

مقایسه‌ی ابعاد انسجام و انطباق‌پذیری خانوادگی در بین مادران کودکان مبتلا به دیابت نوع ۱ و کودکان سالم در شهر اصفهان

مریم هاشمی‌پور زواره^۱، زهرا یوسفی^۲، مهین هاشمی‌پور^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: دیابت نوع ۱ یکی از شایع‌ترین بیماری‌های غدد درون‌ریز کودکان می‌باشد و ابتلا به آن، می‌تواند تأثیرات مختلفی بر عملکردهای روان‌شناختی مادر و خانواده داشته باشد. با توجه به این که هر گونه اختلال روان‌شناختی به خصوص انسجام و انطباق‌پذیری خانوادگی مادران مبتلایان می‌تواند در روند مراقبت این بیماران مشکلاتی ایجاد نماید، هدف از انجام مطالعه‌ی حاضر، مقایسه‌ی دو عامل روان‌شناختی پیش‌گفته در مادران کودکان مبتلا به دیابت نوع ۱ و کودکان سالم بود.

روش‌ها: در این مطالعه‌ی مورد-شاهدی، مادران کودکان مبتلا به دیابت نوع ۱ و کودکان سالم مورد مطالعه قرار گرفتند. ابعاد انسجام و انطباق‌پذیری خانوادگی مادران در دو گروه مورد مطالعه با استفاده از پرسش‌نامه‌ی انسجام و انطباق‌پذیری خانوادگی Barnes و Olson مورد ارزیابی و مقایسه قرار گرفت.

یافته‌ها: در این مطالعه، در هر گروه ۵۰ مادر مورد مطالعه قرار گرفتند. میانگین انسجام بی‌قید و بند، انسجام در هم تنیده، انطباق‌پذیری سخت‌گیرانه در گروه مادران کودکان مبتلا به دیابت نسبت به کودکان سالم به طور معنی‌داری بیشتر بود ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: حضور کودک مبتلا به دیابت در خانواده ممکن است انطباق و انسجام را مخدوش نماید که در نهایت می‌تواند در روند درمان و کنترل بیماری کودکان مبتلا اختلال ایجاد نماید. همچنین، به نظر می‌رسد که تجربه‌ی ابعاد انسجام افراطی در هم تنیده و بی‌قید و بند و انطباق‌پذیری سخت‌گیرانه در بین مادران، شرایط ابتلا به دیابت را در کودکان مستعد بیماری، فراهم می‌کند.

واژگان کلیدی: انطباق‌پذیری، دیابت نوع ۱، کودکان

ارجاع: هاشمی‌پور زواره مریم، یوسفی زهرا، هاشمی‌پور مهین. مقایسه‌ی ابعاد انسجام و انطباق‌پذیری خانوادگی در بین مادران کودکان مبتلا به دیابت نوع ۱ و کودکان سالم در شهر اصفهان. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۷؛ ۳۶ (۴۹۸): ۱۱۹۰-۱۱۸۳

مقدمه

دیابت نوع ۱، شایع‌ترین اختلال غددی-متابولیکی مزمن دوران کودکی و نوجوانی می‌باشد (۱). این بیماری، به علت کاهش تولید انسولین در اثر اختلال در سیستم خود ایمنی ایجاد می‌شود (۲). شیوع بیماری دیابت نوع ۱، در کل جهان در حال افزایش است. بر اساس یافته‌های اپیدمیولوژیک، از هر ۶۰۰ کودک یک نفر به آن مبتلا می‌باشد (۳) و یکی از چهار بیماری مزمن این دوران محسوب می‌گردد (۳). در ایران، بیش از ۲۰۰ هزار نفر مبتلا به دیابت نوع یک می‌باشند و میزان شیوع دیابت حدود ۷-۵ درصد ذکر شده است. میزان بستری شدن بیماران بین ۱۰-۵ برابر بیشتر از افراد غیر مبتلا به

دیابت است. همچنین، استفاده از خدمات تخصصی و اورژانسی در بیماران مبتلا به دیابت حدود ۵ برابر بیشتر از افراد عادی است. این مسایل، باعث اطلاق دیابت به عنوان یکی از اولویت‌های سلامتی در کشورها گردیده است (۴).

ابتلا به دیابت، به عنوان یک بیماری مزمن می‌تواند تأثیرات مختلف جسمی و روانی بگذارد، چنانچه ابتلا به بیماری‌های مزمن بر روی تعاملات بیماران با محیط فیزیکی و اجتماعی که در آن زندگی می‌کنند، تأثیر می‌گذارد و ارتباط آن‌ها را با هم‌سالان تغییر می‌دهد (۵). دیدگاه سیستم‌های خانواده بر این باور است که افراد را از راه ارزیابی تعامل‌هایی که بین اعضای خانواده صورت می‌گیرد، بهتر

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده‌ی علوم تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

۲- استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده‌ی علوم تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

