

تدوین و روایی‌یابی برنامه مراقبتی والدینی مبتنی بر تجارب زیسته مادران دارای کودک مبتلا به دیابت

Compilation and Validation of a Parental Care Program based on Lived Experiences of Mothers of children with Diabetes

<https://dx.doi.org/10.52547/JFR.19.2.271>

KH. Belkameh, Ph.D. Student

Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran

H. Farhadi, Ph.D.

Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran

F. Khayatan, Ph.D.

Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran

خدیجه بلکامه

گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)

هادی فرهادی

گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)

فلور خیاطان

گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۱۱/۸

دریافت نسخه اصلاح‌شده: ۱۴۰۲/۴/۴

پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۴/۱۶

Abstract

The aim of this research is to develop and validate a parental care program based on the lived experiences of mothers with diabetic children. Using the qualitative method and phenomenological approach, 16 mothers with diabetic children were selected using a targeted sampling method, and then through a semi-structured interview, information on the care factors of diabetic

چکیده

هدف پژوهش تدوین و روایی‌یابی برنامه مراقبتی والدینی، مبتنی بر تجارب زیسته مادران دارای کودک مبتلا به دیابت بود. با روش کیفی و رویکرد پدیدارشناسی، ۱۶ مادر دارای کودک مبتلا به دیابت، با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و سپس از طریق مصاحبه نیمه‌ساختاریافته، اطلاعات در زمینه عوامل مراقبتی کودکان مبتلا به دیابت جمع‌آوری شد.

✉Corresponding author: Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Isfahan Islamic Azad University (Khorasgan), Isfahan, Iran.

Email: farhadihadi@yahoo.com

✉نویسنده مسئول: اصفهان، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، گروه روان‌شناسی

پست الکترونیکی: farhadihadi@yahoo.com

children was collected. The analysis of data using the Claizzeri method showed 4 main themes including "impact on individual characteristics", "impact on family", "concerns", and "needs" and 18 sub-themes were classified. According to these themes, a parental care program was designed and compiled in 14 sessions for mothers and 6 sessions for children with diabetes. Validation results showed that the minimum and maximum CVR for each component of the program were calculated as 0.81 and 1, respectively. The minimum and maximum amount of CVI for each item or component of the program was obtained as 0.80 and 1, respectively. The average content validity index for the whole program was 0.96. The results showed that the parental care program based on the lived experiences of mothers with diabetic children has good form and content validity and has the necessary validity for educational, clinical and research applications.

Keywords: validation, parental care program, lived experiences.

در تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش کلابزری ۴ مضمون اصلی شامل «تأثیر بر ویژگی‌های فردی»، «تأثیر بر خانواده»، «نگرانی‌ها»، و «نیازها» و ۱۸ مضمون فرعی طبقه‌بندی شد و مطابق با این مضامین، یک برنامه مراقبتی والدینی در ۱۴ جلسه ویژه مادران و ۶ جلسه ویژه کودکان مبتلا به دیابت طراحی و تدوین شد. نتایج روایی‌یابی نشان داد حداقل و حداکثر میزان CVR برای هر آیتم یا جزء برنامه، به ترتیب ۰/۸۱ و ۱ است. همچنین حداقل و حداکثر میزان CVI برای هر آیتم یا جزء برنامه به ترتیب ۰/۸۰ و ۱ به دست آمد. در نهایت، متوسط شاخص روایی محتوا برای کل برنامه ۰/۹۶ به دست آمد. نتایج نشان داد برنامه مراقبتی والدینی مبتنی بر تجارب زیسته مادران دارای کودک مبتلا به دیابت از روایی صوری و محتوایی مناسبی بهره‌مند است و روایی لازم را برای کاربردهای آموزشی، بالینی و استفاده پژوهشی دارد.

کلیدواژه‌ها: روایی‌یابی، برنامه مراقبتی والدینی، تجارب زیسته

مقدمه

دیابت^۱، شایع‌ترین اختلال غدد درون‌ریز در کودکان و نوجوانان است. دیابت در کودکان همچون بزرگسالان به علت کمبود ترشح یا کارکرد انسولین یا هر دو به وجود می‌آید و موجب اختلال در سوخت‌وساز مواد قندی، پروتئین و چربی می‌شود. از آنجایی که دیابت نوع یک، تغییرات دائمی در کودکان ایجاد می‌کند و این تغییرات بر عملکرد جسمی، روانی، اجتماعی، ارتباطی و تحصیلی آنان تأثیر می‌گذارد، این بیماران در صورت عدم توانایی در کنترل مطلوب دیابت، با تغییرات وسیع در شیوه‌های زندگی روبه‌رو خواهند شد که به شرایط تهدیدکننده و ناتوانی آنان منجر می‌شود. به این دلیل، استرس، افسردگی، اضطراب و خشم زیادی را تجربه می‌کنند (افشاری و گرجی^۲، ۱۳۹۸). شایع‌ترین شکل دیابت، در سنین خردسالی، دیابت نوع یک است

که در نتیجه تخریب اتوایمیون^۳ سلول‌های بتا، مولد انسولین در جزایر پانکراس ایجاد می‌شود. بیماران مبتلا به دیابت نوع یک کمبود دائمی انسولین داشته و نیاز به انسولین دارند (هوکنبری و ویلسون^۴، ۲۰۱۵). این شکل دیابت، معمولاً در سنین بین ۱۱ تا ۱۳ سال شایع‌تر است. این بیماری در کودکان کوچک‌تر از ۵ سال نادر می‌باشد، با این حال حتی در نوزادان چندروزه نیز بیماری قند ممکن است دیده شود (بایلوس^۵، ۱۳۹۱). در بیماری دیابت نوع یک، سیستم دفاعی بدن به سلول‌های بتای انسولین‌ساز پانکراس حمله و آن‌ها را تخریب می‌کند. در نتیجه، بدن انسولین موردنیاز خود را تأمین نمی‌کند و کودک برای ادامه زندگی باید انسولین موردنیاز خود را به صورت تزریق روزانه دریافت کند (زیسبرگ ولانگ^۶، ۲۰۱۵). درمان توصیه‌شده برای این بیماری مزمن، بسیار پیچیده و دست‌وپاگیر است و حداقل چهار مرتبه در روز، به اندازه‌گیری قند خون، کنترل و رصد جذب کربوهیدرات‌های رژیم‌های غذایی، تزریق روزانه سه یا چهار بار انسولین و اصلاح دائمی میزان انسولین تزریقی متناسب با رژیم غذایی و میزان فعالیت‌های روزانه کودک نیاز دارد (انجمن دیابت آمریکا^۸، ۲۰۱۳). در صورت عدم‌مدیریت صحیح دیابت، عوارض کوتاه‌مدت مثل هیپوگلیسمی^۹، هایپرگلیسمی^{۱۰}، کتواسیدوز^{۱۱} دیابتی (بالارفتن خطرناک کتون‌ها در خون فرد مبتلا به دیابت به دلیل سوزاندن چربی به‌عنوان منبع انرژی) و عوارض بلندمدت مثل نوروپاتی^{۱۲} و نفروپاتی^{۱۳} و آسیب‌های قلبی - عروقی^{۱۴} رتینوپاتی عارض می‌شود (پوتون، دولان، اسمیت و توماس^{۱۵}، ۲۰۱۳).

از آنجا که کودکان به‌تنهایی از مدیریت بیماری خود ناتوان هستند، عمده مسئولیت انجام تکالیف درمانی و مراقبتی بر عهده والدین، خصوصاً مادر است که استرس و آشفتگی‌های زیادی برای او به همراه خواهد داشت. والدین مرز باریکی بین بالارفتن و پایین‌افتادن قند خون کودک گزارش می‌کنند و در صورتی که نتوانند این تعادل را برقرار کنند، احساس گناه و تقصیر می‌کنند. محدودیت قائل شدن برای رژیم غذایی و فعالیت‌های کودک و انجام مراقبت‌های دردناک روزانه (اندازه‌گیری قند خون و تزریق انسولین)، علاوه بر استرس و فشار زیادی که به والدین تحمیل می‌کند، برای کودکان هم بسیار ناخوشایند است و اغلب نسبت به آن مقاومت نشان می‌دهند. همان‌طور که پژوهش‌ها نشان می‌دهد این بیماری اثرات منفی زیادی بر سلامت روان و کیفیت زندگی فرد مبتلا و خانواده‌اش دارد. به‌طوری که کودکان مبتلا به دیابت نوع یک، بیشتر از کودکان سالم در خطر ابتلا به اختلالات روان‌شناختی مثلاً افسردگی، اضطراب، اختلالات خوردن و اختلالات رفتاری مثل پرخاشگری و نافرمانی هستند و کیفیت زندگی^{۱۶} در خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به دیابت پایین است و این امر رابطه مستقیم با کاهش کیفیت زندگی کودک، آشفتگی‌های روانی و پایین بودن کنترل متابولیک در کودک دارد (استریسند، مکوی و هرگ^{۱۷}، ۲۰۱۰؛ دویت و اسنوک^{۱۸}، ۲۰۱۱؛ مادریجال و همکاران^{۱۹}، ۲۰۲۰؛ سنجر، پیروی و مهرداد^{۲۰}، ۲۰۲۱). تجربه سبک زندگی ناخوشایند پس از تشخیص دیابت فرزند، محدودیت‌های اجتماعی و ارتباطی، کاهش اعتمادبه‌نفس درمورد محافظت از کودک، احساس منفی از دست‌دادن یک کودک سالم و آشفتگی‌های روانی حاصل از مدیریت فشرده دیابت، بالا بودن استرس فرزندپروری و استرس مرتبط با مراقبت از کودک بیمار، بروز حملات هیپوگلیسمی و تعارضات حول محور دیابت از جمله دلایل پایین بودن کیفیت زندگی در والدین دارای فرزند مبتلا به دیابت گزارش شده است (موریتا^{۲۱}، ۲۰۱۴). تقریباً در اکثر پژوهش‌های انجام‌شده در حوزه دیابت نوع یک و دستورالعمل‌های کاربردی کلینیکی انجمن دیابت آمریکا و کانادا، به انجام مداخلات روان‌شناسی، برای بهبود کیفیت زندگی خانواده‌های

دارای فرزند مبتلا به دیابت با هدف پیشگیری از ابتلا به اختلالات روانی در والدین و فرزند مبتلا و کنترل متابولیک بهتر در کودک تأکید شده است (سازمان بهداشت جهانی^{۲۲}، ۲۰۱۹).

این نکته قابل توجه است که کیفیت زندگی تنها محدود به کنترل علائم نمی‌شود و آنچه در درمان یک بیماری مزمن چون دیابت دارای اهمیت است، علاوه بر کنترل علائم بیماری، بهبود کیفیت زندگی بیمار است (مرتضوی مقدم و حسینی^{۲۳}، ۱۳۹۱). بررسی و تحقیقات فراوان در مورد آثار دیابت نوع یک بر طول مدت و کیفیت زندگی بیماران نشان داده که علاوه بر مواجه شدن با مشکلات طولانی مدت، این بیماران همواره در معرض ترس از افت قند خون، اجبار در تزریق انسولین و نیاز به آزمایش‌های مکرر هستند. در واقع آن‌ها به بیماری خاصی مبتلا هستند که با وجود درمان، عوارض سختی ممکن است برایشان در پی داشته باشد که باعث اضطراب و برخی مشکلات روانی می‌گردد. با توجه به درصد ابتلا به بیماری و نیازهایی که در مراحل خاص رشد، بیماران با آن مواجه هستند، سازمان بهداشت جهانی اعلام کرده که باید به نیازهای کودکان اولویت خاص داده شود. حمایت از سلامت جسمی و روانی کودکان می‌تواند یکی از بهترین سرمایه‌گذاری‌ها در جهت توسعه اجتماعی و اقتصادی کشورها محسوب شود که برای رسیدن به این هدف باید سلامتی کودکان مورد توجه کافی قرار گیرد. بروز دیابت علاوه بر داشتن اهمیت فراوان برای فرد مبتلا، برای والدین به‌ویژه مادران حائز اهمیت است (اوهام و کیم^{۲۴}، ۲۰۲۰).

عقیده بر این است که آموزش می‌تواند در رفتار بهداشتی تغییر ایجاد کند و در شناخت و درک والدین از بیماری مؤثر واقع شود. امروزه به آموزش و مراقبت در دیابت بیش از درمان تأکید شده است. از جمله مواردی که به ارتقای کیفیت زندگی خانواده‌های دارای کودک مبتلا به دیابت کمک می‌کند و موجب بهبود وضعیت کودک و کاهش عوارض می‌شود، افزایش دانش و آگاهی والدین در خصوص نحوه مراقبت می‌باشد. از آنجا که کودکان در انجام مراقبت از خود وابسته به والدین هستند، برای آشنایی خانواده کودکان مبتلا به دیابت با شیوه‌های پیشگیری، مراقبتی و کنترل بیماری مداخلات آموزش باید صورت گیرد (سنجری، پیروی و مهرداد، ۲۰۲۱).

