

Effectiveness of Teaching Positive Psychological Skills on the Quality of Life of Patients with Diabetes

Mohammadi S¹, Fathi A*², Sharifi Rahnemo S³, Pahang E⁴

1. Department of Clinical Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

2. Research Center for Cognitive and Behavioral Sciences in the Police, Deputy Health, Relief and Treatment, Police Command, Tehran, Iran - Faraja Institute of Police Sciences and Social Studies

3. Department of Curriculum Studies, BuAli Sina University, Hamadan, Iran

4. Department of Clinical Psychology, Ahar Branch, Islamic Azad University, Ahar, Iran

* *Corresponding Author.* Tel: +989142537639, E-mail: a.fathi64@gmail.com

Received: May 29, 2022

Accepted: Aug 31, 2022

ABSTRACT

Background & aim: Positive interventions are clinical approaches using the principles of positive psychology that help people live a quality, enjoyable and meaningful life. The present study was conducted with the aim of determining the effectiveness of positive psychology on the quality of life of patients with diabetes in Shahriar city.

Methods: This research was a semi-experimental study based on a pre-test and post-test design with a control group. The statistical population included all patients with diabetes who referred to comprehensive health service centers of Shahriar city in 1400, from which 30 people were randomly selected and placed in two experimental (15 people) and control (15 people) groups. Then, the principles of positive psychological skills were presented to the participants in the experimental group in 8 two-hour sessions over a period of 2 months, while the control group did not receive these trainings. Both groups completed the World Health Quality of Life Questionnaire (WHO-QOL-BREF) once before the intervention and once after the intervention. The data were analyzed using variance analysis with repeated measures and SPSS version 28 software.

Results: The average scores of the intervention group were 42.33 in the pre-test, 78.33 in the post-test, and 77.87 in the follow-up. The result showed that positive psychological education had a significant effect on the components of quality of life, including physical health, mental health, the health of social relationships, and environmental in patients with diabetes ($p < 0.005$).

Conclusion: Positive psychological education can help diabetic patients to improve their potential capabilities through having positive emotions, nobility, control and goal seeking, and in this way, their quality of life in the areas of physical, mental, social and environmental relations.

Keywords: Positive Mental Skills, Quality of Life, Diabetic Patients

اثر بخشی آموزش مهارت‌های روانی مثبت نگر بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت

شروین محمدی^۱، آیت اله فتحی^{۲*}، سعید شریفی رهنمو^۳، عصمت پاهنگ^۴

۱. گروه روانشناسی بالینی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران
 ۲. مرکز تحقیقات علوم شناختی و رفتاری در پلیس، معاونت بهداشت، امداد و درمان، فرماندهی انتظامی، تهران، ایران- پژوهشگاه علوم انتظامی و مطالعات اجتماعی ناجا
 ۳. گروه مطالعات برنامه درسی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران
 ۴. گروه روانشناسی بالینی، واحد اهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اهر، ایران
- * نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۴۲۵۳۷۶۳۹ ایمیل: a.fathi64@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: مداخلات مثبت نگر، رویکرد بالینی با استفاده از اصول روان شناسی مثبت است که به افراد کمک می‌کند یک زندگی با کیفیت، لذت بخش و با معنایی داشته باشند. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی روانی مثبت نگر بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت شهرستان شهریار انجام پذیرفت.

روش کار: این پژوهش از نوع مطالعات نیمه تجربی بر اساس طرح پیش آزمون و پس آزمون و با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی بیماران مبتلا به دیابت مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان شهریار در سال ۱۴۰۰ بود که از بین آنها ۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. سپس اصول مهارت‌های روانی مثبت نگر در ۸ جلسه ۲ ساعته در مدت ۲ ماه به شرکت کنندگان در گروه آزمایش ارائه شد، در حالی که گروه کنترل این آموزش‌ها را دریافت نکردند. هر دو گروه، یک بار پیش از مداخله و یک بار پس از مداخله، پرسشنامه کیفیت زندگی بهداشت جهانی (WHO-QOL-BREF) را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و نرم افزار SPSS-28 تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین نمرات گروه مداخله در مراحل پیش آزمون ۴۲/۳۳، پس آزمون ۷۸/۳۳ و پیگیری ۷۷/۸۷ به دست آمد. نتایج نشان داد آموزش روانی مثبت نگر بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی شامل سلامت جسمانی، سلامت روانی، سلامت روابط اجتماعی و سلامت محیطی در بیماران مبتلا به دیابت تاثیر معناداری داشت ($p < 0/05$).

نتیجه گیری: آموزش روانی مثبت نگر می‌تواند به بیماران دیابتی کمک کند که توانمندی‌های بالقوه خود را از طریق داشتن عواطف مثبت، اشراف و کنترل و هدف جویی بهبود بخشند و از این طریق کیفیت زندگی آنان در حیطه‌های سلامت جسمانی، روانی، روابط اجتماعی و محیطی افزایش یابد.

