

Mentalizing Problems in Children with T1D and Their Parents: A Qualitative Study

Tayebeh Madanifar 

Ph. D. Candidate, Department of Counseling,
Khomeinishahr Branch, Islamic Azad
University, Khomeinishahr/Isfahan, Iran

**Parisa Sadat Seyed
Mousavi** *

Assistant Professor, Shahid Beheshti
University, Family Research Institute, Tehran,
Iran

Mahin Hashemipour 

Professor, Metabolic Liver Disease Research
Center, Isfahan University of Medical Sciences
Isfahan, Iran

Mehdi Tabrizi 

Assistant Professor, Department of Counseling
Khomeinishahr Branch, Islamic Azad
University, Khomeinishahr/Isfahan, Iran

Majid Koochi Esfahani 

Administrator, Behroyan Scientific Company,
Isfahan, Iran

Abstract

The mentalization capacity or the ability to understand the mental state of oneself and others, as well as showing the appropriate reaction to it, can play a significant role in the treatment process and adapting to the changes caused by chronic diseases in life. The aim of this qualitative study is to identify the mentalizing problems of 8-12 years old children with type 1 diabetes (T1D) and their parents. Therefore, the lived experiences of 18 children with T1D and 22 of their parents through a semi-structured interview with Child and Adolescent Reflective Functioning Scale (CRFS) and Parent Development Interview (PDI) have been analyzed and classified, using purposive sampling technique until saturation and transcendental or






* Corresponding Author: p_mousavi@sbu.ac.ir

How to Cite: Madanifar, T., Seyed Mousavi, P. S., Hashemipour, M., Tabrizi, M., Koochi Esfahani, M. (2024). Mentalizing Problems in Children with T1D and Their Parents: A Qualitative Study, *Journal of Culture of Counseling and Psychotherapy*, 15(59), 109-150. DOI: 10.22054/QCCPC.2024.76139.3210

psychological phenomenological approach. 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. The results of this research and reflection on the mentalization failure cycle model, in addition to facilitating relationships and regulating the emotions of children with T1D and their parents, can significantly contribute to the design of a mentalizing problems scale, developing psychological interventions, and improving medical services.

Keywords: Mentalizing Problems, Child, Type 1 Diabetes (T1D), Parents, Qualitative Study.

مشکلات ذهنی‌سازی در کودکان مبتلا به دیابت نوع یک و والدین آن‌ها: یک مطالعه کیفی

- دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی‌شهر، اصفهان، ایران  **طیبه مدنی‌فر**
- استادیار، دانشگاه شهید بهشتی، پژوهشگاه خانواده، تهران، ایران  *** پریسادات سیدموسوی**
- استاد، مرکز تحقیقات بیماری‌های متابولیک کبد، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران  **مهین هاشمی‌پور**
- استادیار، گروه مشاوره، واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی‌شهر، اصفهان، ایران  **مهدی تبری‌زی**
- مدیر، موسسه علمی به‌رویان، اصفهان، ایران  **مجید کوهی اصفهانی**

چکیده

ظرفیت ذهنی‌سازی یا توانایی فهم وضعیت ذهنی خود و دیگران، همچنین نشان دادن واکنش مناسب به آن، می‌تواند نقش به‌سزایی در فرایند درمانی و سازگاری با تغییرات ناشی از بیماری‌های مزمن در زندگی ایفا کند. هدف این پژوهش کیفی، شناسایی مشکلات ذهنی‌سازی کودکان ۸ تا ۱۲ ساله مبتلا به دیابت نوع یک و والدین آن‌ها است. لذا با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند تا حد اشباع و با بهره‌گیری از رویکرد پدیدارشناسی استعلایی یا روان‌شناختی و از طریق مصاحبه نیمه‌ساختاریافته، برگرفته از سؤالات مقیاس عملکرد تأملی کودکان و نوجوانان و فرم مصاحبه تحولی والدین، تجارب زیسته ۱۸ کودک مبتلا به دیابت نوع یک و ۲۲ نفر از والدین آن‌ها تحلیل و طبقه‌بندی شد. حاصل نهایی این مطالعه پدیدارشناسانه، استخراج سه مضمون کلی شامل عوامل زمینه‌ساز شکست ذهنی‌سازی، انواع مشکلات شایع ذهنی‌سازی و پیامدهای شکست ذهنی‌سازی است. نتایج این پژوهش و تأمل بر مدل چرخه شکست ذهنی‌سازی، علاوه بر

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری رشته مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خمینی‌شهر است.

* نویسنده مسئول: p_mousavi@sbu.ac.ir

تسهیل روابط و تنظیم هیجانات کودکان و والدین درگیر این بیماری، می‌تواند به طراحی مقیاس سنجش مشکلات ذهنی‌سازی، تدوین مداخلات روان‌شناختی و توسعه خدمات پزشکی کمک قابل توجهی نماید.

کلیدواژه‌ها: مشکلات ذهنی‌سازی، کودک، دیابت نوع یک، والدین، مطالعه کیفی.

مقدمه

یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن کودکان که والدین را نیز به‌طورجدی درگیر می‌کند، دیابت نوع یک است. این بیماری از بدو تولد و یا دوران کودکی فرد آغاز می‌شود و بدن به‌دلیل خودایمنی در مقابل سلول‌های بتا که سازنده انسولین هستند، با عدم ترشح انسولین یا ترشح ناکافی آن مواجه می‌شود (کاسپر^۱ و همکاران، ۲۰۱۵). حفظ کنترل متابولیکی مناسب باهدف به حداقل رساندن خطر عوارض بیماری، در کنار حفظ سبک زندگی انعطاف‌پذیر و باکیفیت برای کودکان مبتلا به این بیماری و خانواده‌های آنها، یک چالش خاص است (گراجیزسکاسفکا^۲ و همکاران، ۲۰۲۱) که تمام اعضای خانواده به‌خصوص والدین را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مطالعات گوناگون حاکی از تجربه نگرانی دائمی والدین، گوش‌به‌زنگی مداوم و احساس فشار از مسئولیت همیشگی مراقبت از این کودکان است (هاگل، هالند و هیل^۳، ۲۰۲۲؛ کیمبل^۴ و همکاران، ۲۰۲۱ و بلکامه، فرهادی و خیاطان، ۱۴۰۲).

علاوه بر چالش‌هایی که والدین تجربه می‌کنند؛ استرس ناشی از درمان و مراقبت، کودکان را در معرض ابتلا به مشکلات روان‌شناختی قرار می‌دهد (سنز نوگس^۵ و همکاران، ۲۰۲۰). پژوهش مدنی‌فر و همکاران (۱۴۰۱)، حاکی از شیوع بالای مشکلات روان‌شناختی درونی‌سازی و برونی‌سازی شده در کودکان مبتلا به دیابت نوع یک است. این مشکلات باعث عدم تعادل متابولیک بدن و افزایش قند خون می‌شود (هیلیارد^۶ و همکاران، ۲۰۱۶). فوناگی و موران^۷ (۱۹۹۳ و ۱۹۹۴) پس از مطالعات عمیق روانکاو بر روی کودکان مبتلا به دیابت نوع یک استدلال کردند که تجربه استرس در این کودکان از طریق هورمون‌های مرتبط با استرس بر متابولیسم بدن و جذب انسولین اثر می‌گذارد و عملکرد تنظیم‌کننده آن

-
1. Kasper
 2. Grudziąż-Sękowska
 3. Haegele, Holland & Hill
 4. Kimbell
 5. Sanz-Nogués
 6. Hilliard
 7. Fonagy & Moran

را کاهش می‌دهد. علاوه بر این، بیماران با کنترل متابولیک ضعیف، حساسیت بیشتری نسبت به استرس دارند؛ زیرا عدم تعادل مکرر، ظرفیت هموستاتیک^۱ (متعادل کننده) سیستم‌های عصبی و غدد درون‌ریز را تضعیف می‌کند و بنابراین هورمون‌های استرس بیشتری از طریق خون به گردش درمی‌آیند که منجر به پاسخ‌های اغراق‌آمیز کودک در برابر یک رویداد استرس‌آمیز خفیف شده و این چرخه آسیب‌زا تکرار می‌گردد.

از سوی دیگر، پژوهش‌ها نشان می‌دهد والدین این کودکان نیز سطح نسبتاً بالایی از استرس، علائم اضطراب و افسردگی را نشان می‌دهند (باسی^۲ و همکاران، ۲۰۲۱ و ون‌گمپلائر^۳ و همکاران، ۲۰۲۰)؛ چراکه آن‌ها مسئولیت کامل و روزانه مدیریت دیابت، شامل سنجش سطح گلوکز خون، تنظیم میزان مصرف غذا و تزریق انسولین برای کودک خود را بر عهده دارند و لازم است علاوه بر مراقبت‌های پزشکی، به نیازهای عاطفی آن‌ها مانند ترس از تزریق، درد و ناامنی نیز توجه کنند (دیکاسیا اسپاراپانی، ژاکوب و ناسیمنتو^۴، ۲۰۱۵). هم‌چنین فرایندهای رفتاری ویژه دوران کودکی، مانند ایجاد خودمختاری و رفتار مقابله‌جویانه (مثل امتناع از غذا خوردن که در کودکان، طبیعی است) ممکن است در مدیریت دیابت و کنترل مطلوب قند خون، خلل ایجاد کند. نهایتاً تداخل این چانه‌زنی‌ها با مسئولیت والدین، احتمالاً بر کیفیت تعامل والدین و کودک تأثیر منفی می‌گذارد. با این وجود، دانش کمی درباره کیفیت تعامل والدین و کودک مبتلا به دیابت نوع یک وجود دارد (نایوستیگ^۵، ۲۰۱۵).

امروزه نظریه‌های ذهنی‌سازی^۶ و دلبستگی به‌عنوان رویکردهای روان‌پویایی معاصر، جهت رفع محدودیت‌های نظری و روش‌شناختی رویکردهای روان‌تحلیلی سنتی به کار گرفته می‌شوند. این رویکردها علاوه بر لحاظ کردن تجربه ذهنی کودک و دنیای درونی

-
1. Homeostatic Capacity
 2. Bassi
 3. Van Gampelaere
 4. de Cássia Sparapani, Jacob & Nascimento
 5. Nieuwesteeg
 6. Mentalizing theoreis

او، ارتباط مادر و کودک را به‌عنوان زمینه مهم بین فردی و عامل ایجاد توسعه در نظر می‌گیرد (کاستاکوردلا^۱، ۲۰۱۹). ظرفیت ذهنی‌سازی، یک کنش تأملی^۲ برای درک حالات ذهنی خود و دیگران است و از طریق روابط بین فردی در دوران کودکی و بررسی زیربنای رفتارهای فرد، آشکار می‌شود (لویتن^۳ و فوناگی، ۲۰۱۶). ظرفیت ذهنی‌سازی، ظرفیتی شکننده است و گاهی به‌طور موقت از بین می‌رود؛ به‌ویژه هنگامی که افراد تحت استرس یا در شرایط برانگیختگی هیجانی هستند، حداقل به‌صورت موقت افت می‌کند (میجلی و همکاران، ۲۰۱۷؛ ترجمه سیدموسوی و همکاران، ۱۴۰۰).

تجربه استرس، ناامیدی و پریشانی زیاد در زندگی همراه با دیابت نوع یک می‌تواند زمینه‌ساز شکست ذهنی‌سازی در کودکان مبتلا به دیابت باشد و از آنجایی که توانایی ذهنی‌سازی یا کنش تأملی والدینی نقش مهمی در رشد ظرفیت کودک در ذهنی‌سازی دارد (انسینک و مایس^۴، ۲۰۱۰)؛ شناسایی مشکلات ذهنی‌سازی والدین می‌تواند نقش مهمی در شناسایی مشکلات ذهنی‌سازی کودکان و درنهایت پیش‌گیری از مختل شدن روابط والد-فرزندی در بحبوحه مراقبت‌های درمانی داشته باشد.

به‌طور کلی مشکلات ذهنی‌سازی را می‌توان از دو منظر کلی بررسی نمود: گاهی ناشی از ذهنی‌سازی تحول‌نیافته، بدین معنا که بسیاری از کودکان و برخی از بزرگ‌سالان در فرایند رشدی، ظرفیت محدودی در درک احساسات و حالات درونی خود و دیگران کسب می‌کنند و گاهی، ناشی از شکست در فرایند ذهنی‌سازی؛ چه به‌صورت موقت در مواجهه با چالش‌ها و هیجانات شدید و برهم خوردن تعادل در ابعاد ذهنی‌سازی و چه به‌صورت مزمن که به‌شکل بازگشت به حالات پیش‌ذهنی‌سازی^۵ یا فقدان ذهنی‌سازی نمود پیدا می‌کند (میجلی و همکاران، ۲۰۱۷؛ ترجمه سیدموسوی و همکاران، ۱۴۰۰). با توجه به مراقبت‌های روزانه استرس‌زا و چالش‌های ارتباطی محتمل بین کودک مبتلا به دیابت نوع

1. Costa-Cordella
2. Reflective function
3. Luyten
4. Ensink & Mayes
5. Prementalistic

یک و والدین او، شناسایی زمینه و انواع مشکلات ذهنی‌سازی این افراد از اهمیت بالایی برخوردار است.

