Journal of Diabetes Nursing
2024; Volume 12 Number 2

pISSN:2345-5020
eISSN:2423-5571

The Effectiveness of the Mentalization Promoting Program for Parents of Children with Type I Diabetes on Parental Stress: A Single-Subject Study

Madanifar Tayebeh [1], **Seyed Mousavi Parisa Sadat** [*2], Hashemipour Mahin [3], Tabrizi Mehdi [4], Koohi Esfahani Majid [5]

1. Ph. D. Candidate, Department of Counseling, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr/Isfahan, Iran
2. Assistant Professor, Shahid Beheshti University, Family Research Institute, Tehran, Iran
3. Professor, Metabolic Liver Disease Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
4. Assistant Professor, Department of Counseling, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr/Isfahan, Iran
5. Administrator, Behroyan Scientific Company, Isfahan, Iran

Article information:

Original Article

Received: **2024/02/1**

Accepted: **2024/06/5**

JDN 2024; 12(2)

2424-2437

Corresponding Author:
Parisa Sadat Seyed Mousavi,

Shahid Beheshti University.

p_mousavi@sbu.ac.ir

Abstract

Introduction: Considering the importance of the role of parents in the physical and mental health of children, especially in the face of chronic diseases, this research aimed to investigate the effectiveness of the mentalization promoting program for parents of children with type 1 diabetes (T1D) on parental stress.

Materials and Methods: The research method of this study is semi-experimental with a single-subject structure. The sample group was selected by purposive sampling and included four parents of 8-12-year-old children with T1D. The subjects participated in eight two-hour sessions of the mentalization promoting program for parents of children with T1D and completed the Parental Stress Questionnaire (PSI-SF) at baseline, during the intervention, after the intervention, and during follow-up stages to evaluate the effectiveness of this program on parental stress.

Results: The data were analyzed using graphical analysis and the Reliable Change Index (RCI). The results showed that the proposed program, while having sufficient validity, was effective in reducing the stress of these parents, and the effectiveness continued in the follow-up phase.

Conclusion: Considering the credibility and effectiveness of the mentalization promoting program, it is suggested that this program be widely implemented to reduce stress and support parents of children with T1D. Furthermore, this program should be adapted and implemented for parents in stressful situations or those with children suffering from other chronic diseases.

Keywords: *Mentalization of Parents, Children with Type 1 Diabetes, Parental Stress.*

Access This Article Online	
Quick Response Code:	Journal homepage: http://jdn.zbmu.ac.ir
	How to site this article: Madanifar T, Seyed Mousavi P S, Hashemipour M, Tabrizi M, Koohi Esfahani M. The Effectiveness of the Mentalization Promoting Program for Parents of Children with Type I Diabetes on Parental Stress: A Single-Subject Study. J Diabetes Nurs 2024; 12 (2) :2424-2437

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-17]

فصلنامه علمی پژوهشی پرستاری دیابت زابل
سال ۱۲، شماره ۲، بهار ۱۴۰۳
صفحات: ۲۴۳۷-۲۴۲۴

pISSN:2345-5020
eISSN:2423-5571

اثربخشی برنامه تقویت ذهنی‌سازی والدین دارای کودک مبتلا به دیابت نوع یک بر استرس فرزندپروری: مطالعه تک‌آزمودنی

طیبه مدنی‌فر[۱]، **پریسا سادات سید موسوی**[۲*]، مهین هاشمی‌پور[۳]، مهدی تبریزی[۴]، مجید کوهی اصفهانی[۵]

۱. دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی‌شهر، اصفهان، ایران
۲. استادیار، دانشگاه شهید بهشتی، پژوهشگاه خانواده، تهران، ایران.
۳. استاد، مرکز تحقیقات بیماری‌های متابولیک کبد ، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۴. استادیار، گروه مشاوره، واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی‌شهر، اصفهان، ایران.
۵. مدیر، موسسه علمی به‌رویان، اصفهان، ایران.

نویسنده مسئول: پریسا سادات سید موسوی، دانشگاه شهید بهشتی **p_mousavi@sbu.ac.ir**

چکیده

مقدمه و هدف: با توجه به اهمیت نقش والدین در سلامت جسمی - روانی کودک به‌ویژه در شرایط رویارویی با بیماری‌های مزمن، این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی برنامه تقویت ذهنی‌سازی والدین دارای کودک مبتلا به دیابت نوع یک بر استرس فرزندپروری انجام گرفت.

مواد و روش ها: روش پژوهش این مطالعه نیمه آزمایشی با ساختار طرح تک‌آزمودنی است. گروه نمونه به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و شامل ۴ نفر از والدین دارای کودک ۸ تا ۱۲ ساله مبتلا به دیابت نوع یک هستند. آزمودنی‌ها در هشت جلسه دو ساعته در برنامه تقویت ذهنی‌سازی والدین دارای کودک مبتلا دیابت نوع یک شرکت کردند و پرسشنامه استرس فرزندپروری را به ترتیب در مراحل خط پایه، حین مداخله، پس از مداخله و پیگیری برنامه تکمیل نمودند تا اثربخشی این برنامه بر استرس فرزندپروری بررسی شود.

یافته ها: داده‌ها بر اساس معیارهای تحلیل ترسیمی و شاخص تغییر پایا بررسی شد. نتایج نشان داد برنامه طراحی شده ضمن برخورداری از اعتبار کافی، بر کاهش استرس فرندپروری موثر بوده و اثربخشی در مرحله پیگیری نیز ادامه داشته است.

نتیجه گیری: با توجه به اعتبار برنامه تقویت ذهنی‌سازی و اثربخشی آن، پیشنهاد می‌شود این برنامه جهت کاهش استرس و کمک به والدین کودکان مبتلا به دیابت نوع یک به‌طور گسترده اجرا شود و همچنین برای والدین در شرایط فشارزا یا دارای کودک مبتلا به دیگر بیماری‌های مزمن نیز مناسب‌سازی و اجرا گردد.

کلید واژه ها: ذهنی‌سازی والدین، کودکان مبتلا به دیابت نوع یک، استرس فرندپروری

How to site this article: Madanifar T, Seyed Mousavi P S, Hashemipour M, Tabrizi M, Koohi Esfahani M. The Effectiveness of the Mentalization Promoting Program for Parents of Children with Type I Diabetes on Parental Stress: A Single-Subject Study. J Diabetes Nurs 2024; 12 (2) :2424-2437

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-17]

مقدمه و هدف

دیابت نوع یک از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن در کودکان است؛ طبق برآورد فدراسیون بین المللی دیابت در سال ۲۰۲۲، بیش از ۸ میلیون نفر در سراسر جهان و تقریبا ۱۰۴ هزار نفر در ایران به این بیماری مبتلا هستند (۱). این بیماری می‌تواند در هر سنی رخ دهد، اما در بسیاری از جمعیت‌ها احتمال بروز آن از بدو تولد تا ۱۴ سالگی بیشتر است (۲). دیابت نوع یک، بیماری خود ایمنی است که از دوران کودکی فرد یا پس از آن آغاز می‌شود و بدن در مقابل سلول‌های بتا که سازنده انسولین هستند، با عدم ترشح انسولین یا ترشح ناکافی آن مواجه می شود (۳). زندگی با این بیماری، کودک و خانواده‌اش را دچار چالش‌های فراوانی می‌کند؛ چراکه کودک، مجبور به پیروی از یک برنامه مراقبتی پیچیده است. این برنامه دربرگیرنده تزریق انسولین، فعالیت بدنی و رژیم غذایی سالم برای جلوگیری از سطوح بسیار بالا یا پایین HbA1c است؛ که هر دو حالت می‌تواند زندگی کودک را به خطر بیندازد (۴).