در صورتی که برنامه مراقبتی و آموزشی مبتنی بر تجارب زیسته مراقب یا مادر کودک باشد، می‌تواند تأثیر بسزایی داشته باشد. چراکه با مطرح شدن رویکرد روان‌شناسی مثبت و تأکید آن بر ظرفیت‌ها و توانایی‌های افراد، به جای تأکید صرف بر آسیب‌ها، بررسی تجارب مثبت بیماری‌های مزمن از جمله دیابت نوع یک بر بافت درون خانوادگی نیز مورد توجه قرار گرفته است (سلیگمن، سیکزمنه‌پالیاس^{۲۵}، ۲۰۰۰؛ به نقل از نعمتی^{۲۶}، ۱۳۹۸). در این راستا، شناخت کودک، قدر دانستن اوقات مثبت روزانه، رشد مشارکت با کودک، ذوق کردن بالا، ناچیز شمردن آسیب، سخت‌نگرفتن بیش از حد، یادگیری، حامی بودن و تجربه رشد شخصی، مواردی از ادراک و تجارب زیسته والدین دارای فرزندان با دیابت نوع یک است که از دیدگاه روان‌شناسی، مثبت گزارش شده است (اسزروسکی و برایس^{۲۷}، ۲۰۱۶). مجموعه شواهد موجود در ارتباط با ساختار خانوادگی کودکان با بیماری مزمنی همچون دیابت نشان می‌دهد که این گروه از خانواده‌ها در گزارش‌های خود، هم تأثیرات مثبت و هم منفی از حضور کودک خود در بافت خانواده گزارش می‌دهند؛ به طوری که با وجود گزارش تجارب منفی مثل تجربه تنیدگی‌های مزمن، تجربه تحول شخصی نیز در این گروه از خانواده‌ها مورد توجه است.

نتایج پژوهش‌های قبلی نشان می‌دهد عوامل مختلفی از جمله عوامل فردی، خانوادگی، آموزشی و اجتماعی می‌تواند بر کنترل بیماری و ارتقای کیفیت زندگی در کودکان با دیابت تأثیر بگذارد (خنجریان و آهنی^{۲۸}، ۱۳۹۷؛ خلیلی^{۲۹} و همکاران، ۱۳۹۹؛ حاجی‌نیا^{۳۰} و همکاران، ۱۴۰۰؛ اوزکلک^{۳۱} و همکاران، ۲۰۱۹؛ آیوینو^{۳۲} و همکاران، ۲۰۲۱؛ سائول^{۳۳} و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین مداخلاتی از جمله بازی‌درمانی، برنامه جامع کیفیت درمانی زندگی، شناختی‌رفتاری، درمان فعال‌سازی رفتاری مبتنی بر تغییر سبک زندگی، روان‌شناسی مثبت‌نگر، آموزش دلگرم‌سازی و تنظیم هیجان در بهبود و کنترل بیماری دیابت در کودکان مؤثر بوده است (سلطانی‌زاده^{۳۴} و همکاران، ۱۳۹۷؛ عصارزادگان و رئیسی^{۳۵}، ۱۳۹۸؛ یزدی^{۳۶} و همکاران، ۱۳۹۹؛ همت‌مکان^{۳۷} و همکاران، ۱۴۰۰؛ رضایی کوخدان^{۳۸} و همکاران، ۱۴۰۰؛ فرارری^{۳۹} و همکاران، ۲۰۱۸؛ دب^{۴۰} و همکاران، ۲۰۱۸؛ هانان^{۴۱} و همکاران، ۲۰۱۹؛ وینکلی^{۴۲} و همکاران، ۲۰۲۰؛ مائوری^{۴۳} و همکاران، ۲۰۲۱).

اما علی‌رغم تلاش‌ها و پژوهش‌های گسترده در زمینه کودکان مبتلا به دیابت، وجود پژوهشی کیفی در زمینه تدوین برنامه مراقبتی برای این کودکان، بر اساس تجربه‌های واقعی مادران ایرانی دارای کودک مبتلا به دیابت، با توجه به فرهنگ بومی ایرانی خالی است؛ چراکه برنامه‌های درمانی و آموزشی، همه در جهت حذف علائم بدون در نظر گرفتن تجارب زیسته والدین این کودکان و شرایطی که دیابت برای کودک از لحاظ روان‌شناختی و اجتماعی ایجاد می‌کند، می‌باشد. پژوهشگرانی از جمله شریفی^{۴۴} و همکاران (۲۰۲۲)، حاجی‌نیا و همکاران (۱۴۰۰)، مروج^{۴۵} و همکاران (۱۳۹۹)، گیاثوندیان^{۴۶} و همکاران (۱۳۹۶)، السوبکای^{۴۷} و همکاران (۲۰۲۳) نشان دادند مدل‌های خودمدیریتی و خودمراقبتی در بهبود کنترل این علائم، کاهش مشکلات مرتبط، افزایش مراقبت‌های پرستاری مفید است و در کل، کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد. اما نیاز به پیگیری و رعایت چیزهایی که مانع دسترسی به این برنامه‌ها می‌شود و نیز مطابقت با تجارب زیسته والدین دارای کودک مبتلا به دیابت نوع یک دارد تا اثربخشی آن‌ها را افزایش دهد و همه جوانب زندگی کودک مبتلا به دیابت را دربرگیرد. بنابراین تدوین یک برنامه مراقبتی مبتنی بر تجربه‌های واقعی مادران این کودکان مبتلا به دیابت نوع یک، می‌تواند خلأهای پژوهشی و آموزشی در این حوزه را مرتفع سازد و منجر به شناخت و درک واقعی تجربه‌ها و عوامل مؤثر بر مراقبت از این کودکان شود. لذا پژوهشگر سعی دارد به درک تجارب مادران دارای کودک مبتلا به دیابت در زمینه عوامل مراقبتی کودک بپردازد و بر اساس این تجربیات، مداخله مراقبتی را به‌منظور بهبود و کنترل بیماری و بهبود کیفیت زندگی این کودکان مبتلا به دیابت طراحی و روایی‌یابی نماید.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

بخش کیفی

طرح پژوهش حاضر ترکیبی از نوع اکتشافی و دارای دو مرحله است: مرحله کیفی و مرحله کمی؛ در مرحله کیفی، از روش پدیدارشناسی تجارب زیسته استفاده شد. در این تحقیق، ابتدا مشارکت‌کنندگان با

توجه به هدف مطالعه که توصیف و فهم عمیق تجربیات مادران دارای کودک مبتلا به دیابت بود، از میان جامعه موجود، یعنی مادران دارای کودک مبتلا به دیابت شهر اصفهان انتخاب شدند. گردآوری اطلاعات در این پژوهش به وسیله مصاحبه ژرف‌نگر صورت گرفت؛ چراکه در این‌گونه مطالعات، منبع اصلی اطلاعات گفت‌وگوی عمیق و ژرف پژوهشگر و مشارکت‌کنندگان است. پژوهشگر بدون اینکه بکوشد تا جهت خاصی به گفت‌وگو بدهد، سعی کرد تا به دنیای واقعی و تجربیات زندگی فرد دست یابد. همچنین ضمن اطمینان‌دادن به مشارکت‌کنندگان در مورد پشتوانه علمی و محرمانه‌ماندن بیانات، اطلاعات و هویت آن‌ها، مصاحبه‌ها انجام شد. به‌منظور دقت و روایی یافته‌ها از روش مصاحبه، در صورت لزوم بعضی مباحث در مصاحبه تکرار و نیز از نظر تکمیلی برخی معلمان و والدین نیز استفاده شد. میزان ارتباط، دانش و تجارب قبلی پژوهشگر (پژوهشگر پانزده سال در روان‌شناسی کودکان با بیماری‌های مزمن فعالیت داشته است) با موضوع پژوهش و مشارکت‌کنندگان توانست بر مقبولیت داده‌ها دلالت کند. از آنجا که در تحقیقات کیفی، تمرکز بیشتر روی اطلاعات به‌دست‌آمده از موقعیت یا واقعه هست تا اندازه نمونه، در این مطالعه نیز اطلاعات پس از انجام مصاحبه عمیق با مادران دارای کودک مبتلا به دیابت تا زمان رسیدن به اشباع (زمانی که محقق متوجه می‌شود با ادامه‌دادن به مصاحبه‌ها چیز جدیدی کشف نمی‌شود) ادامه یافت. در هر مصاحبه در مورد تجارب زیسته مادران دارای کودک مبتلا به دیابت سؤال شد و بسته به پاسخ آن‌ها، سؤالات بعدی مطرح شد. پس از اتمام مصاحبه، بلافاصله نوار ضبط‌شده توسط محقق گوش داده شد تا معلوم شود که آیا محتوای مصاحبه قابل فهم است یا نیاز به پیگیری دارد یا چه نکات دیگری باید در مصاحبه پرسیده شود و موارد مصاحبه روی کاغذ پیاده شد. سپس کدگذاری و تجزیه‌تحلیل اطلاعات انجام شد. پس از طبقه‌بندی کدها و ادغام کدهای مربوط به هم مفاهیم فرمول‌بندی‌شده درون دسته‌های خاص موضوعی و سپس در زیردسته یا زیرمفهوم قرار گرفت؛ در نهایت، کلیه مفاهیم دسته‌بندی‌شده بر اساس هدف پژوهش، تقسیم‌بندی شد. در این تحقیق سعی شد چهار معیار تجزیه‌وتحلیل داده‌های کیفی یعنی موثق‌بودن، باورپذیری، قابلیت تصدیق و قابلیت انتقال مورد نظر قرار گیرد. در نهایت، جمع‌آوری و تجزیه‌وتحلیل اطلاعات به روش کلایزی (ایمان^{۴۸}، ۱۳۹۲) انجام شد و برای کنترل بیماری و ارتقای کیفیت زندگی کودک مبتلا به دیابت برنامه مراقبتی والدینی طراحی و تدوین گردید.

بخش کمی

در مرحله دوم پژوهش، پس از بازبینی و اصلاح برنامه طراحی و تدوین‌شده و به‌منظور روایی‌یابی آن از روش روایی‌یابی صوری و محتوایی استفاده شد. جامعه آماری شامل کلیه مادران دارای کودک مبتلا به دیابت نوع یک بودند که با روش نمونه‌گیری هدفمند از بین مادران مراجعه‌کننده به مراکز دیابت در شهر اصفهان انتخاب شدند. جمع‌آوری داده‌ها تا مرحله اشباع تجربی ادامه یافت. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از: ۱. علاقه‌مندی و تمایل به شرکت در پژوهش؛ ۲. داشتن حداقل تحصیلات دیپلم و بالاتر؛ ۳. کودکان ۷ تا ۱۲ سال مبتلا به دیابت نوع یک؛ ۴. سن بین ۲۰ تا ۴۵ سال.

ابزار

مصاحبه نیمه‌ساختار یافته

در مصاحبه نیمه‌ساختار یافته سؤال‌ها در یک راهنمای مصاحبه با تمرکز روی مسائل یا حوزه‌ای که باید پوشش داده شود و نیز مسیرهایی که باید پیگیری شود، گنجانده می‌شود. توالی پرسش‌ها برای همه شرکت‌کنندگان مثل هم نیست و به فرایند مصاحبه و پاسخ‌های هر فرد بستگی دارد. اما راهنمای مصاحبه به پژوهشگر اطمینان می‌دهد انواع مشابهی از داده‌ها را از همه آگاهی‌دهندگان گردآوری کند (هومن، ۱۳۹۰). مصاحبه‌گر در فرایند کسب اطلاعات از مصاحبه‌شونده او را تحت کنترل دارد و در مسیرهای تازه‌ای که با توجه به پاسخ‌های مصاحبه‌شونده پیش می‌آید، از آزادی لازم برخوردار است. بنابراین مصاحبه‌گر برای یافتن پاسخ به این سؤالات (از زمانی که متوجه شدی فرزندت دارای بیماری دیابت نوع یک است شما چه حالی داشتین، بیماری چه تأثیری روی زندگی شما داشته، بیشترین چیزی که فکر شما را درگیر می‌کند، مهم‌ترین چیزی که کمکتون می‌کرد و...)، مصاحبه‌شوندگان (مادران دارای کودک مبتلا به دیابت) را مورد کندو کاو قرار داد. مدت‌زمان مصاحبه‌ها ۴۰ تا ۶۰ دقیقه خواهد بود. همه مصاحبه‌ها به‌صورت دیجیتالی ضبط و بلافاصله پس از ضبط، کلمه‌به‌کلمه نوشته می‌شود. به‌منظور افزایش روایی و پایایی، تماس و ارتباط پژوهشگر با مشارکت‌کنندگان باعث جلب اعتماد آنان و درک تجارب می‌شود. همچنین از مشارکت‌کنندگان برای مرور گزارش‌ها و رفع ابهام در کدگذاری استفاده می‌شود. سپس پژوهشگر قسمت‌هایی از مصاحبه و کدگذاری را در اختیار شرکت‌کنندگان قرار می‌دهد تا به مفاهیم یکسان دست یابد. همچنین از اشباع داده‌ها نیز برای بالابردن اعتبار استفاده می‌شود. ثبات یافته‌ها با نسخه‌نویسی بلافاصله بعد از ضبط‌کردن مصاحبه، استفاده از نظرات همکاران و مطالعه مجدد داده‌ها و مصاحبه با شرکت‌کنندگان متفاوت حاصل می‌گردد. اصول اخلاقی در پژوهش و در ضمن انجام مصاحبه شامل اخذ رضایت آگاهانه به‌صورت کتبی از مشارکت‌کنندگان جهت شرکت در پژوهش، ضبط مصاحبه در عین حفظ بی‌نامی و رازداری و اختیار برای ترک پژوهش است.