تاکنون تحقیقات کمی متعددی، پیرامون مشکلات روان‌شناختی کودکان مبتلا به دیابت نوع یک، کیفیت زندگی و مداخلات روان‌شناختی ویژه آن‌ها انجام شده است (اکبری زاده، نادری فر و قلجایی^۱، ۲۰۲۲؛ بنتون^۲ و همکاران، ۲۰۲۳؛ باچبرگر^۳ و همکاران، ۲۰۱۶؛ رینولدز و هلگسن^۴، ۲۰۱۱؛ ویانا^۵ و همکاران، ۲۰۱۶ و دلاماتر^۶ و همکاران، ۲۰۱۸)؛ اما درک همه‌جانبه از چالش‌های زندگی کودک با یک بیماری مزمن از طریق بررسی عمیق تجارب زیسته این کودکان و والدین آن‌ها به دست می‌آید. به عبارتی می‌توان گفت فهم علت و چگونگی عملکرد انسان‌ها در موقعیت‌های گوناگون به کمک پژوهش کیفی امکان‌پذیر است.

بررسی‌ها نشان می‌دهد پژوهش‌های کیفی در حیطه دیابت نوع یک، بیشتر حول تجربیات والدین این کودکان صورت گرفته است (بلکامه، فرهادی و خیاطان، ۱۴۰۲؛ کیمبل و همکاران، ۲۰۲۱ و هاگل، هالند و هیل، ۲۰۲۲) و یا بر مسائل نوجوانان متمرکز شده است (همتی، احمدی و انوشه ۱۳۸۷؛ کرمان ساروی، نویدیان و انصاری مقدم، ۱۳۹۰؛ علایی و همکاران، ۱۳۹۵؛ عبدلی و همکاران، ۱۳۸۷ و افشار، معماریان و محمدی، ۱۳۹۴). رویکرد ذهنی‌سازی با کمک به درک علل پشت رفتار، نیات درونی، احساسات و اهداف خود و دیگران، بستر مناسبی برای انجام پژوهش کیفی فراهم می‌کند؛ اما تاکنون پژوهش کیفی در رابطه با ذهنی‌سازی کودکان مبتلا به دیابت نوع یک و والدین آن‌ها منتشر نشده است و صرفاً یک مطالعه کمی توسط کاستاکوردلا (۲۰۱۹) به بررسی رابطه بین دلبستگی، ذهنی‌سازی، استرس و پیامدهای دیابت نوع یک در کودکان مبتلا به این

-
1. Akbarizadeh, Naderifar & Ghaljaei
 2. Benton
 3. Buchberger
 4. Reynolds & Helgeson
 5. Viana
 6. Delamater

بیماری و مادران آنها پرداخته و بر ضرورت انجام پژوهش‌های مبتنی بر ذهنی‌سازی برای این کودکان و والدین آنها تأکید نموده است.

بنابراین با توجه به نقش ظرفیت ذهنی‌سازی در تنظیم هیجانات و تقویت تاب‌آوری در کودکان مبتلا به دیابت نوع یک و والدین آنها برای رویارویی با چالش‌های خاص زندگی با دیابت نوع یک به‌عنوان یکی از پرزحمت‌ترین بیماری‌های مزمن و هم‌چنین خلأهای موجود در مطالعات کیفی در این زمینه؛ هدف پژوهش حاضر، شناسایی مشکلات ذهنی‌سازی کودکان مبتلا به دیابت نوع یک و والدین آنها است تا ضمن کمک به تأمل بیشتر این افراد در آگاهی بر هیجانات و ارتباطات والد-فرزندی‌شان، زمینه ایجاد درک جامعی از شرایط و مشکلات آنها برای کادر درمان و روان‌شناسان فراهم آید.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر، کیفی و از نوع پدیدارشناسی بوده و جامعه آماری آن، کودکان مبتلا به دیابت نوع یک در سنین دبستان و والدین آنها هستند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل ابتلای کودک به دیابت نوع یک، علاقه‌مندی و تمایل به شرکت در مصاحبه، قرار داشتن کودک در سنین ۸ تا ۱۲ سال و عدم ابتلای کودک به اختلالات روان‌شناختی مانند طیف اوتیسم و ناتوانی‌های رشدی بود.

جهت اجرای پژوهش بر اساس ملاک‌های ورود، منشی مطب پزشکی یا مراکز درمانی در صورت تمایل خانواده و کودک مبتلا به دیابت نوع یک، اطلاعات و شماره تماس آنها را در اختیار مرکز علمی به رویان قرار می‌داد. پس از تماس مرکز با داوطلبان، قرار ملاقات با پژوهشگر هماهنگ می‌شد. مصاحبه با والد و کودک به‌صورت جداگانه و نیمه‌ساختاریافته توسط پژوهشگر در مدت‌زمانی حدود ۱/۵ ساعت انجام می‌شد و در زمان مصاحبه با والد، کودک همراه با همکار پژوهشگر در اتاق بازی مشغول بود. جهت حفظ اصول اخلاق در پژوهش در ابتدای جلسه، اهداف و فرایند پژوهش برای افراد بیان و به آنها اطمینان خاطر داده می‌شد که هر زمان بخواهند، می‌توانند از پژوهش خارج شوند و عدم همکاری آنان به‌هیچ‌وجه مشکلی در رابطه با فرایند درمانی آنها ایجاد نخواهد کرد.

کد اخلاق این پژوهش IR.IAUKHSH.REC.1400.050 است. نمونه‌گیری هدفمند تا حد اشباع داده‌ها ادامه یافت و در نهایت ۱۸ کودک و ۲۲ والد (چهار پدر و مادر با هم) مورد مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با ابزار استاندارد که در ادامه شرح داده خواهد شد؛ قرار گرفتند. سپس تمامی جملات، واژگان و توصیفات مصاحبه‌شوندگان با معنای آشکار یا پنهان مرتبط با مشکلات ذهنی‌سازی استخراج و بازخوانی شد و بر اساس رویکرد استعلایی یا روان‌شناختی (کرسول، ۲۰۰۷؛ ترجمه کیامنش و دانای طوسی، ۱۳۹۶) تحلیل و طبقه‌بندی گردید. برای اطمینان از روایی و پایایی داده‌ها از معیارهای خاص پژوهش کیفی شامل باورپذیری (روایی درونی)، انتقال‌پذیری (روایی بیرونی) و اعتمادپذیری (پایایی) استفاده شده است. برای باورپذیری، از روش بازنگری توسط شرکت‌کنندگان و متخصصین استفاده شد؛ جهت انتقال‌پذیری تلاش شد تا مصاحبه‌شوندگان از تنوع کافی در جنسیت، سن و سطح فرهنگی برخوردار باشند و جهت اعتمادپذیری در دسترس بودن تمامی کدها، مضامین و زیرمضامین به تفکیک هر مصاحبه‌شونده برای بررسی توسط محققان دیگر، فراهم شد تا اطمینان حاصل کنند مفهومی بر تجارب زیسته افراد تحمیل نشده است.

مصاحبه با کودکان بر مبنای سؤالات مقیاس عملکرد تأملی کودکان و نوجوانان (CRFS)^۱ (انسینک و همکاران، ۲۰۱۵) صورت گرفت. این مصاحبه، توانایی افراد ۷ تا ۱۷ سال در ذهنی‌سازی خود و چهره‌های دلبستگی‌شان را از طریق بررسی روابط کودک با والدین‌اش، توصیف واکنش والدین هنگامی که ناراحت می‌شوند و یا کودک را در معرض فشار و آسیب می‌بینند؛ می‌سنجد و در همه موارد آنچه در ذهن کودک راجع به خودش و روابطش با دیگران مهم زندگی‌اش می‌گذرد را جویا می‌شود. برای مصاحبه با والدین از سؤالات فرم مصاحبه تحولی والدین (PDI)^۲ (اسلید^۳، ۲۰۰۵) باهدف ارزیابی ظرفیت ذهنی‌سازی والد برای در نظر گرفتن تجارب هیجانی خود، کودک یا در نظر گرفتن

1. Child and Adolescent Reflective Functioning Scale (CRFS)

2. Parent Development Interview (PDI)

3. Slade

تجارب خویش به‌عنوان یک والد استفاده شد. در این مصاحبه از والدین خواسته می‌شود که رابطه کنونی خود با فرزندشان را با ارائه مثال توصیف کنند.

یافته‌ها

در این پژوهش ۱۸ کودک ۸ تا ۱۲ ساله مبتلا به دیابت نوع یک و ۲۲ نفر از والدین آنها (چهار پدر و مادر با هم) شرکت کردند که در جدول ۱، اطلاعات جمعیت‌شناختی آنها بیان شده است.

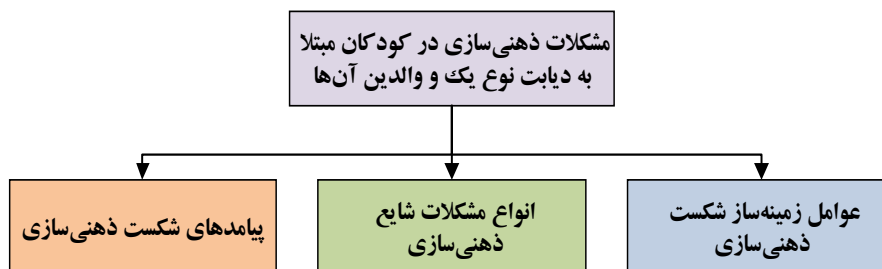
جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی

شماره	والد	سن	تحصیلات	شغل	تعداد فرزندان	مشخصات فرزند مبتلا به T1D		
						جنس	سن	رتبه تولد
۱	پدر	۴۰	سیکل	آزاد	۲	دختر	۱۲	۱
۲	مادر	۳۷	سیکل	خانه‌دار	۱	پسر	۹	۱
۳	مادر	۳۰	دیپلم	خانه‌دار	۱	پسر	۸	۱
۴	پدر	۵۰	لیسانس	فرهنگی	۲	دختر	۱۱	۲
	مادر	۴۰	دیپلم	خانه‌دار				
۵	پدر	۵۲	دکتری	استاد	۲	دختر	۱۲	۲
	مادر	۴۳	لیسانس	کارمند				
۶	مادر	۳۹	لیسانس	خانه‌دار	۱	پسر	۸	۱
۷	مادر	۳۵	لیسانس	معلم	۱	دختر	۸	۱
۸	مادر	۳۶	لیسانس	خانه‌دار	۲	دختر	۸	۱
۹	مادر	۳۸	دیپلم	خانه‌دار	۲	دختر	۱۱	۱
۱۰	مادر	۳۴	لیسانس	خانه‌دار	۲	پسر	۱۲	۱
۱۱	پدر	۴۳	دیپلم	آزاد	۴	دختر	۱۲	۱
	مادر	۴۳	لیسانس	خانه‌دار				
۱۲	مادر	۳۶	سیکل	آرایشگر	۲	دختر	۸	۲

شماره	والد	سن	تحصیلات	شغل	تعداد فرزندان	مشخصات فرزند مبتلا به T1D		
						جنس	سن	رتبه تولد
۱۳	مادر	۳۰	سیکل	خانه‌دار	۲	پسر	۱۲	۱
۱۴	مادر	۴۳	دیپلم	نظافت کار	۲	دختر	۱۱	۲
۱۵	مادر	۴۱	دیپلم	خانه‌دار	۲	پسر	۹	۱
۱۶	مادر	۳۳	دیپلم	خانه‌دار	۲	دختر	۱۰	۲
۱۷	مادر	۳۸	لیسانس	کارمند	۱	دختر	۹	۱
۱۸	پدر	۴۴	دکتری	استاد	۳	پسر	۸	۲
	مادر	۳۷	لیسانس	خانه‌دار				

پس از پیاده‌سازی و تجزیه و تحلیل داده‌ها، سه مضمون کلی از مشکلات ذهنی‌سازی کودکان مبتلا به دیابت نوع یک و والدین آن‌ها؛ شامل عوامل زمینه‌ساز شکست ذهنی‌سازی، انواع مشکلات شایع ذهنی‌سازی و پیامدهای شکست ذهنی‌سازی تدوین گردید که این سه مضمون کلی شامل ۱۸ زیرمضمون اصلی و ۵۰ زیرمضمون فرعی، به دست آمده از ۲۱۲ کد اولیه است و در ادامه به تفکیک بررسی خواهند شد (شکل ۱).

