

روانشناسی

بیماری و ناتوانی



برای دسترسی به محتوای
روانشناسی سایت اسکن کنید



برای دسترسی به سایت
نویید اسکن کنید

قالب گذاری و ویراست علمی
• امین مرادی

تولید متن
• کیوان کلاهدوز

بیماری‌های قلبی (Cardiovascular Diseases)

بیماری‌های قلبی از شایع‌ترین علل بیماری و مرگ و میر در جهان هستند. مهم‌ترین آن‌ها عبارت‌اند از:

🌿 بیماری عروق کرونر (Coronary Heart Disease; CHD)

🌿 نارسایی احتقانی قلب (Congestive Heart Failure; CHF)

🌿 انفارکتوس میوکارد (Myocardial Infarction; MI)

🌿 آریتمی‌های قلبی

🌿 بیماری‌های مادرزادی قلب

🌿 بیماری‌های قلبی ناشی از فشار خون بالا، بیماری‌های تنفسی و اختلالات متابولیک

اهمیت بیماری عروق کرونر (CHD)

یکی از مهم‌ترین بیماری‌های قلبی در سطح جهان است. موربیدیتی (Morbidity) بالایی دارد. کیفیت زندگی (Quality of Life) بیماران را به طور قابل توجهی کاهش می‌دهد.

عوامل خطر بیماری ایسکمیک قلب (Ischemic Heart Disease)

- | | |
|----------------------|---|
| ❖ عوامل جسمی | ❖ اضافه وزن و چاقی (Overweight & Obesity) |
| ❖ سیگار کشیدن | ❖ عوامل روان‌شناختی |
| ❖ فشار خون بالا | ❖ اضطراب (Anxiety) |
| ❖ کلسترول بالا | ❖ تیپ شخصیتی A |
| ❖ رژیم غذایی نامناسب | ❖ استرس و دیسترس (Stress & Distress) |

✅ تجمع همزمان این عوامل، خطر ابتلا، عوارض بیماری (Morbidity و Comorbidity) و مرگ و میر (Mortality) را به طور چشمگیری افزایش می‌دهد.

سیستم SCORE

SCORE (Systematic COronary Risk Evaluation) توسط انجمن اروپایی قلب برای برآورد خطر بیماری‌های قلبی در ۱۰ سال آینده طراحی شده است.

عوامل مورد بررسی در SCORE شامل سن، جنس، وضعیت مصرف سیگار، فشار خون سیستولیک و کلسترول تام (Total Cholesterol) است و بر اساس این عوامل، خطر هر فرد محاسبه و طبقه‌بندی می‌شود.

تیپ‌های شخصیتی و بیماری قلبی

۱- تیپ شخصیتی A

- | | |
|----------------|--|
| ❖ حساس به زمان | ❖ رقابت طلب |
| ❖ عصبی | ❖ عجل |
| ❖ تحریک پذیر | ❖ کمال‌گرا |
| | ❖ علاقه‌مند به انجام سریع و دقیق کارها |

۲- تیپ شخصیتی B

* آرام
* انعطاف پذیر

* کم استرس تر
* سخت گیری کمتر نسبت به خود

✓ افراد دارای تیپ شخصیتی A استعداد بیشتری برای ابتلا به بیماری های قلبی، به ویژه CHD، دارند.



وضعیت اقتصادی اجتماعی (Socioeconomic Status)

وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین معمولاً با مصرف بیشتر سیگار، رژیم غذایی نامناسب و استرس شغلی بیشتر همراه است که این عوامل در کنار یکدیگر احتمال ابتلا به بیماری های قلبی و پیامدهای نامطلوب آن را افزایش می دهند.

کاهش مرگ و میر بیماری های قلبی

در سال های اخیر، مرگ و میر ناشی از بیماری های قلبی به دلیل اصلاح سبک زندگی، افزایش فعالیت بدنی، کنترل وزن، مداخلات درمانی مناسب، مدیتیشن و مدیریت استرس در بسیاری از کشورهای غربی کاهش یافته است.

