

اثر بخشی آموزش شادمانی بر سلامت عمومی افراد مبتلا به دیابت نوع ۱^۱

مریم قاسمی پور^۲

چکیده

دیابت شایعترین بیماری غدد درون ریز و یک مشکل بهداشتی در حال رشد در تمام سنین و کلیه ی جوامع بشری است، با توجه به شیوع بیماری، توجه به راهکارهای مناسب در کنار درمان دارویی، برای کنترل بیماری ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین هدف پژوهش، بررسی اثربخشی آموزش شادمانی به شیوه گروهی بر سلامت عمومی مبتلایان به دیابت نوع یک بود. پژوهش به روش آزمایشی با پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه گواه انجام شد. نمونه شامل ۲۴ بیمار مبتلا به دیابت نوع یک بود که به شیوه تصادفی ساده انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه "سلامت عمومی-۲۸" استفاده شد که در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری توسط افراد تکمیل گردید. آموزش شادمانی طی پنج جلسه بر روی گروه آزمایش انجام گرفت و در این فاصله ضمن ادامه درمان‌های متداول پزشکی در هر دو گروه، گروه گواه جهت درمان روانشناختی در لیست انتظار قرار گرفت. نتایج آزمون تحلیل کواریانس نشان داد که میانگین نمرات سلامت روان در گروه مداخله (پیش آزمون=۳۷/۷، پس آزمون=

^۱ - این تحقیق با حمایت مادی و معنوی باشگاه پژوهشگران جوان دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خرم آباد انجام گرفته است.

^۲ - کارشناس ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خرم آباد، باشگاه پژوهشگران جوان، خرم آباد، ایران (نویسنده

مسئول)

Email: ghasemipour212@gmail.com

۳۰/۴ و پیگیری=۳۴/۸) کاهش معناداری در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به گروه گواه (پیش آزمون=۳۸/۳ پس آزمون=۳۹/۸ و پیگیری=۴۱/۸) داشته است ($P=0/0001$). نتایج حاکی از اثربخشی آموزش شادمانی بر بهبود سلامت عمومی مبتلایان به دیابت نوع یک داشت. با توجه به کاهش سلامت روان مبتلایان به دیابت و مؤثر بودن مداخله روانی، لزوم توجه به درمان‌های روان شناختی ضروری می‌نماید.

واژه‌های کلیدی: آموزش شادی، سلامت عمومی، دیابت نوع ۱

مقدمه

دیابت شایع‌ترین بیماری غدد درون ریز و یک مشکل بهداشتی در حال رشد در تمام سنین و کلیه ی جوامع بشری است. دیابت نوع ۱ و نوع ۲ دو شکل اصلی و مهم این بیماری مزمن هستند و به ترتیب در حدود ۱۰ و ۹۰ درصد از کل جمعیت دیابتی‌ها را درگیر کرده اند (هین، ۱۹۹۹).

در یک بررسی انجام شده در ایران، نشان داده شد که ۲ درصد افراد جامعه مبتلا به دیابت هستند و این رقم در افراد بالاتر از ۳۰ سال حدود ۷/۳ درصد است. بر حسب تخمین، در حال حاضر حدود ۱/۵ میلیون نفر مبتلا به دیابت در ایران وجود دارند (وزارت بهداشت، ۱۳۷۵). در سال ۱۳۹۱ بر اساس آمار مرکز دیابت در شهرستان خرم‌آباد، مراجعان مبتلا به دیابت به مراکز بهداشتی- درمانی ۱۰۰۰ نفر و از این تعداد، حدود ۱۳۰ نفر، مبتلایان به دیابت نوع اول بودند.

بروز بیماری دیابت با توجه به عوامل ارثی، ضعف سیستم ایمنی بدن، سبک زندگی و افزایش سن در جمعیت افزایش می‌یابد (آندرولی، ۲۰۰۱). برخی در بروز بیماری دیابت، حوادث تنیدگی‌زای زندگی و توان مقابله با آنها را مطرح می‌کنند (سرویت، ۲۰۱۲)، امروزه فهم و درک آسیب شناسی و درمان بیماری دیابت از یک دیدگاه زیستی- پزشکی صرف به دیدگاهی که بیماری را متشکل از سه بعد جسمانی، روانی و اجتماعی می‌بیند، تبدیل شده است (فوردایس، ۱۹۹۷). یافته‌های عینی فراوانی وجود دارد که نشان می‌دهد عوامل روانشناختی با آمادگی ابتلا به بیماری دیابت تداخل نموده، موجب تشدید یا بهبود فرآیند بیماری می‌شود، همچنین عوامل روانشناختی بر نشانه‌های بیماری و کنترل آن تأثیر می‌گذارد (استودمیر، ۱۹۹۷). وضعیت‌های روانشناختی مانند استرس، اضطراب، افسردگی، خشم، ناکامی و هیجانات منفی به عنوان عوامل تسریع کننده بیماری دیابت و کاهش سلامت عمومی شناخته شده‌اند (نجاتی، ۱۳۸۶). تحقیقات بالینی نشان داده است که پاسخ به هیجانات منفی مانند استرس، اضطراب و ناکامی در بیماران مبتلا به دیابت با پیشرفت بیماری دیابت در ارتباط است (لیوید، ۲۰۰۶).

