

## The Effect of Life Skills Training on Improving SCL-90 Psychological Indicators and Quality of Life in Patients with Diabetes

## تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود شاخص‌های روانی SCL-90 و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت

Fatemeh Kani. M.A.

Psychology, Islamic Azad University of Isfahan (Khorasgan)

Mohammad Reza Samsam Shariat. Ph.D Student

Psychology, University of Isfahan

Ali Mehdad. Ph.D

Academic member, Islamic Azad University of Isfahan (Khorasgan)

Fatemeh Taki. B.A

Nursing, University of Isfahan

Mehrdad Kourang Beheshti. B.A

Biology, Islamic Azad University of Falavarjan

Roya Hekmatravan. M.A.

Psychology, Islamic Azad University of Isfahan (Khorasgan)

فاطمه خانی

کارشناس ارشد روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان)

سید محمدرضا صمصام‌شریعت\*

دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

علی مهداد

عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان)

فاطمه تکی

کارشناس پرستاری دانشگاه اصفهان

مehرداد کورنگ بهشتی

کارشناس زیست‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی فلاورجان

رؤیا حکمت‌روان

کارشناس ارشد روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان)

### Abstract

The aim of this study was to determine the effect of life skills training on improving SCL-90 psychological indicators and quality of life in patients with diabetes. The present research was a quasi-experimental study by pre-post test and control group design. Statistical population included all the patients referred to the professional clinic of diabetes, Aryana Clinic. The sample randomly recruited from those patients interested in participating in life skills training. According to the diagnosis of professional clinic, the sample were divided into experimental (n=35), and control (n=35) groups. Research tools included 1- Symptom Check-list 90 and 2-World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-26). The results of MANOVA showed that mean scores of experimental group were lower in Symptom Check-list 90 (psychoticism, phobic anxiety, anxiety, depression, OCD, somatization and mental health ( $P<0.01$ ) and higher in WHOQOL -26(physical and mental satisfaction ( $P<0.05$ ) compared to control group. It was concluded that life skills training program could have a significant effect on improving mental health and quality of life in patients with diabetes.

**Keywords:** life skills training, SCL-90 psychological indicators, quality of life, diabetes.

### چکیده

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود شاخص‌های روانی SCL-90 و کیفیت زندگی (QL) بیماران مبتلا به دیابت در شهر اصفهان، انجام شد. روش تحقیق نیمه‌آزمایشی و طرح آزمایشی، پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری همه مراجعہ‌کنندگان به درمانگاه تخصصی دیابت آریانا بود که براساس تمایل مراجعان به شرکت در کلاس‌های آموزشی مهارت زندگی، نمونه به صورت تصادفی از بین آنها انتخاب شد. براساس نظر پزشک در مورد تشخیص دیابت، نمونه نهایی شامل ۷۰ نفر در دو گروه آزمایش (n=۳۵) و گواه (n=۳۵) گمارده شدند. ابزارهای تحقیق شامل؛ ۱- مقیاس شاخص‌های روانی (SCL-90-R) و ۲- پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-26)، بود. نتایج تحلیل مانوا نشان داد که میانگین گروه آزمایش در روان‌پریشی، ترس مرضی، اضطراب، افسردگی، وسواس، شکایات جسمانی و سلامت روانی ( $P<0/01$ ) پایین‌تر و نیز رضایت جسمانی و روانی ( $P<0/05$ ) به‌طور معنی‌داری بالاتر از گروه گواه بود. بنابراین آموزش مهارت‌های زندگی می‌تواند در ارتقاء سلامت روانی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت، نقش مهمی داشته باشد.

**واژه‌های کلیدی:** آموزش مهارت‌های زندگی، شاخص‌های روانی SCL-90، کیفیت زندگی، دیابت.

## مقدمه

در ایران ۷/۷ درصد از افراد معادل ۲ میلیون نفر در گستره سنی ۲۵ تا ۶۴ سال مبتلا به انواع دیابت هستند. هزینه‌های مراقبت‌های سلامتی دیابت ۲/۵ تا ۱۵ درصد از بودجه سالانه سلامت جهان را به خود اختصاص می‌دهد (فرسای و امینی، ۱۳۸۸). انواع دیابت شامل دیابت نوع ۱ (دیابت جوانی یا دیابت وابسته به انسولین)، دیابت نوع ۲ (دیابت غیروابسته به انسولین و متداول‌ترین نوع دیابت در هر سن)، دیابت بارداری (در هورمون‌های مربوط به دوران بارداری و یا کمبود انسولین) است. همچنین انواع مشکلات جسمی برای افراد دیابتی شامل آسیب به قلب و عروق، چشم، کلیه‌ها، دستگاه عصبی، لته‌ها و دندان‌ها، پاها، صدمه عصبی و نارسایی در جریان خون است (فرسای و امینی، ۱۳۸۸).

آنچه آشکار است بیماری‌های جسمی توانایی‌ها و قدرت جسمانی و عملکردی فرد را دچار اختلال می‌کند و بدین طریق برای بیمار وضعیت ناامیدکننده‌ای را به وجود می‌آورد که به کاهش اعتماد به نفس و امیدواری در وی منجر می‌شود. در این شرایط، بیماری جسمی فرد را از نظر روانی آسیب‌پذیر می‌سازد و به اختلال روانی منجر می‌شود و به عبارتی کیفیت شاخص‌های روانی او کاهش می‌یابد. شاخص‌های روانی عبارت از: افسردگی<sup>۱</sup>، اضطراب<sup>۲</sup>، خصومت<sup>۳</sup>، حساسیت بین فردی<sup>۴</sup>، وسواس اجبار<sup>۵</sup>، فوبیا (ترس مرضی)<sup>۶</sup>، پارانویا (افکار پارانوئید)<sup>۷</sup> و روان‌پریشی<sup>۸</sup>. از طرفی بیماری‌های مزمن در طولانی‌مدت کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند. کیفیت زندگی به معنای درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، معیارها و اولویت‌هایشان می‌باشد، پس کاملاً فردی است و برای دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی استوار است (بونومی، پاتریک، بوشنل و مارتین<sup>۹</sup>، ۲۰۰۰). کیفیت زندگی خود یک پدیده چندبُعدی است، و عوامل تشکیل‌دهنده آن شامل بهداشت، آموزش و پرورش، محیط‌زیست و اقتصاد است، و هر یک از این چهار جزء خود در برگرفته شاخص‌های دیگری است (مازومدار<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۴). مفهوم کیفیت زندگی خود مفهومی چندجانبه و

چندبُعدی است و تنها جنبه‌های مادی زندگی را در بر نمی‌گیرد، اندازه‌گیری و پی بردن به آن خود در گرو عوامل مختلف فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و حتی محیطی است (دینر<sup>۱۱</sup>، ۱۹۸۴). در حالی که اطمینان کامل نسبت به اینکه کیفیت زندگی به چه معناست، وجود دارد. این مفهوم بیشتر به معنای رضایت و سطح زندگی است (کمبل<sup>۱۲</sup>، ۱۹۷۶) با توجه به این تعریف، هرگونه بهبود آشکاری در زندگی باعث ارتقای کیفیت زندگی می‌گردد (یوان<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۰).

