

رابطه استرس والدینی با سلامت روان و کیفیت زندگی در مادران دارای فرزند مبتلا به دیابت نوع یک

The relationship between parent anxiety, mental wellbeing and life quality in mothers of children with type 1 diabetes

Baharak Bayati

Psychology of Exceptional Children

Gholamali Afrooz

University of Tehran

Anita Baghdassarians

Islamic Azad University Central Tehran

Branch

Sogand Ghasemzadeh

University of Tehran

Assadollah Rajab

Endocrinologist

بهارک بیاتی*

روانشناسی کودکان استثنایی

غلامعلی افروز

دانشگاه تهران

آنیتا باغداساریانس

دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز

سوگند قاسم‌زاده

دانشگاه تهران

اسدالله رجب

فوق تخصص غدد

چکیده: شیوع بیماری دیابت نوع یک در کل جهان در حال افزایش است. ابتلای کودک به دیابت، سیستم خانواده را با فشارها و تنش‌های فراوانی مواجه کرده و به‌ویژه مادر به‌عنوان مراقب اصلی چالش‌های عاطفی، روانی و اجتماعی زیادی را تجربه می‌کند. هدف از پژوهش حاضر، بررسی رابطه استرس والدینی با سلامت روانی و کیفیت زندگی مادران دارای فرزند مبتلا به دیابت بود. به این منظور ۱۰۷ مادر دارای فرزند مبتلا به دیابت از بین مراجعه‌کنندگان به انجمن دیابت تهران انتخاب شدند و فرم کوتاه پرسشنامه استرس والدینی آبی‌دین (PSI-SF)، نسخه ایرانی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL) و پرسشنامه سلامت عمومی گلدنبرگ (GHQ) را تکمیل کردند. داده‌ها به روش همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون ساده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که متغیر استرس والدینی با هر دو متغیرهای کیفیت زندگی و سلامت روان و زیرمقیاس‌های آنها رابطه منفی معناداری دارد. همین‌طور استرس والدینی توانایی پیش‌بینی کیفیت زندگی و سلامت روان مادران دارای کودک مبتلا به دیابت را دارا است. با توجه به یافته‌های این پژوهش استرس والدینی سهم قابل توجهی از کیفیت زندگی و سلامت روان مادران دارای فرزند مبتلا به دیابت را تعیین می‌کند. بنابراین پیشنهاد می‌شود برنامه‌هایی جهت کاهش استرس والدینی به‌منظور بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان مادران طراحی و اجرا شود.

واژه‌های کلیدی: استرس والدینی، دیابت نوع یک، کیفیت زندگی، سلامت روان

Abstract: The prevalence of type one diabetes is rising all around the world. After diagnosis, family system faces many stressful problems and tensions; Specially mothers, as main caregivers, experience psychological, emotional and social challenges. The purpose of this study was to investigate the relationship between parent anxiety, and mental wellbeing and , life quality in mothers of children with type one diabetes. 107 mothers were selected from among Tehran Diabetes Association clients and completed the Parenting Stress Scale (PSI- SF), the General Health Questionnaire (GHQ), and the Iranian Quality of Life Questionnaire (WHOQOL). The results of data analysis showed that parent stress would have a negative correlation with both variables of quality of life and mental health and their subscales. Besides, parenting stress could predict the mothers` quality of life and mental health. It can be concluded that parent anxiety has a considerable effect on the life quality and mental wellbeing of such mothers so that it would be desirable to design and practice interventions for reducing parental anxiety and improving the mothers` life quality and mental wellbeing.

Keyword: Parent anxiety, type one diabetes, life quality, mental wellbeing

مقدمه

دیابت نوع یک^۱ از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن دوران کودکی است. با توجه به ماهیت این بیماری و روند درمان آن، والدین تقریباً تمامی مسئولیت مدیریت روزانه بیماری را برعهده دارند. مدیریت دیابت^۲ کاری تمام‌وقت، بدون وقفه و بی‌امان است که با زندگی روزمره خانواده تداخل داشته و به‌طور معنی‌داری بر آن تأثیر منفی می‌گذارد (جونز، اولسن، پرپلد و ویلانگ، ۲۰۱۶؛ نیدل، ترینور، مک‌کی و گری، ۲۰۱۲؛ پاتن، دولان، اسمیت، توماس و پاورز، ۲۰۱۱). ابتلای کودک به بیماری، کاملاً ناگهانی و بدون پیش‌آگهی صورت می‌گیرد و وقتی بیماری در کودک تشخیص داده می‌شود، خانواده چالش‌های شناختی، هیجانی و رفتاری بسیاری را تجربه می‌کند (زیسبرگ و لانگ، ۲۰۱۵؛ اندرسون، ۲۰۰۱). علاوه بر شوکی که به خانواده وارد می‌شود، والدین بدون هیچ‌گونه آمادگی قبلی ملزم به انجام درخواست‌ها و تکالیف دست و پاگیر و آزاردهنده مدیریت بیماری در فرزندشان می‌شوند. در صورتی که این وظایف به‌درستی انجام نپذیرد، کودک مبتلا در معرض هیپوگلیسمی^۳ و هیپرگلیسمی^۴ و پیامدهای آنها (بستری‌شدن در بیمارستان، تشنج، کما و حتی مرگ) و همین‌طور عوارض کوتاه‌مدت و بلندمدت دیابت (نوروپاتی^۵، نفروپاتی^۶، رتینوپاتی^۷ و آسیب به قلب و سایر سیستم‌های بدن) قرار خواهد گرفت (موناقان، هیلپارد، کوگن و استریساند، ۲۰۰۹؛ انجمن دیابت کانادا، ۲۰۱۱).

