فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۱۵، شماره ۱۹، زمستان سال ۱۴۰۱

# اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر درماندگی روانشناختی و ارتقای سرمایه روانشناختی بیماران مبتلا به دیابت استان گیلان

ماریا قدیری نیاری[۱]، محسن مشکبید حقیقی[۲]

**چکیده**

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر درماندگی روانشناختی و ارتقای سرمایه روانشناختی بیماران مبتلا به دیابت استان گیلان در سال ۱۴۰۰ بود. روش مورد استفاده در این پژوهش برحسب هدف کاربردی و از نظر گردآوری داده‌ها از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل و گمارش تصادفی آزمودنی‌ها بود. جامعه‌آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم زن دارای پرونده در درمانگاه تخصصی دیابت سیمرغ گیلان بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند تعداد ۳۰ نفراز بیماران مبتلا به دیابت در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) به عنوان حجم نمونه در نظر گرفته شد. گروه آزمایش به مدت ۹ جلسه آموزش مهارت‌های زندگی دیدند و گروه کنترل هیچ‌گونه درمانی دریافت نکردند. به منظور گردآوری اطلاعات از دو پرسشنامه درماندگی روانشناختی (بوند، ۱۹۹۵) و پرسشنامه سرمایه روانشناختی ( مک گی، ۲۰۱۱) استفاده شد. به منظور سنجش پایایی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد و مقدار این ضریب برای هر دو پرسشنامه بالای ۰.۷ به‌دست آمد. هم‌چنین به منظور سنجش روایی از روایی محتوا استفاده شد که برای این منظور پرسشنامه به تأیید متخصصین مربوطه رسید. تجزیه و تحلیل اطلاعات به‌دست آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) انجام پذیرفت. یافته‌ها نشان داد، آموزش مهارت‌های زندگی باعث کاهش درماندگی روانشناختی بیماران مبتلا به دیابت، هم‌چنین براساس نتایج یافته‌ها، آموزش مهارت‌های زندگی باعث افزایش سرمایه روانشناختی و مولفه‌های آن در بیماران مبتلا به دیابت شد. بنابراین به نظر می‌رسد، آموزش مهارت‌های زندگی می‌تواند باعث کاهش درماندگی روانشناختی بیماران و تکنیک‌های موثری را برای افزایش سرمایه روانشناختی ارایه کند.

**واژگان کلیدی:** درماندگی روانشناختی، سرمایه روانشناختی، مهارت‌های زندگی، دیابت

[۱] کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، موسسه اموزش عالی کوشیار، رشت، ایران (نویسنده مسئول) maria.ghadirii@gmail.com
[۲] استادیار گروه روانشناسی، موسسه اموزش عالی کوشیار، رشت، ایران Ehya110@yahoo.com

[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17 ]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۱۵، شماره ۱۹، زمستان سال ۱۴۰۱

**مقدمه**

دیابت یکی از چالش‌های بهداشتی دهه‌های اخیر است که بار اقتصادی فراوانی را به جامعه تحمیل می‌نماید. صاحب نظران عقیده دارند که شیوع اخیر دیابت نوع ۲ در جامعه ارتباط مشخصی با تغییر در ویژگی‌های ژنیک و قومیتی افراد جامعه ندارد، بلکه تغییر در سبک زندگی افراد و مدرن شدن جامعه، بیشترین تأثیر را در افزایش بروز دیابت داشته است (بایری، رائو، الدا، مانتنا و تاتاوراتی[۱]، ۲۰۲۰). یکی ازشایعترین بیماری های متابولیک می باشد به طوری که بیشتر از ۲۲۰ میلیون نفر در سراسر جهان درسال ۲۰۱۰ مبتلاء به آن بوده اند، شیوع دیابت در جهان حدود ۶/۴ درصد می باشد که بین ۳/۸ تا ۱۰/۲ درصد بسته به منطقه جغرافیایی متغیر می‌باشد. تعداد افراد مبتلاء به دیابت تشخیص داده نشده هم در بعضی از مناطق جغرافیایی بیش از ۵۰ درصد می باشد. انتظار می‌رود تا سال ۲۰۳۰ تعداد افراد مبتلاء به دیابت به ۳۶۶ میلیون نفر برسد (گائو[۲] و همکاران، ۲۰۲۰). بیش از ۹۰ درصد انواع دیابت را نوع دو شامل می‌شود. هدف نهایی در درمان بیماری دیابت، کنترل قندخون در سطح طبیعی بدون افت قندخون می باشد (لیندهوم اولیندر و همکاران[۳]، ۲۰۱۵). در بیماران مبتلاء به دیابت نوع دو بیش از ۹۵ درصد فرایند درمان توسط بیمار انجام می شود و تیم درمانی در فواصل بین ملاقات‌ها کنترل کمی بر بیمار دارد، این امر ایجاب می کند که به ارتقای فعالیت‌های خودمراقبتی که شامل ابعاد مختلف همچون فیزیولوژیک، اجتماعی، عاطفی و معنوی می‌باشد، توجه بیشتری نمود (آدو، مالابو، مالائو-آدولی و مالائو-آدولی[۴]، ۲۰۱۹). بنابراین می‌توان گفت که بیماری دیابت با پدیده‌های روانی ارتباط تنگاتنگی دارد و در این بین، رابطه دوسویه آن با استرس بسیار مهم به نظر می‌رسد (زهراکار، ۱۳۹۱). استرس را هم می‌توان یکی از عوامل ایجادکننده و هم یکی از پیامدهای دیابت دانست (پیرمردوند چگینی، زهراکار و ثنایی ذاکر، ۱۳۹۷). مانگارایاسکی[۵] و سلوکومار[۶] (۲۰۱۷) استرس مرتبط با بیماری[۷] را فرایندی تعریف می کنند که رویدادهای ناشی از بیماری، رفاه و آسایش ارگانیسم را تهدید کرده و متقابلاً ارگانیسم هم نسبت به این تهدیدها پاسخ نشان می‌دهد.در طول دهه‌های گذشته جنبه‌های روان‌شناختی دیابت نظر بسیاری از متخصصان را به خود جلب کرده است، چرا که دیابت به عنوان یکی از پر زحمت‌ترین بیماری‌های مزمن از لحاظ هیجانی و رفتاری به‌شمار می‌آید (موریسون[۸] و همکاران، ۲۰۱۹). به این ترتیب، استرس بار اقتصادی، هیجانی و اجتماعی بسیاری برای مبتلایان، خانواده‌های آنها و جامعه دارد (شاه بیک، تقوی جورابچی، روحانی و محمدی، ۱۳۹۷) و بروز این بیماری در یکی از اعضای خانواده، کل سیستم خانواده را تحت فشار قرار می‌دهد و مستلزم سازش یافتگی بیمار و سایر اعضا خانواده با شرایط جدید است (راسن و لیلنفلد[۹]، ۲۰۱۶).