۳- استاد، گروه کودکان، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

و کارآمدتری بین تغییر و استحکام تعادل برقرار کنند (۸-۹). مراقبت از یک کودک مبتلا به دیابت برای والدین بسیار تنش‌زا می‌باشد. عوارض و مشکلات ناشی از دیابت، تأثیر زیادی بر زندگی فرد و خانواده می‌گذارد. همچنین، هزینه‌ی زیادی را به اقتصاد خانواده و جامعه تحمیل می‌کند. در واقع، بستری شدن‌های مکرر، شیوع بالای عوارض و کیفیت زندگی پایین مبتلایان به دیابت همگی پیامدهای کنترل نامناسب دیابت هستند (۱۲-۱۳). بنابراین، می‌توان گفت که ممکن است این ناملایمات ایجاد شده در شرایط زندگی بر عملکردهای روان‌شناختی مادر و خانواده نظیر قدرت انسجام و انطباق‌پذیری خانوادگی تأثیر بگذارد. با وجود آن که والدین مسئولیت اصلی مراقبت از بیمار را بر عهده دارند، اما اغلب، این بار مسئولیت بر دوش مادران است و مشکلات زیادی را نسبت به پدران تجربه می‌کنند. مادران، از یک سو شاهد ناراحتی‌ها و محدودیت ناشی از بیماری دیابت در فرزند خود هستند و از سوی دیگر، این محدودیت‌ها به صورت غیر مستقیم بر مادران اثر می‌گذارد. در واقع، دیابت، سبک زندگی کودک و کل خانواده را تغییر می‌دهد. بنابراین، ممکن است تجربه‌ی انسجام و انطباق‌پذیری خانوادگی در این مادران تحت تأثیر قرار گیرد.

تاکنون پژوهش‌های مختلفی در زمینه‌ی تأثیر این بیماری بر سلامت روان‌شناختی بیماران و خانواده‌ی آن‌ها انجام و نتایج متفاوتی گزارش شده است (۱۲-۱۴). از طرفی، شواهد موجود گویای آن است که مشکلات روان‌شناختی والدین به خصوص مادران، کنترل متابولیک را در فرزندان مبتلا به دیابت با مشکل مواجه می‌سازد (۱۵-۱۶).

با توجه به اهمیت انسجام و انطباق‌پذیری خانوادگی و به ویژه، نقش مادران در روند درمان و کنترل مطلوب این بیماری و عدم وجود مطالعه‌ای در این زمینه به خصوص در جامعه‌ی ایرانی، هدف از طراحی مطالعه‌ی حاضر، بررسی و مقایسه‌ی انسجام و انطباق‌پذیری خانوادگی در مادران کودکان مبتلا و غیر مبتلا به دیابت نوع ۱ بود. چه بسا یافته‌های حاصل از این پژوهش، می‌تواند روند درمان این بیماری را در کودکان مبتلا ارتقا بخشد و از بروز عوارض مرتبط با بیماری بکاهد و همچنین، باعث ارتقای سلامت عمومی مادران بیماران شود.

روش‌ها

در این مطالعه‌ی مورد-شاهدی، مادران کودکان مبتلا به دیابت نوع ۱ و کودکان سالم در طی سال ۹۷-۱۳۹۶ در شهر اصفهان مورد مطالعه قرار گرفتند. نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام شد؛ به این ترتیب که از میان درمانگاه‌های غدد و متابولیسم کودکان شهر اصفهان، یک درمانگاه به صورت تصادفی انتخاب شد و پس از آن، از میان مادران

می‌توان شناخت و رشد و رفتار یک عضو خانواده، به گونه‌ی جدایی‌ناپذیری با افراد دیگر خانواده ارتباط متقابل دارد. در نظریه‌ی سیستمی، خانواده به شکل بخش‌های مرتبط با هم نگریسته می‌شود و هر بخش، بر بخش‌های دیگر تأثیر گذاشته و از آن‌ها تأثیر می‌پذیرد (۷-۶).

یکی از این مدل‌ها که ریشه در رویکرد سیستم خانوادگی دارد، مدل نظری Olson است. اولسون مدل خود را براساس رویکرد سیستمی مطرح نمود. وی از ترکیب بعد انسجام و انطباق‌پذیری، ارتباط ۱۶ گونه خانواده را از هم جدا می‌سازد. اولسون، این مدل را تحت عنوان مدل مدور ترکیبی نام‌گذاری نمود (۸-۹). خانواده‌های متعادل در اطراف نقاط میانی دو بعد انسجام و انطباق‌پذیری خانواده قرار دارند. انسجام، انطباق‌پذیری و ارتباط ابعاد اساسی این الگو می‌باشند. منظور از انسجام، پیوند و تعهد عاطفی است که اعضای خانواده نسبت به یکدیگر دارند و شامل مؤلفه‌هایی همچون رابطه‌ی عاطفی، تعامل خانوادگی، روابط پدر و مادر، رابطه‌ی فرزند و والدین، مقدار تعامل به لحاظ زمان و مکان، نوع دوستی و علائق و در نهایت، به چگونگی گذراندن اوقات فراغت می‌باشد (۸).

انسجام عبارت از میزان پیوند عاطفی است که در میان اعضای خانواده وجود دارد و شامل کیفیت روابط خانوادگی همانند حمایت، مهربانی و سودمندی است. برخی از خانواده‌ها، سطح بالایی از پیوند عاطفی و انسجام در خانواده را دارا هستند و برخی دیگر، سطوح متوسط و پایین‌تری دارند. انسجام، سه سطح متفاوت را در بر می‌گیرد که عبارت از بی‌قید و بند، انسجام متعادل و متوازن و در هم تنیده است. سطح آرمانی انسجام خانوادگی، سطح میانی، یعنی انسجام متعادل و متوازن است و در دو سطح انتهایی یعنی خانواده‌های به هم تنیده و بی‌قید و بند، انسجام خانوادگی خیلی بالا و یا خیلی پایین است که در این موارد، خانواده نامتعادل خواهد بود. انسجام بی‌قید و بند و درهم تنیده، اغلب در روابط مشکل‌ساز خانواده‌ها طی مدت زمان طولانی مشاهده می‌گردد (۹-۱۰).

