

Laughter Therapy on Self-Compassion and Hyperglycemia in the Elderly with Type 2 Diabetes

Ahmadi Z¹, *Bazzazian S², Tajeri B³, Rajab A⁴

Author Address

1. Department of Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran;
2. Associate Professor, Department of Psychology, West Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Alborz, Iran;
4. Pediatrician, Head of Iranian Diabetes Association, Tehran, Iran.

*Corresponding Author Email: shazzazian@gmail.com

Received: 2019 December 9; Accepted: 2020 January 14

Abstract

Background & Objectives: The elderly population is increasing due to important reasons, like decreased mortality rate resulting from advances in medical sciences, health, and education, and subsequently increased life expectancy globally. Aging is associated with various biopsychosocial aspects. The prevalence of non-communicable diseases, like diabetes, increases with age and reaches its maximum in the elderly. Diabetes is among the most prevalent metabolic disorders, especially in the elderly. Diabetes has debilitating and dangerous effects on the vital organs of the body. Moreover, due to deficiency in insulin secretion, blood glucose levels of the patient are significantly increased; the most frequent symptom of diabetes is glucose intolerance or hyperglycemia. Accordingly, the patient encounters short- and long-term complications of diabetes. One of such problems in the elderly is the odds of the occurrence of another concomitant disease that complicates blood glucose level control. The current study aimed to evaluate the effectiveness of laughter therapy on self-compassion and hypoglycemia in the elderly with type 2 diabetes.

Methods: This was a quasi-experimental research with a pretest-posttest, follow-up, and a control group design. The statistical population of the study consisted of 60- to 75-year-old patients with type 2 diabetes, referring to the Iranian Diabetes Association treatment centers in Tehran City, Iran, in 2019. The study participants were voluntarily selected, 36 of whom were randomly divided into two groups (laughter therapy=18; control group=18). The criterion for the selection of sample size was an effect size of 0.25, alpha of 0.05, and power of 0.80 in both study groups. The minimum sample size was 18 per group. The study participants were selected from three treatment centers, and 15 were chosen from each center. The required data were obtained by the Self-Compassion Scale (SCS, Neff, 2003) and glycated hemoglobin test (HbA1c). The experimental group received 8 sessions of laughter therapy, and no intervention was provided to the control group. The follow-up test was performed two months after the end of the training period. The inclusion criteria were ≥ 1 year of type 2 diabetes according to a physician's approval, hemoglobin A1c level of $\geq 6\%$, minimum high-school diploma education, moderate socioeconomic status, receiving no concurrent psychological treatment, no acute or chronic medical illnesses, such as epilepsy, skeletal diseases, cardiovascular failure, etc. which could cause problems in blood sampling and attending meetings, no severe mental illnesses, such as psychotic disorders and sensory impairment, no current use of psychotropic drugs or substance abuse, as well as no severe diabetes complications (e.g., nausea, & undergoing kidney dialysis, etc.) that could lead to hospitalization. Absence from >2 therapeutic sessions and the occurrence of major stress due to unpredicted events were also considered as the exclusion criteria. The acquired data were analyzed by repeated-measures Analysis of Variance (ANOVA) at the significance level of $p < 0.05$ in SPSS.

Results: The obtained results revealed that laughter therapy increased self-compassion ($p < 0.001$) and reduced blood glucose level ($p < 0.001$) in the posttest phase; the treatment effects retained after two months ($p < 0.001$). The posttest scores of the self-compassion components in the experimental group were relatively higher than those of the pretest stage. In other words, the intervention significantly improved compassion variables in the experimental group. The relevant findings also indicated that the self-compassion scores of the follow-up phase significantly increased in the experimental group, and blood glucose levels significantly decreased in the experimental group.

Conclusion: The present study evaluated the effectiveness of laughter therapy on self-compassion and hypoglycemia in elderly patients with type 2 diabetes. The collected results demonstrated that laughter therapy could improve the study subjects' compassion and blood glucose level. Thus, laughter therapy is effective on self-compassion and hypoglycemia in elderly patients with type 2 diabetes and could be used by clinicians to improve the health status of patients with diabetes.

Keywords: Laughter therapy, Self-compassion, Blood glucose, Elderly, Type 2 diabetes.

اثربخشی خنده درمانی بر شفقت به خود و کاهش قند خون بیماران سالمند مبتلا به دیابت نوع دو

زری احمدی^۱، *سعیده بزازیان^۲، بیوک تاجری^۳، اسداله رجب^۴

توضیحات نویسندگان

۱. گروه روان شناسی، واحد بین المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران؛

۲. دانشیار، گروه روان شناسی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛

۳. استادیار، گروه روان شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، البرز، ایران؛

۴. متخصص اطفال- دیابت، رئیس انجمن دیابت ایران، تهران، ایران.

*رأبانا نامه نویسنده مسئول: sbazzazian@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۸ آذر ۱۳۹۸؛ تاریخ پذیرش: ۲۴ دی ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: یکی از مشکلات دیابت در افراد مسن، احتمال ابتلا به بیماری دیگر هم زمانی است که کنترل قند خون را مشکل تر می سازد. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی خنده درمانی بر شفقت به خود و کاهش قند خون بیماران سالمند مبتلا به دیابت نوع دو بود.

روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی و طرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل بیماران سالمند مبتلا به دیابت نوع دو، مراجعه کننده به مراکز درمانی تحت پوشش انجمن دیابت ایران در شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بودند. این افراد به صورت داوطلبانه انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه خنده درمانی (n=۱۸) و گواه (n=۱۸) جایگزین شدند. داده ها با استفاده از پرسشنامه شفقت به خود (نف، ۲۰۰۳) و آزمایش هموگلوبین گلیکوزیله (HbA1c) به دست آمد. گروه آزمایش در هشت جلسه تحت آموزش خنده درمانی قرار گرفت و گروه گواه هیچ مداخله ای دریافت نکرد. آزمون پیگیری دو ماه پس از پایان دوره آموزشی مجدداً انجام شد. داده ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر (در سطح معناداری ۰/۰۵) و با بهره گیری از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که خنده درمانی باعث افزایش شفقت به خود ($p<0/001$) و کاهش میزان قند خون ($p<0/001$) در مرحله پس آزمون شده و ماندگاری اثر درمان بعد از دو ماه حفظ شده است ($p<0/001$).

نتیجه گیری: براساس یافته های این پژوهش می توان گفت که خنده درمانی بر شفقت به خود و کاهش قند خون بیماران سالمند مبتلا به دیابت نوع دو مؤثر است و می توان از آن برای بهبود وضعیت مبتلایان به دیابت استفاده کرد.

کلیدواژه ها: خنده درمانی، شفقت به خود، قند خون، سالمندان، دیابت نوع دو.

جمعیت سالمندان به دلایل مهمی از جمله کاهش میزان مرگومیر ناشی از پیشرفت‌های علوم پزشکی، بهداشت، آموزش و پرورش و در نتیجه افزایش امید به زندگی و طول عمر در تمامی کشورهای جهان رو به افزایش است (۱). هر سال ۱/۷ درصد به جمعیت جهان افزوده می‌شود؛ در حالی که رشد جمعیت ۶۵ سال و بیشتر ۲/۵ درصد است. این فاصله، ترکیب سنی جهان را به سوی سالمندشدن سوق می‌دهد (۲). سالمندی پدیده‌ای است که با جنبه‌های زیستی و روانی و اجتماعی مختلفی همراه است (۳). شیوع بیماری‌های غیرواگیر مانند دیابت با گذشت سن در افراد افزایش یافته و در سالمندان به حداکثر میزان خود می‌رسد (۴). دیابت از اختلالات متابولیکی بسیار شایع به‌ویژه در افراد مسن است که عوارض ناتوان‌کننده و خطرناکی بر هریک از دستگاه‌های حیاتی بدن بر جا می‌گذارد و در این بیماری به علت نقص در ترشح انسولین، مقدار قند خون فرد به میزان زیادی افزایش می‌یابد که علائم معمولی تر آن، عدم تحمل گلوکز یا ازدیاد قند خون است؛ به همین دلیل، فرد به عوارض کوتاه و بلندمدت دیابت مبتلا می‌شود (۵).