از میان جنبه‌های روان‌شناختی همراه دیابت، بر هیجان‌های منفی تأکید شده است (سارتوریوس[۱۰]، ۲۰۲۲). بر این اساس هیجان‌های منفی ناشی از افسردگی و اضطراب نه تنها زمینه‌ساز بیماری دیابت هستند (نگوین، اوه و کیم[۱۱]،

---

[1]- Bairy, Rao, Edla, Manthena & Tatavarti
[2]- Guo
[3]- Lindholm-Olinder, et al
[4]- Adu, Malabu, Malau-Aduli & Malau-Aduli
[5] - Mangayarkarasi
[6] - Sellakumar
[7] - distress related disease
[8]- Morrison
[9] - Rosen & Lilienfeld
[10] - Sartorius
[11] - Nguyen, Oh & Kim

[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17 ]

۲۰۲۲)، بلکه پاسخ‌های هیجانی را نیز پدید می‌آورند (بورنز، برینر و اسمیتز[1]، ۲۰۲۲). از سویی اختلال افسردگی شامل یک دوره زمانی حداقل دو هفته‌ای است که ضمن آن خلق افسرده یا بی‌علاقگی یا فقدان احساس لذت تقریباً در همه کارها وجود دارد (چریستنسن[2]، مارتنسون و اوسلر، ۲۰۱۷)؛ و یکی از شایع‌ترین مشکلات روحی،روانی است که با نداشتن انگیزه، عدم تحمل شکست، کاهش میل جنسی، کم یا زیاد شدن اشتها، کاهش انرژی، خستگی زودرس، اختلال خواب و ... همراه است (ایکسانگ[3]، لگت، هیمل و کالس، ۲۰۱۸). طبق پژوهش‌های انجام شده، میزان افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت، دو برابر این میزان در افراد سالم است (کیم و کیم، ۲۰۲۲). به عبارتی افسردگی می‌تواند با ایجاد بی‌اشتهایی، بی‌نظمی در رژیم غذایی و عدم تمایل به تزریق انسولین از طرف بیمار همراه باشد که در نهایت کنترل بیماری را مشکل می‌کند (کائور، اسچول و اونز-گری[4]، ۲۰۲۲).

همینطور اضطراب نیز با دیابت همبودی داشته و می‌تواند اثرات منفی بر کنترل بیماری بگذارد. اضطراب با افزایش سطح هورمون‌های استرس منجر به افزایش قندخون یا تشدید قندخون بالا شده (ککیر، ککیر و اینجینیرت[5]، ۲۰۱۴). و یکی از انواع اضطراب که در بیماران دیابتی می‌تواند مورد بررسی قرار گرفته، اضطراب مرگ است. اضطراب مرگ شامل آشفتگی به هنگام فکر کردن درباره مرگ بوده و می‌تواند سبب کاهش مؤثر بودن، نداشتن برنامه مفید برای روزهای باقی‌مانده زندگی و کاهش سلامت روان شده (برنت، اندرسون و مارسدن[6]، ۲۰۱۸)؛ و عموماً به‌عنوان احساس ناراحتی همراه با ترس معطوف به مرگ خود یا دیگران شناخته می‌شود که با در نظر گرفتن مرگ به‌عنوان پایان حیات یا تجسم مراسم تدفین برانگیخته می‌شود (بلمون و آکسیلیا[7]، ۲۰۲۳). در اصل تجربه اضطراب مرگ، تجربه‌ای طبیعی و نرمال است و حتی داشتن این اضطراب در حد متعادل در زندگی برای فرد لازم بوده و باعث به فعالیت واداشتن وی در برخی مسیرهای مثبت می‌گردد. اما اگر این اضطراب از حد متعارف فراتر رود، برای سازگاری فرد مناسب نبوده و سبب حاد شدن شرایط استرس‌زا، احساس پوچی و ناامیدی در زندگی می‌گردد (قربانعلی‌پور، برجعلی، سهرابی و فلسفی‌نژاد، ۱۳۸۹). در این میان بیمارانی که تشخیص‌های مخاطره‌آمیزی مانند دیابت و سرطان برای آن‌ها مطرح است و ناگزیر به رویارویی با مرگ خویش هستند، احساس این اضطراب می‌تواند با اختلال در بُعد روحی، روانی کیفیت زندگی آنان را تحت‌تأثیر قرار دهد (پلگ[8]، ۲۰۲۲). همچنین نظریه روان‌شناسی وجودی علت کژکاری‌های انسانی را در اضطراب‌های بنیادین وجودی می‌جوید که مهم‌ترین آن‌ها اضطراب مرگ[9] است و علت ابتلای افراد به اختلال‌های روان‌شناختی را در عدم روبه‌روشدن این افراد با مسائل مهم وجودی خود میداند که با انکار و مواجهه نشدن با آن ظاهراً در صدد مراقبت از خود هستند در حالی که این انکار تبدیل به اضطراب روان رنجوری می‌شود لازم به ذکر است که بشر از طریق روش‌هایی جهت مواجهه نشدن با مرگ از خود محافظت می‌کند اما این اضطراب در آن‌ها باقی‌مانده و در شرایط روان‌شناختی متعدد بروز می‌کند؛ مطالعات گسترده به ردپای حضور اضطراب مرگ در اختلال‌های اضطرابی

[1] - Burns, Briner & Schmitz
[2] - Christensen, Maartensson, Osle
[3] - Xiang, Leggett, Himle Kales
[4] - Kaur, Scholl & Owens-Gary
[5] - Cakir, Cakir & Enginyurt
[6] - Barnett, Anderson & Marsden
[7] - Belmon & Auxillia
[8] - Peleg
[9] - Thanato-Phobia

[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17 ]

از جمله فوبی خاص، اضطراب اجتماعی، اضطراب جدایی و اضطراب فراگیر پی برده‌اند (ملک‌شاهی‌بیرانوند، خدابخش‌پیرکلانی، عامری، خسروی، ۱۳۹۸).

فراتحلیل مطالعات انجام شده در دامنه ای از بیماری ها، مبانی نظری را تایید می کند ( فیلیپینی، وایس و وینستی[1]، ۲۰۲۲). همچنین تحقیقات در ارتباط با بیماری های مزمن دیگر نشان می دهند که پیامدهای روان شناختی و پزشکی تحت تاثیر باورهای بیماران در مورد علایم، علت، اثرات و پیامدها، طول مدت، کنترل یا درمان بیماریشان همراه با سبک ها مقابله ای آنها است (رن، وانگ و گائو[2]، ۲۰۲۲). در زمینه سرمایه روان شناختی می توان اذعان داشت از نظر لوتانز، سرمایه روان‌شناختی بر فعالیت‌هایی تمرکز دارد که منجر به رفاه افراد، ساخت افراد مثبت، شکوفا ساختن جوامع و عدالت اجتماعی می‌شود. تصویری که روانشناسان مثبت‌گرا از طبیعت انسان به دست می‌دهند، خوش‌بینانه و امیدبخش است؛ زیرا آن‌ها به قابلیت گسترش، پرورش، شکوفایی و کمال انسان و تبدیل‌شدن به آنچه در توان آدمی است، باور دارند (بیتمیس و ارجنیلی[3]، ۲۰۱۵). بنابراین سرمایه روان‌شناختی، سازه‌ای ترکیبی و به‌هم‌پیوسته است که چهار مؤلفه ادراکی-شناختی یعنی خوش‌بینی، تاب‌آوری، امید و خودکارآمدی را در بردارد (لی و چو[4]، ۲۰۱۶). خوش‌بینی سبک تفسیری است که اتفاقات مثبت را به علل دائمی، شخصی و فراگیر و اتفاقات منفی را به علل خارجی، موقتی و شرایط خاص نسبت می‌دهد (نیومن، نیلسن، اسمیت و هیرست[5]، ۲۰۱۸). تاب‌آوری، طبقه‌ای از پدیده‌هایی که با الگویی از انطباق‌پذیری مثبت در زمینه مشکلات و مخاطرات قابل‌ملاحظه، مشخص شده است (جورجیو و نیکولائو[6]، ۲۰۱۹). امیدواری، وضعیت مثبت انگیزشی مبتنی بر یک سائق کنش گرایانه احساس موفقیت پویایی و احساس موفقیت راهکارها است (هارگرو، کازا و مک کارتر[7]، ۲۰۱۹) و در نهایت خودکارآمدی، اعتقاد راسخ فرد بر توانایی‌هایش برای بسیج منابع انگیزشی و شناختی و راهکارهای موردنیاز برای اجرای موفقیت‌های معین می‌باشد (بندورا[8]، ۱۹۹۷). در واقع این مؤلفه‌ها، در یک فرایند تعاملی و ارزشیابانه، به زندگی فرد معنا بخشید، تلاش فرد برای تغییر موقعیت‌های فشارزا را تداوم داده، او را برای ورود به صحنه عمل آماده نموده و مقاومت و سرسختی وی را در تحقق اهداف، تضمین می‌کند (وو و چن[9]، ۲۰۱۸). در تحقیقات متعدد به ارتباط بین خودکارآمدی، خوش بینی، تاب آوری در بیماران دیابت اشاره شده است، به عنوان مثال لاتویا[10] (۲۰۱۳) در بررسی منابع روانشناسی مثبت نگر چنین بیان کرده است که بین خودکارآمدی، تاب آوری، خوش بینی در بیماران مبتلا به دیابت رابطه وجود دارد.

