



Design and Validation of a Mentalization Promoting Program for Parents of a Child with Type 1 Diabetes and its Effectiveness on Parents' Reflective Functioning and the Child's Emotional-Behavioral Problems: A Single-Subject Study

Tayebeh Madanifar¹, Parisa Sadat Seyed Mousavi², Mahin Hashemipour³,
Mehdi Tabrizi⁴, Majid Koohi Esfahani⁵

1. Ph. D. Candidate in Counseling, Department of Counseling, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr/Isfahan, Iran. t.madanifar@gmail.com
2. (Corresponding author), Ph. D. in Psychology, Assistant Professor, Shahid Beheshti University, Family Research Institute, Tehran, Iran. p_mousavi@sbu.ac.ir
3. Ph. D. in Endocrinology & Metabolism, Professor, Metabolic Liver Disease Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. hashemipour@med.mui.ac.ir
4. Ph. D. in Counseling, Assistant Professor, Department of Counseling, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr/Isfahan, Iran. mehditabr@yahoo.com
5. Ph. D. in Management, Administrator, Behroyan Scientific Company, Isfahan, Iran. mke_2000@yahoo.com

ABSTRACT

This article is taken from a doctoral thesis.

Received: 06/11/2021 - Accepted: 22/10/2022

Aim: This research was conducted with the aim of designing and validating the Mentalization promoting program for parents of a child with type 1 diabetes and investigating its effectiveness on parents' reflective Functioning and emotional-behavioral problems of the child. **Methods:** A mixed method was used in this research. In the qualitative part, the mentalization problems of 18 children with T1D and 22 of their parents were extracted through the analysis of interviews with the method of transcendental phenomenology, and three general themes, 18 main sub-themes and 50 sub-themes were obtained. Then, based on these themes and within the framework of the concepts of mentalization theory, a program to promote the mentalization of parents with a child with type 1 diabetes was designed. After confirming the content validity based on the CVI, with a semi-experimental method and a single-subject design of the type (A-B) with different subjects, 5 parents of children with diabetes who met the criteria for entering the research, were selected with a purposeful sampling method and participated in the program. The effectiveness of this program was assessed in four phases (baseline, during intervention, after intervention and follow-up) using the Child Behavior Checklist (CBCL) and the Parental Reflective Functioning Questionnaire (PRFQ) and indicators of program goals. Then data was checked based on visual analysis indicators. **Results:** The final outcome of this phenomenological study is the extraction of three general themes, including the underlying factors of breakdowns in mentalizing, types of common mentalizing problems, and the consequences of breakdowns in mentalizing which became the basis for design the program to promote the mentalization of parents with a child with type 1 diabetes. The results showed that the designed program, while having sufficient validity, was effective in increasing the parents reflective Functioning and reducing the emotional-behavioral problems of the child, and this effectiveness continued in the follow-up phase. **Conclusion:** Considering the validity of this program and its effectiveness, it is suggested that this program be widely implemented to help improve the physical and mental health of children with diabetes and their families, and also for children with other chronic diseases should also be adapted.

Keywords: Mentalization, Children with type 1 diabetes, Reflective functioning, Emotional-behavioral problems.



فصلنامه علمی پژوهشهای مشاوره
انجمن مشاوره ایران
جلد ۲۳، شماره ۸۹، بهار ۱۴۰۳
مقاله پژوهشی

e-issn:4018-2717

p-issn:400-2717X

DOI: 10.18502/qjcr.v23i89.15791

طراحی و اعتباریابی برنامه تقویت ذهنی سازی ویژه والدین دارای کودک مبتلا به دیابت نوع یک و بررسی اثربخشی آن بر کنش تاملی والدین و مشکلات عاطفی - رفتاری کودک: یک مطالعه تک آزمودنی

طیبه مدنی فر^۱، پریاسادات سیدموسوی^۲، مهین هاشمی پور^۳، مهدی تبریزی^۴، مجید کوهی اصفهانی^۵

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، اصفهان، ایران. t.madanifar@gmail.com
۲. نویسنده مسئول، دکتری روان شناسی، استادیار، دانشگاه شهید بهشتی، پژوهشکده خانواده، تهران، ایران. p_mousavi@sbu.ac.ir
۳. فوق تخصص غدد و متابولیسم، استاد، مرکز تحقیقات بیماری های متابولیک کبد، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. hashemipour@med.mui.ac.ir
۴. دکتری مشاوره، استادیار، گروه مشاوره، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، اصفهان، ایران. mehditabr@yahoo.com
۵. دکتری مدیریت، مدیر، موسسه علمی بهرویان، اصفهان، ایران. mke_2000@yahoo.com

(صفحات ۱۱۸-۱۵۵)

چکیده

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکترا می باشد.

هدف: این پژوهش با هدف شناسایی مشکلات ذهنی سازی، طراحی و اعتباریابی برنامه تقویت ذهنی سازی والدین دارای کودک مبتلا به دیابت نوع یک و بررسی اثربخشی آن بر کنش تاملی والدین و مشکلات عاطفی - رفتاری کودک انجام گرفت. **روش:** در این پژوهش از روش آمیخته استفاده شد. در بخش کیفی پس از مصاحبه با ۱۸ کودک مبتلا به دیابت نوع یک ساکن استان اصفهان و ۲۲ نفر از والدین ایشان، مشکلات ذهنی سازی آن ها از طریق تحلیل مصاحبه ها با روش پدیدارشناسی استعلایی در قالب ۳ مضمون کلی، ۱۸ زیرمضمون اصلی و ۵۰ زیرمضمون فرعی استخراج گردید. سپس مبتنی بر این مضامین و در چارچوب مفاهیم نظریه ذهنی سازی، برنامه تقویت ذهنی سازی والدین دارای کودک مبتلا به دیابت نوع یک طراحی شد. پس از تایید روایی محتوایی بر اساس شاخص CVI، با روش نیمه آزمایشی و طرح تک آزمودنی از نوع (A-B) با آزمودنی های مختلف، ۵ نفر از والدین دارای کودک مبتلا به دیابت دارای معیارهای ورود به پژوهش، با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و در برنامه شرکت کردند. کارایی این برنامه در چهار مرحله (خط پایه، حین مداخله، پس از مداخله و پیگیری) با استفاده از پرسشنامه های سایه رفتاری کودکان (CBCL)، مقیاس کنش تاملی والدینی (PRFQ) و نشانگرهای تحقق اهداف برنامه مورد بررسی قرار گرفتند. داده ها بر اساس شاخص های تحلیل دیداری بررسی شد.

یافته ها: حاصل بخش کیفی این مطالعه استخراج ۳ مضمون کلی شامل عوامل زمینه ساز شکست ذهنی سازی، انواع مشکلات شایع ذهنی سازی و پیامدهای شکست ذهنی سازی است که مبنای طراحی برنامه تقویت ذهنی سازی ویژه والدین دارای کودک مبتلا به دیابت نوع یک قرار گرفت. نتایج بخش کمی نیز نشان داد برنامه طراحی شده ضمن برخورداری از اعتبار کافی، بر افزایش کنش تاملی والدین و کاهش مشکلات عاطفی - رفتاری کودک مؤثر بوده و این تأثیر مثبت در مرحله پیگیری نیز ادامه داشته است. **نتیجه گیری:** با توجه به اعتبار برنامه فوق، پیشنهاد می شود این برنامه جهت کمک به بهبود سلامت جسمی روانی کودکان مبتلا به دیابت و خانواده های آنان به طور گسترده اجرا شود و هم چنین برای کودکان مبتلا به دیگر بیماری های مزمن نیز مناسب سازی شود.

واژه های کلیدی: ذهنی سازی، کودکان مبتلا به دیابت نوع یک، کنش تاملی، مشکلات عاطفی - رفتاری.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۲۶ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۷/۲۰

مقدمه

افراد مبتلا به دیابت نوع یک، برای تنظیم قند خون و ادامه زندگی وابسته به تزریق منظم انسولین و پایبندی به وظایف متعدد خودمراقبتی هستند که در صورت اهمال در این مراقبت‌ها، دچار عوارض جسمی شدید و خطرناکی می‌شوند. این بیماری معمولاً از بدو تولد و یا دوران کودکی فرد آغاز می‌شود و استرس ناشی از درمان و مراقبت، کودکان را در معرض ابتلا به مشکلات روان‌شناختی قرار می‌دهد (سنزنوگس^۱ و همکاران، ۲۰۲۰). پژوهش مدنی‌فر و همکاران (۱۴۰۱) حاکی از شیوع بالای مشکلات عاطفی- رفتاری در کودکان مبتلا به دیابت است. کنترل متابولیسم مناسب برای به حداقل رساندن خطر عوارض مرتبط با دیابت در کنار حفظ سبک زندگی انعطاف‌پذیر و با کیفیت برای کودکان مبتلا به این بیماری، یک چالش خاص است (گراجیزسکاسفکا^۲ و همکاران، ۲۰۲۱) و اغلب به بروز مشکلات ارتباطی بین آن‌ها و والدینشان منجر می‌شود (لیندستروم^۳ و همکاران، ۲۰۱۷ و ترمولادا^۴ و همکاران، ۲۰۲۱).

از سوی دیگر پژوهش‌ها نشان می‌دهد والدین این کودکان نیز سطوح بالایی از استرس، علائم اضطراب و افسردگی را نشان می‌دهند (نوسر^۵ و همکاران، ۲۰۱۹، باسی^۶ و همکاران، ۲۰۲۱ و ون‌گمپلایتر^۷ و همکاران، ۲۰۲۰). هرچه سن ابتلای کودک کمتر باشد، پیچیدگی کار والدین بیشتر است؛ چرا که در این شرایط آنها مسئولیت کامل و روزانه مدیریت دیابت شامل سنجش سطح گلوکز خون، تنظیم میزان مصرف غذا و تجویز انسولین برای کودک را بر عهده دارند و لازم است علاوه بر مراقبت‌های پزشکی، به نیازهای عاطفی آن‌ها مانند ترس از سوزن خون‌گیری و تزریق، درد و ناامنی نیز توجه کنند

-
1. Sanz-Nogués
 2. Grudziąż-Sękowska
 3. Lindstrom
 4. Tremolada
 5. Noser
 6. Bassi
 7. Van Gampelaere

دکاسیاسپاراپانی^۱ و همکاران، ۲۰۱۵). همچنین در بیشتر مواقع، تجربه فشار و استرس‌های درونی والدین در کنار چانه‌زنی با کودک درباره مراقبت‌های درمانی بر کیفیت تعامل آن‌ها تأثیر منفی می‌گذارد (نایوستیگ^۲، ۲۰۱۵). با این وجود دانش کمی درباره کیفیت تعامل والدین و کودک مبتلا به دیابت نوع یک وجود دارد و تأثیر احتمالی این کمبود دانش، در عدم کنترل مناسب قند خون و عملکرد ضعیف روانی اجتماعی کودک نمایان می‌شود.

چنان‌که برخی پژوهش‌های مروری و فراتحلیل در خارج از کشور مانند مطالعه افتمیادیس، برلاکی و باستونس^۳ (۲۰۲۲) اعلام کردند اگرچه مداخلات روان‌شناختی بر کنترل قندخون و بهبود کیفیت زندگی کودکان مبتلا به دیابت و والدین آنها به طور قابل توجهی تأثیرگذار است اما در زمینه ارتباطی کودک با والدین به‌عنوان مهم‌ترین علت اثربخشی دائمی مداخلات طبق فرض این مطالعه، خلاء پژوهشی وجود دارد. مرور ادبیات پژوهشی مربوط به کودکان مبتلا به دیابت نوع یک در داخل کشور نیز حاکی از به‌کارگیری مداخلات متعدد مانند درمان فراتشخیصی (شهریاری و همکاران، ۱۴۰۱)، مهارت‌آموزی مبتنی بر واقعیت‌درمانی (حمیدی و همکاران، ۱۴۰۱)، درمان‌شناختی-رفتاری (منتظری، سلطانی‌زاده و لطیفی، ۱۴۰۰، هادی‌زاده و جعفری، ۱۳۹۲)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هادیان، ۱۳۹۶)، بازی‌درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری (اکبری و همکاران، ۱۳۹۶) و آموزش حل‌مساله (بهنام و همکاران، ۱۳۹۰) برای این کودکان و والدین آنهاست.