مدیریت دیابت کودک شامل اندازه‌گیری روزانه حداقل ۴ بار قند خون، تزریق روزانه انسولین، تنظیم و اجرای رژیم غذایی خاص و کنترل میزان فعالیت او می‌شود (انجمن دیابت آمریکا، ۲۰۱۶؛ شریفالی، سیلیسکا و اومارا، ۲۰۰۹). علاوه بر آن والدین باید دائماً میزان صحیح دوز انسولین را بر اساس مقدار کربوهیدرات مصرف‌شده و فعالیت فیزیکی کودک محاسبه و اصلاح نمایند (نیووستیج، هارتمن، آنستوت، ون‌باکل، ایمونز و همکاران، ۲۰۱۶؛ جیسر، ویتنور، آمبروزینو، لیندمن و گری، ۲۰۰۸)

تکنولوژی، تسهیلاتی را در مدیریت و کنترل بیماری برای والدین فراهم کرده است، لیکن مسئولیت شبانه‌روزی و دائمی والدین، همواره پیامدهایی از جمله استرس، آشفتگی‌های روانی و نقصان کیفیت زندگی را به‌دنبال دارد (پاتراکی و همکاران، ۲۰۱۵؛ سابمن، هیر، دنی و لانگ، ۲۰۱۲؛ ویتنور، جیسر، چاو، جانگ و گری، ۲۰۱۲). در چنین شرایطی کارکرد موثر خانواده می‌تواند باعث افزایش احساس ایمنی و کاهش مشغله ذهنی و کناره‌گیری در کودکان شود (پورسینا، طهماسیان و صادقی، ۱۳۹۳) و با مداخله‌های درمانی می‌توان کارکرد خانواده کودکان با نیازهای ویژه را ارتقاء بخشید (اقبال، موسوی و حکیم، ۱۳۹۵؛ خدادادی سنگده، تولائیان و بلقان‌آبادی، ۱۳۹۳).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند بیماری مزمن فرزندان باعث آشفتگی شدید اعضای خانواده می‌شود (تسولی، آکساندر، استفانی و داروینی، ۲۰۱۳؛ کازینو و هازن، ۲۰۱۳). والدگری برای کودکی که از نظر سلامتی شرایط ویژه‌ای دارد، فرایندی پیچیده و بالقوه استرس‌زاست. والدین همواره نگران اتفاقات شوک‌آور در ارتباط با کودک هستند و به‌سختی می‌توانند تعادل بین مراقبت از کودک و سایر مسئولیت‌های خود مثل زندگی اجتماعی، کار، وظایف منزل و ... را برقرار کنند (اسمیت، چیت و بکر، ۲۰۱۵؛ اسکویی، ابراهیمی و مهرداد، ۲۰۱۲؛ اکلستون، پالمو، فیشر و لائو، ۲۰۱۳؛ رافائل، زانگ، لیو و جیاردینو، ۲۰۱۰). از طرف دیگر شواهد نشان می‌دهند که عملکرد خانواده^۸، عامل تعیین‌کننده قدرتمندی در میزان بهزیستی^۹ و کیفیت زندگی^{۱۰} کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن است (استریساند و موناقان، ۲۰۱۴؛ جیسر، لیندزی و گری، ۲۰۱۴؛ دورو، سیویل‌بیل و ایولی، ۲۰۱۶؛ ویسبرگ، نانس، هلمبک، چن، اندرسون و همکاران، ۲۰۰۹). مشکلات روانی مادر بر کنترل متابولیک کودک تأثیر منفی می‌گذارد (بوتویتکا، فندلر، زالپا، زادکاووسکا، زاودیناک-زالپسکا، و همکاران، ۲۰۱۶). بوتویتکا و همکاران (۲۰۱۶) نشان دادند کودکان دیابتی که مادران آنها علائم افسردگی را نشان می‌دهند، بیشتر در خطر بستری شدن در بیمارستان به دلیل عوارض دیابت هستند (بوتویتکا و همکاران، ۲۰۱۶).

1. type one diabetes
2. managing diabetes
3. hypoglycemia
4. hyperglycemia
5. neuropathy
6. nephropathy
7. retinopathy

8. family function
9. well-being
10. quality of life

کاناوارو، ۲۰۱۴؛ هیلپارد، موناقان و کوگن، ۲۰۱۱). پژوهش‌های بسیاری رابطه بین استرس والدینی در خانواده‌های دارای فرزند دیابتی را با عوامل سلامت روانی و جسمی والدین و کودک و همچنین میزان کنترل متابولیک کودک مورد بررسی قرار داده‌اند (استریساند، ماکی و هرگ، ۲۰۱۰؛ جیسر و همکاران، ۲۰۱۴؛ دورو و همکاران، ۲۰۱۶؛ نعمت‌پور و بی‌بی شهبازیان، ۱۳۸۴؛ هلگسون، بگرد و کوبار، ۲۰۱۲). میزان شیوع آشفتگی‌های روانی از جمله استرس و افسردگی در مادران دارای فرزند دیابتی از ۱۰ تا ۷۴ درصد با متوسط ۳۲/۵ درصد گزارش شده است (جیسر و همکاران، ۲۰۰۸).

سازمان بهداشت جهانی^۴ کیفیت زندگی را این‌گونه تعریف می‌کند: "درک افراد از موقعیت خود در بافت فرهنگی و سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند با توجه به اهداف، توقعات و استانداردهای آنان." در این تعریف کیفیت زندگی، مفهومی ذهنی^۵ و پویا^۶ دارد. به این معنی که توسط خود فرد و براساس نظر او تعریف می‌شود و در طی زمان تغییر می‌کند (سوینی، ماکی و استریساند، ۲۰۱۴؛ فریش، ۲۰۰۶). فریش (۲۰۰۶) معتقد است که کیفیت زندگی هر فرد تا حد زیادی متشکل است از مجموعه رضایتمندی او از حیطه‌ها و زمینه‌های خاص زندگی که از نظر فرد دارای اهمیت است. این حیطه‌ها شامل سلامت، احترام به خویش، اهداف و ارزش‌ها، درآمد، کار، سرگرمی و تفریح، یادگیری، خلاقیت، کمک و یاری‌رساندن، روابط عاشقانه، دوستان، کودکان، بستگان، خانه، محله و جامعه است.

