

در بسیاری از تعالیم فلسفی، معنوی و روانشناختی، اهمیت کیفیت سطح هوشیاری¹ یک فرد در دستیابی به تداوم و افزایش بهزیستی²، اصل اساسی و مرکزی است. هوشیاری به صورت آگاه بودن و توجه داشتن به شناخت، هیجان ها، انگیزه ها و دروندادهای حسی و ادراکی تعریف می شود. هوشیار بودن، هم آگاهی و هم توجه داشتن را در بر می گیرد. اخیراً یک جنبه ی خاص از هوشیاری به نام بهوشمندی³ در مفاهیم روانشناسی اهمیت قابل توجهی یافته است. به طور اساسی، بهوشمندی کیفیت هوشیاری محسوب می شود. چنین بیان می شود که افراد از طریق افزایش دو کارکرد هوشیاری (آگاهی⁴ و توجه⁵)، می توانند از بهوشمندی سخن بگویند. بهوشمندی ارتباط بسیار نزدیکی با سبک شناختی دارد. یعنی بهوشمندی در جایی بین شخصیت و شناخت قرار می گیرد و یک روش بهتر برای اندیشیدن را ارائه می کند. بنابراین، کاربرد تمرین ها و مراقبه ی بهوشمندی مهارتی است که فرد می تواند آن را یاد بگیرد. کاربرد تمرین ها و مراقبه ی بهوشمندی به عنوان یک مداخله ی درمانی در سال های اخیر پیشرفت زیادی داشته است (کستانسکی⁶ و هاسد⁷، 2008).

یادگیری مراقبه ی بهوشمندی می تواند افراد را توانمند سازد تا از نشخوارهای ذهنی حاصل از استرس، اضطراب و افسردگی در زندگی خود رها شوند. اگر چه به صورت خاص و ویژه مطرح نشده است اما استفاده از تمرین های بهوشمندی در محیط های درمانی آشکار است. برای مثال، زیربنای روانکاوی، فرآیند تداعی آزاد یا آگاهی از فرآیندهای تفکر است. به همین ترتیب گشتالت درمانی بر ماهیت آشکار "اینجا و اکنون" تمرکز می کند و تئوری خود تعیین گری⁸ (SDT) آگاهی روشن و آشکار را به عنوان یک عامل ارزشمند که توانایی فرد را

¹ consciousness

² well-being

³ mindfulness

⁴ awareness

⁵ attention

⁶ Kostanski

⁷ Hased

⁸ self-determination theory (SDT)

برای انتخاب رفتارهایی که در راستای نیازها (سه نیاز بنیادی: خودمختاری¹، شایستگی² و ارتباط³ با دیگران) و ارزش ها و علایق زندگی هستند را توسعه می‌دهد (همان منبع).

تئوری خود تعیین‌گری (SDT) همچنین بدین نکته اشاره می‌کند که توسعه‌ی عملکرد خودمختار و منسجم به میزان آگاهی بستگی دارد. محققان در زمینه‌ی خود تعیین‌گری، بهوشمندی را به عنوان آگاهی باز و توجه دقیق به آنچه که در آن و لحظه‌ی حال رخ می‌دهد تعریف می‌کنند. بهوشمندی با انگیزش خودمختار و تنوعی از نتایج رفتاری و روانشناختی همراه است. ارتقاء بهوشمندی یا آگاهی به عنوان عنصر اصلی در روان‌درمانی تلقی می‌شود که امکان اکتشاف‌های درونی و بررسی متفکرانه از نیازها و احساس‌ها را فراهم می‌کند و توسعه‌ی بیشتر جهت‌گیری خودمختار را نیز امکان‌پذیر می‌سازد (دسی⁴ و ریان⁵، 2008).

مطالعات نشان داده است که آزمودنی‌هایی که در مداخله‌های بالینی مبتنی بر مراقبه‌ی بهوشمندی قرار داده شده‌اند سطوح استرس کاهش یافته‌شان می‌دهند. شاپیرو⁶ و همکاران (2003) نشان دادند که صرفاً شرکت در چنین برنامه‌هایی تأثیرات مثبت بر جای نمی‌گذارد، بلکه تداوم تمرین‌ها است که بیشترین تأثیر را دارد. به‌طور بالقوه، مداخله‌ی مبتنی بر بهوشمندی یک شکل عالی از مداخله‌ی درمانی و تمرین سبک زندگی را فراهم می‌نماید (کستانسکی و هاسد، 2008).

بیان مسأله

از آنجا که انسان‌ها موجوداتی اجتماعی هستند و با توجه به بافت اجتماعی که در آن رشد و زندگی می‌کنند، ممکن است افرادی فعال و درگیر و یا منفعل و منزوی باشند. به همین دلیل تئوری‌هایی که به افزایش انگیزه‌های انسان در بافت اجتماعی توجه می‌کنند، می‌توانند به عنوان یکی از عوامل مؤثر در سلامت و بهزیستی افراد مورد توجه قرار گیرند. یکی از این تئوری‌ها، تئوری خود تعیین‌گری می‌باشد. این تئوری یک تئوری

¹ autonomy
² competence
³ relatedness
⁴ Deci
⁵ Ryan
⁶ Shapiro

انگیزی است که بر رشد و کارکردهای شخصیت در بافت اجتماعی توجه می‌کند. تمرکز این تئوری بر میزان ارادی بودن رفتارهای فرد می‌باشد. یعنی میزانی که فرد در بالاترین سطح قادر به تأیید اعمال خود بوده و در انجام آنها احساس اختیار و انتخاب می‌کند.

