

اثربخشی ارتقای کیفیت زندگی بر رضامندی زوجیت والدین دارای کودک مبتلابه دیابت نوع یک و میزان هموگلوبین گلیکوزیله کودک

بهارک بیاتی^۱

سوگند قاسم‌زاده*^۲

ستوده افروز^۳

چکیده:

هدف: این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی ارتقای کیفیت زندگی بر رضامندی زوجیت والدین دارای کودک مبتلابه دیابت نوع یک و میزان هموگلوبین گلیکوزیله کودک انجام شده است. **روش:** این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی و با بهره‌گیری از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. نمونه آماری بالغ بر ۳۰ خانواده دارای فرزند مبتلابه دیابت و کودکان آن‌ها بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس از انجمن دیابت ایران انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۲ ساعته تحت آموزش برنامه ارتقای کیفیت زندگی قرار گرفتند. به منظور گردآوری داده‌ها از پرسشنامه رضامندی زوجیت افروز (۱۳۸۸) و آزمایش خون کودک استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و به روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره صورت پذیرفت. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که میانگین پس‌آزمون نمرات رضامندی زوجیت در دو گروه آزمایش و کنترل با یکدیگر تفاوت معنادار داشته و میانگین نمرات گروه آزمایش به صورت معناداری بیشتر از گروه کنترل بوده که این امر نشان می‌دهد برنامه ارتقای کیفیت زندگی بر رضامندی زوجیت والدین کودک مبتلابه تأثیر مثبت داشته است. بیشترین و کمترین اندازه اثر مربوط به رضایت زناشویی (اندازه اثر = ۰.۷۴) و اوقات فراغت (اندازه اثر = ۰.۳۳) بوده است. میانگین پس‌آزمون نمرات هموگلوبین گلیکوزیله در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنادار نداشت بنابراین این برنامه در کاهش میزان متوسط قند سه‌ماهه کودک تأثیری نداشته است. **نتیجه‌گیری:** این مطالعه نشان داد آموزش برنامه ارتقای کیفیت زندگی به طور معنی‌داری در بالا بردن رضامندی زوجیت والدین دارای کودک مبتلابه دیابت تأثیر داشته و لذا به منظور ارتقای کیفیت زندگی و بهبود روابط همسران در این خانواده‌ها توصیه می‌شود لیکن با توجه به عدم تأثیر این مداخله بر متوسط قند خون کودک به نظر می‌رسد مداخلات آموزشی در این زمینه مؤثرتر باشد.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، رضامندی زوجیت، دیابت نوع یک، هموگلوبین گلیکوزیله

مقدمه

ضروریات حیاتی برای این کودکان به شمار می‌رود و به دلیل تلویحات گسترده‌ای که بیماری در توانایی‌های یادگیری و عملکرد شناختی کودک دارد، لازم است به آن‌ها توجه ویژه‌ای معطوف شود (تسیولی، آلكسوپولوس، استفاناکى و دارویرى، ۲۰۱۳). از آنجا که کودکان مبتلابه دیابت، خصوصاً آن‌ها که کم سن و سال‌ترند، فاقد مهارت‌های جسمانی و شناختی برای کنترل و مدیریت بیماری هستند، والدین مسئولیت زیادی در مورد مراقبت از کودک در خود احساس می‌کنند؛ نقش‌ها و استرس‌های بیشتری اضافه می‌شود، الگوها تغییر می‌کند و آن‌ها همواره نگران اتفاقات شوک‌آور و غیرقابل پیش‌بینی در مورد کودک هستند (ویتنور، جیسر، چاو، یانگ

بیماری‌های جسمانی مزمن دوران کودکی آسیب‌های روان‌شناختی و چالش‌های بسیاری برای کودک و خانواده او به وجود می‌آورند. به‌موازات این که پیشرفت‌های پزشکی این امکان را به کودکان بیمار می‌دهند که مدت‌زمان بیشتری زندگی کنند، به همان میزان چالش‌های سازگاری خانواده این کودکان نیز افزایش می‌یابد. کودکان مبتلابه دیابت نوع یک نیازمند مراقبت و توجه خاص و دائمی در ارتباط با زمان، نوع و مقدار مصرف مواد غذایی و همین‌طور میزان تحرک و فعالیت‌های فیزیکی خود هستند. چک کردن قند خون در زمان‌های مشخص و تزریق چندین نوبت انسولین به صورت روزانه و تنظیم و کنترل رژیم غذایی و فعالیت‌های کودک از

۱. دکتری روانشناسی کودکان استثنایی، گروه روانشناسی کودکان استثنایی، دانشگاه آزاد تهران واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران.

۲. استادیار، دکتری روانشناسی کودکان استثنایی، گروه روانشناسی کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران. (نویسنده مسئول،

s.ghasemzadeh@ut.ac.ir)

۳. کارشناس ارشد مشاوره، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران (ارسال مقاله ۹۶/۸/۸ - پذیرش مقاله ۹۶/۸/۲۹)

رضامندی متقابل زن و شوهر از جاذبه‌های روانی جنسی یکدیگر و برخورداری از بیشترین احساس آرامش و امنیت روانی در زندگی مشترک. پژوهشگران معتقدند رضامندی زوجیت، متغیر مهمی در حوزه خانواده است که در حفظ تعادل زندگی و جو عاطفی، برقراری سلامت روانی اعضای خانواده، مصونیت بیشتر در برابر بیماری‌ها و ایمنی فیزیولوژیکی، کاهش افسردگی و احساس تنهایی، مقابله با فشارهای زندگی، داشتن عملکرد مناسب در زندگی و تعامل با فرزندان، کاهش مشکلات رفتاری فرزندان و افزایش تعامل فرزندان با همسالان در محیط مدرسه مؤثر است (آلدر^۸، ۲۰۱۰). فینچام و بردبری عوامل مؤثر در رضایتمندی زوجیت را به دودسته تقسیم کرده‌اند:

الف) فرایندهای میان‌فردی شامل مهارت‌های ارتباطی، سبک‌های حل مسئله و تعارض، کیفیت رابطه جنسی، سبک دل‌بستگی زوج‌ها، شناخت، عاطفه و اسنادهای سازگار
ب) عوامل محیطی شامل فرزندان، تاریخچه زندگی، خانواده اصلی زوج‌ها، فشارهای زندگی و انتقال‌ها (فینچام و بردبری، ۱۹۹۲، به نقل از پاداش و همکاران، ۱۳۹۱).
روابط همسران از دو جنبه تحت تأثیر دیابت کودک قرار می‌گیرد:

۱- تعارضات خانواده حول محور مدیریت دیابت و ناهماهنگی مادر و پدر در مراقبت و کنترل بیماری که هم بر کیفیت زندگی و رضامندی زوجیت و هم کنترل متابولیک کودک تأثیر منفی می‌گذارد.

۲- آشفتگی‌های روانی ناشی از بیماری کودک خصوصاً افسردگی مادر که تأثیر بسیار منفی بر روابط زناشویی و رضامندی زوجیت خواهد داشت.