یکی از روش های تاثیرگذار بر کاهش درماندگی روانشناختی و ارتقا سرمایه روانشناختی که اثربخشی آن توسط محققان زیادی مورد تایید قرار گرفته است آموزش مهارت های زندگی می باشد. مهارت های زندگی عبارت است از: توانایی های روانی اجتماعی برای رفتار سازگاری و موثر که افراد را قادر می سازد تا به طور موثرتری با مقتضیات و

---

1 - Filippini, Wise & Vinceti
2 - Ren, Wang & Guo
3 - Bitmiş & Ergeneli
4 - Lee & Chu
5 - Newman, Nielsen, Smyth & Hirst
6 - Georgiou & Nikolaou
7 - Hargrove, Caza & McCarter
8 - Bandura
9 - Wu & Chen
10 - Latvia

[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17 ]

چالش های زندگی روزمره مقابله کنند (گلی[1]، ۲۰۱۹). مهارت های زندگی شامل توانایی تنظیم اهداف واقع گرا، حل مشکلات، تصمیم گیری و ارزیابی پیامدهای آن، ارتقا مهارت های درون فردی و بین فردی مناسب هستند. کسب این مجموعه مهارت ها برای پرداختن به چالش های هر روزه زندگی مثل سازماندهی امور شخصی، کنترل مراقب بهداشتی، تعقیب فعالیت های حرفه ای، آموزشی، تفریحی و درگیری در تعامل های اجتماعی مثبت ضروری هستند (ناشیدا، عبدالله، کرائوس و آحمد[2]، ۲۰۱۹). مطالعات متعددی در مورد تاثیر برنامه آموزش مهارت های زندگی بر ابعاد مختلف روان انجام گرفته و نتایج نشان داده است که آموزش این مهارت ها بر سلامت روان موثر بوده و موجب بهبود مهارت های اجتماعی، کاهش افسردگی، اضطراب و استرس شده است (رماسوامی و سشادری[3]، ۲۰۱۹).

بنابراین شناسایی و درمان به موقع دیابت کمک بزرگی به بهبود بیماران نموده و بازتوانی نیز نقص فعالیت‌های اجتماعی آنان را کاهش می‌دهد علاوه بر این، با توجه به مشکلات روحی، روانی عدیده‌ای که افراد دارای دیابت با آن درگیر هستند و با توجه به تأثیر روان بر جسم و جسم بر روان، اندیشیدن تدابیری در جهت کاهش علائم روانی امری ضروری قلمداد می‌شود. در این بین، با توجه به نقش مهارت های زندگی در پذیرش و پیروی از درمان، امیدبخشی به زندگی آنان، امری ضروری است و بیماران مبتلا به دیابت نیز از این امر مستثنی نیستند همینطور افراد در میزان آسیب‌پذیری نسبت به بیماری‌های روانی با یکدیگر تفاوت‌های زیستی، شخصیتی و فردی دارند، اما میزان این تفاوت‌ها تحت‌تأثیر موقعیت اجتماعی-فرهنگی و سلامت جسمی افراد قرار می‌گیرد؛ لذا توجه به سرمایه روانشناختی و عوامل مرتبط با سلامت روان در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، امری بسیار مهم به‌نظر می‌رسد. از آنجایی‌که فشارهای روانی می‌توانند بر بیماری‌های جسمی تأثیر بگذارند و رشد آن را تسریع کنند؛ و با توجه به شیوع بالای دیابت مداخلات روان‌شناختی برای پیشگیری از عوارض و مشکلات روانی همراه دیابت از اهمیت بالایی برخوردار است از این رو با به کارگیری این مداخلات، دیابت از یک بیماری غیرقابل علاج به یک بیماری مزمن و در مواردی قابل علاج تبدیل خواهد شد. لذا آموزش مهارت های زندگی در مواقعی که فرد از یک اختلال روانپزشکی-روان شناختی یا عاطفی رنج می برد، می تواند نقش موثری 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 به ویژه با تمرکز بر آموزش مهارت های زندگی در بیماران دیابت پرداخته نشده است. لذا پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال است: که آیا آموزش مهارت های زندگی بر کاهش درماندگی روان شناختی و ارتقا سرمایه روانشناختی در بیماران دیابت تاثیر دارد؟

**روش**

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و طرح مورد استفاده در این پژوهش (طرح پیش آزمون-پس آزمون) با گروه آزمایش و کنترل می باشد. جامعه آماری پژوهش کلیه بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم زن دارای پرونده در درمانگاه تخصصی دیابت سیمرغ گیلان در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. بر اساس نظر دلاور (۱۳۸۷) حداقل حجم نمونه لازم برای انجام پژوهش های مداخله ای حداقل ۱۵ نفر می باشند. لذا در این پژوهش ۳۰ بیمار با روش نمونه گیری در دسترس و هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شد. گروه آزمایش مهارت

[1] - Goli
[2] - Nasheeda, Abdullah, Krauss & Ahmed
[3] -Ramaswamy & Seshadri

[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17 ]

های زندگی در ۹ جلسه آموزش دیدند و گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماند. روند اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از هماهنگی با مراکز بهداشتی درمانی دیابت سیمرغ استان گیلان، و با توجه به معیارهای ورود و خروج از مطالعه نمونه ها انتخاب گردید. معیارهای ورود به پژوهش شامل زنان مبتلا به دیابت نوع دو، عدم ابتلا به بیماری روانپزشکی طبق معیارهای DSM5، فقدان آمپوتاسیون (قطع عضو) و نقص عضو، عدم استفاده از داروهای روانپزشکی، تحصیلات حداقل دیپلم، سن ۴۰ تا ۵۰ سال، هموگلوبین گلیکوزیله بین ۷ تا ۸/۵ درصد (با توجه به عدد هموگلوبین گلیکوزیله تغییری در درمان دارویی بیماران در طول درمان آموزش داده نخواهد شد)، عدم دریافت هر گونه برنامه آموزشی دیگر قبل و در حین انجام مداخله ها، رضایت برای شرکت در مطالعه بود. داشتن دیابت نوع یک یا دیابت دوران حاملگی، آزمودنی به طور منظم در تمام کلاس ها حضور پیدا نکند و یا به هر دلیلی بیمار تمایلی به ادامه شرکت در پژوهش نداشته باشد نیز به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شد. قبل از ورود بیماران به پژوهش در مورد چگونگی طرح و اهداف مداخله ها داده شد و از شرکت کنندگانی که تمایل به حضور در پژوهش داشته باشند رضایت نامه کتبی اخذ گردید. قبل از شروع درمان‌ها پرسشنامه درماندگی روانشناختی و سرمایه روانشناختی شرکت کننده ها با استفاده از پرسشنامه‌های پژوهش مورد بررسی قرار گرفت. لازم به ذکر است که در پایان هر جلسه از جلسات مداخله مهارت های زندگی به مراجعان تکالیف مناسبی داده شد و در ابتدای جلسه ی بعد مرور شده و به آن‌ها بازخورد سازنده داده شد.