شکل ۱. مضامین کلی مشکلات ذهنی‌سازی در کودکان مبتلا به دیابت نوع یک و والدین آن‌ها



الف- عوامل زمینه‌ساز شکست ذهنی‌سازی

با بررسی دقیق تجارب زیسته مصاحبه‌شوندگان مشخص شد مسائلی همچون قرار گرفتن در برخی موقعیت‌ها، عوامل درون‌روانی و عوامل ارتباطی، زمینه شکست ذهنی‌سازی را در

این افراد ایجاد می‌کرد. در ادامه این سه عامل (شکل ۲) به همراه زیرمضمون‌های فرعی آنها بررسی شده است.

۱- موقعیت‌های زمینه‌ساز شکست ذهنی‌سازی: تحلیل مصاحبه شرکت‌کنندگان نشان داد ذهنی‌سازی آنها در موقعیت‌های درمانی-مراقبتی، موقعیت‌های اجتماعی و موقعیت‌های اقتصادی دچار شکست می‌شود. موقعیت‌های درمانی-مراقبتی (مثلاً رویارویی کودک با محدودیت غذایی و بهانه‌گیری او) اغلب هیجانات شدیدی را در والدین و کودک برمی‌انگیزد؛ به طوری که والدین گاهی به جای همدلی با کودک، به ترساندن او از عوارض بیماری، مرگ و یادآوری خاطرات بیمارستان اقدام می‌کردند و کودک نیز با سرکشی و عدم انجام مراقبت‌های درمانی به تقابل با والدین می‌پرداخت. به عنوان مثال مادر شماره ۱۲ بیان کرد:

«یک بار دخترم گفت که آیس پک می‌خواهد، اما قندش ۴۰۰ بود. به او گفتم که نمی‌خرم چون قندش بالا است. او گفت: «دلم می‌خواد». من پاسخ دادم: «نمی‌خرم چون می‌خواهم تو برای من بمانی و دوستت دارم. حاضرم ناراحت باشی، اما سلامتیت را حفظ کنم.» او هم گریه کرد و قهقهه کرد. بهش گفتم: «من دوست دارم دخترم زنده باشد و پیشم زندگی کند، نه اینکه زیر خاک باشد و هر بار بیایم به او سر بزنم.» او پرسید: «یعنی می‌میرم؟» گفتم: «بله، وقتی قندت خیلی بالا باشد، ممکن است بمیری.» او ادامه داد: «یعنی چی می‌شود؟» گفتم: «می‌روی تو کما. یادت نیست یک دختر در بیمارستان حالش بد شد و رفت تو کما چون رعایت نکرده بود؟»»

شکل ۲. عوامل زمینه‌ساز شکست ذهنی‌سازی



برخی والدین در موقعیت‌های درمانی-مراقبتی، مانند تجربه درد ناشی از تزریق مکرر انسولین و سوزن تست قند خون، بالا بودن قند خون کودک، و مواجهه با سهل‌انگاری یا مقاومت کودک در برابر اقدامات درمانی، توانایی ذهنی‌سازی و درک علت رفتار فرزند خود را از دست می‌دهند. به تبع این رفتارهای غیرهمدلانه، کودک نیز دچار شکست

ذهنی‌سازی می‌شود. به عنوان مثال، مادر شماره ۳ بیان کرد:

«از وقتی پسر من دیابت گرفته، کلاً عصبانی‌ام و خیلی اعصابم سریع خرد می‌شود. وقتی می‌بینم انسولین می‌زنم و دردش می‌آید، قاطی می‌کنم. گاهی او ناراحت و عصبانی می‌شود و می‌گوید چرا باید انسولین بزنم؟ حال ندارم، خستم. حالا می‌خواهم بروم و من هم سرش داد می‌زنم تا انجام بده.»

دومین زیرمضمون فرعی از موقعیت‌های زمینه‌ساز شکست ذهنی‌سازی، قرار گرفتن در موقعیت‌های اجتماعی فشارزا است، مانند احتمال قضاوت یا مسخره شدن، قرار گرفتن در معرض نگاه ترحم‌آمیز و احساس طرد شدن و بی‌توجهی. کودک شماره ۱۵ در توضیح علت عدم رعایت موارد درمانی بیان کرد:

«برام سخته نمی‌توانم به دوستانم بگویم من دیابت دارم چون بعدش می‌گن آخی این دیابت داره ولی ما نداریم. دوست ندارم به کسی بگویم که قند دارم چون مردم می‌گن گناه داره قند گرفته، مثلاً هشت سالشه، نه سالشه.»

گفت‌وگو با مصاحبه‌شوندگان نشان داد که موقعیت‌های اقتصادی چالش‌برانگیز به عنوان سومین زیرمضمون فرعی، زمینه‌ساز شکست ذهنی‌سازی در بسیاری از خانواده‌ها، به‌خصوص اقشار ضعیف، می‌شود. لزوم مراقبت دائمی از کودک مبتلا به دیابت نوع یک در برخی موارد باعث اجبار به کاهش ساعات، تغییر یا ترک شغل یکی از والدین شده بود. همچنین تأمین هزینه‌های درمان و قرار گرفتن در شرایط تنگنای مالی، گاهی به اجبار باعث کاهش کیفیت درمان کودک و احساس گناه والدین می‌شد. برخی مصاحبه‌شوندگان نیز شکست ذهنی‌سازی را به‌دنبال استرس، برهم خوردن آرامش و حتی افزایش قند عصبی کودک به علت فشارهای اقتصادی تجربه کرده بودند. مادر شماره ۸ در این خصوص بیان کرد:

«چیزی که بیشترین درد و مشکل را برایم به وجود می‌آورد، این است که دکترش می‌گوید روزی پنج بار باید تست بگیریم تا ببینیم قند بچه چطوره، اما کیت‌های تست خیلی هزینه‌اش بالاست. حقوق شوهرم زیاد نیست که بتواند... به خاطر

هنرینه‌ها مدتی است تست گرفتن را کم‌کردم و از این بابت نگران و ناراحتم و عذاب وجدان دارم. همش با بچه‌هایم دعوا می‌شود».

۲. عوامل درون‌روانی زمینه‌ساز شکست ذهنی‌سازی: عوامل درون‌روانی زمینه‌ساز شکست ذهنی‌سازی، مانند تجربه هیجانی شدید و ناتوانی در تنظیم آن، در اکثر مصاحبه‌شوندگان و به دفعات زیاد مشاهده شد. این هیجانات اغلب در پنج حالت بروز پیدا می‌کرد. عصبانیت و پرخاشگری، استرس و اضطراب، احساس افسردگی و غم، احساس گناه و دلخوری، یا سرکوب هیجانات. احساس گناه مادر شماره ۵ باعث توجه افراطی و انحصاری به مراقبت‌های درمانی و شکست ذهنی‌سازی در خودش و فرزندش شده است: «خیلی مواقع می‌گویم اگر من زودتر می‌بردمش آزمایش، زودتر می‌فهمیدم شاید دیابت نمی‌گرفت. خیلی احساس گناه دارم».

در پاسخ به این احساس گناه، او ادامه داد:

«توجهم را بیشتر به کارهای دیابتش، به خوردنش و به زدن انسولین‌هایش معطوف کردم که او هم حساس شده و از من سوءاستفاده می‌کند. فهمیده که من حساس هستم و لجبازی می‌کند. مثلاً جایی که می‌رویم، چند ساعت هیچی نمی‌خورد و قندش می‌افتد. مثلاً این طوری می‌خواهد بگوید من حالم بد. هرچه می‌گویم این را بخور، می‌گوید نه، نمی‌خواهم. یهو می‌گوید مامان، مامان، با حالت بد... قندم افتاده روی پنجاه و من با استرس بلند می‌شوم».

دومین عامل درون‌روانی شکست ذهنی‌سازی، عدم پذیرش بیماری است که اغلب با احساس ناتوانی و خشم همراه است و در برخی مصاحبه‌شوندگان منجر به پنهان کردن بیماری از دوستان، اطرافیان نزدیک و در مواردی حتی از خود کودک شده بود. بسیاری از افراد چالش‌های معنوی و ناامیدی در زندگی را تجربه کرده بودند و یا با امیدواری غیرواقع‌نگرانه، حتی پس از گذشت سال‌ها از ابتلای کودک، هنوز نتوانسته بودند ماهیت درمان‌ناپذیری بیماری را قبول کنند و با اقدامات ناکارآمد و پیگیری موارد شبه‌درمانی، به لحاظ جسمی و روانی متحمل آسیب‌های زیادی شده بودند. صحبت پدر شماره ۴ گویای

این مورد است:

«(دخترم) می‌گفت انسولین نمی‌زنم، حتی اگر بمیرم هم نمی‌زنم. فکر می‌کرد از طب سنتی نتیجه می‌گیرد. بی‌قراری می‌کرد و می‌گفت من خوب می‌شوم. البته خودمان هم همین برداشت را داشتیم که لوزالمعده دوباره فعال می‌شود و درمان کامل صورت می‌گیرد و دیگر عین یک فرد عادی نیازی به هیچ دارویی نخواهد داشت. برای همین یک سال انسولین نزدیم و گیاهی درمان کردیم تا اینکه بچه بدحال شد و نزدیک بود به کمای دیابتی برود. خیلی از نظر روحی ضربه خوردیم.»

همان‌طور که در شکل ۲ مشاهده می‌شود، آخرین عامل درون‌روانی، نشخوار فکری و اشتغال ذهنی منفی‌نگرانه با بیماری و مشکلات ناشی از آن است که باعث عدم توجه به جنبه‌های دیگر زندگی شده و آستانه تحمل افراد را در رویارویی با تنش‌ها کاهش می‌دهد. نگرانی از عوارض بیماری، مانند کمای دیابتی، آسیب به کلیه‌ها، قلب، چشم و دیگر اندام‌ها، طبیعی است؛ اما برخی از کودکان یا والدین در این باره و حتی مسائلی مثل شرایط شغلی، ازدواج و بارداری کودک در آینده، نگرانی و استرس زیادی را تجربه می‌کردند که زمینه‌ساز شکست ذهنی‌سازی در آنها می‌شد. مثال زیر، نقل قولی از کودک شماره ۱۴ است که مادرش به‌خاطر همین نگرانی‌ها، او را نیز می‌ترساند و تهدید می‌کرد:

«اگر رژیم‌ورعایت نکنم، مامانم دعوا می‌کند و می‌گوید چشمت کور می‌شود و دست و پاتو قطع می‌کنند. یک بار هم شنیدم یکی قندش رفته بود بالا و انگشتاش سیاه شد و قطعش کردند.»

۳. عوامل ارتباطی زمینه‌ساز شکست ذهنی‌سازی: افراد بیشتر در ذهنی‌سازی با کسانی ضعیف هستند که آنها را دوست دارند. یافته‌های پژوهش حاضر نیز نشان‌دهنده این است که چالش در زمینه‌های ارتباطی مهم، همچون تعاملات ناکارآمد بین والدین، همشیران، روابط والد-فرزندی و روابط با کادر درمانی، از عوامل اصلی زمینه‌ساز شکست ذهنی‌سازی به حساب می‌آید. در تعداد زیادی از مصاحبه‌ها، والدین حتی پس از گذشت

سال‌ها، یکدیگر را در مورد بیمار شدن کودک مقصر دانسته و سرزنش می‌کردند. برخی از آن‌ها دیگری را به خاطر عدم همکاری در امور درمانی شماتت می‌کردند و گاهی نیز در تصمیمات مرتبط با بیماری کودک، مانند پنهان کردن بیماری از اقوام، دچار اختلاف نظر و در ذهنی‌سازی با مشکل مواجه می‌شدند. مادر شماره ۱۵ می‌گوید:

«با همسر مشکل دارم. پسر من که دیابت گرفت، ایشون مأوریت بودند. پسر من یک سرماخوردگی خیلی جزئی گرفت و بعد یک دفعه دیابتش بروز کرد. چون شوهرم نبود، حالا همش می‌گوید تو باعث شدی بچه دیابت بگیره. می‌گه تو باعث شدی دور از جون الانش، بره تو کما و بعد دیابت بگیره. خیلی تو روحیه من اثر داشت. پسر من خیلی شنید این را. یعنی یک کینه‌ای تو دل شوهرم هست. چند ساله گذشته، باز من می‌گه تو باعث شدی بچه دیابت بگیره. اصلاً بینمون هیچ ارتباط دوستانه زن و شوهری نیست.»

