

نقش مهارت های زندگی بر اختلالات روانی (اضطراب و افسردگی) بیماران دیابتی نوع دوم

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۱/۰۱ - تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۳/۰۱

خلاصه

مقدمه

بیماری دیابت از شایع ترین اختلالات هستند که جنبه های روان شناختی در پیدایش و تکوین آن ها نقش اساسی دارند. هیجان های منفی همانند اضطراب و افسردگی در بروز بیماری دیابت شناسایی شده اند. یکی از راهکارهای کاهش هیجان های منفی در بیماران، آموزش مهارت های زندگی است. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش مهارت های زندگی بر کاهش افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم است.

روش کار

روش پژوهش نیمه تجربی با گروه آزمایش و گواه و طرح پیش آزمون، پس آزمون با پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری کلیه بیماران دیابتی نوع دوم مراجعه کننده به درمانگاه راوند کاشان بود. نمونه ای به حجم ۳۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. افراد گروه آزمایش، مداخله های ۱۰ جلسه ای را به صورت گروهی دریافت و افراد گروه گواه در لیست انتظار قرار گرفتند. هر دو گروه قبل و بعد از آزمایش، مقیاس افسردگی و اضطراب بک (۱۹۹۰) را پاسخ دادند و پس از گذشت سه ماه مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند.

نتایج

تجزیه و تحلیل داده های از طریق آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر انجام شد. نتایج نشان داد که آموزش مهارت های زندگی میزان افسردگی ($F=10.70$ ، $p=0.003$) و اضطراب ($F=15.62$ ، $p=0.001$) را به طور معناداری کاهش داده است و نتایج در مرحله پیگیری نیز پایدار بود.

نتیجه گیری

به طور کلی، استفاده از آموزش مهارت های زندگی منجر به ارتقا آگاهی و تغییر نگرش زندگی افراد و نهایتاً کاهش بیماری می باشد.

کلمات کلیدی

آموزش مهارت های زندگی، افسردگی، اضطراب، دیابت نوع دوم.

پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می باشد.

لیلا سادات میرصیفی فرد^۱

خدیدجه مرادی*^۲

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، روان شناسی عمومی،
واحد کاشان، دانشگاه آزاد اسلامی، کاشان، ایران
۲- دکترای تخصصی روان شناسی تربیتی.

تلفن: ۰۹۱۲۲۹۵۸۱۰۸

Email: moradikhadijeh@gmail.com

مقدمه

دیابت^۱ یک بیماری متابولیک مزمن و یک مشکل بهداشتی عمده محسوب می‌شود که به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه رو به افزایش است. به‌طور کلی آمار بیماران مبتلا به دیابت در جهان بیش از ۲۵۰ میلیون نفر است و پیش‌بینی می‌شود که در سال ۲۰۲۰ به میزان ۳۵۰ میلیون و در سال ۲۰۳۰ به بیش از ۴۳۸ میلیون نفر افزایش یابد (۱). ماهیت مزمن بیماری دیابت بر جسم، روان و عملکرد فردی و اجتماعی بیمار تأثیر زیادی دارد و از این رو بررسی ابعاد مختلف سلامتی در این بیماران دارای اهمیت ویژه‌ای است (۲).

بیماری دیابت از اختلال‌هایی به شمار می‌رود که جنبه‌های روان‌شناختی در پیدایش و تکوین آن‌ها نقش اساسی دارند. عوامل روان‌شناختی چندی در بروز بیماری دیابت شناسایی شده‌اند و در این میان بر هیجان‌های منفی تأکید شده است (۳). هیجان‌های منفی به‌ویژه اضطراب^۲ و افسردگی^۳ نه تنها زمینه‌ساز بیماری دیابت هستند (۴، ۵، ۶، ۷) بلکه بیماری دیابت نیز همین پاسخ‌های هیجانی را پدید می‌آورد (۸). آشفتگی‌های خلقی همچون اضطراب و افسردگی که نزدیک به ۶۵٪ بیماران دیابتی، آن را تجربه می‌کنند، درمان این بیماران را دشوار می‌کنند (۹). نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که بیماری دیابت منشأ مشکلات عاطفی زیادی است و اثرات آن ممکن است در اشکال مختلف روحی- رفتاری از جمله افسردگی و اضطراب نمایان شود (۱۰).

