



The Effectiveness of the Resilience Training Intervention Program on the Quality of Life of Mothers of Children with Diabetes Type 1

Agh A¹, Akhondzadeh G^{2*}

1. Master's Student in Pediatric Nursing, Aliabadkatol branch, Islamic Azad University, Aliabadkatol, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Nursing, Aliabadkatol Branch, Islamic Azad University, Aliabadkatol, Iran.

Corresponding Author: Golbahar Akhondzadeh, Assistant Professor, Department of Nursing, Aliabadkatol Branch, Islamic Azad University, Aliabadkatol, Iran.

E-mail: g_Akhoondzadeh@yahoo.com

Received: 5 Oct 2023

Accepted: 17 Dec 2024

Abstract

Introduction: Diabetes is a chronic disease that can appear in childhood. Parents bear the primary responsibility for patient care, but often this burden falls on mothers. Therefore, the present study was conducted with the aim of determining the impact of resilience training on the quality of life of mothers of children with diabetes Type 1.

Methods: In this clinical trial study, 60 mothers with children with diabetes referring to Taleghani diabetes clinic and private and social security clinics of Gonbadkavus and Gorgan cities in 2022 were selected by available sampling method and randomly divided into two intervention and control groups of 30 people. they got. The tool for data collection was the quality of life questionnaire (SF-36) which was completed in two stages: pre-test and post-test. The intervention was conducted in groups of 5 people for 9 sessions of 90 minutes during 2 months in the intervention group. No intervention was performed in the control group. The data was analyzed using SPSS-24 software and descriptive and inferential statistics at a significance level of $P < 0.05$.

Results: According to the results of this study, the average age of mothers of children with diabetes Type 1 in the intervention group was 96.33 ± 58.4 and in the control group was 61.33 ± 22.6 , and statistically no significant difference was observed between the two groups ($P = 0/37$). The average quality of life of mothers of children with diabetes before the intervention in the intervention group was 65.87 ± 26.77 and in the control group was 70.32 ± 17.02 , and after the intervention it was 69.85 ± 18.88 and 66.11 ± 19.08 , respectively. The results of the covariance test showed a significant difference between the intervention and control groups so 31% of the changes in the quality of life were related to the resilience training program ($P < 0.01$).

Conclusions: According to the results of the present study, after the intervention, the average quality of life score in mothers with children with type 1 diabetes increased, while in the control group, this score decreased. Therefore, the quality of life of mothers of children with type 1 diabetes can be improved with resilience training. Therefore, it is suggested to help solve the problems of parents of children with type 1 diabetes by holding family-oriented empowerment classes, while teaching resilience and improving quality of life.

Keywords: Mothers, Children, Diabetes Type 1, Quality of Life, Resilience Education.



اثربخشی برنامه مداخله‌ای آموزش تاب‌آوری بر کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به دیابت نوع یک

آی‌ناز آق^۱، گلپهار آخوندزاده^{۲*}

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری کودکان، واحد علی‌آبادکتول، دانشگاه آزاد اسلامی، علی‌آبادکتول، ایران.

۲- استادیار، گروه پرستاری، واحد علی‌آبادکتول، دانشگاه آزاد اسلامی، علی‌آبادکتول، ایران.

نویسنده مسئول: گلپهار آخوندزاده، استادیار، گروه پرستاری، واحد علی‌آبادکتول، دانشگاه آزاد اسلامی، علی‌آبادکتول، ایران.
ایمیل: g_Akhoodzadeh@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۹/۲۷

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۷/۱۴

چکیده

مقدمه: دیابت یک بیماری مزمن است که می‌تواند از دوره کودکی بروز کند. والدین مسئولیت اصلی مراقبت از بیمار را برعهده دارند، اما اغلب این بار مسئولیت بر دوش مادران است. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر آموزش تاب‌آوری بر کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به دیابت نوع یک انجام شد.

روش کار: در این مطالعه کارآزمایی بالینی، ۶۰ مادر دارای کودک مبتلا به دیابت نوع یک مراجعه‌کننده به کلینیک دیابت طالقانی و کلینیک‌های خصوصی و تامین اجتماعی شهرستان گنبدکاوس و گرگان در سال ۱۴۰۱ به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۳۰ نفری مداخله و کنترل قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) بود که در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل شد. مداخله (از کتاب تقویت تاب‌آوری خانواده والش، ترجمه دهقانی) در گروه‌های ۵ نفره به مدت ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طی دو ماه در گروه مداخله انجام شد. در گروه کنترل هیچ مداخله‌ای انجام نشد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و آمار توصیفی و استنباطی در سطح معنی‌داری $P < 0/05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، میانگین سن مادران کودکان مبتلا به دیابت نوع یک در گروه مداخله $4/58 \pm 33/96$ و در گروه کنترل $6/22 \pm 33/61$ بوده است، که از نظر آماری اختلاف معناداری بین دو گروه مشاهده نگردید ($P = 0/37$). میانگین کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به دیابت قبل از مداخله در گروه مداخله $65/87 \pm 26/77$ و کنترل $70/32 \pm 17/02$ بود که بعد از مداخله به ترتیب $69/85 \pm 18/88$ و $66/11 \pm 19/08$ شد. نتایج آزمون کوواریانس بین دو گروه مداخله و کنترل اختلاف معنی‌داری را نشان داد، طوری که ۳۱ درصد تغییرات کیفیت زندگی در ارتباط با برنامه آموزش تاب‌آوری بود ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری: طبق نتایج مطالعه حاضر بعد از انجام مداخله میانگین نمره کیفیت زندگی در مادران دارای کودک مبتلا به دیابت نوع یک افزایش یافت، در صورتی که در گروه کنترل این نمره کاهش یافته است. بنابراین با آموزش‌های تاب‌آوری می‌توان کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به دیابت نوع یک را بهبود بخشید. لذا پیشنهاد می‌شود با برگزاری کلاس‌های توانمندسازی خانواده محور، ضمن آموزش تاب‌آوری و بهبود کیفیت زندگی، در جهت رفع مشکلات والدین کودکان مبتلا به دیابت نوع یک کمک نمود.