ملاحظات ویژه، مراقبت‌ها و محدودیت‌های اعمال شده توسط والدین برای کودک بیمار، بعضاً باعث ایجاد حسادت یا مقایسه کودک مبتلا با همشیران در مورد توجه والدین شده و امکان بروز تعاملات ناکارآمد را بیشتر می‌کند. در برخی موارد نیز همشیران سالم در پذیرش محدودیت‌های غذایی در سبب خانواده مشکل دارند و از تغییرات سبک زندگی ناراضی‌اند. مادر شماره ۱۳ می‌گوید:

«پسر من به دوستش گفته مامان بابام داداشمو بیشتر از من می‌خوان. اون سالمه و همه چی می‌تونه بخوره. برا اون همه چیز می‌خرند، وقتی هم برا اون یکی (فرزند سالم) نمی‌خرم، خودش می‌زنه می‌کشه و می‌گه چرا نمی‌خری. نمی‌دونم چی کار کنم. روحیه اون هم خراب نشه. برا همین چیزا فکر می‌کنه اونو بیشتر دوست داریم. آخرش می‌ترسم به بلایی سر اون یکی بیاره.»

تعاملات ناکارآمد والدین و کودک بیمار بیشترین فراوانی را در میان عوامل ارتباطی زمینه‌ساز شکست ذهنی‌سازی داشت؛ چرا که فشارهای روانی و مسئولیت‌های درمانی، بعضاً والدین را خسته و فرسوده می‌کند. آن‌ها نیز تصمیم می‌گیرند برای اینکه زودتر به هدفشان برسند و کودک را به انجام وظایف درمانی وادارند، از روش‌های غیرمنعطف و

سخت‌گیرانه یا بیش‌کنترل‌گری و سلب استقلال کودک استفاده کنند. کودکان نیز در مقابل این فشار از خود مقاومت نشان می‌دهند و از فرامین والدین سرپیچی می‌کنند. برخی از والدین نیز در شرایط فشارزا، توانایی تعامل مثبت و برقراری رابطه لذت‌بخش و مبتنی بر بازی را از دست می‌دهند و نمی‌توانند با هیجانات کودک هم‌کوک باشند و همدلی نشان دهند. از این رو، بدون توجه به نیازهای روانی کودک، موارد درمانی را پیگیری می‌کنند. گاهی والدین در موقعیت‌های چالش‌برانگیز، پرخاشگری می‌کردند؛ اما کمی بعد از رفتار خود پشیمان می‌شدند و برای رهایی از احساس گناه، بدون اینکه در مورد علت عصبانیت و رفتار خود توضیحی دهند، به کودک محبت می‌کردند و با ارسال پیام‌های کلامی و غیر کلامی متناقض، دنیا را برای او غیرقابل پیش‌بینی و ناامن جلوه می‌دادند و این‌گونه زمینه شکست ذهنی‌سازی را فراهم می‌کردند. گفته‌های مادر شماره ۸ روش‌های غیرمنعطف و سخت‌گیرانه را به خوبی به تصویر می‌کشد:

«بعد از غذا اگر قندش خوب نباشه، عصبانی می‌شوم و می‌گویم بدو ورزش کن، حلقه بیار بزن. می‌گویم بهت اینو نخور، چرا خوردی؟ چرا حرف منو گوش نمی‌دی؟ این جوری عصبانی می‌شوم و رابطمون بد می‌شود. او هم نمی‌خواهد انجام بده و با عصبانیت می‌آورد و می‌گوید نمی‌خواهد این کار را انجام بده. من هم دعواش می‌کنم، شاید کمی هم تنبیه بدنی، البته نه آن‌چنانی. بهش می‌گویم خوب بهت گفتم که نخور، چرا بیشتر از اون‌ی که گفتم خوردی؟»

گلابه کودک شماره ۵ نیز پیگیری موارد درمانی توسط والدین بدون توجه به نیازهای روانی او را نشان می‌دهد:

«تو چه احساسی پیدا می‌کنی وقتی مامانت به خاطر انسولین نزدت عصبانی می‌شود؟ - من هم حرص می‌خورم، بعضی وقت‌ها می‌خندم تا حرصشو در بیارم. - به نظرت رفتار مامانت منصفانه است؟ - بعضی وقت‌ها که من انسولین نمی‌زنم، خب درست می‌گه، ولی بعضی وقت‌ها از خواب پا می‌شوم، مثلاً یک جایی رفتیم، تا از در اتاق می‌آیم، جلو همه می‌گویند لنتوستو زدی، نوروپیدو زدی، فلان؟ خیلی عصبانی می‌شوم. می‌گویند این کار را انجام بده. من هم می‌گویم خب

بابا بذار من پاشم یک سلامی صبح بخیری بکنم، ولی خب می‌دانید، نگرانه. یک حس مادرانه است دیگه. - اون لحظه یادت می‌آید که حس مادرانه است؟ - نه، اون لحظه چون عصبانیم. بعد جلو همه، مثلاً همون دوستم که گفتم، پدر مادرش بهش می‌گویند صبح بخیر عزیزم، خوبی، فلان... ولی من نه، تا بیدار می‌شوم، مامانم می‌گوید لنتوستو زدی، فلان.»

تعاملات ناکارآمد کادر درمان، آخرین زیرمضمون از عوامل ارتباطی زمینه‌ساز شکست ذهنی‌سازی است. با وجود خدمات مفید و نجات‌بخش کادر درمان و پزشکان برای سلامتی کودکان مبتلا به دیابت نوع یک، گاهی برخی رفتارها و توصیه‌ها بدون در نظر گرفتن شخصیت و شرایط مراجع، می‌تواند منجر به ایجاد استرس و احساس گناه در آنان شود. بعضی اوقات نیز کادر درمان برای ترغیب کودک به انجام موارد درمانی و تفهیم ضرورت آن، از روش‌های ظاهراً نتیجه‌بخش، اما آسیب‌زا مانند طرد و تهدید کودک و حتی تحریف و سرکوب احساسات وی استفاده می‌کردند که نهایتاً زمینه‌ساز شکست ذهنی‌سازی می‌گردید. به‌عنوان مثال، مادر شماره ۷ با زمینه کمال‌گرایی و ترس از قضاوت دیگران چنین بیان کرد:

«صبح که بیدار می‌شوم و بینم قندش ۲۵۰ یا ۳۰۰ هست، دیگه داغون می‌شوم. می‌گویم یعنی تو طول شب چه‌طوری شده بدنش؟ استرس‌هایی که به ما وارد شده، حالا وظیفه دکتیره، ولی می‌گوید یک دقیقه قند بچه بالا باشد، چربی توی رگ‌هاش رسوب می‌کند و رگ‌هاشون بسته می‌شود. تو داری به بچه ظلم می‌کنی، تو باید مواظب این باشی. پس همه این‌ها گردن منه. حتی اگر بچه خودش آخر شب چیزی خورده و من ندیدم، اما می‌گویم من مقصرم. این دفعه که رفتم مطب، این قدر استرس داشتم. می‌ترسیدم از دکتر که دفترچه قندهاش خوب نباشد. مثل این که یک معلم داشته باشی که نمره‌هاش خوب نباشد. می‌ترسیدم. حتی بعضی وقت‌ها که قندش بالا بود، اصلاً تو دفترچه نمی‌نوشتی که دکتر نبینه و دعوا نکند. یا این استرس را خیلی دارم. وقتی می‌روم پیش دکتر، سؤال می‌پرسد راجع به واحدهای غذایی، اگر بد جواب بدهم، دعوا می‌کند و

می‌گوید مقصّر تویی. باید اطلاعاتت را به‌روز کنی، کتاب بخونی، کلاس شرکت کنی. اون‌جا می‌گویم پس من مقصّر م. برای همین بعد از غذا اگر قندش خوب نباشد، عصبانی می‌شوم و رابطم با دخترم بد می‌شود.»

صحبّت کودک شماره ۷ نیز حاکی از سرکوب و تحریف احساسات او است:
«دکترم می‌گفت ناراحتی قندتو می‌بره بالا. یعنی گریه کنی، هر یک قطره اشک، گریه، یه قند می‌شه.»

ب- انواع مشکلات شایع ذهنی‌سازی

دومین مضمون کلی به‌دست آمده از تحلیل مصاحبه‌ها، انواع مشکلاتی است که در ذهنی‌سازی کودکان و والدین شرکت‌کننده در این پژوهش به‌وفور مشاهده می‌شود و شایع است. این مشکلات، همان‌طور که در شکل ۳ ترسیم شده، در سه گروه کلی دسته‌بندی می‌شوند: بازگشت به ساحت‌های پیش‌ذهنی‌سازی، عدم تعادل در ابعاد ذهنی‌سازی و تحول‌نیافتگی ظرفیت ذهنی‌سازی. در ادامه، اقسام موجود این حالات در مصاحبه‌شوندگان همراه با مثال‌هایی ذکر شده است.

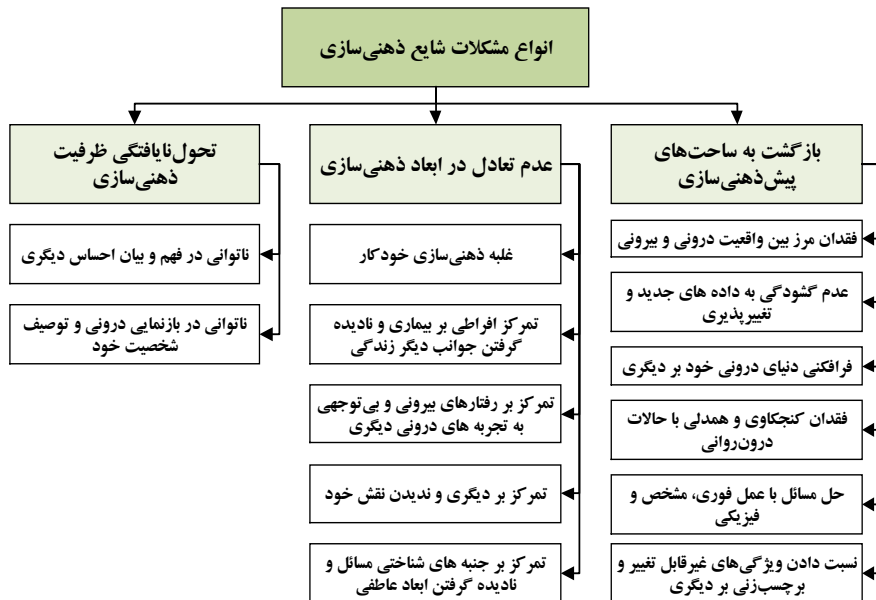
۱. بازگشت به ساحت‌های پیش‌ذهنی‌سازی: ابتلای کودک به بیماری مزمن و درمان‌ناپذیر دیابت نوع یک، کاملاً ناگهانی اتفاق می‌افتد و از این‌رو فرد و خانواده چالش‌های شناختی، هیجانی و رفتاری بسیاری را تجربه می‌کنند. قرار گرفتن در این موقعیت اضطراب‌آور می‌تواند باعث شود افراد توانایی تمرکز بر حالات درونی خود و دیگران را از دست بدهند و به ساحت فقدان ذهنی‌سازی یا به حالت‌های قبل از تکامل این توانایی بازگردند.

در این ساحت‌ها، گاهی ذهن افراد مرز بین واقعیت درونی و بیرونی را تشخیص نمی‌دهد و به عبارتی، واقعیت بیرونی بر اساس حالات درونی تحریف می‌شود. بسیاری از والدین شرکت‌کننده، به‌خصوص در رابطه با علت ابتلای فرزندشان، دچار این حالت شده بودند و دائماً مسائل بی‌ربط و غیرعلمی را به‌عنوان علت ابتلای کودک قلمداد می‌کردند.

این وضعیت باعث می‌شد که مرتب خود یا همسرشان را سرزنش کنند. به عنوان مثال، مادر شماره ۶ می‌گوید:

«پسرم از بدو تولد خیلی شدید به من وابسته بود. از وقتی که این مسئله (دیابت) پیش آمد، دیگه من سر کار نرفتم. خودم همیشه احساس می‌کنم به خاطر این که نمی‌توانست کار دیگری بکند که من پیشش باشم، ذهن ناخودآگاهش کاری کرد که مریض بشه و من صاف پیام بچسبم بهش... اگر می‌دانستم قرار است این‌طور بشود، هیچ وقت نمی‌رفتم سر کار.»