انطباق‌پذیری، به مقدار تغییرپذیری در نقش‌ها، قوانین، کنترل و انضباط خانواده اشاره دارد و در این بعد، تأکید روی ثبات در مقابل تغییرات است. در صورت انطباق‌پذیری در خانواده، مدیریت خانواده به صورت دموکراتیک می‌باشد و همه‌ی اعضای خانواده در تصمیم‌گیری‌ها شرکت می‌کنند. سه سطح انطباق‌پذیری عبارت از سخت‌گیرانه، متوازن و بی‌نظم (۱۱) می‌باشند. انطباق‌پذیری سخت‌گیرانه و بی‌نظم، جزء سبک‌های ناکارآمد از خانواده می‌باشد. بر اساس مدل گشتاوری اولسون، سطوح بسیار بالای انطباق‌پذیری (بی‌نظم) و درجات خیلی پایین انطباق‌پذیری (سخت‌گیرانه) برای افراد و توسعه‌ی روابط در بلند مدت مشکل‌ساز است. از طرف دیگر، روابطی که درجات متوسط دارند (متوازن)، می‌توانند به روش مفیدتر

می‌شود که خانواده در هم تنیده‌تر است.

در پژوهشی که به وسیله‌ی دلایی و همکاران (۱۷) انجام شد، اعتبار ارزشیابی‌پذیری و پیوستگی خانواده با استفاده از Cronbach's alpha برای بعد پیوستگی ۰/۷۴ و برای بعد انطباق‌پذیری ۰/۷۵ به دست آمده است. مقیاس ارزیابی انطباق و انسجام تنها با یک Alpha کلی ۰/۶۸ برای کل ابزار، ۰/۷۷ برای انسجام و ۰/۶۲ برای انطباق از یک هم‌سانی درونی نسبی برخوردار است. ضریب همبستگی در بازآزمایی برای همبستگی خانواده ۰/۸۳ و برای انطباق‌پذیری خانواده ۰/۸۰ بود که نشان دهنده‌ی ثبات بسیار خوب است (۱۷). در این پژوهش، Cronbach's alpha مقیاس ارزیابی انسجام و انطباق‌پذیری خانوادگی دوباره به دست آمد که برای خرده مقیاس انسجام بی‌قید و بند (۰/۵۲)، انسجام در هم تنیده (۰/۴۷)، انسجام متعادل (۰/۷۱)، انطباق‌پذیری سخت‌گیرانه (۰/۶۲)، انطباق‌پذیری سهل‌گیرانه (۰/۶۰) و انطباق‌پذیری متعادل (۰/۷۱) به دست آمد.

تجزیه و تحلیل آماری: اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه‌ی ۲۳ (version 23, IBM Corporation, Armonk, NY) واکاوی شد. داده‌ها به ترتیب به صورت توصیفی (میانگین و انحراف معیار) گزارش شد. سپس، به کمک آزمون ANCOVA میانگین متغیرها در دو گروه مقایسه شدند.

یافته‌ها

در این مطالعه، در نهایت ۵۰ مادر کودک مبتلا به دیابت و ۵۰ مادر کودک سالم مورد مطالعه قرار گرفتند. اطلاعات دموگرافیک کودکان و مادران در دو گروه مورد مطالعه، در جدول ۱ ارائه گردیده است. مادران مورد مطالعه در دو گروه بر اساس سن کودکان خود و خودشان، وضعیت شغلی، تحصیلات و تعداد فرزندان با هم همتا شدند. میانگین و انحراف معیار ابعاد انسجام و انطباق‌پذیری خانوادگی در دو گروه مورد مطالعه در جدول ۲ آمده است.

همان‌گونه که مشاهده می‌شود، میانگین متغیرها در دو گروه با هم تفاوت است. به منظور مقایسه‌ی این تفاوت و کنترل سن مادران، از آزمون ANCOVA استفاده شد. به منظور بررسی طبیعی بودن داده‌ها در دو گروه، از آزمون Shapiro-Wilk و به جهت بررسی عدم تفاوت معنی‌دار واریانس ابعاد انسجام و انطباق، به ترتیب از آزمون‌های Levene و Ljung-Box استفاده شد. نتایج مؤید برقرار بودن پیش‌فرض‌های استفاده از این آزمون بود. نتایج آزمون ANCOVA در جدول ۲ آمده است.

دارای فرزند مبتلا به دیابت مراجعه کننده به آن جا و بر اساس معیارهای ورود، ۵۰ مادر کودک مبتلا به دیابت انتخاب شدند. سپس، ۵۰ مادر کودک عادی بر اساس هم‌سازی سن و جنسیت فرزند با مادران کودکان مبتلا به دیابت انتخاب شدند. معیارهای ورود برای افراد شامل کودکان ۱۲-۵ سال، تشخیص بیماری دیابت در کودک توسط متخصص غدد و متابولیسم کودکان، دامنه‌ی سنی مادر بین ۵۰-۲۰ سال و عدم اختلالات حاد روان‌پزشکی مادر بود که به کمک یک مصاحبه‌ی اولیه‌ی کوتاه توسط محققین بررسی شد. معیارهای خروج برای افراد شامل کودکان مبتلا به دیابت نوع ۱ دارای سایر اختلالات ایمنی همراه نظیر سلیاک، کم‌کاری تیروئید و غیره و یا سایر اختلالات ارگانیک، عدم تمایل مادر به ادامه‌ی همکاری و عدم دقت در پاسخ‌گویی به پرسش‌نامه‌ها بود.

فرم رضایت‌نامه‌ی کتبی توسط والدین کلیه‌ی افراد انتخاب شده، پس از توضیح کامل مجری طرح در مورد اهداف و روش اجرای مطالعه کامل شد.