روش اجرا

داده‌ها با استفاده از مصاحبه ژرف‌نگر توسط یک روان‌شناس بالینی (با پانزده سال سابقه کار در زمینه روان‌شناسی بیماری‌های مزمن) با مادران دارای کودک مبتلا به دیابت جمع‌آوری گردید. حجم نمونه تابع هدف تحقیق است و تا اشباع اطلاعات، ادامه می‌یابد. مصاحبه‌کننده بدون اینکه بکوشد تا جهت خاصی به گفت‌وگو بدهد، سعی می‌کند تا به دنیای واقعی و تجربیات زندگی فرد دست یابد. پس از انجام هر مصاحبه، متن آن بعد از چند بار گوش‌کردن، به‌صورت کلمه‌به‌کلمه دست‌نویس شد و با روش کلایزی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. این تحلیل‌ها که بخشی از رساله دکتري نویسنده اول پژوهش بود، با نظرات استادان راهنما و مشاور توسط روان‌شناس بالینی انجام گرفت. مدل تدوین‌شده در قسمت کیفی و با توجه به مؤلفه‌های مصاحبه نیمه‌ساختار یافته، بسته مداخله‌ای با محتوای فعالیت‌های مربوط برنامه مراقبتی در راستای کنترل بیماری و ارتقای کیفیت زندگی کودک مبتلا به دیابت تهیه شد. لازم به ذکر است برای انتخاب فعالیت‌ها علاوه بر توجه عمیق به زیرمؤلفه‌های مصاحبه نیمه‌ساختار یافته از روش جست‌وجوی گسترده و

مطالعه دقیق مقاله‌ها، متون و سایت‌های معتبر، مصاحبه با مادر و در نظر گرفتن پیشنهادهای آن‌ها و برای اعتباریابی آن‌ها از نظرات متخصصین و محققان علوم رفتاری و اجتماعی استفاده شد. در مرحله دوم، شاخص روایی محتوایی CVR و CVI، برای سنجش روایی بسته اندازه‌گیری شد. با توجه به تعداد متخصصان (ده روان‌شناس سلامت و بالینی و بیماری‌های مزمن) و تأیید فعالیت‌های بسته، $CVR=0/95$ و $CVI=0/96$ به دست آمد که روایی قابل قبولی می‌باشد. این فعالیت‌ها در چهار دسته اصلی ارائه شد: ۱. تأثیر بر ویژگی‌های فردی (خودتنظیمی، مشکلات رفتاری، عملکرد جسمانی، کارکردهای عصب روان‌شناختی، بهزیستی روان‌شناختی، مشکلات اجتماعی)؛ ۲. تأثیر بر خانواده (تعامل والد - کودک، استرس والدگری، کناره‌گیری از دیگران، احساس گناه، کارکرد پایین، طلاق عاطفی، جو خانواده و سبک زندگی، مسائل اقتصادی خانواده)؛ ۳. نگرانی‌ها (نگرانی در مورد آینده و درمان)؛ ۴. نیازها (نیازهای اطلاعاتی و سبک فرزندپروری). در گام بعدی، پژوهشگران در جلسات متعددی، برنامه مراقبتی والدینی مبتنی بر تجارب زیسته مادران دارای کودک مبتلا به دیابت را بر مبنای مقوله‌های کشف‌شده تدوین کردند. برنامه مراقبتی والدینی مبتنی بر تجارب زیسته مادران دارای کودک مبتلا به دیابت در ۲۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای (۱۴ جلسه با مادر و ۶ جلسه با کودک) ساخته شده است. ویژگی منحصر به فرد این برنامه مراقبتی والدینی آن است که بر مبنای تجارب زیسته مادران دارای کودک مبتلا به دیابت بنا شده است و به نظر می‌رسد رویکردهای دیگر به این خصیصه کمتر توجه داشته‌اند. در جدول ۱، شیوه اعتباریابی ارائه شده است:

جدول ۱: اعتباریابی برنامه مراقبتی والدینی

کدهای انتخابی	کدهای محوری	
	مقولات اصلی	مقولات فرعی
خودتنظیمی	خودتنظیمی	بردمش پیش مشاور، اون بهم گفته که باید تحت نظر باشه و پیگیر جلسات مشاوره. آخه خیلی بد پرخاشگری می‌کنه.
خودمراقبتی	عملکرد جسمانی	ده روز مداوم تکرر ادرار و شب‌اداری داشت. چهار بار شب بیدار می‌شد و دست‌شویی داشت. همین طور دارم قند خون بچه رو اندازه می‌گیرم.
خودتنظیمی	مشکلات رفتاری	رفتم رژیم برایش پولکی، نبات، همه چی گرفتم. اونا رو اصلاً لب نمی‌زنه، لجبازی می‌کنه.
خودتنظیمی	کارکرد عصب روان‌شناختی	تمرکز خیلی پایین هست. آخه خیلی ضعیف و بی‌حاله و خوابش میاد.
علائم روان‌شناختی	بهزیستی روان‌شناختی	آره به هر حال. چون بچه‌س، من خودم خیلی بهش سخت نمی‌گیرم؛ ولی گاهی رعایت نمی‌کنه و وقتی بهش می‌گیم ناراحت می‌شه و بد اخلاقی می‌کنه.
عملکرد اجتماعی	مشکلات اجتماعی	برای دست‌شویی و ایناش کلاً دغدغه داره و قید بیرون رفتن رو می‌زنه.
تعامل والد - کودک	تعامل والد - کودک	اون اوایل که اصلاً نمی‌تونستم باور کنم دیابت داره. شاید باورتون نشه، ولی این قدر اشک از چشمام می‌اومد که تار می‌دیدم، خیلی اذیتش کردم. اون نمی‌تونه، منم زیاد ازش توقع داشتم.
انسجام و انطباق خانواده	کارکرد پایین والدین	شوهرم تازگی‌ها عصبی‌تر از من شده. یعنی من می‌خوام خودم رو کنترل کنم، تازه اون میاد داد می‌کشه سرش.
طلاق عاطفی	طلاق عاطفی	از یه طرف با همسرم دچار مشکل شدم.
انسجام و انطباق	جو خانواده و سبک زندگی	همیشه باید طبق برنامه غذا بخوریم.

ادامه جدول ۱

خانواده	مسائل اقتصادی	خیلی سخته، هم هزینه‌بره. مثلاً صبح براش کیت اومده در خونه، سه تا بسته کیت ۲۳۰ هزار تومن پول این رو دادم.				
استرس والدگری	استرس والدگری	خانم، من تا انسولینش رو می‌خوام تزریق کنم، خیلی دلم خالی می‌شه یا اگه بگه وای مامان دستم سوخت که دیگه هیچی.				
کیفیت زندگی	احساس گناه	اون اوایل که حرفم رو گوش نمی‌کرد و حال خوبی‌ام نداشت. هم خودم رو اذیت می‌کردم و هم اون رو. الان از اون روزا خیلی ناراحتم، خیلی بد کردم باهانش.				
عملکرد اجتماعی	کناره‌گیری از دیگران	می‌ترسم برم مهمونی. از بس بی‌حاله و با کسی حرف نمی‌زنه و هی بقیه غر می‌زنن و می‌گن چرا این طوریه و دلشون واسه‌ش می‌سوزه، اعصابم خرد می‌شد.				
خودمراقبتی و کیفیت زندگی	درمورد آینده	یک آن از یکی از دکترها شنیدم که به یک نفر که بچه‌ش دیابت داشت، گفت باید دختر رو آماده کنی که فردا می‌خواد بینایی‌ش رو از دست بده، کلیه‌هاش رو از دست بده....				
	درمورد درمان	همیشه نگران اینم که درمان نشه، شدید بشه و من از دستش بدم. تمام تلاشم رو می‌کنم تا این اتفاق نیفته.				
خودمراقبتی و والدگری	نیازهای اطلاعاتی	تو دوران بارداری زیاد شیرینی می‌خوردم، نمی‌دونم به‌خاطر این بچه من این‌طور شده؟ کاش یکی بود برام توضیح می‌داد.				
	سبک زندگی و فرزندپروری	واقعاً نمی‌دونم چطور باهانش رفتار کنم، دعواش می‌کنم، بعدش خودم ناراحتم؛ کارش ندارم، همه خونه و مدرسه رو می‌ذاره رو سرش.				
موضوع توافق		خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
تطابق محتوایی جلسات تنظیم‌شده با مضامین اصلی مستخرج از تجارب زیسته						
تناسب جلسات با ساختار و گام‌های موردنیاز در برنامه مراقبتی والدینی از کودکان مبتلا به دیابت						
کفایت زمان اختصاص‌یافته برای هریک از گام‌ها و مهارت‌های آموزشی						
کفایت بسته مراقبتی والدینی مبتنی بر تجارب زیسته مادران دارای کودک مبتلا به دیابت برای اجرا روی مادران دارای کودک مبتلا به دیابت						
واضح‌بودن محتوای برنامه مراقبتی والدینی						
سادگی محتوای جلسات متناسب با هر مادر و کودک مبتلا به دیابت						

تجزیه و تحلیل

در مرحله اول پژوهش، از روش هفت‌مرحله‌ای کلایزی برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. بدین صورت که با پایان مصاحبه، بیانات ضبط‌شده مکرراً گوش داده شد و روی کاغذ کلمه‌به‌کلمه نوشته شد. سپس جملات و واژگان مرتبط با مؤلفه مورد مطالعه استخراج شد و به هر کدام معنی و مفهوم خاصی داده شد. بعد از مرور توصیفات شرکت‌کنندگان، مفاهیم مشترک درون دسته‌های خاص موضوعی قرار گرفت و مضامین و مقوله‌ها استخراج شد. در نهایت، بسته مداخله مراقبتی مطابق با مضامین ساخته شد. در مرحله دوم، روایی‌یابی بسته مداخله مراقبتی بر اساس ضریب CVR و CVI انجام گرفت.

بیان یافته‌ها

نتایج نشان‌دهنده ۴ مقوله و ۱۸ مضمون مستخرج از مصاحبه‌هاست که در جدول ۲ ارائه شده است:

جدول ۲: مقوله‌ها و مضامین

مقوله محوری	مقوله‌های اصلی	مضامین
تجارب زیسته مادران دارای کودک با دیابت نوع یک	تأثیر بر ویژگی‌های فردی	خودتنظیمی
		عملکرد جسمانی
		مشکلات رفتاری
		کارکردهای عصب روان‌شناختی
		بهبودی روان‌شناختی
		مشکلات اجتماعی
	تأثیر بر خانواده	تعامل والد - کودک
		کارکرد پایین والدین
		طلاق عاطفی
		جو خانواده و سبک زندگی
		مسائل اقتصادی
		استرس والدگری
		احساس گناه
	نگرانی‌ها	کناره‌گیری از دیگران
		در مورد آینده
نیازها	در مورد درمان	
	نیازهای اطلاعاتی	
	سبک زندگی و فرزندپروری	

پس از مصاحبه از مادران دارای کودک مبتلا به دیابت، مضامین با استفاده از روش کلایزی تجزیه و تحلیل شد. سپس جلسات برنامه مراقبتی والدینی بر اساس مضامین ساخته شد که در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: محتوای جلسات برنامه مراقبتی والدینی

