

الگوهای متغیر

در سلامت*

سی ایچ. ال. شریدان و اس. ای. رادمکر

ترجمه مهدی ذاکری

بیل، پدر هفتادساله مری، بیمار درمان ناپذیری بود که از سرطان، دیابت و بیماری قلبی رنج می برد. او در اثر یک سکته در بستر افتاده بود و نمی توانست حرف بزند. روشن بود که درد زیادی داشت و ناامید بود. به مری و مادرش گفته بودند بعید است او تا یک هفته دیگر زنده بماند. سه روز بعد، معلوم شد قانقاریا در پای راست او پیشرفت کرده است. (در قانقاریا گوشت بدن فاسد می شود و همان طور که پیش می رود گازهای کشنده ای آزاد می کند.) پزشک های معالج او گفتند تنها راه های چاره این است که یا پای او را قطع کنیم یا بگذاریم که بمیرد. مری از آن ها پرسید که آیا پدرش می تواند با این وضع از یک عمل جراحی بزرگ جان سالم به در برد یا نه. آن ها به او گفتند که او بخت بسیار کمی برای جان سالم به در بردن دارد. سپس پرسید که آیا عمل جراحی درد آشکار او را آرامش می بخشد. آن ها گفتند چه بسا دردی که از قطع پا خواهد کشید بسیار شدید باشد. پزشکان صحبت هایشان را با توصیه به عمل جراحی به پایان بردند. مری و مادرش حیرت زده بودند. بیل در آخرین هفته عمرش بود و امیدی به بهبودی او وجود نداشت، عمل جراحی نه درد او را تسکین می بخشید نه عمر او را طولانی تر می کرد، و بعید بود از آن جان سالم به در ببرد. نهایتاً هم عمل جراحی هزارها دلار هزینه داشت. مری پرسید چرا آن ها در چنین شرایطی قطع پای او را توصیه می کنند. پس از یک سکوت دردناک، در نهایت یکی از آن ها

پاسخ داد: «زیرا ما آموخته‌ایم که این گونه بیندیشیم. ما بخش‌های شکسته را یا تعمیر می‌کنیم و یا از میان برمی‌داریم.»

وقتی آن پزشک گفت «ما آموخته‌ایم که این گونه بیندیشیم»، او الگوی غالب در حرفه‌اش را توصیف می‌کرد. الگوی زیست‌پزشکی. وقتی مری توصیه پزشکان را به قطع پای پدر در حال مرگش زیر سؤال برد، او این الگو را به چالش می‌کشید. در پایان قرن بیستم الگوی زیست‌پزشکی با چالش‌های بسیاری روبروست. ما کار خود را با بحثی درباره‌ی این مشکلات و حوادثی که به این مشکلات منجر شدند آغاز می‌کنیم، زیرا روانشناسی سلامت در این انقلاب سهم مهمی دارد. ما نمی‌خواهیم دستاوردهای عظیم زیست‌پزشکی را انکار کنیم یا از یک رهیافت انحصاری «سلطه‌ذهن بر بدن» به عنوان نوعی جایگزین برای پزشکی سنتی طرفداری کنیم. زیست‌پزشکی اغلب بسیار خوب عمل می‌کند. برای مثال، اخیراً یکی از اساتید همکار که آب مروارید داشت، با عمل جراحی جلیدیه‌های چشمانش را عوض کرد و یک یا دو روز بعد با بینایی صددرصد به سر کارش برگشت. ما فرض می‌کنیم که خوانندگان ما از طریق تجربه‌های خود، خانواده و دوستانشان به خوبی با موفقیت‌های زیست‌پزشکی معاصر آشنایی دارند. در واقع، بیشتر ما همیشه با سیلی از گزارش‌های رسانه‌ها از «معجزات» پزشکی مواجهیم. بیشتر ما نه تنها از موفقیت‌های زیست‌پزشکی اطلاع داریم، بلکه همچنین مایلیم درباره‌ی آن‌ها مبالغه کنیم. بیشتر مردم عوامل روانی و اجتماعی را برای سلامت جسمانی کم‌اهمیت یا غیر مهم می‌دانند. اما چنان‌که نشان خواهیم داد، شواهد علیه این دیدگاه هستند. ما نمی‌خواهیم از رهیافت‌های زیست‌شناختی-پزشکی بدگویی کنیم بلکه می‌خواهیم با منظور کردن عوامل قوی روانی-اجتماعی آن‌ها را تحکیم ببخشیم و تقویت کنیم.