حجم مسائل رفتاری و روانی در کشورهای در حال توسعه رو به زیاد است و این افزایش می‌تواند با مسائل متعددی از جمله کاهش شفقت به خود در سالمندان همراه باشد (۶). شفقت به خود، مفهومی جدید در حوزه روان‌شناسی شخصیت است. مؤلفه‌های شفقت به خود شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود و اشتراکات انسانی در برابر انزوا و ذهن‌آگاهی در مقابل همانندسازی فزاینده است. مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، به معنای توجه و درک خویش به جای قضاوت یا انتقاد از کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود و صبر و خیرخواهی در مقابل خویش به‌ویژه در زمان دشواری‌ها است (۷). اشتراکات انسانی در مقابل انزوا به حسی اشاره دارد که انسان‌ها را به هم متصل می‌کند و اعتراف به اینکه انسان‌ها نقص دارند و هیچ انسانی کامل نیست و همه دچار رنج و اشتباه می‌شوند. ذهن‌آگاهی در مقابل همانندسازی فزاینده نیز شامل نگه داشتن درد و رنج در تجربه آگاهی فرد است و اینکه رنج و درد وجود دارد و فرد سعی در انکار کردن یا فاصله گرفتن از آن‌ها نمی‌کند. ترکیب این سه مؤلفه مرتبط، مشخصه فردی است که شفقت به خود دارد (۷). از آنجاکه مفهوم شفقت به خود در یک دهه گذشته وارد ادبیات پژوهشی روان‌شناسی شده است، شواهد فراوانی در ارتباط با نقش شفقت به خود بر سلامت روان و مشکلات روان‌شناختی وجود ندارد؛ اما پژوهش‌ها در این زمینه روزبه‌روز در حال گسترش است (۸). در پژوهش‌های مختلف، ارتباط مثبت معناداری بین شفقت به خود با بهزیستی و شادکامی (۹)، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (۱۰)، سلامت روان (۱۱) و رابطه منفی با اضطراب و افسردگی و استرس (۱۲) نشان داده شده است.

یکی از روش‌های غیردرمانی و مکمل برای افزایش امید که توسط کاتاریا رواج پیدا کرده، یوگای خنده است (۱۳). تمرین‌های یوگای خنده، درمانی واحد با تمرکز بر شوخی و خنده است که با راه‌های مختلفی برای هر فرد به کار می‌رود (۱۴). این روش باعث کاهش تنش‌های فیزیکی و افزایش سطح سلامت و قدرت تطابق فرد می‌شود

(۱۵). افزایش اعتماد به نفس، خوش‌بینی، برون‌گرایی، امیدواری به آینده و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان، از جمله دگرگونی‌هایی است که در پس عمل ساده خندیدن پدیدار می‌شود (۱۶). تحقیقات پیشین نشان دادند که خنده با تنظیم سیستم ایمنی، موجب کاهش تنش و اختلالات خواب، تنظیم فشارخون، کاهش درد و افزایش کیفیت زندگی به‌خصوص در افراد مبتلا به سرطان پستان که مستعد ابتلا به افسردگی و اضطراب بوده، می‌گردد (۱۷). پزشکان استرالیایی در تحقیقی تحت عنوان لب‌خند در ۳۵ مرکز مراقبت از سالمندان استرالیایی دریافتند که خنده درمانی به اندازه داروهای پرمصرف روان‌پریشی در کنترل اضطراب و ناآرامی در بیماران سالمند مبتلا به زوال عقل مؤثر است و در عین حال از عوارض جانبی خطرناک داروها جلوگیری می‌کند (۱۸). همچنین نتایج پژوهش معماریان و همکاران (۱۹)، هاتزیپاپاس و همکاران (۲۰)، شهیدی و همکاران (۲۱) و کیم و همکاران (۲۲) به‌طور کلی نشان داد که خنده درمانی یا یوگای خنده منجر به بهبود اضطراب، افسردگی، کیفیت خواب، عزت نفس و تغییر خلق می‌شود. نتایج پژوهش مالی و اکینار (۲۳)، چانگ و همکاران (۲۴)، فلکنبرگ و همکاران (۲۵) و ویکسل و همکاران (۲۶) نیز حاکی از تأثیر یوگای خنده بر سطح درد و افسردگی و کیفیت زندگی بوده است.

همچنین دانبر و همکاران (۲۷) دریافتند که توجه به برنامه‌های کم‌دیی افزایش سطوح تحمل درد را نشان داده است؛ بنابراین خنده درمانی به دلیل تأثیرات مثبت بر ادراک درد و امیدواری سالمندان می‌تواند منجر به افزایش طول عمر و بهزیستی آنان شود (۲۸، ۲۹). باتوجه به افزایش تعداد بیماران مبتلا به دیابت و مشکلات عمده در زمینه نحوه شفقت به خود و شیوه کاهش قند خون سالمندان مبتلا به دیابت، به نظر می‌رسد که بسیاری از این سالمندان دارای شناخت و مهارت کافی برای مدیریت صحیح چنین مشکلاتی نیستند. در صورت آموزش صحیح خنده درمانی به سالمندان مبتلا به دیابت می‌توان چنین مشکلاتی را کاهش داد. نوآوری مطالعه حاضر از این جهت بوده که پژوهشی در زمینه اثربخشی خنده درمانی گروهی بر شفقت به خود و کاهش قند خون بیماران سالمند مبتلا به دیابت نوع دو انجام نشده است؛ بنابراین مطالعه و پژوهش در بیماران مبتلا به دیابت از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است؛ چراکه موجب افزایش آگاهی از این بیماران شده و می‌تواند در پیشگیری از مشکلات سلامت روانی و جسمی آن‌ها و نیز ایجاد برنامه‌هایی برای کمک به آنان در این زمینه مؤثر باشد؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی خنده درمانی بر شفقت به خود و کاهش قند خون بیماران سالمند مبتلا به دیابت نوع دو بود.

۲ روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی و طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل بیماران سالمند مبتلا به دیابت نوع دو، مراجعه‌کننده به مراکز درمانی تحت پوشش انجمن دیابت ایران در شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بود. حجم نمونه برای هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد. باتوجه به شرایط خاص

آزمودنی‌ها و احتمال زیاد ریزش، سه نفر به هر گروه اضافه شد و حجم نمونه اولیه هر گروه ۱۸ نفر گردید. ملاک انتخاب تعداد افراد نمونه براساس اندازه اثر ۰/۲۵ و آلفای ۰/۰۵ و توان ۰/۸۰ در دو گروه، حداقل تعداد نمونه برای دستیابی به توان مدنظر، ۱۸ نفر در هر گروه جمعاً ۳۶ نفر به دست آمد. شرکت‌کنندگان از سه مرکز و از هر مرکز ۱۵ نفر انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری به صورت داوطلبانه بود و افراد پس از انتخاب به طور تصادفی در دو گروه خنده درمانی ($n=18$) و گواه ($n=18$) جایگزین شدند. معیارهای ورود عبارت بود از: طول مدت ابتلا به دیابت نوع دو با تأیید پزشک به مدت حداقل یک سال؛ سطح هموگلوبین A1c بیشتر از شش درصد؛ داشتن حداقل تحصیلات دیپلم؛ موقعیت اقتصادی اجتماعی متوسط؛ دریافت نکردن درمان‌های روان‌شناختی دیگر؛ مبتلانی بودن به بیماری طبعی حاد یا مزمن مانند صرع، بیماری‌های اسکلتی، نارسایی‌های قلبی و تنفسی و... که مشکلاتی را در نمونه‌گیری خون و شرکت در جلسات ایجاد کند؛ مبتلانی بودن به بیماری‌های شدید روانی مانند اختلالات سایکوتیک و اختلال حواس؛ مصرف نکردن داروهای روان‌گردان یا سوءمصرف مواد در حال حاضر؛ مبتلانی بودن به عوارض شدید دیابت (مانند نارسایی کلیوی و استفاده از دیالیز و...) که منجر به بستری در بیمارستان گردد. غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی و بروز استرس‌های بزرگ ناشی از حوادث پیش‌بینی نشده نیز به عنوان معیارهای خروج از پژوهش در نظر گرفته شد.

ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به شرح ذیل بود: تمامی افراد به صورت کتبی اطلاعاتی درباره پژوهش دریافت کرده و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت نمودند؛ این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد؛ به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد؛ پس از پایان پژوهش، برای افراد حاضر در گروه گواه درمان مؤثرتر اجرا شد.

– مقیاس شفقت – خود^۱ (۲۰۰۳) (SCS): این مقیاس ۲۶ سؤال دارد که توسط نف در سال ۲۰۰۳ برای سنجش میزان خودشفقت‌ورزی ساخته شد. دارای شش خرده‌مقیاس مهربانی به خود (پنج سؤال)، قضاوت درباره خود (پنج سؤال)، اشتراکات انسانی (چهار سؤال)، انزوا (چهار سؤال)، ذهن آگاهی (چهار سؤال) و همانندسازی افراطی (چهار سؤال) است که کیفیت رابطه فرد را با تجارب خود می‌سنجد. سؤال‌های این ابزار در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از تقریباً هیچ‌گاه= صفر تا تقریباً همیشه= چهار مرتب شده است. سؤال‌های خرده‌مقیاس‌های قضاوت درباره خود و انزوا و همانندسازی افراطی به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. ضرایب پایایی آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۲ و برای خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۷۵ تا ۰/۸۱ و ضریب پایایی بازآزمایی (به فاصله دو هفته) ۰/۹۳ گزارش شده است (۳۰). در تحقیق دیگر، نف و همکاران (۳۱) این مقیاس را در کشورهای تایلند و تایوان و آمریکا تحت آزمون قرار دادند و ضرایب آلفای کرونباخ را برای هر کدام از کشورها به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۹۵ و ۰/۸۶ به دست

آوردند. همچنین ضرایب پایایی آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های اشتراکات انسانی و ذهن آگاهی ۰/۷۱، مهربانی با خود ۰/۷۵، انزوا ۰/۷۲ و همانندسازی افراطی ۰/۶۵ و ضریب همبستگی این مقیاس و مقیاس عزت نفس ۰/۲۲ گزارش شده است (۳۱). ضریب پایایی آلفای کرونباخ نسخه فارسی مقیاس شفقت خود ۰/۸۶ و روایی آن ۰/۷۹ به دست آمد (۳۲).

– آزمایش هموگلوبین گلیکوزیله (ایوان‌سی) (HbA1c): این روش، شیوه استاندارد ارزیابی و کنترل درازمدت قند خون است. هنگامی که سطح گلوکز پلاسما به طور ثابت افزایش می‌یابد، اتصال غیرآنزیمی گلوکز به این هموگلوبین نیز بیشتر می‌شود. این تغییر نمایانگر چگونگی تغییر میزان گلوکز خون طی ۳ تا ۲ ماه گذشته است؛ زیرا عمر متوسط اریتروسیت‌ها ۱۲۰ روز است (۳۰)؛ بنابراین اثربخشی درمان و کنترل قند خون با کاهش HbA1c همراه خواهد بود. اندازه‌گیری قند خون روزانه در پایان جلسات درمانی با دستگاه تست قند خون توسط مربی و در گروه گواه توسط شخص انجام شد.

جلسات خنده درمانی به کاررفته در این پژوهش از خنده درمانی کاتاریا گرفته شد (۳۳). روند جلسات به شرح زیر بود: ۱. درحالی که افراد دست‌های خود را صاف بالا نگه داشتند تنفس عمیق را تمرین کردند؛ ۲. سپس شرکت‌کنندگان تمرین هو-ها-ها کرده و دست‌های خود را خم کردند و کف زدند؛ ۳. افراد نرمش انجام دادند؛ ۴. یک تکنیک ایجاد خنده در هر جلسه انجام پذیرفت و در پایان شعار گروه بیان شد. تغییرات اعمال شده توسط پژوهشگر شامل حذف تکنیک‌هایی مثل خنده شیر، شیرقهوه، خنده تاب و خنده سلام هندی بود که در فرهنگ هندی رایج است.

پیش از شروع جلسات و با اخذ رضایت آگاهانه، آزمایش هموگلوبین گلیکوزیله انجام شد. هر دو گروه پرسشنامه شفقت خود را نیز تکمیل کردند. سپس گروه خنده درمانی به مدت هشت جلسه به صورت هفتگی (طبق جدول ۱) در مراکز درمانی تحت پوشش انجمن دیابت شهر تهران، آموزش دریافت کرد. در پایان جلسات تست قند خون برای شرکت‌کنندگان دو گروه انجام شد و آزمودنی‌های گروه گواه نیز گزارش تست قند خون خود را یادداشت کردند. پس از پایان جلسات و در جلسه نهم افراد هر دو گروه مجدداً پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کرده و آزمایش A1c نیز انجام شد. جهت پیگیری و بررسی پایداری تأثیر روش‌های درمانی، تکمیل پرسشنامه‌ها و آزمایش A1c دو ماه پس از پایان دوره آموزشی مجدداً صورت گرفت.

جداول و نمودارهای فراوانی و همچنین شاخص‌های مرکزی و شاخص‌های پراکندگی مانند میانگین و انحراف معیار به کار رفت. در راستای تحلیل استنباطی از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر^۲ و آزمون تعقیبی بونفرونی و سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد. همچنین قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، جهت رعایت پیش‌فرض‌ها، نتایج آزمون‌های ام‌باکس و کرویت‌موجلی و لون بررسی شد. تحلیل‌های مذکور با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام پذیرفت.