واژه‌های کلیدی: مهارت‌های روانی مثبت نگر، کیفیت زندگی، بیماران دیابتی

دریافت: ۱۴۰۱/۰۳/۰۸ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۶/۰۹

مقدمه

بیماری دیابت، شایع ترین اختلال متابولیک مزمن و پیش رونده است که از طریق ناهنجاری در

متابولیسم کربوهیدرات، پروتئین و چربی توصیف می‌شود (۱) و سلامت عمومی فرد را تهدید می‌کند (۲). براساس آمار اعلام شده از سوی فدراسیون

بین‌المللی دیابت، تعداد ۵۳۷ میلیون بزرگسال، مبتلا به دیابت هستند که بیش از ۶/۲۸ درصد جمعیت جهان را تشکیل می‌دهند (۳). در ایران نیز بیش از ۱۲ درصد از بزرگسالان، مبتلا به دیابت هستند (۴،۵). این بیماری با ازدیاد قند خون ناشی از نقصان در عملکرد انسولین، ترشح انسولین و یا هر دو ایجاد می‌شود (۶،۷) و یکی از مهم‌ترین عوامل ایجاد کننده ناتوانی و مرگ در سالمندان می‌باشد (۸). به طور کلی دیابت مشکلات بالینی، اجتماعی و روانی فراوانی را بدنبال دارد که این مشکلات به نوبه خود باعث محدودیت فعالیت جسمانی و روانی افراد شده و کاهش کیفیت زندگی را به دنبال خواهد داشت (۹).

بنابراین بین بیماری دیابت و کیفیت زندگی ارتباط متقابلی وجود داشته (۱۰) و این بیماران، اغلب کیفیت زندگی پایینی را گزارش می‌کنند (۱۱). کیفیت زندگی، مفهومی گسترده و چندبعدی است (۱۲) که شامل ارزیابی‌های ذهنی از جنبه‌های مثبت و منفی زندگی می‌باشد (۱۳). این مفهوم، به عنوان درک فرد از مقتضیات فرهنگی، سیستم ارزشی، اهداف، انتظارات و علایق بوده و توضیح می‌دهد که چرا افرادی با شاخص‌های عینی مشابه از کیفیت زندگی، می‌توانند معیارهای ذهنی کاملاً متفاوتی داشته باشند (۱۴). مطالعات نشان داده است که کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت در مقایسه با افراد بدون دیابت کاهش می‌یابد (۱۵-۱۸). بر همین اساس، هدف اولیه از درمان این بیماران، تقویت کیفیت زندگی از طریق بهبود وضعیت سلامت جسمی-روانی و زندگی خانوادگی است (۱۹،۲۰).

مطالعات، اثربخشی رویکردهای درمانی مختلف نظیر رفتار درمانی شناختی (۲۱)، فعال‌سازی رفتاری (۲۲)، مشاوره گروهی با رویکرد امیددرمانی (۲۳) و مداخلات درمانی بهزیستی (۲۴) را بر بهبود کیفیت زندگی مبتلایان به دیابت نوع دو بررسی و تأثیر این روش‌ها را تأیید کرده‌اند. از طرفی پژوهش‌های علمی به این نتیجه رسیده که درماندگی و افسردگی

روانی بر رفتارهای سلامت و نتایج پزشکی افراد مبتلا به دیابت تأثیر زیادی دارد (۲۵،۲۶) و شاخص‌های بهزیستی روانی مانند خوش‌بینی و مثبت‌نگری منجر به بهبود شرایط پزشکی افراد مبتلا به دیابت می‌شود (۲۴). مطالعات دو دهه گذشته نشان می‌دهد که برای دستیابی به بهبود کیفیت کلی زندگی در بیماران لازم است توجه ویژه‌ای به نتایج اجتماعی و روان‌شناختی بیماران صورت گیرد و بدین منظور متخصصان، روان‌شناسی مثبت‌نگر را پیشنهاد کرده‌اند (۲۷). یکی از مداخلات موثر و کارآمد که اخیراً در حوزه درمان روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت مورد توجه قرار گرفته، درمان مثبت‌نگر رشید و سلیگمن^۱ می‌باشد که بیان می‌کند دنبال کردن لذت، تعهد و معنا در زندگی به ایجاد و تقویت شادکامی می‌انجامد. روان‌درمانی مثبت‌نگر بیشتر به موضوع ایجاد و افزایش شادکامی و خوشنودی از زندگی، افزایش توانمندی‌ها، استعدادها و ایجاد یک زندگی بهتر می‌پردازد (۲۸).

در بررسی متون انجام شده مشخص شد که برخی مطالعات به موضوعات مشابه پرداخته و اثربخشی توانبخشی روان‌شناختی مبتنی بر آموزش مهارت‌های تفکر مثبت (۲۹)، آموزش مهارت‌های تفکر مثبت (۳۰) و مداخلات روان‌شناختی مثبت (۳۱) را روی کیفیت زندگی افراد مبتلا به دیابت موثر دانسته‌اند، اما مهارت‌های روانی مثبت‌نگر، رویکرد آموزشی است که تاکنون مورد توجه پژوهشگران نبوده و شکاف نظری و تجربی در این زمینه مشهود است. بنابراین با توجه به اهمیت کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت و لزوم استفاده از روش‌های موثر برای ارتقای آن در زندگی این بیماران، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی مداخلات مثبت‌نگر بر ابعاد کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت انجام شد.