همچنین میزان همپوشی این بیماری با اختلالات روانی، که به طور عمده شامل اضطراب و افسردگی است، بالا می‌باشد.

اختلالات روانی مذکور و وقایع استرس‌زا باعث افزایش شدت بیماری شده، سلامت عمومی را در این بیماران به شدت کاهش می‌دهد (نجاتی، ۲۰۰۶). در پژوهش درویش پور که به منظور بررسی سلامت عمومی بیماران مبتلا به دیابت صورت گرفت، ۴۲٪ از افراد مبتلا به دیابت حداقل در یکی از زیرمقیاس‌های این آزمون نمرات بالایی به دست آوردند (درویش پور، ۱۳۸۳). مشکلات روانشناختی در بسیاری از بیماران به عنوان یکی از عوامل محرک نشانه‌ها و علائم بیماری دیابت می‌باشد (سرویت، ۲۰۱۲). از جمله مهم‌ترین این عوامل می‌توان به استرس (لیوید، ۲۰۰۶)، افسردگی (استودمیر، ۱۹۹۷)، اضطراب، انزوای اجتماعی، مشکلات عاطفی، مشکلات جسمانی و خانوادگی اشاره کرد. عوامل روانی از راه‌های گوناگونی می‌توانند وضعیت علائم و نشانه‌های بیماری را تغییر دهند: برخی بیماران توجه بیشتری به علائم‌شان دارند و برخی دیگر نیز از دیدن علائم بیماری خود مضطرب می‌شوند (نجاتی، ۲۰۰۶). بعضی از بیماران به علت بروز علائم بیماری، احساس اضطراب، گنجی و سردرگمی می‌کنند و عده‌ای دیگر نیز وقتی به علائم توجه می‌کنند، احساس شکست کرده یا عصبانی می‌شوند. در هر صورت تشخیص این بیماری ممکن است میزان آمادگی بیماران به آنرا تغییر دهد. زیرا مشکلات ایجاد شده برای بیماران مبتلا به دیابت نه تنها به بیماری و علائم آن، بلکه به سایر عوامل روانی نیز بستگی دارد (درویش پور، ۱۳۸۳).

سلامت جسمانی و روانی در افراد مبتلا به دیابت با عزت نفس، بهزیستی روانی، اضطراب، افسردگی، وضعیت سلامتی، عملکرد معیوب و هیجانات آن‌ها ارتباط معناداری دارد (استودمیر، ۱۹۹۷). متغیرهای روانی نظیر اعتماد به نفس، امیدواری و حمایت اجتماعی، به اندازه متغیرهای مربوط به بیماری نظیر اختلال در عملکرد و درد و ناراحتی‌های جسمی، در تعیین سلامت عمومی این بیماران مهم هستند (کالاخان، ۱۹۹۳).

با تأکید بر این نکته که عوامل روانشناختی و هیجانی به عنوان عوامل تأثیرگذار بر بیماری دیابت در نظر گرفته می‌شود (استودمیر، ۱۹۹۷)، محققان درمان‌های روانشناختی را برای نشانه‌ها و علائم بیماری دیابت مورد بررسی و پژوهش قرار داده‌اند. طیف وسیعی از درمان‌های روانشناختی شامل درمان‌های شناختی- رفتاری (پریز، ۲۰۰۸)، تن آرامی (فینگلس، ۲۰۰۸)، خانواده درمانی، بیوفیدبک (مک گرادی، ۲۰۰۴)، و مدیریت استرس (روزنباوم، ۲۰۰۵) در بهبود سلامت عمومی این بیماران اثربخش بوده است.

محققان معتقدند درمان‌هایی که برای بیماران مبتلا به دیابت در نظر گرفته می‌شود، باید اضطراب، افسردگی و نشانه‌های روانی و علائم جسمانی این بیماران را کاهش دهند و باعث بهبود سلامت عمومی در این بیماران شوند. در میان درمان‌های روانشناختی، آموزش شادمانی با الهام از روش فوردایس از اساس نظری قوی برخوردار است که علاوه بر آموزش واقعیات بیماری به فرد، بهبود خلق و رفتار بیمار را در پی دارد که در جهت مدیریت و کنترل بیماری لازم و ضروری است. در تحقیقاتی به رابطه شادمانی با بهبود سیستم ایمنی بدن و مقاومت در برابر سرطان، و نیز رابطه عدم شادی با مرگ زودرس، بیماری‌ها و حملات قلبی از مواردی است که بر اهمیت و ارزش شادی در زندگی تأکید می‌شود (عابدی، ۱۳۸۰).