با توجه به آنچه گفته شد، درمان بیماری‌هایی چون دیابت بدون در نظر گرفتن کیفیت زندگی و شاخص‌های روانی و بهبود وضعیت این متغیرها، چندان موفق نخواهد بود. بنابراین لازم است درمان‌هایی استفاده گردد که بتوانند کیفیت زندگی فرد را بهبود بخشند و موجب سلامت روانی او گردند. از مهمترین این درمان‌ها، آموزش مهارت‌های زندگی است. براساس نظر موریس. ای. الیاس<sup>۱۴</sup> (۱۹۹۲) مهارت‌های زندگی یعنی ایجاد روابط بین فردی مناسب و مؤثر، انجام مسؤلیت‌های اجتماعی، انجام تصمیم‌گیری‌های صحیح، حل تعارض‌ها و کشمکش‌ها بدون توسل به اعمالی که به خود و یا دیگران صدمه می‌زند (مک‌گرا<sup>۱۵</sup>، ۱۳۸۰). سازمان صلح جهانی، مهارت‌های زندگی را چنین تعریف نموده است: توانایی انجام رفتار سازگارانه و مثبت به گونه‌ای که فرد بتواند با چالش‌ها و ضروریات زندگی روزمره کنار بیاید (سازمان بهداشت جهانی<sup>۱۶</sup>، ۱۹۹۴ ترجمه نوری و محمدخانی، ۱۳۷۹). پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که خودآگاهی، عزت‌نفس و اعتماد به نفس، شاخص‌های اساسی توانمندی‌ها و ضعف‌های هر انسانی هستند (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۴ ترجمه نوری و محمدخانی، ۱۳۷۹). این سه ویژگی فرد را قادر می‌سازند که فرصت‌های زندگی‌اش را مغتنم بشمارد، برای مقابله با خطرات احتمالی آماده باشد، به خانواده و جامعه‌اش بیندیشد و نگران مشکلاتی باشد که در اطرافش وجود دارد و به چاره‌اندیشی بپردازد. سازمان صلح جهان در برنامه مهارت‌های زندگی که در سال ۱۹۹۳ معرفی کرد، ۱۰ مهارت را به‌عنوان مهارت‌های زندگی اصلی معرفی کرد. این ده مهارت را که یونیسف و یونسکو نیز به‌عنوان مهارت‌های زندگی اصلی

1. depression
3. hostility
5. obsessive-compulsive
7. paranoid Indentions
9. Bonomi, Patrick, Bushnell & Martin
11. Diener
13. Yuan
15. Mc Gra

2. anxiety
4. interpersonal sensitivity
6. phobia
8. psychoticism
10. Mazumdar
12. Campbell
14. Moris. A. Elyase
16. WHO

و هاشمی‌پور (۱۳۸۶) در پژوهشی نشان دادند؛ آموزش مهارت‌های ارتباطی، به ارتقای حس توانایی بیمار به مهار بیماری دیابت و پذیرش مسئولیت منجر می‌شود. همچنین در پژوهشی دیگر وارث، زندی، بقایی، مسعودی و میرباقر (۱۳۸۹) نشان دادند که بیماران دیابتی از کیفیت زندگی پایین در ابعاد روانی و جسمانی برخوردارند. همتی مسلک، احمدی، انوشه، حاجی‌زاده و اصغرزاده (۱۳۸۸) در پژوهشی نشان دادند؛ آموزش‌های رفتاری مناسب در کنار درمان بیماری دیابت لازم و ضروری است. نعمت‌پور، شهبازیان و غلام‌پور (۱۳۸۹) در پژوهشی نشان دادند که ۴۰ درصد جمعیت نمونه مشکلات روانی دارند. شکایات عمده به ترتیب شامل افسردگی، وسواس و اجبار، شکایات جسمانی و اضطراب گزارش گردید. بین مشکلات روانی و مدت زمان ابتلا به دیابت رابطه معناداری وجود داشت. همچنین داویدسون، بلند و لی<sup>۱۱</sup> (۲۰۰۰) نشان دادند تأثیرات اولیه کنترل متابولیک (سوخت و ساز) و کیفیت زندگی با ترکیب مداخله‌های رفتاری (آموزش مهارت‌های زندگی) دیابت را بیشتر مهار می‌کند و آموزش مهارت‌ها به بهبود دیابت و در نتیجه افزایش کیفیت زندگی آنها منجر می‌شود. وات کینز و کتل<sup>۱۲</sup> (۲۰۰۰) و نیز دیوریس، اسکس، اسنوک و پوور<sup>۱۳</sup> (۲۰۰۱) نشان دادند بین رفتارهای سالم خاص دیابتی‌ها و کنترل بیماری در آنها و کیفیت زندگی و ابعاد رفتاری - روانی در آن رابطه وجود دارد. همچنین رابین<sup>۱۴</sup> (۲۰۰۳) در پژوهشی نشان داد آموزش مهارت‌های خودکنترلی، کیفیت زندگی بالایی را برای دیابتی‌ها فراهم می‌کند. دنتزر، سوندسن، موریس، سالامون و راجر<sup>۱۵</sup> (۲۰۰۳) در مطالعه‌ای نشان دادند بین عوامل روان‌شناسی به‌خصوص اضطراب و افسردگی با دیابت رابطه وجود دارد. سانچز (۲۰۰۵) نشان داد که کیفیت زندگی در بیماران دیابتی وابسته به انسولین از سطح پایینی برخوردار است. گری، تامبورلان و داویدسون<sup>۱۶</sup> (۲۰۰۶) در مطالعه تجربی نشان دادند که آموزش مهارت‌های زندگی باعث مهار بیشتری دیابت در بیماران می‌شود و کیفیت زندگی آنها را به‌شدت افزایش می‌دهد. کوهن و ویاس<sup>۱۷</sup> (۲۰۰۶) نشان دادند که استرس در

شناخته‌اند. این مهارت‌ها عبارت‌اند از: مهارت تصمیم‌گیری<sup>۱</sup>، مهارت حل مسئله<sup>۲</sup> (نوری قاسم‌آبادی، ۱۳۷۷)، مهارت تفکر خلاق<sup>۳</sup>، مهارت تفکر نقاد<sup>۴</sup>، توانایی برقراری ارتباط مؤثر<sup>۵</sup>، مهارت ایجاد و حفظ روابط بین‌فردی<sup>۶</sup> (تی‌وود، ۱۳۷۹)، خودآگاهی<sup>۷</sup>، مهارت همدلی<sup>۸</sup>، مهارت مقابله با هیجان‌ها<sup>۹</sup> و مهارت مقابله با استرس<sup>۱۰</sup> (سی‌وارد، ۱۳۸۱). سازمان صلح جهانی (۲۰۰۴) این ۱۰ مهارت را به سه طبقه یا گروه اصلی تقسیم می‌کند: الف) مهارت‌های مرتبط با تفکر نقاد یا تصمیم‌گیری، ب) مهارت‌های بین‌فردی و ارتباطی، پ) مهارت‌های مقابله‌ای و مدیریت فردی (فتی، موتابی، محمدخانی و کاظم‌زاده، ۱۳۹۱). در همین حال بخشی از اهداف مهارت‌های زندگی عبارت است از: تقویت اعتماد به نفس، تقویت روحیه مشارکت و همکاری، رشد و تقویت عواطف انسانی، ایجاد روحیه مقاومت در برابر تبلیغات مسموم، کمک به شناسایی و بیان احساسات، تأمین سلامت جسمی و بهداشت روانی، تقویت مهارت‌های ارتباطی، ساختن یک شهروند متعادل و مقبول اجتماع، تقویت روحیه همزیستی مسالمت‌آمیز، ارتقای سازگاری فرد با خودش، دیگران و محیطی که در آن زندگی می‌کند (مک‌گرا، ۱۳۸۰).