وضعیت سلامتی نامناسب کودک مبتلا به دیابت نیازمند توجه فوری و دائمی مادر برای تغذیه، درمان و مراقبت کلی است و زندگی کودک عمده‌ترین کانون توجه او است. در این حالت تعادل بین مادر بودن و زن بودن (همسر بودن) بر هم می‌خورد و امکان دارد مادر آن‌چنان درگیر مراقبت از کودک شود که سایر روابط او کیفیت و شدت خود را از دست بدهد (هاردمن و همکاران ۱۹۹۴، ترجمه علیزاده و همکاران ۱۳۸۸). برقرار نبودن تعادل در زندگی زناشویی، تعارضات حول محور دیابت و سایر تعارضات معمول زناشویی بر کیفیت رابطه زناشویی، کیفیت زندگی، عملکرد صحیح خانواده و رضامندی زوجین تأثیر منفی می‌گذارد و در یک چرخه معیوب باعث کنترل متابولیک پایین‌تر، عدم سازگاری و تبعیت از درمان و

و گری^۱، ۲۰۱۲ پاتن، دولان، اسمیت، توماس و پورز^۲، ۲۰۱۱). این مسئولیت اضافی با زندگی عادی آن‌ها تداخل دارد و منجر به کاهش کیفیت زندگی، افزایش آشفتگی در اعضای خانواده، تخریب روابط خانواده، ساختار یا انسجام آن و تجربه تنش‌های زیادی شود (جونز، اولسن، پریدل و ویلانگ^۳، ۲۰۱۶ و استریساند، ماک و هرگ^۴، ۲۰۱۰). والدین این کودکان به‌سختی می‌توانند تعادل بین مراقبت از کودک و سایر مسئولیت‌های خود مثل کارهای منزل، زندگی اجتماعی، شغل و ... برقرار کنند (کورتیس، فاستر، میچل و وان، ۲۰۱۵ و اکلستون، پارمو، فیشر و لا^۵، ۲۰۱۲).

بودن، لدرمن و برادبری (۲۰۰۷) معتقدند که استرس‌های خارج از رابطه والدین مانند وجود یک فرزند استثنایی و مسئولیت مراقبت از او منجر به کاهش کیفیت رابطه زناشویی و رضامندی زناشویی در طول زمان خواهد شد. این استرس‌ها به چند طریق عمل می‌کنند: الف) کاهش زمانی که زوج باهم صرف می‌کنند که به‌نوبه خود باعث از دست دادن تجارب مشترک، تضعیف احساسات باهم بودن و مقابله ضعیف در قبال استرس می‌شود. ب) کاهش کیفیت ارتباطات از طریق از بین رفتن تعامل مثبت و وجود تعامل منفی بیشتر و کوتاهی کردن یکی یا هر دو طرف برای مقابله با استرس. ج) افزایش خطر مشکلات جسمانی و روانی مانند اختلالات خواب، نقص در عملکرد جنسی و اختلالات خلقی، د) افزایش احتمال بروز صفات شخصیتی مشکل‌ساز مانند عدم انعطاف‌پذیری، اضطراب و ...

ارتباط زناشویی هسته مرکزی نظام خانواده است و اختلال در آن به‌منزله تهدید جدی برای بقای خانواده به شمار می‌آید. مطالعات نشان داده‌اند که رضامندی زوجیت پایین، بر بسیاری از ابعاد زندگی فردی و اجتماعی تأثیر می‌گذارد و همچنین نقش مهمی در سلامت و یا بیماری روانی زوجین و فرزندان ایفا می‌کند. والدینی که روابط زناشویی آن‌ها غیر صمیمانه است به نیازهای فرزند خود کمتر توجه می‌کنند، از فرزندان خود بیشتر عیب‌جویی نموده و آن‌ها را بیشتر تنبیه می‌کنند (کاکس، پالی و هارتر^۶، ۲۰۰۱، به نقل از وکیلان، ۱۳۹۲)؛ و بالعکس در خانواده‌هایی که رضامندی زناشویی بالاست، خانواده از استحکام خوبی برخوردار است و با مسائل و مشکلات به‌درستی برخورد می‌کند و از آسیب‌ها در امان می‌ماند. در این خانواده‌ها بیماری‌های جسمی و روانی زوجین و فرزندان و مشکلات رفتاری فرزندان کمتر است (افروز، مهاجرانی، ارجمندینا و قاسم‌زاده، ۱۳۹۴). از رضامندی زوجیت تعاریف زیادی عنوان شده است. افروز (۱۳۸۹) رضامندی زوجیت را این‌گونه تعریف می‌کند:

۵. Curtis, Foster, Mitchell & Van
۶. Eccleston, Palermo, Fisher & Law
۷. Koacks, Hali & Harter
۸. Alder

۱. Whittemore, Jaser, Chao, Jang & Grey
۲. Potton, Dolan, Smith, Thomas & Powers
۳. Jones, Olsen, Perrild & Willaing
۴. Streisand, Mackey & Herge

زندگی؛ که باعث ارتقای کیفیت زندگی هم گردد. برنامه‌های مختلفی به‌منظور ارتقای کیفیت زندگی طراحی شده است از جمله مایکل فریش^۷، ۲۰۰۶ در کتاب روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی مدلی پنج‌گانه از رضایتمندی از زندگی ارائه می‌دهد و معتقد است که کیفیت زندگی هر فرد تا حد زیادی متشکل است از مجموعه رضایتمندی او از حیطه‌ها و زمینه‌های خاص زندگی که از نظر فرد دارای اهمیت است. او ۱۶ حیطه زندگی را معرفی می‌کند که کیفیت زندگی کلی هر فرد از مجموع رضایت فرد در این حیطه‌ها ناشی می‌شود.

در برخی پژوهش‌ها، کیفیت زندگی در خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به دیابت و خصوصاً مادران پایین گزارش شده است (دورو، سیلیویبال و الولی^۸، ۲۰۱۵؛ لافل و همکاران^۹، ۲۰۰۳ و استرساند و مکی^{۱۰}، ۲۰۱۱). تجربه سبک زندگی ناخوشایند پس از تشخیص دیابت فرزند، محدودیت‌های اجتماعی و ارتباطی، کاهش اعتمادبه‌نفس در مورد محافظت از کودک، احساس منفی از دست دادن یک کودک سالم و آشفتگی‌های روانی حاصل از مدیریت فشرده دیابت و بروز حملات هیپوگلیسمی^۹ (افت ناگهانی قند خون) از جمله دلایل پایین بودن کیفیت زندگی در مادران گزارش شده است (اسکویی، ابراهیمی و مهرداد^{۱۱}، ۲۰۱۲ و مور، هاورت، همیلتون، نورتام و کامرون^{۱۱}، ۲۰۱۳). تقریباً در اکثر پژوهش‌های انجام‌شده در حوزه دیابت نوع یک و دستورالعمل‌های کاربردی کلینیکی انجمن دیابت آمریکا و کانادا به انجام مداخلات روانشناسی و مداخلات خانواده محور با هدف بهبود کیفیت زندگی خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به دیابت، کاهش مشکلات روانی والدین و کودک مبتلا به دیابت، سازگاری بهتر با بیماری و کنترل متابولیک مؤثرتر تأکید شده است. (جونز، اولسن، پریدل و ویلانگ^{۱۲}، ۲۰۱۶؛ لوهان، موراسکا و میچل^{۱۳}، ۲۰۱۵؛ کاتز، ولکنینگ، باتلر، اندرسون و لفال^{۱۴}، ۲۰۱۴؛ اسکویی و همکاران^{۱۵}، ۲۰۱۲؛ نانزل، لانوتی و لیو^{۱۵}، ۲۰۱۲؛ زانگ، نوریس، چادهاری، گرگ و زانگ^{۱۶}، ۲۰۰۷ و استرساند و همکاران، ۲۰۱۰). ولی در ایران با خلا پژوهشی در این زمینه مواجه هستیم به‌طوری‌که مداخلات انجام‌شده در خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به دیابت نوع یک انگشت‌شمار است. لذا با توجه به اینکه در ایران مطالعات کمی در این زمینه انجام شده است، در این پژوهش اثربخشی برنامه ارتقای کیفیت زندگی والدین دارای فرزند مبتلا به

مشکلات رفتاری بیشتر در کودکان می‌شود (اندرسون^۱، ۲۰۰۴؛ لافل، کانل، وانگنس، جیوبل فابری و مانسفل^۲، ۲۰۰۳؛ لوین، هیدگرکان، گفکن، ویلیامز، ۲۰۰۶). از سوی دیگر نحوه ارتباط و تعارض زناشویی به‌نوبه خود تأثیر زیادی بر ادراک سنگینی و فشار بار مراقبت از کودک مبتلا به دیابت دارد (سود، پندلی، دلاماتر، روهان و پالگارون^۳، ۲۰۱۲ و ساندر، اودل و هود^۴، ۲۰۱۰).

