

روانشناسی

پیشگیری از بیماری
وارثی سلامت



برای دسترسی به محتوای
روانشناسی سایت اسکن کنید



برای دسترسی به سایت
نویسندگان اسکن کنید

قالب گذاری و ویراست علمی
• امین مرادی

تولید متن
• کیوان کلاهدوز

ادراک ریسک و رفتارهای پرخطر

اهمیت شناسایی عوامل خطر

شناسایی عوامل خطر بیماری برای پیشگیری، اهمیت بسیار زیادی دارد. عوامل اجتماعی و بیولوژیک هر دو در الگوی بروز بیماری نقش دارند. با این حال، سبک زندگی و رفتارهای مرتبط با سلامت افراد نیز نقش بسیار مهمی در پیشگیری از بیماری، ایجاد بیماری و حفظ سلامت ایفا می کنند. رفتارهایی که برای سلامت فرد زیان آور هستند، به دلیل خطر شناخته شده ای که برای سلامت ایجاد می کنند، رفتارهای پرخطر نامیده می شوند.

در سیاست های ارتقای سلامت، تأکید فزاینده ای بر مسئولیت افراد در قبال سلامت خود و ترویج تغییر رفتار برای کاهش خطر بیماری وجود دارد. این رویکرد بر موارد زیر تأکید می کند:

✱ خودکنترلی

✱ اعتدال در رفتار

✱ ارائه اطلاعات برای آگاه سازی مردم از خطرات سلامتی مرتبط با سبک زندگی و رفتارهای خاص

با این حال، توانایی افراد برای کنترل سبک زندگی، رفتارها و سلامت خود، تحت تأثیر شرایط اجتماعی و اقتصادی محل زندگی آنان محدود می شود.

آگاهی و رفتارهای پیشگیرانه

اگرچه ناآگاهی اغلب مانع اصلی پیروی از توصیه های سبک زندگی سالم است، شواهد فراوانی نشان می دهد که مردم عادی از بسیاری از خطرات شناخته شده سلامت آگاهی دارند؛ از جمله ارتباط بین سیگار کشیدن و سرطان ریه یا عوامل خطر مرتبط با بیماری های قلبی.

با وجود این، تحقیقات نشان داده اند که به دلایل زیر، صرف آگاهی، پیش بینی کننده قدرتمندی برای انجام رفتارهای پیشگیرانه نیست:

۱- فاصله زمانی بین رفتار و بروز بیماری

یکی از دلایل، طولانی بودن فاصله میان مصرف یک ماده مضر و بروز بیماری است. برای مثال، ممکن است سال ها طول بکشد تا مصرف زیاد زرده تخم مرغ و افزایش کلسترول به بروز بیماری قلبی منجر شود.

۲- نگرش افراد نسبت به عوامل مؤثر بر سلامت

افراد معمولاً باور دارند که احتمال وقوع یک رویداد منفی برای خودشان کمتر از آن چیزی است که شواهد علمی نشان می دهد، اما احتمال وقوع یک رویداد مثبت را برای خود بیشتر می دانند. برای مثال، ممکن است فرد تصور کند که مصرف یک قرص لاغری با احتمال بیشتری موجب کاهش وزن او خواهد شد. همچنین بسیاری از افراد معتقدند احتمال مبتلا نشدن خودشان به بیماری، نسبت به دیگران بیشتر است.

این دو مفهوم، خوش بینی مطلق غیرواقع بینانه (Unrealistic Absolute Optimism) و خوش بینی مقایسه ای غیرواقع بینانه (Unrealistic Comparative Optimism) نامیده می شوند. هر دوی این ها با مفهوم دیگری به نام کنترل پذیری ادراک شده (Perceived Controllability) ارتباط دارند؛ یعنی فرد احساس می کند اگر بیماری برای او رخ دهد، توانایی کنترل آن را خواهد داشت.

پیامدهای خوش بینی غیرواقع بینانه

خوش بینی غیرواقع بینانه می‌تواند آثار مثبت و منفی داشته باشد.

۱- پیامدهای منفی

ممکن است انگیزه افراد را برای انجام رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و اجتناب از رفتارهای آسیب رسان کاهش دهد. برای مثال، دست کم گرفتن مضرات سیگار و بیش برآورد کردن توانایی خود در ترک سیگار می‌تواند انگیزه ترک سیگار را تضعیف کند.