با وجود درمان‌ها و مداخلات روان‌شناختی متعدد برای کودکان مبتلا به دیابت نوع یک و والدین آن‌ها، کاستاکوردلا^۴ (۲۰۱۹) معتقد است دیدگاه‌های ارائه شده از درمان‌های عمومی استفاده می‌کنند که فقط با در نظر گرفتن جزئی از مستندات مربوط به کودکان

1. de Cássia Sparapani

2. Nieuwesteeg

3. Efthymiadis, Bourlaki & Bastounis

4. Costa-Cordella

مبتلا به دیابت ایجاد شده است؛ به عنوان مثال همه می‌دانند که مبتلایان از «پیشانی به خاطر دیابت»^۱ رنج می‌برند؛ از این رو مداخلات برای حل این مشکل ادعا می‌کنند که ویژه دیابت هستند، ولی جنبه‌های اساسی رشد روان شناختی کودک مبتلا را نادیده می‌گیرند. علاوه بر این مداخلات ثبت شده، جنبه‌های عمیق روانی و هیجانی این اختلال مانند زمینه عاطفی و رابطه‌ای که کودک در آن رشد می‌کند را در نظر نمی‌گیرند؛ درحالی که این زمینه برای تنظیم هیجانات کودکان مبتلا، بسیار مهم است و به نظر می‌رسد بررسی دقیق این جنبه‌های روان انسان منجر به بهبود نتایج می‌شود.

امروزه نظریه ذهنی‌سازی^۲ روش جامع‌تری برای درک دیابت نوع یک در دوران کودکی ارائه می‌دهد. در این رویکرد فردمحور، ارتباط مادر و کودک به عنوان زمینه مهم بین فردی و عامل ایجاد توسعه در نظر گرفته می‌شود؛ علاوه بر این برخلاف رویکردهای رفتاری معمول در روان‌شناسی سلامت، تجربه ذهنی کودک و دنیای درونی وی را نیز در نظر می‌گیرد (کاستاکوردلا، ۲۰۲۰). درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی (MBT)^۳ و تقویت این ظرفیت در روابط انسانی، نوع خاصی از روان‌درمانی پویایی و مبتنی بر نظریات دلبستگی بالبی^۴ است که اولین بار توسط فوناگی و تارگت^۵ (۱۹۹۸) برای استفاده کودکان از درمان‌های روان‌تحلیلی معرفی شد. ذهنی‌سازی در بافت روابط دلبستگی رشد می‌کند و از طریق روابط بین فردی در دوران کودکی و بررسی زیربنای رفتارهای فرد، آشکار می‌شود (لویتن و فوناگی، ۲۰۱۶)

ظرفیت ذهنی‌سازی یک کنش تاملی^۶ و شکلی از فعالیت ذهنی برای درک حالات ذهنی خود و دیگران است که از مفاهیم نظریه ذهن^۷ گرفته شده است. این ظرفیت به فرد

-
1. Diabetes Distress
 2. Mentalization
 3. Mentalization Based Treatment (MBT)
 4. Bowlby
 5. Fonagy & Target
 6. Reflective Function
 7. Theory of mind

کمک می‌کند تا از علل زیربنایی رفتار و وضعیت‌های ذهنی (مثل نیازها، آرزوها، احساسات، باورها، اهداف و مقاصد) خود و دیگران درک و تفسیر بهتری به دست آورد. البته این ظرفیت، همواره شکننده است و ممکن است گاهی به طور موقت از بین برود، به ویژه هنگامی که افراد تحت استرس یا در شرایط برانگیختگی هیجانی هستند، حداقل به صورت موقت افت می‌کند (میجلی و همکاران، ۲۰۱۷؛ ترجمه سیدموسوی و همکاران، ۱۴۰۰).

با توجه به رویارویی روزمره کودکان مبتلا به دیابت نوع یک و والدین آنها با سبک زندگی پیچیده و مراقبت‌های درمانی چالش‌آمیز، این افراد بیشتر مستعد مشکلات شکست‌های پی در پی ذهنی‌سازی هستند و از آنجا که درمان‌های ذهنی‌سازی و دل‌بستگی در شروع و دوره درمان اختلالات جسمی^۱ مانند دیابت نوع یک از طریق تنظیم استرس و برانگیختگی نقش اساسی دارند (لویتن^۲ و همکاران، ۲۰۱۲) به نظر می‌رسد کاربرد این رویکرد در تقویت ذهنی‌سازی و سازگاری بیشتر کودکان مبتلا به دیابت و والدین آنها مؤثر باشد.

لویتن و فوناگی (۲۰۱۶) معتقدند کاهش ظرفیت ذهنی‌سازی منجر به بروز مشکلات روان‌شناختی می‌شود. بنابراین تمرکز بر ذهنی‌سازی مساله مهمی است؛ نه تنها به این دلیل که مشکلات ذهنی‌سازی در طیف وسیعی از اختلالات دوران کودکی دیده می‌شود، بلکه مهم‌تر از آن به خاطر این که تمرکز بر تقویت ذهنی‌سازی هم برای کودکان و هم برای والدین ارزش درمانی قابل توجهی دارد. اگرچه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی نخست به عنوان درمانی برای بزرگسالان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی ایجاد شد، اما در سال‌های اخیر برای کار با کودکان و خانواده‌ها نیز مناسب‌سازی شده و به طور ویژه برای کودکانی که با بیماری مزمن یا مشکلات عمیق خانوادگی مثل طلاق روبرو هستند،

1. Somatic Disorders
2. Luyten

از طریق تقویت تاب‌آوری کمک‌کننده است (میجلی و ورووا^۱، ۲۰۱۲).

علاوه بر این توانایی ذهنی‌سازی یا کنش تأملی والدینی نقش مهمی در رشد ظرفیت ذهنی‌سازی کودک دارد، چراکه کودکان از والدین خود یاد می‌گیرند چگونه حالات روانی را درک کرده و به خود و دیگران نسبت دهند (انسینک و مایس^۲، ۲۰۱۰). پژوهش‌های متعددی از رابطه علی بین کنش تأملی والدین و والدگری قابل قبول حمایت کرده‌اند و اغلب آن‌ها اثربخشی مداخلات مبتنی بر ذهنی‌سازی را بر بهبود ذهنی‌سازی مادران و کیفیت مراقبت آن‌ها از فرزندانشان تأیید کرده‌اند (سیدموسوی و نقاش، ۱۴۰۰). بایرن، مورفی و کانون^۳ (۲۰۲۰) در پژوهشی مروری، اثربخشی این رویکرد را به ویژه در افزایش ظرفیت ذهنی‌سازی موارد تحت مطالعه به لحاظ آماری و تجربی تأیید کردند. هدف مهم و اصل اساسی در این مداخلات تسهیل موضع ذهنی‌سازی در والدین با الگوسازی این موضع از سوی درمانگر و تقویت کنش تأملی است.

برخی از این مداخلات مانند مادری از درون به بیرون^۴ (ساجمن^۵، ۲۰۱۶) برای بالا بردن کنش تأملی مادران در شرایط خاص مثل مادران تحت درمان اعتیاد به مواد مخدر یا بیمار روانی طراحی شده و برخی برای والدین دارای کودک با شرایط خاص مانند مداخله ذهن‌های خانواده^۶ (بامنز، ادکینز و بجر^۷، ۲۰۱۵) که برای والدین دارای فرزندخوانده تدوین شده تا از طریق تقویت ذهنی‌سازی خود بتوانند درک و حمایت بیشتری از فرزندشان داشته باشند. مداخلاتی هم با هدف افزایش کنش تأملی والدین در شرایط معمول و عمومی طراحی شده‌اند، مانند برنامه والدگری تأملی^۸ (ناطقیان و سیدموسوی، ۱۳۹۹) که به والدین کمک می‌کند نخست تأملی بودن درباره خود را بیاموزند و سپس با

1. Midgley & Vrouva
2. Ensink & Mayes
3. Byrne, Murphy & Cannon
4. Mothering from the Inside Out (MIO)
5. Suchman
6. The Family Minds (FM)
7. Bammens, Adkins, & Badger
8. Reflective Parenting Program

درک موقعیت ذهنی کودک خود، به تنظیم هیجانات وی کمک کنند. مالبرگ^۱ (۲۰۱۳) نیز با به‌کارگیری درمان گروهی مبتنی بر ذهنی‌سازی برای نوجوانان مبتلا به بیماری کلیوی در بیمارستان تلاش کرد تا در فرآیند پرورش محیطی امن به آنها و خانواده‌هایشان کمک کند تا با بیان روایت‌هایی درباره شرایط بیماری مزمن و داستان زندگی خود، ناگفته‌هایشان را ابراز کنند، چه بسا مفاهیم جدیدی شکل بگیرد و این مفاهیم به آنها کمک کند تنگناها را پشت سر بگذارند و وارد دوره‌های تغییر و گذار شوند.

مطالعه کاستاکوردلا (۲۰۱۹) برای اولین بار به بررسی رابطه بین دل‌بستگی، ذهنی‌سازی، استرس و پیامدهای دیابت در کودکان مبتلا به این بیماری و مادران آنها پرداخته و بر ضرورت انجام پژوهش‌های مداخله‌محور برای توسعه و سنجش اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی برای این کودکان و والدین آنها تاکید نموده است؛ چراکه والدین درگیر مشکلات ذهنی‌سازی، در روابط عاطفی‌شان با کودک نیز دچار مشکل می‌شوند؛ قادر به تحمل و درک تجارب احساسی دردناک کودک‌شان نیستند و نمی‌توانند احساس ترس یا درماندگی کودک را به درستی تنظیم کرده و به او احساس امنیت دهند و یا در تنظیم هیجان‌اتش به او کمک کنند (گرینبرگر، کلی و اسلید^۲، ۲۰۰۶).

بررسی‌ها نشان می‌دهد تاکنون مداخله‌ای جهت تقویت ذهنی‌سازی والدین دارای کودک مبتلا به بیماری‌های مزمن مانند دیابت نوع یک منتشر نشده است درحالی‌که به نظر می‌رسد طراحی مداخله تقویت ذهنی‌سازی ویژه این افراد که براساس تجارب زیسته خودشان و متمرکز بر مشکلات ذهنی‌سازی ایشان در رویارویی با مراقبت‌های پیچیده درمانی و دیگر چالش‌های خاص زندگی با دیابت است، می‌تواند جهت افزایش تاب‌آوری و سازگاری بیشتر آن‌ها مفید و کاربردی باشد. بنابراین با توجه به خلاء پژوهشی در این زمینه و ضرورت طراحی یک برنامه درمانی مدون برای کاهش مشکلات بیان شده، پژوهش حاضر درگام نخست به شناسایی مشکلات ذهنی‌سازی در کودکان

1. Malberg

2. Greenberger, Kelly & Slade

مبتلا به دیابت و والدین آن‌ها پرداخته و در گام دوم به طراحی بسته تقویت ذهنی سازی والدین دارای فرزند مبتلا به دیابت، بر اساس تجارب زیسته و مشکلات ذهنی سازی آنان اقدام نموده است. در گام سوم نیز اثربخشی این بسته بر افزایش کنش تاملی والدین و کاهش مشکلات عاطفی- رفتاری این کودکان بررسی شده است. در صورت معنادار بودن این اثربخشی می‌توان از این مداخله جهت کمک به تنظیم هیجانات، بهبود روابط والد فرزندی، افزایش تاب‌آوری و ارتقای سطح سلامت جسمی- روانی کودکان مبتلا به دیابت نوع یک و خانواده آنان استفاده کرد.