در بررسی عوامل پیش‌بینی‌کننده فشار مراقبت از کودک مبتلا به دیابت، لیشمن^۵ (۲۰۱۰)، از رضامندی زوجیت و تعارضات زناشویی به‌عنوان دو عامل مهم یاد می‌کند که عملکرد خانواده را تحت تأثیر قرار داده و بر سنگینی بار مراقبت از کودک مبتلا می‌افزاید. لیشمن خاطرنشان می‌کند مهم‌ترین عامل فشار و استرس در مادران تعارضات خانوادگی است و برای مدیریت بهتر دیابت فرزند مداخلاتی در جهت افزایش رضامندی زوجیت و حل تعارضات را در خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به دیابت توصیه می‌کند. پژوهشی که در سال ۲۰۱۱ بر ۱۸۸ خانواده دارای فرزند مبتلا به دیابت صورت گرفت، نشان داد که با بالا رفتن رضامندی زوجیت در این خانواده‌ها سازگاری کودک با بیماری و تبعیت از درمان وی افزایش می‌یابد (پارکر^۶، ۲۰۱۱). آنچه مهم است افزایش روابط صمیمانه و حمایت‌گرانه بین زوجین هست؛ زیرا هر چه همسران، مدت‌زمان بیشتری را در کنار هم سپری کنند و روابط آن‌ها توأم با محبت و احترام باشد، میزان رضامندی زوجیت و انرژی روانی آن‌ها در قبال مشکلات و استرس‌های ناشی از بیماری فرزندشان افزایش می‌یابد. از سوی دیگر بیماری دیابت نوع یک تلویحات مهمی بر کیفیت زندگی کودک مبتلا و خانواده‌اش دارد. سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را ادراک فرد از موقعیت خویش در زندگی در زمینه‌های فرهنگی و سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کند با توجه به اهداف، توقعات و استانداردهای آنان تعریف می‌کند. یک زندگی دارای کیفیت، معمولاً به‌صورت خشنودی، رضایت، شادی، خرسندی و توانایی فائق آمدن بر مشکلات جلوه می‌کند. درواقع کیفیت زندگی به‌وسیله فرد ارزیابی و توصیف می‌شود و این تجربه ممکن است برای افراد دیگر همان معنی و مفهوم را نداشته باشد (روشنفر، پاداش، مختاری و ایزدی خواه، ۱۳۹۲). طی چند دهه اخیر کیفیت زندگی به‌عنوان معیار مهم سلامت شناخته‌شده است به‌نحوی که نتایج خدمات سلامت نه‌تنها باید موجب افزایش امید به

۹. Hypoglycemia

۱۰. Oskouie, Ebrahimi & Mehrdad

۱۱. Moore, Hackworth, Hamilton, Northam & Cameron,

۱۲. Jones, Olsen, Perrild & Willaing

۱۳. Lohan, Morawska & Mitchell

۱۴. Katz, Volkening, Butler, Anderson & Laffel

۱۵. Nansel, Iannotti & Liu

۱۶. Zhang, Norris, Chowdhury, Gregg & Zhang

۱. Anderson

۲. Laffel LM, Connell A, Vangness L, Goebel-Fabbri A, Mansfeld

۳. Sood, Pendley, Delamater, Rohan & Pulgaron

۴. Sander, Odell & Hood

۵. Lieshman

۶. Parker

۷. Frish

۸. Duru, Civilibal, & Elevli

زوجین فرم اولیه این مقیاس که دارای ۵۷ سؤال بود، در سال ۱۳۸۹ تهیه کردند. هر گویه این مقیاس با توجه به مرور پیشینه نظری و پژوهشی و سال‌ها تجربه‌ی بالینی و مشاوره در زمینه رضامندی زناشویی، ازدواج و خانواده تنظیم شده است. در هر گویه، محتوایی مربوط به رضامندی زوجیت ارائه شده است. از آزمودنی خواسته می‌شود تا در قالب طیف لیکرت چهارگزینه‌ای (کاملاً مخالف ۱، مخالف ۲، موافق ۳ و کاملاً موافق ۴) در مورد رضامندی زوجیت پاسخ بدهد. هر چه فرد در این آزمون نمره‌ی بیشتری بگیرد، نشان‌دهنده‌ی رضامندی زوجیت بالاتر است. مقیاس ساخته شده بر اساس رویکردهای جدید به رضامندی همسران ساخته شده که در آن تلاش می‌شود رضامندی همسران از دیدگاه ازدواج سالم نگریسته شود و علاقه به بررسی و مطالعه‌ی آن به شکل روابط رضامندانه در طول زندگی است و از سویی دیگر تأکید بر حمایت اجتماعی و بررسی دیگر رفتارهای مثبت در ازدواج مبتنی بر رویکرد شناختی-اجتماعی است. پرسشنامه رضامندی زوجیت افروز از ۱۰ خرده مقیاس تشکیل شده است که عبارت‌اند از: مطلوب اندیشی همسران، رضایت زناشویی، افکار شخصی، افکار ارتباطی و اجتماعی، روش حل مسئله، امور مالی و فعالیت‌های اقتصادی، احساس و رفتار مذهبی، روش فرزندپروری، اوقات فراغت، تعامل احساسی.

آزمایش خون کودک: آزمایش هموگلوبین گلیکوزیله (H_{1C}) میزان متوسط قند خون سه‌ماهه کودک را نشان می‌دهد که هر سه ماه یک‌بار به صورت رایگان در انجمن دیابت ایران انجام می‌شود.

برای اجرای پژوهش ابتدا برای هر دو گروه کنترل و آزمایش پیش‌آزمون اجرا شد و از والدین خواسته شد نتیجه آخرین آزمایش خون فرزندشان را نیز ارائه نمایند. سپس گروه آزمایش در برنامه آموزشی شرکت کردند ولی گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد. برنامه آموزشی به صورت هفت جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای گروهی با حضور مادر (جمعاً ده جلسه) برگزار شد. در جلسه آخر از والدین خواسته شد آزمایش خون برای کودک انجام داده و متوسط قند خون سه‌ماهه کودک (هموگلوبین گلیکوزیله) را گزارش دهند. اجرای جلسات گروهی و به شیوه کارگاهی در محل انجمن دیابت ایران صورت گرفت. در نهایت به دلیل عدم شرکت یک خانواده در بیش از سه جلسه تحلیل آماری بر روی ۲۸ خانواده صورت گرفت. محتوای جلسات

دیابت نوع یک که توسط بیاتی در سال ۱۳۹۵ با هدف ارتقای کیفیت زندگی این خانواده‌ها برگرفته از برنامه بهبود کیفیت زندگی فریش و با در نظر گرفتن نیازهای خانواده‌های دارای فرزند مبتلابه دیابت طراحی شده است، بر رضامندی زوجیت والدین کودک مبتلا و میزان هموگلوبین گلیکوزه (شاخص کنترل متابولیک کودک مبتلا) بررسی می‌شود.