افسردگی یکی از رایج‌ترین مشکلات و ناراحتی‌های روانی است که ممکن است برای بیماران مشکل‌ساز شود. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت^۴، افسردگی دومین بیماری پس از بیماری‌های قلبی _ عروقی است. این بیماری به‌عنوان معضل نخست سلامتی در دنیا و به‌عنوان مادر بسیاری از بیماری‌ها تلقی می‌شود، هزینه‌های روانی، تحصیلی و اقتصادی فراوانی به بیمار و جامعه تحمیل می‌کند و به سبب توسعه بیش از اندازه به

سرماخوردگی روانی معروف شده است (۱۱). افسردگی به‌عنوان، یک اختلال عبارت است از وجود خلق افسرده حداقل به مدت دو هفته که معمولاً با کاهش تمرکز، اشکال در تصمیم‌گیری و تحریک‌پذیری یا کندی روانی _ حرکتی، احساس گناه و افکار در رابطه با مرگ همراه می‌باشد. عوامل مختلفی در ایجاد افسردگی نقش دارند از جمله عوامل زیست‌شناختی مثل نوروترانسمیترهای سروتونین، نوراپی نفرین، دوپامین، ژنتیک، عوامل روان‌شناختی- اجتماعی مثل رویدادهای مختلف زندگی و اخیراً استرسورهای مختلف درونی مثل تغییرات سطح سرومی کلسترول، تری گلیسیرید، قند و فاکتورهای انعقادی را در ایجاد افسردگی دخیل دانسته‌اند (۱۲). افسردگی علاوه بر ایجاد مشکلات جسمانی و تشدید برخی از علائم مانند درد، بر توانایی و عملکرد فرد تأثیر گذاشته و آن‌ها را کاهش می‌دهد. هم‌چنین قدرت تصمیم‌گیری را سلب و توان مراقبت از خود را پایین آورده و در نتیجه استقلال فرد از بین رفته و وابستگی، ناتوانی و فقدان اعتمادبه‌نفس به وجود می‌آورد.

مقوله بعدی موثر در بروز دیابت، اضطراب می‌باشد. اضطراب از شایع‌ترین اختلالات روانی و احساس ناراحت‌کننده‌ای است که خطری نامعلوم و مبهم را تداعی می‌کند. اضطراب واجد علائم جسمی (مانند لرزش دست‌وپا، تپش قلب، تهوع، اسهال و خشکی دهان)، شناختی (مانند کاهش تمرکز، مترصد بودن، احساس سردرگمی، ترس از دیوانه شدن)، ادراکی (مانند مسخ شخصیت و مسخ واقعیت) و رفتاری (مانند تحریک‌پذیری، بی‌حرکت ماندن) است. سطوح پایین اضطراب موجب افزایش تسلط فرد بر محیط و آگاهی او از تهدید بالقوه می‌شود؛ اما اضطراب شدید، تداوم رفتاری فرد را برهم زده، از پاسخ منطقی او جلوگیری می‌کند (۱۳).

یکی از روش‌های تأثیرگذار بر کاهش افسردگی و اضطراب که اثربخشی آن توسط محققان زیادی مورد تأیید قرار گرفته است آموزش مهارت‌های زندگی می‌باشد. مهارت‌های زندگی عبارت است از: توانایی‌های روانی اجتماعی برای رفتار سازشی

1. Diabetes
2. Anxiety
3. Depression
4. World Health Organization

جسمی (عوارض دیابت) و روانی، اخذ درمان‌های روان پزشکی و روان شناسی در زمان پژوهش و سابقه دریافت آموزش مهارت‌های زندگی می‌باشد که از اطلاعات مندرج در پرونده بالینی افراد استخراج شد.

به منظور جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های افسردگی بک و اضطراب بک استفاده شد:

الف. پرسشنامه افسردگی بک: این پرسشنامه توسط آیرون بک^۱ (۱۹۹۰) ساخت و اعتبار یابی شد و در مراکز کلینیکی مورد استفاده فراوان است. دارای ۲۱ سؤال است. جمع نمرات آزمودنی می‌تواند بین صفر تا ۶۳ نوسان داشته باشد. در این مقیاس، نمره صفر تا ۹ نشانه بهنجار بودن، نمره ۱۰ تا ۱۹ نشانه افسردگی خفیف، نمره ۲۰ تا ۲۹ نشانه افسردگی متوسط و نمره ۳۰ و بالاتر نشانه افسردگی شدید به شمار می‌آیند بک و همکاران ضریب اعتبار باز آزمایی آزمون در فاصله یک هفته‌ای ۰/۹۳ به دست آوردند. میانگین همبستگی پرسشنامه افسردگی بک با مقیاس درجه‌بندی روانپزشکی همیلتون^۲، مقیاس خودسنجی زونگ^۳، مقیاس افسردگی، پرسشنامه چند وجهی مینه سوتا، مقیاس صفات عاطفی چندگانه افسردگی بیش از ۰/۶۰ است؛ در داخل کشور نیز اعتبار پرسشنامه از ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ برآورد شده است (۲۸). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۵ برآورد گردید.

ب. پرسشنامه اضطراب بک (BAI): آیرون بک (۱۹۹۰) پرسشنامه اضطراب بک (BAI) را معرفی کردند که به طور اختصاصی شدت علائم اضطراب بالینی را در افراد می‌سنجد. این آزمون از ۲۱ گزینه تشکیل شده است و شدت اضطراب نوجوانان و بزرگسالان را اندازه‌گیری می‌کند. هر یک از ماده‌های این آزمون یکی از علائم شایع اضطراب (علائم ذهنی هراس) را توصیف می‌کند. این آزمون بر اساس ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود و حداکثر نمره‌ای که در آن به دست می‌آید ۶۳ بوده که نشان دهنده اضطراب شدید است. مطالعات انجام شده نشان می‌دهند که این پرسشنامه از اعتبار و روایی

و مؤثر که افراد را قادر می‌سازد تا به طور مؤثرتری با مقتضیات و چالش‌های زندگی روزمره مقابله کنند (۱۴). مهارت‌های زندگی شامل توانایی تنظیم اهداف واقع‌گرا، حل مشکلات، تصمیم‌گیری و ارزیابی پیامدهای آن، ارتقاء مهارت‌های درون فردی و بین فردی مناسب هستند. کسب این مجموعه مهارت‌ها برای پرداختن به چالش‌های هر روزه زندگی مثل سازماندهی امور شخصی، کنترل مراقبت بهداشتی، تعقیب فعالیت‌های حرفه‌ای، آموزشی، تفریحی و درگیری در تعامل‌های اجتماعی مثبت ضروری هستند (۱۵). مطالعات متعددی در مورد تأثیر برنامه آموزش مهارت‌های زندگی بر ابعاد مختلف روان انجام گرفته و نتایج نشان داده است که آموزش این مهارت‌ها بر سلامت روان مؤثر بوده و موجب بهبود مهارت‌های اجتماعی، کاهش افسردگی، اضطراب و استرس شده است (۱۶-۲۷).

آموزش مهارت‌های زندگی در مواقعی که فرد از یک اختلال روانپزشکی-روان‌شناختی یا عاطفی رنج می‌برد، می‌تواند نقش مؤثری در بازیابی سلامت روانی داشته باشد و این آموزش هم برای پیشگیری و هم برای درمان مشکلات روانی مناسب است. افزون بر این، تاکنون به طور اختصاصی به بررسی وضعیت مداخلات سلامت روان به‌ویژه با تمرکز بر آموزش مهارت‌های زندگی در بیماران دیابت نوع ۲ پرداخته نشده است. لذا پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال است: که آیا آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش افسردگی و اضطراب در بیماران دیابتی نوع ۲ تأثیر دارد؟

روش کار

در این پژوهش، از روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران دیابتی نوع (۲) درمانگاه راوند کاشان بود. در این تحقیق ۳۰ نفر از بیماران دیابتی مراجعه کننده به درمانگاه راوند کاشان به صورت در دسترس و بر اساس ملاک‌های شمول مطالعه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ملاک‌های شمول افراد برای شرکت در پژوهش سن بین ۳۰ تا ۵۵ سال و تحصیلات دست کم در سطح سوم راهنمایی بود و ملاک‌های خروج اختلال به بیماری

1. Aron T Beck
2. Hamilton
3. Zeng

از اتمام مداخله آموزشی از کلیه شرکت کنندگان پس از آزمون (مقیاس افسردگی و اضطراب) به عمل آمد. سپس با گذشت ۳ ماه ارزیابی پیگیری (اجرای مقیاس افسردگی و اضطراب) انجام شد.

پس از انتخاب نمونه های پژوهشی و کسب رضایت و اعلام محرمانه ماندن نتایج پژوهش پیش از شروع مداخلات هر دو گروه (آزمایش و گواه) به پرسشنامه های افسردگی و اضطراب پاسخ دادند؛ سپس گروه آزمایش در ۱۰ جلسه به مدت ۹۰ دقیقه به صورت هفتگی تحت آموزش گروهی مهارت های زندگی قرار گرفتند و در این مدت گروه گواه هیچ مداخله ای را دریافت نکردند، پس از اتمام جلسات درمان هر دو گروه (آزمایش و گواه) مجدداً به پرسشنامه های افسردگی بک و اضطراب بک پاسخ دادند.

برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار Spss نسخه ۲۲ و آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد.

نتایج

بر اساس جدول ۱، میانگین میزان افسردگی و اضطراب گروه آزمایش در مرحله پس از آزمون، در مقایسه با پیش از آزمون کاهش داشته است. به عبارتی، آموزش مهارت های زندگی در مقایسه با گروه کنترل باعث کاهش افسردگی و اضطراب در پس از آزمون بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم شده است.

جدول ۱- میانگین میزان افسردگی و اضطراب در سه مرحله اندازه گیری برای گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش از آزمون		پس از آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	آزمایش	۳۳/۰۶	۱/۹۴	۲۹/۸۶	۱/۸۸
	گواه	۳۳/۱۳	۱/۸۸	۳۳/۳۳	۲/۱۹
اضطراب	آزمایش	۳۸/۸۰	۱/۳۷	۳۶/۴۶	۲۹۴۵۱
	گواه	۳۹/۰۶	۱/۹۴	۳۹/۱۳	۲/۶۶

میزان این تأثیر برای افسردگی ۰/۲۷ و برای اضطراب ۰/۳۵ بوده است.