روش

در پژوهش حاضر از طرح تحقیق آمیخته از نوع متوالی اکتشافی استفاده شده است. این طرح در مرحله اول، از روش تحقیق کیفی و در مرحله دوم از روش تحقیق کمی بهره می‌گیرد. سپس با جمع‌بندی هر دو مرحله به تحلیل و نتیجه‌گیری نهایی دست می‌یابد (کرسول، ۲۰۰۷؛ ترجمه کیامنش و دانای طوسی، ۱۳۹۶).

در بخش کیفی، مطالعه‌ای پدیدارشناسی برای بررسی مشکلات ذهنی سازی کودکان ۸ تا ۱۲ ساله مبتلا به دیابت نوع یک ساکن در استان اصفهان و والدین آن‌ها از طریق مصاحبه عمیق و نیمه ساختاریافته صورت گرفت. ۱۸ کودک و ۲۲ نفر از والدین ایشان (۴ پدر و مادر با هم) به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. سوالات مصاحبه با کودکان برگرفته از سوالات مقیاس عملکرد تاملی کودکان و نوجوانان (CRFS)^۱ (انسینک و همکاران، ۲۰۱۵) و سوالات مصاحبه با والدین نیز برگرفته از فرم مصاحبه تحولی والدین (PDI)^۲ (اسلید^۳، ۲۰۰۵) بود که با هدف ارزیابی ظرفیت ذهنی سازی کودک و والد برای در نظر گرفتن تجارب هیجانی خود یا در نظر گرفتن تجاربش به عنوان یک والد یا فرزند در رویارویی با ابتلا به بیماری دیابت بود. پس از تجزیه و تحلیل داده‌ها، سه مضمون کلی

1. Child and Adolescent Reflective Functioning Scale (CRFS)

2. Parent Development Interview (PDI)

3. Slade

شامل عوامل زمینه‌ساز شکست ذهنی‌سازی، انواع مشکلات شایع ذهنی‌سازی و پیامدهای شکست ذهنی‌سازی با ۱۸ زیرمضمون اصلی و ۵۰ زیرمضمون فرعی استخراج گردید.

با توجه به خلاءهای موجود در درمان‌های رایج برای کمک به سلامت جسمی-روانی کودکان مبتلا به دیابت و نقش اساسی تقویت ظرفیت ذهنی‌سازی والدین در ارتقای ظرفیت ذهنی‌سازی کودک؛ ضرورت طراحی برنامه‌ای برای تقویت ذهنی‌سازی والدین، بیش از پیش آشکار گردید. از این رو با استفاده از نتایج بخش کیفی پژوهش حاضر و مفاهیم کلی نظریه ذهنی‌سازی؛ برنامه تقویت ذهنی‌سازی والدین دارای کودک مبتلا به دیابت طراحی شد. روایی محتوایی این برنامه با استفاده از شاخص روایی محتوایی^۱ یا CVI توسط پنج نفر از اساتید و متخصصین مسلط به درمان ذهنی‌سازی با ضریب ۰/۹۳ مورد تایید قرار گرفت.

در بخش کمی و جهت تعیین اعتبار درونی از روش نیمه آزمایشی و طرح تک آزمودنی A-B با آزمودنی‌های مختلف استفاده شد. آزمودنی‌ها به ترتیب در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری شرکت کردند و یافته‌های حاصل به منظور تعیین اعتبار بسته تقویت ذهنی‌سازی مورد تحلیل قرار گرفت. علاوه بر این ده شاخص جهت سنجش تحقق اهداف برنامه استخراج گردید که بر اساس مشاهدات بالینی پژوهشگر و بازخورد شرکت‌کنندگان از تغییرات ملموس در زندگی و تجارب زیسته آن‌ها در حین و پس از اتمام جلسات، تکمیل و نمره‌گذاری شد تا میزان تأثیرپذیری آن‌ها از برنامه به صورت کمی ارزیابی شود.

جامعه هدف در بخش کمی، والدین دارای کودک ۸ تا ۱۲ ساله مبتلا به دیابت نوع یک در شهر اصفهان بودند که فرزندشان در یک یا بیش از یک مورد از مشکلات درونی یا برونی‌سازی شده در محدوده مرزی یا بالینی قرار داشته باشد. پژوهشگر بصورت تصادفی

با برخی از والدینی که در مرحله قبل مصاحبه شده بودند؛ تماس گرفت و با بیان شرایط شرکت در جلسات، پنج نفر از داوطلبانی که دارای ملاک‌های ورود به پژوهش بودند را برای شرکت در برنامه دعوت نمود. ملاک‌های ورود شامل عدم ابتلا به اختلالات روان‌شناختی مانند طیف اوتیسم و ناتوانی‌های رشدی، عدم ابتلا به بیماری مزمن دیگر و یا تجربه مشکلات خانوادگی و شرایط سخت بحرانی در ماه‌های اخیر در زندگی و هم‌چنین عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی یا سایر خدمات روان‌شناختی به طور هم‌زمان با شرکت در پژوهش بود. ملاک‌های خروج نیز عدم تمایل والد به ادامه حضور در برنامه و یا غیبت بیش از دو جلسه بود. شرح حال مختصری از این پنج نفر در ادامه خواهد آمد. جهت حفظ اصول اخلاق در هر دو بخش پژوهش در ابتدای جلسه، اهداف و فرایند پژوهش برای افراد بیان و به آن‌ها اطمینان خاطر داده می‌شد که اطلاعات آن‌ها کاملاً محرمانه در نزد پژوهشگر باقی می‌ماند و مباحث مطرح شده در رابطه با فرایند درمانی آن‌ها هیچ خللی ایجاد نخواهد کرد. کد اخلاق این پژوهش IR.IAUKHSH.REC.1400.050 است.

جهت اجرای فرایند مداخله در جلسه آغازین دوره و قبل از شروع مداخله، سنجش خط پایه از طریق تکمیل پرسشنامه‌های مشکلات عاطفی - رفتاری کودکان و کنش‌تاملی توسط والدین گروه نمونه صورت گرفت. ادامه فرایند سنجش پس از گذشت نیمی از جلسات در آغاز جلسه پنجم و سپس در پایان جلسه هشتم بود. جلسات مداخله دو بار در هفته و هر بار به مدت دو ساعت با در نظر گرفتن زمان استراحت و پذیرایی برگزار شد. در نهایت برای پیگیری، بعد از گذشت چهار هفته با تشکیل جلسه مجزا برای هر والد شرکت‌کننده، علاوه بر تکمیل پرسشنامه‌ها، مصاحبه فردی نیز انجام شد. در ادامه توضیح مختصری پیرامون پرسشنامه‌ها داده شده است.

سیاهه رفتاری کودکان^۱ (CBCL): این مقیاس توسط آخنباخ و رسکورلا^۲ (۲۰۰۱) با

1. Child behavior checklist
2. Achenbach & Rescorla

هدف سنجش مشکلات عاطفی- رفتاری کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ سال از دیدگاه والدین یا سرپرست کودک ساخته شد. این سیاهه که از مجموعه فرم‌های موازی آخنباخ بوده مشکلات را به دو دسته بندی کلی مشکلات درونی‌سازی شده و برونی‌سازی شده تقسیم می‌کند. مشکلات درونی‌سازی شده بیشتر درون فردی و شامل کناره‌گیری از تعامل‌های اجتماعی، اضطراب، افسردگی، شکایات جسمانی است. در مقابل مشکلات برونی‌سازی شده، برون فردی و شامل نقض قواعد و قوانین اجتماعی، تضادوزری و رفتار پرخاشگرانه است. این پرسشنامه دارای ۱۱۳ سؤال بوده و نوعاً در ۲۰ الی ۲۵ دقیقه تکمیل می‌شود (مینائی، ۱۳۸۵). ضرایب کلی اعتبار فرم‌های CBCL با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۷ و با استفاده از اعتبار بازآزمایی ۰/۹۴ بوده و روایی محتوایی، روایی ملاکی و روایی سازه این فرم‌ها مطلوب گزارش شده است (آخنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱). پژوهش حاضر، از فرم هنجاریابی شده توسط مینایی (۱۳۸۵) که در آن دامنه ضرایب همسانی درونی مقیاس‌ها با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ از ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ گزارش شده، استفاده می‌نماید.

مقیاس کنش تأملی والدینی^۱ (PRFQ): این مقیاس کوتاه و چندبُعدی دارای ۱۸ ماده است که توسط لویتن و همکاران (۲۰۱۷) برای سنجش ظرفیت تأملی والدین و توانایی در نظر گرفتن فرزندش به عنوان یک واحد روان‌شناختی طراحی و آزمون شده است. تحلیل عاملی اکتشافی لویتن و همکاران (۲۰۱۷)، حکایت از وجود سه عامل دارد؛ عامل اول: حالت پیش‌ذهنی‌سازی^۲ (PM) که به معنای فقدان ظرفیت ذهنی‌سازی در والدین است و نمرات بالا در این عامل نشان‌دهنده نقص شدید در توانایی ذهنی‌سازی والدین است، عامل دوم: اطمینان از وضعیت روانی^۳ (CMS) به معنای ناتوانی والدین در

1. Parental Reflective Functioning Questionnaire

2. Pre-Mentalizing Modes

3. Certainty of Mental States

تشخیص این‌که حالات درونی کودک کاملاً واضح نیست. نمرات بالا در این عامل حاکی از اطمینان بیش از حد والدین درباره حالات درونی کودک و عدم کنجکاوی راجع به ذهن او است، در حالی‌که نمرات پایین به معنای ابهام زیاد یا ذهنی‌سازی کمتر از حد معمول می‌باشد. عامل سوم: علاقه‌مندی و کنجکاوی درباره وضعیت روانی^۱ (IC) کودک است. نمرات خیلی بالا در آن نشان‌دهنده ذهنی‌سازی بیش از اندازه و مداخله‌آمیز والدین و نمرات خیلی کم به معنای عدم علاقه و بی‌تفاوتی به ذهن کودک است. ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده برای هر عامل به ترتیب معادل ۰/۷۰، ۰/۸۲ و ۰/۷۴ می‌باشد. در ایران اعتبار و قابلیت اطمینان این پرسش‌نامه توسط گودرزی^۲ و همکاران (۲۰۲۲) مورد بررسی و تایید قرار گرفت و اعتبار درونی سه عامل PM، CMS و IC به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۵ و ۰/۶۲ به دست آمد.

یافته‌ها

این پژوهش در گام نخست مشکلات ذهنی‌سازی کودکان مبتلا به دیابت نوع یک و والدین آن‌ها را از طریق مصاحبه‌های عمیق و شواهد برگرفته از فرم‌های علمی و استاندارد، استخراج و پس از پیاده‌سازی، تجزیه و تحلیل نمود. ۳ مضمون کلی شامل عوامل زمینه ساز شکست ذهنی‌سازی، انواع مشکلات شایع ذهنی‌سازی و پیامدهای شکست ذهنی‌سازی به دست آمد. این مضامین شامل ۸ زیرمضمون اصلی و ۳۵ زیرمضمون فرعی بوده که در جدول ۱ تا جدول ۳ به تفکیک هر مضمون کلی شرح داده شده است.

