

# مداخلات روانشناختی بیماران دیابتی

مؤلف:

سعیده تماسی



روان آگاه

## محتوا

فصل اول: کلیات و مفاهیم.....	۹
رابطه بین سلامتی و شیوه زندگی در چشم‌اندازی تاریخی.....	۱۰
سبک زندگی به‌منزله عامل تعیین‌کننده سلامتی.....	۱۷
سلامتی به‌منزله تکلیفی تحمیل شده؟.....	۲۵
سواد سلامت.....	۲۷
نقش سواد سلامت در پیشگیری از بیماریها.....	۲۸
نقش سواد سلامت در سلامت عمومی.....	۳۰
نقش سواد سلامت در بهره‌گیری از خدمات سلامت.....	۳۱
فصل دوم: دیابت.....	۳۳
تعریف دیابت.....	۳۴
انواع دیابت.....	۳۴
دیابت نوع ۱.....	۳۵
دیابت نوع ۲.....	۳۵

دیابت حاملگی.....	۳۶
دیابت همراه با بیماری‌های دیگر.....	۳۶
پری دیابت.....	۳۷
همه‌گیرشناسی دیابت.....	۳۷
سبب‌شناسی دیابت.....	۳۹
عوارض دیابت.....	۳۹
عوارض زودرس.....	۳۹
هیپوگلیسمی (کاهش قند خون).....	۳۹
هایپر گلیسمی (افزایش قند خون).....	۴۰
عوارض دیررس دیابت.....	۴۱
نورپاتی دیابت (عوارض عصبی دیابت).....	۴۱
نفروپاتی دیابت (عوارض کلیدی دیابت).....	۴۲
رتینوپاتی (عوارض چشمی) دیابت.....	۴۲
درماتوپاتی دیابت (عوارض پوستی دیابت).....	۴۳
سندرم پای دیابتی.....	۴۴
عوامل خطر در دیابت نوع دو و مراقبت از خود.....	۴۴
چاقی و دیابت.....	۴۵
فعالیت بدنی و دیابت.....	۴۷
تغذیه و دیابت.....	۴۸
فشار خون و دیابت.....	۴۹
استرس و دیابت.....	۵۰
همبسته‌های روانی دیابت.....	۵۱
تیپ شخصیتی D.....	۵۱

۵۷.....	فصل سوم: روانشناسی دیابت.....
۵۷.....	تصور مردم درباره بیماری دیابت؟.....
۵۸.....	نقش روانشناس و علم روانشناسی در بیماری دیابت.....
۵۸.....	مشکلات و علایم روانشناختی بارز در بیماری دیابت.....
۵۹.....	راهکارهای مؤثر اتخاذ شده، در زمان رویارویی با بیماری دیابت.....
۶۴.....	اثرات روحی و روانی بیماری دیابت.....
۶۴.....	جنبه‌های روانی بیماری دیابت.....
۶۵.....	دیابت و روابط.....
۶۵.....	دیابت و رفتارها.....
۶۶.....	دیابت و نوسانات خلقی.....
۶۶.....	دیابت، بیماری که خیلی از بیماران را آشفته می‌کند.....
۶۷.....	جنبه‌های روانی دیابت و سلامت روان.....
۶۷.....	ضرورت بررسی مداخلات روانشناختی بیماری دیابت.....
۷۱.....	دیابت و افسردگی.....
۷۱.....	تأثیر افسردگی بر بیماری دیابت.....
۷۳.....	موارد نیاز به ارجاع بیمار مبتلا به دیابت برای دریافت خدمات بهداشت روان.....
۷۴.....	تأثیر فشارهای روحی بروی میزان قند خون.....
۷۵.....	روش‌های کاهش تنش روانی.....
۷۶.....	دیابت و استرس.....
۷۷.....	کنترل استرس.....
۷۸.....	درمان روان درمانی در بیماران دیابتی.....
۷۸.....	انکار.....
۷۹.....	علائم انکار.....
۷۹.....	حمایت اجتماعی بیماران دیابتی.....