شکل ۳. انواع مشکلات شکست ذهنی‌سازی



برخی افراد به دلایلی مانند مشکلات دلبستگی، علاقه‌ای به درک افکار و حالات طرف مقابل ندارند و با نسبت دادن ویژگی‌های غیرقابل تغییر و برجسب‌زدن به دیگران تلاشی هم در این زمینه نمی‌کنند. برخی نیز هنگام رویارویی با داده‌های جدید به خاطر تفکر انعطاف‌ناپذیر و سخت، تغییری در فکر و رفتار خود ایجاد نمی‌کنند. عده‌ای از مصاحبه‌شوندگان نیز برای حل مسائل زندگی، فقط راه‌حل‌های فوری، مشخص و فیزیکی

را معتبر می‌دانستند و معمولاً برای به‌کارگیری این راه‌حل‌ها حالت اضطراب یا پرخاشگری داشتند. یکی دیگر از حالات پیش‌ذهنی‌سازی که در میان گروه مورد مطالعه به کرات دیده شد؛ فرافکنی دنیای درونی خود بر دیگری است. در این حالت فرد بدون تأمل درباره نیازها و حالات طرف مقابل، صرفاً به‌خاطر علایق، نیازهای خویش و یا اضطراب از مواجهه با واقعیت دردناک، به فرضیه‌سازی بیش‌ازاندازه درباره حالات ذهنی دیگران پرداخته و یا به‌عبارتی شبه‌ذهنی‌سازی می‌کند. به‌عنوان نمونه در گفتگو با پدر شماره ۱ که به گفته خودش دخترش تمام زندگی‌اش هست و او را در حد پرستش دوست دارد، این حالت فقدان ذهنی‌سازی به چشم می‌خورد:

«پژوهشگر: رعایت مراقبت‌های درمانی به مقدار واسه بچه‌ها سخته واسه دختر شما هم این سختی بوده؟ پدر: نه، این پدر مادری که امید به بچه می‌ده. پژوهشگر: مثلاً به چیزی نباید بخوره یا این که انسولین تزریق کنه ممکنه گاهی ناراحتش کنه؟ پدر: نه دختر من آگه از چیزی ناراحت بشه سریع لپاش قرمز میشه بعد از یک ثانیه عکس‌العمل نشون می‌ده من اصلاً ندیدم».

کودکان مبتلا به دیابت نوع یک علاوه بر تحمل درد و رنج بیماری، به لحاظ روان‌شناختی نیز تحت فشار قرار دارند و در موقعیت‌های گوناگون بهانه‌گیری می‌کنند و گاهی رفتارهای پرخاشگرانه، مقابله‌جویانه و یا انزوای طلبانه‌ای نشان می‌دهند. برخی از والدین در مواجهه با این رفتارها به هم می‌ریزند و ظرفیت همدلی با کودک را از دست می‌دهند و شروع به نصیحت و توصیه می‌کنند؛ از بیماری‌ها و شرایط بدتر برای کودک مثال می‌زنند و او را به ناشکری یا کم‌طاقتی متهم می‌نمایند. این عدم همدلی گاهی منجر به شکست ذهنی‌سازی در کودک نیز می‌شود، به این طریق که کودک پرخاشگری بیشتری نشان می‌دهد و یا تصمیم می‌گیرد دیگر از احساساتش با کسی صحبت نکند؛ مانند مادر شماره ۱۱ می‌گوید:

«هر روز بستنی می‌خواد میگم خیلی زیاده حداقل هفته‌ای دوبار بخور خیلی ناراحت میشه از دست خودشم ناراحت میشه میگه آگه قند نداشتم این جور می‌شه به عذاب نبودم آزاد بودم هر چی می‌خواستم می‌خوردم، می‌دونم ناراحته قند داره و متفاوت با بچه‌های دیگه ... دلداریش میدم میگم هر کسی به مشکلی داره، خدا تو

را یک بار دیگه به ما داده انسولین زدن اصلاً چیز مهمی نیست که بخوای ناراحت بشی بین همسایه‌مون دخترش معلوله خدا را شکر شما این چیزا را نداری خیلی هام بیماری‌های زیادی دارن ما خبر نداریم، دیگه ساکت میشه چیزی نمیکه اما بیشتر دوست داره با گوشش باشه (نه با ما) همش سرش تو گوشیه، بهشم میگم برا چشمت بده ولی گوش نمی‌کنه».

۲- عدم تعادل در ابعاد ذهنی‌سازی: ذهنی‌سازی در نگاه بیتمن^۱ و فوناگی (۲۰۱۹) دارای چهار بعد «خودکار در مقابل کنترل‌شده»، «خود در مقابل دیگری»، «درونی در مقابل بیرونی» و «شناختی در مقابل عاطفی» است. ذهنی‌سازی خوب مستلزم آن است که افراد بتوانند در زمان و شرایط مختلف، تعادل مناسبی بین این ابعاد برقرار کنند. یافته‌های این پژوهش نشان داد آن دسته از مصاحبه‌شوندگانی که در اغلب موارد حتی در موقعیت‌های چالش‌برانگیز به صورت خودکار یا اتوماتیک ذهنی‌سازی می‌کردند، دچار عدم تعادل و شکست در ذهنی‌سازی می‌شدند. هم‌چنین در موارد دیگر تمرکز افراطی بر بیماری و نادیده گرفتن جوانب دیگر زندگی، تمرکز بر رفتارهای بیرونی و بی‌توجهی به تجربه‌های درونی طرف مقابل، تمرکز بر دیگری و ندیدن نقش خود و نهایتاً تمرکز بر جنبه‌های شناختی مسائل و نادیده گرفتن ابعاد عاطفی از مصادیق دیگر ایجاد شکست و عدم تعادل در ابعاد ذهنی‌سازی بود. جهت اختصار صرفاً دو نمونه از مثال‌های استخراج‌شده در ادامه ذکر شده است.

غلبه ذهنی‌سازی خودکار در کودک شماره ۵ مشاهده می‌شود:

«وقتی عصبانی میشم داد می‌زنم دلم میخواد یکی بزخم فقط؛ مثلاً میرم خواهرمو هول میدم در صورتی که نمی‌دونم تقصیر کیه، می‌دونم ولی دلم میخواد فقط بزخم یکیو، بعدش میام میرم سرگوشیم میرم با دوستام قهر می‌کنم».

تمرکز افراطی بر بیماری کودک نیز در گفته‌های مادر شماره ۸ مشخص است:

«الآن خیلی وقته با بچه‌هام بازی نکردم خیلی اصرار می‌کنند بهم، ولی نمی‌تونم

اعصابم خرده فشار روم هست نمی‌تونم بازی کنم چون آرامش ندارم، آگه قندش خوب نباشه خیلی به هم می‌ریزم، حال من، قند اونه خوب باشه من خوبم، بد باشه داغون میشم همش با بچه‌ها دعوا می‌کنم تا شب».

۳- تحول‌نیافتگی ظرفیت ذهنی‌سازی: برخی از کودکان مصاحبه‌شده در این پژوهش، در مقایسه با همسالان، ظرفیت ذهنی‌سازی محدودتری در درک خود و دیگران داشتند. این کودکان آگاهی کمی از احساسات داشتند و قادر به درک و بیان حالات درونی و فهم علت پشت رفتارها نبودند. به‌عنوان مثال کودک شماره ۸ علی‌رغم این که ۹ سال داشت، در بازنمایی درونی و توصیف شخصیت خود و دیگران ناتوان بود و صرفاً جنبه‌های فیزیکی خود را توصیف می‌کرد:

«پژوهشگر: سه تا کلمه می‌گی که تو رو توصیف کنه، (کودک مکث می‌کنه، متوجه سؤال نشده، پژوهشگر برایش مثالی از شخصیت یک نفر می‌زنه و می‌پرسد حالا شما آگه بخوای خودتو توصیف کنی چی می‌گی؟) -کودک: من ابرو هام یه ذره بزرگه، مثل بابام هستم و رنگ چشمم قهوه‌ایه-پژوهشگر: تو ویژگی‌های ظاهرتو برام توصیف کردی حالا می‌تونی ویژگی‌های خودت را هم توصیف کنی نه جسمت، شخصیتت، حالات خودت؟ -کودک: خودم ... نمی‌دونم من تو بازی فکری خیلی خوبم، اون بازی که قبل این که شما بیاید را خیلی خوب بودم ... از دختر پسرهای بد خوشم نیامد، دختر عمه‌ام بده -چرا بده؟ -چاقه منو اذیت می‌کنه، کارهای بد می‌کنه بشقابو پرت می‌کنه».

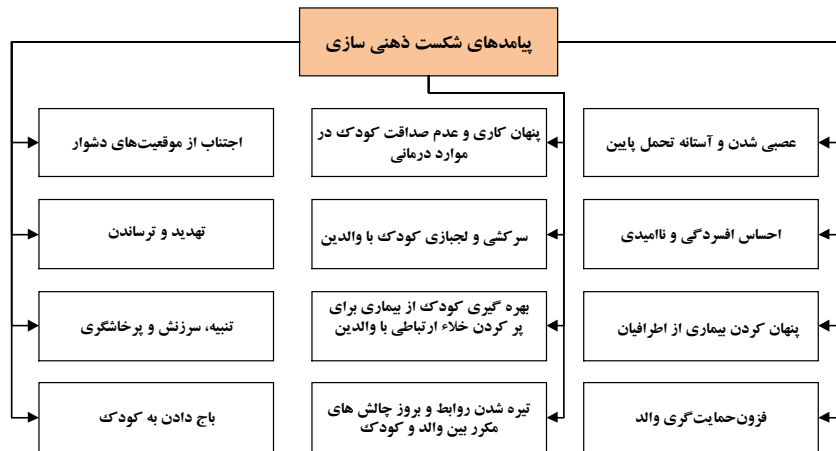
ج- پیامدهای شکست ذهنی‌سازی

ظرفیت ذهنی‌سازی هسته اصلی خودتنظیمی و مدیریت پیچیده روابط بین فردی است. از این رو طبق تحلیل مصاحبه‌ها، والدین و کودکانی که دائماً دچار شکست ذهنی‌سازی می‌شدند، علاوه بر مواجهه با پیامدهای فردی مثل تجربه مکرر عصبی شدن و آستانه تحمل پایین، احساس افسردگی و ناامیدی، اجتناب از موقعیت‌های دشوار و پنهان کردن بیماری از دیگران، در روابط والد-فرزندی نیز چالش‌های مکرر و پیامدهای نامطلوبی را تجربه

می‌کردند.

پیامد شکست ذهنی‌سازی در برخی از والدین به صورت تنبیه، سرزنش و پرخاشگری، تهدید و ترساندن و یا سبک‌والدگری مستبدانه برای کنترل کودک ظاهر می‌شد. برخی از والدین نیز با فزون‌حمایت‌گری و باج‌دادن به کودک در صدد کنترل اوضاع برمی‌آمدند، غافل از آن‌که استفاده از این روش‌ها، شرایط را بحرانی‌تر و حتی باعث شکست ذهنی‌سازی در کودک نیز می‌شد و پیامدهایی مانند سرکشی و لجبازی با والدین، پنهان‌کاری و عدم صداقت در موارد درمانی و بهره‌گیری از بیماری برای پر کردن خلأ ارتباطی با والدین به دنبال داشت. شناسایی این پیامدها که در شکل ۴ ترسیم شده؛ می‌تواند منجر به آگاهی بیشتر، تقویت ذهنی‌سازی و پیش‌گیری از بحرانی شدن شرایط شود. در ادامه با ذکر چند مثال از گفتگوها، این پیامدها به صورت ملموس‌تری نشان داده شده است.

شکل ۴. پیامدهای شکست ذهنی‌سازی



تهدید و ترساندن کودک پیامد شکست ذهنی‌سازی در مادر شماره ۱۲ است:

«یه بار دو تا انسولینش هم‌زمان شده بود، گفت وای بازم سوراخ سوراخ نمی‌خوام
بزنم ولم کن برو... گفتم بین آگه نرنی خودت اذیت میشی خودت درد می‌کشی
باید بری بیمارستان منم بالا سرت نیام کی می‌خواد تو بیمارستان ازت نگهداری
کنه، گفت هیچکی اصلاً من نمیرم اونجا، گفتم حالت بد میشه دیدی وقتی افت

قند می‌گیری چه جویری میشی اون موقع هم همین‌طور میشی خودت انتخاب کن، بعد گفت خوب بزن - به‌نظرتون چه احساسی داشت؟ - می‌ترسه می‌دونه حالش بد میشه».

اجتناب از موقعیت‌های دشوار نیز در مادر شماره ۳ دیده می‌شود:

«وقتی انسولین نمی‌زنه یا اذیت می‌کنه با هم جروبحث داریم من که یه مدت می‌خواستم نزنم بهش (انسولینشو) از بس که اعصابم خرد شده بود یه مدت هم بهش نزدم قندش خیلی رفت بالا، شوهرم اصرار کرد، دوباره شروع کردیم به زدن».

بهره‌گیری کودک از بیماری برای پرکردن خلأ ارتباطی با والد در کودک شماره ۵ که مادرش اذعان داشت با پرخوری یا نخوردن غذا و افت قند شدید و هم‌چنین لجبازی برای تزریق انسولین سعی در جلب توجه مادر دارد:

«پژوهشگر: رابطه خودت با مامانت چه جوریه؟ - با هم جور نیستیم مامانم با خواهرم خیلی جورتره خیلی کم پیش میاد مامانم مهربون باشه باهام ولی از وقتی دیابت گرفتم رابطه‌ام با مامانم بهتر شده فکر می‌کنم چون دیابت دارم باهام بهتر شده آگه دیابت نداشتم الآن کمتر مامانم باهام جور بود شاید الآن براش با بقیه فرق می‌کنم - فکر می‌کنی چه تغییری اتفاق بیافته مستقل‌تر میشی بیشتر حواس‌ت به انسولین و تغذیه‌ات هست؟ - دکتر که رفته بودم، به مادرم گفت دخترتون درسته ۱۲ سالشه ولی هنوز یه نوزاده... ببخشید یعنی بچه است کوچیکه، به مامانم گفته شما باید هنوز ارزش مراقبت کنید نگید خودت برو تست بگیر».