^۲ repeated measure

^۱ Self-compassion Scale

جدول ۱. جلسات خنده‌درمانی

جلسات	شرح
اول	معرفی خود به عنوان مشاور، شرح برنامه مبتنی بر تشکیل گروه، بیان قوانین مربوط به گروه شامل سعی برای حضور در تمام جلسات و معرفی اعضا توسط خود با اسم یا هر چیز دیگری طبق میل خودشان جهت اطلاع گروه، تعریف خنده و بیان مزایای آن در حفظ سلامت جسمانی و روانی و ضرورت وجودش در برنامه روزانه به عنوان امری مهم، آموزش تنفس عمیق و بالابردن دست‌ها و گفتن هو ها ها ها.
دوم	۱. سلام و احوالپرسی با اعضای گروه، گرفتن بازخورد احساسی از اعضای گروه و دادن فرصت به آن‌ها برای احوالپرسی یا گفت‌وگو با یکدیگر؛ ۲. انجام تنفس عمیق، بالابردن دست‌ها و گفتن هو ها ها ها، تعیین شعاری برای گروه: من می‌توانم شادترین آدم روی زمین باشم. تکرار فعالیت‌های این جلسه تا جلسه هشتم و اضافه شدن دو فعالیت جدید.
سوم	آموزش فعال کردن کودک درون، خندیدن بدون دلیل و بیان احساس، دست‌زدن و خندیدن و به یکدیگر نگاه کردن، تکلیف: روبه‌روی آینه ایستادن و به مدت دو دقیقه خندیدن.
چهارم	کشیدن کاریکاتور خود، خندیدن به آن، نشان دادن به سایر اعضا و خندیدن اعضا با یکدیگر، تکلیف: تهیه نوار خنده پشت سرهم از اعضای خانواده، پخش نوار و گوش دادن و خندیدن.
پنجم	بازکردن دست‌های اعضا توسط خودشان، سعی کردن جهت گرفتن دست‌های یکدیگر، نگاه کردن به همدیگر و لبخند زدن و بیان کردن احساس خود، تکلیف: تهیه دفترچه کوچک و نوشتن بخش‌های شادی بخش روزانه و جک یا فکاهی در آن.
ششم	گفتن لطیفه و معما و خندیدن اعضا باهم، تکلیف: تماشای فیلم‌های کمدی و فکاهی و دقت در احساس بعد از آن.
هفتم	تقلید از گفته‌ها و صداها و حرکات‌های شخصیت‌های کمدی و فکاهی از طرف اعضا و خندیدن باهم، تکلیف: ارسال پیامک‌های فکاهی و خنده‌دار برای دوستان و آشنایان.
هشتم	صحبت درباره ارتباط با افراد خوش‌بین و بذله‌گو، صحبت درباره سفر و گردش و شرکت در جشن و سرور، بحث درباره به‌کارگیری مهارت‌های آموخته شده در موقعیت‌های تنیدگی‌زا در زندگی، انجام تکنیک‌های گروهی خنده، تشکر و قدردانی از اعضای گروه و ختم جلسه.

۳ یافته‌ها

در مجموع ۳۶ نفر شرکت‌کننده (۱۸ نفر در گروه خنده‌درمانی، ۱۸ نفر نمونه و همچنین جدول فراوانی و درصد بود که برای تمامی متغیرهای در گروه گواه) در این پژوهش حضور داشتند. یافته‌های توصیفی شامل شاخص‌های آماری مانند میانگین و انحراف معیار و تعداد آزمودنی‌های

جدول ۲. توزیع فراوانی و مقایسه مشخصات جمعیت‌شناختی واحدهای پژوهش

متغیرهای جمعیت‌شناختی	مقدار احتمال	خنده‌درمانی		گواه	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
جنسیت	زن	۹	۵۰/۰	۹	۵۰/۰
	مرد	۹	۵۰/۰	۹	۵۰/۰
	کمتر از دیپلم	۴	۲۲/۲	۲	۱۱/۱
تحصیلات	دیپلم و فوق دیپلم	۱۱	۶۱/۱	۷	۳۸/۹
	کارشناسی	۳	۱۶/۷	۶	۳۳/۳
	کارشناسی ارشد	۰	۰/۰	۳	۱۶/۷

باتوجه به مقادیر احتمال ارائه شده در جدول ۲ می‌توان نتیجه گرفت که توزیع جنسیت و سطح تحصیلات در دو گروه بررسی شده یکسان است. آزمون ام‌باکس برای هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود؛ بنابراین شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس به‌درستی

رعایت شد. همچنین معنادار نبودن هیچ یک از متغیرها در آزمون لوین نشان داد که شرط برابری واریانس‌های بین‌گروهی رعایت شده و میزان واریانس خطای متغیرهای وابسته در دو گروه مساوی است. در نهایت جدول ۳. میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری متغیر شفقت خود به‌تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مهربانی با خود	آزمایش	۱۵/۱۱	۲/۴۷	۱۸/۰۵	۲/۴۳	۱۸/۲۷	۲/۳۷
	گواه	۱۵/۳۸	۲/۵۹	۱۵/۹۴	۲/۷۳	۱۶/۰۰	۲/۷۶
قضاوت درباره خود	آزمایش	۱۵/۱۱	۲/۲۱	۱۷/۸۳	۲/۲۲	۱۸/۰۵	۲/۲۰
	گواه	۱۶/۱۶	۲/۴۵	۱۶/۷۷	۲/۷۳	۱۶/۹۴	۲/۶۴
اشتراکات انسانی	آزمایش	۱۴/۳۸	۱/۴۱	۱۷/۰۵	۱/۴۷	۱۷/۵۰	۱/۳۸
	گواه	۱۴/۹۴	۱/۳۰	۱۵/۵۵	۱/۶۱	۱۵/۷۷	۱/۵۹
انزوا	آزمایش	۱۴/۶۶	۱/۲۴	۱۷/۱۱	۱/۴۰	۱۷/۵۰	۱/۲۴
	گواه	۱۴/۰۰	۱/۵۳	۱۴/۴۴	۱/۲۴	۱۴/۸۸	۱/۲۷
ذهن‌آگاهی	آزمایش	۱۳/۶۶	۰/۷۶	۱۶/۵۰	۰/۹۸	۱۷/۱۶	۱/۲۴
	گواه	۱۴/۴۴	۱/۲۴	۱۴/۸۸	۱/۲۷	۱۵/۰۵	۱/۳۴
هماندسازی افراطی	آزمایش	۱۴/۶۶	۱/۶۰	۱۷/۱۱	۱/۵۲	۱۷/۶۱	۱/۴۶
	گواه	۱۴/۶۶	۱/۰۸	۱۵/۲۲	۱/۳۵	۱۵/۵۰	۱/۳۸
شفقت خود	آزمایش	۶۷/۵۰	۵/۲۱	۸۵/۸۳	۶/۲۷	۸۶/۲۷	۶/۱۸
	گواه	۶۷/۱۶	۶/۳۷	۶۷/۷۷	۶/۲۶	۶۸	۶/۴۵
قند خون	آزمایش	۷/۳۵	۱/۶۳	۶/۴۶	۱/۰۱	۶/۳۵	۰/۹۶
	گواه	۷/۱۶	۰/۸۴	۷/۱۱	۰/۸۵	۷/۱۱	۰/۸۵

جدول ۴. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری زیرمقیاس‌های شفقت به خود در گروه‌های آزمایش و گواه

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال
مهربانی به خود	زمان	۷۹/۷۹	۲	۴۹/۹۲	۱۶۸/۷۸	<۰/۰۰۱
	زمان*گروه	۳۶/۷۹	۱	۲۳/۰۲	۷۷/۸۳	<۰/۰۰۱
	خطا	۱۶/۰۷	۵۴/۳۴	۰/۲۹		
	گروه	۵۰/۷۰	۱	۵۰/۷۰	۲/۶۳	۰/۱۱۲
قضاوت درباره خود	خطا	۶۵۵/۴۸	۳۴	۱۹/۲۷		
	زمان	۷۵/۳۵	۲	۵۶/۲۸	۱۶۸/۷۱	<۰/۰۰۱
	زمان*گروه	۲۷/۴۶	۱	۲۰/۵۱	۶۱/۴۹	<۰/۰۰۱
	خطا	۱۵/۱۸	۴۵/۵۱	۰/۳۳		
اشتراکات انسانی	گروه	۳/۷۰	۱	۳/۷۰	۰/۲۱	۰/۶۴۸
	خطا	۵۸۴/۵۹	۳۴	۱۷/۱۹		
	زمان	۸۰/۲۴	۲	۵۵/۶۷	۱۷۰/۱۱	<۰/۰۰۱
	زمان*گروه	۲۸/۳۸	۱	۱۹/۳۴	۶۰/۱۸	<۰/۰۰۱
انزوا	خطا	۱۶/۰۳	۴۹/۹۰	۰/۳۲		
	گروه	۲۱/۳۳	۱	۲۱/۳۳	۳/۵۵	۰/۰۶۹
	خطا	۲۰۴/۱۸	۳۴	۶/۰۰		
	زمان	۸۰/۵۷	۲	۵۵/۰۵	۱۷۹/۰۹	<۰/۰۰۱
	زمان*گروه	۴۲/۱۳	۱	۲۸/۷۸	۹۳/۶۴	<۰/۰۰۱