۸۲.....کانون کنترل سلامت.....

۸۳..... فصل چهارم: مداخله ذهنآگاهی برای بیماران دیابتی .....

۸۴.....تعریف ذهنآگاهی.....

۸۶.....تاریخچه‌ی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی.....

۸۸.....نسخه‌های گوناگون درمان ذهنآگاهی.....

۹۱.....اثر بخشی درمان ذهنآگاهی مبتنی بر شناخت درمانی.....

۹۳..... فصل پنجم: درمان گروهی شناختی رفتاری و مصاحبه انگیزشی دیابت.....

۹۴.....اصول و مولفه‌های درمان شناختی رفتاری.....

۹۵.....هدف درمانگری شناختی رفتاری.....

۹۶.....کاربردهای درمان شناختی رفتاری.....

۹۷.....اثر بخشی درمان گروهی شناختی رفتاری در بیماران دیابتی.....

۹۸.....مداخله مصاحبهی انگیزشی.....

۹۹.....اصول و فنون مصاحبهی انگیزشی.....

۱۰۱.....در مصاحبهی انگیزشی از دو تکنیک به‌طور عمده استفاده میشود:.....

۱۰۲.....شواهد تجربی از کاربرد مصاحبهی انگیزشی در بیماران دیابتی.....

۱۰۴.....درمان افزایش انگیزه (MET).....

۱۰۵..... فصل ششم: مداخله‌ی گروهی روانی اجتماعی.....

۱۰۸.....اثر بخشی مداخلات روانی اجتماعی.....

۱۰۸.....مداخلات روانی اجتماعی گروهی در بیماران دیابتی.....

۱۱۱..... منابع .....

## فصل اول

### کلیات و مفاهیم

همواره سبک زندگی را عاملی مهم و اثرگذار بر سلامت قلمداد می‌نماییم؛ خواه سبک زندگی را، به‌صورتی نظام‌مند، روشی برای زندگی تلقی کنیم که درواقع برآمده از شرایط اجتماعی گوناگون و اثرات ناشی از آن شرایط است و خواه آن را، از منظر فرهنگ، نوع سبک زندگی یک فرد در نظر بگیریم که مشخصه آن وجود پیوندها و ارتباط درونی میان همه بخش‌ها و جوانب زندگی است. در حال حاضر، موضوع سلامتی، روزبه‌روز مورد توجه بی‌سابقه‌ای قرار می‌گیرد. سلامتی رفته‌رفته به‌صورت موضوعی درمی‌آید که از آگاهی و دانش کلی و جهان‌شمول گرفته تا نهادهای اجتماعی و نیز اقدامات خاص و ملموس (و اقتصادی) در زندگی افراد را در خود جای می‌دهد. بنا به گفته کارل کادا، سلامت همگانی (که در گذشته بی‌ربط به مواردی همچون امور خیریه، علم و برنامه‌های پیشگیری از بیماری تحت نظارت دولت نبود) به‌نوعی کالای بازاری مبدل شده است و البته بعید نیست ما نیز با او هم‌نظر باشیم. به‌همین دلیل، او به وصف و توضیح مفهوم پزشکی شدن می‌پردازد که به باور خودش، بر اساس نوعی مفهوم‌پردازی ژرف‌تر در خصوص ابعاد جامعه‌شناختی رشد و توسعه پزشکی، این مفهوم به یکی از زمینه‌های اصلی رشته پزشکی در اواخر قرن ۲۰ تبدیل می‌شود (نعیمی و همکاران، ۱۴۰۱). بنابراین، مفهوم سلامتی، با عنایت به ساختار درونی‌اش، چندان واضح و گویا