بالایی برخوردار است. ضریب همسانی در نی آن (ضریب آلفا) ۰/۹۲، اعتبار آن با روش باز آزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده ای آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است. پنج نوع روایی محتوا، همزمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این آزمون سنجیده شده است که همگی نشان دهنده کارایی بالای این ابزار در اندازه گیری شدت اضطراب می باشد (بک، ۱۹۹۰). در ایران نیز همسانی درونی پرسشنامه ۰/۹۳ و ضریب پایایی باز آزمایی سه هفته ای آن را ۰/۷۵ به دست آمده است. در پژوهش دیگری نیز همسانی درونی پرسشنامه ۰/۸۷ و پایایی آن ۰/۹۰ برآورد شد (۳۰). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۹ برآورد گردید.

پس از نمونه گیری و مشخص شدن اعضای گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر)، جلسه ای توجیهی، برگزار و در آن اهداف و کلیات طرح پژوهشی تا اندازه ای که منجر به سوگیری در نتایج و تغییر کنش های آن ها نشود، برای شرکت کنندگان توضیح داده و از آن ها خواسته شد در پر کردن پرسشنامه هایی که در روند اجرای پژوهش به آن ها ارائه می شود، نهایت دقت را داشته باشند. سپس از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش در همان جلسه پیش از آزمون (مقیاس افسردگی و اضطراب) به عمل آمد. یک هفته بعد، به مدت ۱۰ هفته پایایی، ۱۰ جلسه آموزش مهارت های زندگی به گروه آزمایش به صورت هفته ای یک جلسه ارائه شد، در حالی که گروه گواه هیچ آموزشی دریافت نمی کنند؛ یک هفته پس

نتایج جدول ۲ حاکی از آن است که آموزش مهارت های زندگی در شرکت کنندگان گروه آزمایشی به نسبت گروه کنترل تأثیر بیشتری بر کاهش افسردگی و اضطراب داشته است.

جدول ۲- آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر نمرات افسردگی و اضطراب با معیار گرین هاوس گیسر

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	مجذورات اتا	توان آزمون
افسردگی	درون گروهی	آزمون (تکرار اندازه گیری)	۱/۶۱	۳۶/۴۵	۳۲/۴۰	۰/۰۰۰	۰/۵۳	۱/۰۰
	بین گروهی	تعامل آزمون* گروه	۱/۶۱	۳۳/۹۱	۳۰/۱۴	۰/۰۰۰	۰/۵۱	۱/۰۰
	خطا		۴۵/۰۸	۱/۱۲				
اضطراب	درون گروهی	آزمون (تکرار اندازه گیری)	۱	۱۱۵/۶۰	۱۰/۷۰	۰/۰۰۳	۰/۲۷	۰/۸۸
	بین گروهی	تعامل آزمون* گروه	۳۸	۱۰/۷۹				
	خطا		۳۰۲/۳۵					
افسردگی	درون گروهی	آزمون (تکرار اندازه گیری)	۱/۵۳	۲۰/۱۸	۹/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۲۵	۰/۹۳
	بین گروهی	تعامل آزمون* گروه	۱/۵۳	۳۰/۷۶	۱۴/۳۳	۰/۰۰۰	۰/۳۳	۰/۹۹
	خطا		۴۳/۰۳	۲/۱۴				
اضطراب	درون گروهی	آزمون (تکرار اندازه گیری)	۱	۱۱۱/۱۱	۱۵/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۰/۹۶
	بین گروهی	تعامل آزمون* گروه	۳۸	۷/۱۱				
	خطا		۱۹۹/۱۱					

بر اساس نتایج جدول ۳، تفاوت میانگین افسردگی و اضطراب بین مراحل پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری گروه آزمایش معنادار است، اما تفاوت میانگین بین پس آزمون و پیگیری در متغیر پژوهش معنادار نیست که بیانگر آن است که نتایج حاصل در مرحله پیگیری بازگشت نداشته و اثر مداخله پایدار مانده است.