1. Interest and Curiosity in Mental States
2. Goudarzi

جدول ۱. زیرمضمون‌های اصلی و فرعی عوامل زمینه‌ساز شکست ذهنی‌سازی

مضمون کلی	زیرمضمون اصلی	زیرمضمون فرعی
عوامل درون‌روانی زمینه‌ساز شکست ذهنی‌سازی	موقعیت‌های زمینه‌ساز شکست ذهنی‌سازی	- موقعیت‌های درمانی-مراقبتی، شامل: رویارویی کودک با محدودیت غذایی، تجربه درد در کودک، بالا بودن قند خون کودک، مقاومت کودک در برابر اقدامات درمانی، سهل‌انگاری یا فراموش‌کاری کودک در انجام مراقبت‌های درمانی - موقعیت‌های اجتماعی، شامل: احتمال قضاوت یا مسخره شدن، نگاه تحم آمیز، طرد شدن و بی‌توجهی - موقعیت‌های اقتصادی، شامل: اجبار به کاستن از کیفیت درمان کودک به دلایل مالی، استرس و برهم خوردن آرامش در شرایط تنگنای مالی
	عوامل درون‌روانی زمینه‌ساز شکست ذهنی‌سازی	- تجربه هیجانی شدید و ناتوانی در تنظیم آن، شامل: عصبانیت و پرخاشگری، استرس و اضطراب، احساس افسردگی و غم، احساس گناه، دلخوری یا سرکوب هیجانات - عدم پذیرش بیماری، شامل: تجربه خشم و ناتوانی، انکار و پنهان کردن بیماری، عدم پذیرش ماهیت درمان ناپذیری بیماری و انجام اقدامات ناکارآمد، امیدواری غیر واقع‌نگرانه، تجربه چالش‌های معنوی و ناامیدی - نشخوار فکری و اشتغال ذهنی منفی‌گرایانه، شامل: دل‌مشغولی شدید با مشکل کودک، آینده‌هراسی و تصور پیامدهای منفی برای کودک
	عوامل ارتباطی زمینه‌ساز شکست ذهنی‌سازی	- تعاملات ناکارآمد والدین با یکدیگر در حیطه بیماری کودک، شامل: مقصر دانستن یکدیگر در ابتلای کودک، شکایت مداوم از گران‌باری مراقبت از کودک، اختلاف نظر پیرامون سبک زندگی بعد بیماری - تعاملات ناکارآمد همشیران با یکدیگر در حیطه بیماری کودک، شامل: حسادت و مقایسه در مورد توجه والدین، ناتوانی در تحمل محدودیت‌ها - تعاملات ناکارآمد والدین با کودک بیمار، شامل: پیگیری موارد درمانی بدون توجه به نیازهای روانی کودک، فقدان تعامل مثبت و ناتوانی در برقراری رابطه لذت‌بخش و مبتنی بر بازی با کودک، ضعف در همدلی و هم‌کوک نبودن، ناتوانی در ترمیم گسست‌های

مضمون کلی	زیرمضمون اصلی	زیرمضمون فرعی
		ارتباطی، روش های غیرمنعطف و سختگیرانه والدینی، بیش کنترل گری و سلب استقلال کودک برای انجام وظایف درمانی، ارسال پیام های کلامی و غیرکلامی متناقض - تعاملات ناکارآمد کادر درمان با والدین و کودک بیمار، شامل: ایجاد احساس گناه در والد، طرد و تهدید کودک، تحریف یا سرکوب احساسات کودک

جدول ۲. زیرمضمون های اصلی و فرعی انواع مشکلات شایع ذهنی سازی

مضمون کلی	زیرمضمون اصلی	زیرمضمون فرعی
انواع مشکلات شایع ذهنی سازی	بازگشت به	- فقدان مرز بین واقعیت درونی و بیرونی - عدم گشودگی به
	ساحت های	داده های جدید و تغییرناپذیری
	پیش ذهنی سازی شده	- فرافکنی دنیای درونی خود بر دیگری - فقدان کنجکاوی و همدلی با حالات درون روانی - حل مسائل با عمل فوری، مشخص و فیزیکی - نسبت دادن ویژگی های غیرقابل تغییر و برجسب زنی بر دیگری
	عدم تعادل در ابعاد	- غلبه ذهنی سازی خودکار - تمرکز بر دیگری و ندیدن نقش خود
	ذهنی سازی	- تمرکز بر رفتارهای بیرونی و بی توجهی به تجربه های درونی دیگری تمرکز بر جنبه های شناختی مسائل و نادیده گرفتن ابعاد عاطفی - تمرکز افراطی بر بیماری و نادیده گرفتن جوانب دیگر زندگی
	تحول نایافتگی ظرفیت	- ناتوانی در فهم و بیان احساس دیگری
	ذهنی سازی	- ناتوانی در بازنمایی درونی و توصیف شخصیت خود

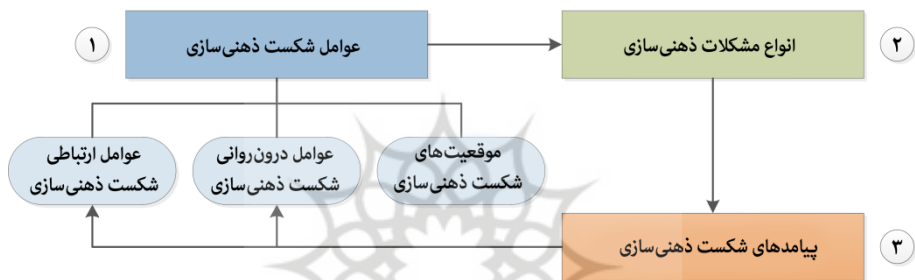
جدول ۳. زیرمضمون‌های اصلی و فرعی پیامدهای شکست ذهنی‌سازی

کد محوری	مضمون	زیرمضمون
پیامدهای شکست ذهنی‌سازی	پیامدهای شکست ذهنی‌سازی در والد	- تنبیه، سرزنش و پرخاشگر - باج دادن به کودک - احساس افسردگی و ناامیدی
	پیامدهای شکست ذهنی‌سازی در کودک	- فزون‌حمایت‌گری - پنهان کردن بیماری از اطرافیان - تهدید و ترساندن
	پیامدهای شکست ذهنی‌سازی در کودک	- عصبی شدن و آستانه تحمل پایین - سرکشی و لجبازی کودک
		- اجتناب از موقعیت‌های دشوار - چالش‌های مکرر
		- بهره‌گیری از بیماری برای پرکردن خلاء ارتباطی با والدین
		- پنهان‌کاری و عدم صداقت کودک در موارد درمانی

به طور خلاصه طبق مضامین به دست آمده می‌توان گفت، عواملی همچون قرار گرفتن در برخی موقعیت‌ها، تجربه برخی عوامل درون‌روانی و عوامل ارتباطی، زمینه شکست ذهنی‌سازی را در کودکان مبتلا به دیابت و والدین آنها فراهم می‌سازد. برخی افراد به خاطر ظرفیت ذهنی‌سازی آسیب‌پذیر یا ضعیف‌تری که داشتند؛ در مواجهه با ابتلای کودک به بیماری درمان‌ناپذیر دیابت و مراقبت‌های پیچیده آن، توانایی تمرکز بر حالات درونی خود و دیگران را از دست می‌دادند و به حالت‌های قبل از تکامل این توانایی بازمی‌گشتند و یا دچار عدم تعادل در ابعاد ذهنی‌سازی می‌شدند؛ برخی نیز از ابتدا ظرفیت ذهنی‌سازی تحول‌نا یافته‌ای داشتند؛ این سه حالت از انواع مشکلات ذهنی‌سازی به شمار می‌آید. تجربه مداوم این مشکلات و شکست در ذهنی‌سازی، اثرات عمیقی بر روابط بین فردی و حالات درون‌روانی کودک و والدین او برجای می‌گذارد که تحت عنوان پیامدهای شکست ذهنی‌سازی نام‌گذاری شده است.

همچنین با نگاه کلی به مضامین به دست آمده می‌توان الگویی از فرایند شکل‌گیری مشکلات ذهنی‌سازی و نحوه تکرار آن در کودکان مبتلا به دیابت و والدین آنها مشاهده

کرد. در این الگو، عوامل زمینه ساز شکست ذهنی سازی شامل موقعیت‌ها، عوامل درون‌روانی و عوامل ارتباطی باعث ایجاد انواع مشکلات شایع ذهنی سازی در کودکان مبتلا به دیابت و والدین آنها می‌شود؛ تجربه مکرر این مشکلات در زندگی پیامدهایی شامل هیجانات آزاردهنده و رفتارهای چالش برانگیز کودک یا والدین را به دنبال دارد که این پیامدها به نوبه خود می‌تواند مجدداً زمینه ساز شکست ذهنی سازی شده و در قالب عوامل درون‌روانی و عوامل ارتباطی منجر به شکست ذهنی سازی شوند و نوعی چرخه شکست ذهنی سازی را به وجود آورند که در شکل ۱ ترسیم شده است.



شکل ۱. مدل چرخه شکست ذهنی سازی

در گام دوم پژوهش؛ بر اساس مضامین به دست آمده از مشکلات ذهنی سازی، همچنین مدل چرخه شکست ذهنی سازی منتج شده از آن و در چارچوب مفاهیم نظریه ذهنی سازی و پژوهش‌های پیشین، برنامه تقویت ذهنی سازی والدین دارای کودک مبتلا به دیابت طراحی و اعتبارسنجی شد. این برنامه در هشت جلسه دو ساعته با مشارکت جویی از والدین در بحث‌ها و ارائه تمرین کلاسی و تکالیف در خانه تلاش می‌کند ظرفیت ذهنی سازی والد را توسعه دهد تا در پی تغییر نگرش و کنجکاوی ایشان در علت پشت رفتارهای خود و فرزندش با تنظیم هیجانات، عملکرد متفاوتی پیش‌رو گیرد و به‌طور غیرمستقیم موجب تقویت ذهنی سازی دیگر اعضای خانواده مخصوصاً کودک مبتلا به دیابت شود. در جدول ۴ فهرستی از عناوین اصلی برنامه تقویت

ذهنی‌سازی بیان شده است.

جهت تعیین اعتبار محتوایی این برنامه، از نظرات تخصصی پنج نفر از اساتید و متخصصین مسلط به درمان ذهنی‌سازی با شاخص روایی محتوا (CVI) استفاده شد. جهت بررسی اعتبار درونی برنامه طراحی شده نیز از طرح تک آزمودنی A-B با پنج شرکت‌کننده استفاده شده است. در طرح‌های تک‌آزمودنی اغلب برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نمودارها و روش‌های ترسیمی و یا شاخص تغییر پایا استفاده می‌شود. در این پژوهش، تغییرات متغیر وابسته کنش تاملی والدین از طریق تحلیل شاخص تغییر پایا در جدول ۵ مورد ارزیابی قرار گرفته است. در پرسشنامه کنش تاملی والدین، نمرات پایین در عامل حالت‌های پیش ذهنی‌سازی (PM) و نمرات متوسط در مقیاس‌های اطمینان از وضعیت روانی کودک (CMS) و کنجکاوی و علاقه‌مندی به حالات ذهنی او (IC) به معنی کنش تاملی مناسب والدین می‌باشد (آنیس^۱ و همکاران، ۲۰۲۰ و وندلبو^۲ و همکاران، ۲۰۲۱).