جلسات	هدف	شرح محتوای جلسات	فنون و تکنیک‌ها
اول	ایجاد رابطه مطلوب میان اعضا (مادر و کودک) و درمانگر	۱- آشنایی مادران و کودکان با یکدیگر و درمانگر	- استفاده از یخ‌شکن‌ها (تسهیل ارتباطات و مشارکت بین والدین شرکت‌کننده) - ایجاد امنیت و اعتماد بین اعضا - توضیح مفصل درباره کلیات مداخله به مادران (بیان نگرانی‌های والدین در رابطه با کودک) - اجرای پیش‌آزمون
دوم	تعامل والد - کودک (۱)	۱- مرور واکنش به جلسه قبلی ۲- بازی‌درمانگری جهت تعامل والد - کودک ۳- تکلیف	- پیشرفت در تعاملات والدفرزندی - پیشرفت در روابط بین فردی - تغییرات مثبت در رفتار کودکان مثل افزایش خودکنترلی کودکان و کاهش پرخاشگری - افزایش اعتمادبه‌نفس در مهارت‌های والدینی - افزایش آگاهی از ادراک کودکان از محیط اطراف - افزایش مهارت‌های مقابله‌ای در برابر دردهای عاطفی و فیزیکی ناشی از بیماری
سوم	تعامل والد - کودک و استرس والدگری (۲)	۱- مرور واکنش به جلسه قبلی ۲- بازی‌درمانگری جهت تعامل والد - کودک و استرس والدگری ۳- تکلیف	- عدم‌حضور فرزندان و شروع آموزش مستقیم به والدین - گزارش تجربه اولین جلسه بازی‌درمانگری والدینی در منزل - رفع اشکالات و پاسخ به سؤالات - دادن برگه بایدها و نبایدهای اوقات خاص بازی بین والد و کودک،

<p>همچون حذف عوامل مزاحم در طول بازی و کسب لذت به‌عنوان هدف اصلی از بازی با والدین</p> <p>- ایفای نقش و تمرین عملی بازی‌درمانگری با والدین و رفع اشکالات</p> <p>- تشویق والدین در انجام مهارت خاص و رفع نقاط ضعف آن‌ها</p> <p>- آموزش شیوه پاسخ‌گویی انعکاسی والدین نسبت به احساسات و عواطف کودک</p> <p>- تمرین دادن انعکاس احساس بازی‌درمانگر به والدین و برعکس</p> <p>- مهارت بودن با بچه‌ها و در عین حال رهبری بازی توسط بچه‌ها از طریق ایفای نقش</p> <p>- توضیح اثرات مثبت هدایت و کنترل بازی به فرزند و ایفای نقش شرایط مشابه رابطه با کودک، پاسخ به سؤالات والدین</p>			
<p>- آموزش چرایی و چگونگی تعیین حدودمرزها</p> <p>- بیان مثال‌های واقعی فرزندان گروه و تعیین حدودمرز ممکن برای آن‌ها</p> <p>- مرور مهارت‌های آموخته‌شده به والدین در ارتباط با بازی کودک</p> <p>- پیشنهاد برای بازی‌درمانگری با سایر فرزندان</p> <p>- آموزش حق انتخاب به کودک</p> <p>- تمرین نحوه اجرای این روش با تجارب واقعی والدین و فرزندانشان</p> <p>- درمیان گذاشتن تجارب اعضا با یکدیگر در ارتباط با مشکلاتشان</p>	<p>۱- مرور واکنش به جلسه قبلی</p> <p>۲- بازی‌درمانگری جهت تعامل والد - کودک و استرس والدگری</p> <p>۳- تکلیف</p>	<p>عامل والد-کودک و استرس والدگری (۳)</p>	<p>چهارم</p>
<p>- توضیح اهمیت اعتماد به خویشتن در کودک که تأثیر مستقیم بر روابط اجتماعی دارد</p> <p>- روش‌های تقویت: استفاده از عبارات تشویقی که مبتنی بر فرایند تلاش و توانایی کودک و بیانگر اعتماد مادر به اوست</p> <p>- انجام ندادن کاری برای کودک که خودش در آن توانمند است</p> <p>- کمک والد به کودک برای داشتن تصویر مثبت از خود (ایفای نقش)</p> <p>- تأکید برای بیشترکردن روابط اجتماعی کودک</p> <p>- دادن پاسخ‌های عزت‌نفس‌ساز به او و توجه به تغییرات او</p> <p>- عروسک‌بازی ساختاریافته: داستان‌گویی موقعیت‌های ترس‌آور و پیش‌بینی شرایط برای کودک؛ مثلاً داستان‌گویی مواجهه کودک با فرد غریبه و طرز برخورد با او</p>	<p>۱- مرور واکنش به جلسه قبلی</p> <p>۲- بازی‌درمانگری جهت بهبود عملکرد اجتماعی</p> <p>۳- تکلیف</p>	<p>عملکرد اجتماعی (۱)</p>	<p>پنجم</p>
<p>- توضیح رفتار هدف‌محور در مقابل رفتار خلق‌وخوم‌محور</p> <p>- نظارت بر فعالیت و خلق‌وخوی کودک</p> <p>- صحبت با مادران درمورد تجربیات و نگرانی‌های آنان به‌عنوان مادر دارای کودک مبتلا به دیابت</p> <p>- معرفی تحلیل عملکردی و نقش تقویت‌کننده در حفظ رفتار</p> <p>- معرفی پیامدهای کوتاه‌مدت در مقابل پیامدهای طولانی‌مدت انتخاب‌های رفتاری</p> <p>- استفاده از احساسات خوب</p> <p>- آموزش مهارت‌های ابراز وجود با روش بحث گروهی و ایفای نقش: توضیح رفتارهای منفعلانه، پرخاشگرانه و قاطعانه</p> <p>- پیامدهای ابراز وجود</p> <p>- روش‌های عملی برای رفتار قاطعانه و توأم با ابراز وجود و آثار ابراز وجود کردن</p> <p>- فرایند مدل‌سازی و تکنیک‌های تغییر با روش بحث گروهی: مدل‌سازی، فرایند مدل‌سازی - تکنیک‌های تغییر</p> <p>- نشان‌دادن اهمیت شناسایی موانع داخلی و خارجی موجود در راه رسیدن به اهداف</p> <p>- معرفی استراتژی‌های رفتاری هدفمند برای غلبه بر موانع</p>	<p>۱- مرور واکنش به جلسه قبل</p> <p>۲- بررسی تکلیف جلسه قبل</p> <p>۳- آموزش راهبردهایی برای بالابردن عملکرد مثبت اجتماعی و کاهش احساس تنهایی در کودکان</p> <p>۴- تکلیف</p>	<p>عملکرد اجتماعی (۲)</p>	<p>ششم</p>

<p>- تمرین اهداف از پیش تعیین شده - حمایت از مادران برای شناسایی ایده‌ها و نظارت والدین بر رفتار خود - نشان دادن اهمیت اجتناب به عنوان یک مانع داخلی مشترک و درک الگوی تکرار، پاسخ، اجتناب</p>			
<p>- دیدن کودک با ذهن مبتدی - آموزش تکنیک واریسی بدنی - برقراری تعامل مثبت با کودک - تمرین و کسب توانایی به تأخیر انداختن قضاوت و داوری - شناسایی علائم تنیدگی طی والدگری - آگاهی نسبت به ذهن و بدن - آموزش تکنیک‌های افزایشی از قبیل تحسین تفکیکی و پاداش‌دهی به منظور افزایش رفتار مطلوب در کودک - آگاهی از تأثیر افکار بر افزایش استرس، پاسخ‌دادن به جای واکنش نشان دادن - آموزش تکنیک مشاهده افکار و فضای تنفسی، بیان ادامه تکنیک‌های افزایشی - آموزش استفاده از چارت رفتاری به عنوان یک روش مؤثر پاداش‌دهی - آگاهی در مورد الگوهای والدگری ناکارآمد بین نسلی - مهرورزی نسبت به خود، بیان تکنیک‌های کاهش از قبیل ایجاد مقررات و نحوه دستور دادن صحیح - بررسی تعارضات، آموزش بازسازی رابطه، در نظر گرفتن دیدگاه کودک و عشق‌ورزی، آموزش ادامه تکنیک‌های کاهش از جمله زمان سکوت، محروم کردن و نادیده گرفتن - وضع قوانین و محدودیت‌ها به صورت ذهن آگاهانه، آموزش مدیریت موقعیت‌های پرخطر</p>	<p>۱- مرور واکنش به جلسه قبل ۲- مرور تکلیف جلسه قبل ۳- ارائه مهارت‌ها در جهت بهبود علائم روان‌شناختی دیابت در کودکان توسط مادران ۴- تکلیف</p>	<p>علائم روان‌شناختی</p>	<p>هفتم</p>
<p>- لزوم تعامل مثبت، بیان منطقی تعامل مثبت با کودک، اجزای اساسی تعامل مثبت، صرف مدت زمان خاص و پرمحتوا با فرزند، صحبت کردن با کودک، محبت جسمانی و نشان دادن عواطف - تشویق و تقویت رفتار مطلوب: انواع تقویت‌کننده‌ها، ایجاد حس غرور و افتخار شخصی در فرزند، توجه مثبت (کلامی و غیرکلامی)، امتیاز دادن و فعالیت‌های سرگرم‌کننده، لزوم تقویت رفتارهای مثبت کودک - انواع روش‌های تقویت (تقویت توصیفی، تقویت امتیازی، تقویت القایی) - استفاده از آموزش اتفافی (در ارتباط با چه رفتارهایی است، اصول استفاده از این روش)، ارائه مثال‌های بیشتر، تمرین تکنیک در گروه‌های کوچک، بحث و بازخورد و استفاده از روش الگوسازی - آموزش روش «بپرس، بگو و انجام بده»، چه رفتارهایی را در بر می‌گیرد، چگونه و با چه اصولی از این روش استفاده کنیم، فراهم کردن فعالیت‌های سرگرم‌کننده برای کودکان و استفاده از جدول رفتاری</p>	<p>۱- مرور واکنش به جلسه قبلی ۲- ارائه مهارت‌های مثبت فرزندپروری ۳- تکلیف</p>	<p>والدگری (۱)</p>	<p>هشتم</p>
<p>- ایجاد مقررات واضح و بدون ابهام در خانه، لزوم ایجاد مقررات، اصول اساسی در ایجاد مقررات، برخورد با زیرپا گذاشتن مقررات از طریق بحث هدایت‌شده، آموزش مراحل بحث هدایت‌شده - انواع دستورها، اصول و نحوه دستور دادن، در نظر گرفتن پیامدهای منطقی، بیان منطقی تکنیک، تفاوت پیامد منطقی با تنبیه، اصول اجرای پیامد منطقی، بی‌توجهی برنامه‌ریزی‌شده، بیان منطقی تکنیک، برای چه رفتارهایی به کار می‌رود</p>	<p>۱- مرور واکنش به جلسه قبلی ۲- ارائه مهارت‌های مثبت فرزندپروری ۳- تکلیف</p>	<p>والدگری (۲)</p>	<p>نهم</p>