اطلاعات دموگرافیک کلیه‌ی افراد مورد مطالعه، جمع‌آوری و ثبت گردید. ابعاد انسجام و انطباق‌پذیری خانوادگی مادران در دو گروه مورد مطالعه با استفاده از پرسش‌نامه‌ی انسجام و انطباق‌پذیری خانوادگی توسط خود مادران به روش خود گزارشی مورد ارزیابی و در دو گروه مورد مقایسه قرار گرفت.

ابزار مقیاس ارزیابی انسجام و انطباق‌پذیری خانوادگی

(Family adaptability and cohesion evaluation scale) یا

FACES-IV: این مقیاس توسط Olson (۸) ساخته شده است و دارای ۴۲ سؤال می‌باشد که با استفاده از شش مقیاس، ابعاد انسجام خانواده و انطباق‌پذیری خانواده را مورد سنجش قرار می‌دهد. تعداد دو خرده مقیاس متعادل وجود دارد که انسجام و انطباق‌پذیری متعادل خانواده را ارزیابی می‌کند و شبیه نسخه‌ی قدیمی این پرسش‌نامه (FACES-II) هستند. همچنین، شامل چهار خرده مقیاس نامتعادل است که حد بالا و پایین انسجام و انطباق‌پذیری را مورد ارزیابی و سنجش قرار می‌دهند. انسجام دارای سه خرده مقیاس متعادل، بی‌قید و بند و در هم تنیده است. انطباق‌پذیری، دارای سه خرده مقیاس متعادل، سخت‌گیرانه و بی‌نظم است. نمره‌گذاری پرسش‌نامه، به صورت طیف لیکرت ۵ نقطه‌ای می‌باشد که برای گزینه‌های کاملاً مخالف، مخالف، نظری ندارم، موافق و کاملاً موافق به ترتیب امتیازات ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ در نظر گرفته می‌شود. مقیاس ارزیابی انطباق و انسجام خانوادگی با جمع بستن تمامی ماده‌ها برای دستیابی به نمره‌ی کل و جمع بستن نمره‌ی ماده‌های زوج برای دستیابی به نمره‌ی انسجام و جمع بستن نمره‌ی ماده‌های فرد جهت دستیابی به نمره‌ی انطباق، نمره‌گذاری می‌شود. هر چه نمره‌ی انسجام بالاتر باشد، گفته

جدول ۱. میانگین \pm انحراف استاندارد ابعاد انسجام و انطباق‌پذیری خانوادگی در دو گروه مادران کودکان مبتلا به دیابت و سالم

| مقدار P | کودکان و مادران کودکان سالم (میانگین \pm انحراف استاندارد) | کودکان و مادران کودکان مبتلا به دیابت (میانگین \pm انحراف استاندارد) | گروه | ابعاد |
|---------|---|---|------|------------------------|
| | | | | ابعاد انسجام |
| ۰/۰۶ | ۲۸/۹۲ \pm ۲/۴۵ | ۲۹/۷۰ \pm ۳/۴۳ | | انسجام متعادل و متوازن |
| ۰/۰۲ | ۱۵/۶۴ \pm ۲/۴۴ | ۱۷/۲۰ \pm ۲/۸۸ | | انسجام بی‌قید و بند |
| < ۰/۰۱ | ۲۱/۳۸ \pm ۲/۴۰ | ۲۳/۸۸ \pm ۳/۱۰ | | انسجام در هم تنیده |
| | | | | ابعاد انطباق |
| ۰/۲۴ | ۲۶/۶۲ \pm ۲/۹۴ | ۲۷/۰۸ \pm ۴/۵۰ | | انطباق متوازن |
| ۰/۰۳ | ۲۱/۰۶ \pm ۲/۱۳ | ۲۲/۵۴ \pm ۳/۳۱ | | انطباق سخت‌گیرانه |
| ۰/۴۰ | ۱۳/۴۰ \pm ۲/۰۳ | ۱۴/۳۰ \pm ۳/۳۹ | | انطباق بی‌نظم |

۱۵/۹ درصد از تغییرات انسجام در هم تنیده، ۴/۹ درصد از تغییرات، انطباق سخت‌گیرانه را تبیین می‌کند.

بحث

پژوهش حاضر، با هدف مقایسه‌ی مادران کودکان مبتلا به دیابت نوع ۱ و سالم در زمینه‌ی ابعاد انسجام و انطباق‌پذیری خانوادگی انجام شد. نتایج این مطالعه، نشان داد که مادران کودکان مبتلا به دیابت به طور معنی‌داری در انسجام بی‌قید و بند، انسجام در هم تنیده و انطباق‌پذیری سخت‌گیرانه از مادران کودکان سالم میانگین بالاتری داشتند. مطالعات متعددی به بررسی تأثیرات این بیماری بر عملکرد و سلامت عمومی خانواده پرداخته‌اند. نعمت‌پور و شهبازیان در اهواز نشان دادند که دیابت نوع ۱ به عنوان یک عامل فشارزا بر سلامت عمومی خانواده و به خصوص مادران تأثیر می‌گذارد (۱۸).

