



Self – Concept in Children with Type 1 Diabetes Referring to the Sedigheh Tahereh Clinic

Nafiseh Rafiei ^{1,*}, Maryam Hosinzadeh bafarani ², Somayeh Ebrahimi ³

¹ Assistant Professor, Department of Educational Sciences and Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran

² Instructor, Department of Educational Sciences and Psychology. Payam Noor University, Tehran, Iran

³ Bachelor of Educational Sciences, Payam Noor University. Isfahan, Iran

* **Corresponding author:** Nafiseh Rafiei, Instructor, Department of Educational Sciences and Psychology. Payam Noor University, Tehran, Iran. E-mail: nafisehrafiei@gmail.com

Received: 18 Nov 2018

Accepted: 09 Apr 2019

Abstract

Introduction: Type 1 diabetes is one of the most common chronic diseases in children. An ambiguous picture of the physical, social, educational, moral, rational and temperamental nature of these children as the main concern of their parents poses the need to identify the six levels of self-concept. Therefore, the aim was to determine the level of sixth (physical, social, educational, moral, rational and mood) self-concept in children with type 1 diabetes mellitus in Isfahan city.

Methods: This descriptive-analytical study was carried out in 2016. The statistical population includes all children with type 1 diabetes who referred to Sedigheh Tahereh Clinic. A total of 100 children were selected by cluster sampling. The data were collected by the parents of children by completing a researcher-made questionnaire with 36 items of six levels of self-concept. Content validity by applying the view point of experts and the reliability of the tools was confirmed by calculating the Cronbach's alpha coefficient of 84%. Data were analyzed using SPSS software 18, descriptive tables and independent t-test.

Results: The findings indicate that 63% of the samples under study are at least 3 years old in type 1 diabetes. No significant difference was found between the amount of sixth self-concept based on sex and duration of the disease ($P > 0.05$). However, there is a significant difference between the amount of sixth self-concept based on the age ($P = 0.019$) and number of children in the family ($P = 0.003$) and this difference in the parents of children with multiple scores in educational self-concept is more than that of single-child children with increasing age of children ($M = 12.02$).

Conclusions: It is necessary to have training courses and counseling sessions for parents and children with diabetes in clinics in promoting the proper self-concept of children and reducing their parents' mental and mental concerns.

Keywords: Self-concept, Type 1 Diabetes, Children



خودپنداره کودکان مبتلا به دیابت نوع یک از دیدگاه مادرانشان

نفیسه رفیعی^{۱*}، مریم حسین زاده بافرانی^۲، سمیه ابراهیمی^۳

^۱ استادیار گروه علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

^۲ مربی گروه علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

^۳ کارشناس، گروه علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، اصفهان، ایران

* نویسنده مسئول: نفیسه رفیعی. مربی، گروه علوم تربیتی و روانشناسی، تهران، ایران. ایمیل: nafisehrafiei@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۱/۲۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۸/۲۷

چکیده

مقدمه: دیابت نوع اول یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن کودکان است. تصویری مبهم از وضعیت جسمانی، اجتماعی، تحصیلی، اخلاقی، عقلانی و خلق و خو این کودکان بعنوان دغدغه اصلی والدینشان ضرورت شناسایی سطوح شش گانه خودپنداره را مطرح می‌سازد. بنابراین هدف این پژوهش تعیین میزان سطوح شش گانه (جسمانی، اجتماعی، تحصیلی، اخلاقی، عقلانی و خلق و خو) خودپنداره کودکان مبتلا به دیابت نوع یک از دیدگاه مادرانشان است.

روش کار: این مطالعه باروش توصیفی - تحلیلی در سال ۱۳۹۵ انجام گردید. جامعه آماری شامل کلیه کودکان مبتلا به دیابت نوع ۱ مراجعه کنندگان به درمانگاه صدیقه طاهره (س) استان اصفهان بودند. یکصد کودک باروش نمونه گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. داده‌ها از طریق تکمیل پرسشنامه محقق ساخته سطوح شش گانه خودپنداره با ۳۶ گویه توسط والدین کودکان جمع آوری شد. روایی محتوا با استفاده از نظر خبرگان و پایایی ابزار با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ تأیید گردید. داده‌ها به کمک نرم افزار SPSS ۱۸ و با آزمون t مستقل تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌ها بیانگر این است که ۶۳٪ از نمونه مورد بررسی حداقل به مدت سه سال درگیربیماری دیابت نوع یک می‌باشند. بین میزان خودپنداره های شش گانه بر اساس جنسیت کودکان هیچ تفاوت معنی داری وجود ندارد ($P > 0/05$). لیکن بین میزان خودپنداره های شش گانه بر اساس سن ($P = 0/019$) و تعداد فرزندان خانواده ($P = 0/003$) تفاوت معنی داری وجود دارد و این تفاوت در والدین کودکان دارای چندفرزند در خودپنداره تحصیلی نسبت به کودکان تک فرزند با افزایش سن کودکان بیشتر می‌شود ($M = 12/02$).