<p>- استفاده از روش زمان سکوت، بیان منطق تکنیک، مراحل اجرایی تکنیک، استفاده از روش محروم کردن موقت، بیان منطق تکنیک، تفاوت روش محروم کردن موقت با روش زمان سکوت، مراحل و نحوه به‌کارگیری تکنیک</p>			
<p>- حالات ارتباطی ناکارآمد سرزنشگر، سازشگر، حسابگر و گیج‌کننده برای اعضا تشریح می‌شود و برای فهم بهتر این حالات از ایفای نقش و مجسمه‌سازی در گروه استفاده شد. از اعضا خواسته شد در مورد حالت ارتباطی خود فکر کنند و نسبت به حالت ارتباطی یکدیگر نظر بدهند. - به اعضا آموزش داده شد تا آزادانه انتخاب کنند و مخالفت خود را ابراز کنند. الگوی ارتباطی مؤثر با استفاده از پیام «من» تشریح می‌شود و به استفاده از «من» و به‌هم‌زدن سبک‌های ارتباطی ناهمخوان و رسیدن به الگوی ارتباط همخوان در خانواده تأکید شد و در مورد موقعیت‌های پیش‌آمده در خانواده که در آن می‌توان الگوهای هم‌خوان را جایگزین الگوی ناهمخوان کرد، پرداخته می‌شود. - تجارب و عناصر کوه یخ تشریح و با ذکر مثال‌هایی از تعاملات توضیح داده شد. نقش هریک از عناصر استعاره کوه یخ، ارتباط این عناصر با یکدیگر و نقش افراد در بعد ظاهری کوه یخ در قالب سبک‌های مقابله‌ای مورد بحث قرار می‌گیرد. از اعضا خواسته شد تا سه نوع از تعاملات هفته گذشته خود را به خاطر آورند و روی کاغذ بنویسند، سپس در گروه بیان کنند. - به شناخت قواعد خانواده، تغییر و اصلاح قواعد ناکارآمد پرداخته شد و نقش قواعد در زندگی خانوادگی مورد بحث قرار گرفت. اعضا به بررسی قواعد خود در خانواده در مورد صحبت کردن، احترام، ابراز عواطف، تفریحات، ارتباط خانواده با دوستان، آشنایان و وظایف متقابل اعضا نسبت به یکدیگر می‌پردازند. همچنین منطقی و غیرمنطقی بودن قواعد مورد بررسی قرار گرفت و به این پرداخته شد که چگونه می‌توان قواعد منطقی را جایگزین قواعد غیرمنطقی کرد. - با استفاده از فن حائل، مجسمه‌سازی برای درک بهتر اعضا از عوامل مؤثر بر ارتباط بین فردی استفاده شد. فن حائل (چشم‌بندها) برای نشان دادن این موضوع استفاده شد که همه اعضا به‌نوعی با هم در ارتباط هستند و هر تغییر در فرد، در اطرافیان نیز تغییر ایجاد می‌کند. همچنین از این فن برای انعطاف‌پذیری خانواده‌ها استفاده می‌شود.</p>	<p>۱- مرور واکنش به جلسه قبل ۲- بررسی تکلیف جلسه قبل ۳- داشتن جو خانوادگی و سبک زندگی مطلوب ۴- تکلیف</p>	<p>شناخت قواعد خانواده و حالات ارتباطی ناکارآمد</p>	<p>دهم</p>
<p>- تعریف صمیمیت و ابعاد آن، بررسی موانع ایجاد صمیمیت، آموزش چگونگی برقراری صمیمیت، تمرین شیوه‌های صمیمیت، نزدیکی و انعطاف‌پذیری، اهمیت توازن و انعطاف‌پذیری و نقشه زوج و نقشه خانواده، ایجاد توازن بین ثبات و تغییر و اجتناب از ثبات و تغییرات افراطی، آشنایی با مشکلات رایج زوجینی در نزدیکی و انعطاف‌پذیری، بهبود پویایی زوجها - تعارض، تعریف مفهومی تعارض زناشویی و درک طبیعی بودن وجود تعارض میان زوجین، استخراج شیوه‌های متداول برخورد با تعارض در آن‌ها - شیوه‌های حل تعارض، آشنایی با گام‌های بازده‌گانه بهبودبخشیدن و حل‌وفصل تعارض</p>	<p>۱- مرور واکنش به جلسه قبل ۲- بررسی تکلیف جلسه قبل ۳- دوری از جدایی عاطفی و ایجاد رابطه صمیمانه در خانواده ۴- تکلیف</p>	<p>طلاق عاطفی (۱)</p>	<p>یازدهم</p>
<p>- بهبود ارتباط جنسی، بیان اهمیت روابط جنسی، آشنایی با چرخه مسائل جنسی، عوامل بازدارنده رابطه صحیح جنسی، تشخیص و درمان اسطوره‌های جنسی غلط - ارتباط، اهمیت و ضرورت ارتباط و پیچیدگی آن، آشنایی با نحوه ارتباط زوج‌های موفق و مشکلات رایج در ارتباطات زوجین - مهارت‌های ارتباطی، انواع سبک و شیوه‌های ارتباطی و چگونگی</p>	<p>۱- مرور واکنش به جلسه قبل ۲- بررسی تکلیف جلسه قبل ۳- دوری از جدایی عاطفی و ایجاد رابطه صمیمانه در خانواده ۴- تکلیف</p>	<p>طلاق عاطفی (۲)</p>	<p>دوازدهم</p>

ادامه جدول ۳

<p>تأثیر هریک بر روابط، آشنایی با نحوه برقراری ارتباط مؤثر، نقش‌ها و سنت‌ها، همکاری و کار گروهی، آشنایی با چگونگی تأثیر مدیریت تعیین نقش‌ها بر روابط زوجین، آشنایی با الگوهای کلاسیک قدرت در رابطه و تأثیر هریک بر زوجین، مشکلات رایج نقش در روابط زوجین، راهکارهایی جهت بهبودبخشیدن به نقش‌ها در رابطه</p> <p>- آگاه‌ساختن مادران از تأثیرات طلاق و جدایی عاطفی و کشمکش‌ها در روابط بر فرزندان آن‌ها از لحاظ روانی - جسمی و اجتماعی</p>			
<p>- معرفی ساختار و مهارت‌های پنجگانه، معرفی مدل سه‌بخشی هیجان‌ها و بحث درمورد چرخه اجتناب و رفتارهای هیجانی</p> <p>- آشنایی با چهار رفتار فرزندپروری هیجانی و رفتارهای فرزندپروری متضاد با آن‌ها، بحث درمورد تقویت مثبت به‌عنوان یک رفتار فرزندپروری با انتقادگری</p> <p>- استفاده از آزمایش‌های عملی با محوریت غم و ناراحتی، ارائه ده روش تقویت کودک به مادر و کمک به والد برای ایجاد طرح تقویتی هفتگانه</p> <p>- توضیح مفهوم جسمانی‌سازی به والد و کمک به والد برای شناسایی شکایات جسمانی کودک ناشی از هیجانات</p> <p>- آموزش به والد برای انجام اسکن بدنی، یعنی مواجهه حسی و تمرین</p> <p>- آموزش نحوه همدلی با کودک دست‌به‌گریبان با یک هیجان شدید</p> <p>- آشنایی والد با انعطاف‌پذیری شناختی و چهار تله شناختی</p> <p>- بحث درمورد فرزندپروری هیجانی با محوریت بی‌ثباتی و رفتار فرزندپروری متضاد با آن و تقویت و انضباط باثبات</p>	<p>۱- مرور واکنش به جلسه قبل</p> <p>۲- بررسی تکلیف جلسه قبل</p> <p>۳- بهبود کیفیت زندگی کودک مبتلا به دیابت توسط آموزش به مادر</p> <p>۴- تکلیف</p>	<p>کیفیت زندگی (۱)</p>	<p>سیزدهم</p>
<p>- معرفی مفهوم کارآگاه‌شناختی به والد، تمرین تفکر کارآگاهی به والد با استفاده از مثال‌های مناسب با والد، آشنایی والد با رفتار فرزندپروری هیجانی بیشینه/ حمایت بیشینه و رفتار فرزندپروری متضاد، استقلال‌بخشی سالم</p> <p>- معرفی مراحل حل مسئله به‌عنوان یکی دیگر از مهارت‌های تشخیص هیجان برای تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، بحث درمورد کاربرد حل مسئله برای تعارض‌های میان‌فردی، بررسی تلاش والد برای استقلال بخشی سالم، اشاره به اینکه والد چگونه می‌تواند کودک را تشویق کند.</p> <p>- استفاده از کارآگاهی و حل مسئله به‌عنوان راه‌حل‌های جایگزین برای اطمینان‌بخشی و سازگاری</p> <p>- بیان اهمیت یادگیری تجربه هیجان‌ها به‌جای اجتناب از آن‌ها، آشنایی والد با مفهوم آگاهی در لحظه حال و آگاهی غیرقضاوتی</p> <p>- آشناسازی والد با مفهوم مواجهه‌های موقعیتی هیجان‌زا به‌عنوان نوع دیگری از آزمایش علمی، تبیین نقش والد در مواجهه در منزل، آشنایی والد با رفتار فرزندپروری هیجانی و هیجان‌های شدید و اجتناب از رفتار فرزندپروری متضاد با آن، مدل‌سازی هیجانی سالم</p> <p>- برنامه‌ریزی و اجرای مواجهه موقعیتی با هیجان، برنامه‌ریزی و اجرای فعالیت‌های مواجهه</p>	<p>۱- مرور واکنش به جلسه قبل</p> <p>۲- بررسی تکلیف جلسه قبل</p> <p>۳- بهبود کیفیت زندگی کودک مبتلا به دیابت از طریق آموزش به مادر</p> <p>۴- تکلیف</p>	<p>کیفیت زندگی (۲)</p>	<p>چهاردهم</p>
<p>- معرفی احساسات گوناگون با استفاده از تصاویر، تنظیم سلسله‌مراتبی از موقعیت‌های اضطراب‌انگیز</p> <p>- آموزش شناخت واکنش‌های بدن به احساسات مختلف، تشخیص اضطراب و واکنش‌های بدنی کودک</p> <p>- آموزش تکنیک‌های آرمیدگی (تنفس، تصویرسازی، آرمیدگی عضلانی)</p> <p>- بررسی ارتباط بین افکار و هیجانات، معرفی و استفاده از</p>	<p>۱- مرور واکنش به جلسه قبل</p> <p>۲- بررسی تکلیف جلسه قبل</p> <p>۳- ارائه راهکارهایی جهت تنظیم انواع هیجانات در کودک با بیماری دیابت</p> <p>۴- تکلیف</p>	<p>خودتنظیمی در کودک (۱)</p>	<p>پانزدهم</p>

<p>خودگویی‌های سازگاران در موقعیت‌های اضطراب‌زا - آشنایی با مفهوم حل مسئله، تمرین حل مسئله در موقعیت‌های اضطراب‌زا - آشنایی با مفهوم ارزیابی خود و پاداش‌ها، تمرین ارزیابی خود و پاداش بر میزان تلاش</p>			
<p>- انجام فعالیت‌هایی نظیر پریدن، تکه‌تکه کردن، چنگ‌زدن به گل رس و بیان احساس‌های خود در هنگام انجام فعالیت‌ها - ساختن مجسمه‌هایی از گل رس که نشان‌دهنده احساس‌های کودک است - بیان داستان درمورد مجسمه‌های ساخته‌شده توسط هریک از اعضا - چیدن مجسمه‌ها در کنار یکدیگر به تشخیص اعضای گروه و بحث درمورد چگونگی وضعیت قرار گرفتن هر مجسمه - انتخاب حیوان موردنظر هریک از اعضای گروه - بحث درمورد افکار، علائق، نیازها و فعالیت‌های حیوان موردنظر هریک از اعضا - مشخص کردن نقش حیوانات برای اجرای نمایش - تنظیم داستان و بحث درمورد آن توسط اعضای گروه و درمانگر - انتخاب شخصیت‌های نمایش (سلطه‌پذیر یا ترسو و سلطه‌گر یا قوی) - تکرار کلمه‌ها یا رفتارهای هریک از شخصیت‌های نمایش توسط کودک نمایش‌دهنده - بحث درمورد آهنگ و حالت‌های هریک از شخصیت‌ها توسط اعضای گروه و درمانگر - بحث و گفت‌وگو درمورد کنش هریک از شخصیت‌های نمایش و نیز پیامد آن توسط اعضای گروه و درمانگر</p>	<p>۱- مرور واکنش به جلسه قبل ۲- بررسی تکلیف جلسه قبل ۳- ارائه راهکارهایی جهت تنظیم انواع هیجانات در کودک با بیماری دیابت ۴- تکلیف</p>	<p>خودتنظیمی در کودک (۲)</p>	<p>شانزدهم</p>
<p>- توضیح دلایل ابتلا به دیابت و عوامل مؤثر در افزایش قند خون و پرسش از کودکان جهت سنجش اطلاعات مرتبط با بیماری خود و همچنین توضیح عوارض کنترل نامناسب قند خون و آسیب گلوکز بالا به چشم و کلیه و اعصاب - ارائه اطلاعات مرتبط با مدیریت تغذیه، پابندی به رژیم درمانی در راستای خودمراقبتی با ارائه فلش کارت‌های مرتبط با تغذیه و لیست جانشینی شامل گروهی از غذاها حاوی مقادیر مشابهی کربوهیدرات، پروتئین، چربی و کالری و همچنین ارائه اطلاعات مرتبط با کنترل قند خون. - توضیح علائم کاهش قند خون در سه دسته خفیف، متوسط و شدید و افت قند خون شبانه - رسم نمودار قواعد یک روز بیماری به‌عنوان راهنمای عملی در مواقع بروز عفونت و توضیح نحوه تغذیه در زمان بیماری - توضیح علائم دیابت در کودکان و رابطه مستقیم آن با چاقی - پیش‌آگهی و امیدواری به آینده در دیابت نوع اول - توضیح درمورد تهیه چک‌لیست اقدام موردنیاز در مدرسه (به‌عنوان تکلیف که توسط والدین یا سرپرستان کودک مبتلا به دیابت تنظیم شود و در اختیار مسئولین مدرسه نیز قرار بگیرد. هدف آن نیز شناسایی برنامه‌ها، منابع و سایر مواد موردنیاز آن‌ها برای رفتن به مدرسه، اردو یا موارد دیگر می‌باشد که یک کودک برای آن‌ها مقدار زیادی وقت صرف می‌کند). - توضیح درمورد تهیه چک‌لیست سفر توسط خانواده کودکان مبتلا به دیابت (به‌عنوان مثال سرنگ، وسایل موردنیاز برای انسولین کودک، نوار قند، کیت گلوکاگون، داروهای موردنیاز)</p>	<p>۱- مرور واکنش به جلسه قبل ۲- بررسی تکلیف جلسه قبل ۳- آموزش به کودک جهت خودمراقبتی در برابر دیابت (اطلاعات) ۴- تکلیف</p>	<p>خودمراقبتی (۱)</p>	<p>هفدهم</p>
<p>- توضیح درمورد استرس و تأثیر آن بر بدن و پیامدهایش، هزینه‌های</p>	<p>۱- مرور واکنش به جلسه قبل</p>	<p>خودمراقبتی (۲)</p>	<p>هجدهم</p>