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که هرچه میزان آشفتگی‌های والدین و تجربه عواطف منفی بیشتر باشد، کیفیت زندگی آنها پایین‌تر و کنترل متابولیک در کودک ضعیف‌تر بوده و احتمال ابتلای کودک به اختلالات روانشناختی هم بیشتر است (استریساند و موناقان، ۲۰۱۴؛ انجمن دیابت کانادا، ۲۰۱۱؛ کامرون، نورتمن، امبلر و دانمن، ۲۰۰۷؛ لوین و همکاران، ۲۰۰۶؛ موریتا و همکاران، ۲۰۱۴).

پژوهشگران در ایران سلامت روانی و سبک‌های مقابله با استرس را در مادران دارای فرزند مبتلا به دیابت بررسی

بیش از ۶۰ درصد از والدینی که کودکانشان به دلیل بیماری مزمن در بیمارستان بستری می‌شوند، ملاک‌های اختلالات استرسی را دارند (کورتیس، فاستر، میتچل و وان، ۲۰۱۶). در مرور ادبیات پژوهشی به دو نوع تعریف از استرس ویژه والدین برمی‌خوریم: نوع اول مشخص می‌کند استرس والدینی^۱، آشفتگی روانی است که به دنبال تلاش والدین برای فائق آمدن بر وظایف و درخواست‌های والد بودن ایجاد می‌شود. لازم است این نوع استرس از سایر موقعیت‌های استرس‌زا متمایز شود (استریساند، اسویفت، ویکمارک، چن و هامز، ۲۰۰۵؛ گلفنشتاین، اسرولویسی و مدوف-کوپر، ۲۰۱۵). اولین بار آیدین^۲ در سال ۱۹۹۵ الگوی نظری مفهومی از استرس والدینی ارائه داد. طبق نظریه آیدین عوامل فراخوان استرس والدینی را می‌توان در چندین حوزه مرتبط با والدین، فرزندان و حوادث زندگی طبقه‌بندی کرد. عوامل استرس‌زا در حوزه کودک به سرشت کودک و فاکتورهای رفتاری‌اش مثل میزان سازش‌پذیری و قانونمندی او مربوط می‌شود. انتظارات و ادراکات والدین از کودک و از خود به‌عنوان والد، تیپ شخصیتی والدین، عملکرد آنها و میزان احساس گناه، دل‌بستگی‌ها و آشفتگی‌های روانی‌شان در زمره فراخوان‌های والدینی قرار می‌گیرند. عوامل استرس‌زای محیطی بیشتر در روابط همسران، تعارضات تربیتی، سلامتی و انزوای اجتماعی خلاصه می‌شوند (گلفنشتاین و همکاران، ۲۰۱۵). اما تعریف نوع دوم استرس والدینی مختص والدین کودکانی است که به بیماری‌های مزمن مبتلا هستند. استریساند و همکاران (۲۰۰۵) این استرس را "استرس مرتبط با بیماری"^۳ می‌نامد که در خلال مراقبت از کودک بیمار ایجاد می‌شود و در واقع به استرس والدینی نوع اول می‌افزاید (استریساند و همکاران، ۲۰۰۵).

استرس مرتبط با بیماری، هم والد و هم کودک را به چند طریق تحت تأثیر قرار می‌دهد: الف) افزایش احتمال ابتلای والدین به اختلالات روانی، ب) کاهش چشمگیر توان والدین در مدیریت بیماری فرزند، ج) افزایش استرس تجربه‌شده توسط والد و کودک بیمار، د) تأثیر منفی بر خودمدیریتی کودک در مورد بیماریش (استریساند و همکاران، ۲۰۰۸؛ کارتر، ۲۰۱۵).

4. world health organization
5. subjective
6. dynamic

1. parenting stress
2. Abidin, R. R.
3. pediatric parenting stress

مزمّن، اخذ درمان‌های روان‌پزشکی در حال حاضر و تک سرپرست بودن کودک. براساس اطلاعات به‌دست‌آمده از سؤالات جمعیت‌شناختی، کمترین و بیشترین سن مادران به ترتیب برابر با ۲۵ و ۵۲ سال بود و میانگین و انحراف استاندارد سنی آنان به ترتیب ۳۷/۴۴ و ۵/۷۱ محاسبه شد. فراوانی درصدی میزان تحصیلات شرکت‌کنندگان عبارت است از: زیردیپلم (۱۹/۶ درصد)، دیپلم (۳۳ درصد)، فوق‌دیپلم و لیسانس (۳۸/۱ درصد) و فوق‌لیسانس و بالاتر (۹/۳ درصد).

ابزار سنجش

فرم کوتاه شاخص استرس والدین (PSI-SF). این پرسشنامه در سال ۱۹۸۳ توسط آبی‌دین ساخته شده است و سه زیرمقیاس آشفتگی والدینی^۵، تعامل ناکارآمد والد-کودک^۶ و ویژگی‌های کودک مشکل‌آفرین^۷ را در بر می‌گیرد. این آزمون برای ارزیابی استرس والدینی ادراک‌شده والدین طراحی شده است. شیوه نمره‌گذاری به روش لیکرت برحسب پاسخ‌های ۱ تا ۵ (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) انجام می‌شود. فدایی و همکاران (۱۳۸۸) این پرسشنامه را روی ۴۶۸ مادر هنجاریابی کردند. نتایج آلفای کرونباخ^۸ برای میزان پایایی^۹ نمره کل استرس والدینی برای کل گروه هنجاری ۰/۹۰ بود. ضریب پایایی بازآزمایی^{۱۰} در طول ۱۸ روز بعد از اجرای اول برابر ۰/۷۵ برای نمره کل ابزار استرس والدینی بود که این همبستگی بیانگر ثبات شاخص استرس والدینی است. روایی همگرا^{۱۱} از طریق همبسته کردن با مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس^{۱۲} (DASS) و سیاهه رفتاری کودکان^{۱۳} (TCBC) مورد تأیید قرار گرفت.