جدول ۴. محتوای برنامه تقویت ذهنی‌سازی ویژه والدین دارای کودک مبتلا به دیابت نوع یک

جلسه	فهرست عناوین اصلی جلسات
جلسه اول	- آشنایی با اعضای گروه، مدرس و فرآیند جلسات - توضیح اهمیت ارتباط والد و کودک و تبیین نقش آن در مدیریت T1D - توضیح مقدماتی مبانی ذهنی‌سازی و تأکید بر شناخت دنیای درون - تبیین اهمیت ذهنی‌سازی و والدگری تاملی در شرایط پیچیده زندگی با T1D
جلسه دوم	- تعریف مفهوم ذهنی‌سازی و ابعاد آن، نحوه شکست در ذهنی‌سازی با مثال از مادری دارای فرزند مبتلا به T1D - بررسی پیامدهای شکست ذهنی‌سازی با مثال‌هایی از تجارب زیسته کودکان مبتلا به T1D و والدین آنها

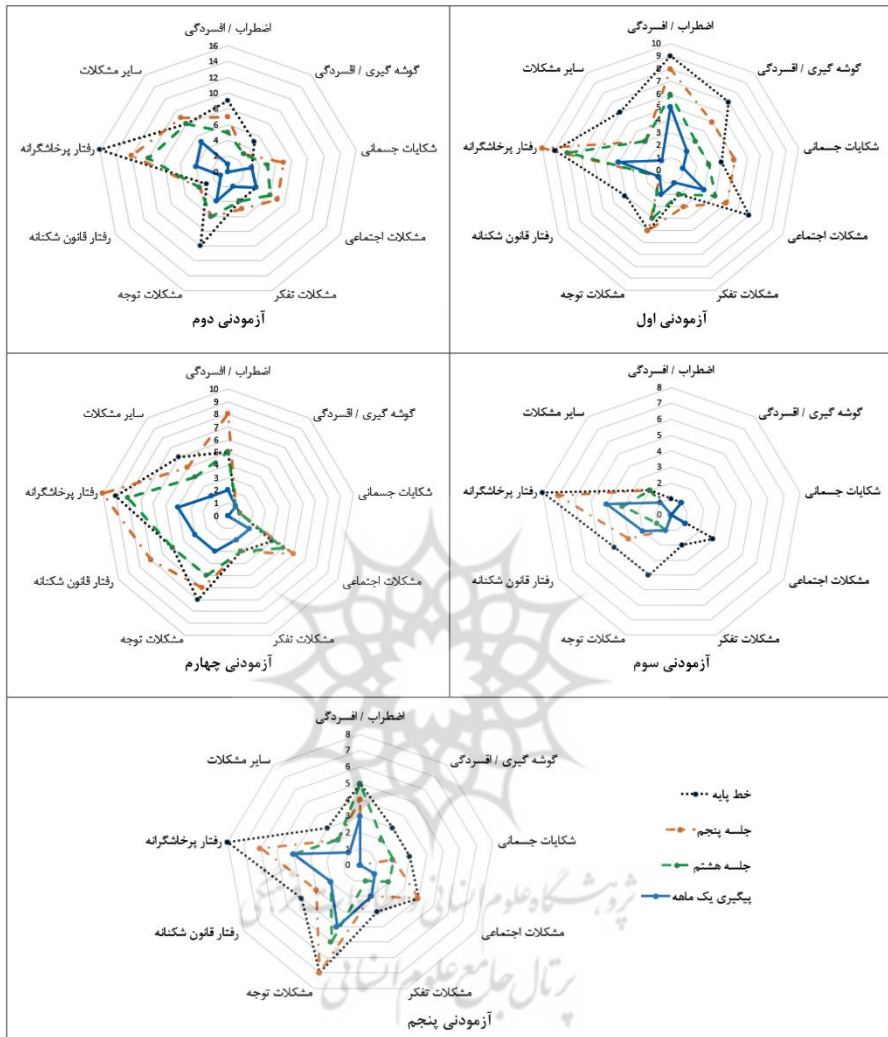
	فهرست عناوین اصلی جلسات	جلسه
	<p>- آشناسازی والدین با عوامل زمینه‌ساز شکست در ذهنی‌سازی با تمرکز بر موقعیت‌های سه‌گانه درمانی - مراقبتی، اجتماعی و اقتصادی همراه با مثال از تجارب زیسته کودکان مبتلا به TID و والدین آن‌ها</p> <p>- بحث و بررسی درباره نحوه ذهنی‌سازی خوب یا شکننده در هر موقعیت با مثال</p>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

جدول ۵. نمرات پنج آزمودنی در مولفه‌های مقیاس کنش تاملی و ارزیابی شاخص تغییر پایا

مؤلفه	آزمودنی	خط پایه	جلسه پنجم	جلسه هشتم	شاخص تغییر پایا	پیگیری یک‌ماهه
حالت‌های پیش‌ذهنی‌سازی والد (PMI)	آزمودنی اول	۲۵	۲۰	۱۶	۳/۱۸	۱۳
	آزمودنی دوم	۲۶	۱۶	۱۲	۴/۹۴	۱۲
	آزمودنی سوم	۱۰	۸	۵	-	۶
	آزمودنی چهارم	۱۷	۱۲	۸	۳/۱۸	۱۰
	آزمودنی پنجم	۱۱	۹	۸	-	۷
اطمینان از وضعیت روانی کودک (CMS)	آزمودنی اول	۳۵	۳۱	۲۶	۳/۶۹	۲۷
	آزمودنی دوم	۳۳	۲۳	۲۵	۳/۲۸	۲۴
	آزمودنی سوم	۲۸	۲۶	۲۳	-	۲۴
	آزمودنی چهارم	۲۶	۲۴	۲۳	-	۲۵
	آزمودنی پنجم	۳۴	۳۰	۲۴	۴/۱۰	۲۶
کنجکاوی و علاقه‌مندی به حالات ذهنی کودک (IC)	آزمودنی اول	۳۳	۳۰	۲۳	۴/۱۵	۲۶
	آزمودنی دوم	۳۲	۳۲	۲۵	۲/۹۱	۲۴
	آزمودنی سوم	۳۰	۲۷	۲۲	۳/۳۲	۲۳
	آزمودنی چهارم	۳۳	۳۰	۲۶	۲/۹۱	۲۷
	آزمودنی پنجم	۲۶	۲۵	۲۳	-	۲۳

در محاسبه شاخص تغییر پایا از انحراف استاندارد و پایایی ابزار PRFQ استفاده شده است. مطابق جدول ۵ و از آن جایی که مقادیر شاخص تغییر پایا از مقدار ۱/۹۶ بیشتر بوده است، با ۹۵٪ اطمینان می‌توان گفت که تغییرات مشاهده شده در نتیجه مداخله تقویت ذهنی‌سازی بوده است. این روند اثربخشی بر متغیر وابسته کنش تاملی والدین در طول جلسات درمان مشهود بوده و در مرحله پیگیری نیز تقریباً حفظ شده است. مواردی که در آن، مقدار شاخص تغییر پایا گزارش نشده؛ بدین معنی است که عملکرد والد در آن عامل در شروع برنامه در محدوده مطلوب بوده و تا انتهای برنامه نیز در وضعیت مطلوب باقی مانده است.

هم‌چنین تغییرات مشکلات عاطفی - رفتاری کودکان به عنوان متغیر وابسته دوم در طول فرایند مداخله با نمودارهای عنکبوتی در شکل ۲ ارائه شده است. نمودار عنکبوتی یک نمودار گرافیکی برای نمایش داده‌های چند متغیر است، به‌گونه‌ای که محورهای اختصاص یافته برای هر متغیر به صورت شعاعی در اطراف نقطه مرکزی قرار گرفته و نزدیک بودن نقطه مشاهده شده به مرکز، به معنی کوچک‌تر بودن آن شاخص است و بالعکس.

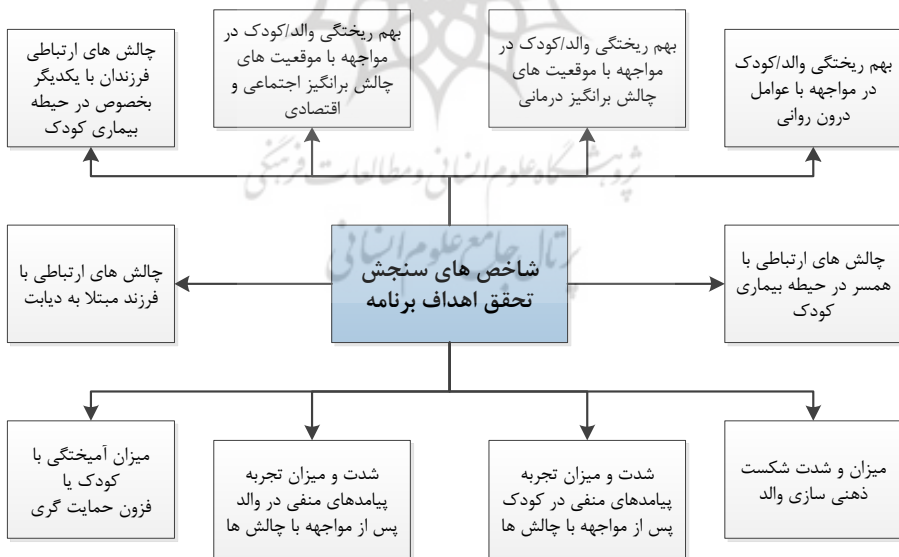


شکل ۲. نمودارهای عنکبوتی تغییرات متغیر وابسته مشکلات عاطفی -

رفتاری کودکان مبتلا به دیابت در طول مراحل مداخله

بررسی نمودارهای شکل ۲ که به تفکیک هر یک از آزمودنی‌ها و بر اساس مشکلات نه‌گانه مورد ارزیابی در پرسشنامه CBCL بیان شده، نشان می‌دهد که به‌طورکلی میزان مشکلات عاطفی - رفتاری کودکان مورد مطالعه در این پژوهش، در طول فرایند مداخله

کاهش یافته و این اثر، در پیگیری یک ماهه نیز تقریباً حفظ شده است. برای تعیین اثربخشی برنامه تقویت ذهنی سازی، علاوه بر ارزیابی دو متغیر وابسته کنش تاملی والدین و مشکلات عاطفی رفتاری کودکان، ده شاخص جهت سنجش تحقق اهداف برنامه تقویت ذهنی سازی استخراج شد تا با استفاده از مشاهدات بالینی پژوهشگر و اظهارات کلامی آزمودنی‌ها، میزان تأثیرپذیری آن‌ها از برنامه بصورت کمی ارزیابی شود. این شاخص‌ها که در شکل ۳ نشان داده شده است؛ در قالب یک فرم، میزان تغییرات ملموس در زندگی، تجربیات درونی و ارتباطات هر آزمودنی را با انتخاب نمره‌ای از یک تا پنج (خیلی کم، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد) می‌سنجد. تغییرات هر آزمودنی با استفاده از نمودار عنکبوتی در هر شاخص پیش و پس از مداخله، در شکل ۴ نشان داده شده است. بررسی این نمودارها روند کاهشی مشکلات ذهنی سازی هر پنج شرکت‌کننده را در جلسه آخر نسبت به جلسه اول، نشان می‌دهد که به معنای تحقق اهداف برنامه طراحی شده است.