تلاش برای به حداقل رساندن خطر عوارض بیماری در کنار حفظ سبک زندگی انعطاف‌پذیر و باکیفیت برای کودکان مبتلا به این بیماری و هم‌چنین والدین آن‌ها، یک چالش خاص است (۵). مطالعات گوناگون حاکی از تجربه نگرانی دائمی والدین، نیاز به گوش‌به‌زنگی و احساس فشار از مسئولیت همیشگی مراقبت از این کودکان است (۶, ۷) که باعث ایجاد استرس، علائم اضطراب و افسردگی بالایی در این والدین نسبت به والدین عادی می‌شود (۸). این استرس به‌ویژه در مادران، شدیدتر است و بر خودکارآمدی آن‌ها تاثیر گذاشته و به‌طور همزمان، باعث ایجاد مشکلاتی در نحوه مدیریت بیماری و پای‌بندی کودک به درمان نیز می‌شود (۹)؛ به‌گونه‌ای که نه‌تنها باعث بدتر شدن سطح HbA1c کودکان می‌شود (۱۰)، بلکه از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های مشکلات روانی - اجتماعی در این کودکان می‌باشد (۱۱).

استرس فرزندپروری[1] نوعی اضطراب و تنش افراطی است که به نقش والد و تعاملات والد و کودک وابسته است. برداشت والدین از رفتار کودک و احساس شایستگی در ارتباط با بزرگ کردن فرزندان نقش مهمی در این تعریف دارد (۱۲). این استرس و فشارهای درونی والدین در کنار چانه‌زنی با کودک درباره مراقبت‌های درمانی اغلب بر کیفیت تعامل آن‌ها تاثیر منفی می‌گذارد (۱۳). بسیاری از والدین دارای فرزند مبتلا به دیابت نوع یک در ارتباط با فرزندانشان دچار مشکلات متعدد و مکرری می‌شوند (۱۴, ۱۵). این مسائل در کنار استرس ناشی از درمان و مراقبت، کودکان را نیز در معرض ابتلا به مشکلات روان‌شناختی قرار می‌دهد (۱۶). پژوهش‌ها حاکی از شیوع بالای مشکلات روان‌شناختی درونی‌سازی و برونی‌سازی شده در کودکان مبتلا به دیابت نوع یک است (۱۷-۲۰). با توجه به اهمیت مدیریت استرس و تنظیم هیجان در کودکان مبتلا به دیابت و والدین آن‌ها، تمرکز بر بافت ارتباطی ایشان از اولویت بالایی برخوردار است. اما بررسی ها نشان می‌دهد عمده مداخلات صورت گرفته برای این افراد، جنبه های عمیق روانی و هیجانی این بیماری مانند زمینه عاطفی و رابطه‌ای را که کودک در آن رشد می‌کند در نظر نمی‌گیرند؛ درحالی که این زمینه برای تنظیم هیجانات کودکان مبتلا بسیار مهم و نتیجه‌بخش است. نظریه ذهنی‌سازی[2] با در نظر گرفتن تجربه ذهنی کودک و دنیای درونی او، ارتباط مادر و کودک را به عنوان زمینه مهم بین فردی و عامل ایجاد توسعه در نظر می‌گیرد (۹). ظرفیت ذهنی‌سازی یک کنش تاملی برای درک حالات ذهنی خود و دیگران است و با یک شیوه اندیشمندانه و تاملی تفکر، به فرد کمک می‌کند؛ رفتارها را درک، پیش‌بینی و مدیریت کند و تجربه های سردرگمی، فقدان کنترل و عدم اعتماد را در برخورد با استرس و هیجانات شدید کاهش دهد (۲۱). قابل توجه است که این ظرفیت، شکننده بوده و در صورت عدم تقویت آن در مواجهه با استرس یا در شرایط برانگیختگی هیجانی ممکن است از بین برود یا به‌صورت موقت افت کند (۲۲). توانایی ذهنی‌سازی والدین نقش مهمی در رشد ظرفیت ذهنی‌سازی کودک دارد، چرا که کودکان از والدین خود یاد می‌گیرند چگونه حالات روانی را درک کرده و به خود و دیگران نسبت دهند (۲۳). درمان ذهنی‌سازی در سال‌های اخیر برای کار با کودکان و خانواده ها مناسب‌سازی شده و به‌طور ویژه برای کودکانی که با بیماری مزمن یا مشکلات عمیق خانوادگی مثل طلاق روبرو هستند،

[1] Parenting Stress

[2] Mentalization

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-17]

کمک‌کننده است (۲۴). مالبرگ (۲۰۱۳) با به‌کارگیری درمان گروهی مبتنی بر ذهنی‌سازی برای نوجوانان مبتلا به بیماری مزمن کلیوی و والدین آن‌ها توانست به ایشان کمک کند تا تنگناها را پشت سر بگذارند و وارد دوره‌های تغییر و گذار شوند (۲۵).

مدنی‌فر و همکاران نیز برنامه تقویت ذهنی‌سازی والدین دارای کودک مبتلا به دیابت نوع یک را طراحی کردند. این برنامه مبتنی بر نتایج مطالعه پدیدارشناسی مشکلات ذهنی‌سازی کودکان مبتلا به دیابت نوع یک و والدین آن‌ها در سه مضمون کلی شامل عوامل شکست ذهنی‌سازی، مشکلات شایع ذهنی‌سازی و پیامدهای شکست ذهنی-سازی این کودکان و والدین آن‌ها بوده که از تحلیل تجارب زیسته ۱۸ کودک مبتلا به دیابت و ۲۲ نفر از والدین آن‌ها فراهم گردیده است (۲۶). سپس با استفاده از مضامین به-دست آمده در چارچوب مفاهیم نظریه ذهنی‌سازی، مولفه-های مناسب برای طراحی برنامه تقویت ذهنی‌سازی والدین دارای کودک مبتلا به دیابت نوع یک استخراج و برنامه ویژه این افراد تدوین شده است.

این برنامه در هشت جلسه دو ساعته با مشارکت‌جویی از والدین در بحث‌ها و ارائه تمرین کلاسی و تکالیف در خانه، کمک می‌کند تا والدین با تقویت کنجکاوی و آگاهی از دنیای درونی و علل پشت رفتارهای خود و فرزندشان، تغییر نگرش پیدا کنند و با تنظیم هیجانات و مدیریت استرس خود، عملکرد متفاوتی پیش‌رو گیرند. تقویت ذهنی‌سازی والدین به‌طور غیرمستقیم موجب تقویت ذهنی‌سازی دیگر اعضای خانواده بالاخص کودک مبتلا به دیابت نوع یک می-شود. این برنامه با اثربخشی مناسب و روایی محتوایی ۰/۹۳ مورد تایید قرار گرفته و بر کاهش مشکلات عاطفی-رفتاری کودکان و افزایش کنش تاملی والدین موثر بوده است (۲۶). پژوهش حاضر با توجه به اهمیت مدیریت استرس فرزندپروری والدین بر روابط والدفرزندی و سلامت جسمی-روانی کودک، به‌دنبال آن است تا اثربخشی برنامه تقویت ذهنی‌سازی والدین دارای کودک مبتلا به دیابت نوع یک را بر استرس فرزندپروری این والدین بسنجد.