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ). این پرسشنامه در سال ۱۹۷۲ توسط گلدبرگ ساخته شد. این پرسشنامه ۲۸ سوالی معمولاً به عنوان یک ابزار غربالگری سریع مورد

کرده‌اند. آنها سلامت روان این مادران را نسبت به مادران دارای فرزند بدون بیماری، پایین‌تر گزارش می‌کنند (صبحی، احدی، رجب، نفیسی و حجازی، ۱۳۹۰). در مطالعه نعمت‌پور و شهبازیان نیز ۷۵ درصد والدین از سلامت عمومی برخوردار نبودند و بیشترین مشکل گزارش‌شده، اضطراب و افسردگی بود (نعمت‌پور و بی‌بی شهبازیان، ۱۳۸۴). ولی به‌نظر می‌رسد در خصوص رابطه استرس والدینی با کیفیت زندگی و سلامت روان در خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به دیابت، پژوهشی صورت نگرفته است. با توجه به خلا موجود، این پژوهش با هدف بررسی رابطه استرس والدینی با کیفیت زندگی و سلامت روان مادران دارای فرزند مبتلا به دیابت طراحی شده است و در نهایت دو فرضیه زیر مورد بررسی قرار گرفت:

۱) تنیدگی والدینی با کیفیت زندگی و زیرمقیاس‌های آن رابطه منفی دارد.

۲) تنیدگی والدینی با سلامت عمومی و زیرمقیاس‌های آن رابطه منفی دارد.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

این پژوهش از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش را کلیه مادران مراجعه‌کننده به انجمن دیابت تهران در نیمه نخست سال ۱۳۹۵ که دارای فرزند مبتلا به دیابت هستند، تشکیل می‌دهند. برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری داوطلبانه^۱ استفاده شد. ۱۰۷ نفر از مادران فرم مشخصات جمعیت‌شناختی (شامل نام و نام خانوادگی، سن، تحصیلات و تلفن تماس) و رضایت‌نامه شرکت در پژوهش را تکمیل نمودند. سپس شاخص استرس والدینی^۲ (PSI-SF)، نسخه ایرانی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۳ (WHOQOL) و پرسشنامه سلامت عمومی گلدنبرگ^۴ (GHQ) به آنها ارائه و تکمیل شد. ملاک ورود به پژوهش داشتن فرزند مبتلا به دیابت بود. ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از: ابتلا به بیماری جسمی حاد یا

5. parental distress
6. parent-child dysfunctional interaction
7. difficult child
8. Cronbach's alpha
9. reliability
10. test-retest reliability
11. convergent validity
12. Depression Anxiety Stress Scale (DASS)
13. The Child Behavior Checklist (TCBC)

1. volunteer sampling
2. Parenting Stress Index- Short Form (PSI-SF)
3. World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL)
4. General Health Questionnaire (GHQ)

ضمن ترجمه و تهیه نسخه ایرانی این مقیاس ضریب پایایی و همسانی درونی آن را در نمونه ۳۰۲ نفری از دانشجویان دانشگاه شیراز به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۴ گزارش نموده است. همچنین ضریب پایایی بازآزمایی آن ۰/۶۷ به دست آمده است. نتایج مربوط به روایی همزمان آن با پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) رضایت بخش اعلام شده است. نجات و همکاران نیز در سال ۱۳۸۵ فرم کوتاه پرسشنامه را از نظر روایی ظاهری^۴ و پایایی (از طریق بازآزمایی) مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که فرم کوتاه پرسشنامه در کشور از روایی و پایایی قابل قبولی برخوردار است.

یافته‌ها

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای کیفیت زندگی، سلامت عمومی و تنیدگی والدین را نشان می‌دهد. در متغیر کیفیت زندگی بیشترین میانگین متعلق به زیرمقیاس محیطی (میانگین = ۲۵/۹۱، انحراف استاندارد = ۴/۰۶) و در متغیر سلامت عمومی بیشترین میانگین متعلق به زیرمقیاس علائم افسردگی (میانگین = ۲۳/۴۳، انحراف استاندارد = ۵/۲۲) است.

استفاده قرار می‌گیرد و دارای ۴ مقیاس فرعی است. برای هر مقیاس ۷ سوال در نظر گرفته شده است. مقیاس‌های مذکور عبارتند از: مقیاس علائم جسمانی، مقیاس علائم اضطرابی و اختلال خواب، مقیاس کارکرد اجتماعی و مقیاس علائم افسردگی. تقوی (۱۳۷۹) روایی و پایایی این پرسشنامه را مورد بررسی قرار داده است. پایایی آن با روش‌های بازآزمایی و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷ و ۰/۹ یعنی در حد مطلوب گزارش شده است. روایی آن نیز با سه روش همزمان^۱، همبستگی زیرمقیاس‌ها^۲ و تحلیل عوامل^۳ بررسی و در حد مطلوب گزارش شده است.

فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی

(WHOQOL). این پرسشنامه توسط گروه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۵) تهیه و تدوین شده است، دارای ۲۶ سوال است و به ارزیابی ۴ حیطه از کیفیت زندگی افراد می‌پردازد. این حیطه‌ها شامل سلامت جسمانی، سلامت روان‌شناختی، محیط زندگی و روابط با دیگران هستند. پس از انجام محاسبه‌های لازم در هر حیطه، امتیازی معادل ۲۰- ۴ برای هر حیطه به تفکیک، به دست خواهد آمد که در آن، ۴ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت است. نصیری (۱۳۸۵)

4. face validity

1. concurrent validity
2. correlations of subscales
3. factor analysis

جدول ۱

آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	زیرمقیاس	M	SD
کیفیت زندگی	حیطه جسمی	۲۲/۲۵	۴/۲
	حیطه روان‌شناختی	۱۸/۴	۳/۸
	حیطه اجتماعی	۱۰/۰۴	۲/۱
	حیطه محیطی	۲۵/۹۱	۴/۰۶
	کیفیت زندگی کل	۷۶/۶۲	۱۲/۱۸
سلامت عمومی	علائم جسمانی	۲۰/۲۹	۴/۷۵
	علائم اضطرابی و اختلال خواب	۱۷/۸۹	۵/۶۱
	علائم کارکرد اجتماعی	۱۹/۶۳	۳/۹۹
	علائم افسردگی	۲۳/۴۳	۵/۲۲
	سلامت عمومی کل	۸۱/۲۶	۱۶/۵۴
تنیدگی والدینی	تنیدگی والدینی کل	۱۰۲/۶۴	۱۷/۷۴

میزان کیفیت زندگی افزایش می‌یابد. تنیدگی والدینی با سلامت عمومی و زیرمقیاس‌های آن هم رابطه منفی معنادار دارد ($P < ۰/۰۱$). به این صورت که با افزایش تنیدگی والدینی میزان سلامت عمومی کاهش می‌یابد و یا بالعکس با کاهش تنیدگی والدینی میزان سلامت عمومی افزایش می‌یابد.

جهت بررسی رابطه بین متغیرها از همبستگی پیرسون^۱ استفاده شد (جدول ۲). همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود تنیدگی والدینی با کیفیت زندگی و زیرمقیاس‌های آن رابطه منفی معنادار دارد ($P < ۰/۰۱$). به عبارت دیگر می‌توان گفت با افزایش تنیدگی والدینی میزان کیفیت زندگی کاهش می‌یابد و یا بالعکس با کاهش تنیدگی والدینی

1. Pearson correlation

جدول ۲

ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱. حیطه جسمی	۱									
۲. حیطه روانشناختی	۰/۷۲**	۱								
۳. حیطه اجتماعی	۰/۵۸**	۰/۵۹**	۱							
۴. حیطه محیطی	۰/۵۸**	۰/۶۹**	۰/۵۸**	۱						
۵. کیفیت زندگی کل	۰/۸۷**	۰/۸۹**	۰/۷۵**	۰/۸۵**	۱					
۶. علائم جسمانی	۰/۴۶**	۰/۵۱**	۰/۴۱**	۰/۳۵**	۰/۵۰**	۱				
۷. علائم اضطرابی	۰/۵۶**	۰/۶۱**	۰/۴۹**	۰/۴۳**	۰/۶۱**	۰/۶۴**	۱			
۸. علائم کارکرد اجتماعی	۰/۴۸**	۰/۵۹**	۰/۴۹**	۰/۵۰**	۰/۶۰**	۰/۶۵**	۰/۶۰**	۱		
۹. علائم افسردگی	۰/۴۲**	۰/۵۵**	۰/۵۶**	۰/۳۹**	۰/۵۵**	۰/۶۰**	۰/۵۹**	۰/۵۹**	۱	
۱۰. سلامت عمومی کل	۰/۵۷**	۰/۶۷**	۰/۵۸**	۰/۴۹**	۰/۶۷**	۰/۸۵**	۰/۸۵**	۰/۸۲**	۰/۸۳**	۱
۱۱. تنیدگی والدینی	-۰/۵۳**	-۰/۶۳**	-۰/۴۵**	-۰/۵۳**	-۰/۶۳**	-۰/۴۵**	-۰/۵۵**	-۰/۵۳**	-۰/۴۵**	-۰/۵۹**

** $P < 0.01$

حاکمی از آن است که تنیدگی والدینی قابلیت تبیین ۴۰ درصد از واریانس متغیر کیفیت زندگی را ($p = 0.001$) می‌دهد که تنیدگی والدینی می‌تواند ۳۵ درصد از واریانس متغیر سلامت عمومی را ($p = 0.001$) تبیین کند. بنابراین متغیر تنیدگی والدینی توانایی پیش‌بینی کیفیت زندگی و سلامت عمومی مادران دارای کودک مبتلا به دیابت را دارد.

در مرحله بعد جهت بررسی سهم تنیدگی والدینی در تبیین میزان کیفیت زندگی و سلامت عمومی از تحلیل رگرسیون خطی ساده^۱ بهره گرفته شد. برای استفاده از مدل رگرسیون، پیش‌فرض‌های استفاده از آن مورد آزمون قرار گرفت. بدین منظور آزمون کالموگراف-اسمیرنف^۲ برای بررسی نرمال بودن توزیع انجام شد. نرمال بودن توزیع نمرات برقرار بود. همچنین آماره دوربین - واتسون^۳ در فاصله ۱/۵ و ۲/۵ قرار دارد، بنابراین فرض استقلال بین خطاها پذیرفته است و می‌توان از رگرسیون استفاده کرد. نتایج جدول ۳

1. simple linear regression analysis
2. Kolmogorov-Smirnov test
3. Durbin-Watson statistic

جدول ۳

تحلیل رگرسیون خطی ساده متغیر تنیدگی والدینی

متغیر	دوربین واتسون	R ²	F	β	t	مقدار P
کیفیت زندگی	۱/۹۴	۰/۴۰	۷۲/۴۹	-۰/۶۳	-۸/۵۱	۰/۰۰۱
سلامت عمومی	۱/۵۲	۰/۳۵	۵۷/۳۱	-۰/۵۹	-۷/۵۷	۰/۰۰۱

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین استرس والدینی با کیفیت زندگی و سلامت روانی مادران دارای کودک مبتلا به دیابت انجام شده است. یافته‌های این پژوهش نشان داد که بین استرس والدینی مادران دارای کودک مبتلا به دیابت نوع یک و کیفیت زندگی و سلامت روانی آنها رابطه منفی وجود دارد. به این معنا که هرچه استرس والدینی مادر بالاتر باشد، کیفیت زندگی و سلامت روان او پایین‌تر است. نتایج به‌دست آمده در پژوهش حاضر با پژوهش‌های استریساند و همکاران، ۲۰۰۸ و ۲۰۱۰؛ پاتن و همکاران، ۲۰۱۱؛ نیووستیج و همکاران، ۲۰۱۵؛ همسو است.