نتیجه‌گیری: ضرورت برگزاری دوره‌های آموزشی و جلسات مشاوره والدین و کودکان مبتلا به دیابت در درمانگاه‌ها در ارتقای خودپنداره صحیح کودکان و کاهش دغدغه و تصورات ذهنی والدین آنها نقش بسزایی دارد.

واژگان کلیدی: خودپنداره، دیابت نوع یک، کودکان

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

گرایش‌های خودآگاه و ناخودآگاه، درک و شناخت پیرامون هویت، ارزش‌ها و نقش‌های فرد، موجودیت فیزیکی و چگونگی شناخت فرد از خویشتن می‌باشد که عمدتاً از طریق تماس‌های اجتماعی با سایر افراد و تجارب کسب می‌شود و به صورت مثبت یا منفی شکل می‌گیرد [۵]. نتایج تحقیق صفوی و همکاران [۶] در این زمینه بیانگر ارتباط معنادار بین نوع خودپنداره و کیفیت زندگی در مبتلایان به دیابت نوع دوم می‌باشد. نتایج تحقیق چناری [۷] در این زمینه بیانگر این بود که هرچه نگرش تربیتی والدین مثبت‌تر، خودپنداره فرزندانشان بالاتر می‌باشد. همچنین دختران خودپنداره بالاتری نسبت به پسران خواهند داشت. دی سانوویتو و همکاران (De Sa Novato et al. 2008) طی مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که کیفیت زندگی و عزت نفس ارتباط مستقیم و مثبتی با هم دارند. کیفیت زندگی بالا باعث عزت نفس بالا

دیابت نوع اول که قبلاً به نام دیابت وابسته به انسولین شناخته می‌شد یک بیماری خود ایمن می‌باشد [۱]. بر طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، شیوع دیابت در ایران بیش از ۸٪ می‌باشد. همچنین ایران از جمله کشورهایی است که بیش از ۲۰٪ مرگ و میرها به علت دیابت می‌باشد. بر اساس این گزارش، تعداد افراد مبتلا به دیابت در خاورمیانه در سال ۲۰۳۰ به حدود ۴۲/۶ میلیون نفر خواهد رسید [۲]. باتوجه به اینکه دیابت نوع اول یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن کودکان است که بالقوه زندگی آنان را تهدید می‌کند به طوری که کلیه ارگان بدن، سبک زندگی، شخصیت و عاطفه کودک و خانواده را تحت تاثیرقرار می‌دهد [۳]. بنابراین نوع خودپنداره و تصویری که افراد از خود و جهان پیرامون خود دارند در رویارویی با موقعیت‌های مختلف نقش بسزایی دارد [۴]. در واقع خودپنداره شامل انسجام و وحدت بین احساسات،

می‌شوند، بنابراین به همان اندازه که تواناهایی ذهنی اندازه گیری شده در موقعیت‌ها و شکست‌های تحصیلی مؤثر است، در پندار و تصور فرد از خود نیز ریشه دارد و شاید اهمیتی بسیار عمیق‌تر داشته باشد [۱۸]. در تحقیقی که کرمان سارویی و همکاران [۱۹] با عنوان "کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک مراجعه کننده به مرکز دیابت زاهدان انجام دادند. بیانگر این است که نوجوانان در بعد کنترل والدین و اثر بیماری بر فعالیت آن‌ها بیشترین مشکل را داشتند. گروه سنی ۱۲-۱۰ سال بیشتر تحت تأثیر عوارض بیماری بر فعالیت‌های فردی قرار گرفتند و آزمون آماری تفاوت معنی داری را نشان داد. لذا در این مقاله با توجه به اینکه سهم قابل توجهی از کودکان شهراصفهان مبتلا به دیابت نوع ۱ می‌باشند و بیشترین دغدغه والدین آنها بویژه مادرانشان علاوه بر تزریق و کنترل انسولین نگرانی و تصویری متفاوت از آینده کودکانشان در مقایسه با سایر کودکان می‌باشد. لذا این پژوهش با هدف تعیین سطوح خودپنداره جسمانی، اجتماعی، خلق و خو، اخلاقی، عقیدتی و تحصیلی این کودکان بر اساس سن، جنسیت، تعداد فرزندان خانواده از دریچه نگاه والدینشان که در شکل گیری آن نقش بسزایی دارند در قالب ۳ فرضیه ذیل این مساله را مورد بررسی قرار می‌دهد: (۱) بین میزان خودپنداره (جسمانی، اجتماعی، اخلاقی، خلق و خو، عقلانی و تحصیلی) کودکان مبتلا به دیابت نوع یک، بر اساس جنسیت آنها تفاوت معنی دار وجود دارد. (۲) بین میزان خودپنداره (جسمانی، اجتماعی، اخلاقی، خلق و خو، عقلانی و تحصیلی) کودکان مبتلا به دیابت نوع یک، بر اساس سن آنها تفاوت معنی دار وجود دارد. (۳) بین میزان خودپنداره (جسمانی، اجتماعی، اخلاقی، خلق و خو، عقلانی و تحصیلی) کودکان مبتلا به دیابت نوع یک، بر اساس تک فرزندی یا چند فرزندی بودن آنها تفاوت معنی دار وجود دارد.

