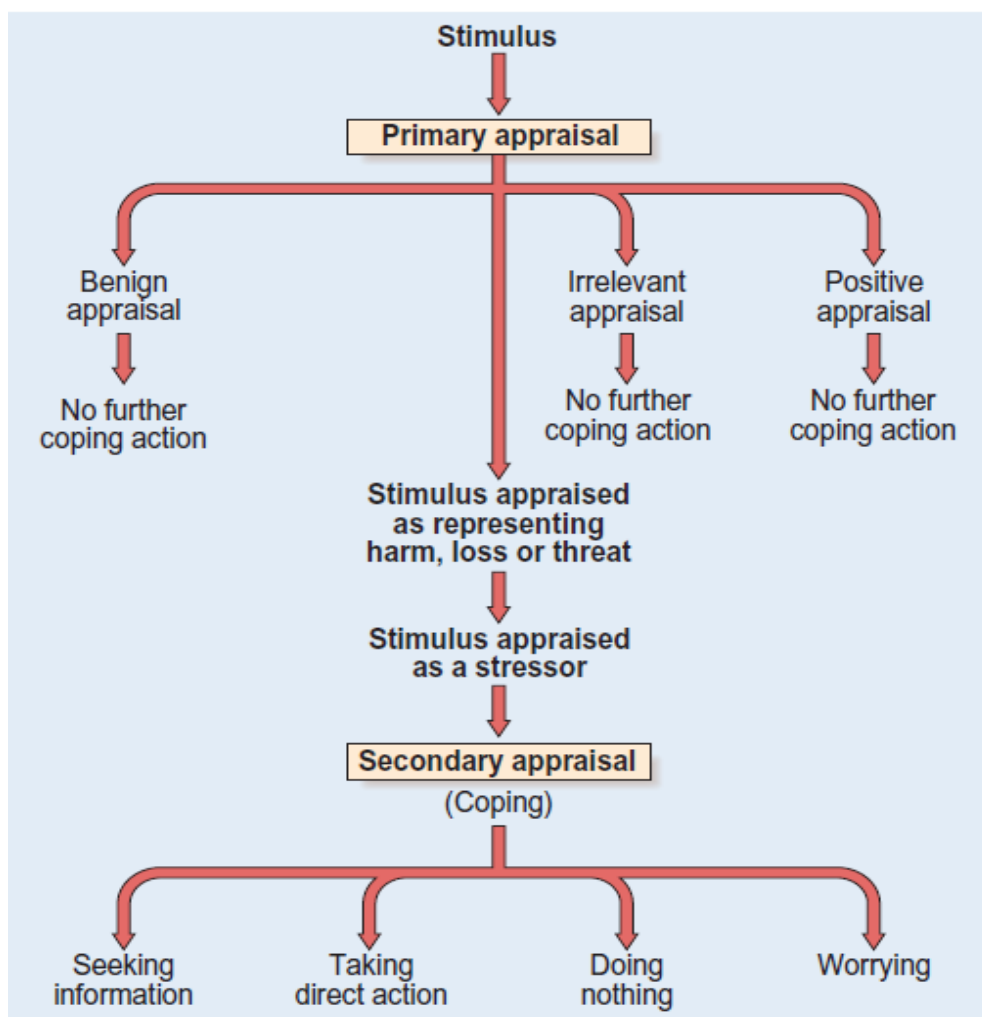
✓ چگونه می‌توان تهدید را کنترل کرد؟

* راهبردهای احتمالی: جستجوی اطلاعات، اقدام مستقیم، اجتناب، نادیده گرفتن، نگرانی مداوم

نقش حمایت اجتماعی

حمایت اجتماعی: می‌تواند عاطفی، مالی یا عملی باشد و مقابله را آسان‌تر می‌کند، از اضطراب و افسردگی می‌کاهد.

🌱 نبود حمایت اجتماعی، آسیب‌پذیری فرد را افزایش می‌دهد.



سازگاری با بیماری مزمن

۱. نرمال‌سازی (Normalizing)

بیمار علائم را بخشی طبیعی از زندگی تلقی می‌کند. مزایا:

* کاهش اضطراب

* حفظ عملکرد طبیعی

مشکل احتمالی:

کاهش پایبندی به درمان

۲. انکار (Denial)

بیمار وجود بیماری را نمی‌پذیرد.

✓ انکار کوتاه مدت ممکن است مفید باشد، اما در بلندمدت آسیب‌زا است.