پژوهش‌های داخلی و خارجی متعددی در مورد متغیرهای این پژوهش انجام گرفته که به نتایج برخی اشاره می‌شود. قنبری (۱۳۸۰) در پژوهشی نشان داد بیماران دیابتی با مشکلات زیادی در ابعاد کیفیت زندگی جسمی، روانی، اجتماعی روبه‌رو هستند که عملکرد جسمی نامطلوب، درد و رنج، مشکل در ایفای نقش، درک کلی نامناسب از سلامت و وجود مسائلی در وضعیت خانوادگی، نمونه‌ای از این مشکلات است. همچنین اردشیر لاریجانی، خرمشاهی، خلیلی، بندریان و آخوندزاده (۱۳۸۲)، سپهرمنش، سرمست، صدر و سربلوکی (۱۳۸۲) و سرتیپ‌پور، عطاری، امینی و حقیقی (۱۳۸۲) در پژوهشی نشان دادند که افسردگی عارضه روانی مهم و شایعی در بیماران دیابتی است. ثمری و لعلی (۱۳۸۴) در پژوهشی بیان کردند که آموزش مهارت‌های زندگی بر استرس خانوادگی و پذیرش اجتماعی مؤثر است. همچنین نجمی، احدی، دلاور

1. decision-making

3. creative thinking

5. effective communication

7. self-awareness

9. coping with emotions

11. Davidson, Boland &amp; Li

13. Devries, Eskes, Snoek &amp; Pouwer

15. Dantzer, Swendsen, Maurice Tison, Salamon &amp; Roger

17. Kouhan &amp; Vyas

2. problem solving

4. critical thinking

6. interpersonal relationship skills

8. empathy

10. coping with stress

12. Watkins &amp; Connell

14. Rabin

16. Grey, Tamborlan &amp; Davidson

سانچز<sup>۴</sup> (۲۰۰۵) نشان داد که کیفیت زندگی در بیماران دیابتی وابسته به انسولین از سطح پایینی برخوردار است. گنگویچ و همس فیلد (۲۰۰۸) کیفیت زندگی بر شرایط مؤثر بر سلامت روانی بیماران مبتلا به دیابت نقش عمده‌ای دارد.

در هر حال با توجه به اهمیت آنچه گفته شد هدف این مطالعه مشخص کردن این موضوع است که آیا آموزش مهارت‌های زندگی بر شاخص‌های روانی SCL-90 و کیفیت زندگی در این بیماران مؤثر است یا نه؟

### فرضیه‌های پژوهش

- آموزش مهارت‌های زندگی بر شاخص‌های روانی SCL-90 در افراد دارای دیابت مؤثر است.
- آموزش مهارت‌های زندگی بر کیفیت زندگی (QL) در افراد دارای دیابت مؤثر است.

**روش تحقیق:** روش تحقیق نیمه‌آزمایشی، پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری در این پژوهش همه مراجع‌کنندگان به درمانگاه آریانا بودند که نمونه‌نهایی از میان آنها براساس نمونه‌گیری داوطلبانه در کلاس‌های آموزش مهارت‌های زندگی انتخاب گردیدند. این افراد براساس نظر پزشک متخصص در مورد تشخیص یا عدم تشخیص دیابت در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۳۵ نفر) قرار گرفتند. از هر دو گروه آزمون سلامت روانی SCL-90 به‌عنوان پیش‌آزمون به عمل آمد. گروه آزمایش تحت آموزش مهارت‌های زندگی قرار گرفتند و پس از پایان جلسات دوباره همراه با گروه گواه در پس‌آزمون شرکت کردند.

### ابزار گردآوری داده‌ها

۱. **مقیاس شاخص‌های روانی (SCL-90-R):** این مقیاس دارای ۹۰ عبارت برای ارزیابی نشانه‌های روانی بر پایه گزارش پاسخگو است. این ابزار را که دراگوتیس، لیپمن و کووی<sup>۵</sup> (۱۹۷۳) برای نشان دادن جنبه‌های روان‌شناختی بیماران جسمی و روانی معرفی کردند، بر پایه تجربیات بالینی مورد تجدید نظر قرار گرفت و فرم نهایی آن را دراگوتیس، ریکلر و راک<sup>۶</sup> (۱۹۷۶) تدوین کردند. این آزمون برای سنجش میزان ناراحتی و براساس پاسخ‌های ۵ درجه‌ای لیکرت (۰-۴)، ابعاد ۹ گانه شامل شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار

تنظیم قند خون دیابتی‌ها نقش مهمی دارد. گنگویچ و همس فیلد<sup>۱</sup> (۲۰۰۸) در پژوهشی نشان دادند بین کیفیت خواب و سلامت روانی در افراد دارای دیابت رابطه وجود دارد. زوفمن و لوریتزن<sup>۲</sup> (۲۰۰۹) نیز در پژوهش تجربی گزارش کردند که آموزش مهارت‌های زندگی و راهنمایی خودتصمیمی به بیماران باعث افزایش خودمختاری و سلامت آنها می‌شود. گوتزمن، بندابریگ و بندن<sup>۳</sup> (۲۰۱۰) نشان دادند که سلامت روانی بیماران دیابتی پایین و احساس درماندگی در آنها بالا است. همچنین این بیماران دارای مشکلات روان‌تنی هستند. یافته‌های داخلی از جمله مطالعه قنبری (۱۳۸۰) نشان می‌دهد که بیماران دیابتی با مشکلات زیادی (در ابعاد کیفیت زندگی جسمی، روانی، اجتماعی) روبه‌رو هستند و عوامل فردی - اجتماعی و اقتصادی این بیماران تأثیر معنی‌داری بر کیفیت زندگی آنها دارد. همچنین مسعودی‌علوی (۱۳۸۳) از نامطلوب بودن کیفیت زندگی در بیماران دیابتی خبر می‌دهد. در همین راستا قنبری و کاظم‌نژاد (۱۳۸۳) در پژوهشی نشان دادند؛ براساس یافته‌ها بیشتر واحدهای مورد پژوهش بیمار (۶۰ درصد) دارای کیفیت زندگی در حد نامطلوب و اکثریت افراد سالم (۵۸/۱ درصد) دارای کیفیت زندگی در حد مطلوب بودند. علوی، غفرانی‌پور، احمدی، رجب و بابایی‌روچی (۱۳۸۳) نیز در پژوهشی نشان دادند کیفیت زندگی در سه بعد مورد بررسی با وجود درد در دست و پا، احساس خستگی و تعداد علائم و نشانه‌های گزارش شده در بیماران مبتلا به دیابت ارتباط داشت. همچنین یافته‌های صدافتی کسبخی و احسانی و قنبری (۱۳۸۶) نشان‌دهنده کیفیت زندگی نامطلوب در بیماران دیابتی و کیفیت زندگی مطلوب در افراد غیردیابتی است. در تأیید آن در پژوهشی دیگر وارث، زندی، بقایی، مسعودی‌علوی و میرباقرآچریز (۱۳۸۷) نشان دادند که بیماران دیابتی از کیفیت زندگی پایین برخوردارند و دیابت در ابعاد جسمی و روحی بر کیفیت زندگی آنان تأثیر می‌گذارد. در همین راستا یافته‌های مطالعات خارجی نیز از جمله داویدسون، بلند و لی (۲۰۰۰) و گری و همکاران (۲۰۰۶) نشان دادند که کیفیت زندگی بالا نقش مؤثری بر کنترل دیابت دارد. وات کینز و کنل (۲۰۰۰) ارتباط میان رفتارهای سالم خاص دیابتی‌ها و کیفیت زندگی تأیید نمودند. رابین (۲۰۰۳) نیز نشان داد کیفیت زندگی بالا، برای دیابتی‌ها شرایط حفظ و کنترل دیابت و اجرای طرح‌های خود کنترلی را فراهم می‌کند. ضمن آنکه

1. Gangwisch & Heymsfield

3. Goetzmann, Bundaberg & Benden

5. Derogatis, Lipman & Covi

2. Zoffman & Lauritzen

4. Sanchez

6. Richels & Rock

پایایی آزمون را برابر ۰/۸۹ برآورد کرد. پایایی پرسشنامه در این پژوهش نیز در مقیاس‌های سلامتی، روان‌شناختی، روابط اجتماعی و وضعیت زندگی با روش آلفای کرونباخ؛ به ترتیب؛ ۰/۷۶، ۰/۷۹، ۰/۷۵ و ۰/۷۵ محاسبه شده است. نمونه‌ای از سؤالات پرسشنامه عبارت است از؛ «به‌طور کلی کیفیت زندگی خود را، چگونه ارزیابی می‌کنید؟»