در این تئوری بر خود نظم دهی¹ و بهزیستی افراد تأکید شده است و در نهایت سه نیاز ذاتی روانشناختی را معرفی می‌کند که عبارتند از: شایستگی، خود مختاری و ارتباط با دیگران، که ارضاء شدن آنها منجر به افزایش خودانگیزی و سلامت روانی می‌شود و اگر مانعی بر سر راه آنها ایجاد شود، بهزیستی فرد و انگیزه او را کاهش می‌دهد. خودمختاری به معنای اسناد درونی رفتار است و به اراده و اختیار فرد اشاره می‌کند. به زبان ساده، خودمختاری همان نیاز به آزادی در انتخاب است. منظور از شایستگی، احساس خودکارآمدی در فعالیت‌ها است که هدف آن انسجام بخشی به خود می‌باشد و ارتباط با دیگران، نیاز به برقراری ارتباط صمیمی و گرم با سایر افراد را می‌رساند. هر کدام از این سه نیاز، در رشد بهینه فرد نقش حیاتی دارند و در صورتی که هر کدام از آنها مورد غفلت واقع شوند، احتمال بروز پیامدهای منفی نظیر بیماری‌ها و اختلال‌ها، وجود خواهد داشت (دسی و ریان، 2000).

یکی از فرآیندهایی که می‌تواند به ارضای این سه نیاز کمک کند، بهوشمندی می‌باشد. بهوشمندی یک سبک شناختی است که باعث رشد و توسعه آگاهی می‌شود و احساس آگاهی از فرآیندهای فکری و هیجانی را تسهیل کرده و از آن برای پرورش توانایی درگیری فعالانه در فرآیند "بودن"² استفاده می‌کند. امروزه استفاده از بهوشمندی به عنوان یک مداخله درمانی پیشرفت زیادی داشته است. در اوایل دهه 1980 بود که یک پزشک به طور اتفاقی متوجه شد که بسیاری از بیمارانی که به او مراجعه می‌کردند، به یک دلیل آنجا بودند: برای رسیدن به تمامیت دوباره. این بیماران پیش زمینه‌های مختلفی داشتند و انواع مختلفی از نشانه‌های جسمانی را نشان می‌دادند، اما همگی از موضوع روانشناختی مشابهی رنج می‌بردند. در واقع آنها به دلیل آنکه بیماری زندگی آنها را کنترل کرده بود ناراضی بودند و به دنبال آن بودند که از دردهایشان رهایی یافته و دوباره کنترل

¹ self-regulation

² being

زندگی خود را در دست گیرند، به همین دلیل اثر بخشی بهوشمندی در درمان این بیماران مورد بررسی قرار گرفت (کستانسکی و هاسد، 2008).

بیماری دیابت¹ نیز جز بیماری هایی تلقی می شود که افراد مبتلا به آن در خطر تجربه آشفتگی ها و فشارهای مرتبط با بیماری هستند و بسیاری از آنها مشکل های سازگاری را تجربه می کنند که مستقیماً با زندگی کردن به عنوان یک فرد دیابتی مرتبط است، مثل آشفتگی های مرتبط با آغاز بیماری و پیامد های ناشی از دیابت و پرهیز درمانی. بنابراین به نظر می رسد که با توجه به این مسأله که این بیماران نیز احساس از دست رفتن کنترل بر زندگی را دارند، احتمال دارد که بهوشمندی بتواند عامل اثر گذار و مرتبطی در این بیماری باشد (کوهن² و همکاران، 2003).

با توجه به آنچه که در بالا ذکر شد، این سؤالات برای پژوهشگر مطرح می شود که: میزان بهوشمندی در بیماران دیابتی چقدر است؟ آیا میزان بهوشمندی در بیماران دیابتی با افراد سالم متفاوت است؟ آیا در میزان ارضای نیازهای بنیادی در بیماران دیابتی و افراد سالم تفاوتی وجود دارد؟ آیا بهوشمندی و ارضای نیازهای بنیادی، در بیماران دیابتی با هم مرتبط اند؟ آیا تفاوت معنا داری در استرس ادراک شده بین بیماران دیابتی و افراد سالم وجود دارد؟

اهمیت و ضرورت تحقیق

اینکه حالت های روانشناختی می توانند بر بیماری های جسمانی تأثیر گذار باشند، تردیدی وجود ندارد. محققان در چگونگی تأثیر این حالت ها هنوز به قطعیت نرسیده اند. در واقع تلاش محققان در این زمینه در جهت روشن کردن مسئله بسیار قدیمی ذهن و بدن می باشد. این شاید ناشی از موقعیت هایی است که در علت شناسی زیست پزشکی درمورد برخی از بیماری ها تردید می کنیم.

دیابت یکی از بیماری های شایع در سراسر جهان است. شیوع و بروز دیابت در بسیاری از کشورها رو به افزایش است. تعداد بیماران دیابتی در ایران در حدود 1/5 تخمین زده می شود (لاریجانی، زاهدی و آقاخانی،

¹ diabetes

² Cohen

2003؛ به نقل از پورشریفی، 1386)، هر چند برخی از پژوهشگران بر این باور هستند که تعداد افراد دیابتی در ایران از 1/5 میلیون نفر بیشتر است (به عنوان مثال: عزیزی، 2001). بر اساس شواهد مختلف به نظر می رسد که روی هم رفته، 14 الی 23 درصد از بزرگسالان ایرانی (بالای سی سال)، دیابتی بوده و یا دارای آسیب در تحمل گلوکز¹ (IGT) هستند (به نقل از پورشریفی، 1386).

بیماری دیابت، بیماری است که تحت تأثیر عوامل روانشناختی قرار می گیرد و بیشتر حوادثی که بر کنترل دیابت تأثیر می گذارند، طی زندگی روزمره بیمار در خانه، سرکار و مدرسه اتفاق می افتد و متغیر های اجتماعی می توانند بر سازگاری روانشناختی بیمار با دیابت، کارآمدی مراقبت از خود در برابر دیابت و کنترل دیابت تأثیر گذارند (بول² و همکاران، 2004). پس با در نظر گرفتن این نکات و با توجه به اینکه تئوری خود تعیین گری نیز به بافت اجتماعی و تأثیر آن در افزایش انگیزه های فرد می پردازد، در صورتی که بدانیم نیازهای بنیادی و بهوشمندی در بیماران دیابتی با هم ارتباط دارند، می توان در نهایت از نتایج این پژوهش در کاربردهای درمانی استفاده کرده و با آموزش مؤلفه های این تئوری، روند درمان این بیماران را بهبود بخشید.