کلیدواژه‌ها: مادران، کودکان مبتلا به دیابت نوع یک، کیفیت زندگی، آموزش تاب‌آوری.

مقدمه

دیابت یک بیماری مزمن و مادام‌العمر است که ممکن است در هر سنی بروز کند (۱). این بیماری یک اختلال متابولیک و چندعاملی است که با افزایش مزمن قندخون یا هیپرگلیسمی مشخص می‌شود و ناشی از اختلال ترشح یا عمل انسولین و یا هر دوی آنها است (۱،۲). انواع شایع آن عبارتند از: دیابت نوع یک، دیابت نوع دو و دیابت بارداری (۳). بیماری دیابت نوع یک که بر اثر واکنش‌های خودایمن و به صورت کاملاً ناگهانی اتفاق می‌افتد، یکی از متداول‌ترین بیماری‌های غدد درون‌ریز و اختلالات متابولیک دوران کودکی به شمار می‌رود (۴،۵). در این بیماری سیستم دفاعی بدن به سلول‌های بتا انسولین‌ساز پانکراس حمله و آنها را تخریب می‌نماید، در نتیجه بدن انسولین مورد نیاز خود را تأمین نمی‌کند و کودک برای ادامه زندگی باید انسولین مورد نیاز خود را به صورت تزریق روزانه دریافت نماید (۶).

براساس تخمین سازمان بهداشت جهانی، تعداد مبتلایان به دیابت از ۱۳۵ میلیون نفر در سال ۱۹۹۵، به ۳۰۰ میلیون نفر در سال ۲۰۲۵ خواهد رسید، این افزایش در کشورهای در حال توسعه معادل ۷۰ درصد و در کشورهای پیشرفته ۴۲ درصد خواهد بود (۷). در ایران در بین ۵ تا ۷ میلیون بیمار مبتلا به دیابت، ۵۰ هزار نفر را کودکان و نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک تشکیل می‌دهند و موارد قابل توجهی از آنها نیز ناشناخته مانده است (۸).

خانواده به عنوان اولین و اساسی‌ترین نهاد اجتماعی، نقش، فرهنگ و ساختار ویژه‌ای دارد و بین خانواده و وضعیت سلامت اعضا ارتباطی قوی وجود دارد (۹). بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن مخصوصاً دیابت نوع یک، به اعضای خانواده خود وابسته هستند (۱۰). از آنجا که کودکان به تنهایی از انجام مدیریت بیماری خود ناتوان هستند، عمده مسئولیت انجام تکالیف درمانی بر عهده والدین خصوصاً مادر است که استرس و آشفتگی‌های زیادی را برای او به همراه خواهد داشت (۱۱).

تنش‌هایی که بر اعضای خانواده وارد می‌شود، بر کل خانواده تأثیر می‌گذارد (۱۲). مراقبت از بیمار، انرژی مادر را تحلیل می‌برد و آنان را در معرض پیامدهای جسمی، روحی، عاطفی و انزوا قرار می‌دهد، که این مشکلات اثرات منفی زیادی بر سلامت روان و کیفیت زندگی بیمار و خانواده دارد (۱۳). ابتلای ناگهانی کودک به بیماری برای والدین بسیار

غیرقابل قبول، شوک‌آور و استرس‌زا است و نمی‌توانند آن را باور کنند (۱۴). کیفیت زندگی در خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به دیابت، پایین است و این امر رابطه مستقیم با کاهش کیفیت زندگی کودک، آشفتگی‌های روانی و پایین بودن کنترل متابولیک در کودک دارد (۱۵).

تجربه سبک زندگی ناخوشایند پس از تشخیص دیابت فرزند، محدودیت‌های اجتماعی و ارتباطی، کاهش اعتمادبه‌نفس در مورد محافظت از کودک، احساس منفی از دست‌دادن یک کودک سالم و آشفتگی‌های روانی حاصل از مدیریت فشرده دیابت، بالا بودن استرس فرزندپروری و استرس مرتبط با مراقبت از کودک بیمار، بروز حملات هیپوگلیسمی و تعارضات حول محور دیابت از جمله دلایل پایین بودن کیفیت زندگی در والدین دارای فرزند مبتلا به دیابت گزارش شده است (۱۶).

تاب‌آوری خانواده به عنوان توانایی افراد برای مواجهه با تغییرات در موقعیت‌های بحرانی، توانایی احیاء مجدد و دوباره فعال نمودن تعادل خود بعد از یک بحران می‌باشد (۱۷). درواقع تاب‌آوری، یکی از مهمترین توانایی‌های انسان است که باعث سازگاری موثر با شرایط سخت و بفرنج زندگی و موقعیت‌های استرس‌زا می‌گردد (۱۸). همچنین تاب‌آوری به عنوان اطمینان فرد به توانایی‌هایش برای غلبه بر استرس، داشتن توانایی‌های مقابله‌ای، ثبات عاطفی و ویژگی‌های فردی که حمایت اجتماعی از طرف دیگران را افزایش می‌دهد، تعریف شده است (۱۹). لذا تاب‌آوری می‌تواند موجب کاهش استرس‌ها و ناتوانی‌ها در شرایط سخت زندگی شود که این مسئله موجب افزایش رضایت از زندگی و ارتقاء سلامت روان افراد می‌شود (۲۰). در شرایط استرس‌زا، کسانی که تاب‌آوری بالاتری دارند، از سلامت روان بیشتری نسبت به کسانی که تاب‌آوری پایین‌تری دارند، برخوردار می‌باشند (۲۱).