^۱ Rashid & Seligman

روش کار

روش پژوهش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی بیماران مبتلا به دیابت مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان شهریار در سال ۱۴۰۰ بود. در ابتدا طی یک فراخوان برای برگزاری جلسات آموزشی، ۵۰ نفر برای شرکت در پژوهش داوطلب شدند که از بین آنها بر اساس معیارهای ورود و خروج در پژوهش، تعداد ۳۰ نفر (۳۲) با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی ساده با روش پرتاب سکه (۳۳) در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. سپس طرح آموزش مهارت‌های روانی مثبت‌نگر در ۸ جلسه ۲ ساعته در مدت ۲ ماه به شیوه سلیگمن و رشید (۳۴) به شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ارائه شد. در گروه کنترل، مداخله‌ای صورت نگرفت. هر دو گروه، یک بار پیش از مداخله (یک روز پیش از شروع آموزش‌ها)، یک بار پس از مداخله (یک روز پس از اتمام جلسات آموزشی) و یک بار چهار هفته بعد از مداخله، پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی را تکمیل کردند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشتن سن ۳۵ تا ۵۵ سال، داشتن حداقل سواد دیپلم، نداشتن اختلالات روان‌شناختی مانند آلزایمر، دمانس، افسردگی و... عدم وجود بیماری یا حادثه که منجر به آسیب جسمانی و روانی طی یک ماه قبل شده باشد و عدم اعتیاد به مواد مخدر. عدم تمایل شرکت‌کننده به ادامه پژوهش و

غیبت بیش از دو جلسه از پژوهش به عنوان معیارهای خروج از مطالعه در نظر گرفته شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHO-QOL-BREF)^۱ استفاده شد. این پرسشنامه توسط سازمان بهداشت جهانی به منظور ارزیابی کیفیت زندگی ساخته شده است. فرم کوتاه این پرسشنامه ۲۶ سؤال دارد و چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیطی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این ابزار با استفاده از طیف پنج‌گزینه‌ای لیکرت از بسیار بد (۱) تا بسیار خوب (۵) نمره‌گذاری شده است. پس از انجام محاسبات لازم در هر حیطه امتیازی معادل ۲۰-۴ برای هر حیطه، به دست می‌آید که نمره ۴ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت حیطه مورد نظر است. نجات و همکاران به استانداردهای پرسشنامه حاضر پرداختند که نتایج به دست آمده حاکی از روایی و پایایی قابل قبول بودن عوامل ساختاری این ابزار در ایران در گروه‌های سالم و بیمار می‌باشد (۲۸). در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۴ به دست آمد. در نهایت، تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو سطح آمار توصیفی و آمار استنباطی انجام پذیرفت. در آمار توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در قسمت آمار استنباطی با رعایت پیش فرض‌ها، داده‌های به دست آمده با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد.

^۱ WHO- Quality of Life- BREF

جدول ۱. ساختار جلسات درمانی روانی مثبت نگر سلیگمن (۳۴)

جلسه	محتوا
اول	فقدان منابع مثبت، افسردگی را تداوم می بخشد: در این جلسه نقش غیبت یا فقدان هیجان مثبت، توانمندی‌های منش و معنا در تداوم افسردگی و تپ بودن زندگی بحث می‌شود. همچنین چارچوب روان درمانی مثبت‌نگر، نقش درمانگر و مسئولیت‌های مراجع توضیح داده می‌شود.
دوم	توانمندی‌های خاص تعیین می‌شود: مراجعان توانمندی‌های خاص خودشان را از مقدمه مثبت تعیین و موقعیت‌هایی که این توانمندی‌های خاص در گذشته به آنها کمک کرده است را بحث می‌کنند. سه مسیر منتهی به شادکامی لذت، تعهد و معنا بیان می‌شود. رشد توانمندی‌های خاص بحث شده و مراجع برای شکل دادن رفتارهای خاص، عینی و قابل دست یابی به منظور پرورش توانمندی‌های خاص خود آماده می‌شود.
سوم	بیان خاطرات خوب در برابر خاطرات بد: نقش خاطرات خوب و بد بر حسب تاثیر آنها در حفظ علایم افسردگی بحث می‌شود. مراجع تشویق به بیان احساسات توأم با خشم و تلخی می‌شود. اثرات ماندن در حالت خشم و تلخی بر افسردگی و بهزیستی بیان می‌شود.
چهارم	بخشش و قدردانی: بخشش به عنوان وسیله قدرتمندی که می‌تواند خشم و تلخی را به احساسات خنثی و حتی برای برخی افراد به هیجان‌ات مثبت تبدیل کند، معرفی می‌شود. قدردانی به عنوان تشکر بادوام مورد بحث قرار می‌گیرد و خاطرات خوب و بد مجدداً با تاکید بر قدردانی برجسته می‌شود.
پنجم	قناعت در برابر بیشینه سازی: قناعت در برابر بیشینه‌سازی در بافت کار پرزحمت اما لذت‌بخش مورد بحث قرار می‌گیرد.
ششم	خوشبینی و امید به زندگی، عشق و دلبستگی: مراجع به فکر کردن درباره زمانی که در یک کار مهمی شکست خورده، یا زمانی که توسط شخصی دیگر پذیرفته نشده است، واداشته می‌شود. سپس از مراجع خواسته می‌شود زمانی را که دچار شکست شده و به دنبال آن، درهای دیگری به رویش باز شده را به خاطر آورد. مراجع به شناسایی توانمندی‌های خاص افرادی که برایش مهم هستند، دعوت می‌شود.
هفتم	حس ذاتی؛ موهبت زمان: ایجاد عمدی لذت و آگاهی از آن در گذشته معرفی می‌شود. کار پرزحمت لذت بخش تصریح شده به عنوان تهدید ممکن حس ذایقه و نحوه حفاظت در برابر آن. صرفنظر از اوضاع مالی مراجعان قدر دادن یکی از بزرگترین موهبت‌ها را به همه دارند، موهبت زمان. راه‌های استفاده از توانمندی‌های خاص برای پیشنهاد موهبت زمان در خدمت به شخص دیگری خیلی بیشتر از خودش، بحث می‌شود.
هشتم	زندگی کامل: مفهوم زندگی کامل که لذت، تعهد و معنا را منسجم می‌سازد، بحث می‌شود. مراجع، پس آزمون را کامل می‌کند.