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، تفاوت میانگین گروه‌ها در انسجام بی‌قید و بند، انسجام در هم تنیده، انطباق سخت‌گیرانه در دو گروه مادران کودکان مبتلا به دیابت و مادران کودکان عادی معنی‌دار بود ($P < ۰/۰۵$). به این ترتیب، در ابعاد انطباق و انسجام خانواده، کودکان مبتلا به دیابت خانواده‌های نابسامان‌تری داشتند و کودکان عادی وضعیت بهتری داشتند. توان آماری انسجام بی‌قید و بند معادل ۰/۶۲۱، توان آماری انطباق سخت‌گیرانه معادل ۰/۵۸۰ که کمتر از حد نصاب ۰/۸ است و اندازه‌ی اثر پایین، نشان دهنده‌ی آن است که برای نتیجه‌گیری قطعی‌تر نیاز به حجم نمونه‌ی بیشتری است. توان آماری انسجام در هم تنیده معادل ۰/۹۸۶ که نشان دهنده‌ی حجم نمونه‌ی مناسب برای یک چنین نتیجه‌گیری است. همچنین، ضریب اتا نشان می‌دهد که عضویت گروهی (نوع بیماری) ۵/۴ درصد از تغییرات انسجام بی‌قید و بند،

جدول ۲. نتایج آزمون ANOVA به منظور مقایسه‌ی ابعاد انسجام و انطباق‌پذیری و کیفیت زندگی خانوادگی در دو گروه مورد مطالعه

| منبع تغییرات | متغیرها | مجموع مجدورات | df | میانگین مجدورات | F | مقدار P | مجدور تا | توان آزمون |
|--------------|-------------------------|---------------|----|-----------------|--------|---------|----------|------------|
| گروه | انسجام متعادل و متوازن | ۳۱/۲۳۸ | ۱ | ۳۱/۲۳۸ | ۳/۵۳۹ | ۰/۰۶۳ | ۰/۰۳۷ | ۰/۴۶۱ |
| | انسجام بی‌قید و بند | ۳۵/۷۴۵ | ۱ | ۳۵/۷۴۵ | ۵/۲۵۸ | ۰/۰۲۴ | ۰/۰۵۴ | ۰/۶۲۱ |
| | انسجام در هم تنیده | ۱۳۳/۵۵۹ | ۱ | ۱۳۳/۵۵۹ | ۱۷/۶۳۴ | < ۰/۰۰۱ | ۰/۱۵۹ | ۰/۹۸۶ |
| | انطباق متوازن | ۱۹/۶۰۳ | ۱ | ۱۹/۶۰۳ | ۱/۳۵۹ | ۰/۲۴۷ | ۰/۰۱۴ | ۰/۲۱۱ |
| | انطباق سخت‌گیرانه | ۳۶/۱۱۱ | ۱ | ۳۶/۱۱۱ | ۴/۷۷۵ | ۰/۰۳۱ | ۰/۰۴۹ | ۰/۵۸۰ |
| | انطباق بی‌نظم | ۴/۸۳۸ | ۱ | ۴/۸۳۸ | ۰/۷۰۳ | ۰/۴۰۴ | ۰/۰۰۸ | ۰/۱۳۲ |
| | کیفیت زندگی کل | ۱۰۸۴۸/۸۵۲ | ۱ | ۱۰۸۴۸/۸۵۲ | ۹/۶۸۷ | ۰/۰۰۲ | ۰/۰۹۴ | ۰/۸۶۹ |
| خطا | انسجام متعادل و متوازن | ۸۲۰/۹۱۴ | ۹۳ | ۸/۸۲۷ | | | | |
| | انسجام بی‌قید و بند | ۶۳۲/۲۰۳ | ۹۳ | ۶/۷۹۸ | | | | |
| | انسجام در هم تنیده | ۷۰۴/۳۶۵ | ۹۳ | ۷/۵۷۴ | | | | |
| | انطباق متوازن | ۱۳۴۱/۲۲۹ | ۹۳ | ۱۴/۴۲۲ | | | | |
| | انطباق سخت‌گیرانه | ۷۰۳/۲۴۵ | ۹۳ | ۷/۵۶۲ | | | | |
| | انطباق بی‌نظم | ۶۳۹/۹۷۲ | ۹۳ | ۶/۸۸۱ | | | | |
| | کیفیت زندگی خانوادگی کل | ۱۰۴۱۵۰/۵۷۴ | ۹۳ | ۱۱۱۹/۸۹۹ | | | | |

df: Degrees of freedom

دیابت، فشارهای زیادی بر مادر وارد می‌شود که شاید بر روابط عاطفی بین والدین تأثیر بگذارد و انسجام خانواده را از حالت متعادل خارج کند و به سوی حالت بی‌قید و بند و یا در هم تنیده سوق دهد. از سوی دیگر، می‌توان گفت شاید علت بروز زودرس دیابت در کودکان، وجود انطباق‌پذیری سخت‌گیرانه و یا انسجام بی‌قید و بند در هم تنیده در خانواده باشد که باعث شده است محیطی فراهم گردد که کودک مستعد دیابت با چنین جو خانوادگی، سریع‌تر علائم بیماری را آشکار نماید. در واقع، در خانواده‌ی با انسجام بی‌قید و بند و یا در هم تنیده، افراد تعارضات و مشکلات و به دنبال آن، استرس بیشتری را تحمل می‌کنند. خانواده، به عوض آن که محیط امنی برای فرزندان و اعضای آن باشد، محیطی آشفته و به هم ریخته است که هر روز تنش‌هایی به اعضای آن تحمیل می‌شود؛ حتی ممکن است مشکلات قبلی حل نشده و مشکلات جدیدی وارد شود. از این رو، چنین محیطی می‌تواند باعث تغییر در انتقال دهنده‌های گیرنده‌های عصبی، اختلالات هورمونی و سیستم خود ایمنی، مقاومت به انسولین و نیاز زیاد به انسولین شود (۲۹) و باعث آشکارسازی زودرس دیابت در کودکان مستعد بیماری شود. از سوی دیگر، به طور کلی دیابت با تغییر در سیستم خود ایمنی و از بین رفتن سلول‌های تولیدکننده‌ی انسولین ایجاد می‌شود و استرس بیماری را زودتر شعله‌ور می‌کند.