خطا	۱۵/۲۹	۴۹/۷۶	۰/۳۰	گروه	۱۰۰/۱۴	۱۶/۶۶	<۰/۰۰۱
	۲۰۴/۳۷	۳۴	۶/۰۱		۱۰۰/۱۴	۱۶/۶۶	<۰/۰۰۱
	خطا	خطا	خطا		خطا	خطا	خطا
زمان	۸۵/۰۱	۲	۴۹/۹۷	زمان*گروه	۱۳۵/۰۲	۱۳۵/۰۲	<۰/۰۰۱
	۴۲/۹۰	۱	۲۵/۲۲		۶۸/۱۴	۶۸/۱۴	<۰/۰۰۱
	خطا	خطا	خطا		خطا	خطا	خطا
خطا	۲۱/۴۰	۵۷/۸۴	۰/۳۷	گروه	۷/۵۷	۷/۵۷	<۰/۰۰۹
	۲۶	۱	۲۶		۲۶	۲۶	<۰/۰۰۹
	خطا	خطا	خطا		خطا	خطا	خطا
زمان	۷۱/۶۳	۲	۴۶/۸۷	زمان*گروه	۱۳۴/۱۹	۱۳۴/۱۹	<۰/۰۰۱
	۲۴/۲۲	۱	۱۵/۸۵		۴۵/۳۸	۴۵/۳۸	<۰/۰۰۱
	خطا	خطا	خطا		خطا	خطا	خطا
خطا	۱۸/۱۴	۵۱/۹۵	۰/۳۴	گروه	۸/۷۹	۸/۷۹	<۰/۰۰۵
	۴۸	۱	۴۸		۴۸	۴۸	<۰/۰۰۵
	خطا	خطا	خطا		خطا	خطا	خطا
زمان	۲۲۳۱/۷۹	۲	۱۹۷۶/۰۵	زمان*گروه	۳۱۸/۱۸	۳۱۸/۱۸	<۰/۰۰۱
	۱۹۰۸/۳۸	۱	۱۶۸۹/۷۰		۲۷۲/۰۷	۲۷۲/۰۷	<۰/۰۰۱
	خطا	خطا	خطا		خطا	خطا	خطا
خطا	۲۳۸/۴۱	۳۸/۴۰	۶/۲۱	گروه	۳۸/۰۱	۳۸/۰۱	<۰/۰۰۱
	۴۰۳۳/۳۳	۱	۴۰۳۳/۳۳		۴۰۳۳/۳۳	۴۰۳۳/۳۳	<۰/۰۰۱
	خطا	خطا	خطا		خطا	خطا	خطا
زمان	۶/۰۱	۲	۵/۸۲	زمان*گروه	۱۷/۵۹	۱۷/۵۹	<۰/۰۰۱
	۴/۸۳	۱	۴/۶۷		۱۴/۱۳	۱۴/۱۳	<۰/۰۰۱
	خطا	خطا	خطا		خطا	خطا	خطا
خطا	۱۱/۶۲	۳۵/۱۱	۰/۳۳	گروه	۱/۴۸	۱/۴۸	۰/۲۳۸
	۴/۵۶	۱	۴/۵۶		۴/۵۶	۴/۵۶	۰/۲۳۸
	خطا	خطا	خطا		خطا	خطا	خطا

نتایج جدول ۴ باتوجه به معناداربودن اثر مرحله، حاکی از آن است که بین میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری نمرات زیرمقیاس‌های شفقت خود در گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر بین نمره‌های مراحل (پیش‌آزمون و پس‌آزمون و

پیگیری) در زیرمقیاس‌های شفقت خود در این گروه‌ها تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ($p < 0.001$). برای مقایسه گروه‌ها نیز از آزمون تعقیبی بونفرونی (جدول ۵) استفاده شد.

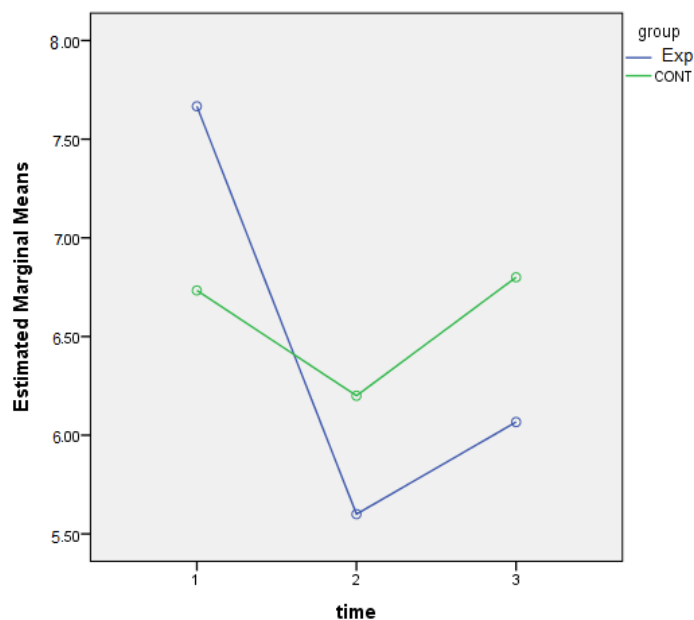
جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه میانگین زیرمقیاس‌های شفقت خود

متغیر	مراحل	پس‌آزمون	پیگیری	مقدار احتمال
مهربانی به خود	پیش‌آزمون	-۱/۷۵	-۱/۸۸	۰/۰۳۴
	پس‌آزمون	-	-۰/۱۳	۰/۰۸۹
قضایات درباره خود	پیش‌آزمون	-۱/۶۷	-۱/۸۶	۰/۰۲۲
	پس‌آزمون	-	-۰/۱۹	۰/۰۴۱
اشتراکات انسانی	پیش‌آزمون	-۱/۶۳	-۱/۹۷	۰/۰۱۸
	پس‌آزمون	-	-۰/۳۳	۰/۰۲۴
انزوا	پیش‌آزمون	-۱/۶۹	-۱/۹۴	۰/۰۱۲
	پس‌آزمون	-	-۰/۲۵	۰/۰۳۷
ذهن‌آگاهی	پیش‌آزمون	-۱/۶۳	-۲/۰۵	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	-	-۰/۴۱	۰/۰۲۵
هماندسازی افراطی	پیش‌آزمون	-۱/۵۰	-۱/۸۸	۰/۰۳۶
	پس‌آزمون	-	-۰/۳۸	۰/۰۴۷
شفقت خود	پیش‌آزمون	-۹/۴۷	-۹/۸۰	۰/۰۰۱

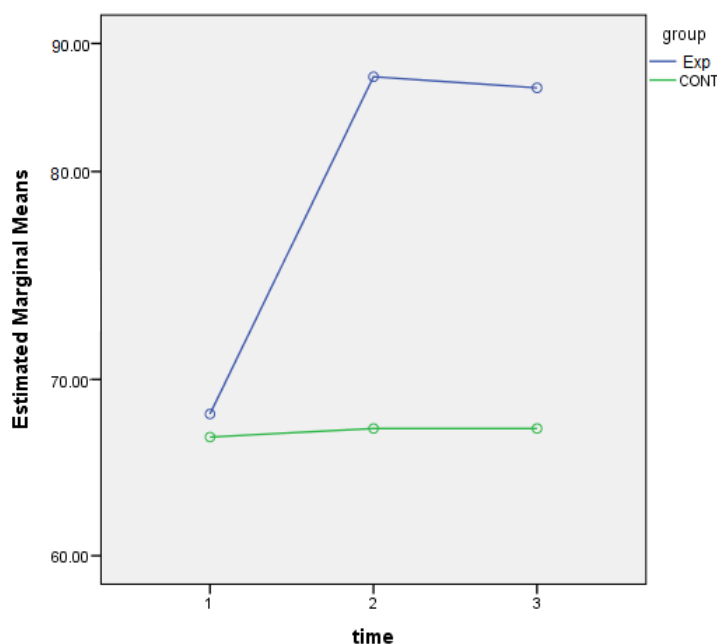
۰/۰۲۵	- ۰/۳۳	-	پس آزمون	قند خون
۰/۰۲۳	۰/۵۲	۰/۴۷	پیش آزمون	
۰/۰۴۹	۰/۵۰	-	پس آزمون	

داشته است. همچنین نتایج نمودارهای ۱ و ۲ مشخص کرد که شفقت خود در مرحله پیگیری تنها در گروه آزمایش دارای افزایش معناداری بوده و قند خون نیز در گروه آزمایش کاهش معناداری داشته است.