شکل ۳. شاخص‌های سنجش تحقق اهداف برنامه تقویت ذهنی سازی والدین دارای کودک مبتلا به دیابت



شکل ۴. نمودارهای عنکبوتی تغییرات شاخص‌های سنجش تحقق اهداف برنامه پیش و پس از مداخله

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش، تدوین و اعتباریابی بسته تقویت ذهنی‌سازی کودکان مبتلا به دیابت نوع یک و والدین آنان و همچنین ارزیابی اثربخشی این بسته بر کاهش مشکلات عاطفی- رفتاری کودکان و افزایش کنش تاملی والدین آنها بود که در دو مرحله کمی و کیفی اجرا شد. به منظور تدوین بسته و انتخاب مولفه‌های مناسب جهت تقویت ذهنی‌سازی این کودکان و خانواده‌های آنان ابتدا با انجام مصاحبه‌های عمیق و نیمه ساختاریافته، مشکلات ذهنی‌سازی آنها شناسایی شد. پس از تحلیل مصاحبه‌ها، پژوهشگران این مشکلات را در سه مضمون کلی شامل عوامل زمینه ساز شکست ذهنی‌سازی، انواع مشکلات شایع ذهنی‌سازی و پیامدهای شکست ذهنی‌سازی و زیرمضمون‌های هر یک طبقه بندی کردند و سپس برنامه تقویت ذهنی‌سازی والدین دارای کودک مبتلا به دیابت نوع یک طراحی شد.

نتایج پژوهش در بخش کمی یا اعتبارسنجی برنامه تقویت ذهنی‌سازی ویژه والدین دارای کودک مبتلا به دیابت، نشان داد که این برنامه در افزایش کنش تاملی والدین و کاهش مشکلات عاطفی رفتاری فرزندان آنها و همچنین تحقق اهداف اصلی برنامه مؤثر بوده است. مطالعات نظام مند و فراتحلیل پژوهش‌ها همسو با مطالعه حاضر حاکی از تأثیر مثبت انواع مداخلات روان‌شناختی بر کودکان مبتلا به دیابت و خانواده‌های آنهاست (افتیمیادیس، برلاکی و باستونس، ۲۰۲۲ و دلاماتر^۱ و همکاران، ۲۰۱۸). اگرچه تاکنون پژوهشی با رویکرد ذهنی‌سازی یا عملکرد تاملی درباره کودکان مبتلا به دیابت و والدین آنها منتشر نشده اما پژوهش‌های مداخله‌ای مختلفی با این رویکرد بر روی گروه‌های دیگر انجام شده که قابل استناد است. به عنوان مثال موسوی و همکاران (۱۳۹۹) در مطالعه‌ای مروری مداخلات مبتنی بر ذهنی‌سازی و عملکرد تاملی والدین را

1. Delamater

مؤثر دانستند و اعلام کردند؛ این مداخلات پیش‌گیرانه و اغلب متمرکز بر مادران است چراکه اعتقاد بر آن است که وقتی مادر نسبت به وضعیت روانی خودش آگاه شود، می‌تواند نسبت به وضعیت روانی فرزندش نیز حساسیت بیشتری داشته و واکنش متناسب‌تری نیز نسبت به رفتارهای او داشته باشد.

بررسی یافته‌ها و مقایسه نمرات قبل و بعد از اجرای برنامه تقویت ذهنی‌سازی ویژه والدین دارای کودک مبتلا به دیابت، حاکی از اثربخشی این برنامه در افزایش کنش تاملی والدین است. این یافته همسو با اثربخشی دیگر مداخلات مبتنی بر ذهنی‌سازی در سالهای اخیر است. از جمله باین، مورفی و کانون (۲۰۲۰) در پژوهشی مروری نظام‌مند در حوزه مداخلات مبتنی بر ذهنی‌سازی بر روی کودکان و خانواده‌ها، اثربخشی این رویکرد را به ویژه در افزایش کنش تاملی و ظرفیت ذهنی‌سازی موارد تحت مطالعه به لحاظ آماری و تجربی تایید کردند. میجلی، اسپرچر و اسلید^۱ (۲۰۲۱) نیز در مطالعه مروری نظام‌مند، اعلام کردند؛ مداخلات مبتنی بر ذهنی‌سازی عموماً اثربخشی مثبتی در بهبود ذهنی‌سازی والدین، خودکارآمدی و کاهش استرس آنها داشته است. با این حال آنها معتقدند هنوز شواهد کافی در این زمینه وجود ندارد و نیازمند انجام پژوهش‌های با کیفیت‌تری در زمینه تأثیر مداخلات ذهنی‌سازی بر کودکان و والدین آنها هستیم. در نتایج مطالعه کامویرانو^۲ (۲۰۱۷) متفاوت با پژوهش پیش‌رو، پس از بررسی ۴۷ پژوهش در زمینه مداخلات ذهنی‌سازی برای والدین، ضمن تایید اینکه ذهنی‌سازی، فرزندپروری را کارسازتر می‌کند، سوالات و تردیدهایی در رابطه با اثربخشی این مداخلات مطرح کرد و با پرسش از نقش مهارت‌های کلامی و توانایی بیان افکار و هیجانات والدین در بروز ذهنی‌سازی آنها، ضرورت انجام تحقیقات بیشتر را نشان داد. در تبیین این مساله

می‌توان گفت یکی از مهمترین محورهای مداخلات ذهنی‌سازی، کمک به آگاهی از هیجانات و تنظیم آن در والدین است تا بتوانند در ارتباط با کودک، درونیتشان را به صورت مؤثری بیان کنند و با همدلی، شنوای احساسات فرزند خود نیز باشند. برنامه پیش رو به والدین دارای کودک مبتلا به دیابت کمک می‌کند تا با شرکت در بحث‌های گروهی علاوه بر تمرین بیان احساسات خود، کاربرد مهارتهای توجه به دیگری، همدلی و کنجکاوی را در مدرس ببینند و در ارتباط با دیگر والدین حاضر در جلسه استفاده کنند و در نهایت بتوانند در موقعیت ارتباطی با فرزند خود این مهارت‌ها را به کار گیرند. به نظر می‌رسد آن دسته از مداخلات ذهنی‌سازی که صرفاً به صورت آموزش یک‌طرفه باشد، برای شرکت‌کنندگانی که در مهارتهای کلامی ضعیف‌ترند یا از سطح تحصیلات و هوش کمتری برخوردارند؛ اثربخشی کمتری خواهد داشت؛ چرا که احتمالاً بدون تمرین و کاربست این مهارت‌ها، مشکلات والدین در شناسایی صحیح، نام‌گذاری و تنظیم هیجانات خود و فرزندشان حل نخواهد شد. همچنین باید گفت مداخلات نزدیک به مفهوم ذهنی‌سازی مثل فرزندپروری آگاهانه نیز بر سلامت روان و کفایت فرزندپروری مادران مؤثر است (شیرالی نیا، رضانی و سورانی، ۱۳۹۹).

یکی دیگر از نکات قابل توجه در نمرات مقیاس کنش تاملی، بالا بودن سطح اولیه عامل اطمینان و کنجکاوی درباره حالات ذهنی کودک در مادران شرکت‌کننده، قبل از شروع مداخله بود که البته این دو عامل در فرآیند مداخله تا حدی کاهش یافت. این یافته همسو با پژوهش گودرزی و همکاران (۲۰۲۲) است که در بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس کنش تاملی در جامعه ایرانی دریافتند نمره این دو عامل در میان مادران ایرانی بالاتر از نمره مطالعات کشورهای دیگر است. به نظر می‌رسد این موضوع که ریشه در مسائل فرهنگی دارد در مادران دارای فرزند مبتلا به دیابت به دلیل نگرانی و چک کردن دائمی شرایط کودک، گوش به‌زنگی و فزون‌حمایت‌گری، بیش از مادران دارای فرزند

سالم است.

علاوه بر اثربخشی برنامه تقویت ذهنی‌سازی پیش‌رو در بهبود کنش تاملی والدین، نتایج آماری و مقایسه نمرات مشکلات عاطفی رفتاری کودکان، قبل و بعد از اجرای این برنامه، حاکی از اثربخشی و کاهش مشکلات برونی‌سازی و درونی‌سازی شده کودکان است. نمرات مشکلات برونی‌سازی شده کودکان مورد بررسی نشان می‌دهد، آزمودنی‌های اول، دوم، سوم و چهارم پیش از مداخله این مشکلات را در سطح بالینی و آزمودنی پنجم در سطح مرزی تجربه می‌کردند، اما در سنجش جلسه پایانی، رفتارهای برونی‌سازی شده را کمتر و در پیگیری یک ماهه در سطح نرمال نشان دادند. در تبیین این مساله و بر اساس نظر فوناگی و همکاران (۲۰۰۲) می‌توان گفت؛ چنانچه افراد (والدین) زاویه دید اطرافیان (کودک) را درک نکنند و همچنین نتوانند به‌طور مؤثری درونیات خود را به دیگران انتقال دهند، سیستم پاسخ‌دهی آن‌ها صرفاً بر مبنای رفتار، خواهد بود و نسبت به درونیات و هیجانات زیربنایی رفتار اطرافیان بی‌توجه خواهند شد. بنابراین در شرایط سخت و پیچیده زندگی با بیماری مزمن دیابت، زمانی که والدین بدون در نظر گرفتن ذهن کودک، پاسخ خود را صرفاً بر اساس رفتار او تنظیم می‌کنند، اغلب رفتارهای غیرهمدلانه یا همراه با پرخاشگری نشان می‌دهند که این رفتارها نه تنها کمکی به سلامت جسمی روانی و تنظیم قندخون کودک نمی‌کند، بلکه به دلیل بالا بودن سطح هیجانات ممکن است درگیر چرخه شکست ذهنی‌سازی شوند و کودکان نیز در مقابل فشار والدین از خود مقاومت نشان دهند، سرپیچی کنند و این چرخه معیوب تکرار و مبنای بسیاری از پرخاشگری‌ها و رفتارهای برونی‌سازی شده، شود.

همچنین نمرات مشکلات درونی‌سازی شده این کودکان نشان می‌دهد، آزمودنی‌های اول و دوم پیش از مداخله این مشکلات را در سطح بالینی و آزمودنی پنجم در سطح مرزی تجربه می‌کردند، اما در سنجش جلسه پایانی، رفتارهای درونی‌سازی شده را کمتر و

در پیگیری یک ماهه ایم رفتارها را در سطح نرمال نشان دادند. در توجیه این تغییرات می‌توان گفت؛ زمانی که والدین مهارت‌های بحث شده در کلاس را به کار می‌گیرند؛ می‌توانند با همدلی و درک کودک خصوصاً در موقعیت‌های فشارزای بیماری، زمینه‌ای را فراهم کنند تا فرزندشان در فضای امن و تجربه تعاملی بهتر با والد، هیجانات خود را بجای درون‌ریزی، ابراز کند و در نتیجه رفتارهای ناشی از اضطراب، افسردگی و انزوای کمتری نشان دهد. پژوهش‌های دیگری همسو با این پژوهش اثربخشی مداخلات مبتنی بر ذهنی‌سازی و ظرفیت‌تاملی بر روی والدین را به‌طور معناداری در کاهش مشکلات برونی‌سازی و درونی‌سازی شده کودکان آنها نشان داده‌اند (بوچانان- پاسکال^۱ و همکاران، ۲۰۱۷ و دارابی، معنوی‌پور و محمدی، ۱۴۰۱ و ناطقیان و سیدموسوی، ۱۳۹۹؛ هالفون و بسیرگلو^۲، ۲۰۲۱).