انفارکتوس میوکارد (MI) و سلامت روان

انفارکتوس میوکارد یک بحران ناگهانی و تهدیدکننده حیات است که معمولاً باعث افزایش شدید اضطراب بیمار و خانواده می شود. اضطراب و به ویژه افسردگی، خطر مرگ و میر پس از ترخیص را افزایش می دهند. شدت دیسترس روانی الزاماً با شدت MI ارتباط مستقیم ندارد و حتی اقدامات پزشکی (Medical Procedures) نیز می توانند استرس را باشند. بنابراین، آموزش بیمار، کاهش ابهام، آماده سازی روانی پیش از مداخلات درمانی و تلاش در درمان اضطراب و افسردگی نقش مهمی در بهبود پیامدهای درمان دارند.

اهداف توانبخشی قلبی (Cardiac Rehabilitation)

- * اهداف اصلی توانبخشی قلبی شامل موارد زیر هستند:
- * کاهش استرس بیمار و خانواده
- * بهبود آمادگی قلبی-عروقی (Cardiovascular Fitness)
- * کاهش مرگ و میر
- * کاهش بستری مجدد
- * بازگشت بیمار به شغل و فعالیت های روزمره
- * افزایش عزت نفس (Self-esteem)
- * کاهش اضطراب و افسردگی
- * کاهش هزینه های درمان

سوء تغذیه (Malnutrition) و چاقی (Obesity)

سوء تغذیه

Malnutrition شامل دو حالت است:

Undernutrition (کم خوری)

Overnutrition (پر خوری یا تغذیه بیش از حد)

در این مبحث تمرکز اصلی بر Overnutrition و چاقی است.

شاخص توده ی بدنی (Body Mass Index; BMI)

BMI معیار اصلی ارزیابی وضعیت وزن است. این شاخص بر اساس سن و جنس متفاوت است، اما بازه ی کلی آن به صورت زیر ارزیابی می گردد:

وضعیت	شاخص توده ی بدنی
کم وزن (Underweight)	کمتر از ۱۸.۵
وزن طبیعی (Ideal BMI)	۱۸.۵ تا ۲۵
چاقی مرضی (Morbid Obesity)	بالتر از ۴۰

✓ در کودکان، ارزیابی بر اساس صدک های رشد انجام می شود.

Box 53.2 Body mass index (BMI) categories (children)	
BMI percentile cut-off	Category
At or below 2nd percentile	At risk of underweight
Above 2nd percentile and below 85th percentile	Healthy weight
At or above 85th percentile and below 95th percentile	At risk of overweight
At or above 95th percentile and below 98th percentile	At risk of obesity

Box 53.1 Body mass index (BMI) categories (adults)	
BMI	Category
Lower than 18.5	Underweight
18.5–24.9	Ideal
25–29.9	Overweight
30–39.9	Obese
40 and higher	Very obese

پیامدهای چاقی

چاقی یکی از عوامل خطر مهم برای بیماری های زیر است:

- بیماری های قلبی-عروقی
- بیماری انسدادی مزمن ریه (COPD)
- دیابت
- سرطان ها
- سندروم متابولیک

و همچنین می تواند کیفیت زندگی و سلامت روان را کاهش دهد.

مداخلات روان شناختی در درمان چاقی

روش های درمانی مختلفی وجود دارد؛ از جمله:

- * درمان شناختی (Cognitive Therapy)
- * رفتاردرمانی (Behavior Therapy)
- * روان درمانی (Psychotherapy)
- * ریلکسیشن
- * هیپنوتراپی
- * آموزش تنظیم هیجان (Emotion Regulation)

✓ درمان چاقی تنها اصلاح الگوی غذا خوردن نیست؛ بلکه باید عزت نفس، خودارزشمندی، تصویر ذهنی فرد از خود و تنظیم هیجان نیز مورد توجه قرار گیرند.