۳. اجتناب (Avoidance)

فرد از موقعیت‌هایی که علائم را تشدید می‌کنند دوری می‌کند.

✓ مثال: فرد مبتلا به فوبیا از آسانسور استفاده نمی‌کند.

نتیجه:

محدود شدن زندگی

افزایش ناتوانی

۴. تسلیم (Resignation)

فرد بیماری را هویت اصلی خود می‌داند.

پیامد:

کاهش تلاش برای بهبود

وابستگی بیشتر

۵. انطباق (Accommodation)

سالم‌ترین شیوه مقابله.

فرد:

✱ بیماری را می‌پذیرد.

✱ علائم را مدیریت می‌کند.

✱ هویت خود را فقط بر اساس بیماری تعریف نمی‌کند.

درمان شناختی-رفتاری (Cognitive-behavioral therapy)

CBT مجموعه‌ای از مداخلات بالینی مبتنی بر شواهد تجربی است که به صورت سیستماتیک برای کمک به افراد در تغییر افکار و رفتارهایشان به کار می‌رود تا بتوانند به شیوه‌ای سازگارتر و سالم‌تر عمل کنند. مدل بنیادی CBT توسط آرون بک (۱۹۷۶) برای افسردگی طراحی شد، اما CBT برای مشکلات بالینی جدید نیز به کار گرفته شده است.

- * موسسه ملی تعالی سلامت و مراقبت، CBT را به عنوان "درمان انتخابی" برای اکثر اختلالات سلامت روان رایج، از جمله افسردگی و اختلالات اضطرابی، توصیه می‌کند.
- * CBT به رویکردی بسیار محبوب برای کمک به افراد مبتلا به مشکلات سلامت جسمی و روانی تبدیل شده است.

سطوح شناخت در CBT

۱. افکار خودآیند (Automatic Thoughts)

افکاری سریع و لحظه‌ای که به ذهن می‌آیند.

✓ مثال: «من از پس این کار برنمی‌آیم.»

۲. باورهای بنیادین (Core Beliefs)

عمیق‌ترین باورهای فرد درباره:

- * خود
- * دیگران
- * دنیا

✓ مثال: «من دوست‌داشتنی نیستم.»

۳. باورهای میانجی (Intermediate Beliefs)

شامل:

- * بایدها و نبایدها
- * نگرش‌ها
- * فرضیات شرطی

✓ مثال: «اگر همه از من راضی نباشند، فرد بی‌ارزشی هستم.»

نقش درمانگر در CBT

درمانگر:

- * الگوهای فکری ناکارآمد را شناسایی می‌کند.
- * از پرسشگری هدایت‌شده استفاده می‌کند.
- * به مراجع کمک می‌کند خودش پاسخ‌ها را کشف کند.
- * مهارت‌های مقابله‌ای آموزش می‌دهد.

ساختار CBT

CBT معمولاً:

- * کوتاه مدت است.
- * بین ۸ تا ۲۰ جلسه طول می کشد.
- * در آن درمانگر و مراجع برای هر جلسه یک برنامه مشترک ایجاد می کنند.
- * اهداف قابل اندازه گیری و خاص دارد.
- * در آن پیشرفت در درمان بطور مداوم رصد می شود.
- * تکالیف و تمرین خانگی بین جلسات ، بخش مهم آن است.

تکنیک های CBT

- * خودنظارتی (Self-monitoring)
- * ثبت افکار، احساسات و رفتارها
- * بررسی بدترین سناریو
- * مواجهه (Exposure)
- * تغییر باورهای قدیمی و تمرین رفتارهای جدید
- * اصلاح خطاهای شناختی (مثال: تفکر سیاه و سفید، شخصی سازی، فاجعه سازی)
- * ایجاد جایگزین
- * فرمول بندی (Case Formulation)
- فرمول بندی یعنی ارائه فرضیه ای درباره:
- * علت ایجاد مشکل
- * عوامل تداوم آن

اجزای فرمول بندی:

- * تجارب اولیه
- * باورهای ناکارآمد
- * رویدادهای فعال کننده
- * عوامل نگهدارنده

CBT و بیماری های جسمی

بیماری های مزمن پزشکی اغلب با مشکلات روانی مرتبط هستند.
درمان مؤثر اختلال عملکرد روانی گامی مهم در توانمندسازی بیماران برای مقابله بهتر با بیماری های جسمی است.
CBT باعث میشود بیمار:

- * برداشت های اشتباه خود را اصلاح کنند.
- * علت مشکلات جسمی خود را تشخیص دهد.
- * فاجعه سازی را کاهش دهند.
- * رفتارهای سالم تری اتخاذ کنند و کیفیت زندگی بهتری داشته باشند.