**روش اجرا:** گروه نمونه نهایی براساس نمونه‌گیری تصادفی (از هر ۱۰ نفر یک نفر) و تمایل مراجعان در کلاس‌های آموزش مهارت‌های زندگی انتخاب گردید. نمونه نهایی با توجه به نظر پزشک متخصص در مورد بیمار یا غیربیمار بودن آنها، در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. از هر دو گروه آزمون کیفیت زندگی و سلامت روانی SCL-90 به‌عنوان پیش‌آزمون به عمل آمد. گروه آزمایش تحت آموزش مهارت‌های زندگی قرار گرفت و پس از اتمام جلسات دوباره همراه با گروه گواه پس‌آزمون از آنها به عمل آمد. لازم است گفته شود که کلاس آموزش مهارت‌های زندگی یک روز در هفته و هر جلسه به مدت یک ساعت و نیم برگزار می‌شد و در کل ۹ جلسه آموزش برگزار شد. اهداف جلسات باتلر و هاپ<sup>۱</sup> (۱۹۹۵) به شرح زیر بودند: **جلسه اول:** معرفی و آشنایی با یکدیگر، بیان اهداف، بستن قرارداد رفتاری و بیان قوانین کلاس، تعریف و روشن‌سازی و بحث در مورد مفاهیم مهارت‌های زندگی، روابط بین‌فردی، عزت‌نفس و ابراز وجود، ایجاد فضای مشارکتی برای دخالت افراد در بحث و تشویق آنها به صحبت کردن برای شکستن یخ‌های ارتباطی. **جلسه دوم:** بیان نکاتی در مورد آغاز و خاتمه یک ارتباط، تشکیل جدول سود و زیان برای مقابله با افکار منفی که مانع برقراری ارتباط می‌گردند، بیان ویژگی‌های ارتباط خوب و بد. **جلسه سوم:** بیان و توضیح پنج رمز ارتباط مؤثر. **جلسه چهارم:** بیان و به چالش کشیدن برخی احساسات ناخوشایند که مانع برقراری ارتباط خوب می‌شوند و بیان ۱۰ طرز تلقی که مانع گوش دادن می‌شوند. بیان رفتارهای شنیداری مثبت، روش‌های برخورد با افراد خشمگین، تبدیل کردن یک بحث خسته‌کننده به یک بحث جذاب، و بحث در مورد تلاش‌هایی که گروه در طول این مدت در زمینه روابط بین‌فردی داشته است. **جلسه پنجم:** تعریف عزت‌نفس، بیان اهمیت و آثار عزت‌نفس بالا، بیان ویژگی‌های افراد با عزت‌نفس بالا و افراد با عزت‌نفس پایین، تفاوت بین عزت‌نفس و اعتماد به نفس و تکبر، بیان تأثیرات رایج عزت‌نفس پایین و نشانه‌های رفتاری افراد با عزت‌نفس پایین، تمرین تحلیل سود و زیان و تمرین تخیل ترسناک، بیان

پارانویید و روان‌پریشی را مورد بررسی قرار می‌دهد. در یک بررسی که میرزایی (۱۳۵۹) برای ارزیابی پایایی و اعتبار این آزمون انجام داد، پایایی آن در تمام مقیاس‌ها به استثنای پرخاشگری، ترس مرضی و افکار پارانویید، بیش از ۰/۸ بود و اعتبار سازه آن نشان داد که این آزمون می‌تواند به‌عنوان وسیله سرند خوبی برای تشخیص بیماران روانی از افراد سالم به‌کار رود. در مطالعه میرزایی حساسیت پایایی بازآزمایی ( $r=0/79$ ) و در مقایسه با مصاحبه روانپزشکی براساس ملاک‌های تشخیصی DSM-III-R ۰/۹۴ بوده است. پایایی با روش آلفای کرونباخ در مقیاس کلی ۰/۸۲ و زیرمقیاس‌های آن در این پژوهش به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۷۳، ۰/۸۱، ۰/۷۳، ۰/۶۹، ۰/۷۷، ۰/۷۵، ۰/۸۵ و ۰/۸۴ محاسبه شده است. نمونه‌ای از سؤالات پرسشنامه عبارت است از؛ «داشتن افکار نامطلوب، ناخواسته و مزاحمی که ذهن را رها نکنند».

۲. **پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-26):** این فرم دارای ۲۶ سؤال و ۴ بعد سلامتی، روان‌شناختی، روابط اجتماعی و وضعیت زندگی است که به‌عنوان یک مقیاس جامع مورد استفاده قرار می‌گیرد و در مجموع شامل کیفیت زندگی کلی و سطوح سلامت عمومی است. در این پرسشنامه ۴ حیطه یا ۴ بعد اصلی در نظر گرفته شده است. بعد اول: بهداشت و سلامت فیزیکی یا جسمانی است که نمره آن حاصل جمع پرسش‌های ۳، ۸، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶ است. بعد دوم: به حیطه روان‌شناختی کیفیت زندگی اختصاص یافته است که شامل جمع نمرات سؤالات ۴، ۵، ۶، ۹، ۱۷، ۲۳ است. بعد سوم: به حیطه روابط اجتماعی اختصاص دارد و نمره کسب شده در این حوزه از جمع نمرات سؤالات ۱۹ و ۱۸ به‌دست می‌آید. بعد چهارم: به محیط و وضعیت زندگی مربوط است و نمره کسب شده در این حوزه از مجموع نمرات استاندارد در سؤالات ۷، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۲۰، ۲۱، ۲۲ به دست می‌آید (بونومی و همکاران، ۲۰۰۰). طیف پاسخگویی پرسشنامه ۵ درجه‌ای و نمره‌گذاری آنها بین ۱ تا ۵ نمره است. جواب‌ها به‌صورت (اصلاً، خیلی کم، در حد متوسط، زیاد و خیلی زیاد) است که جواب اصلاً برابر ۱، خیلی کم برابر ۲، در حد متوسط برابر ۳، زیاد برابر ۴ و خیلی زیاد برابر ۵ نمره‌گذاری شده است. از سال ۱۹۹۶ اعتبار و روایی این پرسشنامه را سازمان بهداشت جهانی در کشورها و فرهنگ‌های مختلف انجام داده است. بونومی و همکاران (۲۰۰۰) در یک بررسی ضریب پایایی درونی این آزمون را ۰/۸۳ تا ۰/۹۵ اعلام کردند. در ایران رحیمی (۱۳۸۲) ضریب

برخی راههای افزایش ابراز وجود و دلایل مؤثر بودن رفتار توأم با ابراز وجود، انجام فن آرام‌سازی. جلسه نهم: فراگیری فنون درخواست کردن، نه گفتن، بله گفتن و کنار آمدن با انتقاد، یادگیری انتقاد سازنده، تصمیم‌گیری مؤثر و پیگیری رفتار درست.

**شیوه تحلیل داده‌ها:** به‌منظور بررسی اهداف پژوهش از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل کوواریانس چندمتغیره مانوا) استفاده گردید.

#### یافته‌ها

در جدول ۱ میانگین شاخص‌های روانی دو گروه آزمایش و گواه قبل و بعد از پیش‌آزمون ارائه شده است.