از جمله اهداف این مداخلات می توان به افزایش عزت نفس (Self-esteem)، افزایش خودارزشمندی (Self-worth)، کاهش اضطراب و افزایش خودکارآمدی (Self-efficacy) اشاره نمود.

AIDS و HIV

تشخیص HIV/AIDS می تواند فشار روانی شدیدی برای بیمار ایجاد کند.

عوامل مؤثر بر واکنش روانی بیمار

- * نحوه اطلاع رسانی تشخیص
- * شیوه ارجاع برای انجام آزمایش
- * نحوه برخورد کارکنان آزمایشگاه
- * شیوه اعلام نتیجه آزمایش

✓ اگر این مراحل به درستی مدیریت نشوند، ممکن است بیمار دچار آسیب روانی (Traumatization) شود و نیازمند حمایت روان شناختی باشد.

انگ اجتماعی دوگانه (Double Stigma)

بیماری HIV/AIDS، همانند سایر بیماری های منتقله از راه تماس جنسی (Sexually Transmitted Infections; STIs) و نیز بیماری های مراحل پایانی زندگی (Terminal Illnesses)، با داغ اجتماعی دوگانه (Double Stigma) همراه است.

اما انگ اجتماعی دوگانه دقیقاً چیست؟

۱- انگ اجتماعی ناشی از خود بیماری

صرف ابتلا به HIV برای بسیاری از افراد با قضاوت و برچسب اجتماعی همراه است.

۲- برخورد نامناسب دیگران با بیمار

حتی کارکنان درمانی نیز ممکن است تحت تأثیر تشخیص بیمار، برخوردی متفاوت و ناعادلانه با او داشته باشند که این مسئله می تواند کیفیت مراقبت و تجربه درمان بیمار را تحت تأثیر قرار دهد.

نقش حمایت روان شناختی

حضور یک فرد متخصص و حمایتگر می تواند به بیمار کمک کند تا نگرش واقع بینانه تری نسبت به آینده پیدا کند، راهبردهای مقابله ای (Coping Strategies) مؤثرتری بیاموزد و بحران ناشی از تشخیص بیماری را بهتر مدیریت کند.

چالش‌های روانی پس از تشخیص HIV

پس از تشخیص، معمولاً پرسش‌های متعددی ذهن بیمار را درگیر می‌کنند، از جمله اینکه چگونه موضوع را به شریک زندگی (Partner) اطلاع دهد، چه زمانی و چگونه خانواده را در جریان قرار دهد، چه افرادی باید از بیماری او مطلع شوند، وضعیت شغلی او در آینده چگونه خواهد بود، آینده زندگی شخصی و خانوادگی او چه تغییری خواهد کرد؟ این ابهامات می‌توانند موجب سردرگمی بیمار شوند.

راهبردهای مقابله‌ای (Coping)

در صورت نبود حمایت مناسب، بیمار ممکن است از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار (Maladaptive Coping Mechanisms) استفاده کند که پیامدهای روانی و اجتماعی بیماری را تشدید می‌کنند. در مقابل، حضور یک متخصص بدون قضاوت می‌تواند به بیمار در تصمیم‌گیری‌های مهم کمک کند، کیفیت زندگی او را حفظ کند، از خانواده و اطرافیان نیز حمایت نماید و نیز نقش مهمی در سازگاری بیمار با شرایط جدید داشته باشد.

سرطان (Cancer)

برداشت افراد از سرطان در فرهنگ‌های مختلف متفاوت است.

در برخی جوامع سرطان یک بیماری تابو محسوب می‌شود و حتی ممکن است ابتلا به آن به عنوان نوعی مجازات یا پیامد اعمال گذشته تلقی شود؛ در نتیجه، بیمار علاوه بر بیماری جسمی، با انگ اجتماعی و فشار روانی نیز روبه‌رو می‌شود.

✔ شدت فشار روانی ناشی از سرطان تا حد زیادی به فرهنگ و نگرش جامعه نسبت به این بیماری وابسته است.

سرطان یکی از بیماری‌هایی است که افراد بیشترین ترس را از ابتلا به آن دارند. این ترس می‌تواند بر تصمیمات درمانی و روند سازگاری بیمار تأثیر بگذارد.

عوامل مؤثر بر روند درمان

عوامل رفتاری و روان‌شناختی نقش مهمی در مسیر درمان دارند.

نمونه‌هایی از این عوامل عبارت‌اند از:

- * پذیرش یا عدم پذیرش بیماری
- * ادامه دادن یا رها کردن درمان
- * میزان افسردگی و اضطراب
- * نوع راهبردهای مقابله‌ای بیمار
- * نگرش بیمار نسبت به آینده

✔ گاهی بیمار به دلیل ترس، افسردگی یا سازگاری نامناسب، درمان را پیگیری نمی‌کند که این مسئله می‌تواند بر پیش‌آگهی بیماری اثر منفی بگذارد.

نقش راهبردهای مقابله‌ای (Coping Strategies)

راهبردهای مقابله‌ای که بیمار انتخاب می‌کند می‌تواند بر همکاری بیمار با درمان، تحمل درمان‌های پزشکی، سازگاری با بیماری، کیفیت زندگی و در نهایت بر روند کلی درمان اثرگذار باشند.

هر فرد، سرطان را با معنایی متفاوت تجربه می‌کند. این معنا می‌تواند بر احساساتی مانند ناامیدی، تنهایی، احساس پوچی و امید به آینده تأثیر عمیقی بگذارد.

نقش مداخلات روان‌شناختی

روان‌پزشکان، روان‌شناسان و روان‌درمانگران می‌توانند به بیمار کمک کنند تا معنای سازگارانه‌تری برای بیماری خود پیدا کند، سرطان را به عنوان بخشی از مسیر زندگی بپذیرد، از احساس ناامیدی، تنهایی و پوچی فاصله بگیرد و امید و انگیزه بیشتری برای ادامه درمان و زندگی پیدا کند.

ناتوانی (Disability)

ناتوانی به هرگونه محدودیت در توانایی انجام فعالیت‌های روزمره گفته می‌شود. علل آن می‌تواند بیماری‌های جسمی، فلج مغزی (CP)، آرتریت روماتوئید، سکته‌ی مغزی، ام‌اس (MS)، آسیب‌های ناشی از تصادف و سایر بیماری‌های مزمن باشد.

✓ حدود ۲۱٪ کودکان و بزرگسالان در بریتانیا دارای نوعی ناتوانی محدودکننده هستند.

✓ شیوع ناتوانی با افزایش سن رابطه مستقیم دارد.

✓ در افراد بالای ۷۵ سال شیوع به حدود ۵۰٪ می‌رسد.

عوامل خطر

🏠 درآمد پایین

🏠 وضعیت اقتصادی ضعیف

🏠 سیگار کشیدن

🏠 سبک زندگی ناسالم

ارزیابی ناتوانی

۱- شاخص ADL (Activities of Daily Living)

بررسی توانایی انجام فعالیت‌های پایه زندگی مانند غذا خوردن، لباس پوشیدن، استحمام، استفاده از سرویس بهداشتی و جابه‌جایی.

۲- شاخص بارتل (Barthel Index)

یکی از معتبرترین ابزارهای ارزیابی ناتوانی که غذا خوردن، استحمام، آراستگی، لباس پوشیدن، کنترل ادرار، کنترل مدفوع، استفاده از توالت، جابه‌جایی، راه رفتن، بالا و پایین رفتن از پله را بر حسب امتیازی از ۰ تا ۱۰۰ بررسی می‌کند.