اهداف پژوهش

- 1- تعیین رابطه بهوشمندی و نیازهای بنیادی روانشناختی در دیابتی ها و مقایسه آن با افراد سالم
- 2- تعیین میزان بهوشمندی در بیماران دیابتی و افراد سالم
- 3- تعیین میزان ارضای نیازهای بنیادی در بیماران دیابتی و افراد سالم
- 4- تعیین میزان استرس ادراک شده در بیماران دیابتی و افراد سالم

¹ impaired glucose tolerance

² Boll

فرضیه های پژوهش

- 1- بین بهوشمندی و ارضاء نیازهای بنیادی روانشناختی در بیماران دیابتی رابطه وجود دارد.
- 2- افراد مبتلا به دیابت از میزان بهوشمندی پایین تری نسبت به افراد سالم برخوردارند.
- 3- میزان ارضای نیازهای بنیادی در افراد مبتلا به دیابت نسبت به افراد سالم کمتر است.
- 4- افراد سالم استرس ادراک شده پایین تری نسبت به بیماران دیابتی دارند.

تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها

تعریف نظری

بهوشمندی: حالتی از توجه کردن و آگاه بودن به آنچه که در لحظه حال رخ می دهد را بهوشمندی می گویند. یعنی آگاهی روشن شخص از آنچه که در درون و در تعامل با محیط بیرون در لحظات متوالی ادراک رخ می دهد (ریان و براون¹، 2003).

تعریف عملیاتی

بهوشمندی: در این پژوهش بهوشمندی آن چیزی است که به وسیله مقیاس بهوشمندی (MAAS)² که توسط براون و ریان (2003) ساخته شده است، سنجیده می شود.

تعریف نظری

نیازهای بنیادی روانشناختی³: نیازها مواد لازم برای بقا و رشد ارگانیزم هستند که باعث بروز انگیزه می شوند. سه نیاز که در خدمت نیازهای دیگر نبوده و از چیز دیگری مشتق نشده اند نیازهای بنیادی می باشند که عبارتند از: خودمختاری، شایستگی و ارتباط یا دلبستگی. وقتی این سه نیاز ارضاء شوند، خود انگیزشی و

¹ Brown

² Mindful Attention Awareness Scale

³ basic psychological needs

سلامت روان افزایش می یابد و هنگامی که در راه ارضای آنها مانعی ایجاد شود، انگیزه بهزیستی کاهش می یابد. خودمختاری یعنی درونی شدن علت رفتارها و احساس آزادی در انجام رفتار. شایستگی یعنی احساس خودکارآمدی و تقویت استعدادهای درونی و ارتباط یا دلبستگی نیز عبارت است از ایجاد روابط رضایت مندانه و ارضاء کننده با دیگران به طوری که بتواند آزادی، مراقبت و صمیمیت بوجود آورد (قربانی، 1384؛ به نقل از محمدی، 1386).

تعریف عملیاتی

نیازهای بنیادی روانشناختی: در این پژوهش ارضاء یا عدم ارضای نیازهای بنیادی روانشناختی با استفاده از پرسشنامه ی کلی ارضای نیازهای بنیادی که توسط گاردیا، دسی و ریان (2000) ساخته شده است، سنجیده می شود.

تعریف نظری

دیابت: دیابت یک اختلال در سوخت و ساز (متابولیسم) بدن است که در آن یا انسولین به تعداد کافی در بدن وجود ندارد و یا انسولین موجود قادر نیست تا وظایف خود را به درستی انجام دهد و در نتیجه به علت وجود مقاومت در برابر آن، قند خون بالا می رود، انسولین هورمونی است که توسط سلول های "بتا" واقع در پانکراس ترشح می شود و وظیفه ی اصلی آن کاهش قند خون است. پانکراس نیز یکی از غدد دستگاه گوارش است که در پشت معده قرار دارد. بالا بودن قند خون در دراز مدت باعث بروز عوارض در سیستم قلب و عروق، کلیه ها، چشم و سلسله اعصاب می گردد (نیمروز، 1387).

تعریف عملیاتی

دیابت: بیماران دیابتی در این پژوهش افرادی هستند که با تشخیص پزشک به عنوان بیمار دیابت و مراجعه کننده به کلینیک دیابت می باشند.

مقدمه

در این فصل به معرفی دیابت، بهوشمندی و ارضای نیازهای بنیادی پرداخته می شود. همچنین در مورد چگونگی تأثیر گزاری بهوشمندی و ارضای نیازهای بنیادی بر روی دیابت بحث می شود و در ادامه ی آن پژوهش های انجام شده در این زمینه ذکر می گردد.

دیابت

دیابت یک اختلال در سوخت و ساز (متابولیسم) بدن است که در آن یا انسولین به تعداد کافی در بدن وجود ندارد و یا انسولین موجود قادر نیست تا وظایف خود را به درستی انجام دهد و در نتیجه به علت وجود مقاومت در برابر آن، قند خون بالا می رود، انسولین هورمونی است که توسط سلول های "بتا" واقع در پانکراس ترشح می شود و وظیفه ی اصلی آن کاهش قند خون است. پانکراس نیز یکی از غدد دستگاه گوارش است که در پشت معده قرار دارد. بالا بودن قند خون در دراز مدت باعث بروز عوارض در سیستم قلب و عروق، کلیه ها، چشم و سلسله اعصاب می گردد (نیمروز، 1387).

دیابت نوع 2، یک بیماری مزمن است که با بی نظمی در سوخت و ساز گلوکز علاوه بر عدم توازن بین حساسیت به انسولین و ترشح انسولین مشخص می شود. یک برآورد در سال 2000 در آمریکا، 11 میلیون نفر را مبتلا به دیابت تشخیص داد و تقریباً 90 درصد از این افراد مبتلا به دیابت نوع 2 بودند. تعداد مبتلایان به دیابت نوع 2 در دهه ی گذشته به میزان هشدار دهنده ای رشد داشته است. چنین برآورد می شود که این تعداد تا سال 2050 به 29 میلیون نفر برسد یعنی 165٪ رشد در تعداد مبتلایان که منعکس کننده شیوع 7/2٪ خواهد بود. چنین تصور می شود که این آمار افزایش یافته به دلیل تغییرات در ویژگی های جغرافیایی جمعیت، رشد جمعیت و افزایش درجه شیوع می باشد (کوهن و همکاران، 2003).