فواید ورزش در سلامت روان و افزایش عزت‌نفس. جلسه ششم: به‌کارگیری روش تعریف اصطلاحات و تمرین برای درک و تعدیل احساس حقارت، بیان خطاهای شناختی، بحث در مورد آنها و راههای مقابله با آنها در موارد مربوط به روابط بین‌فردی و عزت‌نفس، تشکیل برگه پیش‌بینی خرسندی، بیان برخی راهبردها به‌منظور افزایش عزت‌نفس. جلسه هفتم: به‌کارگیری فن آشکارسازی افکار و روش‌های دفاع از خود و پذیرش تناقض و مواجهه با افکار منفی، بیان نکاتی در مورد پذیرش سالم خود، عزت‌نفس شرطی و غیرشرطی و فرایند کسب عزت‌نفس. جلسه هشتم: تعریف ابراز وجود و بیان تفاوت رفتار مبتنی بر ابراز وجود با انواع رفتارهای دیگر و ویژگی‌های افراد خود ابراز، بیان حقوق بشر برای ابراز وجود،

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار شاخص‌های روانی پیش و پس از پیش‌آزمون

| متغیر                  | گروه   | تعداد | پیش از مداخله |              | پس از مداخله |              |
|------------------------|--------|-------|---------------|--------------|--------------|--------------|
|                        |        |       | میانگین       | انحراف معیار | میانگین      | انحراف معیار |
| روان‌پریشی             | آزمایش | ۳۵    | ۱/۹۲          | ۰/۰۵۸        | ۱/۷۶         | ۰/۵۵         |
|                        | گواه   | ۳۵    | ۲/۲۴          | ۰/۰۵۸        | ۲/۴۱         | ۰/۹۵         |
| افکار پارانوئیدی       | آزمایش | ۳۵    | ۲/۲۶          | ۰/۰۷۹        | ۲/۰۷         | ۰/۴۵         |
|                        | گواه   | ۳۵    | ۲/۵۰          | ۰/۰۷۹        | ۲/۷۰         | ۰/۸۶         |
| ترس مرضی               | آزمایش | ۳۵    | ۱/۵۲          | ۰/۰۶۳        | ۱/۴۰         | ۰/۴۱         |
|                        | گواه   | ۳۵    | ۲/۰۴          | ۰/۰۶۳        | ۲/۱۶         | ۰/۸۳         |
| پرخاشگری               | آزمایش | ۳۵    | ۲/۳۹          | ۰/۰۸۰        | ۲/۱۷         | ۰/۷۹         |
|                        | گواه   | ۳۵    | ۲/۳۱          | ۰/۰۸۰        | ۲/۵۳         | ۱/۰۳         |
| اضطراب                 | آزمایش | ۳۵    | ۲/۰۲          | ۰/۰۵۰        | ۱/۸۲         | ۰/۴۸         |
|                        | گواه   | ۳۵    | ۲/۶۵          | ۰/۰۵۰        | ۲/۸۶         | ۰/۹۳         |
| افسردگی                | آزمایش | ۳۵    | ۲/۲۶          | ۰/۰۸۲        | ۲            | ۰/۸۴         |
|                        | گواه   | ۳۵    | ۲/۵۹          | ۰/۰۸۲        | ۲/۸۶         | ۰/۷۹         |
| حساسیت در روابط متقابل | آزمایش | ۳۵    | ۲/۰۹          | ۰/۰۷۳        | ۱/۸۳         | ۰/۶۱         |
|                        | گواه   | ۳۵    | ۲/۳۱          | ۰/۰۷۳        | ۲/۵۷         | ۰/۸۴         |
| وسواس و اجبار          | آزمایش | ۳۵    | ۲/۱۲          | ۰/۰۷۷        | ۱/۹۱         | ۰/۶۳         |
|                        | گواه   | ۳۵    | ۲/۸۴          | ۰/۰۷۷        | ۳/۰۶         | ۰/۵۷         |
| شکایات جسمانی          | آزمایش | ۳۵    | ۲/۲۹          | ۰/۰۷۶        | ۱/۹۷         | ۰/۷۴         |
|                        | گواه   | ۳۵    | ۲/۸۲          | ۰/۰۷۶        | ۳/۱۴         | ۰/۷۹         |
| سلامت روانی GSI        | آزمایش | ۳۵    | ۲/۱           | ۰/۰۴۷        | ۱/۸۸         | ۰/۵۶         |
|                        | گواه   | ۳۵    | ۲/۴۸          | ۰/۰۴۷        | ۲/۷۰         | ۰/۷۱         |

کواریانس‌های دو گروه از آزمون باکس استفاده شد و با توجه به نتایج آزمون باکس ( $F=1/128, sig=0/234$ ) (Box's  $M=6/818$ ) تساوی کواریانس‌های دو گروه تأیید شد. به‌منظور بررسی همگنی واریانس دو گروه آزمایش و گواه در ابعاد مختلف از آزمون لوین استفاده و نتایج نشان داده شد. پیش‌فرض‌های تساوی واریانس‌های شاخص‌های روانی دو گروه آزمایش و گواه رد نشد.

نتایج تحلیل در جدول ۲ نشان داد بین دو گروه (آزمایش و گواه) در شاخص‌های روانی؛ روان‌پریشی ( $P<0/01$ )، ترس مرضی ( $P<0/01$ )، اضطراب ( $P<0/01$ )، افسردگی ( $P<0/05$ )، وسواس و اجبار ( $P<0/01$ )، شکایات جسمانی ( $P<0/01$ ) و سلامت روانی ( $P<0/01$ ) تفاوت معنی‌دار است. بنابراین فرضیه ۱ در موارد؛ روان‌پریشی، ترس مرضی، اضطراب، افسردگی، وسواس و اجبار، شکایات جسمانی و سلامت روانی تأیید گردید و میانگین گروه گواه در این موارد بیشتر از گروه آزمایش بود.

در جدول ۳ میانگین ابعاد کیفیت زندگی دو گروه آزمایش و گواه قبل و بعد از مداخله پیش‌آزمون ارائه شده است.

همان‌گونه که جدول ۱ نشان می‌دهد، پیش از مداخله پیش‌آزمون در گروه آزمایش میانگین شاخص‌های روانی؛ روان‌پریشی ۱/۷۶، افکار پارانوئیدی ۲/۰۷، ترس مرضی ۱/۴۰، پرخاشگری ۲/۱۷، اضطراب ۱/۸۲، افسردگی ۲، حساسیت در روابط متقابل ۱/۸۳، وسواس و اجبار ۱/۹۱، شکایات جسمانی ۱/۹۷ و سلامت روانی ۱/۸۸ و در گروه گواه میانگین این ویژگی‌ها به ترتیب ۲/۴۱، ۲/۷۰، ۲/۱۶، ۲/۵۳، ۲/۸۶، ۲/۵۷، ۳/۰۶ و ۳/۱۴ و بعد از مداخله پیش‌آزمون در گروه آزمایش میانگین شاخص‌های روانی؛ روان‌پریشی ۱/۹۲، افکار پارانوئیدی ۲/۲۶، ترس مرضی ۱/۵۲، پرخاشگری ۲/۳۹، اضطراب ۲/۰۲، افسردگی ۲/۲۶، حساسیت در روابط متقابل ۲/۰۹، وسواس و اجبار ۲/۱۲، شکایات جسمانی ۲/۲۹ و سلامت روانی ۲/۱ و در گروه گواه میانگین این ویژگی‌ها به ترتیب ۲/۲۴، ۲/۵۰، ۲/۰۴، ۲/۳۱، ۲/۶۵، ۲/۵۹، ۲/۸۴، ۲/۸۲ و ۲/۴۸ محاسبه شده است. در بررسی تفاوت شاخص‌های روانی افراد مبتلا به دیابت گروه‌های آزمایش و گواه از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره مانوا استفاده گردید. در این تحلیل پیش‌آزمون دو گروه بررسی شده است. به‌منظور آزمون پیش‌فرض‌های