وجود بیماری همچون دیابت در کودک، اغلب ضایعات جبران‌ناپذیری را بر پیکره خانواده وارد می‌کند. بار سنگین مراقبت از فرزندان بر دوش مادران است و مادران بیشتر از وجود بیماری در فرزندشان غمگین شده و واکنش‌های روانی از خود نشان می‌دهند. از طرف دیگر مادران به شکل اجتناب‌ناپذیری و به غلط، خود را مقصر این معضل در فرزندشان می‌دانند (۲۲). از این‌رو مداخلات روان‌درمانی علاوه بر کودکان مبتلا به دیابت نوع یک برای والدین خصوصاً مادران نیز ضروری است. انجام مداخلات درمانی

با بهره‌گرفتن از مادرانی که دارای کودک مبتلا به دیابت نوع یک هستند، بسیار اندک بوده و این می‌تواند یکی از مواردی باشد که انجام چنین پژوهشی را تسهیل نموده و ضرورت آن را بیان می‌دارد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر آموزش تاب‌آوری بر کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به دیابت نوع یک انجام گرفت.

روش کار

مطالعه نیمه تجربی حاضر بر روی ۶۰ مادر دارای کودک مبتلا به دیابت نوع یک مراجعه کننده به کلینیک دیابت طالقانی و کلینیک‌های خصوصی و تامین اجتماعی شهرستان گنبدکاووس و گرگان در سال ۱۴۰۱ انجام گردید. حجم نمونه این مطالعه با استفاده از فرمول حجم نمونه مطالعات مداخله‌ای که برای تعیین حجم نمونه با احتمال خطای نوع اول ۵ درصد ($\alpha=0/05$)، توان آزمون ۸۰ درصد ($\beta=0/8$) و با در نظر گرفتن احتمال ۱۰ درصد افت نمونه ۶۰ نفر به دست آمد. نمونه‌گیری به روش در دسترس بود که با جایگذاری اعداد در جدول تصادفی به دو گروه ۳۰ نفره مداخله و کنترل تقسیم شدند.

$$N = \frac{Z^2 \cdot C_x \cdot [V (SD_1^2 + SD_2^2) / (M_1 - M_2)]^2}{E^2}$$

پس از انتخاب مادران واجد شرایط شرکت در این مطالعه، به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی توضیحات جامعی در خصوص اهداف مداخله آموزش تاب‌آوری، اثرات مثبت آن و چگونگی اجرا به آن‌ها ارائه شد. ابتدا از شرکت‌کنندگان در مطالعه فرم رضایت‌نامه آگاهانه به صورت کتبی گرفته شد و این آگاهی داده شد که در صورت عدم تمایل به مشارکت می‌توانند گروه را ترک کنند.

سپس پیش از شروع جلسات آموزشی فرم جمعیت‌شناختی و پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) در هر دو گروه مداخله و کنترل تکمیل گردید. زمان جمع‌آوری نمونه‌ها چهار ماه به طول انجامید. معیارهای ورود به مطالعه شامل ۱. مادرانی که دارای حداقل یک کودک مبتلا به دیابت نوع یک با سن ۷ تا ۱۳ سال بودند، ۲. دارای سطح سواد خواندن و نوشتن بودند، ۳. تمایل به شرکت در جلسات آموزش تاب‌آوری داشتند، ۴. دارا بودن سلامت جسمی مادر و عدم ابتلا به بیماری مزمن. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در جلسات

آموزشی و عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش بود.

پروتکل مداخله آموزش تاب‌آوری (با اقتباس از کتاب تقویت تاب‌آوری خانواده والش، ترجمه دهقانی) (۲۳) در گروه‌های ۵ نفره طی ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (در هر هفته دو جلسه) در گروه مداخله انجام شد. ولی گروه کنترل کارهایشان را طبق روال معمول انجام دادند. شرح جلسات مداخله آموزش تاب‌آوری در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. سپس بعد از دو ماه از اتمام مداخله پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) مجدداً توسط هر دو گروه تکمیل شد و پس از مرحله پیگیری تمام آموزش‌ها در اختیار گروه کنترل نیز قرار گرفت.

فرم جمعیت‌شناختی شامل متغیرهای سن کودک، جنسیت کودک، BMI، محل سکونت، سن مادر، تحصیلات مادر، شغل مادر و تحصیلات مادر بود. ابزار مورد استفاده برای سنجش کیفیت زندگی مادران دارای کودک مبتلا به دیابت نوع یک، پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) بود که هدف این پرسشنامه، ارزیابی حالت سلامت از دو منظر جسمانی و روانی بود و در مجموع کیفیت زندگی را می‌سنجد. پایین‌ترین نمره در این پرسشنامه، صفر و بالاترین نمره ۱۰۰ بود، نمره پایین‌تر نشان‌دهنده کیفیت زندگی پایین‌تر بود و برعکس. نحوه نمره‌گذاری پرسشنامه به این صورت است که مجموع نمرات از هر زیرمقیاس را بر ۸ تقسیم کردیم و نمره کل کیفیت زندگی بدست آمد. پرسشنامه کیفیت زندگی ۳۶ سوالی (SF-36) دارای ۳۶ سوال است و از ۸ زیرمقیاس تشکیل شده است و هر زیرمقیاس متشکل از ۶ الی ۱۰ ماده است. هشت زیرمقیاس این پرسشنامه عبارتند از: عملکرد جسمی (PF)، اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی (RP)، اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی (RE)، انرژی/خستگی (EF)، بهزیستی هیجانی (EW)، کارکرد اجتماعی (SF)، درد (P) و سلامت عمومی (GH). همچنین از ادغام زیرمقیاس‌ها دو زیرمقیاس کلی با نام‌های سلامت جسمی و سلامت روانی به دست آمد (۱۴). جهت روایی پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 از روش ثبات درونی بالای ۷۰ درصد و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۰ استفاده شد. همچنین تحلیل همخوانی داخلی نشان داد که مقیاس‌های پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 از حداقل ضریب استاندارد پایایی در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ برخوردار هستند.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ با سطح

معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در ابتدا از آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی توزیع نرمال داده‌ها استفاده شد. سپس تغییرات درون گروهی داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری کای اسکوتر، فیشر، تی مستقل، تی زوجی و آزمون کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۱: شرح جلسات مداخله آموزشی تاب‌آوری

جلسه	محتوای جلسه
اول	۱- آشنایی اعضای گروه و درمانگر ۲- بیان اهداف برگزاری جلسات آموزشی ۳- بیان قوانین گروه ۴- بیان اصل رازداری و احترام متقابل اعضای گروه به یکدیگر ۵- ارائه کلی مطالب آموزشی پیرامون تاب‌آوری ۶- اجرای پیش‌آزمون
دوم	۱- ارائه توضیحات لازم به مادران در مورد هدف از تشکیل جلسات آموزش ۲- ارائه مفاهیم پایه در مورد تاب‌آوری خانواده ۳- عادی‌سازی: موضوعیت دادن به سختی و رنج ۴- حس انسجام: در نظر گرفتن بحران به عنوان چالشی معنی‌دار، قابل فهم و کنترل
سوم	۱- شهامت و دلگرمی: تأیید توانایی‌های خود و تکیه بر استعدادها بالقوه ۲- غنیمت شمردن فرصت‌ها: ابتکار عمل خلاقانه و پشتکار روحیه توانستن ۳- تسلط بر احتمالات: پذیرش آنچه نمی‌توان تغییر داد.
چهارم	۱- معنویت: ایمان، حمایت جمعی مذهبی ۲- دگرگونی: یادگیری، تغییر و رشد از مسیر سختی ۳- انعطاف‌پذیری: بازگشت مجدد، سازماندهی مجدد، انطباق با چالش‌های جدید در زندگی، پایداری در خلال ناآرامی ۴- رهبری مقتدرانه: پرورش، محافظت، راهنمایی
پنجم	۱- حمایت متقابل، همکاری، تعهد ۲- احترام به نیازها، تفاوت‌ها و مرزهای افراد ۳- جلب ارتباط: جلب رضایت مجدد از روابط آسیب‌دیده ۴- آموزش ابتکار عمل و پشتکار
ششم	۱- مطرح کردن حیطه‌ای از احساسات (لذت و درد، امیدها و احساسات) ۲- همدلی متقابل، مدارا با تفاوت‌ها ۳- مسئولیت‌پذیری برای احساسات و رفتارهای خود ۴- تعاملات خوشایند، فراغت و شوخ طبعی
هفتم	۱- تمرکز بر اهداف: گام‌هایی استوار، تکیه بر موفقیت، درس گرفتن از شکست ۲- موضع فعال: پیشگیری از مشکلات، دفع بحران‌ها و آمادگی برای چالش‌های آینده
هشتم	۱- الگوهای ضربه‌گیر خانواده، خودآگاهی، پرورش اعتمادبه‌نفس ۲- حمایت و تعهد متقابل در خانواده، خودمراقبتی ۳- تصمیم‌گیری مشترک، حل تعارض: مذاکره، بی‌طرفی، رابطه متقابل
نهم	۱- جمع‌بندی و به پایان رساندن آموزش‌های داده شده در زمینه تاب‌آوری ۲- اجرای پس‌آزمون

یافته‌ها

شد. طبق نتایج آزمون تی‌زوجی، در بعد کلی و سایر ابعاد کیفیت زندگی در گروه کنترل قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد ($P=0/32$) (جدول ۲). در گروه مداخله نیز طبق نتایج آزمون تی‌زوجی، قبل و بعد از انجام مداخله در بعد کلی کیفیت زندگی و ابعاد اختلال سلامت هیجانی، انرژی/خستگی، بهزیستی هیجانی، کارکرد اجتماعی، درد، سلامت عمومی، سلامت جسمی کل و سلامت روان کل اختلاف معنی‌داری مشاهده شد ($P<0/01$) (جدول ۳). نتایج آزمون کوواریانس با حذف اثر پیش‌آزمون بین دو گروه مداخله و کنترل اختلاف معنی‌داری را نشان داد ($P<0/01$ و $\text{Eta} = 0/31$)، طوری که ۳۱ درصد تغییرات کیفیت زندگی در ارتباط با برنامه آموزشی تاب‌آوری بود (جدول ۴). همچنین آزمون کوواریانس با حذف اثر پیش‌آزمون بین دو گروه مداخله و کنترل اختلاف معنی‌داری را نشان داد، طوری که ۱۸ درصد تغییرات در بعد سلامت جسمانی کیفیت زندگی ($P<0/01$ و $\text{Eta} = 0/18$) و ۲۳ درصد تغییرات در بعد سلامت روان کیفیت زندگی ($P<0/01$ و $\text{Eta} = 0/23$) در ارتباط با برنامه آموزشی تاب‌آوری بود.

میانگین سن کودکان مبتلا به دیابت نوع یک در گروه مداخله $9/66 \pm 1/78$ و در گروه کنترل $9/23 \pm 1/92$ بوده است، که از نظر آماری اختلاف معناداری بین دو گروه مشاهده نگردید ($P=0/79$). همچنین میانگین سن مادران کودکان مبتلا به دیابت نوع یک در گروه آزمون $33/96 \pm 4/58$ و در گروه کنترل $33/61 \pm 6/22$ بوده است، که از نظر آماری اختلاف معناداری بین دو گروه مشاهده نگردید ($P=0/37$). آزمون آماری کای اسکوتر بین دو گروه از نظر جنسیت ($P=0/5$) اختلاف معنی‌داری را نشان نداد. همچنین نتایج آزمون فیشر بین دو گروه از نظر محل سکونت ($P=0/13$) BMI ($P=0/52$)، شغل مادر ($P=13/0$)، تحصیلات مادر ($P=0/09$) اختلاف معنی‌داری را نشان نداد. میانگین کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به دیابت قبل از مداخله در گروه مداخله $65/87 \pm 26/77$ و کنترل $70/32 \pm 17/02$ بود که بعد از مداخله به ترتیب در گروه مداخله $69/85 \pm 18/88$ و گروه کنترل $66/11 \pm 19/08$

جدول ۲. مقایسه ابعاد کیفیت زندگی واحدهای پژوهش در گروه کنترل قبل و بعد از مداخله

فرآوانی ابعاد کیفیت زندگی	قبل از مداخله میانگین (انحراف معیار)	بعد از مداخله میانگین (انحراف معیار)	P_Value
کارکرد جسمی	۶۶ (۱۲/۹۱)	۶۲/۳۳ (۱۲/۰۴)	P = ۰/۴۸
اختلال نقش جسمی	۶۹/۱۶ (۳/۷۷)	۶۹/۷۹ (۲۶/۲۱)	P = ۰/۹۲
اختلال سلامت هیجانی	۶۸/۸۸ (۴۳/۵۷)	۶۳/۸۸ (۳۳/۵)	P = ۰/۰۷
انرژی/خستگی	۷۴ (۱۸/۱۱)	۵۴/۲۶ (۱۱/۷۶)	P = ۰/۱
بهبودی هیجانی	۷۴/۵۳ (۱۷/۷۷)	۷۲/۹۶ (۱۵/۶۶)	P = ۰/۴۳
کارکرد اجتماعی	۷۲/۰۸ (۱۶/۷۵)	۶۹/۶۶ (۲۴/۷۲)	P = ۰/۵۴
درد	۷۱/۱۲ (۱۲/۵)	۶۹/۱۶ (۱۷/۵)	P = ۰/۴۵
سلامت عمومی	۶۶/۸۳ (۱۰/۹۲)	۶۶/۹ (۱۱/۳۲)	P = ۰/۷۸
سلامت جسمی کل	۶۹/۵۱ (۱۹/۵۶)	۶۲/۵۶ (۲۰/۸۷)	P = ۰/۱
سلامت روان کل	۷۱/۱۴ (۱۴/۴۸)	۶۹/۶۷ (۱۷/۳)	P = ۰/۴
کیفیت زندگی کل	۷۰/۳۲ (۱۷/۰۲)	۶۶/۱۱ (۱۹/۰۸)	P = ۰/۳۲

جدول ۳. مقایسه ابعاد کیفیت زندگی واحدهای پژوهش در گروه مداخله قبل و بعد از مداخله

فرآوانی ابعاد کیفیت زندگی	قبل از مداخله میانگین (انحراف معیار)	بعد از مداخله میانگین (انحراف معیار)	P_Value
کارکرد جسمی	۶۳/۹۱ (۱۷/۵)	۶۵/۲۵ (۱۵/۷۲)	P = ۰/۶۴
اختلال نقش جسمی	۷۶ (۳۸/۵)	۷۹/۵۸ (۱۹/۳۴)	P = ۰/۳۲
اختلال سلامت هیجانی	۶۶/۶۶ (۴۷/۹)	۷۷/۷۷ (۲۳/۷)	P = ۰/۰۱
انرژی/خستگی	۶۳/۵ (۲۷/۴۸)	۵۵/۱۱ (۱۳/۲۷)	P < ۰/۰۱
بهبودی هیجانی	۶۵/۲ (۲۸/۳)	۷۰/۷۶ (۱۸/۵۷)	P < ۰/۰۱
کارکرد اجتماعی	۶۳/۹۱ (۲۵/۰۳)	۷۱/۳۳ (۱۸/۱۹)	P < ۰/۰۱
درد	۶۵ (۱۶/۰۶)	۷۱/۶۶ (۳۱/۰۳)	P < ۰/۰۱
سلامت عمومی	۶۲/۸۳ (۱۳/۴۳)	۶۷/۴۲ (۱۱/۳)	P < ۰/۰۱
سلامت جسمی کل	۶۷/۵۱ (۳۲/۸۴)	۶۹/۴۲ (۱۸)	P < ۰/۰۱
سلامت روان کل	۶۴/۲۳ (۲۰/۷۰)	۷۰/۲۹ (۱۹/۷۷)	P = ۰/۰۴
کیفیت زندگی کل	۶۵/۸۷ (۲۶/۷۷)	۶۹/۸۵ (۱۸/۸۸)	P < ۰/۰۱

جدول ۴. اثربخشی برنامه مداخله‌ای آموزش تاب‌آوری بر کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به دیابت نوع یک

مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی داری	Eta
۴۴۲۲۹۹/۸۵	۲	۳۲۱۱۴۹/۹۲	۱۲۴/۶	P < ۰/۰۱	۰/۱۱
۱۱۶۷/۷۵	۱	۱۱۱۶۷/۷۵	۶۲/۹۷	P < ۰/۰۱	۰/۸
۴۸۵۰۷/۵	۱	۴۸۵۰۷/۵۱	۲۴۱/۴۷	P < ۰/۰۱	۰/۳۱
۱۰۱۱۵۵/۶۸	۵۷	۱۷۷۴/۶۶	۲۷/۳۲	P < ۰/۰۱	
۱۱۸۲	۶۰				
۵۴۳۴۵۵/۵۳	۵۹				

بحث

هدف از مطالعه حاضر بررسی تاثیر آموزش مداخله‌ای

تاب‌آوری بر کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به دیابت نوع یک بود. بدین منظور، آموزش تاب‌آوری با اقتباس از کتاب تقویت تاب‌آوری خانواده والش، ترجمه دهقانی

عملکرد استرس‌زا برای مادران باعث ایجاد اضطراب و کاهش خودکارآمدی آنها در مراقبت از کودک می‌گردد و این مسئله موجب کاهش قدرت سازگاری در مادران و مراقبین کودکان دارای بیماری مزمن می‌گردد و آنان را در معرض پیامدهای جسمی-روانی، عاطفی و انزوا قرار می‌دهد که این مسئله موجب یاس، درماندگی، ناامیدی، ترس و خجالت در والدین می‌گردد.

نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه ساوری و همکاران (۱۴۰۰) همسو نمی‌باشد (۲۸). میتوان گفت دلیل تفاوت این است که در این مطالعه اثر استرس درک‌شده و حمایت اجتماعی بر تاب‌آوری والدین کودکان معلول سنجیده است و از این لحاظ با مطالعه ما تفاوت دارد و نمونه‌ها هم به صورت داوطلبانه انتخاب شدند. همچنین نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه حسینی طب‌قه‌دهی (۱۳۹۹) همسو نمی‌باشد (۲۹). به دلیل اینکه در این مطالعه تاثیر آموزش ذهن آگاهی بر تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار سنجیده شده است و از این لحاظ با مطالعه ما تفاوت دارد.

برنامه‌های آموزش تاب‌آوری موجب کاهش هیجانات آموزشی و افزایش راهبردهای شناختی، کاهش تشویش فکری و بازسازی الگوی فکری از طریق بازسازی شناختی می‌گردد (۳۰). سازگاری والدین و به خصوص مادران در این زمینه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. آموزش مهارت‌ها و شیوه‌های تفکر تاب‌آوری، سلامت روان را افزایش می‌دهد، باعث بالارفتن بهزیستی روانی و کیفیت زندگی افراد می‌گردد (۱). بر همین اساس می‌توان گفت استفاده از روش‌های درمانی غیردارویی نظیر مراقبت‌های پیشگیری و حمایتی، آموزش تاب‌آوری و پیگیری وضعیت بیماران نقش عمده‌ای در ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی بیماران و مراقبین آنها دارد.

از محدودیت‌های این پژوهش این بود که اغلب بیماران از روستاهای اطراف مراجعه می‌کردند و جهت رفت‌وآمد مشکل داشتند، علاوه بر آن فصل برداشت محصولات و زمان کار آنان بود لذا جهت تکمیل پس آزمون برای بعضی افراد که شرایط رفت و آمد را نداشتند، پژوهشگر شخصا به روستا و منزل آنها مراجعه نمود. حجم نمونه نیز جهت بررسی تاثیر تاب‌آوری بر کیفیت زندگی مادران کم بود و از آنجا که پدر نیز در امر مراقبت کودکان درگیر می‌باشد لذا پیشنهاد می‌شود مطالعه در حجم نمونه بیشتر، در هر دو والد و در سایر بیماری‌های مزمن نیز بررسی شود.

استفاده شد (۲۳) و سپس سلامت مادر از دو منظر جسمانی و روانی و در مجموع کیفیت زندگی مورد مطالعه قرار گرفت. همچنین ابعاد کیفیت زندگی که شامل عملکرد جسمی، اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی، اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی، انرژی/خستگی، بهزیستی هیجانی، کارکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی می‌باشد، نیز مورد بررسی قرار گرفت. طبق نتایج مطالعه حاضر بعد از انجام مداخله میانگین نمره کیفیت زندگی در مادران دارای کودک مبتلا به دیابت نوع یک افزایش یافت، در صورتی که در گروه کنترل این نمره کاهش یافته است. در گروه مداخله قبل و بعد از انجام مداخله در بعد کلی کیفیت زندگی و ابعاد اختلال سلامت هیجانی، انرژی/خستگی، بهزیستی هیجانی، کارکرد اجتماعی، درد، سلامت عمومی، سلامت جسمی کل و سلامت روان کل اختلاف معنی‌داری مشاهده شد.

در همین راستا، یافته‌های مطالعه هاشم‌پور زواره (۱۳۹۹) نشان داد که نمره کل کیفیت زندگی در خانواده‌های کودکان مبتلا به دیابت به‌طور معنی‌داری کمتر از خانواده‌های کودکان سالم از دیدگاه مادرانشان است و بیشتر ابعاد مرتبط با زندگی خانوادگی شامل نگرش، خدمات، اطلاعات، کالاهای پول تحت تاثیر شرایط بیماری و بیماری‌های مرتبط با آن قرار دارند (۲۴). در تبیین این یافته میتوان گفت که اکثر اعضای خانواده کودکان مبتلا به دیابت به دلیل شرایط بیماری کودک و رژیم‌های غذایی خاصی که دارند مجبور به تغییر سبک زندگی و نحوه تغذیه در خانواده هستند که این مسئله سبک زندگی اعضای خانواده را دچار مشکل و گاهی موجب تعارضات بین فردی و درگیر شدن کیفیت زندگی اعضای خانواده می‌گردد.

شفیعی و همکاران (۱۳۹۸) نیز در یک مطالعه تجربی تحت عنوان اثربخشی آموزش تاب‌آوری خانواده بر کیفیت زندگی و سلامت روانی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم نشان دادند برنامه آموزش تاب‌آوری خانواده می‌تواند کیفیت زندگی و سلامت روانی را در مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم افزایش دهد (۲۵). صادق‌لو و همکاران (۱۳۹۸) نیز دریافتند که داشتن تفکر مثبت و دانستن نحوه مقابله با مشکلات نقش موثری در افزایش کیفیت زندگی والدین یا مراقبین بیماران مزمن دارد (۲۶). همچنین ممشلی و همکاران (۱۳۹۸) بیان کردند که مراقبت‌های حمایتی از مراقبین نقش زیادی در افزایش ابعاد کیفیت زندگی بیماران مراقبین دارد (۲۷). در تبیین این یافته‌ها میتوان گفت که

نتیجه گیری

بنابراین نتایج مطالعه نشان می‌دهد که آموزش تاب‌آوری بر کیفیت زندگی و عزت‌نفس مادران کودکان مبتلا به دیابت نوع یک تأثیر دارد. از این‌رو هرگونه اقدامی در جهت بهبود کیفیت مراقبت کودکان مبتلا به دیابت نوع یک، نه تنها باعث صرفه‌جویی در هزینه‌های اقتصادی جامعه خواهد بود بلکه آینده روشن‌تری برای کل جامعه فراهم خواهد آورد. درنهایت نتایج کسب‌شده از این پژوهش، شواهدی را برای بحث در مورد اثربخشی الگوی توانمندسازی شناختی و مهارتی تاب‌آوری و اهمیت نقش مادران در مراقبت از کودکان مبتلا به دیابت نوع یک ارائه می‌دهد و می‌توان از این روش درمانی کم‌هزینه و اثربخش در مراقبت و توانمندسازی والدین به خصوص مادران استفاده نمود.

سیاسگزاری

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته پرستاری کودکان دانشگاه آزاد اسلامی واحد علی‌آبادکتول با کد اخلاق IR.IAU.AK.REC.1401.004 و کد کارآزمایی بالینی IRCT 20230430058034N1 می‌باشد. بدین وسیله تقدیر و تشکر خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علی‌آبادکتول که ما را در اجرا و تکمیل این پژوهش یاری نمودند، اعلام می‌دارند. همچنین از همه آزمودنی‌های عزیز و خانواده‌های محترم آنان، صمیمانه قدردانی می‌نمایم.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ گونه تضاد منافی نداشتند.

References

- Shahbazi H, Ghofranipur F, Amiri P, Rajab A. Perceptions, Enablers and Nurturers Related to Self-Care Behaviors in Adolescent with Type 1 Diabetes. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2018;19(6):435-458.
- Zysberg L, Lang T. Supporting Parents of Children with Type 1 Diabetes Mellitus: A literature Review. *Patient Intelligence*. 2015;20(7):21-31. <https://doi.org/10.2147/PI.S77566>
- Ghaljaei F, Motamedi M, Saberi N, ArbabiSarjou A. The Effect of the Family-Centered Empowerment Model on Family Functioning in Type 1 Diabetic Children: A Quasi-Experimental Study. *Medical Surgical Nursing Journal*. 2022;11(2): e134004. <https://doi.org/10.5812/msnj-134004>
- Sargazi Shad T, Kerman Saravi F, Navidian A. The Effect of the Family-Centered Empowerment Model on the Quality of Life and Self-Efficacy of Adolescents with Type 1 Diabetes Referring to Hazrat Ali Asghar Zahedan clinic in 2016. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2018;19(5):330-339.
- Iranian Diabetes Association. 2021.
- Edraki M, Noiaghdam R, Moravej H, Amoozgar H. Echocardiographic Data and B-Type Natriuretic Peptide in Children and Adolescents with Type I Diabetes Mellitus and Normal Ejection Fraction. *International Cardiovascular Research Journal*. 2019;13(4): e83032.
- Razi Rudi N, Alijanpour M, Mousavi S, Khafri Sh, Nikpur M, et al. Correlation between Glycosylated Hemoglobin Level and Depression in Children and Adolescents with Type 1 Diabetes. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2022;31(205):42-51.
- Saran R, Robinson B, Abbott KC, Agodoa LY, Albertus P, Ayanian J, et al. US Renal Data System 2016 Annual Data Report: Epidemiology of Kidney Disease in the United States. *American Journal of Kidney Diseases*. 2017;69(3): A7-A8. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2017.01.036>
- Jaser SS, Hamburger ER, Pagoto S, Williams R, Meyn A, Jones AC, et al. Communication and Coping Intervention for Mothers of Adolescents with Type 1 Diabetes: Rationale and Trial Design. *Contempt Clin Trials*. Author manuscript. 2019; 85:105844. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2019.105844>
- Lohiya NN, Kajale NA, Lohiya NN, Khadilkar VV, Gondhalekar K, Khadilkar AJJoPE, et al. Diabetes Distress in Indian Children with Type 1 Diabetes Mellitus and their Mothers. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*. 2021;34(2):209-216. <https://doi.org/10.1515/jpem-2020-0339>
- Rak K, Bronkowska M. Immunomodulatory Effect of Vitamin D and its Potential Role in the Prevention and Treatment of Type 1 Diabetes Mellitus-A Narrative Review. *Molecules*. 2019;24(1):53. <https://doi.org/10.3390/molecules24010053>
- Pirdehghan A, Razavi Z, Rajabi R. Evaluation of the Factors Influencing Diabetic Control among Adolescents with Type 1 Diabetes, *Avicenna Journal of Clinical Medicine*, 2020; 26(4): 227-

233. <https://doi.org/10.29252/ajcm.26.4.227>
13. Biksh S, Jorabchi T, Roshan A, Naseri F. The Effectiveness of Group Cognitive Therapy Based on Mindfulness on Family Functioning and Marital Adjustment of Couples with Type 2 Diabetes. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2019;13(6):68-75.
14. Sidan SA, Ziaei S. The Effectiveness of Stress Management Training on the Quality of Life and Resilience of Women Victims of Domestic Violence. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2019;61(6.1):12-19.
15. Tofighi Z, Aghaei A, Golparvar M. Comparing the Effectiveness of Resilience Training and Emotion Regulation on the Quality of Life and Self-Efficacy of Mothers with Children with Cerebral Palsy. *Journal of the Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences*. 2020;63(4).
16. Yosuf NM, Ahmad AC, Sulong AF. Quality of Life of Diabetes Amputees Following Major and Minor Lower Limb Amputations. *Medical Journal Malaysia*. 2019;74(1):25-29.
17. Zhang D, Tian Y, Wang R, Wang L, Wang P, Su YJ. Effectiveness of a Resilience-Targeted Intervention Based on "I have, I am, I can" Strategy on Nursing Home Older Adults' Suicidal Ideation: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Affective Disorders*. 2022; 308:172-180. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.046>
18. Momeni F. The Effectiveness of Resiliency Training on Life Expectancy and Psychological Well-Being of Mothers with Children with Special Learning Disabilities. *Journal of Psychology New Ideas*. 2020;4(8):1-4.
19. Ghassemloo F, Yaghmaei F. Comparing Resilience and Quality of Life of Mothers with Delinquent Children and Mothers with Healthy Children. *Iranian Journal Psychiatry Nurse*. 2017;5(2):32-38. <https://doi.org/10.21859/ijpn-05025>
20. Dehghani Y, Hekmatiyan Fard S, Kamran L. The Effect of Resilient Training on Social Competence and Self-Esteem of Students with Learning Disabilities. *MEJDS*. 2018; 8:28.
21. Valipour Eskandarkolaii E. The Effect of Spiritual Self-Care Training on the Severity of Insomnia and Sleep Quality of Diabetic Adolescents 12-20 Years Old in Qaemshahr City. Thesis 2023. Islamic Azad University Aliabad Katoul Branch. <https://doi.org/10.61186/cmja.13.1.28>
22. Shameli R, Hasani F. The Effectiveness of Reality Therapy on resilience in Mothers with Children Afflicted by Cancer. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2017;11(43):77-87.
23. Walsh F. Strengthening family resilience. Translated by Mohsen Dehghani. Danjeh Publications. 2022.
24. Hashemipour-Zavareh M, Yousefi Z, Hashmi pour M. Comparison of Dimensions of Family Cohesion and Adaptability Among Mothers of Children with Type 1 Diabetes and Healthy Children in Isfahan city. *Journal of Isfahan Medical School*. 2018;36(498):1183-1190.
25. Shafiei S, Dalfardi M, Bahremand S, Seyed F. Investigation of general health status and quality of life among primary school's teachers of Jiroft city in 2019. *Journal of Jiroft University of Medical Sciences*. 2020;7(4):389-497. <https://doi.journal.jmu.ac.ir/article-1-418-en.html>
26. Sadeghloo A, Shamsaei P, Hesari E, Akhondzadeh G, Hojjati H. The effect of positive thinking training on the quality of life of parents of adolescent with thalassemia. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*. 2019;34(3):20190159. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2019-0159>
27. Mamashli L, Aloustanti S. Examination of the Effect of Logotherapy on Death Anxiety in Cancer Patients at 5 Azar Hospital of Gorgan. *IJRN* 2019; 6 (2) :107-114. <https://doi.ijrn.ir/article-1-513-en.html>
28. Savari K, Naseri M, Savari Y. Evaluating the Role of Perceived Stress, Social Support, and Resilience in Predicting the Quality of Life among the Parents of Disabled Children. *International Journal of Disability, Development and Education*. 2023;70(5):644-658. <https://doi.org/10.1080/1034912X.2021.1901862>
29. Hosseini tabaghdehi L. The Effectiveness of Mindfulness Training On the Self-Resilience and Perceived Social Support of Women as Heads of Households. *Women and Family Studies*. 2022;15(57):153-68.
30. Mansouri Z, Mansouri A, Zardasht F, Nazarnia P. Effect of Family Centered Empowerment Model on Glycemic Control and Drug Compliance in Patients with Type 2 Diabetes. *Journal of Diabetes Nursing*. 2019;6(4):596-606.