روش پژوهش

در این پژوهش از روش مطالعه نیمه‌آزمایشی با ساختار طرح تک‌آزمودنی A-B استفاده شد. در طرح تک‌آزمودنی، شرایط اولیه یک یا چند آزمودنی مورد مطالعه قرار می‌گیرد و تغییرات حاصل از اجرای برنامه درمانی در ارتباط با همان آزمودنی‌ها ارزیابی می‌شود؛ یعنی فرد هم نقش آزمودنی آزمایشی و هم نقش آزمودنی گواه را دارد (۲۷). در پژوهش حاضر والدین به ترتیب در مراحل خط پایه، حین مداخله، پس از مداخله و پیگیری شرکت کردند و یافته‌های حاصل به‌منظور بررسی اثربخشی برنامه تقویت ذهنی‌سازی بر استرس فرزندپروری مورد تحلیل قرار گرفت.

جامعه آماری این پژوهش عبارت است از والدین دارای کودک ۸ تا ۱۲ ساله مبتلا به دیابت نوع یک که تحت درمان مراکز وابسته به دانشگاه علوم پزشکی در استان اصفهان بودند. برای نمونه‌گیری به روش هدفمند، ۲۲ نفر از والدین دارای کودک مبتلا به دیابت مورد مصاحبه قرار گرفتند و از آن میان والدینی که دارای مشکلات ذهنی‌سازی بودند؛ به‌عنوان نمونه اولیه در نظر گرفته شدند. پس از بررسی ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش، چهار نفر از مادران داوطلب به شرکت در برنامه انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شامل نداشتن مشکلات خانوادگی و عدم تجربه شرایط بحرانی در ماه‌های اخیر، عدم ابتلای کودک به اختلالات شدید روان‌شناختی، ناتوانی‌های رشدی و یا ابتلا به بیماری مزمن دیگر، هم‌چنین عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی یا سایر خدمات روان‌شناختی به طور همزمان با شرکت در پژوهش بود. ملاک‌های خروج نیز عدم تمایل والد به ادامه حضور در برنامه و یا غیبت بیش از دو جلسه بود. جهت حفظ اصول اخلاق در ابتدای جلسه، اهداف و فرایند پژوهش برای افراد بیان و به آن‌ها اطمینان خاطر داده می‌شد که اطلاعات آن‌ها کاملا محرمانه در نزد پژوهشگر باقی می‌ماند و مباحث مطرح شده در رابطه با فرآیند درمانی آن‌ها هیچ خللی ایجاد نخواهد کرد. کد اخلاق این پژوهش IR.IAUKHSH.REC.1400.050 است.

برنامه تقویت ذهنی‌سازی والدین دارای کودک مبتلا به دیابت نوع یک (۲۶) که پیش‌تر توضیح داده شد؛ در هشت جلسه دو ساعته برای آزمودنی‌ها برگزار گردید. سنجش خط پایه از طریق تکمیل پرسشنامه استرس فرزندپروری

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-17]

آبیدین[3] (۱۲) توسط مادران، قبل از شروع مداخله، صورت گرفت. اندازه‌گیری استرس فرزندپروری در آغاز جلسه پنجم برنامه و نیز در انتهای جلسه هشتم از طریق همین پرسشنامه تکرار شد. در نهایت برای پیگیری بعد از گذشت چهار هفته (نظیر پژوهش‌های (۲۸) و (۲۹)) با تشکیل جلسه مجزا برای هر شرکت‌کننده، علاوه بر تکمیل پرسشنامه، مصاحبه فردی نیز انجام شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نمودارها و روش‌های ترسیمی و هم‌چنین شاخص تغییر پایا استفاده شده است.

پرسشنامه استرس فرزندپروری (PSI-SF)[4]: این مقیاس یک ابزار غربالگری خودگزارشی و نسخه کوتاه شده ۳۶ گویه‌ای از شاخص اصلی استرس فرزندپروری (PSI) است که آبیدین در سال ۱۹۹۵ جهت بررسی کارکرد خانواده در زمینه استرس و با هدف شناسایی منابع و انواع مختلف استرس ناشی از فرزندپروری والدین تهیه کرده است. والدین میزان توافق خود را با ۳۶ گویه در سه خرده‌مقیاس آشفتگی والدین (PD)[5]، تعاملات ناکارآمد والد-کودک (PCDI)[6] و ویژگی‌های کودک مشکل‌آفرین (DC)[7] گزارش می‌کنند. این خرده‌مقیاس‌ها به‌صورت جداگانه و ترکیبی، بر روابط کلی بین والدین و فرزندان‌شان تأثیر می‌گذارد. تکمیل پرسشنامه حدود ده دقیقه زمان می‌برد و پاسخ‌ها در مقیاس لیکرت پنج‌سطحی از «کاملا مخالفم» تا «کاملا موافقم» سنجیده و از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالاتر نشان‌دهنده استرس بیشتر است. نمرات خام بالای ۳۳ در خرده‌مقیاس‌های PD و DC و بالاتر از ۲۷ در خرده‌مقیاس PCDI از نظر بالینی، بالا در نظر گرفته می شوند. هم‌چنین در مقیاس کلی، نمرات بین ۱۵ تا ۸۰ حاکی از استرس عادی والدین، نمرات بین ۸۱ تا ۸۹ استرس بالا و نمرات ۹۰ تا ۱۰۰ استرس در سطح بالینی را نشان می‌دهد (۱۲). پایایی این مقیاس در پژوهشی برای والدین دارای کودک اوتیستیک ۰/۹۱ بود (۳۰). در ایران نیز میزان اعتبار کل این آزمون ۰/۹۰ گزارش شده است (۳۱). در ادامه، فهرست عناوین اصلی برنامه در جدول ۱ ارائه شده است.

یافته‌ها

برای ارائه روند تغییرات استرس فرزندپروری در هر آزمودنی علاوه بر شرح مختصری از شواهد کلامی مادران شرکت‌کننده، از نمودارها و روش‌های ترسیمی استفاده شده است. هم‌چنین نتایج تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش بر اساس شاخص تغییر پایا در جدول ۲ آورده شده است.