جدول ۲- تحلیل مانوا. مقایسه دو گروه با توجه به شاخص‌های روانی با بررسی پیش‌آزمون

| منبع | متغیر                  | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F     | سطح معنی‌داری | توان آماری | ضریب اتا |
|------|------------------------|---------------|------------|-----------------|-------|---------------|------------|----------|
| گروه | روان‌پریشی             | ۰/۷۹          | ۱          | ۰/۷۹            | ۱۰/۶۱ | ۰/۰۰          | ۰/۱۵       | ۰/۱۰۶    |
|      | افکار پارانوئیدی       | ۰/۴۵          | ۱          | ۰/۴۵            | ۳/۲۷  | ۰/۰۸          | ۰/۵        | ۰/۳۲۷    |
|      | ترس مرضی               | ۲/۰۶          | ۱          | ۲/۰۶            | ۲۴/۱۶ | ۰/۰۰          | ۰/۲۹       | ۰/۲۴۱    |
|      | پرخاشگری               | ۰/۰۴          | ۱          | ۰/۰۴            | ۰/۳۲  | ۰/۵۸          | ۰/۱        | ۰/۳۲     |
|      | اضطراب                 | ۳/۱۳          | ۱          | ۳/۱۳            | ۵۸/۶۸ | ۰/۰۰          | ۰/۵۰       | ۰/۵۸۶    |
|      | افسردگی                | ۰/۸۴          | ۱          | ۰/۸۴            | ۵/۶۶  | ۰/۰۲          | ۰/۹        | ۰/۵۶۶    |
|      | حساسیت در روابط متقابل | ۰/۳۶          | ۱          | ۰/۳۶            | ۳/۱۰  | ۰/۰۸          | ۰/۵        | ۰/۳۱۰    |
|      | وسواس و اجبار          | ۴/۰۳          | ۱          | ۴/۰۳            | ۳۱/۵۶ | ۰/۰۰          | ۰/۳۵       | ۰/۳۱۵    |
|      | شکایات جسمانی          | ۲/۲۷          | ۱          | ۲/۲۷            | ۱۷/۹۹ | ۰/۰۰          | ۰/۲۳       | ۰/۱۷۹    |
|      | سلامت روانی GSI        | ۱/۱۳          | ۱          | ۱/۱۳            | ۲۳/۲۴ | ۰/۰۰          | ۰/۲۸       | ۰/۲۳۲    |

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار ابعاد کیفیت زندگی پیش و پس از مداخله پیش‌آزمون

| متغیر             | گروه   | تعداد | پیش از مداخله<br>میانگین | پس از مداخله<br>میانگین |
|-------------------|--------|-------|--------------------------|-------------------------|
| رضایت جسمانی      | آزمایش | ۳۵    | ۳/۲۵                     | ۳/۴۱                    |
|                   | گواه   | ۳۵    | ۳/۰۱                     | ۲/۸۴                    |
| رضایت روانی       | آزمایش | ۳۵    | ۳/۴۲                     | ۳/۵۷                    |
|                   | گواه   | ۳۵    | ۳/۱۸                     | ۳/۰۳                    |
| رضایت اجتماعی     | آزمایش | ۳۵    | ۳/۵۳                     | ۳/۶۸                    |
|                   | گواه   | ۳۵    | ۳/۳۳                     | ۳/۲۳                    |
| رضایت زندگی       | آزمایش | ۳۵    | ۳/۴۸                     | ۳/۶۴                    |
|                   | گواه   | ۳۵    | ۳/۳۶                     | ۳/۱۹                    |
| کیفیت زندگی<br>کل | آزمایش | ۳۵    | ۳/۰۹                     | ۳/۲۱                    |
|                   | گواه   | ۳۵    | ۳/۰۸                     | ۲/۹۷                    |

جدول ۴- تحلیل مانوا. مقایسه دو گروه با توجه به ابعاد کیفیت زندگی با بررسی پیش‌آزمون

| منبع | متغیر          | مجموع<br>مجذورات | درجه<br>آزادی | میانگین<br>مجذورات | F     | سطح<br>معنی‌داری | توان<br>آماري | ضریب<br>اتا |
|------|----------------|------------------|---------------|--------------------|-------|------------------|---------------|-------------|
| گروه | رضایت جسمانی   | ۰/۷۹             | ۱             | ۰/۷۹               | ۴/۵۱  | ۰/۰۳۸            | ۰/۶۷          | ۰/۴۵۱       |
|      | رضایت روانی    | ۰/۷۰             | ۱             | ۰/۷۰               | ۴/۶۵  | ۰/۰۳۵            | ۰/۶۹          | ۰/۴۶۵       |
|      | رضایت اجتماعی  | ۰/۵۵             | ۱             | ۰/۵۵               | ۲/۶۸  | ۰/۱۰۶            | ۰/۴۱          | ۰/۲۶۸       |
|      | رضایت زندگی    | ۰/۱۹             | ۱             | ۰/۱۹               | ۲/۲۰  | ۰/۱۴۲            | ۰/۳۴          | ۰/۲۲۰       |
|      | کیفیت زندگی کل | ۰/۰۰             | ۱             | ۰/۰۰               | ۰/۰۰۷ | ۰/۹۳۵            | ۰/۰۱          | ۰/۰۰۷       |

در بررسی نمرات ابعاد کیفیت زندگی افراد مبتلا به دیابت گروه آزمایش و گواه از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره مانوا استفاده گردید. در این تحلیل پیش‌آزمون بررسی شده است. به‌منظور آزمون پیش‌فرض‌های کوواریانس‌های دو گروه از آزمون باکس استفاده شد و با توجه به نتایج آزمون باکس ( $F=1/89$ ,  $sig=0/087$ )،  $Box's M=6/84$ ) تساوی کوواریانس‌های دو گروه رد نشد. به‌منظور بررسی همگنی واریانس دو گروه آزمایش و گواه در ابعاد مختلف از آزمون لوین استفاده و نتایج نشان داده شد. پیش‌فرض‌های تساوی واریانس‌های دو گروه بجز رضایت جسمانی در کل رد نشد.

همان‌گونه که جدول ۳ نشان می‌دهد، قبل از مداخله پیش‌آزمون در گروه آزمایش میانگین ابعاد کیفیت زندگی؛ رضایت جسمانی ۳/۴۱، رضایت روانی ۳/۵۷، رضایت اجتماعی ۳/۶۸، رضایت زندگی ۳/۶۴ و کیفیت زندگی کل ۳/۲۱ و در گروه گواه میانگین این ویژگی‌ها به ترتیب ۲/۸۴، ۳/۰۳، ۳/۲۳، ۳/۱۹ و ۲/۹۷ و بعد از مداخله پیش‌آزمون در گروه آزمایش میانگین ابعاد کیفیت زندگی؛ رضایت جسمانی ۳/۲۵، رضایت روانی ۳/۴۲، رضایت اجتماعی ۳/۵۳، رضایت زندگی ۳/۴۸ و کیفیت زندگی کل ۳/۰۹ و در گروه گواه میانگین این ویژگی‌ها به ترتیب ۳/۰۱، ۳/۱۸، ۳/۳۳، ۳/۳۶ و ۲/۹۷ محاسبه شده است.



اطرافش باشد و به چاره‌اندیشی بپردازد. این موارد باعث می‌شود که آموزش مهارت‌های زندگی به این بیماران در مواردی چون روان‌پریشی، ترس مرضی، اضطراب، افسردگی، وسواس و اجبار، شکایات جسمانی و سلامت روانی نقش پیش‌گیرنده و یا درمانی داشته باشد.

همچنین بنابر نتیجه تحلیل انجام شده آموزش مهارت‌های زندگی بر ابعاد کیفیت زندگی؛ رضایت جسمانی و رضایت روانی بیماران مبتلا به دیابت مؤثر بوده است. این نتایج با یافته‌های زوفمن و لوریتزن (۲۰۰۹) که نشان دادند آموزش مهارت‌های زندگی باعث افزایش خودکنترلی بالایی در افراد می‌شود و گری و همکاران (۲۰۰۶)، رابین (۲۰۰۳) که نشان دادند آموزش کلید سازنده‌ای برای مدیریت و کنترل مؤثر دیابت است، داویدسون و همکاران (۲۰۰۰)، باقیانی مقدم، افخمی اردکانی، مظلومی محمودآباد و سعیدی‌زاده (۱۳۸۵) که نشان دادند آموزش روش پیشگیرانه‌ای از کاهش کیفیت زندگی است و نیز یافته‌های ثمری و لعلی (۱۳۸۴)، همخوانی دارد. در مورد تبیین علل یافته‌های این پژوهش؛ با توجه به نتایج وارث و همکاران (۱۳۸۷)، داویدسون، بلند و لی (۲۰۰۰) و گری و همکاران (۲۰۰۶)؛ بیماران دیابتی از کیفیت زندگی پایین برخوردارند. همچنین این کیفیت پایین موجب ایجاد ادراک غیرواقع‌بینانه افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر اهداف، انتظارات و اولویت‌هایشان در زندگی است. برای همین آموزش مهارت‌های زندگی موجب افزایش کنترل فرد بر بیماری می‌شود و مهارت تصمیم‌گیری و حل مسأله را به‌طور معقول و مؤثر به او می‌آموزد. چنین آموزش‌هایی هم در بهبود و حداقل درمان نسبی وضعیت جسمانی و هم در بهبود وضعیت روانی بیمار مؤثر است. همچنین با توجه به مفهوم کیفیت زندگی باید توجه داشت که هرگونه بهبود آشکاری در زندگی باعث ارتقای کیفیت زندگی می‌شود و بهبود در این خصوص با آموزش مهارت‌های زندگی امکان‌پذیر است.