یافته‌ها

بین دو گروه از نظر سنی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($p=0/۷۲۱$) که نشان‌دهنده همتابودن دو گروه از نظر سن می‌باشد. همچنین میانگین نمرات کیفیت

نتایج نشان داد که میانگین سنی گروه آزمایش $۴۷/۵ \pm ۷/۵۹$ و گروه کنترل $۳۶/۲۶ \pm ۶/۰۴$ سال بود.

زندگی گروه کنترل در مراحل پیش‌آزمون ۴۴/۰۰، پس‌آزمون ۴۵/۶۶ و پیگیری ۴۳/۶۰ بود. میانگین نمرات گروه مداخله نیز در مراحل پیش‌آزمون ۴۲/۳۳، پس‌آزمون ۷۸/۳۳ و پیگیری ۷۷/۸۷ به دست آمد (جدول ۲).

جدول ۲. میانگین نمرات کیفیت زندگی و ابعاد آن در شرکت کنندگان دو گروه مداخله و کنترل در مراحل قبل، بعد و پیگیری

متغیر	مرحله	کنترل		آزمایش	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
حیطه‌ی جسمانی	پیش‌آزمون	۱۱/۱۳	۶/۲۰	۱۰/۸۰	۴/۵۵
	پس‌آزمون	۱۲/۲۰	۵/۶۷	۲۱/۵۳	۷/۲۱
	پیگیری	۱۰/۷۳	۵/۱۷	۲۲/۱۳	۸/۷۸
حیطه‌ی روانی	پیش‌آزمون	۱۱/۹۳	۴/۴۹	۱۰/۸۷	۳/۰۹
	پس‌آزمون	۱۲/۴۷	۵/۱۹	۲۲/۵۳	۳/۱۸
	پیگیری	۱۱/۸۷	۴/۰۳	۲۱/۴۷	۵/۰۱
حیطه‌ی روابط اجتماعی	پیش‌آزمون	۴/۸۰	۱/۲۶	۶/۰۰	۲/۱۳
	پس‌آزمون	۵/۸۰	۲/۵۱	۱۰/۱۳	۲/۸۵
	پیگیری	۵/۷۳	۲/۵۲	۹/۶۰	۲/۵۳
حیطه‌ی محیطی	پیش‌آزمون	۱۶/۱۳	۴/۶۸	۱۴/۶۷	۴/۱۶
	پس‌آزمون	۱۵/۲۰	۵/۶۷	۲۴/۱۳	۷/۲۸
	پیگیری	۱۵/۲۷	۵/۲۱	۲۴/۶۷	۷/۲۸
کیفیت زندگی کل	پیش‌آزمون	۴۴/۰۰	۱۰/۳۸	۴۲/۳۳	۷/۰۱
	پس‌آزمون	۴۵/۶۶	۹/۰۱	۷۸/۳۳	۱۳/۴۱
	پیگیری	۴۳/۶۰	۹/۰۴	۷۷/۸۷	۱۱/۶۰

استفاده شد. در ادامه بر اساس آزمون لوین برابری واریانس‌ها به شکل تک متغیری نیز مقایسه و بررسی شدند و نتایج نشان داد که فرض تساوی واریانس‌ها برای ϵ مولفه این فرضیه در ϵ مرحله اندازه‌گیری برقرار است ($p > 0.05$). بر همین اساس در تحلیل نتایج از آزمون‌های تعقیبی متناسب مانند بن‌فرونی استفاده شد. در بررسی آن مقادیر لامبدای ویلکز مورد توجه قرار گرفت که نتایج نشان داد که یک اثر معنی‌دار برای عامل گروه متغیر مستقل وجود دارد ($F = 34/174, p < 0.01, \eta^2 = 0.845$). این اثر نشان داد که حداقل بین یکی از دو متغیر موجود در بین گروه آزمایش و کنترل، تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین آزمون‌های چندمتغیری اثرات درون‌گروهی نیز بیانگر آن بود که حداقل بین یکی از مولفه‌های چهارگانه در ϵ مرحله اندازه‌گیری،