۲- پیامدهای مثبت

از سوی دیگر، خوش بینی غیرواقع بینانه ممکن است انجام اقدامات پیشگیرانه را تقویت کند، زیرا احساس خودکارآمدی و باور به کنترل پذیری رویدادهای منفی را افزایش می‌دهد.

اهمیت جنبه‌های مثبت یا منفی این نوع خوش بینی، تا حد زیادی به ماهیت مشکل سلامت بستگی دارد. برای نمونه، وضعیت فردی که از حمله قلبی بهبود یافته با یک مصرف کننده مواد مخدر تزریقی متفاوت است. درک خطر اهمیت اساسی دارد؛ زیرا افراد معمولاً تا زمانی که خود را در معرض خطر ندانند، رفتارهای محافظت کننده سلامت را انجام نمی‌دهند و از رفتارهای زیان آور اجتناب نمی‌کنند. پزشکان باید درباره برداشت‌های نادرست بیماران از بیماری که ناشی از عوامل فرهنگی یا اجتماعی است، گفت‌وگو کنند و در اصلاح این باورها نقش داشته باشند.

✓ همان گونه که شناخت برداشت‌های نادرست از خطر بیماری اهمیت دارد، رفتارهای پرخطر نیز باید در بستر زندگی افراد بررسی شوند.
✓ رفتارهای پرخطر اغلب در تعامل با دیگران شکل می‌گیرند و همین موضوع می‌تواند توضیح دهد که چرا برخی افراد رفتارهایی انجام می‌دهند که برای سلامت آنان زیان آور است.

مثلاً مردانی که در محیطی زندگی می‌کنند که افراد سیگاری فراوان هستند، معمولاً سیگار کشیدن را رفتاری پرخطر تلقی نمی‌کنند یا افرادی که در محیط زندگی خود با مرگ‌آشنایان بر اثر تصادف رانندگی مواجه شده‌اند، رانندگی را رفتاری پرخطرتر ارزیابی می‌کنند؛ زیرا این نوع مرگ معمولاً به صورت ناگهانی رخ می‌دهد.

اهمیت شناخت زمینه اجتماعی خطر

شناخت زمینه اجتماعی خطر، چه از نظر ادراک خطر و چه از نظر رفتارهای پرخطر، برای پزشکان در سلامت عمومی، ارتقای سلامت و برخورد با بیماران اهمیت فراوانی دارد.

پزشکان باید توضیحات و برداشت‌های خود بیماران را بشنوند، این برداشت‌ها را بر اساس تجربه زیسته بیماران منطقی تلقی کنند، شرایط اجتماعی و محیط زندگی بیماران را در نظر بگیرند و بررسی کنند که این شرایط چگونه بر رفتارهای سلامت افراد اثر می‌گذارند. این رویکرد موجب افزایش درک متقابل و همدلی میان پزشک و بیمار می‌شود.

✓ پزشکان باید از سرزنش بیماران به دلیل رفتارهای آسیب رسان به سلامت خودداری کنند؛ زیرا این رفتارها در بسیاری از موارد، پاسخی منطقی به شرایط اجتماعی نامناسب یا موقعیت‌هایی هستند که فرد کنترل اندکی بر آن‌ها دارد.

پیشگیری از بیماری و ارتقای سلامتی

هدف پیشگیری از بیماری و ارتقای سلامت، حفظ و ارتقای سلامت جامعه از طریق پیشگیری از بیماری و به حداقل رساندن پیامدهای آن است. پیشگیری به سه سطح تقسیم می‌شود:

✱ پیشگیری اولیه

✱ پیشگیری ثانویه

✱ پیشگیری ثالثیه

تفاوت این سه سطح در هدف هر یک از آنهاست.

۱- پیشگیری اولیه (Primary Prevention)

پیشگیری اولیه شامل اقداماتی است که با هدف حفظ سلامت افراد سالم و جلوگیری از بروز بیماری انجام می‌شود. این اقدامات از طریق موارد زیر تحقق می‌یابند:

✱ ارتقای بهداشت عمومی

✱ افزایش بهزیستی

✱ بهبود کیفیت زندگی

بنابراین، هدف پیشگیری اولیه، جلوگیری از ایجاد بیماری از طریق کنترل علل و عوامل خطر است.

