

# Модуль I-4

## Психосоциальные и поведенческие подходы

### Общая информация

Диабет – это хроническое заболевание, которое влияет на все стороны жизни людей с диабетом и членов их семей. Диабет может препятствовать нормальному психологическому и социальному развитию детей и подростков и создавать сложности в семье. Люди с диабетом могут жить полноценной жизнью, но для этого им необходимо самостоятельно управлять своим диабетом.

Перед ними стоит психологически сложная и обременительная задача – научиться осуществлять самоконтроль и интегрировать все необходимые для этого мероприятия в повседневную жизнь, причем все это происходит на фоне других обязанностей и жизненных стрессов. Острые и хронические осложнения диабета могут негативно отразиться на благополучии человека и его работоспособности.

Люди по-разному оценивают и по-разному справляются с задачами самостоятельного управления диабетом. Существуют психологически более уязвимые группы людей с диабетом, которым необходимо особое внимание. Поэтому, ввиду того, что изменить модели поведения крайне сложно, для того, чтобы помочь людям с диабетом решать стоящие перед ними задачи, обучающему необходимо не только умение преподавать, но и хорошее понимание психологического воздействия диабета на повседневную жизнь и знания в области поведенческих наук.

### Задачи

- Показать влияние диабета и психологические запросы людей с диабетом и членов их семей;
- Дать участникам знания и навыки, необходимые для самостоятельного управления диабетом и поддержания психологического благополучия, используя центрированный на людей с диабетом подход;
- Включить поведенческие подходы и эмоциональную поддержку в обучение по самоконтролю диабета.

### Цели

После завершения этого модуля участник сможет:

- Рассказать о психологическом влиянии диабета и его лечения на человека с диабетом и членов его семьи;
- Определить виды профессионального отношения и поведения, которые приносят / не приносят пользу людям с диабетом;

- Понимать, что
  - адаптация к диабету – это постоянный процесс, которым надо заниматься как на ранних стадиях, так и в течение всей жизни;
  - жизнь с диабетом часто требует изменения образа жизни, что непросто для большинства людей с диабетом;
  - диабет часто вызывает стресс, прежде всего, в связи со страхом гипогликемии и хронических осложнений;
  - переживания, связанные с диабетом, возникают у многих людей и существуют в виде раздражения, страха и фрустрации в течение долгих лет после постановки диагноза;
  - клиническая депрессия у людей с диабетом встречается чаще, чем в общей популяции;
  - люди могут использовать различные когнитивные и поведенческие стратегии для борьбы со стрессами, вызванными диабетом и его лечением;
  - парадигматический сдвиг в сторону подхода, основанного на расширении полномочий человека с хроническим заболеванием, при которой необходим самоконтроль (например, диабет), от подхода, основанного на соблюдении / следовании назначенному курсу терапии;
  - обучение, включающее в себя поведенческие и эмоциональные компоненты, более эффективно;
- Рассказать о когнитивных, эмоциональных, поведенческих и социальных препятствиях для самоконтроля диабета и о путях их преодоления;
- В контексте обучения определить и предложить соответствующую эмоциональную и поведенческую поддержку людям с диабетом и членам их семей;
- Рассказать о существующих стратегиях и подходах, с помощью которых возможно оказать помощь людям, пытающимся изменить свой образ жизни;
- Рассказать о разнице с точки зрения подхода и стратегий между подходом, основанным на расширенных полномочиях, и подходом, основанным на следовании рекомендациям;
- Использовать на практике соответствующие подходы и стратегии помощи людям, стремящимся изменить поведение, с тем чтобы эффективно содействовать обучению и осуществлению диабетологической помощи, как отдельным лицам, так и группам;

- Выделить распространенные психологические расстройства у людей с диабетом, требующие особого внимания и специализированной психологической помощи (депрессия, беспокойства, расстройства питания, злоупотребление определенными веществами) и понять их влияние на эмоциональное благополучие, поведение при осуществлении самоконтроля и клинические результаты;
- Рассказать о том, как общество понимает диабет и относится к нему;
- Рассказать о существующей службе поддержки лиц с диабетом и членов их семей.

### Стратегии преподавания

Краткая лекция, в которой объясняются теоретические концепции и современные данные об эффективности обучения по вопросам самоконтроля;

Имитация жизни с диабетом, (напр. соблюдение диеты, введение инсулина, самоконтроль уровней глюкозы крови в течение 3 дней) и хронических осложнений диабета (ношение очков, имитирующих катаракту, хождение по льду и т.д.). Очень важно подчеркнуть, что этот вид активности не позволяет до конца понять, что такое жизнь с диабетом; таким образом можно только получить некоторый опыт физического / клинического ухода при диабете;

Интерактивный семинар с использованием ролевой игры и решением проблемных ситуаций в ходе рассмотрения клинических задач;

Интерактивное занятие с одним или несколькими людьми с диабетом.

### Предполагаемая Продолжительность

2-3 часа.

### Кто преподает данный модуль

Психолог, обучающий, люди с диабетом.