برای بررسی اثربخشی آموزش روانی مثبت نگر بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت، با توجه به وجود سه مرحله اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و دو گروه (کنترل و آزمایش) و یک نمره کل از تحلیل واریانس چندمتغیری آمیخته استفاده شد. قبل از استفاده از این روش، مفروضه نرمال بودن توزیع نمرات با کمک آزمون کولموگروف-اسمیرنوف آزمون شد. در ادامه مفروضه‌های همگنی کوواریانس‌ها و کرویت برای هر منبع تغییر بررسی شدند. نتایج آزمون ام‌باکس نشان داد که مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس برقرار است ($p = 0.276$). نتایج بررسی همگنی کوواریانس‌ها از طریق آزمون کرویت موخلی نیز نشان داد که فرض کرویت ($p > 0.05$) در منبع تغییر مراحل ۱، ۲، ۳ و ϵ وجود دارد. بر این اساس در تحلیل داده‌ها از شاخص‌های اصلی تحلیل

نشان داد اثر معنی‌دار برای عامل گروه. مرحله و تعامل مرحله با گروه در تمامی مولفه‌های کیفیت زندگی وجود داشت ($p < 0.05$) (جدول ۳).

تفاوت معنادار وجود داشت ($\eta^2 = 0.758, p < 0.01, F = 8.203$). در ادامه به منظور بررسی جزئی‌تر تغییرات داده‌ها، آزمون تحلیل آمیخته تک متغیری انجام شد. نتایج

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس تک متغیری آمیخته اثربخشی برنامه آموزش روانی مثبت نگر بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت

متغیر	منبع تغییر	مجموعه مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	حجم اثر
حیطه جسمانی	درون گروهی	۴۴۸/۲۶۷	۱	۴۴۸/۲۶۷	۱۰/۵۷۰	۰/۰۰۳	۰/۲۷۴
	مرحله*گروه	۵۱۶/۲۶۷	۱	۵۱۶/۲۶۷	۱۲/۱۷۳	۰/۰۰۲	۰/۳۰۳
روانی	درون گروهی	۱۰۴۰/۴۰۰	۱	۱۰۴۰/۴۰۰	۲۸/۸۹۴	۰/۰۰۰	۰/۵۰۸
	مرحله*گروه	۴۱۶/۰۶۷	۱	۴۱۶/۰۶۷	۲۳/۵۲۲	۰/۰۰۰	۰/۴۵۷
روابط اجتماعی	درون گروهی	۸۶۴/۹۰۰	۱	۸۶۴/۹۰۰	۲۴/۱۲۲	۰/۰۰۰	۰/۴۶۳
	مرحله*گروه	۷۷/۰۶۷	۱	۷۷/۰۶۷	۱۲/۹۷۸	۰/۰۰۱	۰/۳۱۷
محیطی	درون گروهی	۲۶/۶۶۷	۱	۲۶/۶۶۷	۴/۴۹۱	۰/۰۴۳	۰/۱۳۸
	بین گروهی	۲۲۰/۹۰۰	۱	۲۲۰/۹۰۰	۴۳/۳۲۷	۰/۰۰۰	۰/۶۰۷
سلامت جسمانی	درون گروهی	۳۱۲/۸۱۷	۱	۳۱۲/۸۱۷	۷/۱۷۴	۰/۰۱۲	۰/۲۰۴
	مرحله*گروه	۴۴۲/۸۱۷	۱	۴۴۲/۸۱۷	۱۰/۱۵۶	۰/۰۰۴	۰/۲۶۶
روابط اجتماعی	درون گروهی	۷۱۱/۲۱۱	۱	۷۱۱/۲۱۱	۲۹/۲۶	۰/۰۰۰	۰/۵۱۱
	بین گروهی						

($p < 0.05$). همچنین بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری نیز اختلاف معنی‌داری مشاهده شد. در حالی که در گروه کنترل تفاوتی بین مراحل اندازه‌گیری دیده نشد.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که در گروه آزمایش، نمره کل حیطه جسمانی ($d = -1.073, p < 0.05$), روانشناختی ($d = -1.166, p < 0.05$), روابط اجتماعی ($d = -0.946, p < 0.05$) و محیطی ($d = -0.813, p < 0.05$) پیش‌آزمون با پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری داشت

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی مولفه‌های سلامت جسمانی، روانشناختی، روابط اجتماعی و حیطه محیطی

گروه	مرحله	تفاوت	معنی‌داری	سلامت جسمانی	تفاوت	معنی‌داری	حیطه روانشناختی	تفاوت	معنی‌داری	روابط اجتماعی	تفاوت	معنی‌داری	حیطه محیطی	تفاوت	معنی‌داری
کنترل	پیش‌آزمون	۱/۰۶۷	۱/۰۰	۰/۵۳۳	۱/۰۰	۰/۰۰۰	۰/۹۳۳	۱/۰۰	۰/۹۳۳	۰/۶۷۳	۱/۰۰	۰/۹۳۳	۱/۰۰	۰/۹۳۳	۱/۰۰
	پیش‌آزمون	۰/۴۰۰	۱/۰۰	۰/۰۶۷	۱/۰۰	۰/۰۰۰	۰/۹۳۳	۱/۰۰	۰/۷۰۶	۰/۷۰۶	۱/۰۰	۰/۸۶۷	۱/۰۰	۰/۸۶۷	۱/۰۰
	پس‌آزمون	۱/۴۶	۱/۰۰	۰/۶۰۰	۱/۰۰	۰/۰۶۷	۰/۰۶۷	۱/۰۰	۰/۰۶۷	۰/۰۶۷	۱/۰۰	۰/۰۶۷	۱/۰۰	۰/۰۶۷	۱/۰۰
آزمایش	پیش‌آزمون	۱۰/۷۳	۰/۰۰۲	۱۱/۶۶	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
	پیش‌آزمون	۱۱/۳۳	۰/۰۰۱	۱۰/۶۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
	پس‌آزمون	۰/۶۰۰	۱/۰۰	۱/۰۶۷	۱/۰۰	۰/۵۳۳	۱/۰۰	۰/۵۳۳	۱/۰۰	۰/۵۳۳	۱/۰۰	۰/۵۳۳	۱/۰۰	۰/۵۳۳	۱/۰۰