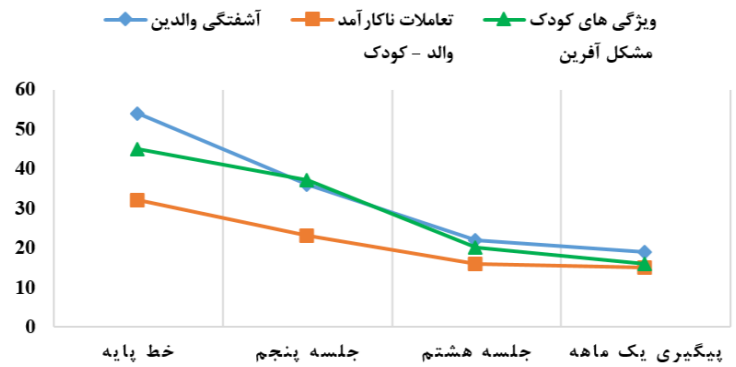
آزمودنی اول مادر ۳۵ ساله دارای دختر ۱۰ ساله مبتلا به دیابت نوع یک و دو فرزند کوچکتر بود که قبل از شروع مداخله بیان نمود: «در تعامل با فرزندان استرس، تنش و احساس بی‌کفایتی دارد و معمولا هنگام عصبانیت آنها را کتک می‌زند، ولی بعدا به‌شدت پشیمان می‌شود. وی در مسائل درمانی دخترش مثل رعایت رژیم غذایی و تزریق به‌موقع انسولین با او بحث و تنش دارد؛ احساس می‌کند همه مسئولیت درمان به‌عهده خودش است و از همسرش شکایت دارد. ایشان هنگام مراجعه به پزشک فرزندش، استرس بالایی را تجربه می‌کند؛ درحدی که تا چند روز پس از آن سردردهای میگرنی شدیدی می‌گیرد. احساس ناامیدی و عدم علاقه به زندگی دارد. وی بعد از پایان جلسات بیان کرد؛ آستانه تحملش بالا رفته و هنگام عصبانیت به‌جای پرخاشگری و تنبیه بچه‌ها، مهارت‌های تنظیم هیجان را بکار می‌گیرد. ایشان در آخرین مراجعه به پزشک آرامش زیادی داشته و حتی در مطب همراه با دخترش مشغول صحبت با دیگر مراجعان شده و از تجارب آنها در زمینه کنترل قند استفاده کرده است. نمودار شکل ۱ تاییدکننده شواهد کلامی آزمودنی است. همان‌طور که مشاهده می‌شود نمرات خط پایه برای این آزمودنی در هر سه مقیاس از حد بالینی بالاتر بوده؛ اما در جلسه پایانی برنامه هر سه مقیاس به حد نرمال و محدوده طبیعی رسیده است. نمره کل استرس فرزندپروری برای این آزمودنی نیز پیش از برنامه ۱۳۱ و در بالاترین حد استرس بالینی قرار داشت که در پایان دوره به محدوده استرس عادی رسید. این روند کاهشی نمرات در جلسه پیگیری یک‌ماهه نیز ادامه داشت.

[3] Abidin
[4] Parenting Stress Index – Short Form (PSI-SF)
[5] Parental Distress (PD)
[6] Parent-Child Dysfunctional Interaction (PCDI)
[7] Difficult Child (DC)

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-17]

جدول شماره ۱: عناوین اصلی برنامه تقویت ذهنی‌سازی والدین دارای کودک مبتلا به دیابت نوع یک

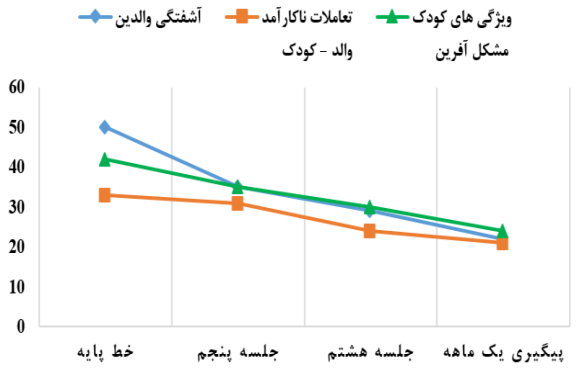
جلسه	فهرست عناوین اصلی جلسات
جلسه اول	- آشنایی با اعضای گروه، مدرس و فرآیند جلسات - توضیح اهمیت ارتباط والد و کودک و تبیین نقش آن در مدیریت T1D - توضیح مقدماتی مبانی ذهنی سازی و تاکید بر شناخت دنیای درون - تبیین اهمیت ذهنی سازی و والدگری تاملی در شرایط پیچیده زندگی با T1D
جلسه دوم	- تعریف مفهوم ذهنی‌سازی و ابعاد آن، نحوه شکست در ذهنی‌سازی با مثال از مادری دارای فرزند مبتلا به T1D - بررسی پیامدهای شکست ذهنی‌سازی با مثال‌هایی از تجارب زیسته کودکان مبتلا به T1D و والدین آن‌ها
جلسه سوم	- آشناسازی والدین با عوامل زمینه‌ساز شکست در ذهنی‌سازی با تمرکز بر موقعیت‌های سه‌گانه درمانی-مراقبتی، اجتماعی و اقتصادی همراه با مثال از تجارب زیسته کودکان مبتلا به T1D و والدین آن‌ها - بحث و بررسی درباره نحوه ذهنی‌سازی خوب یا شکننده در هر موقعیت با مثال - آشنایی با مفهوم و انواع حمایت محیطی در مواجهه با موقعیت‌های چالش‌برانگیز
جلسه چهارم	- آشناسازی والدین با انواع عوامل درون‌روانی زمینه‌ساز شکست ذهنی‌سازی همراه با مثال از تجارب زیسته کودکان مبتلا به دیابت و والدین آن‌ها - شناسایی هیجانات و موانع تجربه کارآمد هیجانات - آشنایی با مفهوم نشخوار فکری و اشتغال ذهنی منفی‌گرایانه - آشنایی با مصادیق عدم پذیرش بیماری و استفاده از مکانیزم‌های دفاعی
جلسه پنجم	- آشنایی با نحوه مدیریت عوامل درون‌روانی و تنظیم هیجانات - آشناسازی والدین با مصادیق تجربه هیجانی شدید از طریق دماسنج احساسات - آموزش مهارت‌ها و تکنیک‌های تنظیم هیجان و روش‌های خودآرام‌سازی
جلسه ششم	- توضیح انواع عوامل ارتباطی زمینه‌ساز شکست ذهنی‌سازی با تمرکز بر تعاملات ناکارآمد والدین با کودک، چرخه شکست ذهنی‌سازی و راهکارهای خارج شدن از آن با اصول سه‌گانه والدگری تاملی - آموزش روش‌های کمک به کودک برای کاهش تنش و تنظیم هیجانات با تاکید بر نقش همدلی - آموزش بازی حدس زدن با کودک جهت ایجاد فرصت توجه و تعامل مثبت با وی و کمک به تقویت ذهنی‌سازی او
جلسه هفتم	- ادامه توضیح انواع عوامل ارتباطی زمینه‌ساز شکست ذهنی‌سازی با تمرکز بر تعاملات ناکارآمد والدین با یکدیگر، همشیران و اطرافیان - آشناسازی والدین با اصول ذهنی‌سازی برای کاهش تنش‌های ارتباطی و کارآمدسازی روابط خانوادگی - آموزش نحوه مدیریت هیجانات خود در ارتباطات ناسالم کادر درمان یا اطرافیان نزدیک
جلسه هشتم	- آشناسازی والدین با استراتژی‌های افزایش ظرفیت ذهنی‌سازی در کودکان - یادگیری تعامل مثبت با کودک در عین تعارض یا سرپیچی از مراقبت‌های درمانی - آموزش نگرش دودستی و نحوه عملکرد آن در رابطه با کودک، همراه با ایفای نقش در کلاس - جمع بندی مباحث و مروری کوتاه بر نکات کاربردی - دریافت بازخورد از شرکت‌کنندگان نسبت به کلاس و تغییرات فردی



شکل شماره ۱: روند تغییرات مقیاس‌های استرس فرزندپروری در آزمودنی اول

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-17]