نتایج جدول ۵ نشان داد که نمرات متغیرهای مؤلفه‌های شفقت خود در گروه آزمایش و در مرحله پس آزمون، نسبتاً بیشتر از پیش آزمون است. به عبارت دیگر، گروه آزمایش بر بهبود شفقت خود تأثیر معناداری



نمودار ۱. مقایسه پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری قند خون در گروه‌های خنده‌درمانی و گواه



نمودار ۲. مقایسه پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری شفقت خود در گروه‌های خنده‌درمانی و گواه

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی خنده‌درمانی بر شفقت به خود و کاهش قند خون بیماران سالمند مبتلا به دیابت نوع دو بود. نتایج حاصل نشان داد که خنده‌درمانی سبب افزایش شفقت خود سالمندان می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش معماریان و همکاران (۱۹)، هاتزیپاپاس و همکاران (۲۰)، شهیدی و همکاران (۲۱) و کیم و همکاران (۲۲) همسوست. خنده‌درمانی تأثیرات فراوانی بر مکانیسم فیزیکی و روانی افراد دارد. خنده واکنشی است که برای تخلیه هیجانات به‌کار می‌رود. درواقع از طریق خندیدن انرژی ذخیره‌شده ناشی از شرایط مختلف مثل کنترل ذهن فرد و حوادث زندگی از ذهن و بدن فرد تخلیه می‌شود و به‌همین دلیل به‌طور معمول پس از مدتی خندیدن، احساس آرامش زیادی به شخص دست می‌دهد. بدین ترتیب هیجانات مثبت و فقدان عواطف منفی در فرد موجب افزایش شفقت خود در زندگی می‌شود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که چون خندیدن نوعی انرژی در افراد ایجاد می‌کند، کل سیستم بدن در چهره آنان ظاهر می‌شود. خنده ناشی از فعل و انفعالات شیمیایی و فیزیولوژیکی بدن و به‌عنوان بخشی از رفتار انسان است که روابط اجتماعی وی را تقویت می‌کند؛ درنتیجه زمانی که سالمندان به‌واسطه انجام تمرینات خنده‌درمانی در بیشتر اوقات شبانه‌روز لبخند بر لب داشتند و تعاملات خود را با اعضای خانواده و دیگران بیشتر با خندیدن شروع کردند، این امر موجب شد که تعاملات آنان با اطرافیان جذاب‌تر و خوشایندتر شود. افزون بر این ویژگی به گسترش روابط اجتماعی و در جمع و با جمع بودن سالمندان کمک کرد که درنتیجه باعث بهبود امید به زندگی آنان شد (۲۲). همچنین خنده واکنشی غیرارادی است که سبب انقباض هماهنگ پانزده ماهیچه صورت و سریع شدن تنفس و جریان خون و نتیجتاً افزایش آدرنالین در خون می‌شود و به ایجاد احساس لذت و شادابی در فرد می‌انجامد. خندیدن نوعی آنتی‌بیوتیک طبیعی است که همه انسان‌ها با استفاده از آن می‌توانند بسیاری از دردهای خود را کاهش دهند. از طرفی دیگر چون خنده تغییراتی را در آهنگ تنفس و ضربان قلب و گردش خون ایجاد می‌کند به‌هنگام خندیدن در الگوی امواج مغزی انسان تغییرات درخور توجهی روی داده و همه سطوح کورتکس مغز در برابر خنده واکنش نشان می‌دهند که به‌واسطه این تغییرات فیزیولوژیکی و ارتباط بدن و ذهن، سطح فعالیت‌های رفتاری و شناختی افراد سریع تغییر می‌کند (۲۴).

نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که خنده‌درمانی باعث کاهش قند خون در سالمندان شده است. این یافته با نتایج پژوهش مالی و اکپینار (۲۳)، چانگ و همکاران (۲۴)، فلکنبرگ و همکاران (۲۵) و ویکسل و همکاران (۲۶) همسوست. در تبیین نتایج حاصل از این یافته می‌توان گفت خنده‌درمانی به‌عنوان مداخله‌ای که ترکیبی از فنون آرام‌سازی، کششی، روش‌های بهبود تنفس، شوخی و خنده بوده، می‌تواند در کنار روش‌های غیردارویی دیگر، روش مکمل و غیردارویی خوبی برای کاهش قند خون در سالمندان باشد و درنتیجه باعث کاهش استرس و افزایش امیدواری در آنها شود. به عبارت دیگر خنده به‌عنوان مکانیسم مقابله در مراحل زندگی با افزایش خودکارآمدی و عزت نفس همراه

است و بر حالت خلق و افسردگی تأثیر دارد؛ همچنین خنده بر محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال از طریق سیستم اعصاب مرکزی اثر می‌گذارد و منجر به کاهش سطوح کورتیزول و درنتیجه کاهش قند خون می‌شود (۲۸). خنده با تحریک تولید اندورفین نیز باعث افزایش تحمل درد جسمی و با افزایش انقباض ماهیچه‌های صورت و میزان جریان خون و انتشار آدرنالین در خون منجر به شادی و افزایش خوشبختی می‌شود (۲۹).

همچنین در تبیین این یافته می‌توان گفت که خنده فواید زیادی برای سلامتی انسان دارد. فواید سلامتی که از یوگای خنده به‌دست می‌آید شامل مدیریت استرس فیزیکی و ذهنی و عاطفی است. هنگامی که استرس کاهش یابد سیستم ایمنی بدن به‌طور خودکار قوی می‌شود. خنده همچنین باعث افزایش اکسیژن‌رسانی سلول‌های بدن، تقویت سیستم ایمنی بدن، افزایش گردش خون و ایجاد حالت ذهنی مثبت می‌شود (۲۶). خنده با گشادکردن رگ‌های خونی، خون بیشتری را به عضله‌های دورتر سرتاسر بدن می‌فرستد. همچنین خنده خوب و از ته دل، میزان ترشح هورمون‌های استرس، یعنی اپی‌نفرین و کورتیزول را کاهش می‌دهد. می‌توان گفت که خندیدن نوعی تمرین مراقبه یا تن‌آرامی است و هنگامی که می‌خندیم هیچ فکری در ذهن ما جاری نیست. تمام حواس ما به‌گونه‌ای طبیعی و بدون هیچ تلاشی برای لحظه‌ای کوتاه باهم هماهنگ و یکی می‌شوند که درنتیجه آن در ما احساس نشاط و آرامش و راحتی پدید می‌آید. نتایج در این خصوص تحت حمایت نظریه تخلیه هیجانی خنده است. نظریه مذکور بیان می‌کند که شوخی و خنده از نظر اجتماعی روشی پذیرفتنی، برای آزادسازی تنش و فشارهای عصبی است (۲۷). نظریه تخلیه هیجانی بر این باور است که هیجان و آشفتگی روانی نوعی انرژی تولید می‌کند که باید به‌نوعی به مصرف برسد؛ بنابراین هیجان عصبی به ایجاد تنش ماهیچه‌ای تمایل دارد و خنده به‌عنوان نوعی حرکت فیزیکی می‌تواند به‌صورت جریانی از اشکال مختلف انرژی عصبی عمل کند. اسپنسر با ایجاد ایده خنده برای رهایی از انرژی پتانسیل معتقد است که هر فرد از طریق فرایند مدیریت استرس روزانه، به‌طور مداوم در حال انباشته‌سازی انرژی است و این انرژی مازاد را می‌تواند بعد از یک‌روز پرتش و استرس و برای رهایی از فشار روحی با خندیدن آزاد سازد (۲۹)؛ بنابراین خنده‌درمانی بر کاهش قند خون بیماران سالمند مبتلا به دیابت نوع دو مؤثر بوده است.