الگوها: چارچوب‌های ذهنی علم تجربی

ذهن انسان همیشه مجذوب چارچوب‌های ذهنی‌ای می‌شود که به تعیین اینکه چگونه امور را ببینیم کمک می‌کنند. این چارچوب‌ها شاکله‌نمیده می‌شوند. نظریه‌پردازش اطلاعات می‌گوید ما نمی‌توانیم همه‌ی اطلاعاتی را که هر روز بر سر ما می‌ریزند پردازش کنیم. برای این که جهان را بفهمیم، اطلاعات را باید از فیلتر چارچوب‌های ذهنی بگذرانیم. سال‌ها قبل، روزنامه‌نگار آمریکایی، والتر لیمن (1922/1965) توصیف شیوایی از این فرایند ارائه کرد:

در بیشتر موارد، چنین نیست که ما ابتدا ببینیم، و سپس مشخص کنیم، بلکه ابتدا مشخص می‌کنیم و سپس می‌بینیم. در بی‌نظمی عظیم، پرسروصدا، و فلان فلان شده جهان بیرونی، ما آنچه را فرهنگ برای مان مشخص کرده برمی‌گزینیم، و مایلیم آن چیزی را که برگزیده‌ایم به صورتی که فرهنگمان برای ما کلیشه کرده است ادراک کنیم. (صص ۵۴-۵۵).

این چارچوب‌های ذهنی در نحوه دیدن، سازمان دادن و تفسیر اطلاعات ما اثر می‌گذارند. zeitgeist نقش مهمی در شکل دادن به این چارچوب‌های ذهنی دارد. zeitgeist اوضاع کلی اقتصادی، سیاسی و فرهنگی یک زمانه، «روح زمانه» است.

دانشمندان تجربی چارچوب‌های ذهنی شان را الگو (پارادایم) می‌نامند. الگو، مدل یا چارچوب چگونه اداره کردن علم است (Kuhn, 1962). الگو مسایلی را که می‌توانند تحقیق شوند تعیین می‌کند، و روش‌های تحقیق را که ممکن است به کار برده شوند معین می‌کند. آن مسائلی که با الگوی دانشمند سازگار نیستند معمولاً چرند یا فاقد ارزش تحقیق قلمداد می‌شوند. هرچند الگوها ممکن است توانایی ما را برای دیدن برخی چیزها محدود کنند، طرح منسجمی ارائه می‌کنند که دانشمندان می‌توانند حول محور آن، تلاش‌هایشان را برای فهم جهان هماهنگ سازند.

پزشکان، مانند دانشمندان، بسیار تحت تأثیر الگوها یا مدل‌ها هستند، هرچند اغلب به طور ناآگاهانه. آن‌ها الگوهای حرفه‌شان را، که بخشی از «پس زمینه فرهنگی ای» هستند «که آن‌ها در متن آن آموخته‌اند که پزشک شوند»، می‌آموزند و تلقی به قبول می‌کنند (Engel, 1980, p.535). یک ضرب‌المثل قدیمی می‌گوید «ماهی آخرین کسی است که آب را می‌شناسد». چون تمایل داریم کاملاً در الگویمان غرق شویم، نمی‌توانیم به آسانی به تأثیر آن بر خودمان توجه کنیم. مثلاً پزشک جوان مزبور باید پیش از آن که به مری بگوید چرا او و همکارانش قطع پای پدرش را توصیه می‌کنند، واقعاً تأملی می‌کند.

الگوی زیست پزشکی در مقابل الگوی زیست روان اجتماعی

در این بخش ما الگوهای زیست پزشکی و زیست روان اجتماعی را توضیح می‌دهیم و تاریخچه هر یک را بیان می‌کنیم. چالش فراروی الگوی زیست پزشکی و مقاومت آن را در برابر آن چالش بحث خواهیم کرد.

الگوی زیست پزشکی

الگوی غالب علم پزشکی در قرن بیستم الگوی زیست پزشکی نامیده می‌شود. این الگو به شدت متأثر از دوگانه‌انگاری دکارتی است. دوگانه‌انگاری دکارتی ذهن و بدن را دو جوهر جدا می‌داند. رنه دکارت (۱۶۵۰-۱۵۹۶) در قرن هفدهم تحت تأثیر عروسک‌های مکانیکی هم‌اندازه انسان بود که برای انجام حرکت‌هایی مشابه حرکت‌های انسان ساخته شده بودند. البته، آن‌ها نمی‌توانستند کارهای سطح بالای انسان را تکرار کنند، بلکه به نظر می‌رسید این اختراع‌های صرفاً مکانیکی برخی از کارکردهای انسان را تحقق می‌بخشند. این مشاهده سبب شد دکارت تصور کند که بدن ما مانند ماشین است، اما ذهن ما یک نوع موجود روحانی بسیار متفاوت است. بدین ترتیب میان کارکردهای ذهن و بدن شکاف عمیقی افتاد.