خوشبختانه، دیابت نوع 2 از نظر پزشکی قابل مدیریت است و بسیاری از مشکلات پزشکی جدی که مرتبط با بیماری هستند، از طریق کنترل مناسب سطح گلوکز خون قابل کنترل است. بنابراین هدف اولیه درمان در مبتلایان به دیابت نوع 2، حفظ سطح گلوکز خون در سطح طبیعی است. این امر نیاز به آن دارد که افراد دیابتی

به طور مداوم یک درمان پیوسته به همراه پرهیز درمانی آمیخته داشته باشند و فرد باید برای همکاری در مدیریت رفتار متعهد شود. به همین صورت، محققان و جوامع پزشکی بر نقش اساسی علوم رفتاری در پیوستگی خوشبینانه رژیم درمانی و پیامدهای مرتبط با سلامتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع 2 تأکید کرده اند (کوهن و همکاران، 2003).

علل و انواع بیماری دیابت

بیماری دیابت یک بیماری واحد نیست و به دو شکل عمده پیش می آید که به درمان های متفاوتی نیاز دارند و ممکن است علل آنها نیز قدری متفاوت باشد. دو شکل بیماری قند به قرار زیر است:

دیابت نوع 1:

این شکل بیماری دیابت به طور معمول در دوره ی کودکی یا بلوغ روی می دهد و شامل تنها 5 تا 10 درصد موارد بیماری دیابت است. به این عارضه، بیماری دیابت وابسته به انسولین ¹IDDM گفته می شود، چون سلولهای لوزالمعده (پانکراس) که در حالت طبیعی انسولین تولید می کنند، نمی توانند این کار را انجام دهند و بیماران مبتلا به IDDM برای جلوگیری از عوارض حاد و بسیار شدید این وضعیت، به تزریق انسولین نیاز دارند. عارضه اصلی حادی که در صورت نبود انسولین در IDDM روی می دهد، کتواسیدوز² نام دارد که در آن میزان بالای اسیدهای چرب در خون، به اختلال در کار کلیه می انجامد و از این طریق باعث تجمع مواد دفعی در بدن و مسمومیت می شود. نشانه های بالینی کتواسیدوز عموماً با تکرر ادرار و تشنگی مزمن آغاز می شود که در پی آن تهوع، استفراغ، درد شکم و دشواری در تنفس به صورت حاد، عارض می شود. در حدود یک سوم از موارد جدید IDDM، پس از تظاهر این نشانه های بالینی، تشخیص داده می شوند. در صورت عدم درمان، کتواسیدوز ممکن است به اغماء و مرگ در عرض چند روز یا چند هفته بیانجامد (سارافینو، 2000؛ ترجمه میرزایی، 1384).

¹ insulin-dependent-diabetes melitus

² ketoacidosis

دیابت نوع 2:

بخش اعظم بیماران دیابتی به شکل دوم این بیماری مبتلا هستند که بیماری قند غیر وابسته به انسولین¹ (NIDDM) نامیده می شود، زیرا از آنجایی که لوزالمعده دست کم مقداری انسولین تولید می کند، درمان اغلب مستلزم تزریق انسولین نیست. بیشتر بیماران مبتلا به NIDDM، اما نه همه ی آنان، می توانند میزان قند خون خود را بدون تزریق انسولین و از طریق پی گیری دقیق رژیم غذایی ویژه و مصرف دارو، کنترل کنند. اگر چه NIDDM ممکن است در هر سنی روی دهد، معمولاً پس از چهل سالگی بروز می کند. این شکل بیماری قند، بر اساس وزن فرد، در دو زیر گروه تظاهر می یابد. اکثر بیماران مبتلا به NIDDM به اضافه وزن بسیار زیاد دچارند و به نظر می رسد بدنشان مقدار فراوانی انسولین تولید می کند - بعضی اوقات بیشتر از مقادیر طبیعی - اما چنین می نماید که بدن آنان در برابر فعالیت مهار کردن قند خون بوسیله ی انسولین، مقاوم شده است. برعکس در بدن بیماران مبتلا به NIDDM که دارای وزن طبیعی هستند، انسولین کمی تولید می شود. هر دو مورد، به هیپوگلیسمی می انجامد (همان منبع).

سبب شناسی دیابت

سبب شناسی دیابت نوع 2، هم با عوامل ژنتیکی و هم با عوامل محیطی رابطه دارد، اما زمینه ژنتیکی تأثیر بیشتری بر پیشرفت دیابت نوع 2 دارد، به طوری که میزان مطابقت دیابت در میان دوقلوهای تک تخمکی بیش از 90 درصد است و زمینه ژنتیکی را تأیید می کند. علاوه بر این به طور تقریبی 70 درصد افرادی که مبتلا به دیابت نوع 2، تشخیص داده می شوند خویشاوندی درجه یک یا دو دارند (به نقل از پور شریفی، 1386).

¹ non insulin – dependent diabetes melitus

مشکلات کوتاه مدت و بلند مدت دیابت

مشکلات کوتاه مدت:

هیپوگلیسمی¹ (کاهش گلوکز) و هایپرگلیسمی² (افزایش گلوکز)، دو مشکلی هستند که در کوتاه مدت از دیابت نوع 2 ناشی می شوند. هیپوگلیسمی زمانی روی می دهد که گلوکز خون به میزان کمتر از 60Mg/dl کاهش می یابد. نشانه های هیپوگلیسمی عبارتند از: سستی، تعرق، تپش قلب، گرسنگی، سردرد، تغییرات خلق، سردرگمی و گیجی و دشواری در تمرکز. اگر هیپوگلیسمی تحت درمان قرار نگیرد می تواند منجر به غش کردن یا از دست دادن هشیاری شود. برعکس آن هایپر گلیسمی زمانی روی می دهد که سطح گلوکز خون از 140 Mg/dl بالاتر باشد. علائم آن شامل: افزایش تشنگی، تکرر ادرار و گلوکز در ادرار می باشد (کوهن و همکاران، 2003).