یکی دیگر از یافته‌های این پژوهش، بهبود وضعیت و کاهش نمرات مشکلات برونی‌سازی و درونی‌سازی شده این کودکان در مرحله پیگیری یک ماهه نسبت به جلسه آخر بود. در تبیین علت این مساله می‌توان گفت با تقویت ذهنی‌سازی والدین و تغییر رفتار آنها، به مرور رفتار کودک نیز تغییر می‌یابد و مشکلات عاطفی رفتاری کمتری نشان می‌دهد و این مورد با گذشت زمان بیشتر نمایان می‌شود. علاوه بر این طبق بازخورد برخی از والدین در جلسه پیگیری، آنها با مشاهده تأثیر والدگری تاملی بر تغییر رفتار فرزند خود، در علت اصلی رفتارهای کودک تجدید نظر کرده بودند و در پرسش از علت تغییرات مثبت او بیان می‌کردند که «این ویژگی برای بچه طبیعی است و من قبلاً فکر می‌کردم پرحرف یا بهانه‌گیر است و الان معتقدم اشکال از کم‌حوصلگی من بوده است». برای تعیین اثربخشی برنامه تقویت ذهنی‌سازی، علاوه بر نتایج دو متغییر کنش

تاملی و مشکلات عاطفی - رفتاری، ده شاخص جهت سنجش تحقق اهداف برنامه طراحی شده، استخراج شد تا بر اساس مشاهدات بالینی پژوهشگر و بازخورد والدین، تغییرات ملموس در زندگی، تجربیات درونی و ارتباطات هر آزمودنی نمره‌گذاری شود و میزان تأثیرپذیری آن‌ها از برنامه مشخص می‌گردد. یافته‌های نمودار عنکبوتی نشان‌دهنده تغییرات مؤثری در راستای اهداف برنامه است.

به‌عنوان مثال هر پنج شرکت‌کننده در جلسات اول، در موقعیت‌های درمانی مراقبتی به‌ویژه رویارویی با محدودیت‌های غذایی با عدم رعایت پنهان‌کارانه یا نافرمانی کودکشان مواجه بودند و معمولاً گزارش می‌کردند که در نهایت خودشان هم درمانده یا رنجیده می‌شدند و با پرخاشگری، تهدید یا باج‌دهی با فرزندشان برخورد می‌کردند. به گفته آنها یکی از اثربخشی‌های دوره، ایجاد یک محیط امن در خانه برای صحبت و بیان احساسات کودک، همدلی صحیح والدین و همچنین افزایش احساس توانمندی در کنترل رفتار کودک بود. زمانی که والدین متوجه می‌شدند که می‌توانند با استفاده از مهارت‌های بحث شده و همچنین تنظیم هیجانات خود و کودکشان تا حد زیادی از نافرمانی، پرخاشگری یا اضطراب‌های فرزندشان بکاهند، احساس رضایتمندی بیشتر در جایگاه والدینی داشته و می‌توانستند از موضع بالغانه‌تری به تعاملات خود و کودکشان نگاه کنند و در نهایت مراقبت‌های درمانی را به‌طور جدی، منظم و در یک فضای تعاملی پیگیری کنند.

یکی دیگر از بازخوردهای شرکت‌کنندگان تسهیل ارتباطات خانوادگی بخصوص ارتباط با فرزند مبتلا به دیابت بود. آنها بیان می‌کردند که در پی تنظیم هیجان خود و تامل در رفتارهای کودک، «تنش‌های بین فردی به شدت کاهش یافته و انرژی کمتری برای مراقبت درمانی از کودک و مدیریت امور روزمره صرف می‌کنند». این مساله حتی در ارتباط با همسر و ارتباط همشیران نیز تأثیر مثبتی گذاشته بود. آزمودنی شماره یک که در

ارتباط با سه فرزندش مرتب از کوره در می‌رفت و آنها را کتک می‌زد، از بالا رفتن آستانه تحملش رضایت داشت و بیان کرد «قبلا در مراجعه به پزشک دخترش استرس بالایی را تحمل می‌کرد و تا چند روز پس از ویزیت درگیر سردردهای میگرنی بود، اما این دفعه با تنظیم هیجان آرامش زیادی داشته و حتی در مطب همراه با دخترش مشغول صحبت با دیگر مراجعان شده و از تجارب آنها در زمینه کنترل قند کودک استفاده کردند». آزمودنی شماره دو که در مدیریت تغذیه کودک مشکلات عدیده‌ای با همسرش داشت، بیان کرد «همسرم بعد از گذشت شش سال از ابتلای کودک به دیابت برای اولین بار در مورد خریدن بستنی با من مشورت کرد». ایشان به خوبی قادر به کنترل هیجان‌ناش شده بود و می‌گفت «مدت زیادی است که پس از شرکت در جلسات دیگر در مواجهه با مشکلات یا قند بالای کودکش گریه نکرده است». آزمودنی شماره سه نیز که از مخفی‌کاری شدید دخترش درباره ابتلا به دیابت و تزریق انسولین جلوی دوستانش شکایت داشت، بیان کرد «فرزندم برای اولین بار پس از گذشت ۸ سال از بیماری، حاضر شده انسولین و تست قندش را به مدرسه ببرد». آزمودنی شماره چهار که راجع به مسایل درسی فرزندش به شدت سخت‌گیر بود، بیان کرد که پس از مداخله «متوجه شده بسیاری از لجبازی‌های فرزندش نتیجه سخت‌گیری‌های خودش هست و ارتباطاتش بهبود یافته است». آزمودنی پنجم نیز که از سهل‌انگاری و فراموش‌کاری فرزندش در مسائل درمانی به ستوه آمده بود و مرتب با او بحث می‌کرد، معتقد بود پس از جلسات، صبورتر شده و می‌تواند از موضع فرزندش به مسائل نگاه کند. وی نوع مواجهه خود را با این مساله تغییر داده بود و آرامش بیشتری در رابطه با فرزندش تجربه می‌کرد.

در نهایت می‌توان گفت از آنجا که برنامه تقویت ذهنی‌سازی ویژه والدین دارای فرزند مبتلا به دیابت، پس از ساعت‌ها گفت‌وگو و بر اساس تجارب زیسته و مشکلات ذهنی‌سازی این افراد تدوین شده؛ در مرحله اجرا نیز با مشارکت والدین در بحث‌ها و

ارائه تمرین صورت می‌گیرد می‌تواند منجر به تغییر نگرش، تنظیم هیجانات و تقویت ظرفیت ذهنی‌سازی آنها شود که این امر به طور غیرمستقیم موجب تقویت ذهنی‌سازی کودک می‌شود و در نهایت با بهبود روابط والد فرزندی باعث تاب‌آوری و پای‌بندی بیشتر نسبت به درمان‌های پزشکی می‌شود.

با توجه به فشارها و گران‌باری مسئولیت‌های والدگری کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن مثل دیابت، عدم حضور پدران در این برنامه‌ها به دلایلی چون شاغل بودن یا عدم علاقه‌مندی و مقاومت، می‌تواند از محدودیت‌های موجود در این پژوهش باشد. علاوه بر این اجرای برنامه برای کودکان در گروه سنی دبستان، ساکن در شهر اصفهان و تشابه در مدت زمان ابتلا به دیابت، ممکن است به عنوان محدودیت در شمول افراد گوناگون به شمار آید از این رو پیشنهاد می‌شود این برنامه برای گروه‌های متفاوت با این گروه نیز اجرا شود. اگرچه روش تک‌آزمودنی به بررسی عمیق و همه‌جانبه‌تر افراد کمک می‌کند، ولی پیشنهاد می‌شود این برنامه با روش‌های دیگری مثل طرح‌های آزمایشی با پس‌آزمون پیش‌آزمون نیز اجرا و گزارش شود. همچنین مناسب‌سازی و بکارگیری این برنامه برای دیگر کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن و سخت به عنوان پیشنهاد پژوهشی مطرح است. در نهایت با توجه به شیوع مشکلات روان‌شناختی در کودکان مبتلا به دیابت و خانواده‌های آنها و همچنین اثربخشی برنامه تقویت ذهنی‌سازی ویژه این افراد بر کاهش مشکلات عاطفی - رفتاری کودکان و افزایش کنش‌تاملی والدین، این برنامه می‌تواند به عنوان مداخله‌ای مؤثر جهت کمک به بهبود سلامت جسمی روانی این افراد توسط کادر پزشکی توصیه و در مراکز درمانی روان‌شناختی به کار گرفته شود.

ملاحظات اخلاقی پژوهش: پژوهش حاضر با دریافت شناسه اخلاق

IR.IAUKHSH.REC.1400.050 و کسب رضایت از شرکت‌کنندگان در تمامی مراحل،

صورت پذیرفته است.

سهم نویسندگان: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول به عنوان دانشجوی دکتری است. نویسنده مسئول و نویسنده سوم اساتید راهنما، نویسندگان چهارم و پنجم اساتید مشاور این رساله بودند.

حمایت مالی: این پژوهش توسط هیچ فرد یا موسسه‌ای حمایت مالی دریافت ننموده است.

تعارض منافع: در این پژوهش تضاد با منافع شخصی یا سازمانی و همچنین تعارض منافع بین نویسندگان وجود ندارد.

سپاسگزاری: از کودکان مبتلا به دیابت نوع یک و والدین آن‌ها که در انجام پژوهش همکاری بی‌ظنیری داشتند و همچنین اعضای مؤسسه علمی به‌رویان و دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، کمال تشکر را داریم.

منابع

اکبری، مریم؛ دهقانی، بهناز؛ جعفری، آمنه و کارد، آمنه (۱۳۹۶). تأثیر بازی درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر تنظیم هیجان و اضطراب و افسردگی کودکان دیابت نوع یک. فصلنامه ایده‌های نوین روان‌شناسی، ۲۱(۲): ۵۴-۴۵.
<http://jnip.ir/article-1-94-fa.html>

حمیدی، افروز؛ حسنی، فریبا؛ کشاورزی ارشدی، فرناز و یوسفی، فایق (۱۴۰۱). تأثیر مهارت آموزی مبتنی بر واقعیت درمانی بر سرمایه روان شناختی و افسردگی در نوجوانان دختر مبتلا به دیابت نوع یک. روان پرستاری، ۱۰(۲): ۳۷-۴۷.
<https://doi.org/10.22034/IJPN.10.2.37>

دارابی، مصطفی؛ معنوی پور، داود و محمدی، اکبر (۱۴۰۲). اثربخشی برنامه مبتنی بر ذهن‌سازی و ذهن‌آگاهی (مادر و کودک) در مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان دبستانی. خانواده درمانی کاربردی، ۴(۱): ۱۱۵-۱۳۳.
<https://doi.org/10.22034/AFTJ.2023.336257.1511>

سیدموسوی، پریناسادات و نقاش، فریما (۱۳۹۹). کنش تأملی والدینی: معرفی روی آورد مبتنی بر ذهنی سازی در والدگری (قسمت دوم). روان‌شناسی تحولی (روان‌شناسان ایرانی)، ۱۷(۶۶): ۲۲۰-۲۲۴.
<https://sid.ir/paper/1071341/fa>

سیدموسوی، پریناسادات و نقاش، فریما (۱۴۰۰). کنش تأملی والدینی: معرفی روی آورد مبتنی بر ذهنی سازی در والدگری (قسمت سوم). روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی، ۱۷(۶۷): ۳۲۷-۳۳۱.
https://journals.iaui.ir/article_686576.html

شهریاری، یاسمن؛ قاسم‌زاده، سوگند؛ کاشانی وحید، لیلا و وکیل‌ها، سمیرا (۱۴۰۱). اثربخشی برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر استرس والدینی و افسردگی در نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک. دانشور پزشکی، ۳۰ (۱۵۸): ۷۲-۸۳.
<https://doi.org/10.22070/daneshmed.2022.15423.1148>

شیرالی‌نیا، خدیجه؛ رضائی، شکوفه و سودانی، منصور (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش فرزندپروری ذهن‌آگاهانه بر سلامت روان و کفایت فرزندپروری مادران کودکان با نیازهای ویژه. پژوهش‌های مشاوره، ۱۹ (۷۶): ۷۰-۹۱.
<https://doi.org/10.29252/jcr.19.76.70>

شیردل‌زاده، سارا؛ قائمی، نصرت؛ کریمی موفقی، حسین و بهنام و شانی، حمیدرضا (۱۳۹۰). تأثیر آموزش حل مساله بر خودمدیریتی و هموگلوبین گلیکوزیله نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک. مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ۱۸ (۴): ۲۸۸-۲۹۵.
https://jsums.medsab.ac.ir/article_7.html

کرسول، جان (۲۰۰۷). طرح پژوهش رویکردهای کمی، کیفی و ترکیبی. ترجمه کیامنش، علیرضا و دانای طوسی، مریم (۱۳۹۶). تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی واحد علامه طباطبایی.