دیوید مک‌لنند، یکی از محققان برجسته در روانشناسی سلامت، الگوی زیست پزشکی را به عنوان یک الگوی مکانیک‌گرایانه توصیف می‌کند: «با بدن مانند ماشینی رفتار می‌شود که با حذف یا جایگزین ساختن بخش بیمار یا از بین بردن جسم خارجی‌ای که علت مشکل است تعمیر می‌شود» (1985, p.452). شما می‌بینید که این همان چیزی است که درباره پدر مری اتفاق افتاده است. آن‌ها می‌خواستند بیل را با حذف «بخش بیمار» تعمیر کنند، بدون اینکه اثر روانی‌ای را که این کار بر او و خانواده‌اش خواهد داشت ملاحظه کنند.

قبل از اینکه دوگانه‌انگاری دکارتی مقبول واقع شود، نقش عوامل روانی را در تعیین سلامت و بیماری بسیار مهم می‌دانستند. پزشکان پیش از دوران جدید صور خیالی و عواطف را مؤثرترین عوامل در فرآیند بیماری می‌دانستند. در مقابل، الگوی زیست پزشکی صور خیالی و عواطف را متعلق به ذهن و، بنابراین، عاجز از تأثیرگذاری بر بدن می‌داند.

کشف عوامل بیرونی بیماری مانند باکتری، ویروس، مواد شیمیایی و کمبود ویتامین‌ها، قوت این الگو را در پزشکی جدید افزایش داد. در چارچوب الگوی زیست پزشکی، فقط عوامل زیست‌شیمیایی بیماری ملاحظه می‌شوند. ابعاد اجتماعی، روانی و رفتاری خارج از این چارچوب تنگ قرار می‌گیرند و در نتیجه مغفول واقع می‌شوند (Engel, 1980).

پزشکی روان‌تنی

چالش در مقابل گسترش مدل زیست پزشکی در اصل برخاسته از پزشکی روان‌تنی است

(Engel, 1977). به رغم غلبه الگوی زیست پزشکی، پزشکی روان‌تنی از بیش از ۵۰ سال قبل یک علم نظام‌یافته و یک رهیافت درمانی بوده است (Lipowski, 1986). پزشکی روان‌تنی مطالعه تعامل عوامل روانی-اجتماعی و زیستی در سلامت و بیماری است. باید متذکر شویم که وقتی می‌گوییم پزشکی روان‌تنی، معنای روان‌تنی، «ساختگی» یا «موهوم» نیست. روان‌تنی یعنی این که ذهن و بدن هر دو دخیلند. به موازات روشن‌تر شدن این که همه کسانی که در معرض عوامل بیماری‌زا قرار می‌گیرند بیمار نمی‌شوند، این رهیافت گسترش یافت (Ader, 1980). همچنین روشن شد که عوامل زیستی‌ای که بر میزان احتمال بیماری تأثیر دارند فقط تعداد اندکی از موارد بیماری را تبیین می‌کنند (Syme, 1984). ادر (1980) پیشنهاد می‌کند که همه اختلالات را می‌توان روان‌تنی نامید زیرا مغز همه ورودی‌های حسی را دریافت و تفسیر می‌کند. اما با این همه باید نشان داده شود که عوامل زیستی، روانی و اجتماعی در تحت تأثیر قرار دادن سلامت و بیماری تعامل می‌کنند. پزشکی روان‌تنی مسیر طولانی‌ای را به سوی این هدف طی کرده، و مجموعه وسیعی از داده‌های موید ارتباط نفس و بدن را فراهم کرده است. اکنون محققان در حال کشف مکانیسم‌های دخیل هستند (Boriysenko, 1984; Pert, 1986).