همچنین، در خانواده‌ی دارای کودک مبتلا به دیابت، به سبب بیماری کودک مجموعه‌ای از باید و نبایدهای اجباری در ساختار خانواده نهادینه شده و مادر بر این باور است که با رعایت و ایجاد جبر، می‌تواند شرایط را به صورت مطلوب در جهت سلامتی کودک در اختیار بگیرد و به این ترتیب، انطباق‌پذیری سخت‌گیرانه افزایش می‌یابد. در نگاهی معکوس، شاید خانواده‌ای با انطباق‌پذیری سخت‌گیرانه، نسبت به تغییرات بسته و محدود عمل می‌کند و قادر به سازگار شدن با شرایط جدید نیست. این عدم انطباق‌پذیری، موجب تحمیل شدن استرس مضاعف به خانواده می‌شود و بستر آشکارسازی زودرس و ابتلا به دیابت را در کودک فراهم می‌سازد. بنابراین، با تکیه بر این موضوع، می‌توان گفت که شاید عدم انسجام و انطباق‌پذیری متعادل در خانواده، زمینه‌ساز آشکار شدن زودرس دیابت کودک مستعد بیماری شده باشد.

یافته‌های این مطالعه، می‌تواند به عنوان اطلاعات پایه برای انجام مطالعات مداخله‌ای در گروه کودکان مبتلا به دیابت نوع ۱ و خانواده‌های آن‌ها باشد. در مطالعات آینده، می‌توان نحوه‌ی ارتباط انسجام و انطباق‌پذیری خانواده‌ها و ابعاد مختلف آن را با کنترل گلابسیمیک بیماران بررسی نمود. یافته‌های این مطالعات در اقدامات پیش‌گیرانه‌ی این بیماری، در سطوح مختلف پیش‌گیری می‌تواند مؤثر باشد. علاوه بر آن، به نظر می‌رسد با انجام مشاوره‌های خانواده یا در

بر اساس یافته‌های مطالعه‌ی صبحی و همکاران، فراوانی روان‌رنجورخویی در والدین کودکان مبتلا به دیابت نسبت به والدین کودکان سالم بالاتر و عملکرد خانوادگی و برون‌گرایی پایین‌تر بود و کارایی مادران مبتلا به دیابت در ابعاد ارتباط، نقش‌ها، همراهی عاطفی و آمیزش عاطفی نسبت به والدین کودکان سالم کمتر بود (۱۹).

Johnson و همکاران، سبک زندگی ناخوشایند مادران، محدودیت‌های بیشتر آن‌ها و کاهش اعتماد به نفسشان پس از ابتلای فرزندشان به دیابت را گزارش نمودند (۲۰). علاوه بر آن، شواهد حاصل از مطالعات موجود در این زمینه، گویای آن است که این اختلالات روان‌شناختی، تأثیر به‌سزایی در کنترل گلیسمیک و همچنین، خود مراقبتی کودکان مبتلا به دیابت نوع ۱ دارند (۲۱-۲۲). مطالعات مختلف نشان دادند که حس انسجام بالا با استرس پایین و کیفیت زندگی بالا مرتبط است و در بیماری‌های مزمن، نمره‌ی کلی حس انسجام در والدین کودکان مبتلا کمتر بوده و در مادران نیز به طور معنی‌داری کمتر از پدران بوده است (۲۳).

با این حال، برخی مطالعات نیز انطباق‌پذیری خانوادگی مادران در بیماری‌های مزمن را بررسی نموده‌اند. بر اساس نتایج این مطالعات، انطباق‌پذیری خانوادگی بهتر و مؤثرتر والدین کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن باعث افزایش سطح کیفیت زندگی کودکان بیمار و همچنین، اعضای خانواده خواهد شد (۲۴-۲۵). علاوه بر آن، ارتقای انطباق‌پذیری خانوادگی مادران باعث افزایش بهبود کنترل گلیسمیک بیماران می‌شود (۲۶-۲۷).

در تبیین نتایج این پژوهش، می‌توان گفت که انسجام و انطباق‌پذیری خانوادگی به قوانین حاکم بر خانواده و نحوه‌ی سازگاری با تغییرات خانوادگی اشاره دارد (۲۸). دیابت کودکان، دارای عوارض متنوع و گسترده‌ی کوتاه مدت و بلند مدت می‌باشد که این اثرات، به سیستم‌های مختلف بدن مربوط می‌گردد. در واقع، با توجه به ماهیت بیماری دیابت در زمینه‌ی کنترل قند خون و عوارض جسمانی آن، کودکان مبتلا به دیابت با عوامل پرتنشی برخورد می‌کنند که پیامدهای روانی گسترده‌ای دارد و احتمال می‌رود مشکلات روان‌شناختی و اجتماعی بیشتری نسبت به سایرین دارند. به این ترتیب، مشکلات کودک مبتلا به دیابت، می‌تواند ساختار خانواده را نیز تحت تأثیر قرار دهد؛ چرا که والدین کودک و به خصوص مادر، اغلب دچار استرس و اضطراب ناشی از شرایط کودک خود هستند. در واقع، مراقبت از کودک مبتلا به دیابت ملزوماتی دارد که از ابعاد مختلف، محدودیت‌هایی در برقراری زندگی عادی و متعادل برای خانواده ایجاد می‌کند و این محدودیت‌ها، می‌توانند انسجام و انطباق‌پذیری خانواده را از حالت متعادل خارج کنند.

بر این اساس، می‌توان گفت در خانواده‌ی دارای کودک مبتلا به

می‌توان پذیرش، درمان و کنترل بیماری در خانواده‌ی بیماران مبتلا را بهبود بخشید و پیروی کردن از رژیم‌ها و دستورهای درمانی و کنترل بهتر قند خون را در آن‌ها تسهیل نمود.