پیشگیری اولیه زمانی امکان‌پذیر است که علت بیماری شناخته شده باشد. یکی از شناخته‌شده‌ترین نمونه‌های آن ایمن‌سازی جمعی است. واکسیناسیون علیه بیماری‌هایی مانند فلج اطفال، سل، سرخک و بسیاری از بیماری‌های دیگر از مهم‌ترین نمونه‌های پیشگیری اولیه محسوب می‌شود. با این حال، از آنجا که شناسایی عامل بیماری‌زا و تولید واکسن معمولاً سال‌ها پژوهش پزشکی نیاز دارد، اثر واکسیناسیون بر کاهش بروز برخی بیماری‌ها گاهی محدود است.

✓ ایمن‌سازی علیه فلج اطفال از معدود مداخلات پزشکی است که تأثیر قابل اثباتی در پیشگیری اولیه داشته است.

علاوه بر واکسیناسیون، آموزش بهداشت و اقدامات گسترده بهداشت عمومی که به افراد کمک می‌کنند از تماس با ویروس‌ها و باکتری‌ها اجتناب کنند، از ارزشمندترین مداخلات پیشگیری اولیه به شمار می‌روند.

۲- پیشگیری ثانویه (Secondary Prevention)

پیشگیری ثانویه عبارت است از کاهش پیامدهای شدید بیماری از طریق تشخیص زودهنگام و درمان به‌موقع. به عبارت دیگر، پیشگیری ثانویه شامل راهکارهایی است که امکان تشخیص سریع بیماری و مداخله مؤثر را، هم در سطح فردی و هم در سطح اجتماعی، فراهم می‌کنند.

پزشکان بیشترین نقش را در پیشگیری ثانویه دارند. گاهی نیز کمپین‌هایی با هدف افزایش احتمال تشخیص بیماری‌های خاص توسط پزشکان اجرا می‌شود.

غربالگری

برخی اقدامات پیشگیری ثانویه، مانند غربالگری بیماری‌ها از جمله سرطان روده بزرگ، تنها در صورتی موفق خواهند بود که بخش بزرگی از جمعیت در برنامه غربالگری شرکت کنند و اجرای برنامه از نظر اقتصادی مقرون به صرفه باشد.

۳- پیشگیری ثالثیه (Tertiary Prevention)

پیشگیری ثالثیه شامل مداخلاتی است که در مراحل پیشرفته‌ی بیماری انجام می‌شوند.

اهداف این مداخلات به طور کلی شامل موارد زیر هستند:

- * کاهش یا محدود کردن ناتوانی و نقص عضو
- * به حداقل رساندن رنج و آسیب ناشی از بیماری
- * افزایش توانایی سازگاری بیمار با شرایط غیرقابل درمان

با افزایش امید به زندگی، توجه به مراقبت از افرادی که از بیماری‌هایی مانند بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطان یا سکته‌ی مغزی جان سالم به در برده‌اند، اهمیت بیشتری یافته است.

هدف پیشگیری ثالثیه آن است که این بیماران، پس از تشخیص بیماری، بهترین وضعیت سلامت ممکن را برای طولانی‌ترین مدت تجربه کنند. پیشگیری ثالثیه نسبت به پیشگیری اولیه و ثانویه، طیف وسیع‌تری از شاخص‌های سلامت را در بر می‌گیرد و کاهش ناتوانی و ارتقای سلامت روان را دنبال می‌کند.

اجرای برنامه‌های ورزشی و توان‌بخشی برای بازماندگان سکته مغزی به منظور کمک به راه رفتن و بازیابی دامنه حرکتی و مراقبت از بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن ژنتیکی یا اکتسابی که در دوران کودکی یا اوایل بزرگسالی بروز می‌کنند از نمونه‌های پیشگیری ثالثیه هستند. این بیماری‌ها معمولاً درمان قطعی ندارند، اما می‌توان با اقدامات مناسب، میزان ناتوانی و ناراحتی ناشی از آن‌ها را کاهش داد؛ برای مثال، مراقبت از فرد مبتلا به آسم.