آموزش شادی به عنوان سپری در مقابل استرس عمل می‌کند. شادی، تجربه‌های زندگی غیرقابل اجتناب، ناامیدی و در مجموع عواطف منفی را بی اثر می‌سازد. از طرفی شادی اشتیاق انسان‌ها را برای پرداختن به فعالیت‌های اجتماعی آسان می‌کند (آرگیل، ۲۰۰۵).

با توجه به شیوع بالای این بیماری در جمعیت عمومی و همراهی بالای آن با اختلالات روانی و نیز کمبود پژوهش‌های روانشناختی در این زمینه، در داخل کشور، مطالعه حاضر به ارزیابی اثربخشی آموزش شادی به شیوه گروهی بر سلامت عمومی افراد مبتلا به دیابت پرداخته است و سؤال اصلی این است که آیا آموزش شادی به شیوه گروهی بر سلامت عمومی افراد مبتلا به دیابت نوع ۱ تأثیرگذار است؟ و آیا آموزش شادی به شیوه گروهی بر ابعاد سلامت عمومی (نشانه‌های جسمانی، اضطراب، افسردگی، اختلال در کارکرد اجتماعی) افراد مبتلا به دیابت نوع ۱ تأثیرگذار است؟

روش تحقیق

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری در این پژوهش شامل افراد مبتلا به دیابت نوع یک مراجعه کننده به بیمارستان شهدای شهر خرم‌آباد بود که دارای پرونده پزشکی بودند که بر اساس آمار مرکز دیابت در شهر خرم‌آباد در سال ۱۳۹۱، تعداد این افراد ۱۳۰ نفر بود. تعداد نمونه این پژوهش ۲۴ نفر بودند که به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند (۱۲ نفر در هر گروه). انتخاب گروه نمونه با مراجعه به پرونده افراد مبتلا به دیابت نوع یک صورت گرفت. معیارهای ورود به پژوهش شامل: از زمان تشخیص قطعی دیابت توسط متخصص داخلی یا غدد یا مصرف انسولین حداقل شش ماه الی یک سال گذشته باشد، حاملگی و یا بیماری‌هایی که در رژیم غذایی یا میزان فعالیت آنها اثر چشمگیر گذارد، نداشته باشند، جهت حضور در مطالعه رضایت داشته باشند، سواد خواندن و نوشتن را داشته باشند، در

دامنه‌ی سنی ۱۶ تا ۳۰ سال باشند و طی شش ماه گذشته تحت تأثیر بحرانی حاد قرار نگرفته باشند. همانطور که ذکر شد تعداد شرکت کنندگان در این طرح ۲۴ نفر بود که از این عده ۳۶/۷٪ را مردان و ۶۳/۳٪ را زنان تشکیل می‌دادند.

ابزار پژوهش:

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) بود که توسط گلدبرگ (گلدبرگ، ۱۹۷۲) تهیه و تدوین و توسط هومن (هومن، ۱۹۹۸) هنجاریابی شده است. این پرسشنامه به منظور شناسایی اختلالات روانی غیر روان پسیکوتیک و نیز در جمعیت‌های سالم، برای تشخیص اختلالات روانی خفیف استفاده می‌شود. به سؤالات در یک مقیاس لیکرت سه درجه‌ای پاسخ داده می‌شود. (باید توجه داشت که نمرات بالا در این آزمون، نشان دهنده وضعیت سلامتی پایین فرد است، بنابراین در تفسیر همبستگی‌های به دست آمده در این زمینه به این امر توجه شود). فرم ۲۸ گویه‌ای پرسش نامه سلامت عمومی، دارای چهار خرده مقیاس نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی می‌باشد. از مجموع نمرات این چهار خرده مقیاس نیز یک نمره‌ی کلی برای سلامتی افراد به دست می‌آید (دادستان، ۱۹۹۹). در تحقیق احمدیان (احمدیان، ۲۰۰۴)، پایایی آزمون از طریق ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب، برای خرده مقیاس‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی و مقیاس کلی سلامت روانی برابر با ۰/۷۷، ۰/۷۷، ۰/۴۸، ۰/۸۵ و ۰/۹۰ بوده است. تقوی (تقوی، ۲۰۰۱) طی مطالعه‌ای اعتبار پرسش نامه را برای استفاده در ایران با سه روش دوباره سنجی، تنصیفی و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ به دست آورد و آن را واجد شرایط لازم جهت کاربرد در پژوهش‌های روانشناختی و فعالیت‌های بالینی دانست.