روش کار

این پژوهش از نوع توصیفی - تحلیلی است. جامعه آماری شامل کلیه مراجعه کنندگان به درمانگاه حضرت صدیقه طاهره (س) در طول مدت فروردین تا شهریورماه ۱۳۹۵ شهر اصفهان که مبتلا به دیابت نوع یک بودند. روش نمونه گیری در این پژوهش خوشه‌ای بود. لذا از بین کودکان مبتلا به دیابت نوع ۱ مراجعه کننده به درمانگاه غدد و دیابت حضرت صدیقه طاهره (س) فقط کودکان گروه سنی (۷-۱۱) سال انتخاب شدند و از این تعداد تمامی ۱۱۸ نفر از کودکان دختر و پسر مراجعه کننده ثابت به درمانگاه در محدوده زمانی ۶ ماهه که مشکل دیگری به جز دیابت نداشتند با همکاری و مساعدت مسئولین این درمانگاه شناسایی و به عنوان نمونه انتخاب شدند. البته ۱۸ نفر حاضر به همکاری نشدند. بنابراین ۱۰۰ نفر از کودکان دختر و پسر مبتلا به دیابت نوع یک دختر و پسر بعنوان نمونه انتخاب شدند. ابزار جمع آوری اطلاعات یک پرسشنامه محقق ساخته سطوح شش گانه خودپنداره بود که به والدین این کودکان با حفظ اطلاعات و بدون اجبار در تکمیل پرسشنامه توسط والدین تکمیل گردید. با توجه به اینکه سطوح شش گانه خودپنداره و تصور کودکان مبتلا به دیابت نوع یک به صورت همه جانبه خودپنداره جسمانی، اجتماعی، خلق و خو، اخلاقی، عقلانی و تحصیلی در این پژوهش مورد نظر بود و تمامی تحقیقات در این زمینه به بررسی خودپنداره مثبت و منفی کودکان با پرسشنامه‌های استاندارد انجام شده است. لذا در این پژوهش، ابتدا با استفاده از سؤالات بازپاسخ