غربالگری

غربالگری سلامت نقش ارزشمندی در پیشگیری از بیماری و ارتقای سلامت ایفا می‌کند. برای کسانی که در غربالگری مثبت می‌شوند، امکان تشخیص زودهنگام یا شناسایی زودهنگام خطر وجود دارد و از مزایای مداخله پزشکی زودهنگام بهره‌مند می‌شوند. کسانی که در غربالگری منفی می‌شوند، احتمالاً از اطمینان بخشی بهره‌مند می‌شوند. اما اگر تکنیک‌های غربالگری صرفاً موجب افزایش اضطراب افراد شوند یا در برخی موارد به درمان بیش از حد (Overtreatment) منجر شوند، می‌توانند برای بیماران پیامدهای نامطلوبی نیز به همراه داشته باشند.

موارد قابل غربالگری

افراد را می‌توان از جنبه‌های مختلف غربالگری کرد.

نوع غربالگری	مثال
وجود بیماری	فیل کتونوری، سرطان پستان
پیش‌سازهای بیماری	سیتولوژی دهانه رحم، آزمایش HIV، آزمایش‌های ناهنجاری‌های کروموزومی
عوامل خطر بیماری	سیگار کشیدن، رژیم غذایی نامناسب، فشار خون بالا، بیماری هانتینگتون، جهش‌های ژن BRCA در سرطان پستان

مراحل پس از غربالگری

پس از مثبت شدن نتیجه غربالگری، مراحل بیشتری از آزمایش‌ها و مدیریت پزشکی آغاز می‌شود. هر یک از این مراحل، شامل فرایندهای اجتماعی و رفتاری نیز هستند.

۱- نتیجه مثبت کاذب

اگر نتیجه اولیه آزمایش مثبت یا مبهم باشد، اما در بررسی‌های بعدی نتیجه منفی قطعی به دست آید، یعنی فرد در ابتدا یک نتیجه مثبت کاذب یا نامعتبر دریافت کرده است. در چنین شرایطی، ممکن است بیمار حتی مدت‌ها پس از اطلاع از نتیجه منفی نیز همچنان اضطراب را تجربه کند.

۲- نتیجه مثبت واقعی

در صورت مثبت بودن واقعی نتیجه آزمایش، واکنش بیماران بسته به عوامل زیر متفاوت خواهد بود:

- * شدت بیماری
- * پیامدهای بیماری
- * درمان‌های موجود
- * امکان پیشگیری یا کنترل بیماری

گاهی واکنش بیماران برخلاف انتظار است. برای مثال، برخی افرادی که نتیجه آزمایش ژنتیکی آنان برای بیماری‌هایی مانند کره هانتینگتون یا پولیپوز مثبت بوده است، احساس آرامش را گزارش کرده‌اند؛ زیرا عدم قطعیت درباره وضعیت سلامتی آنان از بین رفته است. با این حال، هنگامی که غربالگری افراد در معرض خطر را شناسایی می‌کند، ممکن است برچسب «در معرض خطر بودن» پیامدهای روانی و اجتماعی ایجاد کند و فرد به گونه‌ای رفتار کند که گویی بیمار است، نه صرفاً در معرض خطر بیماری.

آثار روان‌شناختی غربالگری

مطالعات انجام‌شده درباره افرادی که در غربالگری، فشار خون بالای آنان تشخیص داده شده است نشان می‌دهد که این افراد اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند، علائم بیشتری را گزارش می‌کنند، مدت بیشتری از محل کار مرخصی می‌گیرند و در نتیجه مشارکت کمتری در فعالیت‌های اجتماعی دارند.

شدت این پریشانی به نحوه اطلاع‌رسانی نتایج نیز وابسته است. برای مثال، افرادی که تنها از بالا بودن فشار خون خود مطلع شده و بروشورهایی با عنوان «قاتل خاموش» دریافت کرده بودند، حتی ماه‌ها بعد نیز اضطراب بیشتری داشتند. در مقابل، افرادی که به طور کامل درباره ماهیت فشار خون بالا، نقش آن به عنوان یک عامل خطر و روش‌های کنترل و مدیریت آن آموزش دیده بودند، اضطراب کمتری را تجربه کردند.