نتایج جدول ۳، تفاوت میانگین افسردگی و اضطراب بین مراحل پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری گروه آزمایش معنادار است، اما تفاوت میانگین بین پس آزمون و پیگیری در

جدول ۳- نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

شاخص های آماری	پیش آزمون- پس آزمون			پیش آزمون- پیگیری			پس آزمون- پیگیری		
	تفاوت	انحراف	سطح	تفاوت	انحراف	سطح	تفاوت	انحراف	سطح
افسردگی	۱/۸۶*	۰/۲۹	۰/۰۰۰	۱/۵۰*	۰/۲۳	۰/۰۰۰	۰/۳۶	۰/۱۹	۰/۲۲
اضطراب	۱/۳۳**	۰/۳۴	۰/۰۰۲	۱/۱۳*	۰/۳۹	۰/۰۲	۰/۲۰	۰/۲۲	۰/۹۹

(۲۰۱۵) (۱۹)؛ پاولی و همکاران (۲۰۱۴) (۲۰)؛ بوکارت (۲۰۱۶)

(۱۸)؛ لوئیز و همکاران (۲۰۱۵) (۲۱) و ویلیامز و همکاران

(۲۰۱۷) (۱۶) همسو می باشد.

به طور کلی آموزش مهارت‌هایی چون روش‌های صحیح برقراری ارتباط این امکان را برای فرد فراهم می‌آورد که توانائی‌های لازم برای عمل کردن طبق معیارهای خود و دستیابی به پیامدهای مطلوب در یک موقعیت ویژه را در خود پرورش دهد (۲۷). افزون بر این دانش فرد را افزایش می‌دهد و باورهای مثبت او را قوت می‌بخشد؛ همه این‌ها باعث می‌شود که عوامل

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی منجر به کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم شده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های میرزمانی و همکاران (۲۰۱۶) (۲۴)؛ بشرپور و همکاران (۲۰۱۵) (۲۷)؛ دهاقین و همکاران (۲۰۱۴) (۱۴)؛ سلیمانی و همکاران (۲۰۱۶) (۲۵)؛ بقایی مقدم و همکاران (۲۰۱۵) (۱۰)؛ هارکس (۲۰۱۶) (۱۷)؛ چکو و همکاران (۲۰۱۶) (۲۲)؛ کریگر و همکاران

مخل سلامت روانی در فرد به وجود نیاید؛ زیرا به نظر می‌رسد بیشتر اختلال‌های روانی از ناتوانی در عمل کردن طبق معیارهای خود و پیرو آن ناکامی از دستیابی به پیامدهای مورد انتظار و هم چنین نداشتن دانش کافی و باورهای غلط و ناصواب در مورد خود و جهان اطراف ناشی می‌شود (۳۱).

آموزش باعث می‌شود افراد شناخت بیشتری از خود پیدا کنند، نقاط قوت و ضعف خود را بشناسند و به حدی از خودشناسی نائل شده و برای اصلاح نقاط ضعف و تقویت نقاط قوت خود اقدام کنند؛ در نتیجه فرد واقعیت‌های وضعیت جسمانی خود را بهتر می‌پذیرد، با آن‌ها به‌طور صحیح‌تر سازش می‌یابد و این امر باعث افزایش سازگاری و کاهش فشار روانی می‌شود (۳۲).

به‌طور کلی یادگیری موفقیت‌آمیز مهارت‌های زندگی، احساس یادگیرنده را در مورد خود و دیگران تحت تأثیر قرار می‌دهد و موجب ارتقای توانایی‌های روانی - اجتماعی و کاهش علائم اضطراب می‌گردد. هم‌چنین این توانایی‌ها فرد را برای مقابله مؤثر و پرداختن به کشمکش‌های زندگی یاری می‌بخشد و زمینه سلامت روانی را تأمین می‌نماید. از آن جایی که آموزش مهارت‌های زندگی به‌صورت گروهی بوده است، این امر نیز می‌تواند تأثیر مثبت در کاهش استرس و اضطراب داشته باشد (۳۲)، زیرا جمع شدن افراد در گروه و اینکه احساس کنند دیگران نیز مشکلاتی مشابه با آن‌ها دارند و در گروه می‌توانند از تجارب یکدیگر برای مقابله با اضطراب استفاده نمایند، در کاهش آن مؤثر است. از طرفی اضطراب ناشی از نداشتن مهارت و پیش‌بینی موقعیت است (۲۶)، آموزش مهارت‌های زندگی باعث می‌شود که افراد شناخت بیشتری از خود پیدا کرده و نقاط قوت و ضعف خود را بشناسند و در جهت اصلاح نقاط ضعف و در تقویت نقاط قوت خود اقدام کنند. ایجاد آگاهی در مورد نقاط قوت و ضعف موجب می‌شود که به فرد کمک نماید تا بهتر نسبت به نحوه‌ی مقابله با مشکلات اقدام کند و در نتیجه اضطراب خود را کاهش دهد (۱۸).