مشکلات طولانی مدت:

مشکلات طولانی مدت می توانند در دو نوع طبقه بندی شوند: بیماری های عروقی خفیف³ و بیماری های عروقی شدید⁴. بیماری های عروقی شدید شامل بیماری های قلبی، سکته قلبی و سایر بیماری های مربوط به گردش خون هستند. مشکلات خفیف عروقی عبارتند از: رتینوپاتی⁵ یا آسیب به شبکیه ی چشم، نورو پاتی⁶ یا بیماری در سیستم اعصاب و نروپاتی⁷ یا بیماری های کلیوی را در بر می گیرد (همان منبع).

عوامل خطر ایجاد کننده ی دیابت

عوامل جمعیت شناختی و ژنتیکی: تعدادی از عوامل جمعیت شناختی و ژنتیکی مرتبط با دیابت نوع 2 عبارتند از: سن، نژاد، سابقه قبلی دیابت حاملگی، تاریخچه ی خانوادگی دیابت و چاقی. در مورد سن، افراد با سن بیشتر

¹ hypoglycemia
² hyperglycemia
³ microvascular
⁴ macrovascular
⁵ retinopathy
⁶ neuropathy
⁷ nephropathy

از 45 سال در معرض بالاترین خطر برای ابتلا به دیابت نوع 2 هستند و در حدود 20 درصد از افراد بالای 65 سال دیابت دارند. به همین ترتیب نسبت های متفاوتی از دیابت نوع 2 در میان گروه های نژادی مختلف یافت شده است. برای مثال آمریکایی های آفریقایی تبار، آمریکایی های اصیل و آمریکایی های اسپانیولی - انگلیسی، نسبت شیوع بالاتری برای ابتلا به دیابت نوع 2 تا سایر گروه های نژادی دارند.

در نهایت، افراد با سابقه خانوادگی دیابت نیز در معرض خطر بالایی هستند. به علاوه در بین بستگان درجه اول افراد مبتلا به دیابت نوع 2 زود آغاز، 40 درصد بیشتر احتمال بروز دیابت وجود دارد تا افرادی که سابقه ابتلا به دیابت ندارند، بنابراین تعدادی از ویژگی های جمعیت شناختی وجود دارد که با خطر افزایش یافته دیابت نوع 2 مرتبط است (کوهن و همکاران، 2003). عوامل خطر دیگری هم مانند چاقی، فعالیت بدنی کم، تغذیه نادرست می باشد که اهمیت ویژه ای در بوجود آمدن دیابت دارند. از ویژگی این عوامل این است که توسط خود بیمار و پزشک قابل تغییر و کنترل هستند. که در زیر به چگونگی این عوامل پرداخته می شود.

کاهش وزن و دیابت

عوامل اساسی خطر سازی که پیش از این ذکر شد، می تواند بوسیله یک عامل اساسی تر و قابل اصلاح یعنی چاقی، تخفیف پیدا کند. برآورد شده است که بیشتر از 75 درصد خطر ابتلا به دیابت نوع 2 مستقیماً استناد به چاقی است. برای مثال هیلیر¹ و پدولا² (2001) یک رابطه خطی معکوس را بین شاخص توده بدنی³ (BMI) و سن در تشخیص دیابت نوع 2 یافته اند. به عبارت دیگر افرادی که اضافه وزن بیشتری دارند، احتمال بیشتری دارد که در سنین پایین تر تشخیص بیماری دیابت نوع 2 را دریافت کنند. اگر چه مکانیسم هایی که مسئول ارتباط بین وزن و دیابت نوع 2 هستند کاملاً مشخص نیستند. شواهد اخیر بیان می کند که وزن بدن با مقاومت انسولین و در نتیجه کنترل گلوکزی مرتبط است.

بنابراین اکثریت برنامه های جلوگیری (حفاظتی، پیشگیرانه) و مداخله ای دیابت نوع 2، کاهش وزن را به عنوان یک چالش اولیه برای محققان رفتاری و آنهایی که در معرض خطر بالاتری برای دیابت هستند، هدف قرار

¹ Hillier

² Pedula

³ body mass index

می‌دهند. تعیین شیوه‌های مؤثر برای حفظ طولانی مدت وزن کاهش یافته کمتر است، چرا که به خوبی فهمیده شده است که حفظ وزن در سطح پایین، دشوارتر از رسیدن به وزن پایین است. به طور خلاصه، تأثیر گذارترین عامل خطر برای دیابت نوع 2، به طور بالقوه، قابل اصلاح ترین نیز هست (کوهن و همکاران، 2003).

فعالیت بدنی و دیابت

کاهش فعالیت بدنی و عدم شرکت در فعالیت‌های ورزشی با مکانیسم‌های مختلفی بر پدیدآیی دیابت و آثار آن می‌افزاید. به نظر می‌رسد اصلی‌ترین شیوه تأثیر فعالیت بدنی بر دیابت، با تأثیر آن بر میزان مصرف انرژی و به تبع آن چاقی در ارتباط باشد که از طرف سازمان جهانی بهداشت¹ به عنوان مهم‌ترین عامل خطر دیابت در نظر گرفته شده است. از دیگر سازوکارهای تأثیر فعالیت بدنی بر دیابت، می‌توان نقش آن در تعدیل استرس به عنوان عامل مؤثر دیگر بر دیابت اشاره نمود. فعالیت بدنی به طور مستقیم میزان مصرف انرژی را افزایش می‌دهد و همچنین بر افزایش حجم ماهیچه‌ها تأثیر می‌گذارد و ممکن است اثری دراز مدت بر تعادل انرژی داشته باشد. براساس برنامه‌ی سازمان ملل برای جلوگیری از چاقی و افزایش وزن، افراد دارای وزن متوسط به طور تقریبی روزانه به 45 تا 60 دقیقه و افراد چاق به 60 تا 90 دقیقه فعالیت بدنی نیاز دارند. فعالیت‌های بدنی همچنین ممکن است فرد را بعد از کاهش وزن، در برابر افزایش وزن محافظت نماید (به نقل از پورشریفی، 1386).