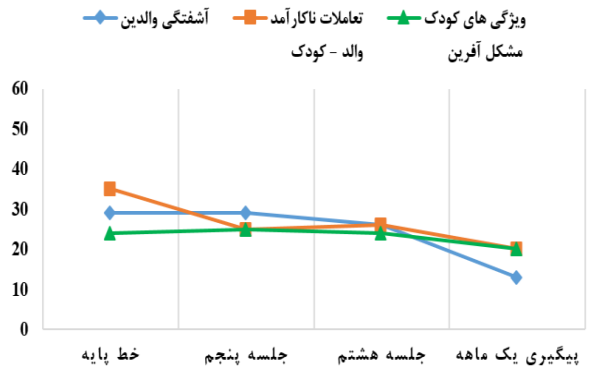
آزمودنی دوم مادر ۳۷ ساله دارای پسر ۹ ساله بود که علی‌رغم گذشت شش سال از ابتلای کودکش به دیابت نوع یک، هنوز استرس زیادی داشت و در مواقعی که قند خون کودک بالا بود، ناگهان و به‌شدت گریه می‌کرد و رفتارهای تکانشی مثل داد و بیداد و سرزنش کردن نشان می‌داد. به گفته مادر، در این موقعیت‌ها کودک نیز به گریه می‌افتاد و آرزوی مرگ می‌کرد تا مادرش راحت شود. مادر هر روز گاهی چند بار به مدرسه سر می‌زد و هر شب کنار فرزندش می‌خوابید. پدر نسبت به مراقبت‌های بیش از حد ایشان معترض بود و مادر نیز نسبت به خریدهای بی‌ملاحظه پدر و عدم اهمیت به رژیم غذایی کودک شکایت داشت و اغلب با یکدیگر در این موارد دچار تعارض بودند. مادر علاوه بر فزون حمایت‌گری، دچار بی‌ثباتی هیجانی نیز بود و در مواجهه با جزئی‌ترین چالش‌ها به گریه می‌افتاد. این آزمودنی بعد از پایان جلسات بیان نمود؛ خیلی راحت‌تر با مسائل کنار می‌آید و سعی می‌کند از موضع همسر و پسرش هم به مسائل نگاه کند. اختلاف با همسرش در مدیریت تغذیه کودک کمتر شده و حتی همسر بعد از گذشت شش سال از ابتلای کودک برای اولین بار در مورد خریدن بستنی با ایشان مشورت نموده است. مادر به‌خوبی قادر به کنترل هیجاناتش شده بود و می‌گفت پس از درمان دیگر در مواجهه با مشکلات یا قند بالای کودکش گریه نکرده است و چون نقش خودش را در مسائل کم‌رنگ‌تر کرده، استرس کمتری را تجربه می‌کند. نمودار شکل ۲ تاییدکننده شواهد کلامی آزمودنی است. همان‌طور که مشاهده می‌شود نمرات خط پایه برای این آزمودنی در هر سه مقیاس از حد بالینی بالاتر بوده؛ اما در جلسه پایانی برنامه هر سه مقیاس به حد نرمال و محدوده طبیعی رسیده است. نمره کل استرس فرزندپروری برای این آزمودنی نیز پیش از برنامه ۱۲۵ و در حد بالای استرس بالینی قرار داشت که در پایان دوره به محدوده استرس نرمال رسید. این روند کاهشی نمرات در جلسات پیگیری نیز ادامه داشت. (**شکل ۲**)



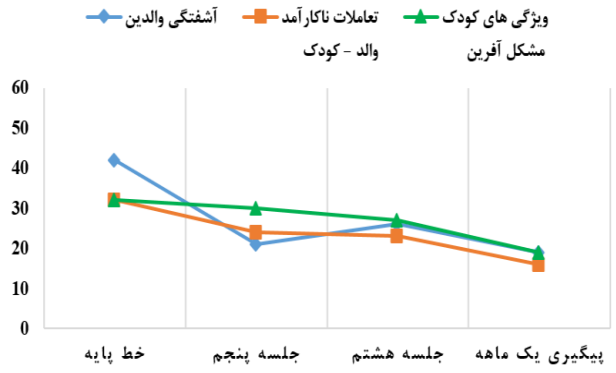
شکل شماره ۲:روند تغییرات مقیاس‌های استرس فرزندپروری در آزمودنی دوم

آزمودنی سوم یک مادر ۴۰ ساله دارای دختر ۱۲ ساله مبتلا به دیابت نوع یک و یک فرزند دیگر بود. او اذعان می‌کرد؛ اغلب اوقات تنش و استرس زیادی ندارد، اما در تعامل با دخترش معمولا دچار اختلاف نظر و بحث می‌شود و هر دو یکدیگر را به عدم درک و همدلی متهم می‌کنند. از عوامل استرس‌زای مادر در موارد درمانی، شکایت همیشگی دخترش نسبت به بیماری‌اش و عدم رعایت رژیم غذایی بود که پس از تلاش مادر برای قانع‌سازی او، ناراحتی و خشم کودک بیشتر می‌شد. علاوه بر این به اعتقاد مادر، پنهان‌کردن افراطی بیماری کودک از دوستانش منبع مهم استرس فرزندش بود، زیرا باعث عدم رعایت مراقبت‌های درمانی در مدرسه و برگشت به خانه با قند بالا می‌شد. ایشان در بازخورد کلامی پایان دوره، یادگیری و اجرای همدلی صحیح با فرزندش را نجات‌بخش رابطه برشمرد و بیان کرد؛ نه تنها خودش آرامش بیشتری دارد؛ حتی دخترش نیز کمتر بحث و پرخاشگری می‌کند و روابط با برادرش هم بهبود یافته است. همچنین برای اولین بار پس از گذشت ۸ سال از بیماری، حاضر شده انسولین و تست قند خونش را به مدرسه ببرد. بررسی نمودار شکل ۳ نشان می‌دهد نمرات خط پایه برای این آزمودنی در مقیاس‌های آشفتگی والدین و ویژگی‌های کودک مشکل آفرین از حد استرس بالینی پایین‌تر و در مقیاس تعاملات از حد استرس بالینی بالاتر بوده است؛ اما در جلسه پایانی هر سه مقیاس در محدوده نرمال قرار گرفته‌اند. نمره کل استرس فرزندپروری برای این آزمودنی نیز در طول برنامه روند کاهشی داشته که این روند، در پیگیری یک‌ماهه نیز برقرار بود. (**شکل ۳**)

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-17]



شکل شماره ۳: روند تغییرات مقیاس‌های استرس فرزندپروری در آزمودنی سوم



شکل شماره ۴: روند تغییرات مقیاس‌های استرس فرزندپروری در آزمودنی چهارم

آزمودنی چهارم یک مادر ۳۸ ساله دارای پسر ۱۱ ساله مبتلا به دیابت نوع یک بود. او اغلب در تعامل با فرزندش، درگیری و تنش بالایی را تجربه می‌کرد و در تمامی موارد، بخصوص مسائل درسی و تغذیه، کودک خود را به شدت کنترل و سرزنش می‌نمود که همین مساله، باعث پنهان‌کاری شدید کودک و استرس و مداخله‌گری بیشتر مادر شده بود. بعد از پایان برنامه، مادر بیان نمود که با کاربرد اصول والدگری تاملی، مداخله در جزئیات زندگی فرزندش را کاهش داده و آرامش بیشتری دارد. هم‌چنین متوجه شده بسیاری از لجبازی‌های فرزندش نتیجه سخت‌گیری‌های خودش بوده و اکنون ارتباطاتشان بهبود یافته است. نمودار شکل ۴ تاییدکننده شواهد کلامی آزمودنی است. همان‌طور که مشاهده می‌شود نمرات خط پایه برای این آزمودنی در مقیاس‌های آشفتگی والدین و تعاملات از حد بالینی بالاتر و در مقیاس ویژگی‌های کودک مشکل‌آفرین در مرز بالینی قرار داشته؛ اما در جلسه پایانی برنامه هر سه مقیاس به حد نرمال و محدوده طبیعی رسیده است. نمره کل استرس فرزندپروری برای این آزمودنی نیز پیش از برنامه ۱۰۶ و در محدوده بالینی قرار داشت که در پایان دوره به حد طبیعی رسید. این روند کاهشی نمرات در جلسات پیگیری نیز ادامه داشت. (**شکل ۴**)