روش اجرا: پرسش نامه سلامت عمومی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری (دو ماهه) توسط همکار پژوهشگر در دو گروه اجرا و نمره گذاری شد. آموزش شادمانی در مطب یکی از متخصصان غدد توسط یک نفر کارشناس ارشد روانشناسی بالینی بر روی گروه مداخله انجام شد. اعضای گروه گواه نیز در لیست انتظار قرار گرفتند و پس از اتمام مرحله پیگیری، از جلسات هفتگی گروه درمانی برخوردار شدند.

برای آزمودنی‌های گروه مورد به مدت یک ماه جلسات آموزش شادمانی برگزار شد، تعداد جلسات آموزش شادمانی ۵ جلسه بود و یک جلسه نیز به منظور پیگیری برگزار شد که این جلسه یک ماه بعد از اتمام جلسات آموزشی برگزار شد، مدت هر جلسه حدود ۲ ساعت بود، جلسات آموزشی به صورت میزگرد و همراه با بحث، تبادل نظر و پرسش و پاسخ و زیر نظر یک روانشناس برگزار گردید. در هر

جلسه تکالیفی برای شرکت کنندگان تعیین می‌شد و کلیه افراد موظف بودند نتیجه را در جلسه بعدی گزارش نمایند. محورهای مورد گفتگو در این جلسات طبق الگوی فوردایس - اصفهان (عابدی، ۱۳۸۰) و با الگوگیری کلی از روش فوردایس (عابدی، ۱۳۸۰ و فوردایس، ۱۹۹۷) عبارت بودند از: تعریف شادمانی، ضرورت و اهمیت شادمانی و عوامل مرتبط با آن، آموزش تکنیک‌های افزایش تفکر مثبت و خوش بینی، افزایش روابط اجتماعی و تقویت روابط نزدیک و صمیمانه، افزایش خلاقیت، کاهش توقعات و خود بودن، برنامه ریزی و سازمان دهی و زندگی در زمان حال، دوری از افکار نگران کننده و اولویت دادن به شادی. لازم به ذکر است که هر دو گروه مداخله و گواه تحت درمان دارویی قرار داشتند و تنها تفاوت آنها از لحاظ دریافت یا عدم دریافت آموزش شادی بود.

داده‌های مطالعه در نرم افزار SPSS16 و با استفاده از تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. نمرات پیش آزمون، به عنوان متغیرهای همگام شناخته شد و تأثیر آن بر روی نمرات پس آزمون و پیگیری، با استفاده از تحلیل کواریانس بررسی گردید. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری SPSS16 استفاده می‌شود. در آمار توصیفی فراوانی، میانگین، خطای معیار و در آمار تحلیلی بر حسب فرضیات موجود از آزمون‌های آماری لوین، تحلیل کواریانس و آزمون t مستقل استفاده گردید.

یافته‌های پژوهش

پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات سلامت عمومی (با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک) و پیش فرض تساوی واریانس‌های نمرات پس آزمون و پیگیری (با استفاده از آزمون لوین) بررسی شد و در هر دو گروه مداخله و گواه ($P > 0/05$) مورد تأیید قرار گرفت. بررسی پیش فرض تساوی کواریانس نمرات، با استفاده از آزمون باکس انجام شد و مورد تأیید قرار گرفت ($P > 0/05$). میانگین و انحراف معیار نمرات سلامت عمومی بیماران در دو گروه مداخله و گواه در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات سلامت عمومی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در دو گروه

گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
مداخله	۳۷/۷	۹/۸	۳۰/۴	۴/۱	۳۴/۸	۲/۹
گواه	۳۸/۳	۷/۵	۳۹/۸	۵/۹	۴۱/۸	۳/۴

نتایج تحلیل کواریانس و تأثیر عضویت گروهی بر میزان سلامت عمومی افراد مبتلا به دیابت در مرحله پس آزمون و پیگیری در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر سلامت عمومی و زیر مقیاس‌های آن در افراد مبتلا به دیابت در مرحله پس آزمون و پیگیری