گلفنشتاین و همکاران (۲۰۱۵) در یک مطالعه مروری، استرس والدینی را در والدین دارای کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن مورد بررسی قرار داده‌اند. در این مطالعه تأکید می‌شود که همه پدرها و مادرها، استرس والدینی را به درجاتی تجربه می‌کنند ولی در آنهایی که فرزند مبتلا به بیماری مزمن دارند، این نوع استرس با شدت و مدت بیشتری تجربه می‌شود و همین امر آنها را در معرض خطر شرایط آسیب‌زای جسمی و روانی همانند اضطراب، افسردگی و رفتارهای ناسازگارانه والدینی قرار می‌دهد. مدیریت دیابت مستلزم انجام یکسری تکالیف روزانه فشرده و پیچیده است که بر همه جنبه‌های زندگی کودک از جمله خوردن، خوابیدن، بازی کردن، مدرسه رفتن و ... تأثیر می‌گذارد. این تکالیف در بسیاری مواقع در تعارض با خواسته‌های کودک است و باعث می‌شود او در برابر درخواست مادر برای انجام تکلیف (خوردن یا نخوردن یک خوراکی، چک کردن قند خون، تزریق انسولین) مقاومت کند. در نتیجه معمولاً در

خانواده‌های دیابتی، تعاملات والد-کودک با چالش‌های بیشتری روبرو است و به‌نظر می‌رسد که مادران دارای کودک مبتلا به دیابت، استرس والدینی بیشتری نسبت به والدین کودکان عادی متحمل می‌شوند (استریساند و موناگان، ۲۰۱۴؛ پاتراکی و همکاران، ۲۰۱۵). از سوی دیگر، مادر در طول شبانه روز و به‌صورت بی‌وقفه و دائمی باید مراقب کودک باشد؛ این امر گوش به‌زنگی و محدودیت بسیار برای وی به همراه دارد. استرس مدیریت دیابت فرزند و نگرانی از هایپوگلیسمی معمولاً ارتباطات و تفریحات و حتی فعالیت‌های خارج از منزل مادر را تحت شعاع قرار می‌دهد و همه این موارد به ادراک کیفیت زندگی پایین‌تر منجر می‌شود (استریساند و موناگان، ۲۰۱۴؛ پاتراکی و همکاران، ۲۰۱۵).

علاوه بر این نتایج پژوهش حاضر نشان داد که استرس والدینی به‌صورت معناداری کیفیت زندگی و سلامت روانی مادر را نیز پیش‌بینی می‌کند. به عبارت دیگر، استرس والدینی سهم قابل‌توجهی از پایین بودن کیفیت زندگی و سلامت روانی مادران را تعیین می‌کند. در تبیین این نتایج می‌توان گفت از آنجا که کیفیت زندگی، مفهومی ذهنی و پویا است، بالا بودن استرس والدینی در مادران دارای فرزند مبتلا به دیابت که در ارتباط با مدیریت دیابت کودک ایجاد می‌شود باعث تجربه کردن عواطف منفی و ناخوشایند فراوانی در مادر می‌شود و برتری این‌گونه تجارب عاطفی منفی بر عواطف خوشایند و مثبت، کیفیت زندگی و سلامت روان پایین‌تر را برای مادر رقم می‌زند. مشکلاتی چون سرباززدن و مقاومت کودک در برابر اندازه‌گیری روزانه قند خون و تزریق مکرر انسولین، رعایت نکردن رژیم غذایی یا پنهانی خوردن

والدینی نقش مهمی در کیفیت زندگی و سلامت روان مادران بازی می‌کند.

این پژوهش صرفاً در انجمن دیابت تهران و با روش نمونه‌گیری دردسترس انجام شده است. به دلیل وجود این دو محدودیت لازم است در تعمیم یافته‌ها جانب احتیاط رعایت شود. با توجه به یافته‌های این پژوهش به نظر می‌رسد با اتخاذ تدابیری برای کاهش استرس والدینی می‌توان به بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان مادران دارای فرزند مبتلا به دیابت کمک کرد. این امر لزوم مداخلات روانشناختی را در خانواده‌های دارای فرزند دیابتی با هدف ایجاد سازگاری با درخواست‌های بیماری فرزندشان، کاهش استرس و در نهایت بهبود کیفیت زندگی و ارتقای سلامت روان والدین و کودک دیابتی برجسته می‌سازد. پیشنهاد می‌شود مداخلاتی با هدف کاهش استرس والدینی با در نظر گرفتن الگوی تعاملات والد-کودک و چالش‌های خاص خانواده‌های دیابتی طراحی و اجرا شود.

خوراکی‌های شیرین مثل شیرینی و شکلات که نیاز به انسولین و احتمال وقوع هایپرگلیسمی یا هیپوگلیسمی را افزایش می‌دهد، چالش‌های فراوانی بین مادر و کودک ایجاد می‌کند. به همین شکل، ماهیت پیچیده و اهمیت زیاد سر وقت بودن مراقبت‌ها نیز استرس مرتبط با بیماری را در والدین بالا می‌برد. والدین جاده بسیار باریکی را بین بالا رفتن و پایین افتادن قند خون کودک گزارش می‌کنند که حرکت در آن بسیار مشکل است. آنها در صورتی که نتوانند حد متعادل قند را حفظ کنند احساس گناه و تقصیر دارند (موناقان و هیلارد، ۲۰۱۱).