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف، جزء پژوهش‌های کاربردی است و برحسب نحوه گردآوری داده‌ها از نوع پژوهش‌های شبه آزمایشی با انتساب تصادفی آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه کودکان ۶ تا ۱۴ ساله مبتلابه دیابت نوع یک و والدین آن‌ها تشکیل می‌دهند که عضو انجمن دیابت ایران هستند. نمونه مورد مطالعه از بین شرکت‌کنندگان همایش روز جهانی دیابت برگزار شده توسط انجمن دیابت ایران، انتخاب شدند. ۳۰ خانواده بر اساس ملاک‌های شمول پژوهش مورد مصاحبه اولیه قرار گرفتند و پس از در جریان قرار گرفتن در روند پژوهش و اعلام رضایت کتبی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. ملاک‌های شمول شرکت‌کنندگان شامل دارا بودن حداقل یک فرزند مبتلابه دیابت یک در سنین ۶ تا ۱۴ سال، باهم زندگی کردن والدین و علاقه‌مندی به شرکت در پژوهش و ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان شامل دریافت مداخله روان‌شناختی توسط والدین در زمان اجرای پژوهش (به استناد مصاحبه اولیه)، ابتلا به بیماری جسمی و روان‌شناختی حاد یا مزمن والدین، ابتلا کودک مبتلابه دیابت به بیماری حاد یا مزمن دیگر و گذراندن برنامه آموزشی مشابه توسط والدین بوده است. برای جمع‌آوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شد.

پرسشنامه واری و ویژگی‌های جمعیت شناختی^۱: این پرسشنامه شامل جنسیت، میزان تحصیلات، وضعیت جسمانی، شغل، تعداد فرزندان و سنین شرکت‌کنندگان می‌باشد که در جلسه اول توجهی توسط والدین تکمیل شد. به طور معمول در پژوهش‌های مرتبط با برنامه‌های خانواده محور مشخصات جمعیت شناختی سنجیده می‌شود (پلانت و ساندز، ۲۰۰۷، به نقل از قاسم‌زاده ۱۳۹۳).

مقیاس رضامندی زوجیت افروز^۲: در این پژوهش از فرم بلند ۱۱۰ سؤالی استفاده شد. این مقیاس جهت ارزیابی میزان رضایت همسران برای فرهنگ جامعه ایرانی توسط افروز ۱۳۸۹، طراحی و سپس هنجاریابی شده است (افروز و قدرتی، ۱۳۹۰). پژوهشگران

بر اساس مصاحبه‌های به اثربخشی ارتقای کیفیت زندگی بر رضامندی زوجیت والدین دارای کودک مبتلابه دیابت نوع یک و میزان هموگلوبین گلیکوزیله کودک

جدول ۱. برنامه جلسات آموزشی

۲. Afroz Marital Satisfaction Scale

۱. demographic characteristic

تعداد جلسات	حضور والدین	محتوای جلسات
جلسه اول	حضور هم‌زمان پدر و مادر	- آشنایی با اعضای گروه و توافق بر سر قوانین - آشنایی بیشتر با بیماری دیابت نوع یک (نشانه‌ها، علل و سیر درمانی) - بررسی مشکلاتی که خانواده‌های دارای فرزند مبتلابه دیابت با آن مواجه هستند
جلسه دوم	حضور مادر هم‌زمان پدر و مادر	- شناسایی ویژگی‌های کودکان مبتلابه دیابت - اصول بهبود بخشی رابطه تعاملی والدین با کودک - زمان با کیفیت با کودک
جلسه سوم	حضور مادر	- چالش‌های روانی والدین (خصوصاً مادر) دارای فرزند مبتلابه دیابت - راهکارهای تنظیم خلق منفی
جلسه چهارم	حضور مادر	- بازسازی شناختی - ایجاد نگرش جدید به بیماری
جلسه پنجم	حضور مادر	- استرس والدینی و استرس مرتبط با بیماری - تکنیک‌های مدیریت استرس
جلسه ششم	حضور هم‌زمان پدر و مادر	- تعارضات زناشویی حول محور دیابت - تعارضات زناشویی عامل تداوم بخش مشکلات روان شناختی - قوانین حل تعارض
جلسه هفتم	حضور هم‌زمان پدر و مادر	- حل مسئله - غنی‌سازی روابط زوجیت
جلسه هشتم	حضور هم‌زمان پدر و مادر	- آشنایی با مشکلات رفتاری ویژه کودکان مبتلابه دیابت - تکنیک‌های افزایش رفتارهای مطلوب
جلسه نهم	حضور هم‌زمان پدر و مادر	- راهکارهای افزایش مسئولیت‌پذیری کودک در ارتباط با تکالیف درمانی - تکنیک‌های کاهش رفتارهای نامطلوب
جلسه دهم	حضور هم‌زمان پدر و مادر	- تعمیم آموخته‌ها - مرور و بررسی نتایج

یافته‌ها

همچنین فراوانی تحصیلات مادران در گروه آزمایش برابر با زیردپلم ۲ نفر، دپلم ۷ نفر، فوق‌دپلم و لیسانس ۵ نفر گزارش شد؛ بنابراین در گروه آزمایش مادران با میزان تحصیلات دپلم در پژوهش حاضر فراوانی بیشتری داشتند و کمترین فراوانی متعلق به تحصیلات زیردپلم می‌باشد. همچنین فراوانی تحصیلات مادران در گروه کنترل برابر با زیردپلم ۴ نفر، دپلم ۵ نفر، فوق‌دپلم و لیسانس ۵ نفر بود.

در این بخش ابتدا به ارائه یافته‌های توصیفی مربوط به ویژگی‌های جمعیت شناختی و متغیرهای رضامندی زوجیت و میزان هم‌گلوبین گلیکوزیله پرداخته می‌شود، سپس با توجه به فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده خواهد شد. بر اساس داده‌های جمعیت شناختی به ترتیب کمترین و بیشترین سن کودک در گروه آزمایش برابر با ۷ و ۱۳ و در گروه کنترل برابر با ۶ و ۱۳ سال بود.

جدول ۲. خلاصه یافته‌های توصیفی گروه نمونه در متغیرهای رضامندی زوجیت و هم‌گلوبین گلیکوزیله

مقیاس	مرحله	گروه آزمایش*		گروه کنترل*	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
رضایت زناشویی	پیش‌آزمون	۳۲/۵۳	۵/۸۳۹	۳۱/۶۴	۶/۵۴
	پس‌آزمون	۳۴/۹۲	۵/۱۳۹	۳۱/۵۷	۵/۸۹
احساسات و رفتار	پیش‌آزمون	۲۴/۲۱	۳/۷۴۵	۲۳/۸۵	۳/۸۸
	پس‌آزمون	۲۶/۷۸	۲/۷۵	۲۳/۶۴	۳/۸۵
مذهبی	پیش‌آزمون	۲۶/۶۹	۴/۹۳	۲۶/۶۴	۴/۴۹

۴/۳۸	۲۶/۵۷	پس آزمون	۴/۷۵	۳۰/۲۱	پس آزمون	امور مالی
۴/۴۵	۲۶/۸۵	پیش آزمون	۵/۳۶	۲۷/۶۹	پیش آزمون	روش فرزندپروری
۴/۳۶	۲۵/۶۴	پس آزمون	۴/۳۰	۲۹/۵	پس آزمون	اوقات فراغت
۵/۳۰	۲۹/۲۱	پیش آزمون	۵/۰۱	۳۰/۸۴	پیش آزمون	نحوه تعامل
۵/۲۲۰	۲۹/۲۱	پس آزمون	۳/۴۶	۳۲/۲۱	پس آزمون	مطلوب اندیشی
۸/۴۹	۳۹/۶۴	پیش آزمون	۸/۳۰	۴۰/۲۳	پیش آزمون	همسران
۷/۹۶	۳۹/۵۷	پس آزمون	۵/۸۳	۴۴/۰۷	پس آزمون	رفتارهای شخصی
۷/۱۹	۴۳/۲۱	پیش آزمون	۷/۹۵	۴۴/۹۲	پیش آزمون	رفتارهای ارتباطی و اجتماعی
۶/۰۶	۴۱/۷۱	پس آزمون	۶/۵۶	۴۵/۸۵	پس آزمون	حل مسئله
۸/۱۷	۵۹/۹۲	پیش آزمون	۸/۷۶	۶۰/۳۸	پیش آزمون	هموگلوبین گلیکوزیله
۹/۰۶	۵۸/۸۵	پس آزمون	۶/۹۰	۶۸/۲۱	پس آزمون	
۶/۵۴	۳۵/۲۸	پیش آزمون	۶/۸۲	۳۶/۲۳	پیش آزمون	
۶/۳۲	۳۵	پس آزمون	۵/۴۹	۳۷/۷۸	پس آزمون	
۴/۰۳	۲۲/۵۷	پیش آزمون	۴/۴۵	۲۳/۲۱	پیش آزمون	
۳/۷۰	۲۲/۷۱	پس آزمون	۳/۶۸	۲۴/۷۱	پس آزمون	
۱/۲۳	۷/۵۴	پیش آزمون	۰/۹۶	۷/۱۷	پیش آزمون	
۱/۲۵	۷/۵۵	پس آزمون	۱/۰۵	۷/۱۳	پس آزمون	

* (n=۱۴)

گروه‌ها (آزمایش، کنترل) نشان داد که در هیچ‌یک از متغیرها، Z کلموگروف اسمیرنوف معنادار نمی‌باشد ($P > 0.05$)؛ بنابراین فرض نرمال بودن توزیع نمرات برقرار است. علاوه بر این خطی بودن رابطه بین متغیرهای وابسته نیز با بررسی نمودار پراکنش داده‌ها بین این متغیرها در دو گروه مداخله و کنترل صورت گرفت که این نمودارها مورد خاصی از غیرخطی بودن را نشان ندادند؛ بنابراین تأییدی بر مفروضه خطی بودن بین داده‌ها است. بر اساس آزمون لوین فرض F هیچ‌یک از متغیرهای وابسته معنادار نبود ($P > 0.05$)؛ بنابراین فرض همگنی واریانس‌ها برقرار است. همچنین نتایج آزمون ام. باکس حاکی از عدم معناداری مقدار F است ($P > 0.05$)؛ بنابراین شاهد برابری ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته در بین گروه‌ها هستیم و در نتیجه برای بررسی فرضیه‌های پژوهش حاضر استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره بلامانع است.

جدول ۲ حاکی از افزایش میانگین خرده مقیاس‌های رضامندی زوجیت در گروه آزمایش پس از دوره آموزش (مرحله پس آزمون) است. به عبارت دیگر در گروه آزمایش پس از تجربه مداخله (برنامه جامع ارتقای کیفیت زندگی)، رضامندی زوجیت بالاتری از خود گزارش داده‌اند. این در حالی است که شرکت‌کنندگان گروه کنترل تقریباً در کلیه متغیرها در بین مراحل پیش آزمون و پس آزمون تغییر زیادی را نشان گزارش نکرده‌اند. همچنین میانگین متغیر هموگلوبین گلیکوزیله بر اساس مراحل آزمون و گروه آزمایش و کنترل تفاوت قابل توجهی نشان نمی‌دهد. در ادامه برای بررسی دقیق فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده خواهد شد. لذا قبل از استفاده از این آزمون اطمینان از نبود داده‌های پرت حاصل شد؛ سپس مفروضه‌های نرمال بودن توزیع با آزمون کلموگروف اسمیرنوف، خطی بودن رابطه با نمودار هم پراکنش، همگنی واریانس با آزمون لوین و برابری ماتریس‌های کوواریانس با آزمون ام. باکس مورد بررسی قرار گرفتند. بررسی فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها به تفکیک مراحل (پیش آزمون، پس آزمون) و

جدول ۳. نتایج آزمون‌های اثر پیلایی، لامبدای ویلکز و اثر هتلینگ در تحلیل کوواریانس چند متغیره

آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	معناداری
اثر پیلایی	۰/۹۳	۷/۰۲	۱۰	۵	۰/۰۲
لامبدای ویلکز	۰/۰۶۶	۷/۰۲	۱۰	۵	۰/۰۲
اثر هتلینگ	۱۴/۰۴	۷/۰۲	۱۰	۵	۰/۰۲

مربوط به رضایت زناشویی (اندازه اثر = ۷۴) و اوقات فراغت (اندازه اثر = ۳۳) است؛ بنابراین برنامه جامع ارتقای کیفیت زندگی بیشترین اثربخشی بر خرده مقیاس رضایت زناشویی و کمترین اثربخشی بر خرده مقیاس اوقات فراغت داشته است. دامنه اندازه اثر دیگر خرده مقیاس‌های متغیر رضامندی زوجیت بین ۴۴ تا ۶۸ قرار دارد که بر اساس طبقه‌بندی کوهن در حد متوسط و مطلوب قرار دارند. یافته دیگر پژوهش اینکه بر اساس جدول ۳ میانگین نمرات اصلاح شده پس‌آزمون متغیر هموگلوبین گلیکوزیله پس از برداشتن اثر نمرات پیش‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل با یکدیگر تفاوت ندارند ($P > 0.05$) و این امر حاکی از عدم تأثیر مداخله با برنامه جامع ارتقای کیفیت زندگی بر متغیر هموگلوبین گلیکوزیله بوده و در نتیجه فرضیه تحقیق در مورد اثربخشی برنامه ارتقای کیفیت زندگی بر این متغیر رد می‌شود.

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیره حاکی از آن است که در تمام آزمون‌ها F به دست آمده با درجه آزادی ۵ و ۱۰ در سطح $P < 0.05$ معنادار است. لذا می‌توان گفت که بین گروه آزمایش و گروه کنترل حداقل در یکی از متغیرهای رضامندی زوجیت و هموگلوبین گلیکوزیله تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که میانگین نمرات اصلاح شده پس‌آزمون تمام خرده مقیاس‌های رضامندی زوجیت پس از برداشتن اثر نمرات پیش‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل با یکدیگر تفاوت معنادار دارند ($P < 0.05$) و میانگین نمرات گروه آزمایش به صورت معناداری بالاتر از گروه کنترل است که این امر حاکی از تأثیر مداخله با برنامه جامع ارتقای کیفیت زندگی بر خرده مقیاس‌های رضامندی زوجیت بوده و در نتیجه فرضیه تحقیق در مورد اثربخشی برنامه ارتقای کیفیت زندگی بر این متغیر تأیید می‌شود. همچنین نکته قابل توجه در مورد خرده مقیاس‌های رضامندی زوجیت اینکه به ترتیب بیشترین و کمترین اندازه اثر

جدول ۴. تحلیل کوواریانس تک متغیره در متن مانکوا

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات
رضایت زناشویی	۲۶/۷۵۷	۱	۲۶/۷۵۷	۳۷/۰۶۶	۰/۰۰۱	۰/۷۴
رفتارهای ارتباطی و اجتماعی	۱۲/۵۶۷	۱	۱۲/۵۶۷	۱۰/۲۱۱	۰/۰۰۷	۰/۴۴
حل مسئله	۷/۸۷۳	۱	۷/۸۷۳	۹/۸۶۵	۰/۰۰۸	۰/۴۳
امور مالی	۷۷/۷۸۳	۱	۷۷/۷۸۳	۱۰/۹۶۵	۰/۰۰۶	۰/۴۵
احساسات و رفتار مذهبی	۴۲/۰۵۱	۱	۴۲/۰۵۱	۱۹/۵۲۱	۰/۰۰۱	۰/۶۰
روش فرزندپروری	۳۸/۳۱۳	۱	۳۸/۳۱۳	۱۸/۰۸۰	۰/۰۰۱	۰/۵۸
اوقات فراغت	۱۸/۱۴۶	۱	۱۸/۱۴۶	۶/۶۶۷	۰/۰۲	۰/۳۳
نحوه تعامل	۵۳/۷۴۲	۱	۵۳/۷۴۲	۱۴/۲۶۱	۰/۰۰۲	۰/۵۲
مطلوب‌اندیشی همسران	۵۵/۸۱۹	۱	۵۵/۸۱۹	۲۸/۳۰۲	۰/۰۰۱	۰/۶۸
رفتارهای شخصی	۳۱۷/۲۷۵	۱	۳۱۷/۲۷۵	۲۵/۶۸۸	۰/۰۰۱	۰/۶۶
هموگلوبین گلیکوزیله	۰/۱۷۰	۱	۰/۱۷۰	۱/۴۸۷	۰/۲	۰/۰۹

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی ارتقای کیفیت زندگی در والدین دارای کودک مبتلا به دیابت بر رضامندی زوجیت آنان و میزان هموگلوبین گلیکوزیله کودک صورت گرفته است. یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس حاکی از آن بود که بالا رفتن کیفیت زندگی والدین

منجر به افزایش رضامندی زوجیت در آنها می‌شود ولی بر میزان هموگلوبین گلیکوزیله کودک تأثیر معنادار ندارد. به نظر می‌رسد بعد اجتماعی و بعد روانی کیفیت زندگی که به دلیل آشفتگی‌های روانی زیاد در خانواده‌های دارای فرزند مبتلابه دیابت مخدوش شده، در این برنامه بهبود یافته و تأثیر مثبتی در روابط بین همسران بجای گذاشته است و در جهاتی همسو با پژوهش‌های داویلا، کارنی، هال و بردبری^۱، ۲۰۰۳ و لاندولت، ریبی، لامباچر، ولرات، جنم^۲ و همکاران، ۲۰۰۲ و چپو و مارکس^۳، ۲۰۰۸، این برنامه با ایجاد جو عاطفی گرم و صمیمانه تأثیر مثبتی در بالا رفتن رضامندی زوجیت داشته است. در تبیین این یافته می‌توان گفت ارتقای کیفیت زندگی به صورت مستقیم از طریق بهبود روابط بین فردی و تعاملات بین همسران و به صورت غیرمستقیم از طریق احساس مثبت و خوب داشتن نسبت به خود این اثر را ایجاد کرده است. یکی از حیطه‌های مهم برنامه درمان مبتنی بر کیفیت زندگی فریش روابط با همسر است که در برنامه طراحی شده توسط محقق در دو جلسه غنی‌سازی روابط زوجین و حل تعارض بدن پرداخته شد. در این رویکرد درمانی هدف اصلی چیره شدن و غلبه کردن بر مشکلات نیست و اینکه بعضی مواقع در حل مشکل نیاز نیست فقط به خود مشکل توجه کنیم بلکه باید به توانمندی‌های هر فرد جدا از مشکل وی توجه شود. با توجه به اینکه بیماری دیابت درمان قطعی ندارد بنابراین هدف، غلبه بر بیماری نیست بلکه در این برنامه تأکید می‌شود که رضایت کلی از زندگی را با تقویت رضایت در هر حوزه با ارزش از زندگی می‌توان افزایش داد. (فریش، ۲۰۰۶). آموزش راه‌های افزایش صمیمیت و غنی‌سازی روابط زوجین این امکان را به والدین کودک مبتلابه دیابت می‌دهد که به روابط کلامی و غیرکلامی بین خود توجه کرده، برای آن وقت گذاشته و به ترمیم روابطشان بپردازند. در خانواده‌های دارای فرزند مبتلابه دیابت حمایت همسران از یکدیگر سهم مهمی در بالا بردن توان و انرژی والدین (خصوصاً مادر) برای مدیریت بهتر بیماری فرزند و مقابله با استرس‌های ناشی از بیماری دارد. در کنار نقش حیاتی مادر برای مدیریت دیابت، پدر نیز نقش منحصربه‌فردی در این زمینه بازی می‌کند و این نقش چیزی نیست جز حمایت همه‌جانبه از مادر. از سوی دیگر به دلیل تفاوت در ادراک و عملکرد مربوط به مدیریت دیابت، تعارضاتی در والدین وجود دارد. (سود و همکاران، ۲۰۱۲ و ویسوکو و گاوین^۴، ۲۰۰۴) که این تعارضات بر عملکرد کلی خانواده به عنوان یک سیستم تأثیر منفی خواهد گذاشت؛ و اغلب اثربخشی درمان را کاهش می‌دهد، جو عاطفی را منفی کرده و بر کیفیت زندگی کل خانواده تأثیر منفی می‌گذارد. (برازل و ریده^۵، ۲۰۱۱ و ساندر و همکاران، ۲۰۱۰). همراه و هم‌رأی بودن پدر و مادر در مورد یک مشکل یا استرس (بیماری فرزند) و همسو بودن آنها در برخورد با مشکلات رفتاری خاص کودک مبتلابه دیابت منجر به ایجاد جو عاطفی مثبت در خانواده و کاهش تعارضات خواهد شد و در نهایت بازدهی و خروجی بهتری در مدیریت بیماری فرزند را شاهد خواهیم بود؛ بنابراین در برنامه طراحی شده در راستای ارتقای کیفیت زندگی والدین به آموزش مهارت حل تعارض بین همسران و شیوه‌های صحیح فرزندپروری پرداخته شد. به نظر می‌رسد این مهارت‌ها والدین را در زمینه مدیریت دیابت فرزند بیشتر هماهنگ کرده و آشفتگی روابط را کاهش داده و منجر به بالا رفتن رضامندی زوجیت در آنها می‌شود.

مطابق با مدل بودن ۲۰۰۷ وجود استرس زیاد در خانواده‌های دارای کودک با بیماری مزمن منجر به کاهش رضامندی زوجیت و کیفیت زندگی می‌شود و از آنجاکه پژوهش‌ها نشان داده‌اند میزان استرس در این خانواده‌ها بالاست (ویتمور و همکاران، ۲۰۱۲؛ پاتن و همکاران؛ ۲۰۱۱) به همین دلیل در برنامه جامع ارتقا کیفیت زندگی به مدیریت استرس توجه ویژه‌ای مبذول شده است و تکنیک‌های رفتاری و شناختی برای مدیریت استرس ارائه شده است که همسو با مداخلات پاتراکی، مانتزورانی، دارویری، آکسوپولوس، واروگلی^۶ و همکاران، ۲۰۱۵ به نظر می‌رسد آموزش تکنیک‌های مدیریت استرس به والدین کودکان مبتلابه دیابت منجر به کاهش معنی‌دار علائم استرس و افسردگی در آنها شده و در کنار فراگیری روش‌های تعاملی سازگاران تر باعث ایجاد جو گرم و صمیمی در خانواده می‌شود. از طرفی برای کاهش آشفتگی‌های روانی و مقابله با خلق منفی نیز دو جلسه اختصاص داده شد در آن توجه به سلامت جسمی و روانی همسران و احترام به خویشان مورد توجه قرار گرفته و راهکارهایی برای افزایش این متغیرها ارائه شده است. در تبیین معنادار نبودن تأثیر این برنامه بر کاهش میزان متوسط قند خون کودک (هموگلوبین گلیکوزیله) به چند نکته باید توجه کرد. اول اینکه عوامل مختلفی در کنترل قند خون کودک مؤثر است. از جمله مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده، تنظیم رژیم غذایی کودک و تزریق انسولین متناسب با کرب فاکتور (تعداد واحدهای کربوهیدرات) مصرف شده در غذای کودک است و این امر مستلزم آموزش کافی والدین در زمینه محاسبه کرب فاکتورهای غذای مصرفی و آشنایی با انواع انسولین تزریقی به کودک است. از آنجاکه پاسخ بدن کودکان به انسولین‌های مختلف متفاوت است و بسته به رژیم غذایی، میزان فعالیت و استرس‌های کودک، میزان خواب، بیماری و... تغییر می‌کند، مداخلات آموزشی در این زمینه کارآمدتر است و همان‌طور که سابارایان و همکاران، ۲۰۱۵ با مرور سیستماتیک مداخلات انجام‌گرفته عنوان کرده‌اند، مداخلات روانشناسی بر کاهش متوسط قند خون کودک اثر مثبت چندانی نداشته و طراحی