همچنین، به نظر می‌رسد که تجربه‌ی ابعاد انسجام افراطی در هم تنیده و بی‌قید و بند و انطباق‌پذیری سخت‌گیرانه در بین مادران، شرایط بروز زودرس دیابت را در کودکان مستعد بیماری فراهم می‌کند. از این رو، به علاقمندان کار با خانواده‌های دارای کودکان مبتلا به دیابت پیشنهاد می‌شود به منظور پیش‌گیری از دیابت کودکی در کودکان مستعد بیماری، اصلاح انسجام و انطباق‌پذیری خانوادگی را به عنوان دو متغیر مهم تسهیل‌کننده و یا پیش‌گیرنده مد نظر قرار دهند. همچنین، به منظور پیش‌گیری از دیابت کودکی در کودکان مستعد بیماری، بسته‌های آموزشی مکتوب و یا نرم‌افزارهای متناسب با اصلاح انسجام و انطباق‌پذیری خانوادگی در اختیار افراد عادی و یا افراد مستعد به دیابت قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله، برگرفته از پایان‌نامه‌ی کارشناسی روان‌شناسی بالینی به شماره‌ی ۲۳۸۲۰۷۰۱۹۵۲۰۳۹ دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان می‌باشد. از کلیه‌ی کودکان و مادران آن‌ها که در اجرای این طرح همکاری نموده‌اند و همچنین، از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان و مسؤولین بیمارستان امام حسین (ع) کمال تشکر و سپاس را اعلام می‌داریم.

صورت نیاز مداخلات روان‌پزشکی در بیماران تازه تشخیص داده شده‌ی مبتلا به دیابت و خانواده‌های آن‌ها روند درمان و کنترل بیماری را به نحو مطلوبی انجام داد.

مهم‌ترین محدودیت‌های این مطالعه، حجم کم نمونه‌های مورد بررسی و مقطعی بودن مطالعه‌ی کنونی بود. برای حصول نتایج دقیق‌تر، پیشنهاد می‌گردد مطالعات طولی با حجم نمونه‌ی بیشتر و همسازی دقیق‌تر، از نظر عواملی نظیر وضعیت اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی خانواده‌ها در این زمینه طراحی گردد.

برتری مطالعه کنونی این بود که مطالعات مشابه معدودی در این زمینه انجام شده است و به خصوص در بیماران ایرانی، مطالعه‌ی مشابهی در بررسی متون وجود نداشت.

با توجه به یافته‌های این مطالعه مبنی بر بالا بودن میانگین انسجام بی‌قید و بند، انسجام در هم تنیده و انطباق‌پذیری سخت‌گیرانه در مادران کودکان مبتلا به دیابت نسبت به مادران کودکان غیر مبتلا، می‌توان این گونه نتیجه‌گیری نمود که حضور کودک مبتلا به دیابت در خانواده، ممکن است انطباق و انسجام را مخدوش نماید و به سمت حالات افراطی سوق دهد. چنین اختلالات خانوادگی، می‌تواند در روند درمان و کنترل بیماری کودکان مبتلا به دیابت اختلال ایجاد نماید و در نتیجه، میزان وقوع عوارض وابسته به بیماری و بار بیماری را در جامعه افزایش دهد.

از این رو، به نظر می‌رسد با به کارگیری راه‌کارهایی جهت شناسایی و درمان این مشکلات روان‌شناختی در مادران کودکان مبتلا،

References

- Lucier J, Weinstock RS. Diabetes Mellitus, Type 1 [Online]. [cited 2018 May 14]; Available from: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507713/>
- Chiang JL, Kirkman MS, Laffel LM, Peters AL. Type 1 diabetes through the life span: a position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2014; 37(7): 2034-54.
- Streisand R, Monaghan M. Young children with type 1 diabetes: challenges, research, and future directions. *Curr Diab Rep* 2014; 14(9): 520.
- Alavi A, Parvin N, Salehian T, Samipoor V. Assessment of the quality of life of children and adolescents with type 1 diabetes: Child and Parental views. *Sci J Kurdistan Univ Med Sci* 2010; 15(1): 46-52. [In Persian].
- Henriquez-Tejo R, Cartes-Velasquez R. Psychosocial impact of type 1 diabetes mellitus in children, adolescents and their families. Literature review. *Rev Chil Pediatr* 2018; 89(3): 391-8. [In Spanish].
- Perez-Marin M, Gomez-Rico I, Montoya-Castilla I. Type 1 diabetes mellitus: psychosocial factors and adjustment of pediatric patient and his/her family. *Review. Arch Argent Pediatr* 2015; 113(2): 158-62.
- Corey G. Theory and practice of counseling and psychotherapy. Trans. Seyyed Mohammadi Y. Tehran, Iran: Arasbaran; 2006. [In Persian]
- Olson DH. Curvilinearity survives: the world is not flat. *Fam Process* 1994; 33(4): 471-8.
- Olson D. FACES IV and the Circumplex Model: validation study. *J Marital Fam Ther* 2011; 37(1): 64-80.
- Jalali I, Ahadi H, Kiamanesh A. The effectiveness of family training based on Olson approach for family adaptation and cohesion. *Journal of Psychological Models and Methods* 2016; 7(24): 1-22. [In Persian].
- Olson DH. Circumplex Model of Marital and Family Systems. *Journal of Family Therapy* 2008; 22(2): 144-67.
- Atkinson MA, Eisenbarth GS, Michels AW. Type 1 diabetes. *Lancet* 2014; 383(9911): 69-82.
- Nieuwesteeg A, Pouwer F, van der Kamp R, van BH, Aanstoot HJ, Hartman E. Quality of life of children with type 1 diabetes: a systematic review. *Curr Diabetes Rev* 2012; 8(6): 434-43.
- Whittemore R, Jaser S, Chao A, Jang M, Grey M. Psychological experience of parents of children with type 1 diabetes: a systematic mixed-studies review. *Diabetes Educ* 2012; 38(4): 562-79.