منجر به بهبود کیفیت زندگی، بلافاصله و یک ماه پس از آموزش شده است. نتایج این پژوهش با یافته‌های مطالعات ذوالرحیم و همکاران، عصارزادگان و

بجث نتایج نشان داد که طرح آموزش روانی مثبت نگر بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت موثر بوده و

همکاران، نوفرستی و همکاران، دینر^۱ و همکاران، و سین^۲ و همکاران همسو می‌باشد (۳۹-۳۵). جلالی و همکاران نیز در مطالعه خود، اثربخشی روان درمانی مثبت نگر را بر بهزیستی روانی و کیفیت زندگی همسران جانبازان اعصاب و روان تأیید کردند (۴۰). یافته‌های پژوهش غلامی شهید هم نشانگر اثربخشی درمان مبتنی بر روان شناسی مثبت نگر^۳ بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مولتیپل اسکلروزیس بود (۴۱). در تبیین این یافته می‌توان گفت که آموزش مبتنی بر اصول روانی مثبت نگر از طریق تقویت و بهبود ارتباط مثبت با خود، ارتباط مثبت با دیگران و زندگی و نیز افزایش اعتماد به نفس می‌تواند کمک کننده ارتقاء کیفیت زندگی باشد. همچنین آموزش مهارت‌های خوش بینی و مثبت نگری، بیماران مبتلا به دیابت را تشویق می‌کند تا به جای یادآوری و نشخوار افکار منفی پیرامون بیماری شان و محدودیت‌های ایجاد شده برای آنان، تجربه‌های مثبت و خوب خود و نقش آن‌ها در افزایش و ارتقای احترام به خود و دیگران را بشناسند (۴۲) و تصویری از زندگی خوب را به روشنی بیان کرده و بهترین چیز را در هر موقعیت ببینند. بنابراین این آموزش باعث می‌گردد تا بیمار مبتلا به دیابت، محدودیت‌های بیماری خود را پذیرفته و از انکار پرهیزد (۴۳). افرادی که مثبت‌نگر هستند، فعالیت مغزی بهتری دارند و واکنش آن‌ها نسبت به بیماری‌ها بهتر است. بعلاوه، سازوکار ایمنی بدن این افراد نیز قوی‌تر است (۴۴، ۴۵) که یافته‌های پژوهش مبنی بر تأثیر مثبت آموزش مهارت‌های مثبت‌نگری بر سلامت جسمانی را تبیین می‌کند. همچنین، افرادی که گرایش به تمایلات بدبینانه دارند، میزان قابل توجهی از استرس را دارا هستند که نهایتاً به بیماری جسمانی و خستگی هیجانی و ذهنی آنان منجر می‌شود (۴۶) و

بنابراین آموزش مداخلات مثبت‌نگرانه می‌تواند منجر به بهبود حیطه‌های روانشناختی افراد شود. علاوه بر آن، مداخلات مثبت‌نگری بر بهبود توانایی‌های فردی برای داشتن دیدگاهی واقع‌بینانه نسبت به زندگی خود به فرد کمک می‌کند و در واقع به افراد کمک می‌کند اعتماد به نفس کافی داشته باشند تا بتوانند با دیگران ارتباط صحیح برقرار کنند و با آرامش و موفقیت با مشکلات زندگی روبرو شوند (۴۷) که یافته پژوهش مبنی بر اثربخشی آموزش مهارت‌های روانی مثبت‌نگری بر روابط اجتماعی و محیطی را تبیین می‌کند.

از جمله محدودیت‌های این تحقیق که می‌تواند بر نتایج آن تأثیر داشته باشد، درمان دارویی یا دیگر درمان‌های مورد استفاده بیماران می‌باشد که در این پژوهش مورد بررسی و کنترل قرار نگرفته است.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که آموزش مهارت‌های روانی مثبت‌نگر منجر به بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به دیابت می‌شود و حیطه سلامت جسمانی، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی و حیطه محیطی این افراد و کیفیت زندگی کل آن‌ها را بهبود می‌بخشد. لذا پیشنهاد می‌شود آموزش مهارت‌های مثبت‌نگری به عنوان یک روش آموزشی مؤثر بر افزایش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت، به منظور سازگاری روانشناختی بهتر آنان مورد توجه متخصصان سلامت روان و افرادی که در حوزه‌های سلامت فعالیت می‌کنند، قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از یک کار پژوهشی با کد اخلاق IR.IAU.REC.1401.007 می‌باشد. بدین وسیله از همه شرکت‌کنندگان در پژوهش و همه عزیزانی که

¹ Diener

² Sin

³ PPT

در این پژوهش یاری کردند، تشکر و قدردانی

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

می‌گردد.