تغذیه‌ی صحیح و دیابت

برای کاهش وزن و یا جلوگیری از افزایش وزن و کاهش ورود انرژی به بدن، تغییر در رژیم غذایی ضروری است. پژوهش‌هایی که طی آن میزان ورود انرژی به بدن به طور دقیق کنترل می‌شد، نشان داده است که کاهش وزن، با هر نوع رژیم و پرهیز غذایی، زمانی می‌تواند اتفاق بیفتد که انرژی دریافتی کمتر از انرژی مصرفی باشد. کاهش انرژی دریافتی، به طور ثابت باعث کاهش وزن می‌شود، این امر هم می‌تواند از طریق برنامه غذایی و هم توسط فعالیت‌های فیزیکی صورت پذیرد که البته دومی راه سختی برای کاهش وزن است. در چندین دهه

¹ world health organization

رویکردهایی برای کنترل وزن و کاهش ورود چربی به بدن به وجود آمده است. در مطالعه ای که توسط گروهی از محققان صورت گرفت نشان داد که با کاهش 10 درصدی انرژی در رژیم غذایی در طول کمتر از یک سال، می توان در افراد چاق کاهش وزنی به میزان چهار تا پنج کیلوگرم به دست آورد. رویکرد دیگری برای کنترل وزن این است که ورود پروتئین به بدن به میزان 30 درصد افزایش یابد و ورود چربی ها و کربوهیدرات ها کاهش یابد، هنگام افزایش پروتئین ممکن است رضایت بیمار نسبت به کم کردن چربی و رژیم کم انرژی زیاد شود. شواهد نشان می دهد که دریافت فیبرهای رژیمی، ارتباط معکوسی با وزن بدن دارد، رژیم غذایی با فیبر بالا ممکن است باعث افزایش میزان سیری شود، به همین خاطر این عمل به طور مستقیم از طریق افزایش میزان گاستریک، یا احساس سیری و یا به طور غیر مستقیم به وسیله ترشح هورمون های داخلی معده و یا افزایش احساس سیری و تأخیر در خالی شدن مواد معده و جذب مواد مغذی، دریافت انرژی را محدود می کند (همان منبع).

عوامل روانشناختی و دیابت نوع 2

افراد مبتلا به دیابت نوع 2، گروهی را تشکیل می دهند که در خطر تجربه ی آشفتگی ها و فشارهای مرتبط با بیماری و آشفتگی های کلی هستند. در این قسمت به آشفتگی هایی که خاص بیماران دیابت است پرداخته می شود.

استرس¹

استرس که اغلب به عنوان تعامل بین یک رویداد و پاسخ یک فرد به آن رویداد تعریف می شود، یکی از وسیع ترین عوامل روانشناختی مطالعه شده ی مرتبط با دیابت نوع 2 می باشد. چنین فرض شده است که استرس بر کنترل متابولیکی هم به طور مستقیم و هم غیر مستقیم تأثیر می گذارد. اول، اعتقاد بر این است که استرس، کنترل متابولیکی را از طریق مکانیسم های روانشناختی به طور مستقیم تحت تأثیر قرار می دهد. از لحاظ نظری، استرس پاسخ های روانشناختی طبیعی (پاسخ، جنگ یا گریز) را راه اندازی می کند که منجر به

¹ stress

رها سازی هورمون های ضد کنترل کننده¹ می شود. رها سازی این هورمون ها باعث افزایش فعالیت سمپاتیک در پانکراس و در نتیجه فرونشانی (باز داری) انسولین و تحریک رها سازی گلوکوژن² ها می شود. گلوکوژن کبد را تحریک می کند تا گلیکوژن³ را به گلوکز تبدیل کرده و ذخیره گلوکز کبدی را وارد جریان خون کند. در نتیجه، سطح گلوکز خون افزایش خواهد یافت که این افزایش، مستقل از پیوستگی پرهیز دیابتی مداوم خواهد بود. تعدادی از الگوهای حیوانی از ارتباط بین استرسورهای حاد و کنترل متابولیسی حمایت کرده اند.

همچنین تصور می شود که استرس به طور غیر مستقیم، تأثیر معکوسی بر کنترل متابولیسی می گذارد و این کار را از طریق تغییراتی در رفتارهای خود مدیریتی انجام می دهد. توانایی حفظ دستورات مربوط به رژیم های درمانی پیچیده، ممکن است با خواسته های زندگی روزمره در تضاد باشد (کوهن و همکاران، 2003).

روانشناسان سلامت باید از نقش استرس و مقابله در سازگاری بیماری با دیابت آگاه باشند. ارزیابی بیمارانی که به سختی با دیابت کنار آمده اند، باید شدت و فراوانی حوادث استرس آور اخیر، استرس های روزانه و کوچک و توان بیمار در مقابله با این استرس ها را در برگیرد. در این زمینه مداخله های مختلف مدیریت استرس می تواند کمک کننده باشد (بول و همکاران، 2004).

افسردگی⁴

پژوهش های تجربی نشان می دهد که افسردگی در میان افراد مبتلا به دیابت نیز شایع است. داده های فراتحلیلی نشان می دهد که حدود 31 درصد از افراد دیابتی، افزایش بالینی نشانه های افسردگی را گزارش می دهند. سیمسون⁵ و همکاران (2002) دریافتند که افراد مبتلا به دیابت (نوع 1 و نوع 2) وقتی که با گروه کنترل سالم مقایسه می شوند، دو برابر احتمال بیشتری دارد که تشخیص افسردگی را دریافت کنند. ارتباط شرح داده شده بین افسردگی و دیابت، یک مثال قابل توجه از ارتباط درون ساختی بین کارکرد روانشناختی و برون داد دیابتی را فراهم می کند. افسردگی ارتباط زیادی با کنترل متابولیسی در مبتلایان به دیابت نوع 2 دارد

¹ counterregulatory

² glucagon

³ glycogen

⁴ depression

⁵ Simpson

(کوهن و همکاران، 2003). لوستمن¹ و همکارانش (2000) در یک فراتحلیل دریافتند که افسردگی حدود 3 درصد پراکندگی را در هموگلوبین گلوکوزی تبیین می کند. یک یافته برجسته این است که 1 درصد کاهش در هموگلوبین گلوکوزی منجر به کاهش 33 درصد در نسبت پیشرونده بیماری مرتبط با رتینوپاتی می شود. به علاوه درمان افسردگی می تواند به طور بالقوه نسبت به افراد با کنترل خوب گلوکوزی را از 41 درصد به 58 درصد در میان جامعه دیابتی افزایش دهد. بنابراین کارکرد روانشناختی پیامدهای مستقیمی بر نتایج بیماری دارد (همان منبع).