**ابزارهای پژوهش:**

**مقیاس درماندگی روانشناختی (افسردگی، اضطراب و تنیدگی) (DASS)**: این پرسشنامه در سال ۱۹۹۵ توسط لویدبوند تهیه شد. این مقیاس دارای ۲۱ عبارت است که هر یک از سازه‌های روانی افسردگی، اضطراب و تنیدگی روانی را توسط ۷ عبارت متفاوت مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمره هر کدام از سازه‌ها از طریق مجموع نمرات سوال‌های مربوط به آن به دست می‌آید. هر سوال بر اساس طیف چهار درجه‌ای لیکرت از اصلا در مورد من صدق نمی‌کند (با امتیاز صفر) تا کاملا در مورد من صدق می‌کند (با امتیاز ۳) نمره‌گذاری می‌شود. بدین ترتیب نمره هر خرده مقیاس حداقل صفر و حداکثر ۲۱ خواهد بود. در مطالعه طیبی و همکاران (۲۰۱۵) پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ برای افسردگی، اضطراب و تنیدگی روانی به ترتیب: ۷۹٪، ۷۲٪ و ۸۰٪ به دست آمد.

**پرسشنامه سرمایه روانشناختی مک گی (۲۰۱۱) (PCQ[1])**: برای سنجش سرمایه روانشناختی از پرسشنامه بیست و چهار سوالی که توسط مک گی (۲۰۱۱؛ به نقل از گل پرور، جعفری و جوادیان، ۱۳۹۲) با چهار خرده مقیاس خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش بینی ارائه شده، استفاده خواهد شد. مقیاس پاسخگویی استفاده شده در این پژوهش برای این پرسشنامه شش درجه ای (کاملا مخالفم= ۱ تا کاملا موافقم= ۶) است. مک گی (۲۰۱۱؛ به نقل از گل پرور و همکاران، ۱۳۹۲) روایی و پایایی این پرسشنامه را همراه با فرم های بیست و پنج و دوازده سوالی سرمایه روانشناختی بررسی و شواهدی از روایی و پایایی این پرسشنامه ارائه کرده است. برای نمونه مک گی (۲۰۱۱) به عنوان شواهدی از روایی هم زمان این پرسشنامه با نسخ دیگر پرسشنامه سرمایه روانشناختی، بین سرمایه روانشناختی با خودکارآمدی همبستگی مثبت و معنادار بین ۰/۴۸ تا ۰/۵۴، با امیدواری همبستگی مثبت و معنادار بین ۰/۴۰ تا ۰/۶۱، با تاب آوری همبستگی مثبت و معنادار بین ۰/۴۸ تا ۰/۵۵ و با خوش بینی همبستگی مثبت و معنادار بین

[1] - Psychological Capital Questionnaire

[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17 ]

۰/۴۷ تا ۰/۵۰ را گزارش کرده است. روایی صوری این پرسشنامه نیز بررسی و تایید شده است (گل پرور و همکاران، ۱۳۹۲). در پژوهش گل پرور و همکاران (۱۳۹۲) تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش واریماکس بر روی ۲۶ سوال این پرسشنامه همان چهار عامل معرفی شده در پرسشنامه اصلی را به دست داده و آلفای کرونباخ به ترتیب برای خودکارآمدی، امیدواری، تاب آوری و خوش بینی برابر با ۰/۹۱، ۰/۸۹، ۰/۸۳ و ۰/۷۰ به دست آمده است.

**آموزش مهارت‌های زندگی**: اهداف جلسات باتلر و هوپ[1] (۱۹۹۵) به شرح ذیل بودند: **جلسه اول**: معرفی و آشنایی با یکدیگر، بیان اهداف، بستن قرارداد رفتاری و بیان قوانین کلاس، تعریف و روشن سازی و بحث در مورد مفاهیم مهارت های زندگی، روابط بین فردی، عزت نفس و ابراز وجود، ایجاد فضای مشارکتی برای دخالت افراد در بحث و تشویق آنها به صحبت کردن برای شکستن یخ های 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 می گردند، بیان ویژگی‌های ارتباط خوب و بد. **جلسه سوم**: بیان و توضیح پنج رمز ارتباط موثر. **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 خسته کننده به یک بحث جذاب، و بحث در مورد تلاش‌هایی که گروه در طول این مدت در زمینه روابط بین فردی داشته است. **جلسه پنجم**: تعریف عزت نفس، بیان اهمیت و آثار عزت نفس بالا، بیان ویژگی های افراد با عزت نفس بالا و افراد با عزت نفس پایین، تفات بین عزت نفس و اعتماد به نفس و تکبر، بیان تاثیرات رایج عزت نفس پایین و نشانه‌های رفتاری افراد با عزت نفس پایین، تمرین تحلیل سود و زیان و تمرین تخیل ترسناک، بیان فواید ورزش در سلامت عمومی و افزایش عزت نفس. **جلسه ششم**: به کارگیری 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 بین فردی و عزت نفس، تشکیل برگه پیش‌بینی خرسندی، بیان برخی راهبردها به منظور افزایش عزت نفس. **جلسه هفتم**: به کارگیری فن آشکارسازی افکار و روش های دفاع از خود و پذیرش تناقض و مواجهه با افکار منفی، بیان نکاتی در مورد پذیرش سالم خود، عزت نفس شرطی و غیرشرطی و فرایند کسب عزت نفس. **جلسه هشتم**: تعریف ابراز وجود و بیان تفاوت رفتار مبتنی بر ابراز وجود با انواع رفتارهای دیگر و ویژگی های افراد خود ابراز، بیان حقوق بشر برای ابراز وجود، برخی راه های افزایش ابراز وجود و دلایل موثر بودن رفتار توام با ابراز وجود، انجام فن آرام سازی. **جلسه نهم**: فراگیری فنون درخواست کردن، نه گفتن، بله گفتن و کنار آمدن با انتقاد، یادگیری انتقاد سازنده، تصمیم گیری موثر و پیگیری رفتار درست.

به منظور بررسی اهداف پژوهش از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل کوواریانس چند متغیره) استفاده گردید.

**یافته‌ها**

اطلاعات توصیفی میزان درماندگی روانشناختی در جدول ۲ به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایش و کنترل ارایه شده است.

[1] - Butler & Hop

[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17 ]

**جدول ۲. اطلاعات توصیفی در ماندگی روانشناختی و ابعاد آن به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها**

| متغیر | گروه | | میانگین | انحراف معیار |
|---|---|---|---|---|
| درماندگی روانشناختی | آزمایش | پیش آزمون | ۴۳/۶۰ | ۴/۵۴ |
| | | پس آزمون | ۲۲/۹۵ | ۴/۰۱ |
| | کنترل | پیش آزمون | ۴۳/۴۰ | ۴/۰۳ |
| | | پس آزمون | ۴۶/۹۵ | ۳/۹۱ |
| افسردگی | آزمایش | پیش آزمون | ۱۲/۲۰ | ۲/۲۸ |
| | | پس آزمون | ۵/۹۰ | ۲/۹۹ |
| | کنترل | پیش آزمون | ۱۲/۷۰ | ۲/۶۰ |
| | | پس آزمون | ۱۴/۶۰ | ۲/۹۲ |
| اضطراب | آزمایش | پیش آزمون | ۱۳/۰۱ | ۲/۸۲ |
| | | پس آزمون | ۶/۰۵ | ۲/۷۷ |
| | کنترل | پیش آزمون | ۱۳/۱۰ | ۲/۹۹ |
| | | پس آزمون | ۱۳/۷۵ | ۲/۴۳ |
| تنیدگی | آزمایش | پیش آزمون | ۱۸/۴۰ | ۳/۲۳ |
| | | پس آزمون | ۱۱/۰۲ | ۳/۸۴ |
| | کنترل | پیش آزمون | ۱۷/۶۰ | ۲/۹۵ |
| | | پس آزمون | ۱۸/۶۱ | ۳/۲۲ |

همچنان که ملاحظه می‌شود میانگین گروه آزمایش در مرحله پس آزمون، نسبت به پیش آزمون کاهش نشان می‌دهد. براساس نتایج مندرج در جدول ۲، می‌توان به این توصیف دست زد که آموزش مهارت‌های زندگی باعث کاهش درماندگی روانشناختی و ابعاد آن در بیماران مبتلا به دیابت شده است.