موج سوم CBT

درمان مبتنی بر ذهن آگاهی (Mindfulness)

✓ هدف: مشاهده افکار بدون درگیر شدن با آنها

فرد یاد می‌گیرد:

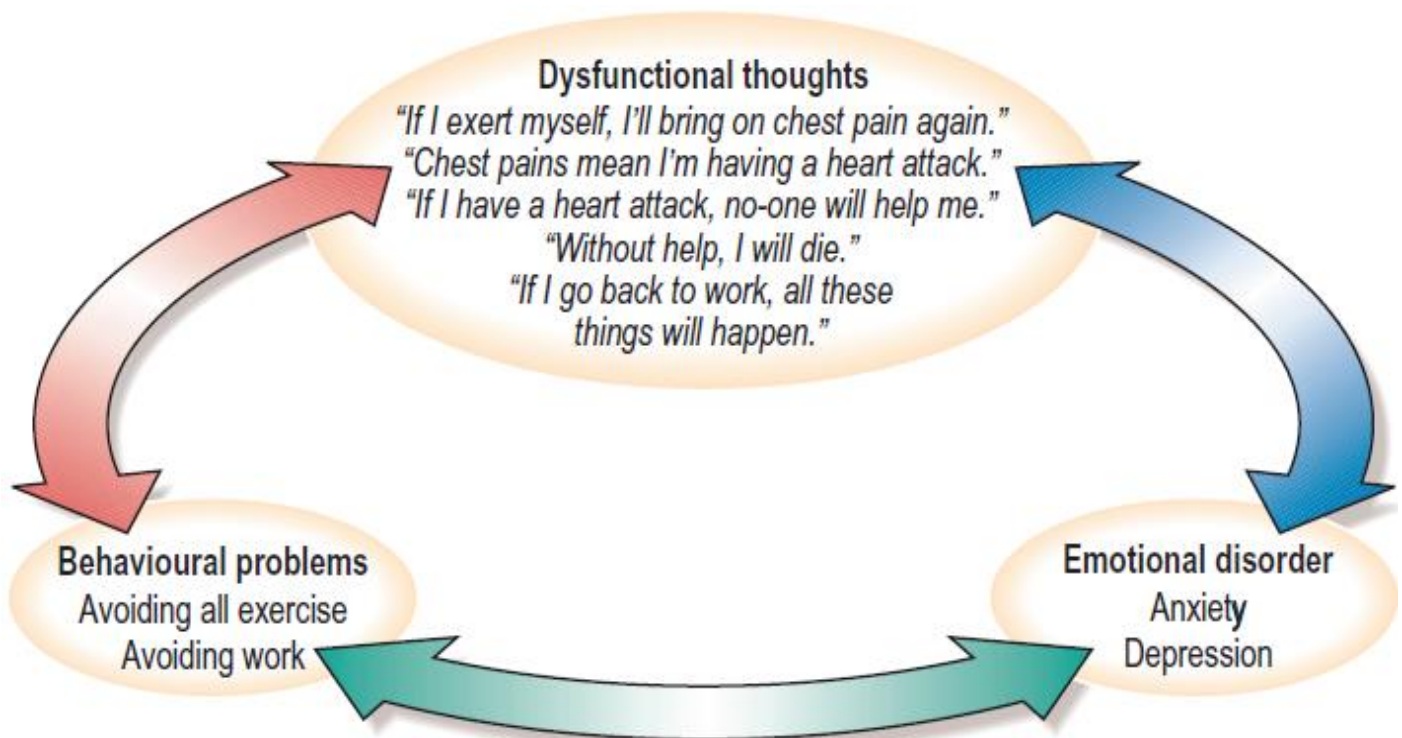
- * افکار را صرفاً «فکر» ببیند.
- * درگیر آنها نشود.
- * به جای تغییر محتوای افکار بر روی تغییر فرایند فکر کردن متمرکز شود.

متاکگنیشن (Metacognition):

یعنی: «فکر کردن درباره فکرها»

* در این رویکرد، نحوه ارتباط فرد با افکارش اهمیت دارد

* به افراد کمک می‌کند تا روش‌های جدیدی برای توجه و ارتباط با افکار و باورهای منفی ایجاد کنند و باورهای فراشناختی ناسازگار را اصلاح کنند.