References

- 1- Carpenter R, DiChiacchio T, Barker K. Interventions for self-management of type 2 diabetes: an integrative review. *International Journal of Nursing Sciences*. 2019;6(1):70-91.
- 2- Tsai KW, Chiang JK, Lee CS. Undiagnosed depression in patients with type 2 diabetes and its associated factors. *Tzu Chi Medical Journal*. 2008;20(1):44-48.
- 3- International Diabetes Federation. Diabetes facts & figures. 2022. <https://idf.org/aboutdiabetes/what-is-diabetes/facts-figures.html>
- 4- Iran Diabetes Association. Statistic related to diabetes in Iran. 2022. <https://ids.org.ir/index.php/fa/component/content/>
- 5- Stanković Ž, Jašović-Gašić M, Zamaklar M. Psycho-social and clinical variables associated with depression in patients with type 2 diabetes. *Psychiatria Danubina*. 2011;23(1):34-44.
- 6- Meusel LA, Kansal N, Tchistiakova E, Yuen W, MacIntosh BJ, Greenwood CE, et al. A systematic review of type 2 diabetes mellitus and hypertension in imaging studies of cognitive aging: time to establish new norms. *Frontiers in Aging Neuroscience*. 2014;6:148.
- 7- Mirzaei B, Rajabi H, Motamedi P, Sohailnader S. The effect of functional exercises training on glycemic control and nerve conduction velocity in patients with type 2 diabetes. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2022;29(6).
- 8- MacLean D, Lo R. The non-insulin-dependent diabetic: success and failure in compliance. *The Australian Journal of Advanced Nursing*. 1998;15(4):33-42.
- 9- Canbaz S, SÜNTER AT, Dabak S, PEKŞEN Y. The prevalence of chronic diseases and quality of life in elderly people in Samsun. *Turkish Journal of Medical Sciences*. 2003;33(5):335-40.
- 10- Papelbaum M, Lemos HM, Duchesne M, Kupfer R, Moreira RO, Coutinho WF. The association between quality of life, depressive symptoms and glycemic control in a group of type 2 diabetes patients. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2010;89(3):227-30.
- 11- Dyck R, Osgood N, Lin TH, Gao A, Stang MR. Epidemiology of diabetes mellitus among First Nations and non-First Nations adults. *Canadian Medical Association Journal*. 2010;182(3):249-56.
- 12- Tamir O, Wainstein J, Raz I, Shemer J, Heymann A. Quality of life and patient-perceived difficulties in the treatment of type 2 diabetes. *The Review of Diabetic Studies*. 2012;9(1):46.
- 13- Lai ST, Lim KS, Tang V, Low WY. Positive psychological interventions for people with epilepsy: an assessment on factors related to intervention participation. *Epilepsy & Behavior*. 2018;80:90-97.
- 14- De Castro EK, Ponciano C, Meneghetti B, Kreling M. Quality of life, self-efficacy and psychological well-being in Brazilian adults with cancer: a longitudinal study. *Psychology*. 2012;3(04):304.
- 15- Schram MT, Baan CA, Pouwer F. Depression and quality of life in patients with diabetes: a systematic review from the European depression in diabetes (EDID) research consortium. *Current Diabetes Reviews*. 2009;5(2):112-19.
- 16- Peña-Longobardo LM, Rodríguez-Sánchez B, Mata-Cases M, Rodríguez-Mañas L, Capel M, et al. Is quality of life different between diabetic and non-diabetic people? the importance of cardiovascular risks. *Plos One*. 2017;12(12):e0189505.
- 17- Tahan P, Ghalavand A, Heydarzadi S, Maleki E, Delaramnasab M. Effects of aerobic interval training on iron stores and glycemic control in men with type 2 diabetes. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2020;27(8):105-14.
- 18- Sadat Jou SAR, Rezvany MR, Tabiee Sh, Oudi D. Life quality comparison in Type 2 diabetic patients and none diabetic persons. *Modern Care Journal*. 2012;1(33):24-31.