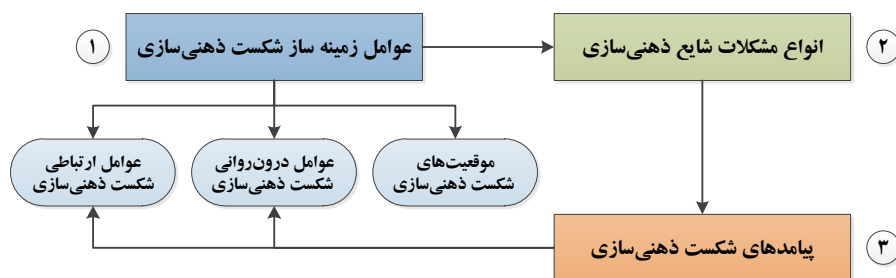
با توجه به زیرمضامین و مضامین اصلی استخراج شده از مصاحبه‌ها و مفاهیم نظریه ذهنی‌سازی، یک مدل مفهومی از مشکلات ذهنی‌سازی و فرایند تکرار آن در کودکان مبتلا به دیابت نوع یک و والدین آنها تدوین شده است. در این مدل، عوامل زمینه‌ساز شکست ذهنی‌سازی شامل موقعیت‌ها، عوامل درون‌روانی و عوامل ارتباطی باعث ایجاد انواع مشکلات شایع ذهنی‌سازی در کودکان مبتلا به دیابت نوع یک 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 زمینه‌ساز شکست ذهنی‌سازی شده؛ مجدداً در قالب عوامل درون‌روانی و عوامل ارتباطی منجر به شکست ذهنی‌سازی گردد و چرخه شکست ذهنی‌سازی را به وجود آورد. این چرخه که از یافته‌های پژوهش حاضر استخراج شده، در شکل ۵ ترسیم شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی این پژوهش اکتشافی، شناسایی مشکلات ذهنی‌سازی کودکان مبتلا به دیابت نوع یک و والدین آنها بود. توانایی ذهنی‌سازی یا کنش تأملی والدینی نقش مهمی در رشد ظرفیت ذهنی‌سازی کودک دارد و کودکان از والدین خود یاد می‌گیرند که چگونه حالات روانی را درک کرده و به خود و دیگران نسبت دهند (انسینک و مایس، ۲۰۱۰). پس از پیاده‌سازی و تحلیل مصاحبه‌ها، پژوهشگران ۲۱۲ کد اولیه به دست آمده از مشکلات ذهنی‌سازی را در ۵۰ زیرمضمون فرعی، ۱۸ زیرمضمون اصلی و سه مضمون کلی طبقه‌بندی کردند. این مضامین شامل عوامل زمینه‌ساز شکست ذهنی‌سازی، انواع مشکلات شایع ذهنی‌سازی و پیامدهای شکست ذهنی‌سازی است. در ادامه ضمن تحلیل یافته‌ها به بررسی مطالعات همسو با نتایج پژوهش حاضر پرداخته می‌شود.

شکل ۵. مدل مفهومی از مشکلات ذهنی‌سازی و فرایند تکرار آن



نخستین یافته پژوهش حاضر حاکی از تأثیر عوامل موقعیتی، شامل موقعیت‌های درمانی - مراقبتی، اجتماعی و اقتصادی در شکست ذهنی‌سازی کودک مبتلا به دیابت و والدین

اوست. تحقیقات متعددی به بررسی این موقعیت‌ها به‌خصوص موقعیت‌های درمانی-مراقبتی پرداخته‌اند. به‌عنوان مثال برخی مطالعات، تأثیر ترس و درد تزریق انسولین را بر کیفیت زندگی، سازگاری عاطفی و کیفیت درمان کودک مبتلا به دیابت بررسی کرده‌اند (هانبرگر^۱ و همکاران، ۲۰۲۱؛ هانریش و کالاهان^۲، ۲۰۱۶؛ ترمولادا^۳ و همکاران، ۲۰۲۱ و ابراهیم پور و همکاران، ۱۳۹۴). دکاستا، گرابوفسکی و اسکینر^۴ (۲۰۲۰) نیز با فراتحلیل شش تحقیق کیفی در حوزه دیابت نوع یک بیان کردند نیمی از کودکان بررسی‌شده، تزریق انسولین را سخت‌ترین چیز درباره بیماری‌شان می‌دانستند. البته اضطراب و ترس، حالات طبیعی کودک و والدین او در مواجهه با این موقعیت‌هاست و با مفهوم شکست ذهنی‌سازی یا ناتوانی در درک حالات ذهنی خود و دیگران متفاوت است، با این حال برخی پژوهش‌ها مانند مطالعه هاو^۵ و همکاران (۲۰۱۱) به‌صورت غیرمستقیم به مفهوم شکست ذهنی‌سازی در این کودکان پرداخته و اعلام کردند ۷۵ درصد از کودکان بررسی‌شده در مراحل اولیه درمان به‌دلیل ترس از تزریق انسولین، واکنش‌هایی مانند عدم همکاری و اعتراضات کلامی و فیزیکی شدیدی نشان داده‌اند. در پژوهش هاپاندا^۶ و همکاران (۲۰۱۵) نیز این شکست به شکل مقاومت در برابر اقدامات درمانی و تزریق انسولین و یا پرت کردن حواس خود با فعالیت دیگری که منجر به فراموشی تزریق انسولین می‌شد، مشاهده گردید.

یکی دیگر از عوامل شکست ذهنی‌سازی مواجهه با موقعیت محدودیت غذایی است که با یافته‌های پژوهش کیفی هاپاندا و همکاران (۲۰۱۵) همسو است. آن‌ها اعلام کردند محدودیت غذایی و خودمراقبتی سفت‌وسخت از عوامل استرس‌زا برای مبتلایان به دیابت نوع یک است که برخی مصاحبه‌شوندگان در مواجهه با آن از راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی

-
1. Hanberger
 2. Heinrich & Callahan
 3. Tremolada
 4. DeCosta, Grabowski & Skinner
 5. Howe
 6. Hapunda

استفاده کرده بودند.

یافته دیگر پژوهش حاضر، شکست‌ذهنی‌سازی در موقعیت‌های اجتماعی فشارزا بود که باعث پنهان کردن بیماری و به‌دنبال آن عدم رعایت موارد درمانی در جمع شده بود. مطالعه نیشیو و چویجو^۱ (۲۰۱۷) با موضوع انگ اجتماعی، همسو با این یافته بیان کرده مبتلایان به دیابت نوع یک به دلیل شرم، ترس از پذیرفته نشدن در جامعه و عدم اعتماد به نفس، با پنهان کردن بیماری خود وانمود می‌کردند، سالم هستند و در اجتماعات، مراقبت‌های درمانی خود را انجام نمی‌دادند یا مراودات اجتماعی خود را محدود می‌کردند. مواجهه با فشار اقتصادی نیز به علت تغییر در سبک زندگی پس از ابتلای کودک به بیماری و هزینه‌های تحمیل شده بر خانواده، در تحقیقات کیفی دیگری نیز توسط والدین به‌عنوان عامل فشارزا مطرح شده است (بلکامه، فرهادی و خیاطان، ۱۴۰۲؛ کیمبل و همکاران، ۲۰۲۱ و هاگل، هالند و هیل، ۲۰۲۲).

عوامل درون‌روانی به‌عنوان دومین زیرمضمون اصلی، دارای بیشترین فراوانی از عوامل شکست‌ذهنی‌سازی مصاحبه‌شوندگان در این پژوهش بود؛ چنان‌که هاگلو کوئیست^۲ (۲۰۱۸) نیز معتقد است احساسات قوی و هیجانات شدید بدترین دشمنان ذهنی‌سازی هستند. در مطالعات کیفی (دیکاسیاسپاراپانی، ژاکوب و ناسیمتو، ۲۰۱۵؛ دکاستا، گرابوفسکی و اسکینر، ۲۰۲۰؛ هاپاندا و همکاران، ۲۰۱۵ و بلکامه، فرهادی و خیاطان، ۱۴۰۲) نیز مضامین مشترکی با پژوهش پیش رو از تجربه عواطف منفی مثل ترس، عصبانیت و تحریک‌پذیری، نگرانی، اضطراب، اندوه، احساس انگ، دلخوری و احساس گناه در کودکان مبتلا به دیابت نوع یک یا والدین آن‌ها یافته شده که البته در برخی از تحقیقات صرفاً به توصیف این هیجانات پرداخته و به نقش و تأثیر آن‌ها در ناتوانی فرد برای درک خود و دیگران اشاره‌ای نشده است.

علاوه بر عامل ناتوانی در تنظیم هیجانات منفی، برخی مصاحبه‌شوندگان نیز به‌خاطر نشخوار فکری و اشتغال ذهنی منفی گرایانه دچار شکست‌ذهنی‌سازی شده بودند. والدین

1. Nishio & Chujo
2. Hagelquist

در رابطه با مشکلات فرزند مبتلا به دیابت خود همیشه دچار انواع نگرانی‌ها و دلهره‌ها هستند (همتی، احمدی و انوشه، ۱۳۸۹). گرچه این نگرانی‌ها طبیعی است، ولی لزوماً در تمامی والدین منجر به شکست ذهنی‌سازی نشده بود و معمولاً در والدین با ظرفیت ذهنی‌سازی کمتر، موجب بروز مشکلات جدی می‌شد. این یافته همسو با مطالعه مروری کیمبل و همکاران (۲۰۲۱) است که با یکپارچه‌سازی چهارده مطالعه کیفی درباره تجارب والدین از مراقبت کودکان مبتلا به دیابت نوع یک به مضمون مشترکی در این تحقیقات با عنوان تجربه نگرانی دائمی، نیاز به گوش‌به‌زنگی و تأثیر منفی آن بر بهزیستی روان‌شناختی، روابط و امور مالی والدین، دست یافتند.

عامل درون‌روانی دیگر طبق توصیفات مصاحبه‌شوندگان، عدم پذیرش بیماری بود که علاوه بر لغزیدن بین امیدواری و ناامیدی، تجربه خشم و ناتوانی و اقدامات ناکارآمد، همسو با یافته‌های پژوهش‌هاپاندا و همکاران (۲۰۱۵) منجر به پنهان کردن بیماری از دیگران مانند یک راز می‌شد و این موضوع تبدیل به یک مسئله فشارزا در زندگی و عاملی برای شکست ذهنی‌سازی بود.

شکست ذهنی‌سازی به‌طورمعمول در شرایطی اتفاق می‌افتد که شخص شدت هیجانی بالایی را تجربه کند. این اتفاق اغلب با افرادی که به آن‌ها وابسته‌ایم و در روابط مهم، اتفاق می‌افتد (هاگلکوئیست، ۲۰۱۸). در این پژوهش نیز بسیاری از چالش‌هایی که مصاحبه‌شوندگان مطرح کردند؛ مربوط به ارتباطات و تعاملات ناکارآمدی بود که به‌عنوان سومین زیرمضمون اصلی از عوامل زمینه‌ساز شکست ذهنی‌سازی مانع از حمایت مؤثر از کودکان می‌شد. این یافته همسو با نتایج بسیاری از پژوهش‌ها است که بیان می‌دارند؛ خانواده و تعاملات بین اعضای آن، عامل اصلی در نتایج فیزیولوژیکی، روانی-اجتماعی و عملکردی در مراقبت طولانی‌مدت از دیابت نوع یک است (زیسبرگ و لانگ^۱، ۲۰۱۵). کاسینو^۲ و همکاران (۲۰۱۳) نیز نشان دادند هر چه مسئولیت مشترک درمان، بین والدین کمتر و تعارضات خانوادگی در حیطه بیماری کودک بیشتر باشد؛ کیفیت زندگی کودک

1. Zysberg & Lang
2. Cousino

مبتلا به دیابت نیز کمتر است.