به‌منظور ارزیابی تغییرات متغیر وابسته استرس فرزندپروری علاوه بر نمودارهای ترسیمی از تحلیل شاخص تغییر پایا نیز استفاده شده که نتایج آن در جدول ۲ آمده است. جهت سنجش این شاخص، انحراف استاندارد و پایایی ابزار PSI-SF منظور شده و مقدار شاخص پس از پایان جلسه هشتم و نیز در پیگری یک‌ماهه محاسبه گردیده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود مقادیر شاخص تغییر پایا از ۱/۹۶ بیشتر بوده و لذا با ۹۵٪ اطمینان می‌توان گفت که تغییرات مشاهده شده در نتیجه اجرای برنامه تقویت ذهنی‌سازی است. این روند اثربخشی بر متغیر وابسته استرس فرزندپروری در طول جلسات درمان مشهود بوده و در مرحله پیگیری نیز حفظ شده است. مواردی که در آن، مقدار شاخص تغییر پایا گزارش نشده؛ بدین معنی است که عملکرد والد در آن عامل در شروع برنامه در محدوده مطلوب بوده و تا انتهای برنامه نیز در وضعیت مطلوب باقی مانده است.

بحث و نتیجه‌گیری

نمرات خط پایه والدین دارای کودک مبتلا به دیابت نوع یک در مطالعه حاضر، نشان‌دهنده حد بالای استرس و قرارداشتن در محدوده بالینی است. نتایج سایر تحقیقات در این زمینه نیز همسو با این مطالعه حاکی از پریشانی والدین بخصوص مادران دارای کودک مبتلا به دیابت است. آنها استرس، علائم اضطراب و افسردگی بالایی را در مقایسه با والدین عادی نشان می‌دهند (۸, ۱۰)؛

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-17]

جدول شماره ۲: نمرات چهار آزمودنی در مقیاس‌های پرسشنامه استرس فرزندپروری و ارزیابی شاخص تغییر پایا

مقیاس	آزمودنی	خط پایه	جلسه پنجم	جلسه هشتم	شاخص تغییر پایا*	پیگیری یک‌ماهه	شاخص تغییر پایا**
آشفتگی والدین	آزمودنی اول	۵۴	۳۶	۲۲	۸/۱۲	۱۹	۸/۸۸
	آزمودنی دوم	۵۰	۳۵	۲۹	۵/۳۳	۲۲	۷/۱۱
	آزمودنی سوم	۲۹	۲۹	۲۶	-	۱۳	-
	آزمودنی چهارم	۴۲	۲۱	۲۶	۴/۰۶	۱۹	۵/۸۴
تعاملات ناکارآمد والد - کودک	آزمودنی اول	۳۲	۲۳	۱۶	۴/۱۷	۱۵	۴/۴۳
	آزمودنی دوم	۳۳	۳۱	۲۴	۲/۳۴	۲۱	۳/۱۳
	آزمودنی سوم	۳۵	۲۵	۲۶	۲/۳۴	۲۰	۳/۹۱
	آزمودنی چهارم	۳۲	۲۴	۲۳	۳/۳۴	۱۶	۴/۱۷
ویژگی‌های کودک مشکل آفرین	آزمودنی اول	۴۵	۳۷	۲۰	۵/۶۳	۱۶	۶/۵۳
	آزمودنی دوم	۴۲	۳۵	۳۰	۲/۷۰	۲۴	۴/۰۸
	آزمودنی سوم	۲۴	۲۵	۲۴	-	۲۰	-
	آزمودنی چهارم	۳۲	۳۰	۲۷	-	۱۹	-
مجموع مقیاس‌ها	آزمودنی اول	۱۳۱	۹۶	۵۸	۸/۳۸	۵۰	۹/۹۱
	آزمودنی دوم	۱۲۵	۱۰۱	۸۳	۴/۸۲	۶۷	۶/۶۶
	آزمودنی سوم	۸۹	۷۹	۷۶	-	۵۳	-
	آزمودنی چهارم	۱۰۶	۷۵	۷۶	۳/۴۴	۵۴	۵/۹۷

* پس از پایان برنامه ** در پیگیری یک‌ماهه

چرا که مراقبت‌های درمانی دیابت و پیش‌گیری از عوارض جدی این بیماری، والدین را در حالت گوش-به‌زنگی دائمی نگه داشته؛ هم‌چنین چالش‌های دائمی والد -کودک، باعث شکست ذهنی‌سازی و ناکارآمدی روابط بین آن‌ها می‌شود. تمامی این مسائل منجر به افزایش استرس فرزندپروری می‌گردد.

یافته دیگر مطالعه پیش‌رو نشان داد نمرات استرس فرزندپروری پس از اجرای برنامه در هر چهار شرکت-کننده نسبت به نمرات آن‌ها پیش از شروع برنامه کاهش معناداری داشته است. اگرچه تاکنون پژوهشی با رویکرد ذهنی‌سازی یا کنش تاملی درباره استرس والدین دارای کودک مبتلا به دیابت نوع یک منتشر نشده اما بررسی مطالعات نظام‌مند و فراتحلیل اثربخشی دیگر مداخلات روان‌شناختی، همسو با این یافته، حاکی از کاهش استرس والدین کودکان مبتلا به دیابت نوع یک است (۳۲-۳۴). هم‌چنین اثربخشی مداخلات ذهنی‌سازی بر روی والدین دارای کودک مبتلا به دیگر بیماری‌های مزمن یا سخت قابل استناد است. به‌عنوان مثال، نتایج پژوهش رمضانی‌وند و همکاران (۲۰۲۳) نشان دادند درمان مبتنی بر ذهنی-سازی بر روی بهبود تعامل والد-فرزندی و کاهش تنیدگی و استرس فرزندپروری در والدین دارای کودک مبتلا به نشانه‌های اختلال تیک موثر است (۳۵). هم‌چنین این مداخلات تاثیر مثبت معناداری بر والدگری تاملی والدین دارای کودک با مشکلات خاص مانند اوتیسم (۳۶) و بیش‌فعالی (۳۷) نیز داشته است. مالبرگ۱ (۲۰۱۳) نیز با به‌کارگیری درمان گروهی

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-17]

مبتنی بر ذهنی‌سازی برای نوجوانان مبتلا به بیماری مزمن کلیوی و والدین‌شان توانست به آن‌ها بقبولاند آگاهی از احساساتشان، در پیروی از دستورات پزشکی، نقش مفید و موثری دارد (۲۵).