براساس نتایج پیشنهاد می‌گردد، همواره بخش عمده درمان بیماران دیابتی با آموزش مهارت‌های زندگی از طریق مشاوران و مدرسان مجرب در مراکز تخصصی همراه شود تا بیمار بتواند علاوه بر مشکلات جسمانی ناشی از بیماری، وضعیت روانی باثباتی را تجربه کند و از آسیب‌های روانی که بر جسم او نیز اثر می‌گذارد، بکاهد. همچنین با توجه به یافته‌های موجود که مشخص شد آموزش مهارت‌های زندگی بر ابعاد کیفیت زندگی؛ رضایت جسمانی و رضایت روانی بیماران مبتلا به دیابت مؤثر بوده است، پیشنهاد می‌گردد، در کنار خدمات پزشکی موجود همواره آموزش مهارت‌های زندگی برای بهبود

نتایج تحلیل در جدول ۴ نشان داد، بین دو گروه (آزمایش و گواه) در ابعاد کیفیت زندگی؛ رضایت جسمانی ( $P < 0/05$ ) و رضایت روانی ( $P < 0/05$ ) تفاوت معنی‌دار است. بنابراین فرضیه ۲ در موارد؛ رضایت جسمانی و رضایت روانی، تأیید گردید و میانگین گروه گواه در این موارد پایین‌تر از گروه آزمایش بود.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود شاخص‌های روانی SCL-90 و کیفیت زندگی (QL) بیماران مبتلا به دیابت در شهر اصفهان بود. بنابر نتایج؛ آموزش مهارت‌های زندگی بر شاخص‌های روانی؛ روان‌پریشی، ترس مرضی، اضطراب، افسردگی، وسواس و اجبار، شکایات جسمانی و سلامت روانی بیماران مبتلا به دیابت مؤثر بوده است. این نتایج با یافته‌های زوفمن و لوریتزن (۲۰۰۹)، رابین (۲۰۰۳)، رخشنده‌رو، حیدرنیا و رجب (۱۳۸۵)، گری و همکاران (۲۰۰۶) که نشان دادند؛ آموزش مهارت‌های زندگی باعث کنترل بیشتری بر دیابت در بیماران شده و نتایج داویدسون و همکاران (۲۰۰۰) که نشان دادند آموزش مهارت‌های زندگی کنترل بیشتر دیابت را در پی دارد و نیز سرتیپ‌پور، عطاری، امینی و حقیقی (۱۳۸۲) که نشان دادند هر نوع آموزشی مرتبط با مهارت‌های زندگی بر شاخص‌های روانی بیماران دیابتی مؤثر است و نیز ثمری و لعلی (۱۳۸۴) که نشان دادند آموزش مهارت‌های زندگی بر استرس خانوادگی و پذیرش اجتماعی مؤثر است، هماهنگی دارد. در مورد علت احتمالی نتیجه به دست آمده در این پژوهش، براساس یافته‌های نعمت‌پور و همکاران (۱۳۸۹)؛ ۴۰ درصد افراد مبتلا به دیابت دارای مشکلات روانی نظیر؛ افسردگی، وسواس و اجبار، شکایات جسمانی و اضطراب هستند. در عین حال، بیماری جسمی فرد را از نظر روانی آسیب‌پذیر می‌سازد و به ابتلا به اختلال روانی منجر می‌شود و به عبارتی کیفیت شاخص‌های روانی او کاهش می‌یابد. بنابراین چنین آموزش‌هایی نقش مهمی در سازگاری و افزایش اعتماد به نفس و کاهش اضطراب بیماران دارد و در کنترل افسردگی و احساس غمگینی ناشی از وجود دیابت مؤثر است. توانایی انجام رفتار سازگارانه و مثبت همراه با افزایش خود آگاهی، عزت‌نفس و اعتماد به نفس به گونه‌ای که فرد بتواند با چالش‌ها و مشکلات زندگی روزمره کنار بیاید، فرصت‌های زندگی‌اش را مغتنم بشمارد، برای مقابله با خطرات احتمالی آماده باشد، به خانواده و جامعه‌اش بیندیشد و نگران مشکلات موجود در

سرتیپ‌پور، م. عطاری، ع. امینی، م. حقیقی، س. (۱۳۸۲). تأثیر آموزش مدارا با استرس بر کنترل کوتاه‌مدت قند خون در بیماران دیابتی نوع ۱. پژوهش در علوم پزشکی، شماره ۱، دوره ۳: ۷۲-۷۶. سی‌وارد، ب. (۱۳۸۱)، مدیریت استرس، مهدی قراچه‌داغی. تهران: نشر پیکان.

صداقتی‌کسبخی، م. احسانی، م. قنبری، ع. (۱۳۸۶). مقایسه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ با افراد غیردیابتی. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شماره ۴۰، دوره ۹: ۵۵-۶۰.

علوی، م. غفرانی‌پور، ف. احمدی، ف. رجب، ا. بابایی‌روچی، غ. (۱۳۸۳). کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت قندی مراجعه‌کننده به انجمن دیابت ایران. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه (بهبود)، شماره ۲۱، دوره ۸: ۴۷-۵۶.

فتی، ل. موتابی، ف. محمدخانی، ش. کاظم‌زاده، م. (۱۳۹۱). راهنمای عملی برگزاری کارگاههای آموزش مهارت‌های زندگی: کتاب راهنمای مدرس، تهران: میانکوشک.

فرسای، ش و امینی، م. (۱۳۸۸). چگونه با دیابت بهتر زندگی کنیم. اصفهان: انتشارات ارکان‌دانش.

قنبری، ع. (۱۳۸۰). تعیین الگوی عوامل مؤثر بر ابعاد کیفیت زندگی در بیماران دیابتی. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی. شماره ۸۸: ۸۲.

قنبری، ع و کاظم‌نژاد، ا. (۱۳۸۳). بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی بیماران دیابتی غیروابسته به انسولین مراجعه‌کننده به مرکز آموزش دیابت بیمارستان رازی رشت با افراد سالم. مجله علمی پزشکی مدرس، آسیب‌شناسی زیستی (علوم پزشکی مدرس). شماره ۷، دوره ۱: ۶۹-۸۰.

مسعودی‌علوی، ن. (۱۳۸۳). کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت قندی مراجعه‌کننده به انجمن دیابت ایران. فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، سال هشتم، شماره دوم.

مک‌گرا، فیلیپ. (۱۳۸۰). مهارت‌های زندگی، ترجمه مهدی قراچه‌داغی. تهران: نشر پیکان.

میرزایی، رقیه. (۱۳۵۹). ارزیابی و اعتبار آزمون SCL90 در ایران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی و علوم رفتاری. دانشگاه تهران.

نجمی، س. احدی، ح. دلاور، ع. هاشمی‌پور، م. (۱۳۸۶). اثربخشی درمان روان‌شناختی چندجنبه‌ای بر بهبود پایبندی به درمان پزشکی در نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک. تحقیقات علوم رفتاری. شماره ۵، دوره ۱۰: ۱۲۷ تا ۱۳۷.