مطالعات نشان می‌دهد که خندیدن به‌صورت فعالیتی ذهنی و بدنی همراه با تأثیرات عاطفی و شناختی می‌تواند موجب بهبود وضعیت عاطفی یا روانی و بهبود توجه و آرامش ذهنی شود (۳۱). دانبر و همکاران (۲۷) دریافتند که توجه به برنامه‌های کم‌دیی افزایش سطوح تحمل درد را نشان داده است؛ بنابراین خنده‌درمانی به‌دلیل تأثیرات مثبت بر ادراک درد و امیدواری سالمندان می‌تواند منجر به افزایش طول عمر و بهزیستی آنان شود (۲۸، ۲۹). به‌علاوه نتایج حاصل از پیگیری پژوهش نشان داد که برنامه خنده‌درمانی پس از گذشت یک‌ماه، همچنان در افزایش شفقت خود سالمندان مؤثر بوده است. در تبیین نتایج این یافته می‌توان گفت اثرات این برنامه بلندمدت بوده و می‌تواند سبب تأثیرات پایداری بر افزایش امیدواری و حفظ انگیزش و رفتارهای

میزان قند خون و افزایش شفقت خود سالمندان شود؛ بنابراین لازم است جهت بهبود زندگی سالمندان به کار رود.

۵ نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی خنده‌درمانی بر شفقت به خود و کاهش قند خون بیماران سالمند مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد. نتایج نشان داد که آموزش خنده‌درمانی به سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو می‌تواند شفقت به خود و قند خون آن‌ها را بهبود ببخشد. براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت که خنده‌درمانی بر شفقت به خود و کاهش قند خون بیماران سالمند مبتلا به دیابت نوع دو مؤثر است و می‌توان از این درمان برای بهبود وضعیت بیماران مبتلا به دیابت استفاده کرد.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی افرادی که در این پژوهش ما را یاری رساندند، نهایت تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع: نویسندگان اعلام می‌کنند تضاد منافی بین آن‌ها وجود ندارد. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه رساله دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین‌المللی کیش و دارای کد اخلاق به شماره IR.HUMS.REC.1398.340 است؛ همچنین مجوز اجرای این پژوهش بر گروه مطالعه‌شده از انجمن دیابت ایران با شماره نامه ۳۷ صادر شده است.

هدف‌محور در سالمندان شود. همچنین نتایج مشخص کرد که برنامه خنده‌درمانی پس از گذشت یک‌ماه، در کاهش میزان قند خون سالمندان مؤثر است که نشان می‌دهد مداخلات خنده‌درمانی فقط در زمان اجرای برنامه مؤثر نبوده و در درازمدت نیز می‌تواند در کاهش میزان قند خون سالمندان تحت مداخله مؤثر باشد.

ازجمله محدودیت‌های پژوهش می‌توان به مشکل بودن پاسخ‌گویی به پرسشنامه و اجرای مداخله برای سالمندان به دلیل کهنلت سن اشاره کرد. به‌علاوه، این پژوهش در بین سالمندان بدون بیماری مزمن جسمی و روان‌شناختی انجام شد؛ بنابراین تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد؛ از این رو پیشنهاد می‌شود برای کسب نتایج قطعی‌تر پژوهش بر نمونه بیشتری از سالمندان اجرا شود. همچنین اثربخشی این برنامه مداخله‌ای بر سالمندان مبتلا به بیماری‌های جسمی و متغیرهای معنای زندگی و خودپنداشت و انسجام خود در دوران سالمندی تحت بررسی قرار گیرد. مراکز بهداشتی و درمانی با معرفی این روش به خانواده‌ها می‌توانند گامی مؤثر در جهت حفظ و ارتقای بهداشت جسمی و روانی سالمندان بردارند. با افزایش جمعیت سالخوردگان و حساس و آسیب‌پذیر بودن گروه سالمندی و نیز اهمیت بهبود زندگی و سلامتی در این افراد، متخصصان سلامت باید راهبردهای بهبود زندگی و کاهش مشکلات مربوط به سازگاری را مدنظر قرار دهند. باتوجه به نتایج حاصل از این پژوهش یک‌دوره برنامه خنده‌درمانی با داشتن تمرینات آرام‌سازی و تنفس و برنامه‌های شادی‌آفرین ازجمله مداخلات کم‌هزینه و بی‌خطر و غیرتهاجمی است که با افزایش اندورفین و بهبود سطح خلق، هدف‌مندی، مقابله مؤثر و ایجاد انگیزه می‌تواند باعث کاهش

References

1. Stirban AO, Andjelkovic M, Heise T, Nosek L, Fischer A, Gastaldelli A, et al. Aleglitzar, a dual peroxisome proliferator-activated receptor- α/γ agonist, improves insulin sensitivity, glucose control and lipid levels in people with type 2 diabetes: findings from a randomized, double-blind trial. *Diabetes Obes Metab*. 2016;18(7):711-15. doi:[10.1111/dom.12620](https://doi.org/10.1111/dom.12620)
2. Kropff J, Del Favero S, Place J, Toffanin C, Visentin R, Monaro M, et al. 2 month evening and night closed-loop glucose control in patients with type 1 diabetes under free-living conditions: a randomised crossover trial. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2015;3(12):939-47. doi:[10.1016/S2213-8587\(15\)00335-6](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(15)00335-6)
3. Bell KJ, Smart CE, Steil GM, Brand-Miller JC, King B, Wolpert HA. Impact of fat, protein, and glycemic index on postprandial glucose control in type 1 diabetes: implications for intensive diabetes management in the continuous glucose monitoring era. *Diabetes Care*. 2015;38(6):1008-15. doi:[10.2337/dc15-0100](https://doi.org/10.2337/dc15-0100)
4. Renard E, Farret A, Kropff J, Bruttomesso D, Messori M, Place J, et al. Day-and-night closed-loop glucose control in patients with type 1 diabetes under free-living conditions: results of a single-arm 1-month experience compared with a previously reported feasibility study of evening and night at home. *Diabetes Care*. 2016;39(7):1151-60. doi:[10.2337/dc16-0008](https://doi.org/10.2337/dc16-0008)
5. Sinclair S, Torres M-B, Raffin-Bouchal S, Hack TF, McClement S, Hagen NA, et al. Compassion training in healthcare: what are patients' perspectives on training healthcare providers? *BMC Med Educ*. 2016;16:169. doi:[10.1186/s12909-016-0695-0](https://doi.org/10.1186/s12909-016-0695-0)
6. Tanco K, Azhar A, Rhondali W, Rodriguez-Nunez A, Liu D, Wu J, et al. The effect of message content and clinical outcome on patients' perception of physician compassion: a randomized controlled trial. *The Oncologist*. 2017;23(3):375-82. doi:[10.1634/theoncologist.2017-0326](https://doi.org/10.1634/theoncologist.2017-0326)
7. Falconer CJ, Rovira A, King JA, Gilbert P, Antley A, Fearon P, et al. Embodying self-compassion within virtual reality and its effects on patients with depression. *BJPsych open*. 2016;2(1):74-80. doi:[10.1192/bjpo.bp.115.002147](https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.115.002147)