**جدول ۳. اطلاعات توصیفی سرمایه روانشناختی به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها**

| متغیر | عوامل | شاخص آماری | پیش آزمون | پس آزمون |
|---|---|---|---|---|
| خودکارآمدی | گروه آزمایش | میانگین | ۲۰.۲۰ | ۲۶.۳۳ |
| | | انحراف معیار | ۳.۱۰ | ۲.۶۹ |
| | گروه کنترل | میانگین | ۱۹.۶۰ | ۱۹.۳۳ |
| | | انحراف معیار | ۳.۰۴ | ۳.۰۲ |
| امیدواری | گروه آزمایش | میانگین | ۲۲.۶۷ | ۲۴.۳۳ |
| | | انحراف معیار | ۲.۳۵ | ۳.۶۸ |
| | گروه کنترل | میانگین | ۲۲.۰۰ | ۲۲.۵۳ |
| | | انحراف معیار | ۳.۲۱ | ۳.۶۶ |
| تاب آوری | گروه آزمایش | میانگین | ۱۹.۹۳ | ۲۳.۱۳ |
| | | انحراف معیار | ۳.۳۷ | ۳.۴۸ |

[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17 ]

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | گروه کنترل | میانگین | ۱۷.۵۳ | ۱۶.۸۰ |
| | | انحراف معیار | ۴.۱۰ | ۳.۳۰ |
| خوش بینی | گروه آزمایش | میانگین | ۲۰.۴۷ | ۲۶.۹۳ |
| | | انحراف معیار | ۲.۸۳ | ۲.۶۹ |
| | گروه کنترل | میانگین | ۱۹.۱۳ | ۱۹.۳۳ |
| | | انحراف معیار | ۲.۵۶ | ۳.۳۷ |
| سرمایه روانشناختی | گروه آزمایش | میانگین | ۸۳.۲۷ | ۱۰۰.۷۳ |
| | | انحراف معیار | ۹.۰۸ | ۷.۵۰ |
| | گروه کنترل | میانگین | ۷۸.۲۷ | ۷۸.۰۰ |
| | | انحراف معیار | ۸.۰۸ | ۷.۰۲ |

همچنان که ملاحظه می‌شود میانگین گروه آزمایش در مرحله پس آزمون، نسبت به پیش آزمون افزایش نشان می‌دهد. براساس نتایج مندرج در جدول، می‌توان به این توصیف دست زد که آموزش مهارت‌های زندگی باعث افزایش سرمایه روانشناختی بیماران مبتلا به دیابت شده است. در جدول زیر آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری برای آزمون فرضیه پژوهش آمده است.

**جدول ۴. آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری نمرات ابعاد درماندگی روانشناختی در دو گروه**

| شاخص آماری اثر | آزمون | ارزش | F | dfفرضیه | dfخطا | sig | ضریب ایتا |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| تفاوت دو گروه با کنترل اثر پیش آزمون | اثرپیلای | ۰/۴۸ | ۱۰/۲۶ | ۳ | ۳۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۸ |
| | لامبدای ویلکس | ۰/۵۲ | ۱۰/۲۶ | ۳ | ۳۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۸ |
| | اثرهتلینگ | ۰/۹۳ | ۱۰/۲۶ | ۳ | ۳۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۸ |
| | بزرگترین ریشه روی | ۰/۹۳ | ۱۰/۲۶ | ۳ | ۳۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۸ |

نتایج جدول ۴ نشان می دهد پس از حذف اثر پیش آزمون با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری، یک اثر معنی دار برای عامل اجرای برنامه آموزش مهارت‌های زندگی «متغیرمستقل» وجود دارد. این اثر نشان می‌دهد که حداقل بین یکی از مولفه های درماندگی روانشناختی در بیماران مبتلا به دیابت که با اجرای برنامه آموزش مهارت های زندگی آموزش دیده اند با بیماران مبتلا به دیابت گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد (لامبدای ویلکس=۰/۵۲، $p<0.05$)

**جدول ۵. آزمون تحلیل کوواریانس یک راهه در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیری**

| شاخص آماری متغیرها | منبع تغییر | SS | df | F | سطح معناداری | ضریب ایتا |
|---|---|---|---|---|---|---|
| آفسردگی | گروه | ۶۹۴/۹۷ | ۱ | ۱۸/۴۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۵ |
| | خطا | ۱۳۱۷/۷۹ | ۲۴ | | | |
| اضطراب | گروه | ۵۲۸/۶۴ | ۱ | ۱۷/۹۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۴ |
| | خطا | ۱۰۳۱/۸۹ | ۲۴ | | | |

[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17 ]

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| تنیدگی | گروه | ۶۳۵/۳۲ | ۱ | ۱۷/۰۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۳ |
| | خطا | ۱۳۰۳/۷۳ | ۲۴ | | | |

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد، با حذف تاثیر متغیر پیش آزمون، فرضیه پژوهش مبنی بر وجود تفاوت معنادار در مؤلفه‌های درماندگی روانشناختی بیماران مبتلا به دیابت گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، تایید می‌گردد. همانگونه که از نتایج جدول ۵ ملاحظه می‌گردد سطح معناداری حاصل شده برای مؤلفه های درماندگی روانشناختی در مقایسه با سطح معناداری ۰/۰۱۷ به دست آمده از اصلاح بنفرونی (تقسیم سطح معناداری ۰/۰۵بر۳ مؤلفه های درماندگی روانشناختی) کوچک‌تر می‌باشد. در نتیجه با توجه به میانگین‌های حاصل شده می‌توان گفت با ۹۵ درصد اطمینان مؤلفه‌های درماندگی روانشناختی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش داشته است.

**جدول ۶. آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری نمرات ابعاد سرمایه روانشناختی در دو گروه**

| شاخص آماری اثر | آزمون | ارزش | F | dfفرضیه | dfخطا | sig | ضریب ایتا |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| تفاوت دو گروه با کنترل اثر پیش آزمون | اثرپیلای | ۰.۴۲ | ۳.۷۷ | ۴.۰۰ | ۲۱.۰۰ | ۰.۰۲ | ۰.۴۲ |
| | لامبدای ویلکس | ۰.۵۸ | ۳.۷۷ | ۴.۰۰ | ۲۱.۰۰ | ۰.۰۲ | ۰.۴۲ |
| | اثرهتلینگ | ۰.۷۲ | ۳.۷۷ | ۴.۰۰ | ۲۱.۰۰ | ۰.۰۲ | ۰.۴۲ |
| | بزرگترین ریشه روی | ۰.۷۲ | ۳.۷۷ | ۴.۰۰ | ۲۱.۰۰ | ۰.۰۲ | ۰.۴۲ |

نتایج جدول ۶ نشان می دهد پس از حذف اثر پیش آزمون با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری، یک اثر معنی دار برای عامل آموزش مهارت های زندگی «متغیرمستقل» وجود دارد. این اثر نشان می دهدکه حداقل بین یکی از مولفه های سرمایه روانشناختی بیماران مبتلا به دیابت که با آموزش مهارت های زندگی آموزش دیده اند، با بیماران مبتلا به دیابت گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد (لامبدای ویلکس=۰/۵۸، p<۰۵.۰)