15. Tsiouli E, Alexopoulos EC, Stefanaki C, Darviri C, Chrousos GP. Effects of diabetes-related family stress on glycemic control in young patients with type 1 diabetes: Systematic review. *Can Fam Physician* 2013; 59(2): 143-9.
16. Jaser SS, Linsky R, Grey M. Coping and psychological distress in mothers of adolescents with type 1 diabetes. *Matern Child Health J* 2014; 18(1): 101-8.
17. Dalaei M, Ashouri A, Habibi M. The Relationship between Solidarity and Flexibility of the Family and the Styles of Parenting to Stress of Mothers in Child Breeding District 1 of Tehran. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2015; 21 (2): 167-74. [In Persian].
18. Nematpour S, Shahbazian H. The association between diabetes related stress and general health of parents of type 1 diabetic patients. *Jundishapur Sci Med J* 2006; 5(2): 530-7. [In Persian].
19. Sobhi A, Ahadi H, Rajab A, Hejazi M. The relationship between parent personality characteristics and family function and metabolic control in type 1 diabetic children. *Knowledge and Research in Applied Psychology* 2011; 12(43): 17-32. [In Persian].
20. Johnson SR, Cooper MN, Davis EA, Jones TW. Hypoglycaemia, fear of hypoglycaemia and quality of life in children with Type 1 diabetes and their parents. *Diabet Med* 2013; 30(9): 1126-31.
21. Vasli P, Eshghbaz F. Survey condition regarding self-caring of children suffering from diabetes type 1 and It's relation with family reaction. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2009; 19(69): 38-44. [In Persian].
22. Martinez K, Frazer SF, Dempster M, Hamill A, Fleming H, McCorry NK. Psychological factors associated with diabetes self-management among adolescents with Type 1 diabetes: A systematic review. *J Health Psychol* 2018; 23(13): 1749-65.
23. Avaznejad N, Ravanipour M, Bahreini M, Motamed N. Comparison of the Sense of Coherence between Mothers with Healthy Children and Mothers of Children with Chronic Disease in Kerman. *Journal of Health-Based Research* 2016; 2(2): 183-96. [In Persian].
24. Allen D, Marshall ES. Spirituality as a coping resource for African American parents of chronically ill children. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2010; 35(4): 232-7.
25. Nikfarid L, Eezadi H, Shakoori M. Coping Behaviors of Mothers of Chronically Ill Children. *Iran J Nurs* 2012; 24(74): 53-62. [In Persian].
26. Meunier J, Dorchy H, Luminet O. Does family cohesiveness and parental alexithymia predict glycaemic control in children and adolescents with diabetes? *Diabetes Metab* 2008; 34(5): 473-81.
27. Mahfouz EM, Kamal NN, Mohammed ES, Refaei SA. Effects of Mothers' Knowledge and Coping Strategies on the Glycemic Control of Their Diabetic Children in Egypt. *Int J Prev Med* 2018; 9: 26.
28. Crea TM, Chan K, Barth RP. Family environment and attention-deficit/hyperactivity disorder in adopted children: associations with family cohesion and adaptability. *Child Care Health Dev* 2014; 40(6): 853-62.
29. Sepa A, Wahlberg J, Vaarala O, Frodi A, Ludvigsson J. Psychological stress may induce diabetes-related autoimmunity in infancy. *Diabetes Care* 2005; 28(2): 290-5.

Comparison of the Dimensions of Coherence and Family Adaptability among the Mothers of Children with Type 1 Diabetes and Healthy Children in Isfahan City, Iran

Maryam Hashemipour-Zavareh¹, Zahra Yousofi², Mahin Hashemipour³

Original Article

Abstract

Background: Type 1 diabetes is one the most common endocrine disorders in children which could have different psychological effects on the family, especially mothers of the patients. Considering that psychological problems of the patients' mother, especially coherence and family adaptability, could impair the management process of the disease, we aimed to compare the coherence and family adaptability among the mothers of type 1 diabetes and healthy children.

Methods: In this case-control study, mothers of children with type 1 diabetes and healthy children were enrolled. The coherence and family adaptability of selected mothers in the two studied groups were evaluated and compared using Olson and Barnes Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES-IV).

Findings: In this study, 50 mothers were studied in each group. Mean unconditional cohesion, enmeshment cohesion, and strict adaptability were significantly higher in mothers of children with type 1 diabetes than mothers of healthy children ($P < 0.05$).

Conclusion: The findings of this study indicate that the presence of children with type 1 diabetes in a family may disrupt compliance, and may ultimately interfere with the treatment and control of the disease in the affected children. It also suggested that the experience of unconditional coherence, interconnected cohesion, and strict adaptability in mothers provide conditions to make the children insusceptible.

Keywords: Emotional adaptation, Type 1 diabetes, Children

Citation: Hashemipour-Zavareh M, Yousofi Z, Hashemipour M. Comparison of the Dimensions of Coherence and Family Adaptability among the Mothers of Children with Type 1 Diabetes and Healthy Children in Isfahan City, Iran. J Isfahan Med Sch 2018; 36(498): 1183-90.

1- MSc Student, Department of Psychology, School of Educational Sciences, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

2- Assistant Professor, Department of Psychology, School of Educational Sciences, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

3- Professor, Department of Pediatrics, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Zahra Yousofi, Email: z.yousefi1393@yahoo.com