طبق نظریه فریش (۲۰۰۶) مفهوم کیفیت زندگی، ۱۶ حوزه زندگی فرد را شامل می‌شود که فقط یک حوزه آن شامل فرزندان است ولی استرس ناشی از مدیریت وقت‌گیر و شبانه‌روزی دیابت - که عموماً مسئولیت آن با مادر است - سایر حوزه‌ها را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. لذا با توجه به نتایج پژوهش حاضر - بدون در نظر گرفتن سایر عوامل مؤثر در کیفیت زندگی - به نظر می‌رسد می‌زان استرس

منابع

- متابولیک در کودکان مبتلا به دیابت نوع اول. *مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۲، ۱۷-۲۸.
- فدایی، ز.، دهقانی، م.، طهماسیان، ک.، و فرهادی، ف. (۱۳۸۹). بررسی ساختار عاملی، اعتبار و روایی فرم کوتاه شاخص استرس فرزندپروری مادران کودکان عادی ۱۲-۷ سال. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۸، ۸۱-۹۱.
- نجات، س.، منتظری، ل.، نایینی هلاکویی، ک.، و مجدزاده، ر. (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF): ترجمه و روانسنجی گونه ایرانی. *مجله بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۴، ۱۲-۱.
- نصیری، ح. (۱۳۸۵). *بررسی روایی و پایایی مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت و تهیه نسخه ایرانی آن*. سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان. تهران: دانشگاه علم و صنعت.
- نعمت‌پور، س.، و بی‌بی شهبازیان، ح. (۱۳۸۴). ارتباط عوامل استرس‌زای ناشی از دیابت در والدین دارای کودک مبتلا به دیابت نوع یک با سلامت عمومی آنها. *مجله علمی پزشکی*، ۵، ۵۴۵-۵۳۵.
- اقبال، م.، موسوی، و.، و حکیم، ف. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش تحلیل رفتار متقابل بر سبک‌های فرزندپروری مادران. *روانشناسی خانواده*، ۳، ۱۷-۲۶.
- پورسینا، ز.، طهماسیان، ک.، و صادقی، م. ا. (۱۳۹۳). نقش واسطه‌ای ایمنی هیجانی در رابطه بین کارکرد خانواده و مشکلات رفتاری کودک. *روانشناسی خانواده*، ۱، ۶۹-۷۸.
- تقوی، م. ر. (۱۳۷۹). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی (G.H.Q). *مجله روانشناسی*، ۴، ۳۹۴-۳۸۱.
- خدادادی سنگده، ج.، تولائی، ع.، و بلقان‌آبادی، م. (۱۳۹۳). اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر به شیوه گروهی بر افزایش شادکامی مادران کودکان با نیازهای ویژه. *روانشناسی خانواده*، ۱، ۶۲-۵۳.
- صبحی، ا.، احدی، ح.، رجب، ا.، و حجازی، م. (۱۳۹۰). رابطه ویژگی‌های شخصیتی والدین و عملکرد خانواده با کنترل

References

- Abidin, R. R. (1983). Parenting Stress Index: Manual, Administration Booklet, [and] Research Update. Pediatric Psychology Press. Distributed by ERIC Clearinghouse.
- American Diabetes Association. (2016). Standards of medical care in diabetes—2016 abridged for primary care providers. *Clinical diabetes: A publication of the American Diabetes Association*, 34, 39-52.
- Anderson, B. J. (2001). Children with diabetes mellitus and family functioning: Translating research into practice. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 14, 645–652.
- Butwicka, A., Fendler, W., Zalepa, A., Szadkowska, A., Zawodniak-Szalapska, M., Gmitrowicz, A., et al. (2016). Psychiatric disorders and health-related quality of life in children with type 1 diabetes mellitus. *Psychosomatics*, 57, 93-185.
- Cameron, F. J., Northam, E. A., Ambler, G. R., & Daneman, D. (2007). Routine psychological screening in youth with type 1 diabetes and their parents: A notion whose time has come? *Journal of Diabetes Care*, 30, 2716-2724.
- Canadian Diabetes Association. (2011). Type 1 diabetes in children and adolescents. clinical practice guidelines expert committee. *Canadian Journal of Diabetes*, 42, 234–246.
- Carter, M. A. (2015). *Stress in parents of children with type 1 diabetes*. Doctoral dissertation, university of Kentucky.
- Cousino, M. K., & Hazen, R. (2013). Parenting stress among caregivers of children with chronic illness: A systematic review. *Journal of Pediatric Psychology*, 20, 54-67.
- Curtis, k., Foster, K., Mitchell, R., & Van, C. (2016). Models of care delivery for families of critically ill children: An integrative review. *Journal of Pediatric Nursing*, 31, 330- 341.
- Duru, N. S., Civilibal, M., & Elevli, M. (2016). Quality of life and psychological screening in children with type 1 diabetes and their mothers. *Journal Experimental and clinical Endocrinology & Diabetes*, 124, 105-110.
- Eccleston, C., Palermo, T. M., Fisher, E., & Law, E. (2012). Psychological interventions for parents of children and adolescents with chronic illness. *Cochrane Database Syst Rev*, 8- 18-30.
- Frisch, M. B. (2006). *Quality of life therapy, applying a satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*. New Jersey: John Wiley& Sons.
- Goldberg, D. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire: A technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness*. New York: Oxford University Press.
- Golfenshtein, N., Srulovici, E., & Medoff-Cooper, B. (2015). Investigating parenting stress across pediatric health conditions: A systematic review. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, 39, 41-79.
- Helgeson, V. S., Bekkerd , E. S., & Cobar, O. (2012). Families with children diabetes: Implications of parents stress for parents and child health. *Journal of Pediatric Psychology*, 37, 467-478.
- Hilliard, M. E., Monaghan, M., & Cogen, F. R. (2011). Streisand parent stress and child behaviour among young children with type 1 diabetes. *Child: Care, Health and Development*, 37, 224-232.
- Jaser, S. S., Linsky, R., & Gray, M. (2014). Coping and psychological distress in mothers of adolescents with type 1 diabetes. *Journal of Maternal Child Health*, 18, 1239- 1244.
- Jasser, S. S., Whittemor, R., Ambrosino, J., Lindemann, E., & Gray, M. (2008). Mediators of depressive symptoms in children with type 1 diabetes and their mothers. *Journal of Pediatric Psychology*, 33, 509-519.
- Jones, A., Olsen, M. Z., Perrild, H. J., & Willaing, I. (2016). The psychological impact of living with diabetes: Descriptive findings from the DAWN2 study in Denmark. *Prim Care Diabetes*, 10, 83–86.
- Lewin, A. B., Heidgerken, A. D., Geffken, G. R., Williams, L. B., Storch, E. A., & Gelfand, K. M. (2006). The relation between family factors and metabolic control: The role of diabetes adherence. *Journal of Pediatric Psychology*, 31, 174–183.
- Monaghan, M. C., Hilliard, M. E., Cogen, F. R., & Streisand, R. (2009). Nighttime caregiving behaviors among parents of young children with type 1 diabetes: Associations with illness