نیست و حتی همواره درباره زندگی یک فرد، واجد نوعی دلالت و بار مفهومی مثبت نیست. پزشکی همواره راه آسان‌تر را پی می‌گیرد که آن‌هم توصیف و تعریف بیماری‌هاست؛ برای مثال بنگرید به طبقه‌بندی آماری بین‌المللی بیماری‌ها و مسائل مربوط به سلامتی؛ در حال حاضر شکل ساده‌شده این طبقه‌بندی با عنوان طبقه‌بندی بین‌المللی عملکرد، ناتوانی و سلامت (ICF) موجود است. ICF به توصیف بیماری‌هایی اختصاص یافته است که به عملکردهای بدنی بی‌شماری مربوط‌اند. حوزه‌های (ICF) برحسب بدن یا دیدگاه‌های اجتماعی و فردی تعریف می‌شوند، به‌علاوه، به‌شکل نظام‌مندی، به دو فهرست کلی تقسیم می‌شود: ۱. ساختارها و عملکردهای بدنی و ۲. فعالیت‌ها و مشارکت. مفاهیمی که در سطر بالا ذکر شدند، جای عبارت‌های «اختلال» و «معلولیت» را گرفتند ICF. در واحدهای طبقه‌بندی خود، افراد مبتلا به بیماری را وارد نمی‌کند، بلکه در عوض، به وصف و شرح موقعیت شخص بر طبق بافت و چارچوبی معین یا زمینه‌ای مربوط به سلامتی می‌پردازد. این گذار از عبارت «چه کاری نمی‌توانم انجام بدهم» به سؤال «چه کار دیگری می‌توانم انجام بدهم؟» اثر خود را در رویکردهایی نمایان می‌سازد که به عوامل تعیین‌کننده سلامتی نظر دارند و به‌ویژه خود را در تأکید بر سبک زندگی فردی نشان می‌دهد؛ حال آنکه شیوه زندگی که، ضمن سایر موارد، شامل سیستم‌های مراقبت از سلامت نیز می‌شود، چندان مورد تأکید و توجه قرار نگرفته است (حسینی و همکاران، ۱۳۹۵).

### رابطه بین سلامتی و شیوه زندگی در چشم‌اندازی تاریخی

درک رابطه بین سلامتی و شیوه زندگی از جوانب تاریخی و اجتماعی فرهنگی تحت‌الشعاع قرار گرفته است. در همه دوره‌های تاریخ می‌توان به‌نوعی آگاهی از رابطه بین حیات و بقا، یا به‌عبارت‌دیگر، از دست دادن یا مجدداً به دست آوردن سلامتی، می‌توان پی‌برد. این شناخت و آگاهی هم‌شهودی و هم‌نظام‌مند [ضبط‌وربط‌دار] است و مطالعات گوناگونی از آن حمایت می‌کنند و نتیجه این مطالعات این بوده است (و

همواره به این نتیجه می‌رسند) که چه مراحل و مرتبه‌های فرهنگی خاصی ناظر به انسان، خواه برای جسم خواه برای روح او، اساسی تلقی می‌شوند. پرسیدن این سؤال که آیا مفهوم مادی زندگی، تعیین‌کننده سلامتی است یا مفهوم و معنای روان‌شناختی آن، اساس و مبنای طبقه‌بندی را تشکیل می‌دهد. از همان آغاز که آدمی رفته‌رفته به شناخت و آگاهی دست می‌یافت، همواره با این دو پرسش مواجه بوده است: [یکی] کدام‌یک از فرایندهای روان‌شناختی و فرایندهای فیزیولوژیکی بر دیگری تقدم و اولویت دارد و [دیگری] پرسش از نقش برابر و متقابل این دو. البته باید گفت که جهت‌گیری و مشرب فلسفی بنیادی پرسشگر با نحوه پرسیدن سؤالات مذکور ارتباط تنگاتنگی دارد. به دو شیوه متفاوت می‌توان به رابطه بین روح و جسم نگریست: [یکی اینکه] روح و جسم را دو پاره جدا از هم تلقی کنیم (دوگانه‌انگاری/ ثنویت) و [دیگری اینکه] آن‌ها را یک بعد کاملاً تعیین‌کننده [تعیین‌کننده مطلق] در نظر بگیریم (یگانه‌انگاری). یگانه‌انگاری می‌تواند ماهیتاً روان‌شناختی باشد که در این صورت نمایانگر «ایدئالیسم [آرمان‌گرایی]» یا «ذهن‌گرایی» محسوب می‌شود؛ یا می‌تواند ریشه در ماده داشته باشد که در این صورت، سخن از ماده‌گرایی به میان می‌آید. دوگانه‌انگاری تعاملی، مبنا و اساس جریانات فکری‌ای محسوب می‌شود که شیوه زندگی یا سبک زندگی را عامل تعیین‌کننده مهمی در باب سلامت تلقی می‌کنند. فرض دوگانه‌انگاری تعاملی این است که نوعی رابطه علی بین بُعد جسمی و بُعد ذهنی برقرار است؛ حال آنکه دوگانه‌انگاری مبتنی بر توازی‌گری جسمی تنی، مسلم فرض می‌گیرد این را که ابعاد جسمی و ذهنی به‌طور هم‌زمان در بدن انسان، به‌موازات هم و به شکل مستقل، عمل می‌کنند. سلامتی در جوامع ابتدایی، یا امری سحرآمیز رازآلود تلقی می‌شد یا به مذهب یا شیطان و امور شیطانی نسبت داده می‌شد؛ به همین ترتیب، حالات ناخوشی و سلامتی را معلول اعمال ارواح، الهه‌ها یا سحر و جادو می‌دانستند. به‌لأوه، این جوامع بیماری مختوم به مرگ را نشانگر قضا و قدر می‌پنداشتند و در غیر این حالت، آن را نتیجه کردار بد و ناشایست یا معصیت به‌شمار می‌آوردند. با این‌همه، ایشان مرگ را مرحله آخر زندگی قلمداد



نمی‌کردند. از این‌رو، تشخیص بیماری و درمان آن را در زمره وظایف و مسئولیت‌های کشیش‌ها یا افرادی می‌دانستند که با الهه‌ها دارای ارتباط و تماس از نزدیک هستند. در جوامع مذکور، از دست دادن سلامتی، موضوعی قضا و قدری محسوب می‌شد که حتی اگر علت آن سبک زندگی نامناسب و غلط فرد هم بوده باشد، یگانه راه بازگرداندن، آن مداخله قدرتی برتر یا عفو و بخشش فرد بیمار از سوی همان قدرت است. بدین ترتیب، می‌توان این رویکرد را یگانه‌نگاری آرمانی [خیال‌پردازانه] در نظر گرفت، گرچه عمدتاً علت آن، رنج و درد فیزیکی بود (خالقی و همکاران، ۱۳۹۸).

برای پی‌بردن به میزان آگاهی و شناخت یونانیان و رومی‌ها از موضوع سلامتی، می‌توان به مکتوبات اطبای عهد باستان، یعنی بقراط و جالینوس، توسل جست. سلامتی، طبق نظر این طبیبان، عبارت است از هارمونی [هماهنگی] و تعادل شماری از عناصر و کیفیات روانی و جسمی، به عبارت دیگر هماهنگی و تناسب میان نوشیدنی‌ها، انواع مزاج و اوضاع زمانی (اوقات روز و فصل‌ها). در مقابل، ناخوش‌حوالی به این معناست که تعادل این عناصر به هم ریخته شود، برای مثال نوعی بی‌تعادلی مابعات بدن، خون، بلغم، زهره سیاه و زهره زرد. بنابراین، پزشکان علم پزشکی را علم سلامتی و بیماری تعریف می‌کنند؛ جالینوس البته مفهوم «بی‌طرفی [خنثی بودن]» را به این تعریف افزود با این توضیح که حالت بی‌طرفی در میانه دو حالت سلامتی و بیماری جای می‌گیرد. به علاوه، در مورد سلامتی، سبک زندگی صحیح محل توجه و تأکید بود، خصوصاً توجه به نوعی رژیم غذایی متناسب با سن، شغل، فصل و... اغلب، درمان در چشمه‌های آب گرم صورت می‌پذیرفت، به عبارت دیگر، این مکان‌ها به همراه غذای سالم و به‌اندازه مناسب، رژیم غذایی، استراحت و خواب کافی، ورزش و روش‌ها و شیوه‌های گوناگون آب‌تنی، این امکان را فراهم می‌آوردند. در دوران باستان، تنی چند از فلاسفه در واقع بر روح و ذهن تأکید می‌کردند، چنانچه افلاطون صراحتاً ادعان می‌کرد که این جسم نیست که از آن روحی سالم و بی‌عیب و نقص پدید می‌آید، بلکه روح است که جسمی بی‌نقص و سالم پدید می‌آورد؛ اما در همین دوران نیز نوعی تعامل‌گرایی (پویا) روندگرای متوازن به چشم