یک تغییر الگو

به نظر می‌رسد اکنون زمان مناسب برای توسعه الگوی زیست پزشکی و تبدیل آن به الگوی زیست روان‌اجتماعی فرارسیده باشد. عوامل اجتماعی و روانی مؤثر بر مسائل مربوط به سلامت در دوره کنونی با چارچوب تنگ الگوی زیست پزشکی سازگار نیستند. رهیافت مکانیک‌گرایانه آن نارضایتی از نظام مراقبت‌های بهداشتی را به بار آورده است. الگوی زیست پزشکی از تخصص پشتیبانی می‌کند و مشوق اعتماد به درمان‌هایی است که پرهزینه و اغلب زیان‌آورند. به علاوه، مشوق پیش‌گیری، تقویت سلامت یا مسئولیت فردی برای سلامت نیست (Gordon and Fadiman, 1984). مقاومت بسیاری در برابر گسترش الگوی زیست پزشکی برای شمول عوامل روانی و اجتماعی وجود دارد. انگل (1977, 1980) می‌گوید الگوی زیست پزشکی فراتر از حدود یک الگوی علمی رفته است. به اعتقاد او این الگو مرجعیت و سنت حکم‌جزمی را به دست آورده است. یک الگوی علمی هنگامی که داده‌هایی کشف می‌شوند که با آن سازگار نیستند، مورد تجدیدنظر

قرار گرفته یا کنار گذاشته می‌شود. اما یک حکم جزمی در داده‌های معارض تصرف می‌کند تا با آن الگو سازگار شوند، یا وجود آن‌ها را نادیده می‌گیرد.

به‌رغم این مقاومت‌ها، الگوی زیست‌پزشکی با یک چالش جدی مواجه است. این فرض که فقط عوامل زیستی سلامت و بیماری شایسته تحقیق و عمل‌اند در حال زیر سؤال رفتن است. چه بسا این الگو به ما عادت داده باشد که فکر کنیم بیماری معلول یک نوع عامل یگانه است، اما آگاهی رو به رشدی وجود دارد نسبت به این که سلامت و بیماری ابعاد بسیاری دارند، عوامل روانی و اجتماعی کارکرد زیستی را تحت تأثیر قرار می‌دهند و در سلامت و بیماری نقش دارند.

الگوی زیست‌روانی-اجتماعی

الگوی زیست‌روانی-اجتماعی پیشنهاد نمی‌کند که تأثیرات زیست‌پزشکی را نادیده بگیریم. به یاد داشته باشید که «زیست» هنوز هم در «زیست‌روانی-اجتماعی» هست. جان کلام بسط دادن الگویمان برای شمول عوامل مهمی است که اکنون از چارچوب آن بیرون می‌افتند. (Engel, 1980; Jasnosi and Schwartz, 1985). جورج انگل این مسئله را به شیواترین وجه در رساله‌ای که در سال ۱۹۷۷ در دعوت به بسط الگوی زیست‌پزشکی نوشت و تبدیل به نقطه عطفی شد، بیان کرده است:

ما اکنون با این ضرورت و کار خطیر مواجهیم که رهیافت به بیماری را بسط دهیم تا شامل امور روانی-اجتماعی هم بشود، بدون این که مزایای بی‌شمار رهیافت زیست‌پزشکی فدا شوند (ص ۱۳۰).

گنجاندن عوامل روانی-اجتماعی در این الگو امکان رهیافت درمانی‌ای را فراهم می‌سازد که خصلت‌های انسانی هر دوی بیمار و پزشک را در نظر می‌گیرد. این الگویی واقع‌گرایانه‌تر در پرتو نقش مهمی است که شیوه‌های زندگی در بیماری‌های قرن بیستم دارند. با مدارک کامل اثبات کرده‌اند که عوامل رفتاری در هفتاد درصد علل عمده مرگ در ایالات متحده دخالت دارند (Raub, 1989). الگوی زیست‌روانی-اجتماعی مبتنی بر نظریه سیستم‌های کلی است. یکی از مفروضات اساسی این نظریه این است که در درون سیستم‌ها سیستم‌ها وجود دارند. به بیان دیگر هیچ چیزی به‌طور مجزا وجود ندارد. این رهیافت محققان و پزشکان را مجبور می‌سازد که دیدگاهی فراگیر را درباره کارشان بسط دهند. مثلاً، پزشکان را مجبور می‌سازد که آثار درمانشان را بر «کل» بیمار ملاحظه کنند، نه فقط بخشی که می‌خواهند «تعمیر کنند».

الگوی زیست پزشکی کل را فراموش می‌کند زیرا هر چیزی جز عوامل زیستی را نادیده می‌گیرد. بدین ترتیب فکر و ذکرش بدن و بیماری می‌شود و بیمار را به عنوان یک شخص فراموش می‌کند (Engel, 1980). اما دوباره می‌خواهیم تأکید کنیم که عوامل زیستی هم مهمند.

تعریف سلامت و واژه‌های مربوط

سلامت یکی از واژه‌هایی است که ابتدا فکر می‌کنیم تعریفشان آسان است، ولی بعداً می‌فهمیم که برای افراد متفاوت معانی متفاوت بسیاری دارند. استون (1979) متذکر شده است که مادام که نتوانیم بر سر معنا و چگونگی اندازه‌گیری سلامت به توافق برسیم، قادر نخواهیم بود به مسائل مربوط به این‌که چگونه می‌توانیم از آن مراقبت کنیم، آن را توسعه دهیم و آن را بهبود ببخشیم، پاسخ دهیم.

مفاهیم متغیر سلامت

این‌که ما بیمار شمرده شویم یا سالم صرفاً به این‌که چه احساسی داریم، یا به حال بدندان وابسته نیست. چه بسا حتی بیش از آن به اوضاع اقتصادی، سیاسی و فرهنگی زمانه‌ای که در آن زندگی می‌کنیم وابسته باشد. مثال‌های فراوانی از این‌که چگونه روح زمانه وضع بسیاری از حالات یا رفتارها را از لحاظ «سلامت» تعیین کرده است، وجود دارد. مثلاً در طی این قرن طرز نگرش‌ها به هم‌جنس‌بازی تحولات بسیاری یافته است. هم‌جنس‌بازی از یک «گناه» به یک «بیماری» و از «بیماری» به یک «شیوهٔ بدیل برای زندگی» تبدیل شده است. اخیراً، ویروس ایدز بسیاری از رفتارهای هم‌جنس‌بازان مرد را تبدیل به «عوامل خطر ساز» کرده است.

مصرف زیاد الکل اکنون یک بیماری دانسته می‌شود، اما در زمان‌های چندین دوری یک مشکل قانونی و اخلاقی دانسته می‌شد. حدوداً در همین زمان سیگار کشیدن یک رفتار مطلوب و جذاب دانسته می‌شد. آگهی‌های تمام صفحه پزشکی را برجسته می‌کردند که از مزایای سیگار کشیدن تعریف می‌کردند.

پس از این‌که رئیس اداره خدمات بهداشتی عمومی در آمریکا، در ۱۹۶۴، به ما هشدار داد که ممکن است سیگار کشیدن برای سلامت ما زیان‌آور باشد، سیگار کشیدن به یک خطر برای سلامت و یک عادت بد تبدیل شد. با پیدا شدن شواهد روزافزون برای این‌که استنشاق غیر مستقیم دود برای غیر سیگاری‌ها مضر است، سیگار کشیدن در حال تبدیل شدن به یک رفتار

به لحاظ اجتماعی ناپسند است (Glantz and Parmley, in press; USDHHS, 1986). آنچه یک نعمت یا یک نعمت شمرده می‌شود از فرهنگی تا فرهنگ دیگر تفاوت دارد. مثلاً ناواجوها^۱ دوقلو زایی را ناپسند می‌شمرند زیرا دوقلوها را نتیجه تعدد روابط جنسی و نیز اتفاق می‌دانند. در مقابل، تا همین اواخر دوجنسی بودن را حالت بسیار ارزشمندی می‌دانستند. ناواجوها همچنین از بچه‌هایی که با انگشتان اضافه و نارسایی‌های باسن متولد می‌شوند استقبال می‌کنند. از سوی دیگر، نسبت به بچه‌های با کام شکافته عکس‌العمل منفی دارند (Kunitz and Levy, 1981). زایمان مثال دیگری از چگونگی تفاوت دیدگاه‌های فرهنگ‌ها به یک فرایند واحد است. برخی از قبایل، زایمان را یک رویداد پزشکی نمی‌دانند. در این قبایل به نظر می‌رسد زنان درد کمتری را در هنگام زایمان احساس می‌کنند. شاید آن‌ها توجهشان را بیشتر بر آفرینش یک زندگی تازه یا منافع و شأن افزودن یک عضو تازه به خانواده یا قبیله متمرکز می‌کنند. اما بیشتر زنانی که در مراکز پزشکی بسیار پیشرفته زایمان می‌کنند، با وضع حمل درد را تداعی می‌کنند. ما نمی‌خواهیم بگوییم که زنان آمریکایی درد کشیدنشان را «تخیل» می‌کنند بلکه می‌خواهیم بگوییم که افراد تمایل دارند بر هر آنچه فرهنگشان برایشان برجسته کرده است تمرکز کنند. چه بسا زنان در فرهنگ ما [آمریکا] بر درد تمرکز کنند زیرا زایمان یک رویداد پزشکی دانسته می‌شود. اتاق‌های زایمان بیمارستان‌های سنتی با ابزارهای فنی چشمگیر، باعث می‌شود مادران به سختی بتوانند تولد را رویدادی «طبیعی» بدانند. اکنون بیمارستان‌ها به طور فزاینده به مادران گزینه‌ی اتاق‌های «تولد» را پیشنهاد می‌کنند. این شرایط مطلوب به اضافه تلاش‌هایی که برای تبدیل تولد به یک جشن، نه یک بیماری، صورت می‌گیرد، نمونه‌هایی از تحولات اخیر در مراقبت‌های بهداشتی‌اند که عوامل روانی-اجتماعی را به حساب می‌آورند.

تأثیر تعریف‌های سلامت

نحوه تعریف سلامت و بیماری می‌تواند نتایج اجتماعی، حقوقی و اقتصادی داشته باشد. عنوانی که به رفتار خاصی داده می‌شود تعیین می‌کند که ما به خاطر آن مجازات خواهیم شد یا درمان. این هم به سهم خود تعیین می‌کند که چه کسی هزینه آن را خواهد پرداخت و چگونه با آن برخورد می‌شود. مثلاً، اکنون که اعتیاد به الکل یک مشکل پزشکی شمرده می‌شود، معتادان به مراکز درمانی یا کلینیک‌های سرپایی فرستاده می‌شوند. درمان اعتیاد به الکل به یک کار سودآور

بزرگ برای صنعت پزشکی تبدیل شده است. هنگامی که اعتیاد به الکل یک مشکل حقوقی و اخلاقی قلمداد می‌شد، معتادان را اغلب به «سلول دائم الخمرها» می‌فرستادند.

چه بسا نحوه دسته‌بندی اعتیاد به الکل باز هم در فرایند تغییر باشد. دادگاه عالی ایالات متحده اخیراً حق اداره تأمین خدمات بازنشستگان ارتش امریکا را برای دسته‌بندی اعتیاد ابتدایی به الکل به عنوان «تخلف عمدی» تأیید کرد (Traynor v. Turnage and Mcklevey v. Turnage, 108 S. Ct., 1988). دیدگاه اکثریت فی الجمله مبتنی بود بر مجموعه گسترده‌ای از مکتوبات پزشکی که «قضیه اعتیاد به الکل یک بیماری است را زیر سؤال می‌برند» (ص ۱۳۸۳) این تصمیم اداره تأمین خدمات را مجاز می‌سازد که تعمیم امتیازات آموزشی را پس از دوره ده ساله به بازنشستگانی که اعتیاد به الکل را نوعی معلولیت قلمداد می‌کنند، انکار کند.

کتابچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات ذهنی (ویرایش سوم با تجدیدنظر) (DSM-III-R) مثال روشنی از آثار اقتصادی و سیاسی تعریف‌های مربوط به سلامت در اختیار ما می‌گذارد. این کتابچه اساساً راهنمای همه اختلالات پذیرفته شده روانی همراه با توصیف نشانه‌های اصلی آن‌هاست. این اختلالات و نشانه‌های آن‌ها را هیأتی از روانپزشکان و روانشناسان منتخب انجمن روانپزشکی آمریکا (APA) طبقه‌بندی کرده‌اند.

این کتابچه از آن رو مهم است که دادگاه‌ها، بیمارستان‌ها و شرکت‌های بیمه به طور کلی آن را قبول دارند. مثلاً، گرفتن هزینه از بیمه برای درمان بیماری‌ای که نشانه‌هایش در این کتابچه نیست، بسیار مشکل است. در سال ۱۹۸۰ این کتابچه اعتیاد به تنباکو را یک اختلال دانست. لئو (1985) می‌گوید که چه بسا این اختلال را برای این ابداع کرده باشند که شرکت‌های بیمه برای معتادانی که تلاش می‌کنند ترک کنند، هزینه درمان دریافت کنند.

چگونگی تعریف سلامت و واژه‌های مربوط به آن تأثیر عمده‌ای بر جامعه و بر ما به عنوان افراد دارد. در سال ۱۹۴۶ سازمان بهداشت جهانی، سلامت را به «حالت صحت کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و... نه صرفاً فقدان بیماری یا عارضه» تعریف کرد. تعریف این سازمان مشابه مفاهیم روانشناسان انسان‌گرایی مانند مزلو (1971) است. آن‌ها هدف انسان را تلاش برای تحقق بخشیدن به عالی‌ترین توانایی‌اش می‌دانند.

در واقع، چنین تعریفی از سلامت بدین معناست که افرادی نمی‌توانند در غیاب شرایط ایده‌ال اجتماعی، سیاسی و اقتصادی سالم باشند. یک شخص را هم مادام که نتواند عشق بورزد، کار

کند، و بیافریند، نمی توان سالم دانست. این نوع تعریف برای کسی که علاقمند است کمک کند تا افراد انسان های «کاملاً کارآمدی» بشوند، بسیار جذاب است.