ادامه جدول ۳

<p>عدم‌پذیرش بیماری و مزایای پایبندی همراه با نمایش فیلم آموزشی کوتاه در این زمینه</p> <p>- توضیح درمورد علائم افسردگی مانند کاهش لذت و بی‌حالی، ارائه اطلاعات درمورد نحوهٔ برقراری ارتباط با والدین و ابزار نگرانی، غم و ناراحتی‌ها و همچنین ارتباط با مربی بهداشت، معلم، مسئولین مدرسه و مراجعه به آن‌ها در صورت بروز علائم افت قند خون یا مشکلات دیگر همراه با نمایش فیلم کوتاه</p> <p>- ارائه اطلاعات در خصوص ملاقات با مراقبان سلامت و تأثیر آن‌ها در کاهش اضطراب و افسردگی، فضاوت اجتماعی، باورهای نادرست، برجسب‌زدن و تبعیض در خصوص افراد مبتلا به بیماری مزمن</p> <p>- مرور اطلاعات ارائه‌شده با طرح سؤال از کودکان، تشکیل گروه‌های کوچک و انتخاب موضوع جهت بحث در راستای اطلاعات مرتبط با رفتار خودمراقبتی به‌صورت داوطلبانه جهت ارزیابی آموخته‌ها</p> <p>به‌کارگیری فنون انگیزشی:</p> <p>- سؤال‌های بازپاسخ، گوش‌دادن انعکاسی، انعکاس تأیید رفتارهای مطلوب و دست‌یافتنی، خلاصه‌سازی و ارائه بازخورد، مذاکره دربارهٔ اهداف واقع‌بینانه و قابل‌دستیابی، به‌اشتراک‌گذاری تجارب مثبت و منفی و نمایش فیلم آموزشی کوتاه، تشویق کودکان با استفاده از اسباب‌بازی مثل عروسک و استفاده از خوراکی دلخواه آن‌ها به‌منظور افزایش انگیزهٔ فردی و اجتماعی‌شان و همچنین بازبینی هنجارهای نامطلوب مرتبط با درمان و رفتار خودمراقبتی در جهت انجام توصیه‌های درمانی و تقویت نگرش مثبت برای داشتن رفتار پایدار</p>	<p>۲- بررسی تکلیف جلسه قبل</p> <p>۳- آموزش به کودک جهت خودمراقبتی در برابر دیابت (اطلاعات)</p> <p>۴- تکلیف</p>		
<p>- آموزش نحوهٔ مؤثر نظارت بر روش‌های تغذیهٔ سالم (مصرف سبزیجات، مکمل‌ها و مصرف غذاهایی با فیبر بالا) در وعده‌های چندگانه در طول روز و ارائه تکلیف مرتبط با تهیه لیست خوراکی‌های مفید و مضر برای دیابت (کشیدن نقاشی در خصوص کودکان)</p> <p>- آموزش پایش منظم قند خون و اقدامات لازم هنگام کاهش قند خون به کمک نمایش فیلم آموزشی و اجرای نقش</p> <p>- آموزش درمورد مراجعات منظم برای معاینات پزشکی لازم مانند معاینهٔ چشم و تهیهٔ کارتهایی جهت یادآوری، آموزش برنامه‌ریزی برای فعالیت‌ها و تمرین‌های بدنی با مشورت پزشک جهت حفظ قند خون همگام با فعالیت، ورزش و نگهداری وزن و آموزش محاسبهٔ شاخص تودهٔ بدنی</p> <p>- شیوه‌های کنترل استرس با تمرکز بر سبک زندگی، تمرین تکنیک تنفس عمیق، ارائه تکلیف تهیهٔ بستهٔ آسایش (داروهایی که باعث کاهش نشانه‌های ناراحت‌کننده در شرکت‌کننده می‌شود، موسیقی مطلوب و آرامش‌بخش، وسیلهٔ بازی موردعلاقه یا تهیهٔ لوازمی با رنگ یا تصویر موردعلاقه)</p> <p>- آموزش نحوهٔ ارتباط با هم‌سالان، دوست‌یابی و حضور فعال در مدرسه با وجود محدودیت‌های خاص بیماری دیابت</p> <p>- تشکیل جلسه برای چند نفر از کودکان به‌طور جداگانه در مدرسه محل تحصیل آن‌ها به‌منظور افزایش احساس خودکفایی‌شان</p> <p>- آشنایی کادر مدرسه با شرایط جسمی - روانی این کودکان، پیاده‌سازی مهارت‌های آموخته‌شده در مدرسه با استفاده از اجرای نقش این کودکان در خصوص مواردی مانند تزریق انسولین و همچنین مطلع‌سازی مسئولین مدرسه از شرایط تغذیه‌ای متفاوت این کودکان نسبت به سایر کودکان و علائم هشداردهندهٔ افت قند در زمان حضور در مدرسه</p>	<p>۱- مرور واکنش به جلسه قبل</p> <p>۲- بررسی تکلیف جلسه قبل</p> <p>۳- آموزش به کودک جهت خودمراقبتی در برابر دیابت (اطلاعات)</p> <p>۴- تکلیف</p>	<p>خودمراقبتی (۳)</p>	<p>نوزدهم</p>

<p>- نوشتن «نامه روز بد» به‌عنوان یادآوری‌کننده، شامل فهرستی از فعالیت‌های لذت‌بخش و خوش‌حال‌کننده و غذاهای مجاز در «روزهای خوب» و همچنین آموزش کمک‌گرفتن با استفاده از بازی در کودکان جهت کاهش احساس گناه در این کودکان</p> <p>- اصلاح سوءتفاهم‌های گسترده درمورد بیماری دیابت و باورهای اشتباه با استفاده از اجرای نقش</p> <p>- بازی کاغذم‌دادی با ابزار پزشکی تزریق انسولین جهت عادی‌سازی تزریق انسولین در حضور دیگران و همچنین به‌اشتراک‌گذاشتن تجربیات با هم‌سالان و کاهش نگرانی</p> <p>- تشکیل گروه‌های کوچک و پیاده‌سازی آموزش تئوری ارائه‌شده به‌صورت عملی (چگونگی داشتن یک روز شاد)، گوش‌دادن به موسیقی آرامش‌بخش، کشیدن نقاشی و بازی با عروسک انگشتی برای کودکان</p> <p>- مرور مهارت‌های آموزش داده شده با طرح سؤال از شرکت‌کننده‌ها، تشکیل گروه‌های کوچک و اجرای نقش در راستای مهارت‌های مرتبط با رفتار خودمراقبتی به‌صورت داوطلبانه به‌منظور ارزیابی آموخته‌ها.</p>	<p>۱- مرور واکنش به جلسه قبل</p> <p>۲- بررسی تکلیف جلسه قبل</p> <p>۳- آموزش به کودک جهت خودمراقبتی در برابر دیابت (اطلاعات)</p> <p>۴- تکلیف</p>	<p>خودمراقبتی (۴)</p>	<p>بیستم</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------	--------------

پس از ساخت جلسات برنامه مراقبتی والدینی مبتنی بر تجارب زیسته مادران دارای کودک مبتلا به دیابت، به‌منظور روایی‌یابی، جلسات برای ده متخصص در زمینه روان‌شناسی سلامت و بالینی و بیماری‌های مزمن ارسال و با توجه به امتیازدهی متخصصین، به روایی‌یابی پرداخته شد که نتایج آن در جدول ۴ و ۵ قابل مشاهده است.

جدول ۴: شاخص روایی محتوا (CVR) برنامه مراقبتی والدین

پذیرش/رد	CVR	جلسات
پذیرش	۱	جلسه اول
پذیرش	۰/۸۱	جلسه دوم
پذیرش	۱	جلسه سوم
پذیرش	۰/۸۹	جلسه چهارم
پذیرش	۰/۹۹	جلسه پنجم
پذیرش	۱	جلسه ششم
پذیرش	۰/۸۷	جلسه هفتم
پذیرش	۰/۹۵	جلسه هشتم
پذیرش	۱	جلسه نهم
پذیرش	۰/۹۰	جلسه دهم
پذیرش	۱	جلسه یازدهم
پذیرش	۰/۸۸	جلسه دوازدهم
پذیرش	۰/۹۱	جلسه سیزدهم
پذیرش	۰/۹۹	جلسه چهاردهم
پذیرش	۱	جلسه پانزدهم
پذیرش	۱	جلسه شانزدهم
پذیرش	۰/۹۱	جلسه هفدهم
پذیرش	۰/۹۴	جلسه هجدهم
پذیرش	۱	جلسه نوزدهم
پذیرش	۱	جلسه بیستم

جدول ۵: شاخص روایی محتوا (CVI) برنامه‌ی مراقبتی والدینی

جلسات	تفسیر	ارتباط	وضوح	سادگی	کل آیتم
جلسه اول	مناسب	۱	۰/۹۰	۱	۰/۹۶
جلسه دوم	مناسب	۰/۹۹	۰/۹۰	۰/۹۲	۰/۹۳
جلسه سوم	مناسب	۰/۹۱	۱	۱	۰/۹۷
جلسه چهارم	مناسب	۱	۰/۸۱	۰/۹۵	۰/۹۲
جلسه پنجم	مناسب	۰/۹۳	۱	۱	۰/۹۷
جلسه ششم	مناسب	۱	۱	۱	۱
جلسه هفتم	مناسب	۱	۱	۱	۱
جلسه هشتم	مناسب	۰/۹۱	۰/۹۰	۰/۹۵	۰/۹۲
جلسه نهم	مناسب	۱	۰/۹۰	۱	۰/۹۶
جلسه دهم	مناسب	۱	۰/۸۰	۱	۰/۹۳
جلسه یازدهم	مناسب	۱	۱	۱	۱
جلسه دوازدهم	مناسب	۱	۱	۱	۱
جلسه سیزدهم	مناسب	۰/۹۰	۱	۱	۰/۹۶
جلسه چهاردهم	مناسب	۱	۰/۹۵	۱	۰/۹۸
جلسه پانزدهم	مناسب	۱	۱	۱	۱
جلسه شانزدهم	مناسب	۰/۹۰	۰/۹۱	۰/۹۷	۰/۹۲
جلسه هفدهم	مناسب	۱	۱	۱	۱
جلسه هجدهم	مناسب	۱	۱	۱	۱
جلسه نوزدهم	مناسب	۱	۰/۸۶	۱	۰/۹۵
جلسه بیستم	مناسب	۰/۸۶	۰/۹۱	۰/۹۵	۰/۹۰
متوسط شاخص روایی محتوا (CVI)	مناسب	۰/۹۷	۰/۹۴	۰/۹۸	۰/۹۶

نتایج جدول‌ها نشان می‌دهد همه اجزا یا آیتم‌ها دارای نمره بالاتر از ۰/۷۹ بوده و مناسب تشخیص داده شده‌اند. در نهایت، برای کل برنامه متوسط شاخص روایی محتوا (S-CVI/Ave)، ۰/۹۶ و همچنین شاخص روایی محتوایی CVR، برابر با ۰/۹۵ به دست آمد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تدوین و روایی‌یابی برنامه‌ی مراقبتی والدینی مبتنی بر تجارب زیسته‌ی مادران دارای کودک مبتلا به دیابت انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که برنامه‌ی مراقبتی تدوین‌شده دارای روایی محتوایی قابل‌قبولی است و می‌توان آن را برای کنترل بیماری و ارتقای کیفیت زندگی کودکان مبتلا به دیابت اجرا کرد. با توجه به یافته‌های پژوهش و روایی بالای محتوایی، این برنامه‌ی مراقبتی والدگری می‌تواند معایب و کمبودهای برنامه‌های خودمراقبتی دیگر به‌کاربرده‌شده در پژوهش‌های شریفی و همکاران (۲۰۲۲)، حاجی‌نیا و همکاران (۱۴۰۰)، مروج و همکاران (۱۳۹۹)، غیاثوندیان و همکاران (۱۳۹۶)، السوبکای و همکاران (۲۰۲۳) را پوشش دهد؛ چراکه مدل‌های خودمدیریتی و خودمراقبتی پیشین، در بهبود کنترل علائم بیماری دیابت، کاهش مشکلات جسمی مرتبط و افزایش مراقبت‌های پرستاری مفید بودند، ولی

هیچ‌گونه پیگیری‌ای از روند برنامه و نیز مطابقت با تجارب زیسته والدین دارای کودک با دیابت نوع یک نیست تا اثربخشی آن‌ها را افزایش دهد و همه جوانب زندگی کودک با دیابت را دربرگیرد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت تشخیص دیابت نوع یک در دوران کودکی نشان‌دهنده یک دوره پریشانی روان‌شناختی برای کودکان و خانواده‌های آن‌ها می‌باشد (دی کوستا، گرابوسکی و اسکینر^{۴۹}، ۲۰۲۰). مهم‌ترین روش کنترل این بیماری مزمن، خودمراقبتی است. از آنجا که کودکان قادر به خودمراقبتی در هنگام مواجهه با بیماری مزمن نیستند، والدین نقش بسیار مهم و حساسی در انجام خودمراقبتی دارند. کنترل متابولیک و پیروی از رژیم غذایی و درمانی در کودکان مبتلا مشکل بوده و برای خانواده‌ها یک چالش محسوب می‌شود (حسن‌پور^{۵۰}، ۱۳۹۷). در واقع دوران کودکی سخت‌ترین مرحله برای کنترل و مدیریت دیابت نوع اول در مبتلایان به این بیماری می‌باشد و در نتیجه کودکان بیشتر دچار عوارض دیابت می‌شوند (رضاصفت^{۵۱} و همکاران، ۱۳۹۳).

با خودمراقبتی می‌توان به سلامتی و طول عمر بیشتری دست یافت و از ابتلا به انواع بیماری‌های روانی و جسمی پیشگیری کرد. داشتن یک برنامه جامع خودمراقبتی کمک می‌کند تا گام‌های کوچکی برای کاهش استرس و بهبود کیفیت زندگی خود بردارید. حال با توجه به اینکه دیابت نوعی اختلال مادام‌العمر بوده و درمان قطعی ندارد، مستلزم رفتارهای خودمراقبتی ویژه در تمام عمر است. شرکت فعالانه کودک و والدین آگاه در برنامه مراقبتی، منجر به بهبود سلامت عمومی کودک، ارتقای کیفیت زندگی و کاهش عوارض بیماری و در نهایت کاهش هزینه‌های درمانی می‌شود. از آنجا که برنامه غذایی، فعالیت جسمی و استرس‌های فیزیکی و هیجانی ممکن است روی کنترل دیابت تأثیر بگذارند، بیمار باید نحوه برقراری تعادل بین عوامل مختلف را یاد بگیرد (هوکنبری و ویلسون، ۲۰۱۵). بنابراین برنامه مراقبتی والدینی تدوین‌شده با درنظرگرفتن مضامین اصلی مؤثر بر کودک مبتلا به دیابت و خانواده او می‌تواند در زمینه‌های مختلف مؤثر باشد که شامل بهبود تعامل والد - کودک، خودتنظیمی هیجانی، عوامل خانوادگی (مسائل ارتباطی خانواده و طلاق عاطفی والدین)، کیفیت زندگی، عملکرد اجتماعی کودک و مادر و والدگری می‌باشد. همچنین به دلیل استرس بالای والدین و نگرانی زیاد نسبت به سلامتی کودک، حساس‌بودن زیاد والدین نسبت به رفتارهای کودک و اهمیت حیاتی انجام تکالیف درمانی در خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به دیابت، والدین بیشتر حمایتگر بوده و برای متعادل نگاه‌داشتن قند کودک بیشتر به اعمال فشار و کنترلگری تمایل دارند که همین امر اضطراب و مشکلات رفتاری کودک اعم از لجبازی، نافرمانی و پرخاشگری را افزایش می‌دهد. استفاده زیاد از واژه‌های انضباطی و هشدارهای مربوط به سلامتی در این خانواده‌ها، احساس عدم‌امنیت و اضطراب در کودک ایجاد می‌کند، محبوبیت والدین را نزد کودکان کاهش می‌دهد و تمکین قلبی و تبعیت از دستور را پایین می‌آورد (همت‌مکان و همکاران، ۱۴۰۰).

دورو^{۴۷} و همکاران (۲۰۱۵) دریافتند که مداخلات والد و کودک در بهبود مسئولیت‌پذیری و همکاری، افزایش بازدهی سلامت جسمی و روانی والدین و بهبود مشکلات رفتاری کودک مؤثر است. به نظر می‌رسد ارتباط و تعامل مثبت والدین و کودک، صمیمیت و پذیرابودن والدین و وضع قوانین واضح و شفاف با توضیح دلایل آن متناسب با سن کودک، با سازگاری بهتر کودک با بیماری، کاهش اضطراب مادر و احساس کنترل و کفایت بهتر والدین و در نتیجه حس مثبت به خود همراه بوده است و مقاومت و مقابله‌ورزی را در کودکان کاهش می‌دهد و انجام امور مربوط به مدیریت دیابت را برای والد و کودک سهل‌تر می‌کند.

بر اساس نتایج به دست آمده از پژوهش‌ها، یکی از گام‌های مهم تهیه یک برنامه روان‌شناختی استاندارد، کسب روایی محتوایی آن است. یافته‌های پژوهش در خصوص روایی محتوایی آیت‌ها یا بخش‌های مختلف برنامه از دیدگاه متخصصان پانل اعتباربخشی، نشان‌دهنده ضروری بودن و همچنین مناسب بودن (مرتبط بودن، وضوح و سادگی) آن‌هاست. در مجموع، با توجه به ویژگی‌های منحصر به فرد این برنامه همچون ابتدای آن بر یک الگوی مفهومی نوین از توانمندسازی، مبانی نظری و منطق معین، توجه توأمان به فرایندهای آموزشی و روان‌شناختی مورد نیاز مادران دارای کودک مبتلا به دیابت در قالب یک الگوی برنامه مراقبتی والدینی استاندارد، توجه توأمان به عوامل مؤثر مراقبتی و مداخله هم‌زمان آن‌ها در دو سطح مادر کودک، توجه توأمان به تقویت مهارت‌های خودتنظیمی، فرزندپروری و مهارت‌های فردی و همچنین تأیید روایی محتوایی آن از دیدگاه متخصصان، می‌تواند به عنوان یک برنامه جامع و مورد تأیید برای توانمندسازی مادران دارای کودک مبتلا و خود کودک مبتلا در مراکز درمانی و همچنین انجام امور بالینی و پژوهشی استفاده شود. پژوهش حاضر محدودیت‌های مختلفی داشت؛ از جمله، با توجه به شیوع همه‌گیری ویروس کووید-۱۹، مصاحبه کیفی با مادران دارای کودک مبتلا به دیابت با محدودیت‌های خاص همراه بود. نگرانی از انتقال بیماری، گاهی اوقات زمان مصاحبه با مادران و کودکان را کاهش یا آن را به تعویق می‌انداخت؛ سوگیری‌ها در شیوه مصاحبه از محدودیت‌های دیگر بود که به نظر می‌رسد عوامل شخصی و همچنین عدم کنترل متغیر منطقه محل سکونت و نادیده گرفتن سایر متغیرهای مزاحم دیگر در این امر دخیل باشد؛ بنابراین بهتر است در پژوهش‌های بعدی این محدودیت‌ها مورد توجه قرار گیرد و تعمیم‌دهی با احتیاط صورت گیرد. در پژوهش‌های آینده، پیشنهاد می‌شود با در نظر گرفتن روش‌های دیگر و نشانه‌های مختلف چگونگی اثربخشی این برنامه مراقبتی والدینی را در این مادران و کودکان بررسی شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که پژوهش حاضر در سنین مختلف تکرار شود. پیشنهاد دیگر این است که در پژوهش‌های بعدی تأثیر سایر مداخلات مراقبتی از این دست با برنامه مراقبتی والدینی مبتنی بر تجارب زیسته مادران دارای کودک مبتلا به دیابت نیز مورد بررسی قرار بگیرد. انجام این پژوهش در مناطق دیگر کشور نیز باعث می‌شود نتایج با قدرت بیشتری قابل مقایسه و تعمیم باشد.

پی‌نوشت‌ها

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------|
| 1. Diabetes | 27. Szarkowski, Brice |
| 2. Afshari and Georgi | 28. Khanjarian and Ahani |
| 3. Autoimmune | 29. Khalili |
| 4. Hockenberry and Wilson | 30. Hajinia |
| 5. Baylus | 31. Özçelik |
| 6. Hemmat Khah | 32. Iovino |
| 7. Zisberg& Lang | 33. Saul |
| 8. American Diabetes Association | 34. Soltani zadeh |
| 9. Hypoglycemia | 35. Asar Zadegan and Raeisi |
| 10. Hyperglycemia | 36. Yazdi |

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| 11. Ketoacidosis | 37. Hemat makan |
| 12. Nephropathy | 38. Rezaee Kokhdan |
| 13. Neuropathy | 39. Ferrari |
| 14. Retinopathy | 40. Deeb |
| 15. Poton; Dolan; Smitt; Tomas | 41. Hannonen |
| 16. Quality Of Life | 42. Winkley |
| 17. Streisand; Mackey & Herge | 43. Mauri |
| 18. De Wit & Snoke | 44. Sharifi |
| 19. Madrigal, et al | 45. Moravej |
| 20. Senjari, Purvi and Mehrdad | 46. Ghiyasvandian |
| 21. Morita | 47. Elsobky |
| 22. World Health Organization | 48. Eman |
| 23. Mortazavi Moghadam and Hosseini | 49. Di Costa & Grabowski & Skinner |
| 24. Uhm, Kim | 50. Hassan Pour |
| 25. Seligman, Csikszentmihalyi | 51. Reza Sefat |
| 26. Nemati | 51. Dorou |

منابع

- افشاری، م.، گرجی، ی. (۱۳۹۸). کاربرد درمان شناختی - رفتاری در مشکلات روان شناختی دیابت نوع یک، تهران: انتشارات بهشت.
- امامی‌سیگارودی، ع. (۱۳۷۱). روش‌شناسی تحقیق کیفی: پدیدارشناسی، فصلنامه پرستاری و مامایی جامع‌نگر، ۶(۲۲)، ۵۶-۶۳.
- ایمان، م. ت. (۱۳۹۷). روش‌شناسی کیفی، تهران: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- بایلوس، ر. (۱۳۹۱). مرض قند (دیابت)، ترجمه فرهاد همت‌خواه، تهران: عصر کتاب.
- حاجی‌نیا، ز.، علایی کراهرودی، ف.، زائری، ح.، و قاسمی، ا. (۱۴۰۰). تأثیر آموزش خودمراقبتی حضوری و مجازی بر خود‌مدیریتی کودکان سن مدرسه مبتلا به دیابت نوع ۱، طب خانواده نوین، ۱۱(۱)، ۱۱۷-۱۰۴.
- حسینی، س. ن.، فتوحی، ع.، و رضایی‌نژاد، س. (۱۳۹۷). بررسی کیفیت زندگی در افراد مبتلا به دیابت - مرور نظام‌مند، پنجمین همایش پژوهشی سالیانه دانشگاه علوم پزشکی استان سمنان، سمنان.
- خلیلی، ع.، آقایی، س.، دوستی ایرانی، ع.، رضوی، ز.، و چراغی، ف. (۱۴۰۰). بررسی رابطه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و ابعاد خودمراقبتی مجازی کودکان مبتلا به دیابت، مجله علمی پژوهان، ۱۹(۱)، ۴۳-۳۸.
- خنجریان، ف.، و آهنی، م. (۲۰۱۸). خودمراقبتی در کودکان نوع ۱، دوازدهمین همایش بیماری‌های ارثی کودکان و غدد و متابولیسم، تهران.
- دانایی‌فرد، ح.، خیرگو، م.، آذر، ع.، و فانی، ع. ا. (۱۳۹۱). فهم انتقال خط‌مشی اداری در ایران: پژوهشی بر مبنای راهبرد داده‌بنیاد، مدیریت فرهنگ سازمانی، ۲۲(۱)، ۲۸-۵.
- رضاصفت بلسبنه، آ.، میرحج‌جو، س. ن.، جعفری اصل، م.، کوه‌منایی، ش.، کاظم‌نژاد لیلی، ا.، و منفرد، آ. (۱۳۹۳). ارتباط خودکارآمدی با خودمراقبتی در نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک، پرستاری و مامایی جامع‌نگر، ۲۴(۹۹)، ۱۸-۹.
- رضایی کوخندان، ف.، درتاج، ف.، قائمی، ف.، حاتمی، م.، و دلاور، ع. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر اضطراب، کنترل متابولیک و کیفیت زندگی بیماران دیابت نوع دو، سلامت اجتماعی، ۸(۴)، ۱۰۲-۹۲.
- سعیدپور، ج.، جعفری، م.، قاضی‌عسگر، م.، دریانی دردشتی، ح.، و تیمورزاده، ا. (۱۳۹۲). بررسی تأثیر آموزش خودمراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت، فصلنامه مدیریت سلامت، ۱۶(۵۲)، ۳۶-۲۶.

طل آذر، پ. ا.، رحیمی فروشانی، ع.، و توسلی، ا. (۱۳۹۱). ارزیابی تأثیر برنامه آموزشی در قالب گروه‌های کوچک بر ارتقای میزان آگاهی و سواد سلامت بیماران زن مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران، *مجله علوم پزشکی رازی*، ۱۹(۱۰۴)، ۱۰-۱۹.

عصارزادگان، م.، و رئیس، ز. (۲۰۱۹). اثربخشی آموزش مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر بر بهزیستی روان‌شناختی و ابعاد آن در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، *مجله پرستاری دیابت*، ۷(۲)، ۸۰۸-۷۹۳.