مقیاس‌ها	مراحل	شاخص متغیر	درجه آزادی	F آزمون	معنی داری	میزان تأثیر	توان آماری
سلامت عمومی	پس آزمون	پیش آزمون	۱	۳۴۵/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۱
	پیگیری	عضویت گروهی	۱	۵۰/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۷۰	۱
		پیش آزمون	۱	۱۶/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۴۳	۱
	نشانه‌های جسمانی	پس آزمون	پیش آزمون	۱	۲۵/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۰
پیگیری		عضویت گروهی	۱	۱۹/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۴۸	۰/۹۹۸
		پیش آزمون	۱	۹/۵۲	۰/۰۰۶	۰/۳۱	۰/۸۳
اضطراب		پس آزمون	عضویت گروهی	۱	۳/۴۲	۰/۰۰۷	۰/۱۴
	پیگیری	پیش آزمون	۱	۲۶/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۵۵	۰/۹۹۸
		عضویت گروهی	۱	۲۳/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۵۲	۰/۹۹۶
	افسردگی	پس آزمون	پیش آزمون	۱	۶/۴۳	۰/۰۱	۰/۲۳
پیگیری		عضویت گروهی	۱	۱۱/۰۴	۰/۰۳	۰/۳۴	۰/۸۸
		پیش آزمون	۱	۱۲/۳۴	۰/۰۰۲	۰/۳۷	۰/۹۱
عملکرد اجتماعی		پس آزمون	عضویت گروهی	۱	۱۹/۶۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸
	پیگیری	پیش آزمون	۱	۷/۸۱	۰/۰۱	۰/۲۷	۰/۹۴
		عضویت گروهی	۱	۱۳/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۳۹	۰/۸۴
	عملکرد اجتماعی	پس آزمون	پیش آزمون	۱	۱۲/۳۴	۰/۰۰۲	۰/۳۷
پیگیری		عضویت گروهی	۱	۱۹/۶۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۰/۹۸
		پیش آزمون	۱	۳/۱۵	۰/۰۹	۰/۱۳	۰/۳۹
عضویت گروهی		۱	۱۳/۰۶	۰/۰۰۲	۰/۳۸	۰/۹۳	

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که تفاوت گزارش شده بین میانگین‌های نمرات سلامت عمومی شرکت کنندگان بر حسب عضویت گروهی (گروه مداخله با میانگین ۳۰/۴ و گروه گواه با میانگین ۳۹/۸) در مرحله‌ی پس آزمون معنادار می‌باشد ($P=0/0001$). میزان تأثیر این مداخله ۰/۷۰ بوده است. بنابراین آموزش شادمانی در بهبود سلامت عمومی شرکت کنندگان در مرحله پس آزمون گروه مداخله، تأثیر داشته است. توان آماری ۱/۰ حاکی از دقت آماری قابل قبول است. همچنین نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که تفاوت گزارش شده بین میانگین‌های نمرات سلامت عمومی شرکت کنندگان بر حسب عضویت گروهی (گروه مداخله با میانگین ۳۴/۸ و گروه گواه با میانگین ۴۱/۸) در مرحله پیگیری معنادار می‌باشد ($P=0/0001$). میزان تأثیر این مداخله ۰/۶۲ بوده است. بنابراین آموزش شادمانی در بهبود سلامت عمومی شرکت کنندگان در مرحله پیگیری نیز بر گروه مداخله تأثیر داشته است. (توان آماری ۱/۰ حاکی از دقت آماری قابل قبول است). نتایج تحلیل کواریانس و تأثیر عضویت گروهی بر زیر مقیاس‌های سلامت عمومی (نشانه‌های جسمانی، اختلال در کارکرد اجتماعی، اضطراب و افسردگی) افراد مبتلا به دیابت در مرحله‌ی پس آزمون و پیگیری در جدول ۲ نشان می‌دهد که تفاوت گزارش شده بین میانگین‌های نمرات زیرمقیاس‌های سلامت عمومی شرکت کنندگان بر حسب عضویت گروهی (دو گروه مداخله و گواه) در مرحله‌ی پس آزمون معنادار می‌باشد ($P=0/0001$). میزان تأثیر مداخله بر بهبود زیر مقیاس‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب، افسردگی و کارکرد اجتماعی به ترتیب برابر با ۰/۴۸، ۰/۵۲، ۰/۴۸ و ۰/۴۸ بوده است. در مرحله پیگیری، آموزش بر زیر مقیاس‌های اضطراب، افسردگی و کارکرد اجتماعی تأثیر داشته است و تنها بر زیر مقیاس‌های نشانه‌های جسمانی تأثیر نداشته است. میزان تأثیر آموزش شادمانی بر بهبود زیر مقیاس‌های اضطراب، افسردگی و کارکرد اجتماعی به ترتیب برابر ۰/۳۴، ۰/۳۹ و ۰/۳۸ بوده است.

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که آموزش شادمانی به گونه‌ای معنادار باعث کاهش میانگین نمره سلامت عمومی در افراد مبتلا به دیابت نوع یک گردید. در پژوهش‌های مختلف نشان داده شد که شادمانی و عوامل روانی-اجتماعی، از طریق مکانیسم‌های روانی-فیزیولوژیک بر کارکرد سیستم بدن اثر می‌گذارد و در درازمدت، کنترل و بهبود انواع بیماری دیابت را به دنبال دارد (ایزر، ۲۰۰۷ و علی پور، ۱۳۷۹).