در بیماران دیابتی می‌شود و (بالعکس) کیفیت زندگی پایین، باعث عزت نفس پایین در بیماران دیابتی می‌شود و در دوران کودکی کیفیت زندگی کودکان بیمار تحت تأثیر خانواده می‌باشد [۸]. اکثر تحقیقات انجام شده در این زمینه خودپنداره مثبت و منفی و در برخی از تحقیقات سطوح متفاوتی از خودپنداره را مورد بررسی قرار داده‌اند که در این تحقیق تلاش شده است تا سطوح همه جانبه و جامعی از خودپنداره مورد بررسی قرار گیرد که به اجمال ۶ خودپنداره جسمانی، اجتماعی، خلق و خو، اخلاقی، عقلانی و تحصیلی بیان می‌شود: خودپنداره جسمانی: تصور فرد از بدن، سلامت، ظاهر جسمانی، قدرت بدنی، خود را خودپنداره جسمانی گویند [۹]. خودپنداره اجتماعی: ویژگی و خصوصیات رفتاری شخص است که وی تصور می‌کند دیگران آن را مشاهده می‌کنند، منظور از خودپنداره اجتماعی احساس ارزش شخص در تعامل اجتماعی می‌باشد [۱۰]. موی (Moyiee ۱۹۷۶). در تحقیقی به این نتیجه رسید که کیفیت ارتباط تجربه شده کودک در مدرسه و منزل، عامل مؤثری در رشد اجتماعی و خودپنداره کودک است [۱۱]. همچنین Foulkner [۱۲] نشان داد که رفتار خانواده بر خودمراقبتی و کیفیت زندگی کودکان تأثیرگذار است. نتایج تحقیق ساریان و همکاران [۱۳] در زمینه بررسی ارتباط نگرش‌های تربیتی والدین با خودپنداره و تعامل اجتماعی نوجوانان دختر بیانگر این است که والدینی که در سبک تربیتی خود از نگرش‌های تربیتی منفی استفاده کردند نوجوانانی با خودپنداره منفی، عزت نفس پایین، خودکارآمدی ضعیف و نگرشی بدبینانه و منفی به زندگی آینده و سازگاری اجتماعی پایین که در روابط با دیگران و حضور در اجتماع موفق نبودند، داشته‌اند. خودپنداره خلق و خو: تصور فرد از حالت عاطفی معمول یا تسلط نوع خاصی از واکنش عاطفی گفته می‌شود. خلق و خو شامل دریافت‌های منطقی درباره خود، دیگران و دنیا است و بیشتر ویژگی‌هایی را شامل می‌شود که تحت تأثیر عوامل محیطی در ساختار شخصیت فرد بوجود می‌آید [۱۴]. خودپنداره اخلاقی: منظور از این سطح مشخص کردن چارچوبی معین برای تعقیب منافع شخصی را که همان محدوده ارزش‌های اخلاقی است می‌گویند. بعد اخلاقی آدمی را به عدالت و انصاف فرا می‌خواند و به او می‌گوید در تعقیب منافع شخصی خود، به دیگران ظلم ننمایند و حقوق آنها را فدای خود نکند [۱۵]. در تحقیق ربیعی [۹] خودپنداره اخلاقی با اختلاف بسیار کمی میزان بالایی از خودپنداره را بدون تفاوت در هر دو جنس نشان می‌دهد. خودپنداره عقلانی: آگاهی فرد از هوش، استعداد، حل مسئله و داوری خودش و تبعیت کامل از استدلال صحیح را عقلانیت می‌نامند. [۹]. نتایج تحقیق غفاری و همکاران [۱۶] در مطالعه کودکان مبتلا به آسم در مقایسه با افراد سالم بیانگر این است که مشکلات قابل ملاحظه شناختی در بعضی از بیماران دیده می‌شود بویژه اینکه این کودکان در پروسه‌های شناختی دارای سرعت آهسته‌تری می‌باشند. خودپنداره تحصیلی: تصور فرد از خود در ارتباط با مدرسه، معلمان و فعالیت‌های فوق برنامه به عنوان خودپنداره آموزشی تعبیر می‌شود. توفیقات یا عدم موفقیت‌ها در زندگی کودک و نوجوان در تحول خودپنداره اثر می‌گذارد [۱۷]. این مفهوم خود بدون شک مبتنی بر بازخوردی است که کودک در رابطه با کارهای آموزشی‌اش از نمرات، آزمون‌ها، معلمان، والدین و همسالان دریافت می‌کند. بنابراین دانش آموزانی که احساس خوب و مثبتی نسبت به خود و توانایی‌هایشان دارند به احتمال قوی موفق

به سایر سطوح خودپنداره در گروه سنی ۹ تا ۱۱ سال بیشتر از گروه سنی ۷ و ۸ سال می‌باشد عبارتی دیگر بیشترین دغدغه و تصور ذهنی والدین کودکان مبتلا به دیابت با افزایش سن در ارتباط با وضعیت تحصیلی کودکان بیشتر می‌شود.

جدول ۱: فراوانی و درصد اطلاعات دموگرافیک

متغیر	فراوانی	درصد
جنسیت		
زن	۵۹	۵۱
مرد	۴۱	۴۹
سن کودک		
۷-۸	۳۴	۳۴
۹-۱۱	۶۶	۶۶
تعداد فرزند		
تک‌فرزند	۲۳	۲۳
چندفرزند	۷۷	۷۷
مدت بیماری		
زیر یک سال	۱۰	۱۰
۱-۲	۲۷	۲۷
۳-۴	۲۲	۲۲
۵ سال و بالاتر	۴۱	۴۱

نتایج حاصل از فرضیه سوم در جدول ۴ بیانگر این است که بین میزان خودپنداره تحصیلی در بین خودپنداره کل بر اساس تک فرزندی یا چندفرزندی بودن کودکان دیابتی تفاوت معنی دار ملاحظه گردید. لذا فرض سوم در رابطه با خودپنداره تحصیلی و خودپنداره کل ($P < 0/05$) در سطح ($0/05$) تأیید می‌شود و این نتیجه حاصل می‌شود که میزان خودپنداره تحصیلی و خودپنداره کل بر اساس تعداد فرزند در خانواده با یکدیگر تفاوت معنی داری دارند و این تفاوت در خودپنداره تحصیلی والدین کودکان دارای چند فرزند بیشتر از والدین کودکان دارای یک فرزند می‌باشد.