می خورد. باری، به طور کلی، پزشکی را نه تنها یکی از صورِ عالیِ فرهنگ می دانستند بلکه آن را به عنوان مایهٔ ارتباطِ نزدیکِ وضعیتِ جسمی با فلسفه و خطابه به شمار می آوردند. فوکو در این باره می نویسد: «به گفته‌ی باورساک، این مدل پزشکی توأمان با پیدایش جریانِ سوفسطایی‌گریِ ثانویه بود و در ضمن، تعداد بی‌شماری از خطبایِ سرشناس، یا در حوزه پزشکی مورد تعلیم و تربیت قرار می‌گرفتند یا به این زمینه علاقه نشان می‌دادند» (فوکو، ۲۰۰۳، ۱۳۵). به همین دلیل رقابتی میانِ داعیه‌داران پزشکی و طرفدارانِ فلسفه برقرار بود. به باور فوکو، پلوتارک این مسئله را حل و فصل کرد: «پزشکی که تصور می‌کند بدون کمکِ فلسفه می‌تواند راه به‌جایی ببرد، در اشتباه است و در ضمن، انتقاد از فلاسفه نیز، آن‌هم به‌خاطر اینکه آن‌ها پا را فراتر از مرزهایِ دانشِ خود نهاده‌اند، کارِ اشتباهی است...» (رفیع زاده و همکاران، ۱۳۹۴).

پزشکی در این دوره در هیچ جنبه‌ای، از رشد و پیشرفتِ پایپای با علوم انسانی باز نمی‌ماند، اعم از اینکه این جنبه مربوط به دقتِ علمی، اهمیت یا رضایتِ خاطری باشد که برای اهل نظر به ارمغان می‌آورد و همه و همه به این دلیل است که پزشکی عرصه‌های مهمی از شناخت و آگاهی در بابِ عافیت و سلامتی می‌گشاید (فوکو، ۲۰۰۳، ۱۳۶). مسیحیان تلقی اهلِ یهود از پزشکی را می‌پذیرند؛ اصولِ اخلاقیِ این مفهوم از اصل و اساس ریشه در سنتِ شناخته‌شدهٔ شریعتِ یهود دربارهٔ خاخام‌هایی دارد که شایسته‌ترین سخنوران و مجریان‌اند. بسیاری از پزشکان در ابتدای امر، در کسوتِ خاخامی درآمده بودند و برآورد می‌شود که بیش از نیمی از نامدارترین نویسندگان و پژوهشگرانِ خاخام قرون وسطی، پزشک نیز بودند (سیدالشهدایی و همکاران، ۱۳۹۵).

در آیینِ یهود، سلامتی، بیماری و مرگ در قوانین و معیارهای اخلاقی جای دارند و این موضوع واجدِ جایگاهی فراتر از عرصهٔ پزشکی هستند. با اینکه می‌توان در اینجا ردی از نوعی تعامل‌گرایی پویا میان روح و جسم ناظر به مسئلهٔ سلامتی را پی گرفت، اساساً خبری از جنبه‌های جسمانی یا روحانی در کار نیست. آن دسته از اصول اخلاقی که در آیینِ یهود معتبر به‌شمار می‌روند، از قرار معلوم دو جنبهٔ سلامتی را هم‌سنگ در نظر