فوناگی و آلیسون^۱ (۲۰۱۲) معتقدند هیچ بافتی به اندازه بافت تعاملات خانوادگی سبب از دست رفتن ظرفیت ذهنی‌سازی نمی‌شود؛ چراکه در خانواده ترس، عشق و سایر هیجانات در بالاترین سطح خود تجربه می‌شوند. یافته‌های این پژوهش نیز نشان داد ابتلای فرزند به بیماری مزمن دیابت نوع یک با مراقبت‌های چالش‌برانگیز، زمینه‌ساز بروز اختلاف بین والدین است. این یافته در پژوهش‌های کیفی دیگر نیز از مضامین اصلی مشکلات خانواده‌های دارای کودک مبتلا به دیابت گزارش شده است (بلکامه، فرهادی و خیاطان، ۱۴۰۲؛ هاگل، هالند و هیل ۲۰۲۲؛ ردوندو^۲ و همکاران، ۲۰۱۷ و ترمولادا و همکاران، ۲۰۲۱).

طبق یافته‌ها، علاوه بر روابط والدین، روابط همشیران نیز عامل شکست ذهنی‌سازی بود. همسو با این یافته برخی مطالعات به بیان آسیب‌های عاطفی که دیابت بر روابط خواهربرادری وارد می‌کند، پرداخته‌اند و اهمیت حمایت روانی از همشیران کودکان مبتلا به دیابت که در معرض خطر ناسازگاری روانی با یکدیگر هستند را تبیین کردند (الحبشی^۳ و همکاران، ۲۰۲۳ و کائو^۴ و همکاران، ۲۰۲۱).

شدیدترین موارد شکست ذهنی‌سازی در مصاحبه‌شوندگان این پژوهش مربوط به تعاملات ناکارآمد والدین با فرزندشان بود. مطالعات متعددی تأییدکننده این یافته است که مسئولیت‌های مراقبتی نه تنها زندگی والدین را به‌انحصار درمی‌آورد؛ بلکه بر روابط آن‌ها با کودک نیز تأثیر منفی می‌گذارد (شکرخدایی و یوسفی، ۱۳۹۹؛ سولیوان‌بلیای^۵ و همکاران، ۲۰۰۳؛ لیندستروم^۶ و همکاران، ۲۰۱۷ و ترمولادا و همکاران، ۲۰۲۱). در تبیین علت این مسئله می‌توان گفت؛ گاهی برای والدین دشوار است از رفتارهای ظاهری کودک فراتر

-
1. Fonagy & Allison
 2. Redondo
 3. Elhabashy
 4. Cao
 5. Sullivan-Bolyai
 6. Lindstrom

رفته و به احساسات زیربنایی آن رفتار توجه کنند؛ زیرا با تمرکز بر نگرانی‌های خود، آشفتگی فرزندشان را نمی‌بینند و ممکن است به گونه‌ای واکنش نشان دهند که کودک به جای آن که حس کند والدین اش او را درک کردند، بیشتر تحریک شود و آشفتگی اش افزایش یابد. در چنین موقعیتی کودک و والدینش در «چرخه ناکارآمد فقدان ذهنی‌سازی»^۱ گیر می‌افتند. در این چرخه، هیجان شدید والد سبب افت ذهنی‌سازی اش شده و از درک رفتار یا نیت‌های کودک عاجز می‌شود و لذا شروع به کنترل‌گری می‌کند. این نوع رفتار کنترل‌کننده متقابلاً برای کودک، رفتاری تهدیدکننده و آشفته‌ساز به‌شمار می‌آید و هیجانات قدرتمندی در او ایجاد می‌کند. این‌بار همین سبک از پاسخ‌دهی در کودک راه‌اندازی می‌شود و چرخه ناکارآمد فقدان ذهنی‌سازی در تعاملات آنها ادامه می‌یابد (میجلی و همکاران، ۲۰۱۷؛ ترجمه سیدموسوی و همکاران، ۱۴۰۰).

آخرین زیرمضمون از عوامل ارتباطی زمینه‌ساز شکست ذهنی‌سازی، تعاملات ناکارآمد کادر درمان با کودک و والدین او است که گرچه باهدف کمک به آنها ولی گاهی منجر به ایجاد احساس گناه در والد، طرد و تهدید یا سرکوب احساسات کودک می‌شود. این یافته نیز همسو با نتایج مطالعه مروری کیمبل و همکاران (۲۰۲۱) است که بیان می‌کنند چگونه برخورد متخصصین سلامت^۲ درحالی که به‌طور کلی مفید تلقی می‌شود؛ می‌تواند منجر به ناامیدی و اضطراب شود. مطالعه‌ی کیفی لاوز^۳ و همکاران (۲۰۱۶) و علایی و همکاران (۱۳۹۵) نیز نشان داد زمانی که متخصص، احساسات کودک یا نوجوان را درک نکند و یا وقت کافی با بیماران خود صرف نکند؛ باعث ایجاد احساس سردرگمی و ناامیدی در بیمار نسبت به فرایند مراقبت از خود و مدیریت شرایط خواهد شد.

دومین مضمون کلی به‌دست آمده در این پژوهش، انواع مشکلات شایع ذهنی‌سازی در میان مصاحبه‌شوندگان بود. نظام دل‌بستگی برخی افراد در مواجهه با استرس، تنش و یا تحریک به حالات اولیه‌ای که پیش از تکامل ذهنی‌سازی داشتند بازمی‌گردد. در این

-
1. Nonmentalizing Vicious Cycles
 2. Health Professionals
 3. Lowes

حالات، ظرفیت تأملی دچار اختلال شدید است و فرد مقاومت زیادی نسبت به درک حالات خود و دیگری دارد. برخی مصاحبه‌شوندگان نیز به خاطر عدم تعادل در ابعاد ذهنی‌سازی و یا تحول‌نیافتگی این ظرفیت، دچار مشکلات ذهنی‌سازی بودند. گرچه تاکنون پژوهشی کیفی که مستقیماً به بررسی مشکلات ذهنی‌سازی کودکان مبتلا به دیابت نوع یک و والدین آن‌ها پرداخته باشد منتشر نشده؛ اما تحقیقات لویتن و فوناگی (۲۰۱۶) و مالبرگ^۱ (۲۰۱۳) حاکی از آن است که اختلالات جسمی مزمن می‌تواند منجر به اختلالات و تحریف‌های جدی در ذهنی‌سازی بدن‌مند^۲ شود. چنین تحریف‌هایی به طور مثال شامل تمایل به اسناد فاجعه‌بار در پاسخ به احساسات بدن، ناتوانی در بازنگری موقعیت‌های تهدیدآمیز و تعبیر خشک و انعطاف‌ناپذیر از رفتارهای دیگران می‌شود. اختلال در ذهنی‌سازی بدن‌مند به طور مداوم در اختلالات مزمن دیگر دیده‌شده و شواهد اولیه نشان می‌دهد که این مورد در کودکان مبتلا به دیابت نوع یک نیز وجود دارد (موران و فوناگی، ۱۹۸۷ و فوناگی و موران، ۱۹۹۴).

کاستاکوردلا و همکاران (۲۰۲۱) در نتایج پژوهش خود ضمن تأکید بر ضرورت انجام تحقیقات بیشتر درباره تأثیر مشکلات ذهنی‌سازی والدینی بر روند بیماری کودک مبتلا به دیابت نوع یک، نشان دادند ذهنی‌سازی یا کنش تأملی مادران و فرزندان آن‌ها در گروهی که کنترل دیابت بهتری داشتند، در وضعیت بهتری نسبت به گروه با کنترل دیابت ضعیف‌تر بود. پیامدهای شکست ذهنی‌سازی سومین و آخرین مضمون کلی به‌دست آمده از این پژوهش کیفی بود که هم‌راستا با نتایج مطالعاتی است که نشان می‌دهد دیابت کودکان، یک بیماری خانوادگی است؛ چراکه برخی فاکتورهای والدگری مثل ظرفیت ذهنی‌سازی (کاستاکوردلا و همکاران، ۲۰۲۱)، تغییر در نقش و سبک والدگری (تانگ، کیو و فان^۳، ۲۰۲۲)، پریشانی والدین، تعارضات خانوادگی (کیمبل و همکاران، ۲۰۲۱)، میزان استرس و تعاملات والد-فرزندی (نایوستیگ، ۲۰۱۵) با پیامدهای مهمی برای کودک بیمار و والدین

1. Malberg

2. Embodied Mentalizing

3. Tong, Qiu & Fan

او همراه است. نتایج پژوهش شکرخدایی و یوسفی (۱۳۹۹) نیز نشان می‌دهد کودکان مبتلا به دیابت در مقایسه با کودکان عادی، از نظر ارتباط مادر و کودک در وضعیت نامناسب‌تری قرار داشتند؛ زیرا مراقبت‌های درمانی سخت در کنار تلاش‌های آمیخته با نگرانی و اضطراب مادر، باعث ایجاد فشار روانی، احساس خستگی، ناتوانی و کاهش تاب‌آوری در آنها شده و تعاملات آنها دچار آسیب می‌شود. این آسیب‌ها همان پیامدهای شکست ذهنی‌سازی در نتایج پژوهش حاضر است که خود را به شکل هیجانانی مانند عصبی شدن، احساس افسردگی و رفتارهایی نظیر تنبیه، سرزنش، پرخاشگری، تهدید، ترساندن، پنهان‌کاری و اجتناب یا باج دادن و فزون‌حمایت‌گری نشان می‌دهد. کودکان نیز به دنبال شکست ذهنی‌سازی دست به سرکشی و لجبازی می‌زنند و گاهی با عدم صداقت در موارد درمانی یا بهره‌گیری و دست‌آویزی به بیماری، درصدد پر کردن خلأهای ارتباطی با والدین خود هستند. در این شرایط معمولاً روابط والد-فرزندی تیره می‌شود و چالش‌های مکرری به وجود می‌آید.

در نهایت با یک نگاه کلی بر نتایج این پژوهش، مدل مفهومی مشکلات ذهنی‌سازی کودکان مبتلا به دیابت نوع یک و والدین آنها بر اساس تجارب زیسته این افراد در شکل ۵ ترسیم شده است. طبق این مدل، والدین و کودکان مبتلا به دیابت نوع یک گاهی به واسطه عوامل شکست ذهنی‌سازی دچار انواع مشکلات ذهنی‌سازی می‌شوند و هیجانان و رفتارهای آسیب‌زایی نشان می‌دهند که تحت عنوان پیامدهای شکست ذهنی‌سازی، بر زندگی و روابط آنها تأثیر منفی می‌گذارد. این پیامدها مجدداً به شکل عوامل زمینه‌ساز شکست ذهنی‌سازی عمل کرده و منجر به تکرار مشکلات ذهنی‌سازی می‌شود. این مدل می‌تواند شکل کامل‌تری از چرخه فقدان ذهنی‌سازی (میجلی و همکاران، ۲۰۱۷؛ ترجمه سیدموسوی و همکاران، ۱۴۰۰) که پیش‌تر توضیح داده شد، باشد. تبیین این مدل علاوه بر کمک به آگاه‌سازی والدین و کودکان از فرایند شکست ذهنی‌سازی و مشکلات هیجانی و ارتباطی ناشی از آن، به متخصصان حوزه روان‌شناسی و پزشکی نیز کمک کند تا تجارب این افراد را از چشم‌انداز خودشان درک کنند و به عبارتی جامعه علمی نیز با

ذهنی‌سازی مشکلات و شرایط خانواده‌های درگیر با دیابت نوع یک، حمایت مفید و همه‌جانبه‌تری از آن‌ها به عمل آورند. لذا پیشنهاد می‌شود مبتنی بر یافته‌های این پژوهش، مقیاس سنجش مشکلات ذهنی‌سازی و بسته درمانی مداخله مبتنی بر ذهنی‌سازی برای کودکان مبتلا به دیابت نوع یک و والدین آن‌ها طراحی و اجرا گردد.

اگرچه روش تحقیق کیفی برای درک عمیق و آگاهی از زوایای پنهان زندگی و تجارب زیسته مصاحبه‌شوندگان، نقطه قوت این مطالعه است؛ اما خوانندگان برای تعمیم نتایج باید محتاط باشند، چراکه تمامی شرکت‌کنندگان از استان اصفهان و در موقعیت زمانی پاندمی کرونا مورد بررسی قرار گرفتند. از محدودیت‌های دیگری که خوانندگان باید هنگام تفسیر نتایج در نظر بگیرند؛ تفاوت مدت ابتلا به دیابت نوع یک در کودکان شرکت‌کننده است که البته این موارد می‌تواند در راستای پیشنهاد پژوهش‌های دیگری در آینده مفید به عمل آید. در نهایت پیشنهاد می‌شود از یافته‌های این پژوهش جهت کمک به تقویت ذهنی‌سازی کودکان مبتلا به دیابت نوع یک، والدین آن‌ها و دست‌اندرکاران نظام سلامت در قالب برگزاری جلسات آموزشی، تدوین و تکثیر بروشورها، اطلاعیه‌ها و طراحی صفحات مجازی، استفاده گردد.

سپاس‌گزاری


از کودکان مبتلا به دیابت نوع یک و والدین آن‌ها که در انجام این پژوهش همکاری بی‌ظنری داشتند و هم‌چنین کارشناسان موسسه علمی به‌رویان اصفهان به‌ویژه سرکار خانم عشقی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و کادر بیمارستان کودکان امام حسین (علیه‌السلام) به‌ویژه سرکار خانم قانع کمال تشکر را داریم.