**جدول ۷. آزمون تحلیل کوواریانس یک راهه در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیری**

| شاخص آماری متغیرها | منبع تغییر | SS | df | MS | F | سطح معناداری | ضریب ایتا |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| خودکارآمدی | گروه | ۵۶.۴۳ | ۱.۰۰ | ۵۶.۴۳ | ۸.۷۶ | ۰.۰۰۷ | ۰.۲۷ |
| | خطا | ۱۵۴.۵۸ | ۲۴.۰۰ | ۶.۴۴ | | | |
| امیدواری | گروه | ۲.۱۷ | ۱.۰۰ | ۲.۱۷ | ۰.۳۷ | ۰.۵۴۶ | ۰.۰۲ |
| | خطا | ۱۳۹.۲۵ | ۲۴.۰۰ | ۵.۸۰ | | | |
| تاب آوری | گروه | ۸۳.۶۴ | ۱.۰۰ | ۸۳.۶۴ | ۹.۳۷ | ۰.۰۰۵ | ۰.۲۸ |
| | خطا | ۲۱۴.۳۱ | ۲۴.۰۰ | ۸.۹۳ | | | |
| خوشبینی | گروه | ۹۰.۲۳ | ۱.۰۰ | ۹۰.۲۳ | ۱۰.۸۷ | ۰.۰۰۳ | ۰.۳۱ |
| | خطا | ۱۹۹.۲۲ | ۲۴.۰۰ | ۸.۳۰ | | | |

[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17 ]

نتایج جدول ۷ نشان می دهد، با حذف تاثیر متغیر پیش آزمون، فرضیه پژوهش مبنی بر وجود تفاوت معنادار در خودکارآمدی، تاب آوری و خوشبینی بیماران مبتلا به دیابت گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، تایید می گردد. همانگونه که از نتایج جدول ۷ ملاحظه می گردد سطح معناداری حاصل شده برای خودکارآمدی، تاب آوری و خوشبینی در مقایسه با سطح معناداری ۰/۰۱۲ به دست آمده از اصلاح بنفرونی (تقسیم سطح معناداری ۰/۰۵بر ۴ متغیر وابسته) کوچکتر می باشد. در نتیجه با توجه به میانگین های حاصل شده می توان گفت با ۹۵ درصد اطمینان خودکارآمدی، تاب آوری و خوشبینی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تغییر داشته است.

**بحث و نتیجه‌گیری**

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر درماندگی روانشناختی و ارتقای سرمایه روانشناختی بیماران مبتلا به دیابت استان گیلان انجام شد. نتایج نشان داد که آموزش مهارت های زندگی باعث کاهش درماندگی روانشناختی بیماران مبتلا به دیابت شده است. این یافته ها با نتیجه یافته های مرادی و همکاران (۱۳۹۷)، اشرفی و منجزی (۱۳۹۲)، آلبرتین و همکاران (۲۰۱۱) همسو است. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی در کاهش درماندگی روانشناختی بیماران مبتلا به دیابت موثر بوده است. به این معنا که بیمارانی که تحت آموزش مهارت‌های زندگی از جمله تکنیک‌های موثر مقابله با استرس و فشارهای زندگی، توانایی تصمیم‌گیری و حل مساله، توانایی برقراری ارتباط موثر بین فردی و توانایی خودآگاهی قرار گرفته‌اند، درماندگی روانشناختی آنان کاهش یافت (اوکچ، ۲۰۱۵). در تبیین اثربخشی برنامه آموزش مهارت‌های زندگی بر روی بیماران مبتلا به دیابت این پژوهش می‌توان گفت که آموزش مهارت‌های زندگی از یک سو باعث می‌شود که افراد، شناخت بیشتری از خود پیدا کنند و نقاط قوت و ضعف خود را بشناسند و در جهت اصلاح نقاط ضعف و تقویت نقاط قوت خود بکوشند. ایجاد آگاهی در مورد نقاط قوت و ضعف به فرد کمک می‌کند تا در مقابله با مشکلات به استفاده از شیوه‌های کارآمدتر و مناسب‌تر روی آورد و در نتیجه، سازگاری خود را افزایش دهد. از سوی دیگر، آموزش گروهی می‌تواند تاثیر مثبت در کاهش درماندگی روانی داشته باشد، زیرا جمع شدن افراد در گروه و این که تک تک افراد احساس کنند دیگران نیز مشکلاتی مشابه با آن‌ها دارند و در گروه از تجارب یکدیگر برای مقابله با استرس استفاده کنند، در کاهش استرس و افزایش خودباوری موثر است. هم‌چنین آموزش آرمیدگی عضلانی که جزء برنامه آموزش مهارت‌های زندگی است، از آن جا که استرس با افزایش تنش عضلانی و افزایش تنش عضلانی با استرس همراه است، می‌تواند عامل موثری در کاهش درماندگی روانشناختی بیماران مبتلا به دیابت باشد. همچنین می توان گفت برنامه آموزش مهارت‌های زندگی با آموزش روش تصمیم‌گیری صحیح و چگونگی حل مساله، باعث کاهش تردید در تصمیم و کاهش ناتوانی در مقابله با مشکلات زندگی روزمره می‌شود و تفکر خلاق و انتقادی را که لازمه دستیابی به راه حل مناسب برای بسیاری از مسائل استرس‌زا است در فرد پرورش می‌دهد. هم‌چنین با توجه به این که برخی از شیوه های مقابله مساله‌مدار عبارتند از: مهار استرس (شامل آگاه شدن از افزایش استرس و عوامل ایجاد کننده آن)، ساختاربندی (شامل جمع آوری داده‌ها درباره عامل استرس‌زا، پرس و جو در زمینه منابع حمایتی موجود و طراحی شیوه‌های استفاده از آن) و مهارت‌های اجتماعی (شامل خودابرازی و صمیمیت ورزی) (متین و احمدی، ۱۳۹۸)، طی برنامه آموزش مهارت‌های زندگی، این مهارت‌ها به فرد آموزش داده می‌شود و در نتیجه، فرد به منظور کاهش یا حذف پیامدهای ناخوشایند استرس، سعی می‌کند بر عامل استرس‌زا تسلط یافته، در موقعیت‌های استرس‌زا از شیوه مقابله مساله‌مدار بیشتر استفاده کند و

[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17 ]

سازگاری فردی خود را افزایش دهد. همچنین این برنامه، آموزش رفتارهای اجتماعی مثبت، ایجاد جایگاه مهار درونی، افزایش جرات ورزی، خودپنداره مثبت، مهارت‌های کلامی و غیرکلامی اجتماعی مناسب، شیوه‌های مهار فشار عصبی و شیوه‌های برخورد با موقعیت‌های استرس‌زا و آرمیدگی عضلانی، باعث می‌شود که فرد در مهار واکنش‌های هیجانی، مهارت لازم را جهت مقابله با عامل استرس‌زا کسب کند.