بوتوین و گریفین (۲۰۱۷) معتقدند که برنامه آموزش مهارت‌های زندگی، مهارت‌های مربوط به مقاومت اجتماعی و افزایش صلاحیت فردی و اجتماعی را آموزش می‌دهد. عامل بعدی

مربوط به برگزاری دوره آموزشی به‌صورت گروهی است. این امر می‌تواند تأثیر مثبت در کاهش استرس و اضطراب داشته باشد، زیرا جمع شدن افراد در گروه و اینکه احساس کنند دیگران نیز مشکلاتی مشابه با آن‌ها دارند و در گروه می‌توانند از تجارب یکدیگر برای مقابله با استرس استفاده نمایند، در کاهش اضطراب مؤثر است (۲۳). علاوه بر آن، افرادی که باور دارند هنگام مقابله با اضطراب حاصل از بیماری، منابع کمکی در اختیار دارند، آسیب‌پذیری کمتری نسبت به استرس ابتلا به بیماری نشان می‌دهند، با داشتن آگاهی مناسب در زمینه راهکارهای کنترل اضطراب ناشی از بیماری، توانایی چالش با مشکلات را پیدا کرده و درک خود را از مسائل تغییر می‌دهند، مهارت‌های تسلط بر خویش (خودکنترلی) بهبود بخشیده و در نهایت به کاهش اضطراب و عواقب مضر ناشی از ابتلا به بیماری کمک می‌نمایند. این فرآیند به‌طور مؤثر باعث ارتقاء سلامتی و پیشگیری از بیماری‌ها می‌گردد (۳۳).

از سویی، بررسی محتوای آموزشی جلسه‌ها حاکی از آن است که اغلب فعالیت‌های این دوره آموزشی به ابعاد مختلف مسائل اجتماعی پرداخته‌اند. به بیان دیگر اغلب فعالیت‌ها مانند شیوه‌های برقراری ارتباط مؤثر، آشنایی با شیوه‌های کلامی و غیرکلامی ارتباط، افزایش قاطعیت در رفتار و غیره به افزایش کارآمدی فرد در روابط اجتماعی کمک کرده‌اند و کاهش مشکلات را در این حیطه به دنبال داشته‌اند. بهبود اجتماعی و بهبود ارتباط با اطرافیان، فرد را از وضعیت ناراحت‌کننده انزوا و تنهایی خارج ساخته (بشارت قراملکی و همکاران، ۱۳۹۳) و از این راه از میزان اشتغال ذهنی نسبت به افکار منفی مربوط به بیماری‌شان کاسته است. برنامه آموزش مهارت‌های زندگی از طریق پرورش مهارت‌هایی همچون تصمیم‌گیری درست و حل مسئله، تفکر خلاق و انتقادی، مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی و مقابله با شرایط دشوار، خودکارآمدی شخصی را افزایش می‌دهد و به این ترتیب به افزایش سازگاری اجتماعی او کمک می‌کند (۲۶).

یکی از مهم‌ترین نتایج بهبود و افزایش مهارت‌های زندگی کمک به سازگاری این افراد است (۳۲). ابتلا به بیماری دیابت

در پایان شایان ذکر است که با توجه به نتایج پژوهش و تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش افسردگی و اضطراب در بیماران پیشنهاد می‌شود که از این مدل در برنامه‌های آموزش خانه‌های سلامت محله‌ها جهت ارتقا آگاهی و تغییر نگرش زندگی افراد استفاده شود. هم چنین این روش می‌تواند به منظور کاهش افسردگی و اضطراب این نوع بیماران به روان‌شناسان، روانپزشکان، مشاوران، مددکاران و کلیه متخصصان دست اندرکار در مراکز بهداشتی پیشنهاد گردد. پیشنهاد می‌گردد که در کاربرد درمانی این شیوه توسط متخصصان، دوره‌های درمانی از تعداد جلسات بیشتر و تمرین‌های بیشتر در حیطه‌های مورد نظر برخوردار باشند.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، اجرای پژوهش فقط بر روی بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم مراجعه‌کننده به درمانگاه راوند کاشان بوده که این امر تعمیم‌پذیری یا اعتبار بیرونی پژوهش را محدود می‌کند. هم چنین وجود متغیرهای کنترل نشده مانند سبک زندگی، وضعیت اقتصادی، سطح تحصیلات، و غیره و تداخل آن‌ها در پژوهش مورد نظر تعمیم‌پذیری را محدود می‌کند.

تشکر و قدردانی

از کلیه شرکت کنندگان در این پژوهش سپاسگزاری می‌شود.