### Оценка обучения

Анализ взаимодействия между человеком с диабетом и специалистами после ролевой игры.

### Литература

Anderson RM, Funnell MM, Arnold MS. Using the empowerment approach to help patients change behavior. In Anderson BJ, Rubin RR (Eds). *Practical Psychology for Diabetes Clinicians* 2<sup>nd</sup> edition. American Diabetes Association. Alexandria, 2002.

Anderson B, Funnell M. *The art of empowerment: stories and strategies for diabetes educators* 2<sup>nd</sup> edition. American Diabetes Association. Alexandria, 2005.

Anderson BJ, Rubin RR (Eds). *Practical psychology for diabetes clinicians. How to deal with the key behavioural issues faced by patients and health care teams*. American Diabetes Association. Alexandria, 1996.

Bandura A. *Self-efficacy, the exercise of control*. WH Freeman and Company. New York, 1997.

Barlow J, Wright C, Sheasby J, et al. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Educ Couns* 2002; 48: 177-87.

Brown SA. Interventions to promote diabetes self-management: State of the science. *Diabetes Educ* 1999; 25(Suppl): S52-S61.

Donie JF. The relationship between diabetes and depression: improving the effectiveness of case management interventions. *Lippincott's Case Management* 2004; 9: 177-83.

Fisher EB, Thorpe CT, Devellis BM, Devellis RF. Healthy coping, negative emotions, and diabetes management: a systematic review and appraisal. *Diabetes Educ* 2007; 33: 1080-103.

Funnell MM, Anderson RM. Patient empowerment: A look back, a look ahead. *Diabetes Educ* 2003; 29: 454-64.

Gary TL, Genkinger JM, Guallar E, et al. Meta-analysis of randomized educational and behavioral interventions in type 2 diabetes. *Diabetes Educ* 2003; 29: 488-501.

Gerstein HC, Haynes RB. *Evidence-based diabetes care*. BC Decker. London, 2001.

Glanz K, Rimer B, Lewis FM. *Health behavior and health education: theory, research and practice* 3<sup>rd</sup> edition. Jossey-Bass. San Francisco, 2002.

Glasgow RE. Behavioural and psychosocial measures for diabetes care: What is important to assess? *Diabetes Spectrum* 1997; 10: 12-7.

Knight KM, Dornan T, Bundy C. The diabetes educator: trying hard, but must concentrate more on behaviour. *Diabet Med* 2006; 23: 485-501.

Norris SL, Engelgau MM, Narayan KMV. Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes: A systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care* 2001; 24: 561-87.

Norris SL, Lau J, Smith SJ, et al. Self-management education for adults with type 2 diabetes: A meta-analysis on the effect on glycemic control. *Diabetes Care* 2002; 25: 1159-71.

Norris SL. Self-management education in type 2 diabetes. *Practical Diabetology* 2002; 22: 7-13.

Peyrot M, Kruger DF. A biopsychosocial model of glycemic control in diabetes; stress, coping and regimen adherence. *J Health Soc Behav* 1999; 40: 141-58.

Peyrot M, Rubin RR, Lauritzen T, et al. The International DAWN Advisory Panel. Resistance to insulin therapy among patients and providers: results of the cross-national Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) study. *Diabetes Care* 2005; 28: 2673-9.

Piette JD, Glasgow RE. Education and self-monitoring of blood glucose. In Gerstein HC, Haynes RB (Eds). *Evidence-based diabetes care*. BC Decker. Hamilton, 2001.

Piette JD, Richardson C, Valenstein M. Addressing the needs of patients with multiple chronic illnesses: the case of diabetes and depression. *Am J Manag Care* 2004; 10: 152-62.

Piette JD, Weinberger M, McPhee SJ. The effect of automated calls with telephone nurse follow-up on patient-centered outcomes of diabetes care: a randomized, controlled trial. *Med Care* 2000; 38: 218-30.

Powers MA, Carstensen K, Colon K, et al. Diabetes basics: education, innovation, revolution. *Diabetes Spectrum* 2006; 19: 90-8.

Rollnick S, Mason P, Butler C. *Health Behaviour change. A guide for practitioners*. Churchill Livingstone. Edinburgh, 1999.

Roter DL, Hall JA, Merisca R, et al. Effectiveness of interventions to improve patient compliance: A meta-analysis. *Med Care* 1998; 36: 1138-61.

Rubin RR, Peyrot M. Quality of life and diabetes. *Diabetes Metab Res Rev* 1999; 15: 205-18.

Rubin RR, Peyrot M. Men and diabetes: Psychosocial and behavioural issues. *Diabetes Spectrum* 1998; 11: 81-7.

Sabate E. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. World Health Organization. Geneva, 2003.

Snoek FJ, Skinner TC (Eds). *Psychology in Diabetes Care*. John Wiley and Sons. Chichester, 2000.

World Health Organization. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Annex I: Behavioural mechanisms explaining adherence. WHO. Geneva, 2003: 35-48.

Подробнее содержание этого модуля имеется в виде слайд-презентации на сайте [www.idf.org](http://www.idf.org)