مراقب (Caregiver)

مراقبان غیررسمی

مراقب به فردی گفته می‌شود که از یک بیمار، سالمند، فرد مبتلا به بیماری مزمن یا فرد دارای معلولیت مراقبت می‌کند. این مراقبت معمولاً توسط اعضای خانواده و بدون دریافت دستمزد انجام می‌شود و به این افراد مراقبان غیررسمی گفته می‌شود.

نقش مراقبان غیررسمی

مراقبان غیررسمی نقش حیاتی در سیستم بهداشت درمانی ایفا می‌کنند. این افراد به بیماران کمک می‌کنند تا در خانه بمانند و تحت درمان قرار گیرند. مراقبت از فرد مسن، بیمار مزمن یا معلول می‌تواند تأثیر بسزایی بر سلامت هم بیمار و هم مراقب داشته باشد.

انواع مراقبت

مراقبت‌های روزمره:

مواردی مانند کمک در لباس پوشیدن، مساعدت در انجام امور خانه و همراهی در فعالیت‌های روزانه را دربرمی‌گیرد.

مراقبت‌های شخصی:

شامل مواردی همچون کمک در حمام رفتن، کمک در استفاده از سرویس بهداشتی و مدیریت مشکلاتی مانند بی‌اختیاری ادرار می‌گردد.

مراقبت‌های عاطفی:

حمایت روانی، همراهی اجتماعی و نیز کاهش احساس تنهایی بیمار مصادیقی از آن هستند.

مراقبت طولانی‌مدت

مراقبت طولانی‌مدت از بیمار می‌تواند باعث شود مراقبان با مشکلات متعددی نظیر خستگی جسمی، فشار روانی، انزوای اجتماعی، اختلال خواب، کاهش کیفیت زندگی و ... مواجه شوند.

✓ طبق مطالعات، حدود ۸۴٪ مراقبان گزارش کرده‌اند که مراقبت بر سلامت جسمی یا روانی آن‌ها تأثیر گذاشته است.

نقش‌های مراقبان

چهار نوع نقش برای مراقبان در سیستم سلامت مطرح شده است.

۱. منبع مراقبت

در این حالت مراقبت توسط اعضای خانواده انجام می‌شود. این روش معمولاً در دسترس‌تر است، هزینه‌ای ندارد و برای بیمار راحت‌تر است.

۲. همکاران تیم درمان

در این حالت مراقبان دارای آموزش تخصصی هستند؛ مانند پرستاران خانگی یا مراقبان حرفه‌ای. این افراد در کنار پزشکان فعالیت می‌کنند و باید آموزش کافی ببینند.

۳. بیماران آموزش دیده

گاهی از بیمارانی که تجربه بیماری مشابه دارند برای آموزش و کمک به بیماران دیگر استفاده می‌شود؛ در این شرایط باید به سلامت و نیازهای این افراد نیز توجه شود و حمایت لازم از آن‌ها صورت گیرد.

۴. مراقبان جایگزین (Superseded Carers)

در این مدل، هدف افزایش استقلال بیمار از خانواده است. برای مثال این افراد در خانه‌های حمایتی، مراکز توانبخشی و محیط‌های آموزشی ویژه مهارت‌های زندگی و استقلال فردی را یاد می‌گیرند.

شرایط و چالش‌های مراقبان

عوامل متعددی همچون جنسیت، سن، محل زندگی و وضعیت اقتصادی بر شرایط مراقبان موثر هستند.

- ✓ بیشتر مراقبت‌ها توسط زنان انجام می‌شود، هرچند مردان و حتی کودکان نیز در این فرآیند نقش دارند.
- ✓ با افزایش سن جمعیت، احتمال دارد خود مراقبان نیز سالمند باشند.
- ✓ در مناطق شهری خدمات بیشتری مانند پرستاری در منزل و خدمات حمایتی وجود دارد؛ اما در مناطق روستایی این خدمات کمتر در دسترس است.
- ✓ افراد با وضعیت اقتصادی ضعیف‌تر معمولاً بیشتر نقش مراقب خانگی را بر عهده می‌گیرند.

مراقبان اغلب با مشکلاتی همچون:

- 👤 تلاش برای هماهنگی بین کار
- 👤 زندگی و مراقبت
- 👤 اختلال خواب (به ویژه در مراقبت‌های شبانه)
- 👤 کاهش درآمد در صورت اشتغال

مواجه می‌شوند؛ به همین دلیل پزشکان عمومی باید به سلامت مراقبان نیز توجه کنند و برای جلوگیری از فرسودگی مراقب (Caregiver Burnout) برنامه‌ریزی کنند.

در سال ۱۹۹۹ در بریتانیا اهمیت نقش مراقبان مورد توجه ویژه قرار گرفت و بیانیه‌ای در این زمینه منتشر شد که تأکید می‌کرد مراقبان باید زودتر شناسایی شوند و نقش آن‌ها باید به رسمیت شناخته شود. می‌بایست از سلامت جسمی و روانی آن‌ها حمایت شود و نیز فرصت ادامه تحصیل و اشتغال برای آن‌ها حفظ شود.

با وجود این، در بسیاری از سیستم‌های سلامت، مراقبان هنوز به اندازه کافی مورد توجه و احترام قرار نمی‌گیرند، در حالی که سرمایه‌ای بسیار ارزشمند برای نظام سلامت هستند.

مراقبت تسکینی (Palliative Care)

سازمان بهداشت جهانی مراقبت تسکینی را چنین تعریف می‌کند:
مراقبت فعال از بیماران مبتلا به بیماری‌های پیشرفته که در آن کنترل درد، مدیریت علائم، و حمایت‌های روانی-اجتماعی و معنوی از اهمیت بالایی برخوردار است.

✓ هدف اصلی این نوع مراقبت، حفظ و بهبود کیفیت زندگی بیمار تا حد امکان است.

اصول مراقبت تسکینی

مراقبت تسکینی بر چند اصل اساسی استوار است:

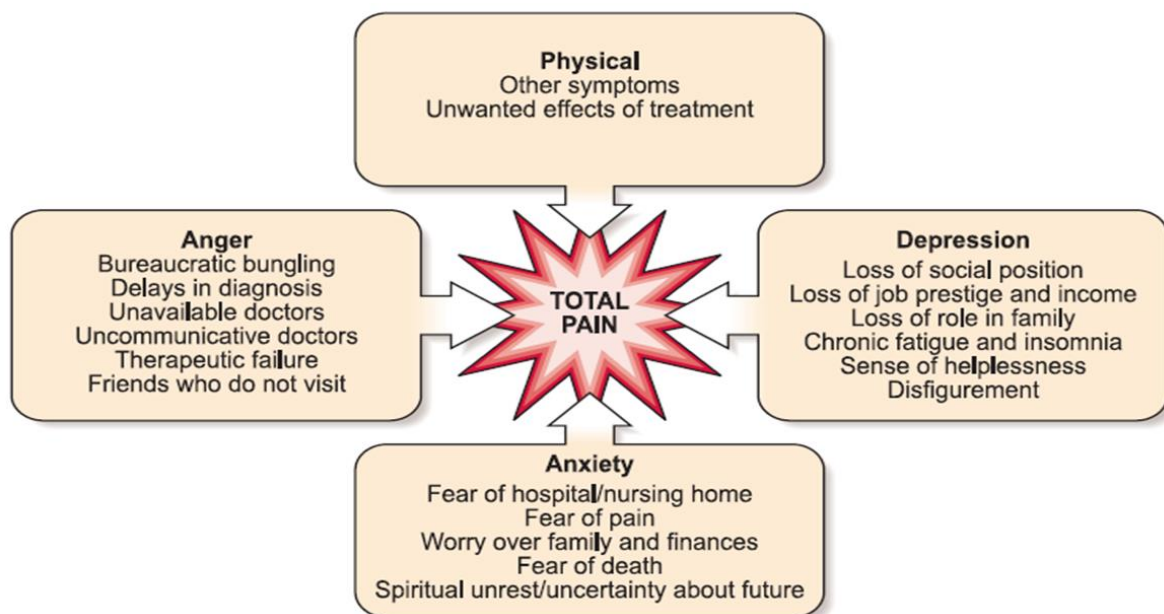
- * تأیید ارزش زندگی و پذیرش مرگ به عنوان بخشی طبیعی از زندگی
- * عدم تسریع یا تأخیر در مرگ
- * تسکین درد و علائم آزاردهنده
- * توجه به ابعاد روانی و معنوی
- * حمایت از بیمار برای داشتن زندگی فعال تا زمان مرگ

دامنه‌ی مراقبت تسکینی

در گذشته این نوع مراقبت بیشتر برای بیماران مبتلا به سرطان در مراحل پایانی استفاده می‌شد، اما امروزه دامنه آن گسترده‌تر شده است و شامل بیمارانی می‌شود که بیماری‌های مزمن پیشرفته دارند، درمان‌های طولانی‌مدت دریافت می‌کنند یا نیاز به حمایت چندجانبه دارند.

درد کلی

در مراقبت تسکینی، درد تنها به معنای درد جسمی نیست. مفهوم Total Pain به این معناست که درد دارای ابعاد مختلف جسمی، روانی، عاطفی، اجتماعی و معنوی است؛ بنابراین برای مدیریت درد باید تیم‌های چندرشته‌ای وجود داشته باشند.



در مدیریت درد ممکن است افراد زیر در قالب تیم چندرشته‌ای مشارکت داشته باشند:

- * پزشک
- * پرستار
- * روان‌شناس
- * مددکار اجتماعی
- * فیزیوتراپیست
- * کاردرمانگر
- * روحانی یا مشاور معنوی

پزشکی تقلیل‌گرایانه (Reductionism)

در پزشکی مدرن اغلب از رویکرد تقلیل‌گرایانه استفاده می‌شود؛ یعنی بیماری به علل قابل اندازه‌گیری و قابل مشاهده تقلیل داده می‌شود.

🌱 مشکل این رویکرد این است که تمرکز آن بیشتر بر تشخیص و درمان فیزیکی است و کمتر به جنبه‌های روانی، معنوی و کیفیت زندگی توجه می‌شود.

طب مکمل (Complementary Medicine)

طب مکمل رویکردی کل‌نگر (Holistic) به انسان دارد و سعی می‌کند سلامت را در ابعاد مختلف در نظر بگیرد. نمونه‌هایی از روش‌های طب مکمل شامل گیاهان دارویی، مکمل‌های غذایی، مدیتیشن، طب سوزنی، مشاوره و ... می‌شود.

ویژگی‌های عمومی درمان مکمل شامل عدم جدایی ذهن و بدن یا روح، توجه زیاد به عواطف و روان انسان، درک وضعیت زندگی و سطح انرژی فرد، تسهیل توانایی ذاتی برای شفا و بهبودی و نیز درک اهمیت مهارت‌های ارتباطی می‌شود.

این درمان‌ها معمولاً در چهار گروه قرار می‌گیرند:

۱. درمان‌های مبتنی بر مواد زیستی: گیاهان دارویی و مکمل‌ها
۲. درمان‌های انرژی‌محور: طب سنتی چینی و کمک به جریان انرژی در بدن برای شفای درونی
۳. درمان‌های ذهن-بدن: مدیتیشن، تجسم، یوگا، هیپنوتیزم، مشاوره، کمک به شناخت بهتر خود و بازگشت به تعادل
۴. درمان‌های مبتنی بر دستکاری بدن: ماساژ، رفلکسولوژی و تحریک سیستم‌های گردش خون و لنفاوی

در پزشکی، استاندارد طلایی ارزیابی درمان‌ها، مطالعات کارآزمایی بالینی تصادفی (Randomized Controlled Trial) است. در مورد بسیاری از درمان‌های مکمل، ارزیابی بیشتر بر اساس سلامت روان و کیفیت زندگی انجام می‌شود. مطالعات نشان داده‌اند که برخی از این درمان‌ها می‌توانند سلامت روان را بهبود دهند و کیفیت زندگی را افزایش دهند.

✅ یکی از مهم‌ترین نکات در استفاده از طب مکمل، احتمال تداخل دارویی است. بنابراین پزشکان باید از بیماران بپرسند که آیا از، گیاهان دارویی، مکمل‌ها و درمان‌های جایگزین استفاده می‌کنند یا خیر.

درمان شناختی-رفتاری (CBT)

در بحث درمان شناختی-رفتاری (CBT) در حیطه درمان‌های مکمل، تحقیقات استاندارد با منطق Randomized (RCT) Controlled Trial وجود دارد. این تحقیقات نشان دادند که CBT با دارودرمانی برابری یا حتی برتری دارد (به خصوص در اختلالات اضطرابی). این نوع درمان همچنین کمترین تداخل دارویی را دارد.

✓ ترکیب طب مکمل با طبابت بالینی می‌تواند نیازهای بیشتری را پاسخگو باشد؛ البته احتمال بالایی برای تداخل دارویی (به خصوص با گیاهان دارویی و مکمل‌ها) وجود دارد. به همین دلیل، پزشکان باید از استفاده بیماران از طب مکمل آگاه باشند.

مدیریت درد (Pain Management)

درد (Pain)

درد یک تجربه حسی و عاطفی ناخوشایند ناشی از آسیب بافتی است. این رخداد یک تجربه ذهنی است.

درد مزمن (Chronic Pain) درد مداومی است که بیش از سه ماه ادامه دارد، به درمان پاسخ نمی‌دهد و اثر منفی بر کیفیت زندگی و فعالیت روزمره دارد. عوامل خطر درد مزمن شامل این موارد می‌شوند:

سن بالا

جنس زن

وضعیت مسکن نامناسب

کارهای شدید

نوسیسپشن (Nociception)

نوسیسپشن به معنای تحریک گیرنده‌های درد است که اطلاعات مربوط به آسیب بافتی را منتقل می‌کنند.

تفاوت درد و نوسیسپشن (Nociception)

نوسیسپشن شامل تحریک گیرنده‌های درد در ناحیه آسیب می‌شود. پیام به مغز منتقل می‌شود و تقریباً ثابت است. درد اما ادراک ذهنی از پیام‌های حسی و در نتیجه تحت تأثیر عواملی همچون عوامل ژنتیکی، سابقه یادگیری، بافت اجتماعی-فرهنگی و وضعیت روانی فعلی فرد متغیر است.

مدل زیست‌روان اجتماعی (Biopsychosocial Model)

مدیریت درد امروزه با مدل بیوسایکوسوشال انجام می‌شود. در این مدل، موارد زیر مورد توجه قرار می‌گیرند:

* تعامل عوامل فیزیولوژیک، روانی و اجتماعی

* نیاز به متخصصین چندرشته‌ای

* مداخلات فیزیکی، شناختی-رفتاری و محیطی

مکانیسم‌های روانشناختی درد

۱. سیستم معنایی (Meaning System)

عده‌ای درد را پدیده‌ای بیرونی، غیرقابل کنترل و ثابت می‌بینند. انتظار منفعلانه و عدم فعالیت از ویژگی‌های این افراد می‌باشد که منجر به افت عملکرد، ضعف و ناتوانی بیشتر می‌گردد.

اما عده‌ای دیگر درد را منعطف می‌بینند، نقش خود را پررنگ حس می‌کنند، زندگی را فقط به درد تعریف نمی‌کنند و به سایر حوزه‌های زندگی می‌پردازند. این افراد راهبردی فعال دارند که منجر به کاهش درد و زندگی فعال و لذت بخش خواهد شد.

۲. فاجعه‌انگاری (Catastrophizing)

فردی که درد را فاجعه‌بار می‌بیند، فکر می‌کند درد نشانه آسیب و تخریب است. در نتیجه، انجام کارها را متوقف می‌کند، ورزش و کار روزمره را رها می‌نماید و مدام شکایت می‌کند.

پیامدهای این طرز تفکر شامل موارد زیر می‌شوند:

- 👤 مشکلات ثانویه
- 👤 محدودیت روابط و دوری دیگران
- 👤 فرورفتن بیشتر در نقش بیمار
- 👤 تغییرات وضعیتی (راه رفتن، حرکات) و خشک شدن مفاصل

۳. عوامل اجتماعی

هویت ما در روابط تعریف می‌شود. درد یک پدیده‌ی اجتماعی است؛ در نتیجه بخشی از زندگی و فرهنگ ما محسوب می‌گردد.

بطور مثال،

- ✓ برخی جوامع تحمل درد را شایستگی می‌دانند. (مانند رواقیون)
 - ✓ برخی فرهنگ‌ها بیان درد را تشویق می‌کنند.
- که این مستقیماً به هویت اجتماعی و فرهنگ این جوامع مرتبط است.

اما وقتی فرد قادر به فعالیت نیست، دیگران ممکن است مشکوک شوند، انگ بزنند یا تصور کنند فرد تمارض یا از مسئولیت فرار می‌کند. این چالش‌ها می‌توانند منجر به تأثیرات بسیار منفی بر شرایط روانی و اجتماعی و نیز استراتژی‌های مقابله ناسازگارانه، مانند:

- 👤 پنهان کردن بیماری
 - 👤 عدم درخواست کمک
 - 👤 انزوای اجتماعی بیشتر
- شوند.

✓ داشتن روابط قوی منبع تاب‌آوری خوبی برای مدیریت درد است.

رویکرد شناختی-رفتاری در مدیریت درد

CBT در سه جزء به بیمار کمک می‌کند.

۱. تغییر در شناخت‌ها

شامل شناسایی افکار غلط و اصلاح افکار می‌شود؛ مانند کاهش ترس از فعالیت و ورزش و عدم محدود کردن زندگی.