می‌تواند سبب ایجاد نشانه‌های افسردگی شده و سلامت روان فرد را به خطر بیندازد؛ از این رو، آموزش مهارت‌های زندگی کمک می‌کند تا این افراد، عواطف و احساسات خود را به خوبی بشناسند، آن‌ها را به‌دقت ارزیابی کنند، افکار منطقی و غیرمنطقی مرتبط با آن‌ها را دریابند و در نهایت برای آن‌ها آشکار می‌شود که افکار کارآمد و ناکارآمد، عواطف مثبت و منفی آن‌ها را هدایت می‌کند (۱۹). هنگامی که آزمودنی‌ها به این آگاهی می‌رسند که این خود آن‌ها و تصوراتشان است که هیجان‌ها و عواطف مثبت و منفی را تا حدود زیادی زیر نفوذ دارد، بنابراین با مهارت‌های آموخته شده آن‌ها را کنترل می‌کنند و از این طریق به سازگاری عاطفی می‌رسند و رسیدن به سازگاری عاطفی مانع از بروز افسردگی خواهد شد (۱۴). داشتن روابط فردی مناسب، به توانایی انجام مطلوب امور زندگی، رضایت از خود و دیگران و میزان حمایت اجتماعی نیز اشاره دارد. این آموزش‌ها، تفکر و احساس یادگیرنده را درباره‌ی خود و دیگران تحت تأثیر قرار می‌دهد و موجب ارتقاء توانایی‌های روانی-اجتماعی و کاهش علائم افسردگی در آن‌ها می‌شود؛ این توانایی فرد را برای مواجهه مؤثر و پرداختن به کشمکش‌های زندگی یاری می‌دهد و زمینه سلامت روان او را فراهم می‌کند (۳۲).

References

- Kaminski LA, Dewey D. Psychological correlates of eating disorder symptoms and body image in adolescents with type 1 diabetes. *Can J Diabetes*. 2013;37(6):408-14. doi: 10.1016/j.jcjd.2013.06.011.
- Brandt B, Klein J. Adding focused life skills training to a civic engagement program to boost life skills competencies in youth. *J of Youth Development Bridging Research and Practice*. 2016; 11(2): 1-10.
- Boivin J . A review of psychological intervention in infertility. *Soc Sci Med*. 2003;57(12):2325-41.
- Goel N, Bale TL . Examining the intersection of sex and stress in modeling neuropsychiatric disorders. *J Neuroendocrinol*. 2009;21(4):415-20. doi: 10.1111/j.1365-2826.2009.01843.x.
- Grey M, Berry D . Coping skills training and problem solving in diabetes. *Curr Diab Rep*. 2004;4(2):126-31.
- Patton SR, Dolan LM, Smith LB, Thomas IH, Powers SW. Pediatric parenting stress and its relationship to depressive symptoms and fear of hypoglycemia in parents with type 1 diabetes mellitus. *J Clin Psychol Med Settings*. 2011;18(4):345-52. doi: 10.1007/s10880-011-9256-1.
- Diet R. Helping you control your diabetes for life. *The journal of pediatrics*. 2013; 21 (9): 68-80.
- Lett HS, Blumenthal JA, Babyak MA, Strauman TJ, Robins C, Sherwood A. Social support and coronary heart disease: Epidemiologic evidence and implications for treatment. *Psychosom Med*. 2005;67(6):869-78.
- Rahe RH, Ward HW, Hayes V . Brief group therapy in myocardial infarction rehabilitation: Three to four years' follow-up of a controlled trial. *Psychosom Med*. 1979;41(3):229-42.
- Baghaee Moghadam G, Malekpour M, Amiri Sh, Molavi H. The Effectiveness of life skills training on anxiety, Happiness and anger control in people with Diabetes. *Journal of Behavioral Sciences*. 2012; 5 (4): 305-10. (Persian).
- Sartorius N. The ICD-10, classification of mental and behavioral disorders. 10th ed. Geneva: World Health Organization (WHO) publishing; 1999.