۱. Davila, Karney, Hall, & Bradbury

۲. Landolt, Ribbi, Laimbacher, Vollrath, Gnehm & et al

۳. Choi & Marks

۴. Wysocki & Gavin

۵. Barzel & Reid

۶. Pateraki, Mantzourani, Darvyri, Alexopoulos, Varvogli & et al

مداخلات با کیفیت تری در این زمینه مورد نیاز است. لوهان و موراسکا نیز طی مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۵ مداخلات فرزندپروری انجام شده تا سال ۲۰۱۴ را در خانواده‌های دارای فرزند مبتلابه دیابت مورد ارزیابی قرار دادند و گزارش کردند این گونه مداخلات در بهبود مشکلات رفتاری کودکان و مشکلات روان‌شناختی والدین و در نهایت افزایش بازدهی سلامتی کودک تأثیر مثبت داشته‌اند. در مداخلات انجام شده که نتایج آن حاکی از بهبود میزان هموگلوبین گلیکوزیله بوده است، تمرکز آموزش بر توسعه مهارت‌های رفتاری مرتبط با درمان دیابت و افزایش همکاری والد و کودک در این زمینه بوده است که در برنامه ارتقای کیفیت زندگی طراحی شده بدان پرداخته نشده است. نکته دوم اینکه شاخص هموگلوبین هموگلیکوزه متوسط قند سه ماهه کودک را نشان می‌دهد و به نظر می‌رسد در برنامه ارتقای کیفیت زندگی طراحی شده، زمان برای ارزیابی این شاخص کافی نبوده و لازم است پیگیری سه ماهه و یا شش ماهه صورت گیرد. مهم‌ترین محدودیت این پژوهش آن است که این پژوهش بر روی تعداد محدودی از والدین مراجعه‌کننده به انجمن دیابت ایران صورت گرفته و به دلیل محدودیت‌ها امکان نمونه‌گیری تصادفی وجود نداشته است لذا تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت پذیرد.

پیشنهاد می‌شود این برنامه با هدف بهبود تعاملات والدین و کودکان مبتلابه دیابت و کاهش مشکلات موجود در این خانواده‌ها در کنار مداخلات پزشکی معمول اجرا شود.

تشکر و قدردانی

از دوستان و همکاران انجمن دیابت ایران و تمامی عزیزان شرکت‌کننده که با همکاری فراوان، ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، صمیمانه سپاسگزاری می‌نمایم.

منابع

افروز، غلامعلی (۱۳۸۹). مقدمه‌ای بر روان‌شناسی و آموزش و پرورش کودکان استثنایی. تهران: نشر آگاه
افروز، غلامعلی و قدرتی، مهدی (۱۳۹۰) ساخت و هنجاریابی مقیاس رضامندی همسران افروز (فرم کوتاه). *مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران*. ۱، ۳-۱۶.

افروز، غلامعلی؛ مهاجرانی، محمد؛ ارجمند نیا، علی‌اکبر و قاسم‌زاده، سوگند. (۱۳۹۴). مقایسه رضایت زناشویی والدین بر اساس ویژگی و نوع ناتوانی فرزندان. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، شماره ۱(۶)، ۱۱۵-۱۲۶.

بیاتی، بهارک (۱۳۹۵). *ارزیا* اثربخشی ارتقای کیفیت زندگی بر رضامندی زوجیت والدین دارای کودک مبتلابه دیابت نوع یک و میزان هموگلوبین گلیکوزیله کودک

بالینی در فرزندان. رساله دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات

پاداش، زهرا؛ فاتحی زاده، مریم؛ عابدی، محمدرضا و ایزدخواه، زهرا (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر رضایت زناشویی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، دوره ۱۰، شماره ۵. صفحات ۳۶۳-۳۷۲

روشنفر، علیرضا؛ پاداش، زهرا؛ مختاری، سمانه و ایزدی خواه، زهرا. (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی آموزش روان‌درمانی مبتنی بر نظریه فریش بر کیفیت زندگی مراجعان شهر اصفهان. *مجله تحقیقات نظام سلامت*. ویژه‌نامه آموزش بهداشت. صفحات ۲۰۴۵-۲۰۵۱.

قاسم‌زاده، سوگند (۱۳۹۳). *طراحی برنامه بهبود بخشی روابط درون خانوادگی و ارزیابی اثربخشی آن بر رضامندی زوجیت، مهارت‌های فرزندپروری والدین و نشانه‌های بالینی اختلال رفتاری فرزندان*. رساله دکتری دانشگاه تهران.

وکیلانی، بهناز. (۱۳۹۲). *بررسی رابطه رضامندی زوجیت با سبک‌های فرزندپروری والدین دارای کودکان نقص توجه - بیش فعالی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی دانشگاه تهران.

هاردمن، مایکل ام؛ درو، کلیفورد جی و اگن، ام وینستون. (۱۹۹۴). *روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی (جامعه، مدرسه و خانواده)*. ترجمه حمید علیزاده، کامران گنجی، مجید یوسفی لویه، فریبا یادگاری. (۱۳۸۸). تهران، انتشارات دانژه

Alder, E.S. (۲۰۱۰). Age, Education Level, and Length of Courtship in Relation to Marital Satisfaction. Pacific University Common Knowledge. Master's thesis, Pacific University. ۱-۳۹.

Anderson, B.J (۲۰۰۴). Family conflict and diabetes management in youth: clinical lessons from child development and diabetes research. *Diabetes Spectrum*, ۱۷ (۱), ۲۲-۶.

Bodenmann, G., Ledermann, T., & Bradbury, T. N. (۲۰۰۷). Stress, sex, and satisfaction in marriage. *Personal Relationships*, ۱۴, ۵۵۱-۵۶۹.

Choi, H., & Marks, N. F. (۲۰۰۸). Marital conflict, depressive symptoms, and functional impairment. *Journal of Marriage and Family*, ۷۰, ۳۷۷-۳۹۰.

Curtis, k., Foster, K., Mitchell, R., Van, C. (۲۰۱۶). Models of care delivery for families of critically ill children: An Integrative Review of *Journal of Pediatric Nursing*, ۳۱(۳), ۳۳۰-۳۴۱.

Davila, J., Karney, B. R., Hall, T. W., & Bradbury, T. N. (۲۰۰۳). Depressive symptoms and marital satisfaction: Within- subject associations and the moderating effect of gender and neuroticism. *Journal of Family Psychology*, ۱۷, ۵۵۷-۵۷۰.