نعمت‌پور، س. شهبازیان، ح. غلام‌پور، آ. (۱۳۸۹). بررسی مشکلات روانی مبتلایان به دیابت شیرین. مجله علمی پزشکی جندی‌شاپور. شماره ۲۷: ۳۴۵-۳۵۲.

نوری قاسم‌آبادی، ر. (۱۳۷۷). مهارت حل مسئله، تهران: نشر معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی.

وارث، ز. زندی، م. بقایی، پ. مسعودی‌علوی، ن. میرباقرآجریز، ن. (۱۳۸۹). بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در بیماران دیابتی مراجعه‌کننده به مرکز دیابت کاشان. مجله پژوهش پرستاری. دوره ۵، شماره ۱۷: ۱۴ تا ۲۲.

وضعیت کیفیت زندگی بیماران، در مراکز تخصصی و بیمارستان‌ها و نیز پزشکان مرتبط با این بیماران، در دستور کار قرار گیرد. چرا که عامل کیفیت زندگی و بیماری جسمانی متقابلاً متأثر از یکدیگر است و کیفیت زندگی معمولاً مشخص‌کننده میزان توجه بیمار به وضعیت جسمانی اش است. چاپ بروشورها و مطالب به زبان ساده حاوی اطلاعات پژوهش حاضر برای بیماران و نیز متخصصان مرتبط با آنها، اطلاع‌رسانی‌های رسانه‌ای و نظایر آن می‌تواند تمایل افراد را برای استفاده از خدمات روان‌شناختی در کنار خدمات پزشکی افزایش چشمگیری دهد. لازم به ذکر است پژوهشگران در انجام پژوهش حاضر و جمع‌آوری داده‌ها از محدودیت زمانی برخوردار بودند. همچنین نمونه مورد پژوهش شامل افرادی بوده که داوطلبانه و صرفاً به یک کلینیک خصوصی درمان دیابت در شهر اصفهان مراجعه نموده‌اند. بنابراین در تعمیم نتایج باید این موضوع در نظر گرفته شود.

## منابع

اردشیرلاریجانی، م. خرمشاهی‌بیات، م. خلیلی‌گرگانی، م. بندریان، ف. آخوندزاده، ش. (۱۳۸۲). تعیین ارتباط دیابت و افسردگی در بیماران دیابتی مراجعه‌کننده به درمانگاه دیابت بیمارستان دکتر شریعتی و انجمن دیابت ایران. مجله دیابت و لیپید ایران، شماره ۳، دوره ۱: ۷۷-۸۲.

باقیانی‌مقدم، م. افخمی‌اردکانی، م. مظلومی محمودآباد، س. سعیدی‌زاده، م. (۱۳۸۵). بررسی کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع ۲ یزد. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد. شماره ۱۴، دوره ۴: ۴۹-۵۴.

تی‌وود، ج. (۱۳۷۹). ارتباطات میان‌فردی، ترجمه مهرداد فیروزبخت، تهران: انتشارات مهتاب.

ثمری، ع و لعلی‌فاز، ا. (۱۳۸۴). مطالعه اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر استرس خانوادگی و پذیرش اجتماعی. فصلنامه اصول بهداشت روانی. سال هفتم، شماره ۲۶ و ۲۵: ۴۷-۵۵.

رحیمی، زیور. (۱۳۸۲). مقایسه کیفیت زندگی در بیماران سکنه قلبی بازتوانی شده و بازتوانی نشده. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.

رخشنده‌رو، س. حیدرنیا، ع. رجب، ا. (۱۳۸۵). بررسی میزان تأثیر آموزش بهداشت بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی. مجله دانشور، شماره ۲۳، دوره ۱۳: ۱۵-۲۰.

سازمان جهانی بهداشت. (۱۳۷۹). برنامه آموزش مهارت‌های زندگی. ترجمه ربابه نوری و پروانه محمدخانی، تهران: نشر معاونت فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی.

سپهرمش، ز. سرمست، ح. صدر، س. سریلوکی، ش. (۱۳۸۲). بررسی شیوع و نوع افسردگی و عوامل مرتبط با آن در افراد دیابتی. فصلنامه علمی و پژوهشی فیض. شماره ۲۷، دوره ۷: ۶۹-۷۵.

- همتی مسلک‌پاک، م. احمدی، ف. انوشه، م. حاجی‌زاده، اصغرزاده. ح. (۱۳۸۸). مشکلات روانی - اجتماعی دختران نوجوان مبتلا به دیابت. *مجله علوم رفتاری*. شماره ۳. دوره ۱: ۷۱-۷۷.
- Bonomi .AE, Patrick .DL, Bushnell .DM, Martin .M. (2000). *Validation of the United States version of the World Health Organization Quality of life (WHOQOL) instrument. Clinical Epidemiological*; 53(1): 19-23.
- Butler.G., & Hop. T. (1995). *Managing your mind.the mental fitness guide*.Oxford University Press.
- Campbell, A. Converse, P.E. Rodgers, W.L. (1976). *The Quality of American Life Perceptions, Evaluation and Satisfaction*, New York: Russell.
- Dantzer, C. Swendsen, J. Maurice Tison, S. Salamon, Roger. (2003). Anxiety and depression in Juvenile diabetes: *A critical review. Clinical Psychology Review*. 23: 787-800.
- Davidson .M., Boland. A, Li .J. (2000). Skills training for youth with diabetes mellitus has long-lasting effects on metabolic control and quality of life. *Journal of Pediatrics*, 137, 107-114.
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S., & Covi, L. (1973). SCL-90: an outpatient rating scale. Preliminary report, *a Psychopharmacology Bulletin*, 9: 13-27.
- Derogatis, L.R., Rickels, K., & Rock, A. (1976). The SCL-90 and the a MMPI: a step in validation of a new Self-Report Scale. *British a Journal of Psychiatry*, 128: 280-289.
- Devries. J.H, Eskes. S.A, Snoek. F.J, Pouwer, F. (2001). Continuous intraperitoneal insulin in fusion in Patients with "brittle" diabetes: Favorable effects on glycoemic control and hospital stay. *Diabetic Medicine*. 19: 496-501.
- Diener, E. (1984). Subjective Well-being. *Psychological Bulletin*, Vol. 95, No. 3: 542-575
- Gangwisch, J.E. Heymsfield, S.B. (2008). The correlative study between sleep quality and psychological health of secondary insomnia of diabetes. *Chinese Journal of behavioral science*. 17(8) :74.
- Grey. M., Tamborlan .W, Davidson. M. (2006). *Coping Skills training for youth with diabetes on intensive therapy* : 3-12.
- Goetzmann, L. Bundaberg, C. Benden, C. (2010). Distress and alexithymia in diabetes. *Journal of Applied Psychology*:382-394.
- Kouhan V.L. Vyas .S. (2006). Coping strategies For stress and adjustment among diabetics. *Journal of Indian Academy of Applied Psychology*. Col. 32, No.2:106-111.
- Mazumdar, K., (2004) *Quality of Life in Asia Pacific Countries: Quality of Life in a Turbalent World*, Cenference Abstracts, Philadelphia.
- Rabin. R. (2003). Helping you control your diabetes for life. *The journal of pediatrics*: 21 .
- Sanchez. J.M. (2005). Quality of life in insulin treated diabete related quality of life in diabetes. *Diabetes Care*, 25(12) :2238.
- Watkins, W. Connell, M. (2000). Effect of adults self-Regulation of Diabetes on Quality- of- life outcomes. *Diabetes Care*. 23: 1511-1515.
- Yuan, L.L., (2000). Reflections on Quality of Life Studies, *National University of Singapore*. Vol. 1
- Zoffman, V., Lauritzen. T. (2009). Guided self-determination im proves life skills with type 1 diabetes and A1C in randomized Controlled trial. *Patient Edus Couns*: 78-86.