همچنین یافته پژوهش حاضر در مورد تأثیر آموزش شادمانی بر نشانه‌های جسمانی فرد به عنوان یکی از ابعاد سلامت عمومی، به نوعی با نتایج پژوهشی که توسط رئیسی (۱۳۸۸) و با موضوع اثر

بخشی آموزش شادمانی بر کاهش فشار خون بیماران مبتلا به فشار خون انجام شده است و نتایج پژوهش شوارتز و همکاران (۲۰۰۸) با این موضوع که خشم و عصبانیت در نقطه مقابل شادمانی قرار دارد و اینکه شادمانی تأثیر بیشتری بر فشارخون دیاستولیک دارد و نیز باعث بهبود فشارخون سیستولیک می‌شود، همخوانی دارد. مک کارتی و همکاران (۲۰۱۰) نیز در پژوهش خود دریافتند مداخلات روان شناختی که واکنش‌های منفی را کاهش و حالت‌های مثبت را افزایش می‌دهد به طور معناداری بر کارکرد قلبی- عروقی تأثیر می‌گذارد و اینکه هیجان‌ات مثبت می‌توانند در درمان بیماری‌های فشارخون، انسداد قلبی و شریان کرونر مؤثر باشند.

پژوهش حاضر نشان داد که آموزش شادمانی بر کاهش افسردگی و اضطراب افراد مبتلا به دیابت تأثیر دارد که با نتایج پژوهشی که توسط سیمون و همکاران (۲۰۱۰) با موضوع درمان سیستماتیک افسردگی افراد دیابتی و کاهش هزینه‌های درمان، انجام شده است و نتایج پژوهش میرزایی و همکاران (۱۳۹۰) با موضوع مقایسه اثربخشی آموزش برنامه بهزیستی ذهنی و روش شناختی- رفتاری فوردایس در کاهش میزان افسردگی و اضطراب، همخوانی دارد. همچنین پژوهش ایزر (۲۰۰۷) با نتایج تحقیق حاضر در مورد تأثیر آموزش شادمانی بر عملکرد اجتماعی افراد مبتلا به دیابت همخوان می‌باشد آنچه در فرآیند این بیماری بیش از استرس، اضطراب و افسردگی اهمیت دارد، نوع واکنش فرد در برابر عامل این نگرانی‌هاست. یکی از روش‌های کاهش این نگرانی‌ها، آموزش شادمانی است (کونن، ۲۰۰۷). این رویکرد به افراد کمک می‌کند تا با استفاده از تکنیک‌های خاص به کنترل بیماری دیابت بپردازند.

در تبیین اثربخشی آموزش شادمانی بر سلامت عمومی افراد مبتلا به دیابت، می‌توان این گونه بیان کرد که بیماران با آموزش شادمانی و داشتن تفکر منطقی، در می‌یابند که مشکلاتشان چه بوده است و راهبردهای کنارآمدن با این مشکلات را نیز می‌آموزند. این امر باعث افزایش عزت نفس و کفایت روانشناختی در آنان می‌گردد. یعنی افراد با کمک این شیوه درمانی می‌توانند از ظرفیت‌ها و توانمندیهای خود بهره بیشتری برده و در برابر استرس‌های زندگی مقاوم تر گردند که این در نهایت به افزایش سلامت عمومی آنان منجر می‌شود.

همچنین در تبیین چگونگی تأثیر این شیوه ی آموزشی بر سلامت عمومی بیماران، بررسی محتوای مطالب ارائه شده در این جلسات ضروری به نظر می‌رسد. آموزش مهارتهایی همچون حل مسأله، مبارزه با افکار منفی، تفکر منطقی و تکنیک‌های توجه برگردانی، باعث افزایش سلامت روانی و آموزش مهارتهای رفتاری مانند تن آرامی، برنامه ریزی فعالیت‌ها و انجام فعالیت‌های لذت بخش باعث افزایش

سلامت جسمانی می‌گردد. این روند در مجموع افزایش سلامت روانی، جسمانی و افزایش سلامت عمومی را در پی دارد.

مطابق نتایج به دست آمده از این پژوهش تمرینات تن آرامی، شادمانی، آموزش سبک‌های ارتباطی مناسب و ابراز وجود صحیح، باعث افزایش بهداشت عمومی و سلامت روانی می‌شود. همچنین مداخلات روانشناختی باعث کاهش واکنش‌های منفی روانشناختی از قبیل خشم، خصومت، اضطراب و افزایش حالت‌های هیجانی مثبت از قبیل آرامش و نگرش مثبت و بهزیستی کلی در این بیماران می‌شود. با ملاحظه سؤالات پرسشنامه سلامت عمومی می‌توان نتیجه گرفت که در کل منظور از افزایش و بهبود کنش اجتماعی، احساس رضایت، مفید بودن و لذت بردن از انجام کارها می‌باشد. در تبیین علت بهبود کنش اجتماعی افراد مبتلا به دیابت در اثر آموزش شادمانی، می‌توان گفت که آموزش صمیمیت، خوش بینی، تفکر مثبت و افزایش روابط اجتماعی، باعث بهبود نگرش نسبت به خود، محیط و آینده در بیماران شده و بهبود کنش اجتماعی را به دنبال دارد که در نتیجه بیمار بهتر با دیگران ارتباط برقرار می‌کند و همین امر آرامش و رضایت را در فرد بیمار افزایش می‌دهد. آموزش به شیوه‌ی گروهی با تحکیم بر روابط اجتماعی و ایجاد احساس عمومیت بیماری، در بهبود حال بیماران مؤثر بوده است. در تبیین اینکه چرا نتایج درمانی در مرحله پیگیری بر سلامت عمومی استمرار داشته است می‌توان گفت که استفاده نسبتاً مکرر بیماران از تکنیک‌های شاد بودن، شناسایی و اصلاح افکار ناکارآمد و افزایش فعالیت جسمانی، بعد از اتمام جلسات آموزشی باعث افزایش معنادار سلامت عمومی بیماران شده است. به طور کلی می‌توان گفت پایایی نسبی نتایج درمان طی دوره‌ی پیگیری به کاربرد فعالانه تکنیک‌های درمانی ارائه شده توسط بیماران مرتبط است. همانگونه که در نتایج آمده است آموزش شادمانی بر علائم بیماری در مرحله پیگیری اثربخش نبوده است. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که بیماری دیابت متأثر از عوامل ارثی، روانی و اجتماعی است. در طی جلسات آموزشی حاضر، بیشتر به تأثیر عوامل روانی و اجتماعی بر بیماری دیابت پرداخته شد. از آنجایی که عوامل ارثی و محیطی نیز در تشدید علائم و نشانه‌های بیماری دیابت تأثیر بسزایی دارند، مداخله روانشناسی نمی‌تواند به طور کامل در بهبود علائم جسمانی مؤثر باشد. برای بهبود کامل نشانه‌های جسمانی باید تمام عوامل به وجود آورنده آن کنترل شود. بیماران در جلسه پیگیری اظهار داشتند که وضعیت جسمی آنها تا حدی بهبود یافته و میزان علائم و نشانه‌هایشان در مقایسه با قبل از جلسات درمان کاهش داشته ولی کاهش علائم به حدی نبوده که از نظر آماری قابل تأیید باشد.

از آنجایی که پژوهش حاضر دارای محدودیت زمانی بود، مدت زمان جلسات جهت تأثیر کامل تکنیک‌های آموزش داده شده بر علائم و نشانه‌ها کافی نبوده است. بنابراین اگر این پژوهش در مدت

زمان بیشتری اجرا می‌شد احتمال داشت که تکنیک‌های روان درمانی بر عملکرد جسمانی در مرحله پیگیری بیشتر مؤثر واقع می‌شدند. به عنوان محدودیت پژوهشی می‌توان به محدودیت زمانی اشاره کرد که طی آن امکان مقایسه اثربخشی آموزش شادی بر انواع دیابت انجام نشد که می‌توان در پژوهش‌های آتی این نکته را در نظر گرفت. همچنین با توجه به این نکته که در انتخاب نمونه پژوهش، ملاک‌های ورود خاصی لحاظ گردید، در تعمیم نتایج به افراد خارج از این محدوده باید جانب احتیاط را رعایت نمود.

تقدیر و تشکر

این تحقیق با استفاده از اعتبارات باشگاه پژوهشگران جوان دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خرم آباد انجام شده، بنابراین از حمایت مادی و معنوی باشگاه پژوهشگران جوان دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خرم آباد از این تحقیق قدردانی می‌شود، از افراد مبتلا به دیابت نیز که در این پژوهش با پژوهشگر همکاری داشتند، تشکر می‌شود. سلامتی و توفیق روزافزون آنها را از خداوند متعال خواستاریم.

منابع

الف - فارسی

۱. احمدیان، فرهاد. (۱۳۸۸). بررسی رابطه میان سلامت روان و خودکارآمدی در میان دانش آموزان. پایاننامه کارشناسی ارشد، گروه علوم تربیتی، دانشگاه تبریز.
۲. تقوی، مهدی. (۱۳۸۴). بررسی روایی و پایایی پرسشنامه سلامت عمومی، مجله روانشناسی، ۵، (۴)، ۳۹۸-۳۸۱.
۳. درویش پور کاخکی، علی. (۱۳۸۳). بررسی اعتبار و قابلیت اعتماد ابزاری برای بررسی کیفیت زندگی بیماران دیابتی. پایان نامه کارشناسی ارشد، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۹۸-۱۶۹.
۴. رئیسی، حسین. (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی آموزش شادمانی بر کاهش فشارخون بیماران مبتلا به فشارخون شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد، گروه مشاوره، دانشگاه اصفهان، ۱۲۰-۶۶.
۵. عابدی، محمدرضا. (۱۳۸۱). بررسی و مقایسه اثربخشی روش‌های مشاوره شغلی به سبک نظریه یادگیری اجتماعی، سازگاری شغلی و مدل شناختی رفتاری شادمانی فوردایس بر کاهش