میجلی[8] و همکاران (۲۰۲۱) در مطالعه مروری نظام‌مند اعلام کردند مداخلات مبتنی بر ذهنی‌سازی عموما اثربخشی مثبتی در بهبود ذهنی‌سازی والدین، خودکارآمدی و کاهش استرس آن‌ها داشته است (۳۸). البته کامویرانو[9] (۲۰۱۷) پس از بررسی ۴۷ پژوهش در زمینه مداخلات ذهنی‌سازی برای والدین، ضمن تایید این-که ذهنی‌سازی، فرزندپروری را کارسازتر می‌کند؛ سوالات و تردیدهایی را در رابطه با نقش مهارت‌های کلامی و توانایی بیان افکار و هیجانات والدین در بروز ذهنی‌سازی آن‌ها مطرح کرد و ضرورت انجام تحقیقات بیشتر در این زمینه را نشان داد (۳۹). در تبیین این مساله می‌توان گفت یکی از مهم‌ترین محورهای مداخلات ذهنی‌سازی، کمک به آگاهی از هیجانات و تنظیم آن در والدین است تا بتوانند در ارتباط با کودک، درونیات خود را به‌صورت موثری بیان کنند و با همدلی، شنوای احساسات فرزند خود نیز باشند. برنامه به‌کار گرفته شده در این پژوهش، به والدین دارای کودک مبتلا به دیابت نوع یک کمک می‌کند تا با شرکت در بحث‌های گروهی علاوه بر تمرین بیان احساسات خود، کاربرد مهارت‌های توجه به‌دیگری، همدلی و کنجکاوی را در مدرس ببینند و در نهایت بتوانند در موقعیت ارتباطی با فرزند خود این مهارت‌ها را به‌کار گیرند. به‌نظر می‌رسد آموزش یک‌طرفه و غیرتعاملی برنامه ذهنی‌سازی و یا کاربرد آن برای شرکت‌کنندگانی که در مهارت‌های کلامی ضعیف-ترند یا از سطح تحصیلات و هوش کمتری برخوردار هستند، اثربخشی کمتری خواهد داشت و نیازمند تمرین و کاربست بیشتر این مهارت‌ها در راستای شناسایی صحیح، نام‌گذاری و تنظیم استرس والدین و فرزندشان است.

یکی دیگر از یافته‌های این پژوهش، بهبود وضعیت و کاهش نمرات استرس هر چهار شرکت‌کننده در مرحله پیگیری یک ماهه نسبت به جلسه آخر بود. در تبیین علت این مساله می‌توان گفت والدین با مشاهده تاثیر والدگری تاملی بر تغییر رفتار فرزند خود، انگیزه بیشتری برای به‌کارگیری اصول ذهنی‌سازی پیدا می‌کردند و این مساله با گذشت زمان، آشکار گردیده و باعث احساس خودکارآمدی و کاهش استرس فرزندپروری در آن‌ها شده بود.

در نهایت می‌توان گفت برنامه تقویت ذهنی‌سازی والدین دارای کودک مبتلا به دیابت نوع یک، باعث تغییر نگرش، تنظیم هیجانات، تغییر رفتار آنها با کودک در موارد چالش‌زا و در نهایت کاهش استرس فرزندپروری آن‌ها می‌شود. والدین قادر می‌شوند علاوه بر ذهن خود، ذهن کودک را هم در نظر بگیرند و از زاویه دید او مسائل را درک کنند، همچنین به‌طور موثری درونیات خود را به او انتقال دهند. این برنامه به والدین کمک می‌کند تا رفتارهای غیرهمدلانه یا همراه با پرخاشگری برای کنترل تغذیه کودک را کنار بگذارند، چرا که در فرآیند درمان درک می‌کنند این رفتارها نه تنها کمکی به سلامت جسمی روانی و تنظیم قندخون کودک نمی‌کند، بلکه به‌دلیل بالا بودن سطح هیجانات باعث شکست ذهنی‌سازی و تشدید لجبازی و سرکشی کودک نیز می‌شود. از آن‌جا که برنامه تقویت ذهنی‌سازی ویژه والدین دارای فرزند مبتلا به دیابت نوع یک، پس ازساعت‌ها گفت-وگو، بر اساس مشکلات ذهنی‌سازی و منابع استرس این افراد تدوین شده و در مرحله اجرا نیز با مشارکت والدین در بحث‌ها و ارائه تمرین صورت گرفته است؛ شواهد کلامی شرکت‌کنندگان حاکی از آن است که این برنامه علاوه بر کاهش استرس فرزندپروری، باعث بهبود روابط والد فرزندی، تقویت تاب‌آوری کودک و پای‌بندی بیشتر او نسبت به درمان‌های پزشکی می‌شود.

این پژوهش با محدودیت‌هایی نیز روبه‌رو بوده است. با توجه به فشارهای اقتصادی و گران‌باری مسئولیت‌های والدگری کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن مثل دیابت نوع یک، عدم تمایل پدران برای شرکت در این برنامه‌ها، می‌تواند از محدودیت‌های موجود در این پژوهش باشد. علاوه بر این اجرای برنامه برای کودکان در گروه سنی دبستان، ساکن در شهر اصفهان ممکن است به‌عنوان محدودیت در شمول افراد گوناگون به‌شمار آید. از این‌رو پیشنهاد می‌شود این برنامه برای گروه‌های متفاوت با این گروه نیز اجرا گردد. اگرچه روش تک‌آزمودنی به بررسی عمیق و همه‌جانبه‌تر افراد کمک می‌کند، ولی پیشنهاد می‌شود این برنامه با

[8] Midgley

[9] Camoirano

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-17]

روش‌های دیگری مثل طرح‌های آزمایشی با پس آزمون پیش آزمون نیز اجرا و گزارش شود. هم‌چنین مناسب‌سازی و به‌کارگیری این برنامه برای دیگر والدین تحت شرایط دشوار یا دارای کودکان مبتلا به دیگر بیماری‌های مزمن پیشنهاد می‌شود. در نهایت این برنامه می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای موثر جهت کمک به تنظیم هیجانات و استرس والدین دارای کودک مبتلا به دیابت نوع یک و بهبود فرزندپروری آن‌ها، توسط کادر پزشکی توصیه و در مراکز درمانی روان‌شناختی به‌کار گرفته شود.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می دارند هیچگونه تعارض منافع در پژوهش حاضر وجود ندارد.

حمایت مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است

ملاحظات اخلاقی

شرکت کنندگان در پژوهش حاضردرباره محرمانه ماندن اطلاعات، چگونگی انجام طرح و همچنین هدف از انجام این طرح توجیه شدند و پس از کسب رضایت آگاهانه وارد پژوهش شدند. همه شرکت کنندگان در مورد جزئیات مطالعه مطلع شدند و از آنها خواسته شد تا فرم رضایت نامه را بخوانند وامضاء کنند.

تشکر وقدردانی

از والدین کودکان مبتلا به دیابت نوع یک که در انجام پژوهش همکاری بی‌نظیری داشتند و هم‌چنین کارشناسان موسسه علمی به‌رویان اصفهان به‌ویژه سرکار خانم عشقی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و همکاران بیمارستان کودکان امام حسین (علیه‌السلام) به‌ویژه سرکار خانم قانع کمال تشکر را داریم.

سهم نویسندگان

سهم تمام نویسندگان برابر است.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-17]

References

1. Ogle GD, Gregory GA, Wang F, Robinson TI, Maniam J, Magliano DJ, Orchard TJ. The T1D index: implications of initial results, data limitations, and future development. Current Diabetes Reports. 2023;23(10):277-91.

2. Forouhi NG, Wareham NJ. Epidemiology of diabetes. Medicine. 2010;38(11):602-6.

3. Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson J, Loscalzo J. Harrison's principles of internal medicine. US: McGraw-Hill; 2015.

4. American-Diabetes-Association. Standards of medical care in diabetes—2015 abridged for primary care providers. Clinical diabetes. 2015;33(2):97-111.

5. Grudziąż-Sękowska J, Zamarlik M, Sękowski K. Assessment of Selected Aspects of the Quality of Life of Children with Type 1 Diabetes Mellitus in Poland. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021;18(4):2107-19.

6. Haegele JA, Holland SK, Hill E. Understanding parents' experiences with children with type 1 diabetes: A qualitative inquiry. International Journal of Environmental Research Public Health. 2022;19(1):554-63.