مدنی‌فر، طیبه؛ سیدموسوی، پریناسادات؛ هاشمی‌پور، مهین؛ تبریزی، مهدی و کوهی اصفهانی، مجید (۱۴۰۱). شیوع مشکلات روان‌شناختی در کودکان مبتلا به دیابت نوع یک در استان اصفهان. مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۲۰ (۳): ۵۴۱-۵۵۱.
<https://doi.org/10.52547/rbs.20.3.541>

منتظری، مریم؛ سلطانی‌زاده، محمد و لطیفی، زهره (۱۴۰۰). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر اضطراب ناشی از تزریق انسولین در کودکان و نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک. مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۱۱ (۲۲): ۱۶۵-۱۴۵.
<https://doi.org/10.22054/jcps.2021.52129.2354>

موسوی، ولاء؛ بهرامی، هادی؛ رستمی، رضا و سرافراز، مهدی (۱۳۹۹). مروری بر مداخلات مبتنی بر ذهن‌سازی و کارکرد تأملی والدینی (PRF)؛ مقدمه‌ای بر معرفی روش‌های نوین. رویش روان‌شناسی، ۹ (۲): ۱۵-۲۶.
<http://frooyesh.ir/article-1-1917-fa.html>

میجلی، نیک؛ انسینک، کارین؛ لیندکویست، کارین؛ مالبرگ، نورکا و مولر، نیکول (۲۰۱۷). درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی برای کودکان. ترجمه سیدموسوی، پریناس؛ رئیسی، فاطمه و ابراهیمی، فاطمه (۱۴۰۰). تهران: انتشارات ارجمند.

مینایی، اصغر (۱۳۸۵). انطباق و هنجاریابی سیاهه رفتاری کودک آخنباخ، پرسشنامه خودسنجی و فرم گزارش معلم. فصلنامه کودکان استثنایی، ۶ (۱): ۵۵۸-۵۲۹.
<http://joec.ir/article-1-416-fa.html>

ناطقیان، آذین (۱۳۹۹). اثربخشی برنامه والدگری تأملی بر کاهش مشکلات رفتاری هیجانی کودکان پیش‌دبستان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد گروه روان‌شناسی. دانشگاه شهید بهشتی تهران، ایران.

هادیان، مریم (۱۳۹۶). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد (ACT) بر اختلال اضطراب جدایی کودکان مبتلا به دیابت نوع یک (۱۳۹۶). مجله علوم پزشکی رازی، ۲۴ (۱۶۴): ۲۱-۳۴.
<https://doi.org/10.29252/sjimu.25.6.185>

هادی‌زاده، محمدهادی و جعفری، فروغ (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش تکنیک‌های شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱. پژوهش‌های مشاوره، ۱۲ (۴۷): ۱۱۴-۱۳۱.
<http://iran-counseling.ir/journal/article-1-78-fa.html>

- Achenbach, T. M. & Rescorla, L. A. (2001). ASEBA school age forms profiles. Burlington: University of Vermont.
- Anis, L., Perez, G., Benzie, K., Ewashen, C., Hart, M., Letourneau, N. (2020). Convergent validity of three measures of reflective function: Parent development interview, parental reflective function questionnaire, and reflective function questionnaire. *Frontiers in Psychology*, 11:1-13.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.574719>
- Bammens, A. S., Adkins, T. & Badger, J. (2015). Psycho-educational intervention increases reflective functioning in foster and adoptive parents. *Adoption & Fostering*, 39(1): 38-50. <https://doi.org/10.1177/0308575914565069>
- Bassi, G., Mancinelli, E., Di Riso, D., & Salcuni, S. (2021). Parental stress, anxiety and depression symptoms associated with self-efficacy in paediatric type 1 diabetes: a literature review. *International journal of environmental research and public health*, 18(1): 152-162. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010152>
- Buchanan-Pascall, S., Gray, K. M., Gordon, M. & Melvin, G. A. (2018). Systematic review and meta-analysis of parent group interventions for primary school children aged 4–12 years with externalizing and/or internalizing problems. *Journal of Child Psychiatry & Human Development*, 49(2): 244–267.
<https://doi.org/10.1007/s10578-017-0745-9>
- Byrne, G., Murphy, S. & Connon, G. (2020). Mentalization-based treatments with children and families: a systematic review of the literature. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 25(4): 1022-1048.
<https://doi.org/10.1177/1359104520920689>
- Camoirano, A. (2017). Mentalizing makes parenting work: A review about parental reflective functioning and clinical interventions to improve it. *Frontiers in Psychology*, 8(14): 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00014>
- Cooper, A. & Redfern, S. (2016). *Reflective parenting: A guide to understanding what's going on in your child's mind*. New York: Routledge.
- Costa-Cordella, S. M. (2019). *Mentalizing diabetes in the mother-child dyad*. Ph. D. Thesis, UCL (University College London), UK.
<https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/10075790/>
- Costa-Cordella, S. M., Luyten, P., Cohen, D., Mena, F. & Fonagy, P. (2020). Mentalizing in mothers and children with type 1 diabetes. *Development and Psychopathology*, 33(1): 216-225. <https://doi.org/10.1017/S0954579419001706>
- de Cássia Sparapani, V., Jacob, E. & Nascimento, L. C. (2015). What is it like to be a child with type 1 diabetes mellitus. *Pediatric Nursing*, 41(1): 17-23.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26281271/>
- Delamater, A. M., de Wit, M., McDarby, V., Malik, J. A., Hilliard, M. E., Northam, E. & Acerini, C. L. (2018). ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2018: Psychological care of children and adolescents with type 1 diabetes. *Pediatric Diabetes*, 19: 237-249. <https://doi.org/10.1111/pedi.12736>

- Efthymiadis, A., Bourlaki, M. & Bastounis, A. (2022). The effectiveness of psychological interventions on mental health and quality of life in people living with type 1 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetology International*, 13(3): 513-521. <https://doi.org/10.1007/s13340-021-00564-9>
- Ensink, K. & Mayes, L. C. (2010). The development of mentalisation in children from a theory of mind perspective. *Psychoanalytic Inquiry*, 30(4): 301-337. <https://doi.org/10.1080/07351690903206504>
- Ensink, K., Target, M., Oandasan, C., & Duval, J. (2015). *Child and adolescent reflective functioning scale (CRFS) scoring manual*. School of Psychology, Université Laval.
- Fonagy, P. & Target, M. (1998). Mentalization and the changing aims of child psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, 8(1): 87-114. <https://doi.org/10.1080/10481889809539235>
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. USA: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429471643>
- Goudarzi, Z., Seyed Mousavi, P. S., Vahidi, E., Rafie, M., & Ghanbari, S. (2022). Psychometric properties of the parental reflective functioning questionnaire in Iranian mothers. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 27(3): 882-894. <https://doi.org/10.1177/13591045211070181>
- Grienenberger, J., Kelly, K., and Slade, A. (2005). Maternal reflective functioning, mother-infant affective communication, and infant attachment: exploring the link between mental states and observed caregiving behavior in the intergenerational transmission of attachment. *Attachment and Human Development*, 73: 299–311. <https://doi.org/10.1080/14616730500245963>
- Grudziąż-Sękowska, J., Zamarlik, M., & Sękowski, K. (2021). Assessment of Selected Aspects of the Quality of Life of Children with Type 1 Diabetes Mellitus in Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4): 2107. <https://doi.org/10.3390/ijerph18042107>
- Halfon S, Besiroglu B. (2021). Parental reflective function and children's attachment-based mental state talk as predictors of outcome in psychodynamic child psychotherapy. *Psychotherapy*, 58(1): 81-94. <https://doi.org/10.1037/pst0000347>
- Lindstrom, C., Åman, J., Norberg, A. L., Forssberg, M., & Anderzén-Carlsson, A. (2017). “Mission impossible”; the mothering of a child with type 1 diabetes— from the perspective of mothers experiencing burnout. *Journal of Pediatric Nursing*, 36: 149-156. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.06.002>
- Luyten, P., & Fonagy, P. (2016). *An integrative, attachment-based approach to the management and treatment of patients with persistent somatic complaints. In Improving patient treatment with attachment theory: A guide for primary care practitioners and specialists (pp. 127-144)*. UK: Springer.

- https://doi.org/10.1007/978-3-319-23300-0_9
Luyten, P., Van Houdenhove, B., Lemma, A., Target, M., & Fonagy, P. (2012). A mentalization-based approach to the understanding and treatment of functional somatic disorders. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 26, 121–140.
<https://doi.org/10.1080/02668734.2012.678061>
- Midgeley, N., Vrouva, L. (2012). *Minding the Child: Mentalization-Based Interventions with Children, Young People and their Families*. Canada: Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9780203123003>
- Midgley, N., Sprecher, E. A., & Slead, M. (2021). Mentalization-based interventions for children aged 6-12 and their carers: A narrative systematic review. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 20(2): 169-189.
<https://doi.org/10.1080/15289168.2021.1915654>
- Nieuwesteeg, A. (2015). *Parent-child interactions and parenting stress in families with a young child with type 1 diabetes*. Tilburg University, Netherlands.
- Noser, A. E., Dai, H., Marker, A. M., Raymond, J. K., Majidi, S., Clements, M. A., & Patton, S. R. (2019). Parental depression and diabetes-specific distress after the onset of type 1 diabetes in children. *Health Psychology*, 38(2): 103-112.
<https://doi.org/10.1037/hea0000699>
- Sanz-Nogués, C., Mustafa, M., Burke, H., O'Brien, T., & Coleman, C. M. (2020). Knowledge, perceptions and concerns of diabetes-associated complications among individuals living with type 1 and type 2 diabetes mellitus. *Healthcare*, 8(1): 25-46.
<https://doi.org/10.3390/healthcare8010025>
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment & human development*, 7(3): 269-281.
<https://doi.org/10.1080/14616730500245906>
- Suchman, N. E. (2016). *Mothering from the Inside Out: A mentalization-based therapy for mothers in treatment for drug addiction*. *International journal of birth and parent education*, 3(4): 19-24.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27840685/>
- Tremolada, M., Cusinato, M., Bonichini, S., Fabris, A., Gabrielli, C., & Moretti, C. (2021). Health-related quality of life, family conflicts and fear of injecting: perception differences between preadolescents and adolescents with type 1 diabetes and their mothers. *Behavioral Sciences*, 11(7): 98-110.
<https://doi.org/10.3390/bs11070098>
- Van Gampelaere, C., Luyckx, K., van der Straaten, S., Laridaen, J., Goethals, E. R., Casteels, K., & Ghent University. (2020). Families with pediatric type 1 diabetes: A comparison with the general population on child well-being, parental distress, and parenting behavior. *Pediatric diabetes*, 21(2): 395-408.
<https://doi.org/10.1111/pedi.12942>
- Wendelboe, K., Smith-Nielsen, J., Stuart, A., Luyten, P., Skovgaard Væver, M. (2021). Factor structure of the parental reflective functioning questionnaire and

association with maternal postpartum depression and comorbid symptoms of psychopathology. PLoS One, 16(8):e0254792.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254792>



© 2021 Iran Counseling Association, Tehran, Iran. This article is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0 license) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>)



شپوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی