

The effectiveness of unified transdiagnostic treatment protocols on parental stress and depression in adolescents with type 1 diabetes

Yasaman Shahriari¹, Sogand Ghasemzadeh^{2*}, Leila Kashani Vahid¹, Samira Vakili¹

1. Department Psychology and Education of Exceptional Children, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
2. Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran

* Corresponding author e-mail: s.ghasemzadeh@ut.ac.ir

Citation: Shahriari Y, Ghasemzadeh S, Kashani Vahid L, Vakili S. The effectiveness of unified transdiagnostic treatment protocols on parental stress and depression in adolescents with type 1 diabetes. *Daneshvar Medicine* 2022; 30(1):72-83.
doi: 10.22070/DANESHMED.2022.15423.1148

Abstract

Background and Objective: The experience of diabetes by children can be stressful for parents. On the other hand, diagnosing depression in adolescents is important. This study aimed to investigate the effectiveness of unified transdiagnostic treatment protocols on parental stress and depression in adolescents with type 1 diabetes.

Materials and Methods: The present study was quasi-experimental with a pretest-posttest design and a control group. The statistical population included all adolescents aged 12-15 years with type 1 diabetes referred to the Iranian diabetes society and their parents in 2020. Forty-four participants were selected using convenience and purposive sampling, after which they were randomly divided into two groups (n=22). Parenting stress index (Abidin, 1990) and Child behavior checklist (Achenbach, 1991) were used to assess parental stress and adolescent depression, respectively, before and after treatment. The experimental group received the program during seventeen sessions. Data were analyzed using the analysis of covariance.

Results: There were significant differences between the groups in terms of parental stress ($P < 0.005$) and adolescent depression ($P < 0.001$), indicating the effectiveness of unified transdiagnostic treatment protocols on decreasing parental stress and also depression in adolescents with type 1 diabetes.

Conclusion: The unified transdiagnostic treatment protocols are effective in decreasing parental stress and also depression in adolescents with type 1 diabetes.

Keywords: Unified transdiagnostic treatment protocols, Parental stress, Depression, Adolescents, Type 1 diabetes

Received: 11 Dec 2021

Last revised: 12 Apr 2022

Accepted: 26 Apr 2022

اثر بخشی برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر استرس والدینی و افسردگی در نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک

مقاله پژوهشی

نویسندگان: یاسمن شهریاری^۱، سوگند قاسم زاده^{۲*}، لیلا کاشانی وحید^۱، سمیرا وکیلی^۱

- گروه روان شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران
- گروه روان شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

Email: s.ghasemzadeh@ut.ac.ir

*نویسنده مسئول: سوگند قاسم زاده

چکیده

مقدمه و هدف: بیماری دیابت فرزند برای والدین می تواند استرس زا باشد از طرف دیگر شناسایی افسردگی در نوجوانان امری مهم تلقی می شود. پژوهش حاضر با هدف بررسی برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر استرس والدینی و افسردگی در نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک انجام شد.

مواد و روش ها: پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری کلیه نوجوانان ۱۵-۱۲ سال مبتلا به دیابت نوع یک مراجعه کننده به انجمن دیابت ایران و والدین آنها در سال ۱۳۹۹ بودند. با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس و هدفمند، تعداد چهل و چهار نفر انتخاب و بطور تصادفی به دو گروه بیست و دو نفری تقسیم شدند. جهت بررسی استرس والدینی، از شاخص استرس والدینی (آبیدین، ۱۹۹۰) جهت بررسی افسردگی نوجوانان، از سیاهه رفتاری فرزند (آخنیاخ، ۱۹۹۱)، قبل و بعد از ارائه برنامه استفاده گردید. برنامه طی هفده جلسه، برای گروه آزمایش اجرا شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس صورت گرفت.

نتایج: بین گروه ها در پس آزمون از نظر استرس والدینی ($P < 0.005$) و از نظر افسردگی در نوجوانان ($P < 0.001$) تفاوت معناداری وجود داشت که نشان دهنده تاثیر برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر کاهش استرس والدینی و کاهش افسردگی در نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک بود.

نتیجه گیری: برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر کاهش استرس والدینی و کاهش افسردگی در نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک، تأثیر دارد.

واژه های کلیدی: برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی، استرس والدینی، افسردگی، نوجوانان، دیابت نوع یک

دریافت: ۱۴۰۰/۰۹/۲۰

آخرین اصلاح ها: ۱۴۰۱/۰۱/۲۳

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۲/۰۶

مقدمه

بیماری‌های خاص شامل مجموعه‌ای از بیماری‌های مزمن و پیشرونده می‌باشد که می‌تواند به بیماری دیابت، تالاسمی، هموفیلی و نارسایی مزمن کلیوی اشاره نمود. در ایران حدود دو میلیون بیمار مبتلا به دیابت وجود دارد که تعداد قابل توجهی از آنان را نوجوانان تشکیل می‌دهند (۱). دیابت نوعی بیماری سوخت و سازی و خود ایمنی است و علت بروز آن، کمبود انسولین یا عمل نکردن آن است. انسولین هورمونی است که از پانکراس (Pancreas) یا غده لوزالمعده ترشح می‌شود. دیابت نوع یک معمولاً در دوران کودکی یا نوجوانی آغاز می‌شود، اما ممکن است در هر سنی شروع شود (۲). دیابت نوع یک، شایعترین اختلال غددی متابولیکی دوران کودکی و نوجوانی است که تقریباً یک نفر از هر ۳۰۰ تا ۵۰۰ هزار کودک زیر ۱۸ سال را در بر میگیرد و در زمان بلوغ بیشتر تظاهر می‌کند (۳). تشخیص بیماری‌های مزمن مانند دیابت، سبب بروز مشکلاتی در روند زندگی و بلوغ نوجوانان می‌شود از جمله این مشکلات می‌تواند به شوک روانی، استرس، درجاتی از خشم، نگرانی و اختلال در روابط بین فردی برای نوجوان و خانواده اشاره کرد (۴). سایر واکنش‌های روانی-اجتماعی نوجوان به بیماری مزمن شامل: ترس از طرد شدن، کاهش اعتماد به نفس، ترس از محدود شدن، اضطراب، افسردگی، احساس گناه، احساس تنهایی در مورد اینکه دیگران به ویژه گروه همسالان چگونه نسبت به بیماری او واکنش نشان می‌دهند، می‌باشد (۵). مطالعات مختلف نشان داده‌اند مدیریت روزانه قند خون، احساس متفاوت بودن با همسالان، کنار آمدن با محدودیت‌های ایجاد شده ناشی از دیابت، رعایت رژیم غذایی، فائق آمدن با سیر تحول و رشد و همچنین همراهی این بیماری با شرایط استرس‌زا بر تمام جنبه‌های زندگی نوجوان مبتلا به دیابت تأثیری گذارد و زمینه بروز علائم هیجانی مانند افسردگی را در وی تشدید می‌نماید (۶،۷). علائم افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، کاهش خودمدیریتی (Self-control) و تاب آوری (Resilience) در افراد مبتلا به دیابت معمول است که می‌تواند بر مدیریت، کنترل و درمان دیابت تأثیر بگذارد (۸،۹). در یک مطالعه طولی

نوجوانان مبتلا به دیابت نشان داد که ۴۲٪ حداقل یک دوره از اختلالات روان پزشکی را تجربه کرده اند، که بیشترین موارد؛ اختلالات افسردگی (۲۶٪) است (۱۰). تشخیص و وجود یک بیماری مزمن همیشه با استرس‌هایی برای فرد بیمار و نزدیکان او همراه است. اگر بیمار، فرزند خانواده باشد؛ استرس، نگرانی‌ها و مشکلات افزایش پیدا می‌کند و والدین این فشار و استرس را احساس خواهند کرد (۱۱). یکی از تعاریف استرس والدینی (Parental Stress)؛ مختص والدین فرزندان است که به بیماری‌های مزمن مبتلا هستند. این استرس را استرس مرتبط با بیماری (Disease-related stress) می‌نامند که در خلال مراقبت از فرزند بیمار ایجاد می‌شود (۱۲). استرس مرتبط با بیماری، هم والد و هم فرزند را به چند طریق تحت تأثیر قرار میدهد: الف) افزایش احتمال ابتلای والدین به اختلالات روانی، ب) کاهش چشمگیر توان والدین در مدیریت بیماری فرزند، ج) افزایش استرس تجربه شده توسط والد و کودک بیمار، د) تأثیر منفی بر خودمدیریتی کودک در مورد بیماریش (۱۳). والدگری برای کودکی که از نظر سلامتی شرایط ویژه ای دارد، فرایندی پیچیده و بالقوه استرس زاست. والدین همواره نگران اتفاقات شوک آور در ارتباط با کودک هستند و به سختی میتوانند تعادل بین مراقبت از فرزند و سایر مسئولیت‌های خود مانند زندگی اجتماعی، کار، وظایف منزل را برقرار کنند (۱۴). بیش از ۶۴٪ از والدینی که کودکانشان به دلیل بیماری مزمن در بیمارستان بستری میشوند، ملاک‌های اختلالات استرسی را دارند (۱۵). Wu و همکاران نشان دادند که خانواده‌های دارای نوجوان مبتلا به دیابت نسبت به خانواده‌های دارای کودک مبتلا به دیابت با کنترل متابولیک ضعیف تری همراه هستند و استرس والدینی در آنها بیشتر است (۱۶). تا به امروز برنامه‌های درمانی و مداخله‌ای فراوانی برای رفع نشانه‌های عاطفی همراه با مشکلات جسمانی مانند درمان‌های شناختی-رفتاری و برنامه‌های آموزش والدگری مثبت (Positive Parenting Program Training) ارائه شده است. از آنجا که ادغام این مداخلات زمانبر هستند و حداقل بر پایه ۲۰-۳۰ جلسه می‌باشد میتوان از برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر، از نظر هدف کاربردی و از نظر روش به صورت نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل انجام شد و با گمارش تصادفی در گروه‌ها، از دو گروه آزمودنی تشکیل شده است که هر دو گروه دوبار مورد اندازه‌گیری قرار گرفته‌اند. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه نوجوانان ۱۵-۱۲ سال مبتلا به دیابت نوع یک مراجعه کننده به انجمن دیابت ایران و والدین آنها در سال ۱۳۹۹ بودند. تعداد ۴۴ نفر از کودکان مبتلا به دیابت نوع یک به همراه والدینشان که به طور تصادفی گزینش شده و گزینش نمونه‌ها به صورت غیراحتمالی، در دسترس و هدفمند بود. به عنوان نمونه اصلی پژوهش با توجه به ملاک‌های ورود و خروج پژوهش انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. تعداد ۲۲ نفر در گروه آزمایش به همراه آموزش والدین در جلسات مجزا و ۲۲ نفر در گروه کنترل گمارش شدند. در طول اجرای پژوهش یک نفر در نمونه ریزش داشت. در این پژوهش هر نوجوان مبتلا به دیابت نوع یک به همراه والد خود در گروه آزمایش قرار می‌گیرد. ملاک‌های شمول افراد برای شرکت در پژوهش به منظور هم‌تاسازی افراد مورد مطالعه و متناسب با ویژگی‌های برنامه درمان عبارتند از: نوجوانان ۱۵-۱۲ سال مبتلا به دیابت نوع یک (به استناد پرونده پزشکی موجود در انجمن دیابت ایران)، تشخیص ابتلا به دیابت در سه سال گذشته (به استناد پرونده پزشکی موجود در انجمن دیابت ایران)، گزارش و یا شکایت مشکلات روان‌شناختی توسط نوجوان، والدین و یا روان‌شناس مقیم مرکز در انجمن دیابت ایران و ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان در پژوهش عبارتند از: عدم شرکت بیش از ۲ جلسه در هفته، انجام ندادن تکالیف و کاربرگ‌ها برای ۲ جلسه، دریافت مداخله‌های دیگر در زمان اجرای پژوهش به غیر از دارودرمانی. بخشی از داده‌های این پژوهش توسط تاریخچه پزشکی و خانوادگی موجود در انجمن دیابت ایران و بخش دیگر داده‌ها از طریق مشاهده و مصاحبه مجازی با والدین و پزشک متخصص غدد بدست آمد. متخصص غدد بر اساس ملاک‌های ذکر شده که به صورت مکتوب در اختیار وی قرار داده شده بود، افراد واجد شرایط را به پژوهشگر ارجاع داد. فرم

(Unified Transdiagnostic Treatment Protocols)

استفاده نمود. استفاده از برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی به عنوان یکی از درمان‌های روان‌شناختی پرافراتر از یک تشخیص می‌گذارد و عوامل مشترک بین اختلالات را شناسایی می‌کند و هدف آن کاهش شدت و فراوانی نشانه‌های مشترک اختلالات کودکی و نوجوانی است. در این نوع درمان به عوامل زیربنایی در بین اختلالات روانی اشاره میشود و تاکید بر ارتباط کارکردی عناصر فراتشخیصی (مانند افکار، رفتارها، هیجانات و فیزیولوژی) است (۱۷). درمان با برنامه یکپارچه فراتشخیصی تاکید بارزی بر ماهیت سازگارانه و کارکردی هیجان‌ها، افزایش آگاهی بیمار از نقش شناختها و هیجانها، احساسات بدنی و رفتارها دارد. در این برنامه هم عوامل اختصاصی و هم عوامل فردی را می‌توان هدف درمان قرار داد. همچنین این رویکرد نگاه خانواده محور (Family-Centered) دارد. پژوهش‌ها، درمان‌های فراتشخیصی یکپارچه نگر را بر افسردگی، اضطراب و تنظیم هیجانات اثربخش دانسته‌اند (۱۸). Sandín و همکاران، به صورت مجازی از برنامه یکپارچه فراتشخیصی مخصوص نوجوان برای کاهش نشانه‌های عاطفی و هیجانی نوجوانان استفاده نمودند که نتیجه حاکی از اثربخش بودن این نوع درمان بود (۱۹). در مطالعه قاسم‌زاده و نقش (۱۳۹۹)، برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر تنظیم هیجان مادران و کاهش اضطراب کودکان مبتلا به دیابت نوع یک اثربخش بود (۲۰). عبدی، بخشی پور و محمد علیلو، تأثیر درمان فراتشخیصی را بر تنظیم هیجان به اثبات رساندند (۲۱). با توجه به فقدان و کمبود پژوهش در طبقه کودکان با سایر آسیب‌های جسمانی (به خصوص کودکان مبتلا به دیابت) در قلمرو روان‌شناسی کودکان استثنایی، نوظهور بودن برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی، قابلیت اجرای همزمان فردی و گروهی، آموزش و درمان همزمان خانواده و نوجوان، قابلیت اجرای حضوری و مجازی؛ انجام پژوهش حاضر لازم و ضروری دانسته شد. هدف از مطالعه حاضر، طراحی و اجرای برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی و تعیین اثربخشی برنامه بر کاهش استرس والدینی و کاهش افسردگی در نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک می‌باشد.

بررسی همبستگی آزمون با دو مقیاس اندازه گیری رفتار **Coners** و سیاهه تجدید نظر شده مشکل رفتاری **Q-Peterson 88/0-52/0** می باشد (۲۲). آزمون سیاهه رفتاری کودک/نوجوان دارای دو مقیاس کلی درونی سازی و برونی سازی نیز می باشد. نسخه ایرانی این آزمون برای کودکان ۶-۱۸ سال توسط مینایی در سال ۱۳۸۵ هنجاریابی شده است. در پژوهش مینایی (۱۳۸۵) دامنه ضرایب همسانی درونی مقیاس‌ها با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ از ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ گزارش شده است. ثبات زمانی مقیاس‌ها با استفاده از روش آزمون-بازآزمون با یک فاصله زمانی ۵-۸ هفته بررسی شده که دامنه ضرایب ثبات زمانی از ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ به دست آمده است. همچنین توافق بین پاسخ دهندگان نیز مورد بررسی قرار گرفته است که دامنه این ضرایب از ۰/۰۹ تا ۰/۶۷ نوسان داشته است. به طور کلی در تحقیق مینایی (۱۳۸۵) این نتیجه حاصل شده است که این پرسشنامه از اعتبار و روایی مطلوب و بالایی برخوردار است (۲۳). این ابزار شامل سه فرم والد، فرم گزارش معلم و پرسشنامه خودسنجی می باشد که در این پژوهش فقط فرم والد مورد بررسی قرار گرفته است. والد در مدت ۲۵ الی ۳۰ دقیقه تعداد ۱۱۳ سوال را در مقیاس لیکرتی سه درجه ای بر اساس وضعیت نوجوان در شش ماه گذشته، وضعیت وی را درجه بندی میکنند. شیوه نمره گذاری این آزمون به این صورت است که پاسخ به سوالات سیاهه رفتاری کودک/نوجوان آخنباخ به صورت لیکرت ۳ گزینه‌ای از ۰ تا ۲ می باشد. بدین ترتیب که نمره صفر به مواردی تعلق می‌گیرد که هرگز در رفتار کودک وجود ندارد؛ نمره یک به حالات و رفتارهایی داده می‌شود که گاهی اوقات در کودک مشاهده می‌شود و نمره دو نیز به مواردی داده می‌شود که بیشتر مواقع یا همیشه در رفتار کودک وجود دارد. نوجوانانی که نمره T بدست آمده در مقیاس‌های مبتنی بر راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (افسردگی) بالاتر از ۶۰ بوده است (در محدوده مرزی و بالینی) به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. پرسشنامه استرس والدینی **Parenting Stress Index (PSI)** پرسشنامه استرس والدینی آیدین توسط وی در سال ۱۹۹۰ ساخته شده است. با توجه به پرسشنامه شاخص تنیدگی والدینی یا پرسشنامه استرس والدینی

رضایت‌نامه آگاهانه توسط والدین نوجوانان تکمیل شد. به اعضای گروه کنترل توضیح داده شد که بعد از اتمام این طرح پژوهشی و جمع آوری داده‌ها در آخرین مرحله، در صورتی که تمایل داشته باشند می‌توانند از خدمات روان شناختی که توسط درمانگر ارائه می‌شود استفاده کنند. مداخله برای گروه آزمایش طی ۱۷ جلسه متوالی، ۲ مرتبه در هفته و هر جلسه به مدت ۱۲۰ دقیقه برای نوجوانان و بلافاصله جلسات والدین اجرا شد. با توجه به انتشار ویروس کرونا و زمینه ای بودن این بیماری جهت حفظ سلامت شرکت کنندگان، جلسات به صورت مجازی و از طریق برنامه اسکای روم برگزار شد. در پژوهش حاضر، منظور از گروه کنترل، والدین و نوجوانانی هستند که در هیچ مداخله ای شرکت نکردند و برای دریافت مداخله پس از پایان پژوهش در لیست انتظار قرار گرفته‌اند. پرسشنامه‌های پژوهش که از قبل به صورت آنلاین و مجازی درآمده بود؛ توسط والدین اجرا گردید. پرسشنامه‌های سیاهه رفتاری کودک/نوجوان و استرس والدینی **Abidin** در ابتدا به عنوان خط پایه (پیش آزمون) و در انتها به عنوان پس آزمون تکمیل شدند. برای مقایسه نتایج گروه‌های مداخله و کنترل از تحلیل کوواریانس استفاده شد. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارت بودند از: پرسشنامه سیاهه رفتاری کودک/نوجوان

Child Behavior Checklist (CBCL)

در پژوهش حاضر جهت بررسی شناسایی و تشخیص افسردگی از سیاهه رفتاری کودک/نوجوان استفاده شده است. این آزمون نظام سنجش مبتنی بر تجربه **Achenbach** در دهه ۱۹۶۰ توسط توماس آخنباخ استاد دانشکده روانشناسی دانشگاه **Vermont** طراحی شد و در سال ۱۹۹۱ بار دیگر توسط آخنباخ ویرایش و هنجاریابی شد. این نظام شامل مجموعه ای از فرم‌ها برای سنجش آسان و مقرون به صرفه شایستگی‌ها، کنش یا کارکرد انطباقی و مشکلات عاطفی و رفتاری است. سیاهه رفتاری کودک/نوجوان، مشکلات عاطفی-رفتاری و همچنین توانمندی‌ها و شایستگی‌های تحصیلی و اجتماعی کودکان ۱/۵-۱۸ سال را از دیدگاه والدین و مراقبین مورد سنجش قرار می‌دهد. پایایی آن با استفاده از روش آماری آلفای کرونباخ ۰/۹۶-۰/۸۶ و روایی آن با

والدین آغاز می‌شود. پس از آن نتایج زیر مقیاس‌هایی که در هر قلمرو قرار دارند براساس جدول نرم، مورد تحلیل قرار می‌گیرند. بدین ترتیب بر اساس بررسی نمرات قلمروهای فرزند و والدین و با توجه به نتایج مقیاس استرس زندگی می‌توان چارچوب خاص بروز استرس را تعیین کرد و شیوه مداخله یا درمانگری متناسب را اتخاذ نمود. نتایج آلفای کرونباخ برای نمره کلی در حوزه کودکی از ۰/۸ تا ۰/۸۴ گزارش شده است. پایایی پرسشنامه استرس والدینی در فاصله زمانی ۳ ماه در نمونه بالینی متشکل از ۳۰ مادر ۰/۹۱ برای نمره کلی حوزه والدینی و ۰/۶۳ برای نمره کلی حوزه فرزند بود. مقدار ضریب قابلیت اعتماد همسانی درونی این ابزار برای کل مقیاس ۰/۸۸ و ضریب اعتماد باز آزمایی آن با فاصله ۱۰ روز ۰/۹۴ گزارش شده است. محققین تلاش نموده‌اند که در تمامی مراحل این پژوهش موازین و ملاحظات اخلاق در پژوهش از جمله ارائه اطلاعات لازم و تکمیل فرم رضایت آگاهانه توسط شرکت کنندگان را رعایت نمایند. این مقاله برگرفته از رساله دکتری در رشته روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی مصوب شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه آزاد واحد علوم تحقیقات است. این پژوهش از کمیته اخلاق در پژوهش زیست پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، کد IR.IAU.SRB.REC 1399.168 دریافت داشته است. محتوای آموزشی در جدول ۱ شرح داده شده است.

می‌توان اهمیت استرس در نظام والدین و فرزند را ارزشیابی کرد و بر این اصل مبتنی است که استرس والدینی می‌تواند از پاره ای ویژگی‌های فرزند برخی خصیصه‌های والدین و یا موقعیت‌های متنوعی که با ایفای نقش والدینی بطور مسقیم مرتبط هستند ناشی شود. شکل شاخص استرس والدینی این پژوهش به عنوان شکل بازنگری شده شکل های پیشین است که تصحیح آن آسانتر و مقدار مواد آن کمتر است این مقیاس در ایران (۱۳۹۱) به فارسی ترجمه و ویژگی‌های روانسجی آن بررسی شده است (۲۴). این شاخص شامل ۱۲۰ ماده است که دو قلمرو فرزند (۴۷ ماده) و والدینی (۵۴) ماده به اضافه یک مقیاس اختیاری تحت عنوان استرس زندگی (۱۹ ماده) را تا ۱۸ سالگی فرزندان را در بر می‌گیرد. زیر مقیاسهای مربوط به هر قلمرو و همچنین تعداد موارد آنها عبارتند از: قلمرو فرزند (۶ زیرمقیاس): سازش پذیری (۱۱ ماده)، پذیرندگی (۷ ماده)، فزون طلبی (۹ ماده)، خلق (۵ ماده)، بی توجهی و فزونکنشی (۹ ماده)، تقویت گری (۶ ماده) و قلمرو والدینی، هفت زیر مقیاس افسردگی (۹ ماده)، دلبستگی (۷ ماده)، محدودیتهای نقش (۷ ماده)، حس صلاحیت (۱۳ ماده)، انزوای اجتماعی (۶ ماده)، روابط با همسر (۷ ماده)، سلامت والد (۵ ماده) را شامل می‌شود. شیوه نمره گذاری نیز به روش لیکرت برحسب پاسخ‌های ۱ تا ۵ (از موافقم تا کاملاً مخالفم) انجام می‌شود. فرایند تفسیر نتایج مقیاس استرس والدینی در وهله نخست از بررسی نمره کلی مقیاس قلمروهای فرزند و

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزشی برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی

ردیف	جلسه	شکل اجرا	عنوان	محتوا
۱	اول	گروهی نوجوان گروهی والدین	ایجاد و حفظ انگیزه	آشنایی با درمانگر و معارفه برنامه-توافق قوانین معرفی شرکت کنندگان
۲	دوم	گروهی نوجوان گروهی والدین	ایجاد و حفظ انگیزه	تعیین اهداف-تشخیص مواردی که موجب تغییر انگیزه می شود
۳	سوم	گروهی نوجوان گروهی والدین	آشنایی با هیجان ها و رفتارها	آشنایی با هیجانها-دلیل وجود هیجانها
۴	چهارم	گروهی نوجوان گروهی والدین	آشنایی با هیجان ها و رفتارها	آموزش درک سه بخش هیجانها-آموزش چرایی انجام اعمال غیرمفید
۵	پنجم	گروهی نوجوان گروهی والدین	معرفی آزمایشات رفتاری هیجان محور	آشنایی با اقدامات متضاد-آشنایی با آزمایشات رفتاری متمرکز بر هیجانها
۶	ششم	گروهی نوجوان گروهی والدین	معرفی آزمایشات رفتاری هیجان محور	ردیابی سطح خلق و فعالیت-آشنایی با ایجاد تغییرات رفتاری کوچک و ارزیابی آن
۷	هفتم	گروهی نوجوان گروهی والدین	آگاهی از احساسات بدنی	آموزش احساسات بدنی-آموزش ردیابی هیجانها شدید
۸	هشتم	گروهی نوجوان گروهی والدین	آگاهی از احساسات بدنی	آگاه شدن به احساسات بدنی خود فرد-ارائه تمرینات احساسات بدنی مختلف
۹	نهم	گروهی نوجوان گروهی والدین	تفکر منعطف	آموزش و ارائه تمرینات تفکر منعطف
۱۰	دهم	گروهی نوجوان گروهی والدین	تفکر منعطف	آموزش تله های فکری رایج
۱۱	یازدهم	گروهی نوجوان گروهی والدین	تفکر منعطف	ارتباط دهی افکار با اعمال با استفاده از تفکر کارآگاهی و حل مسئله
۱۲	دوازدهم	گروهی نوجوان گروهی والدین	آگاهی از تجارب هیجانی	آگاهی از لحظه حال و ارائه تمرینات مربوطه آموزش آگاهی غیر قضاوتی و ارائه تمرینات مربوطه
۱۳	سیزدهم	گروهی نوجوان گروهی والدین	آگاهی از تجارب هیجانی	انجام آزمایش رفتاری با استفاده از راهبردهای آگاهی از برانگیزان های هیجان
۱۴	چهاردهم	گروهی نوجوان گروهی والدین	مواجهه موقعیتی با هیجانها	آزمایشات رفتاری با استفاده از فنون مواجهه
۱۵	پانزدهم	گروهی نوجوان گروهی والدین	مواجهه موقعیتی با هیجانها	مواجهه با رفتارهای هیجانی مشکل ساز
۱۶	شانزدهم	گروهی نوجوان گروهی والدین	مواجهه موقعیتی با هیجانها	مواجهه با رفتارهای هیجانی مشکل ساز
۱۷	هفدهم	گروهی نوجوان گروهی والدین	ادامه مسیر و حفظ دستاوردها	مرور مهارت های جدید و پیشرفت اهداف_ ارائه برنامه برای پیشگیری از عود
۱۸	هفدهم	گروهی والدین	فرزندپروری نوجوانان هیجانی	آگاهی والدین از پاسخ هایشان در برابر آشفتگی- معرفی چهار رفتار فرزندپروری متضاد رایج و اعمال مخالف آن (رفتارهای فرزندپروری مخالف)

تجزیه و تحلیل آماری

تجزیه و تحلیل های آماری توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام شد. قبل از هر جلسه کاربرد های مخصوص همان جلسه توسط پژوهشگر هم برای نوجوانان و هم برای والدین تنظیم می شد و حین جلسه در اختیار افراد قرار می گرفت.

نتایج

با توجه به ماهیت پژوهش، یافته های این پژوهش شامل دو بخش: یافته های توصیفی و یافته های حاصل از آزمون های استنباطی می باشد که در ابتدا یافته های توصیفی و در ادامه یافته های استنباطی ارائه می گردد.

جدول ۲. خلاصه جلسات آموزشی برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی

گروه کنترل*		گروه آزمایش*		متغیر	
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	مرحله	
۱۵/۹۹	۱۰۲/۱۹	۱۶/۴۷	۱۰۰/۶۷	پیش آزمون	فرزند
۱۵/۹۲	۱۰۳/۱۴	۱۵/۳۸	۱۱۱/۷۶	پس آزمون	
۱۷/۸۰	۱۱۹/۱۴	۲۱/۵۶	۱۱۷/۵۷	پیش آزمون	والد
۱۶/۵۴	۱۱۹/۱۰	۱۷/۶۷	۱۳۷/۹۰	پس آزمون	
۳۱/۹۹	۲۱۹/۱۸	۳۹/۱۹	۲۱۶/۱۴	پیش آزمون	کل
۳۰/۷۷	۲۲۰/۱۱	۲۹/۹۵	۲۴۹/۱۰	پس آزمون	
۲/۹۰	۸/۶۷	۳/۳۶	۷/۴۳	پیش آزمون	فرزند
۲/۸۵	۷/۹۵	۲/۱۶	۵/۴۳	پس آزمون	

*n=21

تفاوت معنادار داشته ($P < 0.05$) و این امر حاکی از تأثیر مثبت برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بوده است. در ضمن مقدار اندازه اثر برابر با ۰/۶۰ بوده که گویای آن است که ۶۰ درصد از تفاوت مشاهده شده بین نمرات پس آزمون ارزیابی مجدد دو گروه آزمایش و کنترل در نتیجه اعمال کاربندی آزمایشی (برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی) است. همچنین میانگین نمرات اصلاح شده پس آزمون استرس در قلمرو والد هم بعد از برداشتن اثر نمرات پیش آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل با یکدیگر تفاوت معنادار داشته ($P < 0.05$) و این امر حاکی از تأثیر مثبت برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بوده است. در ضمن مقدار اندازه اثر برابر با ۰/۵۸ بوده که گویای آن

نتایج جدول ۲، یافته های توصیفی (میانگین، انحراف معیار) متغیرهای استرس والدینی و افسردگی نوجوان را نشان می دهد. نتایج حاکی از آن است که گروه آزمایش پس از تجربه مداخله، شرایط بهتری گزارش کرده است. این در حالی است که گروه کنترل تقریباً در کلیه خرده مقیاس ها در بین مراحل پیش آزمون و پس آزمون تغییر قابل ملاحظه ای را نشان نمی دهد. شایان ذکر است افزایش نمره به معنی کاهش استرس والدینی و افسردگی نوجوانان است.

نتایج حاکی از آن است که میانگین نمرات اصلاح شده پس آزمون استرس در قلمرو فرزند بعد از برداشتن اثر نمرات پیش آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل با یکدیگر

و فراوانی مشکلات را نیز کاهش داد که با نتایج پیشینه پژوهشی همسو می باشد (۲۶). یافته های این پژوهش نشان داد که با آموزش های مهارت های خودتنظیمی و اصلاح رفتارهای غلط فرزندپروری و مشارکت در تکالیف و تمرینات تنظیم هیجان در منزل؛ استرس والدین کاهش می یابد. این امر نشان دهنده نقش مهم درمان های خانواده محور و تنظیم هیجانها به صورت یک برنامه یکپارچه می باشد. نتیجه این پژوهش همسو با مطالعات دیگر بود که نشان دادند با استفاده از برنامه های یکپارچه فراتشخیصی به والدین؛ می توان استرس و اضطراب والدین را کاهش داد (۲۷-۲۸). از طرف دیگر نتایج نشان داد که برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر کاهش افسردگی نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک اثربخش بوده است. نوجوانان مبتلا به دیابت به دلیل مشکلات تحمیل شده مانند رژیم غذایی، محدودیت فعالیت، پایش تهاجمی قند خون، تزریق روزانه انسولین، عوارض مزمن جسمی، بستری شدن در بیمارستان و کوتاه شدن متوسط عمر، پاسخهای هیجانی مناسبی نداشته و بهزیستی روانی پایینی را تجربه می نمایند (۲۹). در پژوهش حاضر؛ با تکیه بر برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی (نسخه نوجوان) و شناساندن هیجانها به نوجوان، ردیابی سطح خلق و فعالیت، آشنایی با ایجاد تغییرات رفتاری کوچک و ارزیابی آن، آموزش تله های فکری رایج، تهیه فهرست فعالیت های لذت بخش و دیگر مراحل و گام های ارائه شده در پژوهش؛ تفاوت معناداری در افسردگی نوجوانان مبتلا به دیابت نوع در قبل و بعد از اجرا ایجاد شد و در کاهش افسردگی نتیجه بخش بوده است که منطبق با یافته های پژوهشی دیگر است (۳۱-۳۰). در پژوهش انجام شده در حوزه دیابت نوع یک و دستورالعمل های کاربردی کلینیکی انجمن دیابت آمریکا و کانادا به انجام مداخلات روانشناختی و مداخلات خانواده محور با هدف بهبود کیفیت زندگی خانواده های دارای فرزند مبتلا به دیابت، کاهش مشکلات روانی والدین و فرزندشان، سازگاری بهتر با بیماری و کنترل متابولیک؛ تأکید شده است که با اهداف پژوهش حاضر هماهنگی دارد (۳۲). از جمله مزایای این مداخله در تداوم اثربخشی آن است، پژوهشگران در آزمون های پیگیری ۶ ماهه و ۱۲ ماهه پس از مداخله این نوع درمان ها، تداوم در اثربخشی

است که ۵۰ درصد از تفاوت مشاهده شده بین نمرات پس آزمون ارزیابی مجدد دو گروه آزمایش و کنترل در نتیجه اعمال کاربندی آزمایشی (برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی) است. همچنین نتایج پژوهش حاکی از آن است که میانگین نمرات اصلاح شده پس آزمون استرس والدینی (نمره کل) بعد از برداشتن اثر نمرات پیش آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل با یکدیگر تفاوت معنادار داشته ($P < 0/05$) و این امر حاکی از تأثیر مثبت برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بوده است. در ضمن مقدار اندازه اثر برابر با ۰/۵۸ بوده که گویای آن است که ۵۸ درصد از تفاوت مشاهده شده بین نمرات پس آزمون ارزیابی مجدد دو گروه آزمایش و کنترل در نتیجه اعمال کاربندی آزمایشی (برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی) است. بنابراین فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی برنامه درمان فراتشخیصی بر کاهش استرس والدینی نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک تایید می گردد. همچنین نتایج متغیر افسردگی نوجوانان، حاکی از آن است که میانگین نمرات اصلاح شده پس آزمون افسردگی بعد از برداشتن اثر نمرات پیش آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل با یکدیگر تفاوت معنادار داشته ($P < 0/05$) و این امر حاکی از تأثیر مثبت برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی با اندازه اثر ۰/۴۴ بوده است. بنابراین فرضیه پژوهش مبنی بر اثر بخشی برنامه درمان یکپارچه فراتشخیصی بر کاهش افسردگی نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک تایید می گردد.

بحث

در این پژوهش به بررسی اثربخشی برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر کاهش استرس والدینی و کاهش افسردگی نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک پرداخته شد. نتایج نشان داد که برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر کاهش استرس والدینی اثربخش بوده است. با توجه به پیشینه های پژوهشی؛ کارکردهای روان شناختی والدین دارای فرزندان مبتلا به بیماری های مزمن مانند دیابت نوع یک؛ در اثر مدیریت بیماری فرزندان، دچار آسیب می شود (۲۵). از این رو، این پژوهش نشان داد با استفاده از برنامه یکپارچه فراتشخیصی، می توان مشکلات اصلی گزارش شده توسط والدین که منجر به بروز استرس والدینی شده اند را تقلیل

می توان به کاهش اختلالات عاطفی در خانواده پرداخت. این برنامه به عنوان یکی از درمان های روان شناختی برای نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک، می تواند دوره گذار نوجوانی، ارتباط موثر با همسالان، ارتباطات درون فردی و بین فردی، چگونگی پذیرش درمان دارویی و رژیم های غذایی، رضامندی و کیفیت زندگی را با توجه به بیماری این گروه تسهیل نماید. این برنامه قابلیت اجرا در مراکز درمانی، کلینیکی، آموزشی و همچنین خاصیت قابل آموزش به متخصصان را دارد.

منابع مالی

پژوهش حاضر، حاصل طرح پژوهشی مستقلی است که بدون حمایت مالی سازمان خاصی صورت گرفته است.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله بر خود لازم میدانند تا از تمامی کسانی که ما را در اجرای هرچه بهتر این پژوهش یاری رساندند از جمله جناب آقای دکتر رجب، مدیریت محترم انجمن دیابت ایران و تمامی افراد شرکت کننده در پژوهش، تشکر و قدردانی نمایند.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله اعلام می دارند که در نگارش این مقاله هیچگونه تضاد منافع وجود ندارد.

آنها را تایید نمودند (۳۳). این پژوهش مانند تمامی پژوهش های دیگر دارای محدودیت هایی بود؛ از جمله محدودیت های پژوهش حاضر می توان به اجرای پژوهش در محدود شدن دامنه سنی نوجوانان ۱۵-۱۲ سال اشاره کرد. از دیگر محدودیت های این پژوهش، تداخل زمانی با انتشار ویروس کرونا بود که امکان برگزاری جلسات و ارزیابی ها به صورت حضوری میسر نبوده است. بنابر محدودیت های ذکر شده در بالا پیشنهاد می شود، پژوهش های بعدی در گروه های سنی مختلف و به تفکیک جنس انجام شود. همچنین در پژوهش های آتی مؤلفه های روان شناختی دیگر نیز می توانند بررسی شوند. پیشنهاد می شود در مطالعات آتی بعد از انجام این مداخله پیگیری های طولانی انجام شود تا مشخص شود که آیا این بهبود بعد از گذشت مدت زمانی از مداخله همچنان پایدار می ماند یا خیر.

نتیجه گیری

با در نظر گرفتن نتایج این پژوهش می توان نتیجه گرفت؛ از برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی جهت کاهش استرس والدینی و کاهش افسردگی در نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک می توان استفاده نمود. مدیریت استرس والدین می تواند بر کارکرد و روابط بین فردی در خانواده اثر مطلوب بگذارد و این مهم، در مدیریت بیماری هم به والدین و هم به نوجوان کمک بسزایی می کند. با آموزش همزمان والدین

منابع

1. Mostafaie MR, Bashirian S. Comparative survey of depression among chronic disease and healthy adolescences of Hamadan city. *Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty* 2012; 20(2): 65-71.
2. Cheraghi F, Mortazavi SZ, Shamsaei F, Moghimbeigi A. Effect of education on management of blood glucose in children with diabetes. *Journal of Nursing Education* 2014; 3(1): 1-11.
3. Mortazavi H, Tabatabaaii Chehr M. *Textbook of pediatric nursing*. 1 th ed. Tehran: Salemi 2013:474.
4. Jafari S , Mohtashami J, Alaei Karahroudi F, Mansouri S, Rassouli R. Perceived Social Support and Its Correlated Factors in Adolescents with Chronic Disease. *Hayat Journal* 2016; 22(1): 65-78.
5. Egan SJ, Wade TD, Shafran R. Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review* 2011; 31(2): 203-12.
6. Mohammadzadeh Farhani A, Naderi F , Rajab A, Ahadi H, Kraskian S. Effectiveness of cognitive – behavioral therapy on psychological problems and Blood glucose control in children with