8. Sheppard K. Compassion fatigue among registered nurses: Connecting theory and research. *Appl Nurs Res*. 2015;28(1):57-9. doi:[10.1016/j.apnr.2014.10.007](https://doi.org/10.1016/j.apnr.2014.10.007)
9. Griffith ER. Spirituality and self-compassion among college students. *The West Virginia Academy of Science*. 2019;91(1).
10. Neff KD, McGehee P. Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*. 2010;9(3):225-40. doi:[10.1080/15298860902979307](https://doi.org/10.1080/15298860902979307)
11. Neff K. Self-compassion and psychological well-being. *Constructivism in the Human Sciences*. 2004;9(2):27-38.
12. Voci A, Veneziani CA, Fuochi G. Relating mindfulness, heartfulness, and psychological well-being: the role of self-compassion and gratitude. *Mindfulness*. 2019;10:339-51. doi:[10.1007/s12671-018-0978-0](https://doi.org/10.1007/s12671-018-0978-0)
13. Raja A, Sundari FKJ. Comparison of the efficacy of laughter therapy and breathing exercises on pulmonary function among smokers. *Asian Journal of Nursing Education and Research*. 2014;4(1):105-12.
14. Shahidi M, Mojtahed A, Modabbernia A, Mojtahed M, Shafiabady A, Delavar A, et al. Laughter yoga versus group exercise program in elderly depressed women: a randomized controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011;26(3):322-7. doi:[10.1002/gps.2545](https://doi.org/10.1002/gps.2545)
15. Moshtagh Eshgh Z, Naghavi B, Rashvand F, Alavi Majd H, Bana Derakhshan H. Effects of humor therapy on fatigue and depression of multiple sclerosis (MS) patients. *Advances in Nursing & Midwifery*. 2011;20(70):7-11. [Persian] doi:[10.22037/anm.v20i70.2039](https://doi.org/10.22037/anm.v20i70.2039)
16. Rad M, Borzoe F, Shahidsales S, Tabarraie Y, Varshoe-Tabrizi F. The effects of humor therapy on the fatigue in breast cancer patients undergoing external radiotherapy. *J Babol Univ Med Sci*. 2015;17(1):45-52. [Persian] <http://jbums.org/article-1-5198-en.html>
17. Rad M, Borzoe F, Mohebbi M. The effect of humor therapy on fatigue severity and quality of life in breast cancer patients undergoing external radiation therapy. *Journal of Advances in Medical and Biomedical Research*. 2016;24(103):102-14. [Persian] <http://zums.ac.ir/journal/article-1-3485-en.html>
18. Low L-F, Goodenough B, Fletcher J, Xu K, Casey A-N, Chenoweth L, et al. The effects of humor therapy on nursing home residents measured using observational methods: The SMILE cluster randomized trial. *J Am Med Dir Assoc*. 2014;15(8):564-9. doi:[10.1016/j.jamda.2014.03.017](https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.03.017)
19. Memarian A, Sanatkaran A, Bahari SM. The effect of laughter yoga exercises on anxiety and sleep quality in patients suffering from Parkinson's disease. *Biomedical Research and Therapy*. 2017;4(7):1463-79. doi:[10.15419/bmrat.v4i07.200](https://doi.org/10.15419/bmrat.v4i07.200)
20. Hatzipapas I, Visser MJ, van Rensburg EJ. Laughter therapy as an intervention to promote psychological well-being of volunteer community care workers working with HIV-affected families. *SAHARA J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance*. 2017;14(1).
21. Shahidi M, Mojtahed A, Modabbernia A, Mojtahed M, Shafiabady A, Delavar A, et al. Laughter yoga versus group exercise program in elderly depressed women: a randomized controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011;26(3):322-7. [Persian] doi:[10.1002/gps.2545](https://doi.org/10.1002/gps.2545)
22. Kim SH, Kook JR, Kwon M, Son MH, Ahn SD, Kim YH. The effects of laughter therapy on mood state and self-esteem in cancer patients undergoing radiation therapy: a randomized controlled trial. *J Altern Complement Med*. 2015;21(4):217-22. doi:[10.1089/acm.2014.0152](https://doi.org/10.1089/acm.2014.0152)
23. Elmali H, Akpinar RB. The effect of watching funny and unfunny videos on post-surgical pain levels. *Complement Ther Clin Pract*. 2017;26:36-41. doi:[10.1016/j.ctcp.2016.11.003](https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2016.11.003)
24. Chang C, Tsai G, Hsieh C-J. Psychological, immunological and physiological effects of a Laughing Qigong Program (LQP) on adolescents. *Complement Ther Med*. 2013;21(6):660-8. doi:[10.1016/j.ctim.2013.09.004](https://doi.org/10.1016/j.ctim.2013.09.004)
25. Falkenberg I, Buchkremer G, Bartels M, Wild B. Implementation of a manual-based training of humor abilities in patients with depression: A pilot study. *Psychiatry Research*. 2011;186(2-3):454-7. doi:[10.1016/j.psychres.2010.10.009](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.10.009)
26. Wicksell RK, Melin L, Lekander M, Olsson GL. Evaluating the effectiveness of exposure and acceptance strategies to improve functioning and quality of life in longstanding pediatric pain—a randomized controlled trial. *Pain*. 2009;141(3):248-57. doi:[10.1016/j.pain.2008.11.006](https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.11.006)
27. Dunbar RIM, Baron R, Frangou A, Pearce E, Van Leeuwen EJC, Stow J, et al. Social laughter is correlated with an elevated pain threshold. *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences*. 2012;279(1731):1161-7. doi:[10.1098/rspb.2011.1373](https://doi.org/10.1098/rspb.2011.1373)
28. Hassed C. Mind-body therapies: Use in chronic pain management. *Pain*. 2013;42(3):112-17.
29. Rosen T, Stern ME, Elman A, Mulcare MR. Identifying and initiating intervention for elder abuse and neglect in the emergency department. *Clinics in geriatric medicine*. 2018 Aug 1;34(3):435-51. Doi:[10.1016/j.cger.2018.04.007](https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.04.007)
30. Williams MJ, Dalgleish T, Karl A, Kuyken W. Examining the factor structures of the five facet mindfulness questionnaire and the self-compassion scale. *Psychol Assess*. 2014;26(2):407-18. doi:[10.1037/a0035566](https://doi.org/10.1037/a0035566)
31. Neff KD, Pisitsungkagarn K, Hsieh Y-P. Self-compassion and self-construal in the United States, Thailand, and Taiwan. *J Cross Cult Psychol*. 2008;39(3):267-85. doi:[10.1177/0022022108314544](https://doi.org/10.1177/0022022108314544)

32. Azizi A, Mohammadkhani P, Foroughi AA, Lotfi S, Bahramkhani M. The Validity and Reliability of the Iranian Version of the Self-Compassion Scale. *Practice in Clinical Psychology*. 2013;1(3):149-55. [Persian] <http://jpcp.uswr.ac.ir/article-1-83-en.html>
33. Kataria M, Regner T. A note on the relationship between television viewing and individual happiness. *J Socio Econ*. 2011;40(1):53-8. doi:[10.1016/j.socec.2010.06.016](https://doi.org/10.1016/j.socec.2010.06.016)
34. Shrestha N, Lohani SP, Angdembe MR, Bhattarai K, Bhattarai J. Cost of diabetes mellitus care among patients attending selected outpatient clinics. *JNMA J Nepal Med Assoc*. 2013;52(190):343-8.