همچنین نتایج نشان داد که آموزش مهارت های زندگی میزان سرمایه روانشناختی بیماران مبتلا به دیابت را افزایش می دهد. در مجموع یافته‌های پژوهش حاضر همسو با یافته‌های پژوهش‌های مشابه نشانگر این است که آموزش مهارت های زندگی به ارتقای سازگاری و سرمایه روانشناختی در ابعاد زندگی بیماران کمک می‌کند و از اساسی‌ترین برنامه‌های پیشگیری در سطح اولیه به شمار می‌رود. پژوهش حاضر با یافته‌های لیو و همکاران (۲۰۱۶)، ریان و شین (۲۰۱۴)، خاکساری و همکاران (۲۰۱۹) همسو می‌باشد. این آموزش‌ها کمک می کند تا افراد، عواطف و احساسات خود را به خوبی بشناسند، آن‌ها را به دقت ارزیابی کنند، افکار منطقی و غیرمنطقی مرتبط با آن‌ها را دریابند، و در نهایت برای آن‌ها آشکار می شود که افکار کارآمد و ناکارآمد، عواطف مثبت و منفی آن‌ها را هدایت می‌کند. 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 سرمایه روانشناختی می‌رسند. سرمایه روانشناختی و مولفه های آن (تاب آوری، خودکارآمدی، امیدواری، خوش بینی) منعکس کننده برخورد و تعامل سازنده و مفید فرد با اطرافیان خصوصا دوستان و همسالان است. آموزش مهارت‌های زندگی سبب می‌شود افراد بسیاری از ویژگی‌های روانی خود و طرف مقابل را درک کنند و با شفافیت بیشتری پی برده و بپذیرند. در فرآیند آموزش مهارت‌ها، بیماران مطلع می‌شوند که بین آن‌ها و دیگران تفاوت‌هایی وجود دارد که باید پذیرفته شود و با این تفاوت‌ها و تمایزات احتمالی در کنار هم به رابطه و دوستی و همنشینی ادامه دهند. آن‌ها به مفهوم همنوایی گروهی دست می‌یابند و در نهایت با کمک یادگیری مهارت‌های زندگی با بوده اختلاف نظرات و همراهی‌های احتمالی، زندگی مسالمت‌آمیزی داشته باشند. به نظر می‌رسد، بیماران مبتلا به دیابت گروه آزمایش در طول زمان دریافت آموزش‌ها به ارزیابی باورها و برداشت‌های ذهنی خود اقدام نموده اند و با کمک این آموزش‌ها، به این آگاهی دست یافته‌اند که می‌توانند موفقیت‌آمیزتر با محیط و دنیای درونی و بیرونی خود انطباق و سازگاری پیدا کنند. آن‌ها در نتیجه دریافت این مهارت‌ها می‌توانند استرس خود را که در هر شرایطی شدید بودن آن مضر و خطرناک است کنترل کنند، خود را بهتر و کامل‌تر بشناسند، مسائل و مشکلات را درک کنند و راه حل‌های مقتضی و سازنده را موقع نیاز اتخاذ کنند. آن‌ها در نهایت دارای شخصیت سالم و سازگار می‌شوند و هدف‌های واقعی و منطقی زندگی را دنبال می‌کنند.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش محدود بودن نمونه مورد بررسی از بیماران مبتلا به دیابت است که این تعداد نمی‌تواند معرف خوب و کافی برای جامعه باشد. بنابراین تعمیم دادن نتایج فقط به جامعه موردنظر منطقی و امکان‌پذیر است، و برای سطوح دیگر باید با رعایت احتیاط این کار را انجام دهیم. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های خود گزارش دهی تهیه شده‌اند که ممکن است سوگیری‌های پاسخ‌دهی در آنان وجود داشته باشد. پیشنهاد می شود از آموزش مهارت های زندگی به منظور افزایش یادگیری مهارت های درست اندیشیدن و قضاوت در مورد بیماری دیابت و مقابله با تفکرات غیرواقع بینانه نسبت به این بیماری کمک گرفت. مشاوران و درمانگران مراکز و کلینیک های دیابت، می توانند از رویکرد درمانی مهارت های زندگی، در گروه های درمانی و کلاس های آموزشی خود جهت بهبود رفتارهای

[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17 ]

اصولی مراقبت، دلسرد نشدن و ادامه دادن درمان و در نتیجه افزایش سلامت جسمی بیماران دیابتی بهره ببرند. همچنین با توجه به یافته های پژوهش انجام شده، خدمات مشاوره در زمینه مشکلات فردی و گروهی یکی از نیازهای ضروری این بیماران است و ارائه خدمات مشاوره باید به طور دائم در دسترس بیماران باشد، همچنین وزارت بهداشت باید به نیاز اساسی بیماران توجه کند و مراکزی را برای ارائه خدمات مشاوره و روانشناختی به بیماران و خانواده‌های آن‌ها اختصاص دهد.

**منابع**

اشرفی، مهناز و منجزی، فرزانه. (۱۳۹۲). اثربخشی مهارت‌های ارتباطی بر میزان پرخاشگری دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه. *پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، دوره ۳، شماره ۱، صص: ۸۱-۹۸.

پیرمردوند چگینی، بهمن؛ زهراکار، کیانوش و ثنایی ذاکر، باقر. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مبتنی بر درمان عقلانی-هیجانی- رفتاری بر استرس زناشویی زوجین مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه بیماری های پستان*، ۱۱ (۴)، ۲۸- ۳۸.

زهراکار، کیانوش. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی درمان عقلانی، هیجانی و رفتاری به شیوه گروهی در کاهش استرس بیماران مبتلا به دیابت. *اولین کنفرانس ملی، روانشناسی و علوم تربیتی، تهران.*

شاه بیک، سروش؛ جورابچی، تقوی؛ روحانی، نیکو؛ محمدی، مرجان و امانی، امید. (۱۳۹۷). اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابرازگری هیجانی و رفتارهای خود مراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *فصلنامه سواد سلامت*، ۳ (۴)، ۲۵-۳۵.

قربانعلی‌پور، م؛ برجعلی، ا؛ سهرابی، ف و فلسفی‌نژاد، م، ر (۱۳۸۹). بررسی تأثیر اضطراب مرگ و سن بر رفتارهای ارتقا بخش سلامتی. *مجله مطالعات علوم پزشکی*، ۲۱(۲)، ۲۸۶-۲۹۲.

متین، حسین و احمدی، صدیقه. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش مهارت های زندگی بر سخت رویی روان شناختی و سلامت معنوی دانش آموزان دختر دوره دوم متوسطه. *فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۴ (۷۵)، ۷۰- ۶۱.

مرادی، حجت اله؛ باصری، احمد و معاون جولا، راضیه. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مهارت های زندگی (حل مساله، تصمیم گیری، تفکر خلاق) بر عزت نفس فرزندان شاهد و ایثارگر شهر تهران. *مجله روانشناسی نظامی*، ۳۱ (۱۴)، ۵۳- ۴۷.

ملک‌شاهی‌بیرانوند،ف؛ خدابخش‌پیرکلانی،ر؛ عامری، ف؛ خسروی، ز؛ (۱۳۹۸). کشف عوامل موثر بر اضطراب مرگ در زنان مبتلا به اختلال وحشت زدگی و راهبردهای مواجه با آن. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*: ۱۷(۴)، ۶۲۴-۶۵۱.

Adu, M. D., Malabu, U. H., Malau-Aduli, A. E., & Malau-Aduli, B. S. (2019). Enablers and barriers to effective diabetes self-management: A multi-national investigation. *PloS one*, *14*(6), e0217771.

Albertyn, R. M., Kapp, C. A., & Groenewald, C. J. (2011). Patterns of empowerment in individuals through the course of a life-skills programme in South Africa. *Studies in the Education of Adults*, *33*(2), 180-200.

[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17 ]

Bairy, S., Rao, M. R., Edla, S. R., Manthena, S. R., & Tatavarti, N. G. D. (2020). Effect of an integrated naturopathy and yoga program on long-term glycemic control in type 2 diabetes mellitus patients: A prospective cohort study. *International Journal of Yoga*, *13*(1), 42

Barnett, M. D., Anderson, E. A., & Marsden, A. D. (2018). Is death anxiety more closely linked with optimism or pessimism among older adults? *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *77*, 169-173

Belmon, A. P., & Auxillia, J. (2023). Music Therapy: A Best Way to Solve Anxiety and Depression in Diabetes Mellitus Patients. In *Advances in Speech and Music Technology* (pp. 237-247). Springer, Cham.

Bitmiş, M. G., & Ergeneli, A. (2015). How psychological capital influences burnout: the mediating role of job insecurity. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, *207*, 363-368.

Burns, R. J., Briner, E., & Schmitz, N. (2022). Trajectories of depressive symptoms and incident diabetes: a prospective study. *Annals of Behavioral Medicine*, *56*(3), 311-316.

Cakir, L., Cakir, S. A., & Enginyurt, O. (2014). Anxiety and depression are binary disrupt diabetic control. *Natl J Med Res*, *4*(4), 279-282.

Christensen, G. T., Maartensson, S., & Osler, M. (2017). The association between depression and mortality -a comparison of survey- and register-based measures of depression. *J Affect Disord*, *210*, 111-124.