ORCID


Tayebeh Madanifar

 <http://orcid.org/0000-0002-3076-5376>

Parisa Sadat Seyed Mousavi

 <http://orcid.org/0000-0001-9605-3809>


Mahin Hashemipour

 <http://orcid.org/0000-0002-6032-5523>

Mehdi Tabrizi

 <http://orcid.org/0000-0002-8150-7254>

Majid Koochi Esfahani

 <http://orcid.org/0000-0003-3940-2595>

منابع

- ابراهیم پور، فاطمه؛ صادقی، نرگس، قلجایی، فرشته و نادری فر، مهین. (۱۳۹۴). بررسی اضطراب ناشی از تزریق انسولین در کودکان مبتلا به دیابت. فصلنامه پرستاری دیابت، ۳ (۳)، ۶۳-۷۴.
- افشار، محمد، معماریان، ربابه، محمدی، عیسی و کفایی، محبوبه. (۱۳۹۴). ارتقاء فرایند کنترل دیابت نوجوانان: تحقیق عملکردی مشارکتی. فصلنامه پرستاری دیابت، ۳ (۲)، ۸-۱۸.
- بلکامه، خدیجه، فرهادی، هادی و خیاطان، فلور. (۱۴۰۲). شناسایی عوامل مراقبتی کودکان مبتلا به دیابت بر اساس تجارب زیسته مادران آنها: تحقیق پدیدارشناختی. مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۲۱ (۱)، ۷۱-۸۶.
- شکرخدايي، نیلوفر سادات و یوسفی، زهرا. (۱۳۹۹). مقایسه اختلالات رفتاری و ارتباط مادر-کودک در کودکان دیابتی و عادی شهر اصفهان. فصلنامه تعالی مشاوره و روان‌درمانی، ۹ (۳۵)، ۱-۱۰.
- عبدلی، سامره، اشک تراب، طاهره، احمدی، فضل اله و پرویزی، سرور. (۱۳۸۷). موانع و تسهیل‌کننده‌های توانمندی در افراد مبتلا به دیابت. مجله غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران، ۱۰ (۵)، ۴۵۵-۴۶۴.
- علایی کرهرودی، فاطمه، محمدی شاه‌بلاغی، فرحناز، حسینی، محمدعلی و رسولی، مریم. (۱۳۹۵). ارتباط متقابل نوجوانان مبتلا به دیابت با دیگران: یک مطالعه کیفی. مجله پرستاری کودکان، ۳ (۱)، ۳۱-۴۰.
- کرمان ساروی، فتیحه، نویدیان، علی و انصاری مقدم، علیرضا. (۱۳۹۰). کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک مراجعه‌کننده به مرکز دیابت زاهدان سال ۹۰-۱۳۸۹. مجله غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران، ۱۳ (۶)، ۶۵۱-۶۵۷.
- مدنی‌فر، طیبه، سیدموسوی، پریاسادات، 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.
- میجلی، نیک، کارین، انسینک، کارین، لندکویست، مالبرگ، نورکا و مولر، نیکول. (۲۰۱۷). درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی برای کودکان. ترجمه سیدموسوی، پریسا، رئیس، فاطمه و

ابراهیمی، فاطمه. (۱۴۰۰). چاپ اول، تهران: انتشارات ارجمند.
همتی مسلک پاک، معصومه، احمدی، فضل اله و انوشه، منیره. (۱۳۸۹). اعتقادات معنوی و کیفیت زندگی: یک مطالعه کیفی از دیدگاه دختران نوجوان مبتلا به دیابت. مجله کومش، ۱۲(۲ (پیاپی ۳۸)): ۱۴۴-۱۵۱.

References

- Akbarizadeh, M., Naderi far, M., & Ghaljaei, F. (2022). Prevalence of depression and anxiety among children with type 1 and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *World Journal of Pediatrics*, 18, 1-11.
- 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), 152-171.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2019). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. American Psychiatric Pub.
- Benton, M., Cleal, B., Prina, M., Baykoca, J., Willaing, I., Price, H., & Ismail, K. (2022). Prevalence of mental disorders in people living with type 1 diabetes: A systematic literature review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 80, 1-16.
- Buchberger, B., Huppertz, H., Krabbe, L., Lux, B., Mattivi, J. T., & Siafarikas, A. (2016). Symptoms of depression and anxiety in youth with type 1 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*, 70: 70-84.
- Cao, V. T., Anderson, B. J., Eshtehardi, S. S., McKinney, B. M., Thompson, D. I., Marrero, D. G., & Hilliard, M. E. (2021). "We are a family with diabetes": Parent perspectives on siblings of youth with type 1 diabetes. *Families, Systems, & Health*, 39(2), 306-319.
- Costa-Cordella, S. M. (2019). *Mentalizing Diabetes in the Mother-Child Dyad*. Ph.D. Thesis, UCL (University College London).
- Costa-Cordella, S., Luyten, P., Cohen, D., Mena, F., & Fonagy, P. (2021). Mentalizing in mothers and children with type 1 diabetes. *Development and Psychopathology*, 33(1), 216-225.
- Cousino, M., Hazen, R., MacLeish, S., Gubitosi-Klug, R., & Cuttler, L. (2013). Quality of life among youth with poorly controlled Type 1 diabetes: role of family conflict and sharing of treatment responsibility. *Diabetes Management*, 3(6), 449-457.
- de Cássia Sparapani, V., Jacob, E., & Nascimento, L. C. (2015). What is it like to be a child with type 1 diabetes mellitus. *Pediatr Nurs*, 41(1),

17-23.

- DeCosta, P., Grabowski, D., & Skinner, T. C. (2020). The psychosocial experience and needs of children newly diagnosed with type 1 diabetes from their own perspective: a systematic and narrative review. *Diabetic Medicine*, 37(10), 1640-1652.
- Delamater, A. M., de Wit, M., McDarby, V., Malik, J., & Acerini, C. L. (2014). Psychological care of children and adolescents with type 1 diabetes. *Pediatric diabetes*, 15(S20), 232-244.
- Elhabashy, S. A., Elhenawy, Y. I., Abdelmageed, R. I., & Hassan, H. A. (2023). Psychological Maladjustment in Siblings of Children with Type 1 Diabetes Mellitus in an Egyptian Cohort. *QJM: An International Journal of Medicine*, 116(1), 281-292.
- Ensink, K., & Mayes, L. C. (2010). The development of mentalisation in children from a theory of mind perspective. *Psychoanalytic Inquiry*, 30(4), 301-337.
- Ensink, K., Target, M., Oandasan, C., & Duval, J. (2015). *Child and adolescent reflective functioning scale (CRFS) scoring manual*. Unpublished manuscript, School of Psychology, Université Laval.
- Fonagy, P., & Allison, E. (2012). What is mentalization? The concept and its foundations in developmental research. In N. Midgley & I. Vrouva (Eds.), *Minding the child: Mentalization-based interventions with children, young people and their families* (pp. 11–34). Canada: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Fonagy, P., & Moran, G. S. (1993). A psychoanalytic approach to the treatment of brittle diabetes in children and adolescents. In M. Hodes & S. Moorey (Eds.), *Psychological treatment in disease and illness* (pp. 166–192). UK: Society for Psychosomatic Research.
- Fonagy, P., & Moran, G. S. (1994). *Psychoanalytic formulation and treatment of chronic metabolic disturbance in insulin dependent diabetes mellitus*. UK: Whurr Publications.
- 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), 2107-2119.
- Haeghele, J. A., Holland, S. K., & Hill, E. (2022). Understanding parents' experiences with children with type 1 diabetes: A qualitative inquiry. *International journal of environmental research and public health*, 19(1), 554-563.
- Hanberger, L., Tallqvist, E., Richert, A., Olinder, A. L., Forsner, M., Mörelius, E., & Nilsson, S. (2021). Needle-related pain, affective

reactions, fear, and emotional coping in children and adolescents with type 1 diabetes: A cross-sectional study. *Pain Management Nursing*, 22(4), 516-521.

- Hapunda, G., Abubakar, A., Van de Vijver, F., & Pouwer, F. (2015). Living with type 1 diabetes is challenging for Zambian adolescents: qualitative data on stress, coping with stress and quality of care and life. *BMC endocrine disorders*, 15, 1-12.
- Heinrich, K. H., & Callahan, C. P. (2016). Prevalence and outcomes of fear of needles and associated psychological conditions among patients managing diabetes. *Value in Health*, 19(3), 199-210.
- Hilliard, M. E., Yi-Frazier, J. P., Hessler, D., Butler, A. M., Anderson, B. J., & Jaser, S. (2016). Stress and A1c among people with diabetes across the lifespan. *Current diabetes reports*, 16, 1-10.
- Howe, C. J., Ratcliffe, S. J., Tuttle, A., Dougherty, S., & Lipman, T. H. (2011). Needle anxiety in children with type 1 diabetes and their mothers. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 36(1), 25-31.
- Kasper, D., Fauci, A., Hauser, S., Longo, D., Jameson, J., & Loscalzo, J. (2015). *Harrison's principles of internal medicine, 19e* (Vol. 1, No. 2). USA: McGraw-Hill.
- Kimbell, B., Lawton, J., Boughton, C., Hovorka, R., & Rankin, D. (2021). Parents' experiences of caring for a young child with type 1 diabetes: a systematic review and synthesis of qualitative evidence. *BMC pediatrics*, 21(1), 1-13.
- Lindström, 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.
- Lowes, L., Eddy, D., Channon, S., McNamara, R., Robling, M., Gregory, J. W., & DEPICTED Study Team. (2015). The experience of living with type 1 diabetes and attending clinic from the perception of children, adolescents and carers: analysis of qualitative data from the DEPICTED study. *Journal of pediatric nursing*, 30(1), 54-62.
- 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.
- Malberg, N. T. (2013). Mentalization based group interventions with chronically ill adolescents: An example of assimilative psychodynamic integration?. *Journal of Psychotherapy*

Integration, 23(1), 5-13.

- Moran, G. S., & Fonagy, P. (1987). Psychoanalysis and diabetic control: A single- case study. *British Journal of Medical Psychology*, 60(4), 357-372.
- Nieuwesteeg, A. (2015). *Parent-child interactions and parenting stress in families with a young child with type 1 diabetes*. Tilburg University
- Nishio, I., & Chujo, M. (2017). Self-stigma of Patients with Type 1 diabetes and their coping strategies self-stigma of patients with type 1 diabetes. *Yonago Acta Medica*, 60(3), 167-173.
- Redondo, M. J., Callender, C. S., Gonynor, C., Cantu, D., Cullen, K. W., Anderson, B., & Thompson, D. (2017). Diabetes care provider perceptions on family challenges of pediatric type 1 diabetes. *Diabetes research and clinical practice*, 129, 203-205.
- Reynolds, K. A., & Helgeson, V. S. (2011). Children with diabetes compared to peers: depressed? Distressed? A meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine*, 42(1), 29-41.
- 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. In *Healthcare*, 8(1), 25-36.
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment & human development*, 7(3), 269-281.
- Sullivan-Bolyai, S., Deatrick, J., Gruppuso, P., Tamborlane, W., & Grey, M. (2003). Constant vigilance: mothers' work parenting young children with type 1 diabetes. *Journal of pediatric nursing*, 18(1), 21-29.
- Tong, H., Qiu, F., & Fan, L. (2022). Characterising common challenges faced by parental caregivers of children with type 1 diabetes mellitus in mainland China: a qualitative study. *BMJ open*, 12(1), 1-12.
- 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.
- 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.
- Viana, L. V., Gomes, M. B., Zajdenverg, L., Pavin, E. J., Azevedo, M. J., & Brazilian Type 1 Diabetes Study Group (BrazDiab1SG). (2016). Interventions to improve patients' compliance with therapies aimed at

lowering glycated hemoglobin (HbA1c) in type 1 diabetes: systematic review and meta-analyses of randomized controlled clinical trials of psychological, telecare, and educational interventions. *Trials*, 17, 1-12.

Zysberg, L., & Lang, T. (2015). Supporting parents of children with type 1 diabetes mellitus: A literature review. *Patient Intelligence*, 7: 21-31.

استناد به این مقاله: مدنی‌فر، طیبه، سیدموسوی، پریسادات، هاشمی‌پور، مهین، تبریزی، مهدی، کوهی اصفهانی، مجید. (۱۴۰۳). مشکلات ذهنی‌سازی در کودکان مبتلا به دیابت نوع یک و والدین آنها: یک مطالعه کیفی، فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۵(۵۹)، ۱۰۹-۱۵۰. DOI: 10.22054/QCCPC.2024.76139.3210



Counseling Culture and Psychotherapy is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.