- فرسودگی شغلی مشاوران آموزش و پرورش شهر اصفهان. پایان نامه دکتری مشاوره، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
۶. عابدی، محمدرضا. (۱۳۸۰). بررسی اثربخشی آموزش شناختی- رفتاری فوردایس بر شادمانی، اضطراب، افسردگی و روابط اجتماعی دانشجویان دانشگاه اصفهان. خلاصه مقالات و سخنرانی‌های چهارمین هفته پژوهش دانشگاه اصفهان. اصفهان: معاونت پژوهشی دانشگاه اصفهان.
۷. علی پور، احمد. نوربالا، احمد علی. اژه ای، جواد. (۱۳۷۹). شادکامی و عملکرد ایمنی بدن. مجله روانشناسی، ۴(۳)، ۲۱۹-۲۳۳.
۸. میرزایی تشنیزی، پرپوش. پور شهریاری، مه سیما. (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی آموزش برنامه بهزیستی ذهنی و روش شناختی- رفتاری فوردایس در کاهش میزان افسردگی، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد. ۷ (۴)، ۱۵-۳۵.
۹. نجاتی، صفا. (۱۳۸۶). دیابت، افسردگی و کیفیت زندگی، مجله ی دیابت و لیپید ایران، ۷ (۲)، ۱۵-۲۳.

Archive of SID

1. Andreoli, T. (2005). Cecil Essentials of Medicine. 5th Edition, USA, W.B. Saunders Co.2001. p. 178.
2. Argyle, M. (2005). The psychology of happiness. London, Routledge, 34-77.
3. Callaghan, P., Morrissey, J. (1993). Social support and health: a review. Journal of Advanced Nursing, 18 (6), 203- 210.
4. Dadsetan, P. (1999). Stress or new illness. 2nd ed. Tehran, Roshd.
5. Eiser, C. (2007). Educating for happiness on Quality of life in Young adults with type I diabetes. Diabetes Medicine, 9, 375-378.
6. Feinglos, M.N., Hastedt, P., & Surwit, R.S. (2008). Effects of relaxation therapy on patient with type 1 diabetes mellitus. Diabetes Care, 10(1), 72-75.
7. Fordyce, M.W. (1997). Development of a program to increase personal happiness. Journal of Counseling Psychology, 24 (6), 511-521.
8. Fordyce, M.W. (1997). Educating for happiness. Revue Quebecoise De Psychology, 2-18.
9. Goldberg, B.P. (1972). The detection of psychiatric illness by questionnaire. London, Oxford University Press.
10. Heine, R.J. (1999). Diabetes in the next century: challenges and opportunities. Journal of Behavioral Medicine. 55 (6), 265- 270.
11. Homman, A. (1998). Standardization and normalization of GHQ-28":[dissertation]. Psychology Faculty: Tarbiate Modares University.
12. Konen, J.C., Summerson, J.H., Dignan, M.B. (2007). Family function, happiness and locus of control: relationship to glycemia in adults with diabetes mellitus. Arch Fam Med, 2(4), 393-402.

13. Lioyed, C.E., Dyer, P.H., Lancashire, B.A., Harris, T. (2006). Association between stress and glycemic control in adults with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 22(8), 83-1278.
14. Mc Carty, R., Atkinson, M., & Tiller, W. (2010). The effects of emotions on short-term power spectrum analysis of heart variability. *American Journal of Cardiology*, 76(14), 1089-1093.
15. Mc Grady, A., Bailey, B.K., & Good, M.P. (2004). Controlled study of biofeedback- assisted relaxation in type I diabetes. *Diabetes Care*, 14(5), 360-365.
16. Perez, A. (2008). "Control and Education in diabetes mellitus" *LDF Bulletin. Journal of Advanced Nursing*, 32(2), 12-55.
17. Rosenbaum, L. (2005). Biofeedback- assisted stress management for insulin- treated diabetes mellitus. *Biofeedback self regul*, 8(4), 32-512.
18. Schwartz, G., Weinberger, D., & Singer, J. (2008). Cardiovascular differentiation of happiness, sadness, anger, and fear following imagery and exercise. *Journal of Psychos Med*, 43(4), 343- 364.
19. Siomon, G., & Katon, W. (2010). Organized care for depression improves outcomes and reduce costs. *Clinical diabetes*, 26, 14-16.
20. Stoudemire, A., & Stephen MC Daniel, J. (1997). Psychological factors affecting medical conditions. In: Sadock B, Sadock V, editors. *Synopsis of psychiatry 8th edition*, New York: Lippincott Williams & Wilkins, 797-828.
21. Surwit, R.S, & Schneider, M.S. (2012). Role of stress in the etiology and treatment of diabetes mellitus. *Psychosm Med*, 55(4), 93-380.