بطور مثال:

- 🧠 فکر غلط: "من قبلاً می‌توانستم خانه را خیلی سریع مرتب کنم، ولی حالا با این درد کمتری فایده‌ای ندارد."
- ✅ فکر اصلاح شده: "برای کارهای سنگین کمک بگیر، ولی کارهای دیگر را خودت انجام بده."

۲. تغییر در رفتارها

بطور مثال، الگوی روزهای خوب-روزهای بد که نیازمند اصلاح می‌باشد. افراد در این الگو از مشکلات زیر رنج می‌برند:

- 🧠 روزهای خوب: فعالیت زیاد و جبران کم و کاست‌ها در ازای فشار زیاد به بدن
- 🧠 فردای آن روز (روز بد): درد شدید، عدم توانایی حرکت و در نتیجه انتظار تا آرام شدن درد
- 🧠 چرخه بالا و پایین و اعمال نوسانی

این بد و خوب‌ها و چرخه‌ی نوسانی پیامدهای مخربی نیز در پی دارد:

- 🧠 اثر منفی بر سلامت روان
- 🧠 کاهش تناسب اندام
- 🧠 کاهش اعتماد به نفس، احساس موفقیت
- 🧠 افزایش اضطراب و افسردگی

خوشبختانه، این الگو در مدل CBT اصلاح پذیر است. برخی فعالیت‌ها که در این راستا موثر هستند:

- ❄ تعیین اهداف رفتاری که باعث شعله‌ور شدن درد نشود
- ❄ افزایش تدریجی سطح فعالیت

این اقدامات به تدریج منجر به سازگاری بدن با فعالیت و نهایتاً بهبود خلق و خو و اعتماد به نفس روز به روز خواهد شد و الگوی روزهای خوب-روزهای بد را خواهد شکست.

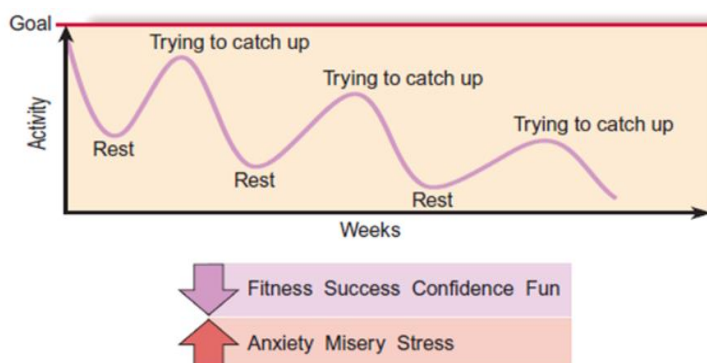


Fig. 73.1 The impact of pain on behaviour and behaviour on pain. The overactivity-rest cycle.



Fig. 73.2 Elements of pain management. Behavioural intervention: pacing activity-scheduling and goal-setting.

۳. تغییر در خلق و احساس کنترل

اگر به بیماران مهارت‌ها و استراتژی‌ها آموزش داده می‌شود، به تدریج موجب پیامدهای زیر خواهد شد:

- * افزایش فعالیت‌ها
- * اصلاح افکار غلط
- * احساس کنترل بیشتر
- * افزایش خودکارآمدی
- * بهبود خلق در بلندمدت

✓ مطالعات متا آنالیز نشان می‌دهند CBT برای کاهش درد درمان مؤثری است. امروزه توسعه‌ی رویکردهای میان‌رشته‌ای برای درد مزمن و نگاه کل‌نگرانه ضروری به نظر می‌رسد.

دیگر نکات در مدیریت درد:

- ✓ آسیب بافتی لازم نیست: درد واقعی می‌تواند بدون آسیب قابل مشاهده وجود داشته باشد.
- ✓ عدم جدایی ذهن و بدن: این رویکرد به درمانگران کمک نمی‌کند.
- ✓ آسیب‌های تصادفات: می‌تواند اختلالاتی مانند PTSD ایجاد کند که درد و ناتوانی به همراه دارد.
- ✓ تأیید و تشویق: تأیید و تشویق پیشرفت‌های بیمار برای ایجاد حس کنترل و خودکارآمدی
- ✓ بافت اجتماعی: تجربه درد در بافت اجتماعی رخ می‌دهد و بیمار ممکن است باورهای اشتباهی داشته باشد که باید شناسایی و اصلاح شوند.