- Duru, N.S., Civilibal, M., Elevli, M. (۲۰۱۶). Quality of life and psychological screening in children with type ۱ diabetes and their mothers. *Journal Experimental and clinical Endocrinology & Diabetes*, ۱۲۴(۲), ۱۰۵-۱۱۰.
- Eccleston, C., Palermo, T.M., Fisher, E., Law, E. (۲۰۱۳). Psychological interventions for parents of children and adolescents with chronic illness (Review) The Cochrane Library, Issue ۸.
- Frisch, M. B. (۲۰۰۶). Quality of life therapy: applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy. John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey.
- Landolt, M. A., Ribbi, K., Laimbacher, J., Vollrath, M., Gnehm, H. E., & Sennhauser, F. H. (۲۰۰۲). Brief report: Posttraumatic stress disorder in parents of children with newly diagnosed type ۱ diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, ۲۷, ۶۴۷-۶۵۲.
- Lohan, A., Morawska, A. & Mitchell, A. (۲۰۱۶). Systematic review of parenting interventions for parents of children with type ۱ diabetes. *Journal of Child care, Health and Development*, ۴۱(۶), ۸۰۶-۸۱۷.
- Katz, M.L., Volkening, L.K., Butler, D.A., Anderson, B.J&Laffel, L.M. (۲۰۱۴). Family-based Psychoeducation and Care Ambassador Intervention to Improve Glycemic Control in Youth with Type ۱ Diabetes: A Randomized Trial. *Pediatr Diabetes*, ۱۵(۲), ۱۴۲-۱۵۰.
- Moore, S.M., Hackworth, N.J., Hamilton, V.E., Northam, E.P., & Cameron, F.J. (۲۰۱۳). Adolescents with Type ۱ Diabetes: parental perceptions of child health and family functioning and their relationship to adolescent metabolic control. *Journal of Health Quality of Life Outcomes*, ۱۱, ۵۰-۵۸.
- Nansel, T.R., Iannotti, R.J., Liu, A (۲۰۱۲). Clinic-integrated behavioral intervention for families of youth with type ۱ diabetes: randomized *clinical trial*. *Pediatrics*. ۱۲۹(۴): e۸۶۶-۷۳.
- Parker, A.C (۲۰۱۱). Marital satisfaction as a predictor of parental involvement in adolescent diabetes management. University of Texas for degree of doctor of philosophy.
- Pateraki, N.S., Mantzourani, E., Darvyri, P. P., Alexopoulos, E. C, Varvogli Mamoulakis, D& et al. (۲۰۱۵). Stress Management in Parents of Children with Diabetes Type ۱: A Randomized Cotrolled Trial. *PSYCH*, ۶(۸), ۱۳۴-۱۴۶.
- Patton, S. R., Dolan, L.M., Smith, L.B., Thomas, I.H., Powers, S.W. (۲۰۱۱). Pediatric parenting stress and its relationship to depressive symptoms and fear of hypoglycemia in parents with type ۱ diabetes mellitus. *Journal of clinical psychology in medical setting*, ۱۸(۴), ۳۴۵-۳۵۲.
- Streisand, R., Mackey, E.R. & Herge, W. (۲۰۱۰). Associations of parent coping, stress, and well-being in mothers of children with diabetes: examination of data from a national sample. *Matern Child Health*, ۱۴, ۶۱۲-۷.
- Tsiouli, E., Alexopoulos, E.C., Stefanaki, C., Darviri, C. (۲۰۱۳). Effects of diabetes-related family stress on glycemic control in young patients with type ۱ diabetes. *Systematic Review.Canadian Family Physician*, ۵۹(۲), ۱۴۳-۱۴۹.
- Wysocki, T & Gavin, L (۲۰۰۶). Paternal involvement in the management of pediatric chronic diseases: Associations with adherence, quality of life, and health status. *J Pediatr Psychol*, ۳۱, ۵۰۱-۱۱.
- Sander, E.P., Odell, S. & Hood, K.K. (۲۰۱۰). Diabetes-specific family conflict and blood glucose monitoring in adolescents with type ۱ diabetes: Mediation role of diabetes self-efficacy. *Diabetes Spectrum*, ۲۳, ۸۹-۹۴.
- Sood, E.D., Pendley, J.SH., Delamater, A., Rohan, A.J., Pulgaron, E. (۲۰۱۲). Mother-father informant discrepancies regarding diabetes management: Associations with diabetes-specific family conflict and glycemic control. *Health Psychol*, ۳۱(۵), ۵۷۱-۵۷۹.
- Whittemore, R., Jaser, S., Chao, A., Jang, M., Grey, M. (۲۰۱۲). Psychological experience of parents of children with type ۱ diabetes: a systematic mixed-studies review. *Diabetes Education*, ۳۸(۴), ۵۶۲-۷۹.
- Zhang, X., Norris, S.L., Chowdhury, F.M., Gregg, E.W., Zhang, P. (۲۰۰۷). The effects of interventions on health-related quality of life among persons with diabetes: a systematic review. *Medical Care*, ۴۵(۹), ۸۲۰-۳۴.
- Oskouie, F., Ebrahimi, H., Mehrdad, N. (۲۰۱۲). Parental confrontation with type ۱ diabetes in their children. *Archives Des Sciences*, ۶۵(۸), ۲۲۲-۲۳۴.
- Jones, A., Olsen, M.Z, Perrild, H.J. & Willaing, I. (۲۰۱۶) The psychological impact of living with diabetes: Descriptive findings from the DAWN^۲ study in Denmark. *Primary Care Diabetes*, ۱۰(۱), ۸۳-۸۶.
- Laffel, L.M., Connell, A., Vangsness, L., Goebel-Fabbri, A. & Mansfield, A. (۲۰۰۳). General quality of life in youth with type ۱ diabetes: relationship to patient management and diabetes-specific family conflict. *Diabetes Care*, ۲۶(۱۱), ۳۰۶۷-۷۳.
- Leishman, J.M. (۲۰۱۰). Individual and Family Predictors of the Caregiver Burden of Parents Rearing a Child with Diabetes. A thesis submitted to the faculty of Brigham Young University.
- Lewin, A.B., Heidgerken, A.D., Geffken, G.R., Williams, L.B., Storch, E.A., Gelfand, K.M. (۲۰۰۶). The relation between family factors and metabolic control: The role of diabetes adherence. *Journal of Pediatric Psychology*, ۳۱ (۲), ۱۷۴-۱۸۳.

Evaluating effectiveness of the life quality promotion program on marital satisfaction among parents of diabetic children and children's glycated hemoglobin

Baharak Bayati^۱

Sogand Ghasemzadeh*^۲

Sotoodeh Afrooz^۳

Abstract

Aim: Families with type one diabetes children have multiple problems and challenges, such as reduced quality of life and marital satisfaction. The aim of this study was evaluating effectiveness of life quality promotion program on marital satisfaction among parents of diabetic children and children's glycated hemoglobin. **Methods:** This research method was in semi- experimental methodology with pre- test, post-test plan with control group. statistical sample was ۳۰ parents and their diabetic children that they were selected using random sampling methods from Tehran Diabetes Association and were randomly assigned in experimental and control groups. Experimental group received quality of life training for ۱۰ sessions in ۲ hours. The tool used in this research was Afrooz Marital Satisfaction Scale and child blood test. The data was analyzed by multi variate analysis of covariance using software SPSS. **Results:** The results showed average post-test in both experimental and control groups were significantly different. The experimental group mean scores significantly higher than the control group, which indicated a positive impact of the life quality promotion program in marital satisfaction. The highest and lowest amount of effect was related to marital satisfaction (effect size: ۷۴) and free time (effect size: ۳۳). There was no significant difference between mean score of children's glycated hemoglobin. **Conclusion:** Training program on quality of life significantly contributed to raising parental marital satisfaction so to improve the quality of life and marital satisfaction in families of children with diabetes is recommended. However, given the lack of effect of this intervention on child's blood glucose level, it seems that educational interventions are more effective in this regard.

Keywords: Quality of life, marital satisfaction, glycated hemoglobin Type I diabetes,

^۱ - PHD in psychology of exceptional children, Faculty of Psychology, Science and Research Branch Islamic Azad University, Tehran, Iran

^۲ - Assistant Professor, PHD in psychology of exceptional children, Faculty of Psychology, Tehran University, Tehran, Iran. Email: S.Ghasemzadeh@ut.ac.ir

^۳ - MA student in counseling, Faculty of psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Science, Tehran, Iran