- diabetes mellitus type I. *Iranian Journal of Pediatric Nursing* 2018; 4(3): 56-63.
7. Calvín JL, Gaviria A, Ríos MD. Prevalence of depression in type 2 diabetes mellitus. *Revista Clínica Española* 2015;4(3): 156-64.
 8. Azzopardi P, Willenberg L, Wulan N, Devaera Y, Medise B, Riyanti A, et al. Direct assessment of mental health and metabolic syndrome amongst Indonesian adolescents: a study design for a mixed-methods study sampled from school and community settings. *Global Health Action* 2020; 23(5): 1-14.
 9. Kafali HY, Altinok Y, Ozbaran Burcu, Ozen S, Kose S, Tahillioglu A, Darcan S, Goksen D. Exploring emotional dysregulation characteristics and comorbid psychiatric disorders in type 1 diabetic children with disordered eating behavior risk. *Journal of Psychosomatic Research* 2020;131: 70-89.
 10. Lawrence JM, Standiford DA, Loots B., et al. Prevalence and correlates of depressed mood among youth with diabetes: The Search for Diabetes in Youth Study. *Pediatrics* 2016;117: 1348-1358.
 11. Hou Y, Jiang F, Wang X. Marital commitment, communication and marital satisfaction: An analysis based on actor-partner interdependence model. *International Journal of Psychology* 2019; 54(3): 369-76.
 12. Streisand R, Swift E, Wickmark T, Chen R, Holmes C. Pediatric parenting stress among parents of children with type 1 diabetes: the role of self-efficacy, responsibility, and fear. *Natural Library of Medicine* 2015; 30(6): 513-21.
 13. Carter MA. Stress in parents of children with type 1 diabetes. Doctoral dissertation, College of Nursing: university of Kentucky. [Serial Online] 2015. Accessed: https://uknowledge.uky.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1061&context=dnp_etds
 14. Smith J, Cheater F, Bekker H. Parents' experiences of living with a child with a long-term condition: A rapid structured review of the literature. *Health Expect* 2015;18(4): 452-474.
 15. Curtis k, Foster K, Mitchell R, Van C. Models of care delivery for families of critically ill children: An integrative review. *Journal of Pediatric Nursing* 2016; 31(3): 330- 341.
 16. Wu Y P, Graves MM, Roberts MC & Mitchell A. C. Is insulin pump therapy better than injection for adolescents with diabetes? *Diabetes. Research And Clinical Practice* 2010; 89(2): 121-125.
 17. Nasri M, Ahadi A, Dortaj F. The Effectiveness of Transdiagnostic Treatment on Cognitive Flexibility, Emotion Regulation and Hb Factor in Patients with Type 2 Diabetes. *Joint Personnel Adjudication System* 2017; 24(2): 81-100.
 18. Hague B, Scott S, Kellett S. Transdiagnostic CBT treatment of comorbid anxiety and depression in an older adult: Single case experimental design. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2015; 43 (1): 119.124.
 19. Sandín B, García J, Valiente M, Espinosa V. Clinical Utility of an Internet-Delivered Version of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents (UP-A): A Pilot Open Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020; 10(6): 1-17.
 20. Ghasemzadeh S, Naghsh Z. The effectiveness of Unified protocol for Transdiagnostic Treatment on mothers' emotion regulation and anxiety in children with type 1 diabetes. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2020; 11(22):1-7.
 21. Abdi R, Bakhshpour A, Mahmood Alilou M, Farnam A. Efficacy evaluation of unified transdiagnostic treatment in Patients with generalized anxiety disorder and a comorbid emotional disorder. *Journal of Research in Behavioural Sciences* 2013; 11 (5): 375-390.
 22. Achenbach T M. Manual for Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry 1991.
 23. Minaei A. Adaptation and standardization of Akhenbach's child's behavioral checklist Self-assessment questionnaire and teacher report form. *Journal of Exceptional Children* 2007; 6(1): 549-558.
 24. Fadaei Z, Dehghani M, Tahmasian K, Farhadei M. Investigating Reliability, Validity And Factor Structure Of Parenting Stress- Short Form In Mother'S Of 7-12 Year-Old Children. *Journal of Research in Behavioural Sciences* 2013; 8(16): 81 - 91.

25. Wysocki T, Gavin L. Paternal involvement in the management of pediatric chronic diseases: Associations with adherence, quality of life, and health status. *Journal of Pediatric Psychology* 2016;31: 501–511.
26. Milgram L, Tonarely NA, May J. Youth Top Problems and Early Treatment Response to the Unified Protocols for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Children and Adolescents. *Child Psychiatry & Human Development* 2021; 17(4):22-38.
27. Tonarely NA, Kennedy S, Halliday E, Sherman J, Ehrenreich-May J. Impact of Youth Transdiagnostic Treatment on Parents' Own Emotional Responding and Socialization Behaviors. *Journal of Child and Family Studies* 2021; 30(2):1141–1155.
28. Whitmore A, Hudson S, West E. Adapting psychosocial treatment to target parenting stress and parent–child relationships associated with transdiagnostic emotional and behavioural dysregulation in a culturally diverse population. *Clinical Psychologist* 2021; 25(1):55-68.
29. Davis T, Hunt K, Bruce D, Starkstein S, Skinner T, McAullay D. et al. Prevalence of depression and its associations with cardio-metabolic control in Aboriginal and Anglo-Celt patients with type 2 diabetes: The Fremantle Diabetes Study Phase II. *Diabetes Research and Clinical Practice* 2015; 107(3): 384- 91.
30. Escalera J, Valiente R, Chorot P, Ehrenreich-May J, Kennedy S, Sandín B. The Spanish Version of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents (UP-A) Adapted as a School-Based Anxiety and Depression Prevention Program: Study Protocol for a Cluster Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research* 2017; 6(8):149-158.
31. Kennedy K, Halliday E, Ehrenreich M. Trajectories of Change and Intermediate Indicators of Non-Response to Transdiagnostic Treatment for Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 2020; 28(6):511-521.
32. Lohan A, Morawska A, Mitchell A. A Systematic review of parenting interventions for parents of children with type 1 diabetes. *Journal of Child Care, Health and Development* 2016; 41(6): 816- 817.
33. Eustisa EH, Gallagherb M, Tirpaka J, Nauphala M, Farchionea TJ, Barlow D. The Unified Protocol compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: 12-month follow-up from a randomized clinical trial. *General Hospital Psychiatry* 2020;67(1): 58–61.