- 19- MakkiAwouda FO, Elmukashfi TA, Al-Tom SAH. Designing an educational and training program for diabetes health educators at diabetic health centers, Khartoum State, Sudan; 2007-2010. *Global Journal of Health Science*. 2013;5(5):207-215.
- 20- Bharati DR, Pal R, Rekha R, Yamuna TV. Evaluation of the burden of type 2 diabetes mellitus in population of Puducherry, South India. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*. 2011;5(1):12-16.
- 21- Zare Bahramabadi M, vafaiee bane F, Gaderi E, Taqvaiee D. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on life quality of individuals with diabetes type 2. *Journal of Diabetes and Metabolism in Iran*. 2012;12(3):32-295.
- 22- Moslemi B, Ghaneigheshlaq R, rahimi L, Abdollahi N. Effectiveness of behavioral activation therapy on life quality of individuals with diabetes type 2. *International Conference of Research in Behavioral Sciences*; 2015.
- 23- Rasoulifar R. Effectiveness of group consul with hope-based therapy on life quality of individuals with diabetes of Abadeh city. Master's thesis in the field of counseling. Islamic Azad University of Marvdasht; 2012.
- 24- Massey CN, Feig EH, Duque-Serrano L, Wexler D, Moskowitz JT, Huffman JC. Well-being interventions for individuals with diabetes: a systematic review. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2019;147:118-33.
- 25- Celano CM, Beale EE, Moore SV, Wexler DJ, Huffman JC. Positive psychological characteristics in diabetes: a review. *Current Diabetes Reports*. 2013;13:917-29.
- 26- Li C, Barker L, Ford ES, Zhang X, Strine TW, Mokdad AH. Diabetes and anxiety in US adults: findings from the 2006 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Diabetic Medicine*. 2008;25:878-81.
- 27- Sousa VD, Zauszniewski JA, Musil CM, Price Lea PJ, Davis SA. Relationships among self-care agency, self-efficacy, self-care, and glycemic control. *Research and Theory for Nursing Practice*. 2005;19:217-30.
- 28- Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2006;4(4):1-12.
- 29- Sohani A, Barghi Irani Z. Effectiveness of psychological Rehabilitation Based on Training of Positive Thinking Skills on Self-Care, Happiness and Self-efficacy in Elderly People with Type 2 Diabetes. *Aging Psychology*. 2018;4(3):235-49.
- 30- Ebrahimi S, Hemmati Maslakkpak M, Mahmoudfakhe H. The effect of positive thinking skills training on self-efficacy and clinical tests of patients with type 2 diabetes referring to Imam Khomeini hospital of Mahabad, Iran, 2019-2020. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2021;18(2):942-55 [Persian].
- 31- Huffman JC, DuBois CM, Millstein RA, Celano CM, Wexler D. Positive psychological interventions for patients with type 2 diabetes: rationale, theoretical model, and intervention Development. *Journal of Diabetes Research*. 2015;13:1-19.
- 32- Cook TD, Campbell DT. *Quasi-experimentation: design and analysis issues for field settings*. Boston: Houghton Mifflin; 1979.
- 33- Geier DA, Kern JK, Davis G, King PG, Adams JB, Young JL, et al. A prospective double-blind, randomized clinical trial of levocarnitine to treat autism spectrum disorders. *Medical Science Monitor*. 2011;17(6):115-23.
- 34- Seligman MEP, Rashid T. Positive psychology. *American Psychologist*. 2006;61(8):774-88.
- 35- Zolrahim R, Vahedi Sh, Moheb N. Effectiveness of positive-based psychotherapy on life quality of n women hurt by marital infidelity. *Journal of Community Health*. 2020;1(4):33-40 [Persian].
- 36- Assarzagagan M, Raeisi Z. The effectiveness of training based on positive-psychology on quality of life and happiness of patients with type 2 diabetes. *Quarterly Journal of Health Psychology*. 2019;8(30):97-116 [Persian].

- 37- Noferești A, Roshan R, Fati L, Hassanabadi HR, Pasandideh A, Shaieri MR. Effectiveness of positive-based psychotherapy on happiness and psychological well-being of individuals with depression symptoms. *Positive Psychology Research*. 2015;1(1):1-18.
- 38- Diener E, Chan MY. Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*. 2011;3(1):1-43.
- 39- Sin N, Della Porta M, Lyubomirsky S. Tailoring positive psychology interventions to treat depressed individuals. In S. Donaldson, M. Csikszentmihalyi, & J. Nakamura (Eds), *Applied positive psychology: Improving everyday life, health, schools, work and society*. New York: Routledge; 2011.
- 40- Aliakbari A, Jajarmi M, Ghasemi Motlagh M. The effectiveness of positivist psychotherapy training on the hope and psychological well-being of the spouses of imposed war veterans. *Journal of Nursing Education*. 2020;9(4):22-30.
- 41- Gholamishahid Z. Effectiveness of psychological positive-based therapy on life quality, psychological well-being and hope to life of patients with multiple sclerosis of Isfahan. Master's Dissertation of Consulting field. Khurasegan University; 2015.
- 42- Nikmanesh, Z, Zandukili, M. The effect of positivity training on quality of life, depression, anxiety and stress of juvenile delinquents. *Journal of Positive Psychology*. 2015;1(2):64-53.
- 43- Edwards LM, Ong AD, Lopez SJ. Hope measurement in Mexican American youth. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*. 2007;29(2):225-41.
- 44- Taylor SE, Kemeny ME, Reed GM, Bower JE, Gruenewald TL. Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*. 2000;55(1):99.
- 45- Park N, Peterson C, Szvarca D, Vander Molen RJ, Kim ES, Collon K. Positive Psychology and Physical Health: Research and Applications. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2014;10(3):200-206.
- 46- Chang S, Sambasivam R, Seow E, Subramaniam M, Ashok Assudani H, et al. Positive mental health in psychotherapy: a qualitative study from psychotherapists' perspectives. *BioMed Central Psychology*. 2022;10:111.
- 47- O'Connell BH, O'Shea D, Gallagher S. Enhancing social relationships through positive psychology activities: a randomized controlled trial. *The Journal of Positive Psychology*. 2016;11:149-62.