مدل های ناتوانی

- ۱- مدل پزشکی (Medical Model): ناتوانی ناشی از بیماری یا آسیب جسمی است.
- ۲- مدل اجتماعی (Social Model): فرد به علت محدودیت ها دچار انزوا، کاهش مشارکت اجتماعی و حذف از جامعه می شود.
- ۳- مدل روان شناختی (Psychological Model): اختلالات جسمی یا روانی باعث اختلال در هیجان، رفتار و عملکرد روزمره می شوند.

طبقه بندی بین المللی عملکرد (ICF)

سه سطح اصلی دارد:

- ۱- Impairment: اختلال در ساختار یا عملکرد بدن
- ۲- Activity Limitation: ناتوانی در انجام فعالیت ها
- ۳- Participation Restriction: ناتوانی در مشارکت اجتماعی

اختلال یادگیری (Learning Disability)

کاهش قابل توجه توانایی در یادگیری اطلاعات جدید، درک مفاهیم پیچیده، یادگیری مهارت های جدید، زندگی مستقل و سازگاری با موقعیت های جدید.

علل

- ژنتیکی
- سندرم X شکننده (Fragile X)
- سندرم داون

بیماری ها

- اختلال طیف اوتیسم: حدود ۵۰٪ مبتلایان اختلال یادگیری نیز دارند.
- فلج مغزی

عوامل حین تولد

- کمبود اکسیژن
- زایمان زودرس
- عفونت ها
- آسیب مغزی

پیامدها

- مردان مبتلا به طور متوسط ۱۳ سال و زنان مبتلا حدود ۲۰ سال کمتر از جمعیت عادی عمر می کنند.
- بیماری های همراه همچون بیماری های قلبی، تنفسی، صرع، اختلالات روان پزشکی و دمانس زودرس مشاهده می شود.
- این افراد بیشتر در معرض سوءاستفاده، زورگویی (Bullying) و انگ اجتماعی (Stigma) قرار دارند.

اصول برخورد با این افراد

- * در جامعه زندگی کنند و ایزوله نشوند.
- * به عنوان فرد مستقل با آن‌ها رفتار شود.
- * در تصمیم‌گیری‌ها مشارکت داشته باشند.
- * از خدمات تخصصی و اجتماعی بهره‌مند شوند.

آسم (Asthma) و COPD

آسم ریشه‌ی ژنتیکی دارد و از کودکی تا سالمندی ممکن است دیده شود.
COPD وابسته به مصرف سیگار است؛ در واقع یک بیماری پیشرونده و وابسته به سبک زندگی است.
در هردوی این بیماری‌ها، تنگی نفس و حملات تشدید بیماری (Exacerbation) مشاهده می‌گردد.

عوامل تشدیدکننده

۱- آسم

- 👤 آلرژن‌ها
- 👤 عفونت‌ها

۲- COPD

- 👤 عفونت‌ها
- 👤 مصرف سیگار

عدم پایبندی به درمان (Non-adherence)

۱- غیر عمدی:

فراموشی یا ناتوانی در استفاده صحیح از اسپری

۲- عمدی:

- * مصرف دارو فقط هنگام علامت‌دار شدن
- * قطع دارو برای امتحان کردن وضعیت
- * ترس از کورتون

✓ ترک سیگار در هر سنی سرعت کاهش عملکرد ریه را به سطح طبیعی برمی‌گرداند، اما آسیب ایجادشده را جبران نمی‌کند.
✓ موثرترین درمان، به شکل ترکیبی از مشاوره و مصاحبه‌ی انگیزشی و درمان جایگزین نیکوتین (NRT) می‌باشد.