نقش پزشک در غربالگری

پزشکان در تمام مراحل غربالگری نقش اساسی دارند. موفقیت برنامه‌های غربالگری، چه از نظر تشخیص و مدیریت صحیح بیماری و چه از نظر کاهش پیامدهای منفی احتمالی، تا حد زیادی به عملکرد پزشکان بستگی دارد.

وظایف پزشک در غربالگری عبارت‌اند از:

۱- ارائه غربالگری: دعوت افراد برای شرکت در برنامه‌های غربالگری.

۲- مشاوره درباره غربالگری: ارائه اطلاعات درباره روش انجام، مزایا، محدودیت‌ها و اطمینان از درک صحیح مطالب، به منظور کمک به تصمیم‌گیری آگاهانه.

۳- آموزش سلامت: پیش از غربالگری (مانند کلسترول سرم یا HIV) و پس از نتایج مثبت (مانند عوامل خطر بیماری‌های قلبی-عروقی).

۴- اطلاع‌رسانی درباره نتایج: ارائه توضیحات کافی برای درک صحیح نتایج توسط بیمار.

۵- مشاوره پس از نتایج مثبت: کمک به انتخاب آگاهانه و کسب رضایت آگاهانه.

۶- مدیریت بالینی: کمک به ایجاد تغییرات لازم در سبک زندگی، مانند ترک سیگار، اصلاح رژیم غذایی و افزایش فعالیت بدنی، مصرف دارو، رعایت رفتارهای جنسی ایمن‌تر، انجام غربالگری یا پیگیری‌های مکرر و...

پیامدهای اجتماعی ژنتیک جدید

خدمات تخصصی ژنتیک که مشاوره ژنتیک ارائه می‌دهند، در سال‌های اخیر رشد چشمگیری داشته‌اند.

در بسیاری از کشورها، مراکز ژنتیک به افراد یا خانواده‌هایی که دارای بیماری‌های ژنتیکی هستند یا در معرض خطر ابتلا به این بیماری‌ها قرار دارند، خدمات مشاوره ژنتیک ارائه می‌کنند. این خدمات توسط متخصص ژنتیک بالینی یا مشاور ژنتیک انجام می‌شود. هدف اصلی این خدمات، ارائه اطلاعات دقیق درباره بیماری ژنتیکی، معرفی آزمایش‌های ژنتیکی موجود، کمک به تصمیم‌گیری آگاهانه افراد درباره گزینه‌های پیش رو و انجام این فرایند به شیوه‌ای غیردستوری (Non-directive) است. با این حال، در این حوزه مسائل اخلاقی و معنوی پیچیده‌ای نیز مطرح می‌شود؛ از جمله حدود و معنای واقعی غیردستوری بودن مشاوره و لزوم یا عدم لزوم اطلاع‌رسانی به بستگان در معرض خطر.

بیماری‌های شایع ژنتیکی

بیشتر بیماری‌ها از نظر علت‌شناسی، چندعاملی هستند و حاصل تعامل ژن‌ها با یکدیگر و با محیط محسوب می‌شوند. تحقیقات می‌توانند به توسعه آزمایش‌هایی برای شناسایی استعداد ژنتیکی ابتلا به طیف گسترده‌ای از بیماری‌های شایع منجر شوند. هدف این مطالعات بهبود پیگیری، تشخیص و درمان می‌باشد.

در بیماری‌هایی مانند سرطان و بیماری‌های قلبی، در سال‌های اخیر، دو موضوع نوآورانه فناوری‌های توالی‌یابی کل ژنوم (Whole Genome Sequencing; WGS) و توالی‌یابی اگزوم (Whole Exome Sequencing; WES) به مرحله کاربرد عملی رسیده‌اند. پیش‌بینی می‌شود این روش‌ها به زودی در مراقبت‌های بالینی رایج ادغام شوند. این موضوع پرسش‌های جدیدی را نیز مطرح می‌کند؛ از جمله اینکه آیا افراد تمایل دارند که از یافته‌های اتفاقی (Incidental Findings) مطلع شوند یا خیر و آیا لازم است این اطلاعات به آنان ارائه شود.