- characteristics and parent functioning. *Family System Health*, 27, 28–38.
- Monaghan, M., & Hilliard, M. E. (2011). Supporting parents of very young children with type 1 diabetes: result from a pilot study. *Journal of Patient Education Count*, 82, 271–274.
- 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.
- Mullins, L. L., Fuemmeler, B. F., Hoff, A., Chaney, J. M., Van Pelt, J., & Ewing, C. A. (2004). The relationship of parental overprotection and perceived child vulnerability to depressive symptomatology in children with type 1 diabetes mellitus: The moderating influence of parenting stress. *Children's Health Care*, 33, 21–34.
- Niedel, A., Traynor, M., McKee, M., & Grey, M. (2012). Parallel vigilance: Parents' dual focus following diagnosis of type 1 diabetes mellitus in their young child. *Health*, 17, 246–265.
- Nieuwesteeg, A., Hartman, E., Aanstoot, H. J., Van Bakel, H., Emons, W., Van Mil, F., et al. (2016). The relationship between parenting stress and parent–child interaction with health outcomes in the youngest patients with type 1 diabetes (0–7 years). *European Journal of Pediatrics*, 175, 329–338.
- Oskouie, F., Ebrahimi, H., & Mehrdad, N. (2012). Parental confrontation with type 1 diabetes in their children. *Archives Des Sciences*, 65, 222–234.
- Pateraki, N. S., Mantzourani, E., Darvyri, P. P., Alexopoulos, E. C., Varvogli, A., Mamoulakis, D., et al. (2015). Stress management in parents of children with diabetes type 1: A randomized controlled trial. *PSYCH*, 6, 134–146.
- 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, 345–352.
- Raphael, J. L., Zhang, Y., Liu, H., & Giardino, A. P. (2010). Parenting stress in US families: Implications for pediatric healthcare utilization. *Child Care, Health and Development*, 36, 216–224.
- Sabmann, H., Hair, M., Danne, M., & Lange, K. (2012). Reducing stress and supporting positive relations in families of young children with type 1 diabetes: A randomized controlled study for evaluating the effects of the DELFIN parenting program. *BMC Pediatr*, 12, 152–160.
- Semke, C. A., Garbacz, S. A., Kwon, K., Sheridan, S. M., & Woods, K. E. (2010). Family involvement for children with disruptive behaviors: the role of parenting stress and motivational beliefs. *Journal of School Psychology*, 48, 293–312.
- Sherifali, D., Ciliska, D., & O'Mara, L. (2009). Parenting children with diabetes: Exploring parenting styles on children living with type 1 diabetes mellitus. *Diabetes Education*, 35, 476–483.
- Smith, J., Cheater, F., & Bekker, H. (2015). Parents' experiences of living with a child with a long-term condition: A rapid structured review of the literature. *Health Expect*, 18, 452–474.
- Streisand, R., & Monaghan, M. (2014). Young children with type 1 diabetes: Challenges, research, and future directions. *Current Diabetes Research*, 14, 520–532.
- 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.
- Streisand, R., Mackey, E. R., Elliot, B. M., Mednick, L., Slaughter, I. M., Turek, J., et al. (2008). Parental anxiety and depression associated with caring for a child with newly diagnosed type 1 diabetes: Opportunities for education and counseling. *Patient Education and Counseling*, 73, 333–338.
- Streisand, R., Swift, E., Wickmark, T., Chen, R., & Homes, C. S. (2005). Pediatric parenting stress among parents of children with type 1 diabetes: The role of self-efficacy, responsibility and fear. *Journal of Pediatric Psychology*, 30, 513–532.
- Sweenie, R., Mackey, E. R. & Streisand, R. (2014). Parent-child relationships in type 1 diabetes: Associations among child behavior, parenting behavior, and pediatric parenting

- stress. *Families, Systems, & Health*, 32, 31-42.
- Tsiouli, E., Alexopoulos, E. C., Stefanaki, C., & Darviri, C. (2013). Effects of diabetes-related family stress on glycemic control in young patients with type 1 diabetes: Systematic review. *Canadian Family Physician*, 59, 143-149.
- Weissberg-Benchell, J., Nansel, T., Holmbeck, G., Chen, R., Anderson, B., Wysocki, T., et al. (2009). Generic and diabetes-specific parent-child behaviors and quality of life among youth with type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 34, 977-988.
- Whittemore, R., Jaser, S., Chao, A., Jang, M., & Grey, M. (2012). Psychological experience of parents of children with type 1 diabetes: A systematic mixed-studies review. *Diabetes Education*, 38, 562-579.
- WHOQoL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41, 1403-1409.
- Zysberg, L., & Lang, T. (2015). Supporting parents of children with type 1 diabetes mellitus: A literature review. *Dove Press*, 7, 21- 31.