عوامل افزایش مرگ‌ومیر در آسم و COPD

- | | |
|------------------------------|---|
| 👤 سوء مصرف مواد و الکل | 👤 افسردگی |
| 👤 انزوای اجتماعی | 👤 انکار بیماری |
| 👤 بیکاری و مشکلات مالی | 👤 سابقه بیماری روان‌پزشکی |
| 👤 عدم مراجعه منظم برای ویزیت | 👤 مصرف بنزودیازپین‌ها و برخی داروهای آرام‌بخش |

جنبه‌های روان‌شناختی مرگ

پزشکی‌سازی مرگ

مرگ از یک پدیده‌ی خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی به یک پدیده‌ی پزشکی و بیمارستانی تبدیل شده است. پیامدهای منفی این اتفاق، افزایش انگ نسبت به مرگ و انتقال مراقبت از خانواده به تیم درمان و پیامدهای مثبت آن، امکان گفت‌وگوی بیشتر درباره مرگ، توجه بیشتر به خواسته‌های بیمار و آشکار شدن نیازهای روان‌شناختی بیماران است.

محل مرگ

اکثر افراد ترجیح می‌دهند در خانه فوت کنند؛ اما طبق آمار بریتانیا (۲۰۱۰)، حدود ۵۳٪ مرگ‌ها در بیمارستان رخ می‌دهد. برای اینکه بیمار بتواند روزهای پایانی عمر را در منزل سپری کند، وجود موارد زیر اهمیت دارد:

- * مراقبت پرستاری کافی
- * کنترل مناسب علائم
- * وضعیت مالی مناسب
- * فراهم بودن تجهیزات پزشکی در منزل
- * دسترسی به متخصص طب تسکینی (Palliative Care)

این موارد عمدتاً درباره بیماران مرحله انتهایی بیماری (End-stage) مطرح است؛ یعنی بیمارانی که درمان مؤثر دیگری برای بهبود بیماری آن‌ها وجود ندارد. ✓

مراحل روان‌شناختی مواجهه با مرگ (مدل کوبلر راس)

بیماران در آستانه مرگ معمولاً چند مرحله روان‌شناختی را تجربه می‌کنند.

۱- انکار (Denial)

اولین مکانیسم دفاعی هر شخص است. بیمار شدت بیماری را انکار می‌کند، حتی با وجود اطلاع از نزدیک بودن مرگ برای آینده‌ی خود برنامه‌ریزی می‌کند و حتی اضطراب اولیه کاهش می‌یابد.

۲- خشم (Anger)

خشم ممکن است متوجه تیم درمان، پروردگار، سرنوشت و اطرافیان باشد.

۳- چانه‌زنی (Bargaining)

بیمار با اقداماتی مثل نذر کردن، دعا کردن و قول انجام کارهایی خاص تلاش می‌کند زمان بیشتری به دست آورد.

۴- افسردگی (Depression)

بیمار دچار سوگ پیش‌بینانه (Anticipatory Grief) و غم از دست دادن زندگی، خانواده و آینده می‌شود.

۵- پذیرش (Acceptance)

در این مرحله، آرامش بیشتری ایجاد می‌شود. بیمار بالاخره واقعیت مرگ را می‌پذیرد.

این مراحل خطی و ثابت نیستند. بیمار ممکن است بین مراحل جابه‌جا شود، بعضی مراحل را چند بار تجربه کند و برخی مراحل را اصلاً تجربه نکند. ✓

مرگ خوب (Good Death)

ویژگی‌های یک مرگ «خوب» شامل موارد زیر می‌شوند:

- * حضور عزیزان
- * امکان انتخاب محل و نحوه مراقبت
- * احساس کنترل بر روند مرگ
- * کنترل مناسب درد و علائم
- * کاهش اضطراب
- * پذیرش بیمار و خانواده

مرگ بد (Bad Death)

مرگ «بد» نیز ویژگی‌هایی دارد:

- * درد و علائم کنترل نشده
- * اضطراب شدید
- * عدم پذیرش بیمار
- * مبارزه تا آخرین لحظه
- * آسیب شدید روانی به خانواده

مرگ اجتماعی (Social Death)

حالتی است که در آن بیمار پیش از مرگ جسمی از نظر اجتماعی نادیده گرفته می‌شود. قطع ارتباط کلامی اطرافیان، بی‌توجهی کادر درمان و احساس بی‌ارزشی بیمار از علائم آن هستند.