12. Doulalas AD, Rallidis LS, Gialernios T, Moschonas DN, Kougioulis MN, Rizos I, et al. Association of depressive symptoms with coagulation factors in young healthy individuals. *Atherosclerosis*. 2006;186(1):121-5.
13. Soltani M, Saeedi Rezvani M. [The effect of life skills training on reducing children's anxiety]. 6th International Congress on Children and Adolescent Psychiatry: 2013: Tabriz, Iran. (Persian).
14. Dehaqin V, Atef Vahid MK, Nejad Farid AA. The effectiveness of life skills training on decreasing anxiety and depression in individuals with physical disabilities. *Quarterly of Psychology of Exceptional Persons*. 2014;4 (14): 104-126. (Persian).
15. Kingsnorth S, Healy H, Macarthur C. Preparing for adulthood: A systematic review of Life skill programs for youth with physical disabilities. *J Adolesc Health*. 2007;41(4):323-32
16. Willems M, Bergius D, Blank Einstein A. Generalized anxiety and anxiety management training. *J of Behavior Therapy*. 2017; 32(1):185-207.
17. Lane D, Carroll D, Ring C, Beevers DG, Lip GY. . Effect of depression and anxiety on mortality and quality of life, 4 months after myocardial infarction. *J Psychosom Res*. 2000;49(4):229-38.
18. Boekaerts M. Coping with Stressful Situations: An Important Aspect of Self-Regulation. *International Encyclopedia of Education*. 2010;16(4): 570-75.
19. Krieger AC, Alton Steel BE, Doring J, Halfords K E. Depression in adolescence. *J of American Psychologist*. 2015;48 (3):155-168.
20. van Campen C, Iedema J. Are persons with physical disabilities who participate in society healthier and happier? Structural equation modeling of objective participation and subjective well-being. *Qual life Res*. 2007;16 (4): 635-45.
21. Louise A E, Herbert W M, Rhonda GC., Garry E R. The effectiveness of a peer support program in enhancing self-concept and other desirable outcomes. *Self-concept Enhancement and learning Facilitation Research Center, University of western Sydney, Australia*. 2015.
22. Chinkov AE, Holt N. Implicit Transfer of Life Skills Through Participation in Brazilian Jiu-Jitsu. *J of Applied Sport Psychology*. 2016; 28(2):139-153.
23. Botvin J, Griffin K. Life skill straining: empirical findings and future directions. *J of Primary Prevention*. 2004;25(2): 211-32.
24. Mirzamani M, Azvar F, DolatShahi B, Askari A. EFFICACY OF LIFE SKILLS TRAINING ON REDUCE DEPRESSIVE SYMPTOMS IN STUDENT POPULATION. *Journal of Research in Behavioral Sciences*. 2012;10 (2): 124-32.
25. Soleimani M, Kazemi M. The effect of life skills training on the level of perceived stress in patients with type 2 diabetes. *Third International Conference on Psychology, Education and Lifestyle*. 2016. (Persian).
26. Hejazi M, Sobhi A, Sadeghi Jahan A. The Effect of life skills training on reducing anxiety and depression in opiate-affected people. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences*. 2016; 24 (104):20-28. (Persian).
27. Bashpour M, Isa Zadehan Z. The role of life skills in predicting depression in renal patients. *Tehran Medical Journal*. 2015; 8 (12):65-82. (Persian).
28. HosseinKhanzadeh A, Rashidi N, Yeganeh T, Zareimanesh Q, Ghanbari N. The Effects of Life Skills Training on Anxiety and Aggression in Students. *JRUMS*. 2013; 12 (7) :545-58.
29. Nemati Sogolitappeh F, Mahmood Aliloo M, Babapur Kheyroddin J, Toufan Tabrizi M. Effectiveness of Group Life Skills Training on Decreasing Anxiety and Depression among Heart Patients, after Bypass Surgery. *IJPCP*. 2009; 15 (1) :50-56.
30. Mohammadzadeh L. [Depression and anxiety relationship with life skills]. MA Dissertation, Kharazmi University, 2015. (Persian).
31. Mojarad Kahani AH, Ghanavi S. Effectiveness of effective communication skills training on self-esteem in girls with physical-motor disability. *Journal of Research in Rehabilitation Sciences*. 2012;8 (2): 35-49. (Persian).
32. Fayyazi M, Thahiri Safa J, Nourbakhsh S. [The effectiveness of life skills training on depression, student anxiety and stress]. *Research Advice*. 2017;16 (16): 56-70. (Persian).
33. Lombard CB. What is the role of food in preventing depression and improving mood, performance and cognitive function?. *Med J Aust*. 2000;173 Suppl:S104-5.

Original Article

The role of life skills on mental disorders (anxiety and depression) in type 2 diabetic patients

Received: 20/02/2018 - Accepted: 22/05/2018

Leila Sadat Mirsaify Fard¹
Khadijeh Moradi²

¹Student, Master of Public Psychology,
Kashan University, Islamic Azad
University, Kashan, Iran

²Ph.D. in Educational Psychology

Tel: 09122958108

Email: moradikhadijeh@gmail.com

Abstract

Introduction: Diabetes illness is one of the most common disorders in which psychological aspects play an important role in their development. Negative excitements such as anxiety and depression have been identified in diabetes. One of the ways to reduce negative emotions in patients is to teach life skills. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of life skills training on decreasing depression and anxiety in patients with type 2 diabetes.

Materials and Methods: This quasi-experimental study was a trial and control group and a pretest design, a post-test with a three-month follow-up. The statistical population of all type II diabetic patients was referred to Ravand clinic of Kashan. In this study, patients who had more scores in the scale of depression and anxiety were selected according to entry criteria for a sample size of 30 people and were randomly assigned into two groups of experimental and control groups. The experimental group received 10 sessions of intervention in a group and control subjects were included in the waiting list. Both groups responded to the Beck Depression and Anxiety Scale before and after the experiment and were evaluated again after three months. To analyze the data, repeated measures variance analysis were used.

Results: The results showed that life skills training significantly decreased the level of depression ($F = 10.70$, $P = 0.003$) and anxiety ($F = 15.62$, $p = 0.001$), and also the results observed in the follow up phase were stable.

Conclusion: In general, the use of life skills training helps to raise awareness and change the attitudes of people and, ultimately, reduce disease.

Key words:

Life skills training, Depression, Anxiety, Type 2 diabetes **Acknowledgement:** There is no conflict of interest.