سبک مقابله²

یافته های متناقض درباره رابطه بین استرس و کنترل گلوکوزی ممکن است تا حدی به دلیل تفاوت هایی باشد که در نحوه سازگاری افراد با استرس وجود دارد. استرس ارتباط معناداری با ارزش های هموگلوبین گلیکوزیله³ (HbA1c) در میان افرادی دارد که سبک های مقابله ای ناکارآمدی دارند (مثل پاسخ های هیجانی یا پرخاشگرانه به استرس)، اما در میان افرادی که راهبردهای مقابله ای کارآمدی را گزارش می کنند (مثل تمایل به عدم پاسخ دهی به استرس) این ارتباط دیده نمی شود. سبک های مقابله ای همچنین به طور مستقیم با کنترل سطح گلوکز مرتبط هستند. برای مثال پیروت⁴ و همکارانش (1999) دریافتند که بعد از کنترل رژیم درمانی، افراد مبتلا به دیابت نوع 2 که سبک های مقابله ای قاطع و صبورانه نشان داده بودند، کنترل سطح گلوکوزی بهتری را نشان دادند. چنین یافته هایی بیان می کند که تغییر دادن شیوه ای که افراد به استرسورها پاسخ می دهند، ممکن است منجر به کاهش تأثیر استرس بر کنترل گلوکز در مبتلایان به دیابت نوع 2 شود (کوهن و همکاران، 2003).

¹ Lustman

² coping style

³ Hemoglobin A1c

⁴ Peyrot

حمایت اجتماعی¹

حمایت اجتماعی با سلامت روانشناختی در میان مبتلایان به دیابت نوع 2 مرتبط است. افراد با دیابت نوع 2 که حمایت اجتماعی بیشتری را از دوستان و خانواده دریافت می کنند، در خود مراقبتی² های مرتبط با دیابت بیشتری درگیر می شوند تا کسانی که حمایت اجتماعی کمتری دریافت می کنند. در حقیقت، حمایت اجتماعی ممکن است حدود 17 درصد از پراکندگی در رفتارهای خود گزارشی³ مربوط به مراقبت از خود را تبیین کند. حمایت اجتماعی به طور مداوم با آشفستگی روانشناختی کاهش یافته در میان جامعه سالم و نیز دیابتی ها مرتبط است. افرادی که حمایت اجتماعی بیشتری را گزارش می کنند، احتمال بیشتری دارد که حمایت اجتماعی بیشتری را نیز به دلیل دیابت دریافت کنند و در نتیجه نشانه های افسردگی کمتری را نیز بروز دهند (کوهن و همکاران، 2003).

روانشناسان سلامت باید به بیماران کمک کنند تا شبکه حمایتی دوستان، اقوام و افراد محبوب خود را گسترش دهند و به آنها اعتماد کنند تا از این طریق بین استقلال در مراقبت از خود و حمایت اجتماعی تعادل برقرار شود (بول و همکاران، 2004).

با توجه به مطالب گفته شده، می توان گفت که دیابت یک بیماری است که شدت آن می تواند تحت تأثیر علائم روانشناختی قرار گیرد. به نظر می رسد که بیماران دیابتی نسبت به نشانه های بدنی و علائم بیماری خود در مراحل اولیه شروع بیماری، حساسیت و هوشیاری ندارند، یعنی نسبت به علائم بدنی خود آگاه نیستند و همین عامل باعث پیشرفت بیماری و بروز جدی علائم دیابت می شود. به علاوه سبک های مقابله ای ناکارآمد نیز می تواند دیابت را تحت تأثیر قرار دهد. همان طور که در مبحث سبک مقابله ذکر شد، انتخاب سبک مقابله ای کارآمد می تواند منجر به کاهش بروز علائم بیماری شود. فرد در صورتی می تواند راهکار مناسب مقابله ای را به کار گیرد که نسبت به شرایط موقعیتی و عوامل تأثیرگذار بر موقعیت آگاه باشد. پس با توجه به مطالب ذکر شده می توان گفت که هوشیاری و آگاهی فرد نسبت به خود و محیط عاملی است که در ارتباط با بیماری

¹ Social support

² Self-care

³ Self-reported

دیابت می باشد. یکی از مفاهیم جدید در روانشناسی که به بررسی و ارتقاء هوشیاری و آگاهی فرد می پردازد، بهوشمندی است، که با توجه به آنچه که گفته شد، احتمالاً با بیماری دیابت در ارتباط می باشد. مفهوم بهوشمندی در ادامه ی مطالب مورد بحث و بررسی قرار می گیرد.

بهوشمندی¹

مفاهیم نظری:

بهوشمندی یکی از خصایص هوشیاری است که به سلامت و بهزیستی فرد کمک می کند (براون و ریان، 2003).

در بسیاری از تعالیم فلسفی، معنوی و روانشناختی، اهمیت کیفیت سطح هوشیاری یک فرد در دستیابی به تداوم و افزایش بهزیستی، اصل اساسی و مرکزی است (کستانسکی وهاسد، 2008).

مفهوم بهوشمندی عمدتاً از آئین های بودایی² و دیگر آئین های مراقبه ای سرچشمه می گیرد که در آنها هوشیاری، توجه و آگاهی به طور فعالانه مورد توجه بوده است (براون و ریان، 2003). اما دارای شباهت های ادراکی با ایده هایی است که توسط آئین های روانشناسی و فلسفی متنوعی تقویت شده است که شامل فلسفه یونان باستان، پدیدارشناختی، اصالت وجودی و طبیعت گرایی در تفکر غربی اروپایی است و شامل تجربه گرایی و انسان گرایی در آمریکا نیز می شود. این شکل از وجود که عموماً توصیف می شود محوریت آن بر تجربه انسانی قرار می گیرد (براون، ریان و کرس ول³، 2007).