7. Kimbell B, Lawton J, Boughton C, Hovorka R, Rankin D. Parents' experiences of caring for a young child with type 1 diabetes: a systematic review and synthesis of qualitative evidence. BMC pediatrics. 2021;21(1):1-13.

8. Van Gampelaere C, Luyckx K, van der Straaten S, Laridaen J, Goethals ER, Casteels K, et al. Families with pediatric type 1 diabetes: A comparison with the general population on child well-being, parental distress, and parenting behavior. Pediatric Diabetes. 2020;21(2):395-408.

9. Costa-Cordella S. Mentalizing Diabetes in the Mother-Child Dyad. Ph. D. Thesis; UK: UCL (University College London); 2019.

10. Bassi G, Mancinelli E, Di Riso D, Salcuni S. Parental stress, anxiety and depression symptoms associated with self-efficacy in paediatric type 1 diabetes: a literature review. Innternational Journal of Environmental Research and Public Health. 2021;18(1):152-71.

11. Hilliard M, Monaghan M, Cogen F, Streisand R. Parent stress and child behaviour among young children with type 1 diabetes. Child: care, health and development. 2011;37(2):224-32.

12. Abidin R. Parenting Stress Index, 3rd edn. US: PAR (Psychological Assessment Resource) Inc.; 1995.

13. Nieuwesteeg A. Parent-child interactions and parenting stress in families with a young child with type 1 diabetes. Netherlands: Tilburg University; 2015.

14. Lindström C, Åman J, Norberg AL, Forssberg M, Anderzén-Carlsson A. "Mission impossible"; the mothering of a child with type 1 diabetes–from the perspective of mothers experiencing burnout. Journal of Pediatric Nursing. 2017;36:149-56.

15. Tremolada M, Cusinato M, Bonichini S, Fabris A, Gabrielli C, Moretti C. Health-related quality of life, family conflicts and fear of injecting: perception differences between preadolescents and adolescents with type 1 diabetes and their mothers. Behavioral Sciences. 2021;11(7):98-101.

16. Sanz-Nogués C, Mustafa M, Burke H, O'Brien T, Coleman CM. Knowledge, perceptions and concerns of diabetes-

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-17]

associated complications among individuals living with type 1 and type 2 diabetes mellitus. Healthcare. 2020;8(1):25-36.
17. Madanifar T, Seyed Mousavi P, Hashemipour M, Tabrizi M, Koohi M. Epidemiology of Psychological Problems in Children with T1D in Isfahan Province. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2022;20(3):541-51. [Persian]
18. Akbarizadeh M, Naderifar M, Ghaljaei F. Prevalence of depression and anxiety among children with type 1 and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. World Journal of Pediatrics. 2022;18(1):1-11.
19. Vlahou CH, Petrovski G, Korayem M, Al Khalaf F, El Awwa A, Mahmood OM, et al. Outpatient clinic-wide psychological screening for children and adolescents with type 1 diabetes in Qatar: An initiative for integrative healthcare in the Gulf region. Pediatric Diabetes. 2021;22(4):667-74.
20. Shokrkhodai N, Yousefi Z. Comparison the behavioral disorders and mother-child relationship in diabetic and normal children of Isfahan city. Journal of Excellence in Counseling and Psychotherapy. 2020;35(9):1-10. [Persian]
21. Luyten P, Fonagy P. An integrative, attachment-based approach to the management and treatment of patients with persistent somatic complaints. Improving patient treatment with attachment theory: A guide for primary care practitioners and specialists. UK: Springer; 2016. p. 127-44.
22. Midgley N, Ensink K, Lindqvist K, Malberg N, Muller N. Mentalization-based treatment for children: A time-limited approach. USA: American Psychological Association; 2017.
23. Ensink K, Mayes LC. The development of mentalisation in children from a theory of mind perspective. Psychoanalytic Inquiry. 2010;30(4):301-37.
24. Midgley N, Vrouva I. Minding the child: Mentalization-based interventions with children, young people and their families. Canada: Routledge; 2013.
25. Malberg NT. Mentalization based group interventions with chronically ill adolescents: An example of assimilative psychodynamic integration?. Journal of Psychotherapy Integration. 2013;23(1):5-13.
26. Madanifar T, Seyed Mousavi P, Hashemipour M, Tabrizi M, Koohi M. Design and Validation of the Mentalization Promoting Program for Parents of Children with Type 1 Diabetes and Its Effectiveness on Parents' Reflective Functioning and the Child's Emotional-Behavioral Problems: A Single-Subject Study. Journal of Counseling Research. 2024;23(89):118-155. [Persian]
27. Seyf AA. Single-subject research projects. Quarterly Journal of Education. 1987;10:20-38. [Persian]
28. Patel ZS, Maylott SE, Andrew Rothenberg W, Jent J, Garcia D. Parenting stress across time-limited parent-child interaction therapy. Journal of Child and Family Studies. 2022;31(11):3069-84.
29. Amanelahi A, Shadfar A, Aslani K. Effects of child-parent relationship therapy on maternal parenting stress and parental acceptance of primary school children Quarterly Journal of Family and Research. 2019;15(4):103-20. [Persian]
30. Dardas L, Ahmad M. Psychometric properties of the Parenting Stress Index with parents of children with autistic

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-17]

disorder. Journal of Intellectual Disability Research. 2014;58(6):560-71.
31. Fadaei Z, Dehghani M, Tahmasian K, Farhadei F. Investigating reliability, validity and factor structure of parenting stress-short form in mothers of 7-12 year-old children [in Persian]. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2011;8(2):81-91. [Persian]
32. Marker AM, Monzon AD, Nelson E-L, Clements MA, Patton S. An intervention to reduce hypoglycemia fear in parents of young kids with type 1 diabetes through video-based telemedicine (REDCHiP): trial design, feasibility, and acceptability. Diabetes technology therapeutics. 2020;22(1):25-33.
33. Feldman MA, Anderson LM, Shapiro JB, Jedraszko AM, Evans M, Weil LE, et al. Family-based interventions targeting improvements in health and family outcomes of children and adolescents with type 1 diabetes: A systematic review. Current Diabetes Reports. 2018;18:1-12.
34. Shahriari Y, Ghasemzadeh S, Kashani Vahid L, Vakili S. The effectiveness of unified transdiagnostic treatment protocols on parental stress and depression in adolescents with type 1 diabetes. Daneshvar Medicine. 2022;30(1):72-83. [Persian]
35. Ramezani F, Heshmati R, Hashemi T. The effectiveness of mentalization-based therapy on parent-child interaction and parenting stress: a randomized controlled trial study on children with symptoms of tic disorders and their mothers. Journal of Applied Family Therapy. 2023;4(3):199-214. [Persian]
36. Enav Y, Erhard-Weiss D, Kopelman M, Samson AC, Mehta S, Gross JJ, et al. A non randomized mentalization intervention for parents of children with autism. Autism Research. 2019;12(7):1077-86.
37. Gershy N, Gray SA. Parental emotion regulation and mentalization in families of children with ADHD. Journal of attention disorders. 2020;24(14):2084-99.
38. Midgley N, Sprecher EA, Sleed M. Mentalization-based interventions for children aged 6-12 and their carers: A narrative systematic review. Journal of Infant, Child, Adolescent Psychotherapy. 2021;20(2):169-89.
39. Camoirano A. Mentalizing makes parenting work: A review about parental reflective functioning and clinical interventions to improve it. Frontiers in psychology. 2017;8:1-12.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-17]