باورهای بهداشتی، انگیزه و رفتار

رفتارهای ناسالم، مانند کم‌تحرکی، رژیم غذایی نامناسب، سیگار کشیدن و مصرف بیش از حد الکل با افزایش خطر مرگ زودرس، بیماری و ناتوانی همراه هستند.

برای تشویق افراد به انجام رفتارهای ارتقادهنده سلامت، ابتدا باید عوامل تعیین‌کننده رفتارهای سلامت را شناخت. متغیرهای اجتماعی-شناختی قابل اصلاح، نقش مهمی در پذیرش و تداوم رفتارهای ارتقادهنده سلامت دارند.

این متغیرها شامل موارد زیر هستند:

✱ نگرش

✱ ادراک

✱ باورهای فرد درباره محیط اجتماعی

✱ باورهای فرد درباره سلامت

✱ باورهای فرد درباره رفتارهای مرتبط با سلامت

در طول سال‌ها، مدل‌های اجتماعی-شناختی متعددی برای تبیین این رفتارها ارائه شده‌اند.

نظریه انگیزش محافظت (Protection Motivation Theory; PMT)

نظریه انگیزش محافظت که توسط راجرز (۱۹۷۵) ارائه شد، مدلی نظری برای تبیین انگیزه انجام رفتارهای مراقبتی از خود است. بر اساس این نظریه، انگیزش محافظت یا قصد فرد برای انجام رفتار، مهم‌ترین تعیین‌کننده رفتار مرتبط با سلامت است. این انگیزش تحت تأثیر دو ارزیابی شناختی اصلی قرار دارد.

۱- ارزیابی تهدید

این ارزیابی بر دو مؤلفه استوار است:

* میزان آسیب‌پذیری ادراک شده فرد

* شدت ادراک شده تهدید

این رویکرد مثلاً در مواجهه با بیماری سل به کار می‌رود.

۲- ارزیابی مقابله

این ارزیابی نیز شامل دو مؤلفه است:

* کارآمدی پاسخ (Response Efficacy): میزان اثربخشی یک اقدام درمانی یا پیشگیرانه، مانند واکسیناسیون، در کاهش تهدید.

* خودکارآمدی (Self-efficacy): میزان اعتماد فرد به توانایی خود برای اجرای آن اقدام.

✓ نظریه انگیزش محافظت، با وجود تأکید بر انگیزه و خودکارآمدی، نمی‌تواند به طور کامل توضیح دهد که چگونه نیت به رفتار تبدیل می‌شود. شواهد نشان می‌دهد که افراد، با وجود نیت‌های مطلوب، اغلب در تبدیل نیت به رفتار واقعی موفق نیستند. این پدیده با عنوان شکاف نیت-رفتار (Intention-Behavior Gap) شناخته می‌شود. بنابراین، نیت شرط لازم برای رفتار سلامت است، اما به تنهایی برای توضیح رفتار کافی نیست.

با وجود نیت‌های خوب برای حفظ و ارتقای سلامت، افراد اغلب در تبدیل این نیت‌ها به رفتار واقعی با شکست مواجه می‌شوند. برای کاهش شکاف بین نیت و رفتار، می‌توان از راهکارهای زیر استفاده کرد:

* ترغیب افراد به برنامه‌ریزی‌های مشخص و عملی.

* تشویق افراد به خودنظارتی بر رفتارهای خود.

* افزایش خودکارآمدی افراد.

خودنظارتی و خودارزیابی می‌تواند اجرای رفتارهای مرتبط با سلامت را بهبود بخشد. همچنین، افرادی که برای نحوه، زمان و مکان انجام یک رفتار برنامه‌ریزی مشخصی دارند و از پیش برای مقابله با موانع احتمالی نیز برنامه‌ریزی کرده‌اند، در دستیابی به اهداف مرتبط با سلامت موفق‌تر هستند.

خودکارآمدی نیز از طریق تشویق افراد به یادآوری و استفاده از تجربیات موفق گذشته و همچنین ترغیب و تقویت کلامی قابل افزایش است.