غیاثوندیان، ش.، سلیمی، ا.، نویدحمیدی، م.، و ابراهیمی، ح. (۱۳۹۶). بررسی تأثیر آموزش خودمدیریتی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، *دانش و تندرستی*، ۱۲(۱)، ۵۶-۵۰.

مروج، ح.، عابدی، س.، قربانی، ع. ا.، یزدانی، ن.، امیرحکیمی، ا.، و ایلخانی پور، ه. (۱۳۹۹). تأثیر آموزش خودمدیریتی تیمی بر کنترل قندخون کودکان و نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک، *پرستاری دیابت*، ۸(۴)، ۱۲۲۲-۱۲۱۲.

منتظری، م.، سلطانی‌زاده، م.، و لطیفی، ز. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر اضطراب ناشی از تزریق انسولین در کودکان و نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک، *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۱۱(۴۲)، ۱۶۵-۱۴۵.

همت‌مکان، ن.، گلشنی، ف.، باغداساریانس، آ.، و امامی‌پور، س. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش دلگرم‌سازی بر کیفیت زندگی مبتلا به دیابت ک و اختلال‌های رفتاری هیجانی در نوجوانان مبتلا به دیابت، *روان پرستاری*، ۹(۵)، ۲۳-۱۴.

هوکبری، م.، و ویلسون، د. (۱۳۹۲). *مراقبت پرستاری از شیرخواران و کودکان ونگ: ارتقای سلامت نوزاد و خانواده*، مشکلات بهداشتی نوزاد، نوزاد پرخطر و خانواده، *نقایص تکامل جسمی*، ترجمه مه‌لقا دهقان‌اناری و درسا دهقان‌اناری، کرمان: دانشگاه آزاد کرمان.

هومن، ح. (۱۳۹۵). *تحلیل داده چندمتغیری در پژوهش رفتاری*، تهران: پیک فرهنگ.

یزدی، م.، صفرانیا، م.، و زارع، ح. (۲۰۲۰). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر نشانگرهای زیستی (HbA1C) و گلوکز خون بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، *فصلنامه روان‌شناسی سلامت*، ۹(۳۳)، ۶۱-۷۸.

- Afshari, M., Gerji, Y. (2018). *The use of cognitive-behavioral therapy in psychological problems of type 1 diabetes*, Tehran. Behesht Publication [in Persian].
- American Diabetes Association. (2013). Standards of medical care in diabetes, *Diabetes Care*, 36(1), S11-S66.
- Asarzagdegan, M., and Raisi, Z. (2019). The effectiveness of positive psychology training in psychological well-being and its dimensions among patients with type 2 diabetes. *Journal of Diabetes Nursing*, 7(2), 793-808 [in Persian].
- Baylos, R. (2011). *Diabetes*, translated by Farhad Hematkah, Tehran: Asr Kitab Publications [in Persian].
- Danaifard, H., Khairgo, M., Azar, A., and Fani, A. A. (2011). Understanding the transfer of administrative policy in Iran/ a research based on data foundation strategy, *Organizational Culture Management*, 2(10), 5-28 [in Persian].
- DeCosta1, P. D., Grabowski, T. C., & Skinner, S. (2020). Systematic Review or Meta-Analysis The psychosocial experience and needs of children newly diagnosed with type 1 diabetes from their own perspective: a systematic and narrative review, *DIABETIC Medicine*.
- Deeb, A., Akle, M., Al Ozairi, A., & Cameron, F. (2018). Common Issues Seen in Paediatric Diabetes Clinics, Psychological Formulations, and Related Approaches to Management, *J Diabetes Res*, 27, 168-175.
- De Wit, M., & Snoek, F. J. (2011). Depressive symptoms and unmet psychological needs of Dutch youth with type 1 diabetes: results of a web-survey, *Pediatric Diabetes*, 12(3), 172-176.

- Duru, N. S., Civilibal, M., & Eleveli, M. (2016). Quality of life and psychological screening in children with type 1 diabetes and their mothers, *Journal Experimental and clinical Endocrinology and Diabetes*, 124(2), 105-110.
- Ferrari, M., McIlwain, D. J., & Ambler, G. (2018). A qualitative comparison of needles and insulin pump use in children with type 1 diabetes, *J Health Psychol*, 23(10), 1332-1342.
- Elsobky, F.A., Darweesh, H.A.M., Alzahrani, S.H.A., & Bassam, S.E.A. (2023). The Impact of a Self-Management Program Based on the 5 A's Model on Type 1 Diabetes in School-Aged Children, *Ann Nutr Metab*, 78(4), 197-206.
- Emami Sigaroudi, A., and others. (1992). Qualitative Research Methodology: Phenomenology, *Journal of Comprehensive Nursing and Midwifery*, 6(22), 63-56 [in Persian].
- Ghiyasvandian, S., Salimi, A., Navidhamidi, M., & Ebrahimi, H. (2017). Assessing the Effect of Self-Management Education on Quality of Life of Patients with Diabetes Mellitus Type 2, *Journal of Knowledge & Health*, 12(1), 50-56 [in Persian].
- Hajinia, Z., Alaei Karahrudi, F., Zairi, H., and Ghasemi, A. (2021). The effect of face-to-face and virtual self-care training on the self-management of school-age children with type 1 diabetes, *Modern Family Medicine Journal*, 1(1), 104 [in Persian].
- Hammet Mekan, N., Golshani, F., Baghdasarians, A., and Emamipour, S. (2021). The effectiveness of encouragement training on diabetic quality of life and emotional behavioral disorders in adolescents with diabetes, *Psychiatric Nursing*, 9(5), 14-23 [in Persian].
- Hannonen, R., Aunola, K., Eklund, K., & Ahonen, T. (2019). Maternal Parenting Styles and Glycemic Control in Children with Type 1 Diabetes, *Int J Environ Res Public Health*, 16(2), 214.
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2012). Nursing care of infants and children: promoting the health of the newborn and the family, health problems of the newborn, high-risk newborn and the family, physical development defects (Volume 1), translated by Dehghan Anari, M., Dehghan Anari D. Kerman Azad University Press [in Persian].
- Homan, H. (2015). *Multivariate data analysis in behavioral research*, Tehran: Farhang Publications [in Persian].
- Hosseini, S. N., Fatuhi, A., and Rezainejad. s. (2017). Investigating the quality of life in diabetic people - a systematic review, the fifth annual research conference of Semnan University of Medical Sciences, Semnan [in Persian].
- Iman, M. T. (2017). *Qualitative Methodology*, Tehran: Hoza and University Research Institute.
- Iovino, P., Lyons, K. S., De Maria, M., Vellone, E., Ausili, D., Lee, C. S., Riegel, B., & Matarese, M. (2021). Patient and caregiver contributions to self-care in multiple chronic conditions: A multilevel modelling analysis, *Int J Nurs Stud*, 116, 103574.
- Khalili, A., Aghaei, S., Dosti Irani, A., Razavi, Z., and Cheraghi, F. (2021). Investigating the relationship between demographic characteristics and dimensions of virtual self-care of diabetic children, *Pejohan Science Journal*, 19(1), 38-43 [in Persian].
- Khanjirian, F., and Ahani, M. (2018). *Self-care in children type 1*, the 12th conference of hereditary diseases of children and glands and metabolism, Tehran [in Persian].
- Madrigal, M. A., López, M., Sánchez, A., Cao, M. J., Castro, M. J., & Jiménez, J. M. (2020). Type 1 Diabetes Mellitus in Pediatric Patients and Its Impact on Relationships in the Family Environment, *Diabetes Metab Syndr Obes*, 13, 4973-4980.
- Mauri, A., Schmidt, S., Sosero, V., Sambataro, M., Nollino, L., Fabris, F., Corò, A., Scantamburlo, A., Marcon, M. L., Cazziola-Merlotto, M., Ciani, T., Tessarin, M., & Paccagnella, A. (2021). A structured therapeutic education program for children and adolescents with type 1 diabetes: an analysis of the efficacy of the "Pediatric Education for Diabetes" project, *Minerva Pediatr (Torino)*, 73(2), 159-166.

- Montazeri, M., Soltanizadeh, M., and Latifi, Z. (2021). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on anxiety caused by insulin injection in children and adolescents with type 1 diabetes, *clinical psychology studies*, 11(42), 145-165 [in Persian].
- Moreira, H., Frontini, R., Bullinger, M., & Canavarro, M. C. (2014). Family cohesion and health related quality of life of children with type 1 diabetes: The mediating role of parental adjustment, *Journal of Child and Family Studies*, 23, 347-359.
- Moravej, H., Abedi, S., Ghorbani, A., Yazdani, N., Amirhakimi, A., & Ilkhanipoor, H. (2020). The Effect of Team Self-Management Training on Blood Sugar Control in Children and Adolescents with Type 1 Diabetic. *J Diabetes Nurs*, 8 (4), 1212-1222 [in Persian].
- Özçelik, Ç., Aktaş, E., Şen Celasin, N., Karahan Okuroğlu, G., & Şahin, Ş. (2019). The Development and Validation of a Turkish Insulin Treatment Self-Management Scale Child Form (Ages 8-18) and Parent Form, *J Clin Res Pediatr Endocrinol*, 11(3), 278-286.
- Potton, S. R., Dolan, L. M., Smith, L. B., Thomas, I. H., & Powers, S. W. (2011). Pediatric parenting stress and its relationship to depressive symptoms and fear of hypoglycemia in parents with type 1 diabetes mellitus, *Journal of clinical psychology in medical setting*, 18(4), 345-352.
- Rezasafet Belsbaneh, A., Mirhaqjo, S. N., Jafari Asl, M., Koh Manai, Sh., Kazemnejad Lili, A., and Monfard, A. (2013). The relationship between self-efficacy and self-care in adolescents with type 1 diabetes, *Jame Nagar Nursing and Midwifery*, 24(99), 9-18 [in Persian].
- Rezaei Kokhdan, F., Dartaj, F., Ghaemi, F., Hatami, M., and Delavar, A. (2021). The effectiveness of cognitive behavioral therapy on anxiety, metabolic control and quality of life of type 2 diabetes patients, *Social Health*, 8(4), 92-102 [in Persian].
- Saeedpour, J., Jafari, M., Ghazi Asgar, M., Daryani Dardashti, H., and Timourzadeh, A. (2012). Investigating the effect of self-care training on the quality of life of diabetic patients, *Health Management Quarterly*, 16(52), 26-36 [in Persian].
- Sanjari, M., Peyrovi, H., & Mehrdad, N. (2021). The Process of Managing the Children with Type 1 Diabetes in the Family: A Grounded Theory Study, *Iran J Nurs Midwifery Res*, 26(1), 25-33 [in Persian].
- Saul, H., Gursul, D., Cassidy, S., & Sharpe, D. (2022). Why don't children and young people engage with diabetes services, *BMJ*, 377, 750.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: an introduction, *Am Psychol*, 55(1), 5-14.
- Sharifi, T., Javan-Noughabi, J., Asadi, Z., Zarqi, M. (2022). Reasons for non-participation in a self-care training program for diabetic patients: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*, 22(1), 127 [in Persian].
- Streisand, R., Mackey, E. R., & Herge, W. (2010). Associations of parent coping, stress, and well-being in mothers of children with diabetes: Examination of data from a national sample, *Maternal and Child Health Journal*, 14, 612-617.
- Szarkowski, A., & Brice, P. J. (2016). Hearing parents' appraisals of parenting a deaf or hard-of-hearing child: application of a positive psychology framework, *J Deaf Stud Deaf Educ*, 21(3), 249-258.
- Tal Azar, P. A., Rahimi Forushani, A., and Tosali, A. (2011). Evaluating the effect of educational program in the form of small groups on improving the level of awareness and health literacy of type 2 diabetic female patients referring to selected hospitals of Tehran University of Medical Sciences, *Razi Journal of Medical Sciences*, 19(104), 10-19 [in Persian].

- Winkley, K., Upsher, R., Stahl, D., Pollard, D., Kasera, A., Brennan, A., Heller, S., & Ismail, K. (2020). Psychological interventions to improve self-management of type 1 and type 2 diabetes: a systematic review, *Health Technol Assess*, 24(28), 1-232.
- World Health Organization. (2019). Global report on diabetes.
- Uhm, J. Y., & Kim, M. S. (2020). Predicting Quality of Life among Mothers in an Online Health Community for Children with Type 1 Diabetes, *Children (Basel)*, 7(11), 235.
- Yazdi, M., Safarinia, M., and Zare, H. (2020). Comparing the effectiveness of life-based therapy and emotional regulation therapy on biological markers of HbA1C and blood sugar in patients with type 2 diabetes, *Health Psychology Quarterly*, 9(33), 61-78 [in Persian].
- Zysberg, L., & Lang, T. (2015). Supporting parents of children with type 1 diabetes mellitus: a literature review, *Dove Press*, 7, 21- 31.