جهت جلوگیری از تجربه مرگ اجتماعی، می‌بایست ارتباط انسانی و صحبت کردن با بیمار تا لحظه‌ی آخر ادامه یابد و به او اطمینان داد که تا آخرین لحظه تنها نخواهد بود.

وظایف کادر درمان پس از مرگ

اعلام خبر فوت توسط تیم درمان، فراهم کردن امکان مشاهده جسد برای خانواده (در صورت صلاحدید)، کمک به آغاز فرآیند سوگواری و یک خداحافظی نهایی با خانواده از وظایف تیم درمان پس از مرگ می‌باشند.

پزشک باید اضطراب شخصی خود نسبت به مرگ را مدیریت کند؛ در غیر این صورت ممکن است کیفیت مراقبت کاهش یابد و ارتباط درمانی با بیماران آسیب ببیند.

دیابت (Diabetes Mellitus)

مهم‌ترین انواع دیابت، دیابت نوع ۱ (Type ۱) و دیابت نوع ۲ (Type ۲) هستند که تفاوت اصلی آن‌ها در پاتوفیزیولوژی بیماری است.

دیابت فقط یک بیماری داخلی نیست، بلکه یکی از مهم‌ترین مشکلات نظام سلامت جهان است. طبق پیش‌بینی‌ها، تا سال ۲۰۳۰ حدود ۱۰٪ بزرگسالان جهان مبتلا خواهند بود. در بریتانیا، سالانه حدود ۱۰ میلیارد پوند - معادل ۱۰٪ بودجه سلامت - صرف دیابت می‌شود.

عوارض مهم دیابت

- 👤 بیماری‌های قلبی
- 👤 بیماری‌های کلیوی
- 👤 سایر عوارض مزمن متابولیک

پیش‌دیابت (Prediabetes) مرحله‌ای است که قند خون افزایش یافته، اما هنوز معیار تشخیصی دیابت کامل را ندارد. با اصلاح سبک زندگی می‌توان خطر ابتلا به دیابت را تا ۶۰٪ کاهش داد.

ارتباط افسردگی و دیابت

بین افسردگی و دیابت همبودی قابل توجهی وجود دارد و این ارتباط به ویژه در دیابت نوع ۱ بیشتر دیده می شود.

۱- مکانیسم بیولوژیک

افسردگی با افزایش عوامل التهابی موجب کاهش حساسیت به انسولین می شود.

۲- مکانیسم رفتاری

بیماران افسرده معمولاً انگیزه کمتری دارند، خودمراقبتی را رها می کنند و درمان را کمتر پیگیری می کنند.

درمان افسردگی باعث افزایش خودمراقبتی، افزایش خودمدیریتی و نهایتاً بهبود کنترل دیابت می شود.

✓ در انتخاب داروهای روان پزشکی باید دقت شود دارو باعث تشدید دیابت یا اختلالات متابولیک نشود.

محور اصلی درمان دیابت، خود بیمار است. پایش منظم قند خون، رعایت رژیم غذایی، فعالیت بدنی و مصرف صحیح داروها وظایفی هستند که یک بیمار دیابتی در قبال درمان خود بر عهده دارد.

برنامه های آموزشی دیابت

۱- DAFNE

مخصوص دیابت نوع ۱ است که هدف آن، آموزش تنظیم دوز انسولین متناسب با میزان غذای مصرفی می باشد.

۲- DESMOND

مخصوص دیابت نوع ۲ تازه تشخیص داده شده است که هدفش آموزش بیماری و نحوه ی اصلاح سبک زندگی، تغذیه صحیح و خودمدیریتی است.