تأثیر فرایندهای شناختی و تغییر رفتار

فرایندهای شناختی و فکری تأثیر بسیار مهمی بر رفتارهای مرتبط با سلامت دارند. رفتارهای مراقبت از سلامت تحت تأثیر هزینه‌ها و منافع رفتار، درک فرد از حساسیت به بیماری، درک شدت بیماری، نشانه‌های درونی و بیرونی برای اقدام یا عدم اقدام، کنترل ادراک شده بر بیماری و نیز انگیزه‌ی انجام رفتار مرتبط با سلامت قرار می‌گیرند.

بنابراین، افکار و باورهای فرد درباره بیماری و سلامت، نقش مهمی در رفتارهای سلامت او دارند.

ناهماهنگی شناختی (Cognitive Dissonance)

ناهماهنگی شناختی حالتی از ناراحتی روان شناختی است که زمانی ایجاد می‌شود که باورها یا نگرش‌های فرد با رفتار او در تضاد باشند یا باورهای مختلف او با یکدیگر ناسازگار باشند. ذهن معمولاً برای کاهش این تعارض و احساس ناخوشایند ناشی از آن، به سوگیری‌های شناختی متوسل می‌شود.

مثلاً اگر فردی بداند که سیگار کشیدن موجب سرطان ریه می‌شود، اما همچنان به مصرف سیگار ادامه دهد، میان باور و رفتار او ناهماهنگی شناختی ایجاد می‌شود.

✓ افزایش آگاهی فرد از اینکه سیگار کشیدن آسیب‌پذیری او را نسبت به بیماری‌های جدی افزایش می‌دهد، می‌تواند زمینه ایجاد تغییرات شناختی را فراهم کند.
✓ از آنجا که پزشکان از جایگاه تخصصی برخوردارند، می‌توانند با ایجاد ناهماهنگی شناختی، پیروی بیماران از درمان و انجام مراقبت‌های لازم را افزایش دهند.

تغییر رفتار

تشویق افراد به پذیرش مسئولیت بیشتر در قبال سلامت خود، یکی از اهداف مهم خدمات مراقبت سلامت است. این هدف زمانی بهتر محقق می‌شود که افراد آگاهی مناسبی درباره نحوه عملکرد بدن، معنای علائم بیماری و نحوه اثر داروها داشته باشند. همچنین ارائه پیام‌های مستدل، مرتبط و قابل بازبینی، افراد را بیشتر برای پذیرش توصیه‌های سلامت متقاعد می‌کند.

✓ با این حال، تغییر رفتار تنها زمانی محتمل است که افراد به توانایی خود برای ایجاد تغییر باور داشته باشند و بتوانند این تغییر را به صورت تدریجی و همراه با حمایت انجام دهند.
✓ در غیر این صورت، احتمال دارد افراد پیام‌های ارتقای سلامت را رد کرده و باورهای قبلی خود درباره رفتارهای پرخطر را دوباره تقویت کنند.

زمینه اجتماعی تغییر رفتار به دو جنبه اصلی اشاره دارد:

* تلاش‌های فردی برای ترک یک رفتار مضر یا آغاز یک رفتار سودمند.

* تأثیر عوامل و شرایط اجتماعی بر نحوه تفکر و رفتار افراد.

تلاش‌ها برای ایجاد تغییر رفتار در سطح جامعه، زمانی موفق‌تر خواهند بود که نگرش‌ها و رفتارهای فرهنگی مرتبط با آن رفتار و همچنین عوامل تعیین‌کننده اجتماعی و اقتصادی مؤثر بر آن مورد توجه و هدف قرار گیرند. متخصصان سلامت نقش مهمی در حمایت از افراد برای تغییر رفتارهای سلامت‌محور دارند. علاوه بر این، نهادهای حرفه‌ای حوزه سلامت نیز می‌توانند با افزایش آگاهی اعضای خود و عموم مردم نسبت به سیاست‌های اجتماعی و اقتصادی زیان‌بار برای سلامت، در ایجاد محیط‌های حمایتی که زمینه‌ساز تغییر رفتارهای سالم هستند، نقش مؤثری ایفا کنند.

تلاش برای تأثیرگذاری بر رفتار افراد همواره با پیامدهای اخلاقی همراه است و باید این ملاحظات مورد توجه قرار گیرند. یکی از مهم‌ترین این ملاحظات، احترام به حق انتخاب افراد در تصمیم‌گیری درباره سلامت خود است.