متأسفانه، پذیرفتن چنین تعریفی خطراتی به بار می آورد. چنین تعریفی اجازه می دهد به هر کسی که ناراضی دانسته می شود برچسب «بیمار» بزنند. به لحاظ تاریخی، حکومت های فاسد از چنین تعاریفی سوءاستفاده کرده اند. آن ها افرادی را که با ایده آل های حکومتی هماهنگ نیستند به تیمارستان می سپرند و بدین وسیله مخالفان را کنترل می کنند.

تلاش ها برای اندازه گیری حالات سلامت اغلب بر موضوعات کارکرد ناقص متمرکز بوده است. لازم است هنگامی که تصمیم می گیریم چه کسانی و چگونه باید «کارکردهای» یک شخص را ارزیابی کنند، دقت کنیم. همیشه این خطر وجود دارد که افراد صرفاً به عنوان یک ابزار و نه به عنوان غایت فی نفسه قلمداد شوند. مثلاً، فنشل (1972) مقیاسی را طراحی کرد که مبتنی بود بر ارزیابی این که افراد تا چه حد می توانند از عهده فعالیت های معمولی روزانه شان بریایند. پیشنهاد او این بود که تعیین حدود مطلوب فعالیت ها بر عهده «مسئولان ارائه خدمات اجتماعی، وزرا و مدیران وزارتخانه ها» باشد. گویا فنشل افراد را ابزارهای دولت می داند. این یکی از مشکلات تعریف بیماری به عنوان محدودیت در کارکرد است.

زنجیره سلامت

از قرار معلوم راهی برای تعریف روشن سلامتی وجود ندارد. همیشه هنگامی که می خواهیم بر ساخته های اجتماعی را تعریف کنیم این مشکل وجود دارد. همانطور که قبلاً گفتیم چه بسا برخی ویژگی های تکوینی که یک فرهنگ آن ها را اختلال قلمداد می کند، در فرهنگ های دیگر حالات مطلوب به شمار بیاید. حتی درون فرهنگ واحدی، برخی از رفتارهای مضر بیماری قلمداد می شوند و رفتارهای به همان اندازه مضر دیگری قلمداد نمی شوند. برخی از رفتارها در یک دهه عادات بدند و در دهه بعدی بیماری می شوند. اما، درباره این که سلامتی چه هست و چه نیست قلمروهای مورد وفاقی نیز وجود دارد.

ظاهراً بین روانشناسان سلامتی اجماعی بر سر این که سلامتی صرفاً فقدان بیماری نیست وجود دارد (Stone, 1987; Weiner, 1982). ما در تفکر روزمره عادت کرده ایم که دیدگاهی دو مقوله ای درباره سلامتی و بیماری داشته باشیم. همانطور که یک خانم یا باردار است یا باردار

نیست، یک شخص هم یا مریض است یا مریض نیست. بدین ترتیب به ما هم یکی از این دو عنوان را می دهند: ما یا مریضم یا سالم. تاکنون توجه مراقبت های بهداشتی متمرکز بر حرکت دادن افراد از دسته بیماران به دسته تندرستان بوده است.

مفهوم دو مقوله ای بیماری و سلامت را به طور گسترده ای نقد کرده اند. اولاً، این مفهوم توجهی به طیف نقاط بین بیماری و سلامت نمی کند. شخصی که واقعاً بیمار نیست، اما به شدت در معرض خطر است، بسیار متفاوت با کسی است که در سلامت پایدار به سر می برد. شخصی که صرفاً یک بیماری خفیف دارد به هیچ وجه شبیه کسی نیست که بیماری های جدی متعددی دارد. توصیف واقعاً دقیق بیماری و سلامت آن ها را در یک زنجیره قرار می دهد. حالتی که در آن شخص به شدت در خطر مرگ زود هنگام است یک سر این زنجیره است. سر دیگر این زنجیره بهترین حالت سلامتی است که شخص در آن حالت کاملاً در مقابل بیماری مقاوم است. به طور کلی، سر سلامتی این زنجیره درجه ای را هم که در آن شادمانی و کمال زندگی تجربه می شوند به حساب می آورد. موقعیت ما در این زنجیره، ثابت نیست. حتی سالم ترین افراد هر از چندی روز بدی دارند.