Filippini, T., Wise, L. A., & Vinceti, M. (2022). Cadmium exposure and risk of diabetes and prediabetes: a systematic review and dose-response meta-analysis. *Environment International*, *158*, 106920.

Georgiou, K., & Nikolaou, I. (2019). The influence and development of psychological capital in the job search context. *International Journal for Educational and Vocational Guidance*, *19*(3), 391-409.

Goli, Z. S. (2019). The Effectiveness of Life Skills Training on Depression and Anxiety in Patients with Type 2 Diabetes. *International Journal of Medical Investigation*, *8*(2), 76-83.

Guo, Z., Liu, J., Zeng, H., He, G., Ren, X., & Guo, J. (2020). Feasibility and efficacy of nurse-led team management intervention for improving the self-management of type 2 diabetes patients in a Chinese community: a randomized controlled trial. *Patient preference and adherence*, *13*, 1353.

Hargrove, D., Caza, A., & McCarter, M. W. (2019, July). Third-Party Effects of Psychological Capital: Observer Attributions and Responses. In *Academy of Management Proceedings* (Vol. 2019, No. 1, p. 18119). Briarcliff Manor, NY 10510: Academy of Management.

Kaur, H., Scholl, J. C., & Owens-Gary, M. (2022). Depression and Diabetes in Workers Across the Life Span: Addressing the Health of America's Workforce—Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2014–2018. *Diabetes Spectrum*, *35*(2), 198-206.

Khaksari, M., Fathi-Ashtiani, A., Seifi, M., Abolghasemi-Hedeshi, R., Lotfi-Kashani, F., & Helm, F. A. (2019). Life Skills Training Effects on Adjustment and Mental Health in Physical-Motor Disabilities. *The International Journal of Indian Psychology, Volume 7, Issue 1, Version 1*, *1*, 5.

Kim, H. R., & Kim, J. S. (2022, February). Stress, Depression, and Unhealthy Behavior Changes among Patients with Diabetes during COVID-19 in Korea. In *Healthcare* (Vol. 10, No. 2, p. 303). MDPI.

Latvia, R. (2013). Factors of resilience wisdom and self efficacy as positive resources of leaders in sample of latvian. Problem Psychology ,5, 96-107.

[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17 ]

Lee, C. H & Chu, K. K. (2016). Understanding the effect of positive psychological capital on hospitality intern's creativity for role performance. *International Journal of Organizational Innovation (Online)*, *8*(4), 213.

Lindholm-Olinder, A., Fischier, J., Fries, J., Alfonsson, S., Elvingson, V., Eriksson, J. W., & Leksell, J. (2015). A randomised wait-list controlled clinical trial of the effects of acceptance and commitment therapy in patients with type 1 diabetes: a study protocol. *BMC nursing*, *14*(1), 1-5.

Liu, J., Liu, S., Yan, J., Lee, E., & Mayes, L. (2016). The impact of life skills training on behavior problems in left-behind children in rural China: a pilot study. *School Psychology International*, *37*(1), 73-84.

Mangayarkarasi, K., & Sellakumar, G. K. (2017). EFFICACY OF RATIONAL EMOTIVE THERAPY IN THE MANAGEMENT OF DEPRESSION IN HIV INFECTED WOMEN. *International Journal of Education and Psychology in the Community*, *7*(1/2), 41.

Morrison, A. E., Zaccardi, F., Chatterjee, S., Brady, E., Doherty, Y., Robertson, N., & Davies, M. J. (2019). Self-Compassion, Metabolic Control and Health Status in Individuals with Type 2 Diabetes: A UK Observational Study. *Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes*.

Nasheeda, A., Abdullah, H. B., Krauss, S. E., & Ahmed, N. B. (2019). A narrative systematic review of life skills education: effectiveness, research gaps and priorities. *International Journal of Adolescence and Youth*, *24*(3), 362-379.

Newman, A., Nielsen, I., Smyth, R., & Hirst, G. (2018). Mediating role of Psychological capital in the relationship between social support and wellbeing of refugees. *International Migration*, *56*(2), 117-132.

Nguyen, H. D., Oh, H., & Kim, M. S. (2022). Higher intakes of nutrients are linked with a lower risk of cardiovascular diseases, type 2 diabetes mellitus, arthritis, and depression among Korean adults. *Nutrition Research*, *100*, 19-32.

Okech, D. O. (2015). Implications of life skills education on character development in children: A case of hill school.

Peleg, O. (2022). The relationship between type 2 diabetes, differentiation of self, and emotional distress: Jews and Arabs in Israel. *Nutrients*, *14*(1), 39.

Ramaswamy, S., & Seshadri, S. (2019). Community-based interventions for adolescent psychosexual health: the use of life skills training approaches in sexuality education. *Journal of Psychosexual Health*, *1*(3-4), 250-256.

Ren, X., Wang, Z., & Guo, C. (2022). Long-term glycemic variability and risk of stroke in patients with diabetes: a meta-analysis. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, *14*(1), 1-11.

Rosen, G. M., & Lilienfeld, S. O. (2016). On the failure of psychology to advance self-help: Acceptance and commitment therapy (ACT) as a case example. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *46*(2), 71-77.

Ryan, A. M. & Shin, S. (2014). *The Effectiveness of life skill training on Social adjustment in Children*. University of Illinois, urbana-champaign

Sartorius, N. (2022). Depression and diabetes. *Dialogues in clinical neuroscience*.

Wu, C. M., & Chen, T. J. (2018). Collective psychological capital: Linking shared leadership, organizational commitment, and creativity. *International Journal of Hospitality Management*, *74*, 75-84.

[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17 ]

Xiang, X., Leggett, A., Himle, J. A & Kales, H. C. (2018). Major depression and subthreshold depression among older adults receiving home care. *Am Journal of Geriatr Psychiatry, 26*(9), 939-949.

[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17 ]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۱۵، شماره ۱۹، زمستان سال ۱۴۰۱

# The Effectiveness of Life Skills Training on Psychological Helplessness and Improving the Psychological Capital of Patients with Diabetes in Gilan Province

**Maria Ghadiri Niari[1], Mohsen Moshkbid Haghighi[2]**

**Abstract**

The aim of the present study was to investigate the effectiveness of life skills training on psychological helplessness and improving the psychological capital of patients with diabetes in Gilan province in 1400. The method used in this research in terms of practical purpose and in terms of data collection was quasi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group and random assignment of subjects. The statistical population included all female patients with type 2 diabetes who had a file in Simorgh Diabetes Clinic, Gilan, using the available and targeted sampling method, the number of 30 patients with diabetes in two experimental (15 people) and control (15 people) groups ) was considered as the sample size. The experimental group received life skills training for 9 sessions and the control group did not receive any treatment. In order to collect information, psychological helplessness questionnaire (Bond, 1995) and psychological capital questionnaire (McGee, 2011) were used. In order to measure the reliability of the questionnaire, Cronbach's alpha coefficient was used and the value of this coefficient was found to be above 0.7 for both questionnaires. Also, in order to measure validity, content validity was used, and for this purpose, the questionnaire was approved by the relevant experts. The analysis of the information obtained from the implementation of questionnaires was done through SPSS software in two descriptive and inferential parts (analysis of covariance). The findings showed that life skills training reduced the psychological helplessness of patients with diabetes. Also, based on the results of the findings, life skills training increased psychological capital and its components in patients with diabetes. Therefore, it seems that life skills training can reduce the psychological helplessness of patients and provide effective techniques to increase psychological capital.

**Keywords**: psychological helplessness, psychological capital, life skills, diabetes

[1] Master of General Psychology, Koshyar Institute of Higher Education, Rasht, Iran (corresponding author)
[2] Assistant Professor, Department of Psychology, Koshyar Institute of Higher Education, Rasht, Iran

[ Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17 ]