کاربرد مراقبه بهوشمندی به عنوان یک مداخله درمانی در سال های اخیر پیشرفت زیادی داشته است. همچنین اعتقاد بر این است که یادگیری مراقبه بهوشمندی می تواند افراد را توانمند سازد تا از نشخوارهای ذهنی حاصل از اضطراب، استرس و همچنین افسردگی در زندگی خود رها شوند (کستانسکی و هاسد، 2008).

1 mindfulness

2 Buddhist

3 Creswell

تعاریف بهوشمندی

اصطلاح بهوشمندی از کلمه ای در زبان پالی¹ به نام ساتی² به معنای به یادآوردن مشتق می شود اما به عنوان حالتی از هوشیاری است که بیشتر به حضور ذهن تاکید می کند (براون و ریان، 2003).

هوشیاری به صورت آگاه بودن و توجه داشتن به شناخت، هیجان ها، انگیزه ها و دروندادهای حسی و ادراکی تعریف می شود. هشیاربودن هم آگاهی و هم توجه داشتن را در بر می گیرد و در اندازه های مختلف به عنوان یک ویژگی ثابت از کارکرد عادی فرد تلقی می شود. بهوشمندی یک جنبه خاص از هوشیاری است و چنین بیان می شود که از طریق افزایش دوکارکرد هوشیاری (آگاهی و توجه)، فرد می تواند از بهوشمندی سخن بگوید. بهوشمندی بیشتر با «بودن»³ مرتبط است تا «انجام دادن»⁴. لانگر⁵ (1997) بهوشمندی را به عنوان مکمل بی توجهی معرفی کرد. همچنین بیان کرد که بهوشمندی به عنوان یک بازه از 5 جزء پذیرابودن نسبت به تازگی، هوشیاری در برابر تمایز، حساسیت به بافت های متفاوت، آگاهی ضمنی از دیدگاه های چندگانه و یک جهت گیری به سمت حال تشکیل شده است. پژوهش های انجام شده نشان داده است که این سازه به میزان زیادی با شخصیت در یک راستا قرار می گیرد بویژه با بعد «بازبودن نسبت به تجربه» که توسط مک کری⁶ (1992) تعریف شده است. کابات زین⁷ (2003) بهوشمندی را به این صورت تعریف کرد:

«آگاهی از متمرکزکردن توجه بر هدف در لحظه حال، بدون اینکه قضاوتی صورت گیرد ناشی می شود» (کستانسکی و هاسد، 2008). براون و ریان (2003) رسماً بهوشمندی را حالتی از توجه کردن و آگاه بودن از آنچه در لحظه حال رخ می دهد تعریف کرده اند. یعنی آگاهی روشن و واضح شخص از آنچه که در درون و در تعامل با محیط بیرون در لحظات متوالی ادراک رخ می دهد.

¹ pali

² sati

³ being

⁴ doing

⁵ Langer

⁶ McCrae

⁷ Kabat-zinn

استرنبرگ¹ (2000) و هیرست² (2003) بیان کردند که بهوشمندی ارتباط بسیار نزدیکی با سبک شناختی دارد یعنی بهوشمندی در جایی بین شخصیت و شناخت قرار می‌گیرد و یک روش بهتر برای اندیشیدن را ارائه می‌کند. بنابراین بهوشمندی مهارتی است که فرد می‌تواند آن را یاد بگیرد (کستانسکی و هاسد، 2008).

چندین نویسنده (به عنوان مثال: آوریل³، 1992؛ مایر⁴، چابوت⁵ و کارل اسمیت⁶، 1997؛ به نقل از براون وریان، 2003) میان هوشیاری و دیگر حالت های ذهنی تفاوت قائل شده اند- مثل شناخت، انگیزه ها و احساس ها- که این امکان را برای انسان ها فراهم می کنند تا به طور موثری عمل کنند. بنابراین یک شخص می تواند از تفکرها، انگیزه ها و احساس ها به اندازه محرک حسی و ادراکی نیز آگاه باشد. هوشیاری هم آگاهی هم توجه را دربر می گیرد. آگاهی، صفحه ی رادارگونه هوشیاری است که به طور پیوسته محیط داخلی و خارجی را تحت کنترل دارد. ممکن است شخص از محرک ها بخوبی آگاه باشد بدون اینکه این محرک ها در مرکز توجه او قرار داشته باشند. توجه، فرآیندی از متمرکز شدن آگاهی هوشیار است که میزان حساسیت بالایی را برای دامنه ی محدودی از تجربیات فراهم می کند. درواقع، آگاهی و توجه درهم تنیده هستند، به طوری که توجه به طور پیوسته اشکال را از زمینه آگاهی خارج می کند و آنها را در مرکز خود در فواصل زمانی مختلف قرار می دهد. اگرچه توجه و آگاهی ویژگی های ثابت عملکرد طبیعی هستند، اما بهوشمندی می تواند توجه و آگاهی تقویت شده از تجربه های اخیر را مورد بررسی قرار دهد و یا واقعیت را نشان دهد.

در موارد خاص، توجه و آگاهی باز و یا پذیرشی، ویژگی اصلی بهوشمندی توصیف می شود که ممکن است در هوشیاری تداوم یافته یا منظم حوادث جاری و تجارب، نشان داده شود. برای مثال، در هنگام صحبت با یک دوست، فرد می تواند در این ارتباط بسیار دقیق باشد و با توجه تمام از هیجان نهفته در لحن صحبت، آگاهی دقیقی داشته باشد. به طور مشابه، یک فرد می تواند هنگام صرف غذا، طعم آن را لحظه به لحظه تجربه کند در حالی که به طور جنبی از افزایش احساس سیری آگاه باشد. این مسئله ممکن است از هوشیاری که به شیوه

¹ Sternberg

² Hirst

³ Averill

⁴ Mayer

⁵ Chabot

⁶ Carl smith