دیدگاه دوگانه درباره بیماری و سلامت از برقرار ساختن تمایزهای دقیقتری که در دنیای "واقعی" وجود دارند عاجز است. چه بسا این دیدگاه ما را پذیرای این ایده سنتی بکند که مادام که به بیماری مبتلا نشویم مسائل مربوط به سلامت وجود ندارند. براساس دیدگاه رایج درباره مراقبت های بهداشتی، مادام که شخص دچار نوعی بیماری نشده، مراقبت های بهداشتی به فراموشی سپرده می شود. فقط پس از این که بیماری پیش آمد به دنبال درمان می گردیم. در مقابل، اگر بیماری و سلامت را در یک زنجیره قرار دهیم، باعث می شود اقداماتی انجام دهیم که ما را بیشتر به سمت بهترین وضع سلامت می برد (Antonovsky, 1979).

پی نوشت ها:

* این نوشته ترجمه بخشی از فصل اول کتاب زیر است:

Ch.L. Sheridan & S.A. Radmacker, *Health Psychology, Challenging the Biomedical Model*, (New York: Wiley, 1992), pp.1-8.

۱. هندیان آمریکایی ساکن در شمال نیومکزیک و آریزونا.

کتاب نامه:

- Ader, R. (1980). Psychosomatic and psychoimmunologic research. *Psychosomatic Medicine*, 42, 307-321.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*, San Francisco: Jossey-Bass.
- Benson, H. (1984). *Beyond the relaxation response*. New York: Times Books.
- Borysenko, I. (1984). Psychoneuroimmunology Behavioral factors and the immune response, *Revision*, 7, 56-65.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-135.
- Engel, G. L. (1980). The Clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544.
- Fanshel, S. (1972). A meaningful measure of health for epidemiology. *International Journal of health for epidemiology*. *International Journal of Epidemiology*, 1, 319-337.
- Glantz, S. A., & Parmley, W. W. (in press), Passive smoking and heart disease: Epidemiology, physiology, and biochemistry, *Circulation*.
- Gordon, J. S., & Fadiman, J. (1984). Toward an integral medicine. In J. S. Gordon, D. T. Jaffe, & D. E. Bresler (eds.), *Mind, body and health* (pp. 3-18). New York: Human Sciences.
- Janoski, M. L., & Schwartz, G. E. (1985). A synchronous systems model for health. *American Behavioral Scientist*, 28 (4), 468-485.
- Kuhn, T. S. (1962). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kunitz, S. J., & Levy, J. E. (1981). Navajos. In A. Harwood (ed.), *Ethnicity and medical care* (pp. 337-396) Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Lipowski, Z. J. (1986). Psychosomatic medicine: Past and present. Part 1. Historical background. *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, 2-7.
- Lippmann, W. (1965). *Public opinion*. Toronto, Ontario: First Free Press Paperback Edition. (Original work published in 1922.)

- Maslow, A. H. (1971). *The farther reaches of human nature*. New York: Viking Press.
- McClelland, D. C. (1985). The social mandate of health psychology. *American Behavioral Science*, 28, 451-467.
- Pert, C. B. (1986). The wisdom of the receptors: neuropeptides, the emotions, and bodymind, *Advances*, 3 (3), 8-16.
- Siegel, B. S. (1986). *Love, medicine, and miracles*. New York: Harper & Row.
- Siegel, B. S. (1989). *Peace, love, and healing*. New York: Harper & Row.
- Stone, G. C. (1979). Health and the health system: A historical overview and conceptual framework. In G. C. Stone, F. Cohen, & N. E. Adler (eds.), *Health psychology _ A handbook* (pp. 1-17). San Francisco: Jossey- Bass.
- Stone, G. C. (1987). The scope of health psychology. In G. C. Stone, S. M. Weiss, J. D. Matarazzo, N. E. Miller, J. Rodin, C. D. Belar, M. J. Follick, & J. E. Singer (eds.), *Health psychology: A discipline and a profession*. Chicago: University of Chicago Press.
- Syme, S. L. (1984). Sociocultural factors and disease etiology. In W. D. Gentry (ed.), *Handbook of behavioral medicine* (pp. 13-37). New York: Guilford Press.
- Traynor V Turnage* (108 S.Ct.). (1988). *Supreme Court Reporter* (interim ed.). St Paul. Minn.: West Publishing Co.
- Weil, A. (1983). *Health and healing: Understanding conventional and alternative medicine*. Boston: Houghton Mifflin.
- Weiner, H. (1982). Psychobiological factors in bodily disease. In T. Million, C. Green, & R. Meafher (eds.), *Handbook of clinical health psychology* (pp. 31-52). New York: Plenum Publishing Corp.