بحث

پژوهش حاضر باهدف تعیین میزان سطوح شش گانه (جسمانی، اجتماعی، تحصیلی، اخلاقی، عقلانی و خلق و خو) خودپنداره کودکان مبتلا به دیابت نوع یک از دیدگاه مادرانشان انجام شد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که میزان خودپنداره در سطوح شش گانه (جسمانی، اجتماعی، تحصیلی، اخلاقی، عقلانی، خلق و خو) براساس جنسیت کودکان مبتلا به دیابت نوع ۱ تفاوتی وجود ندارد. اما نمره میانگین بالاتر از حد متوسط خودپنداره نشان دهنده این است که دغدغه و تصور ذهنی والدین کودکان مبتلا به دیابت نوع ۱ بالاتر از حد متوسط می‌باشد و بیشترین دغدغه و تصور ذهنی والدین درگیر وضعیت اجتماعی و خلق و خو (عواطف شکننده و حساس) کودکان پسر تاحدی بیشتر نسبت به کودکان دختر می‌باشد و کم‌ترین دغدغه و تصور ذهنی والدین این کودکان نسبت به هوش، استعداد و قدرت حل مساله و عبارتی دیگر مربوط به خودپنداره عقلانی می‌باشد.

نتایج تحقیق پورحسین (۱۳۸۳) بیانگر این بود که جنس بر تحول خودپنداره تأثیری ندارد، با نتایج این پژوهش همخوانی دارد. اما نتایج تحقیق چناری (۱۳۸۷) که معتقد است دختران، خودپنداره بالاتری نسبت به پسران دارند بانتهای این تحقیق

از خانواده‌های این کودکان و پرسنل درمانگاه سطوح خودپنداره این نوع کودکان و دغدغه‌های غالب والدین آنها متناسب با نوع بیماری شناسایی و جمع آوری گردید و در مرحله دوم از آن سؤالات و پاسخهای جمع آوری شده به منظور تهیه یک پرسش‌نامه محقق ساخته در دو بخش استفاده گردید. بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک فردی مهم و مؤثر از مطالب جمع آوری شده در ارتباط با خودپنداره کودکان شامل: سن، جنسیت و تعداد فرزندان خانواده (تک فرزندی یا چند فرزند) تهیه گردید. بخش دوم شامل سؤالات بسته پاسخ جهت سنجش میزان خودپنداره و سطوح آن در شش سطح جسمانی، اجتماعی، خلق و خو، اخلاقی، عقلانی و تحصیلی متناسب با دیابت نوع یک بود که شامل ۳۶ سؤال با چهار طیف (زیاد، متوسط (تاحدی)، کم و اصلاً) و با نمره گذاری (۱-۰-۲-۳-۴) و یک سؤال باز پاسخ تهیه شد. روایی صوری و محتوایی پرسشنامه در چندین مرحله توسط اساتید علوم تربیتی موردبررسی و نهایتاً تأیید گردید. پرسشنامه مقدماتی نیز به صورت آزمایشی در بین ۲۵ نفر از والدین کودکان خارج از نمونه توزیع و ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه با ۸۴٪ پایایی پرسشنامه را تأیید کرد. با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸، جداول توصیفی و آزمون t مستقل تحلیل گردید.

ازجمله ملاحظات اخلاقی مورد توجه در این پژوهش قبل از توزیع و جمع آوری اطلاعات عبارتند از: ۱. آگاه سازی والدین نسبت به موضوع و هدف از انجام پژوهش و زمان اختصاص یافته جهت تکمیل پرسشنامه انجام گردید و این اطمینان داده شد که اطلاعات جمع آوری شده جهت انجام یک فعالیت پژوهشی است. ۲. باتوجه به اینکه پرسشنامه بدون قید اسامی افراد تنظیم شده بود باین وجود اطمینان نسبت به حفظ اطلاعات خصوصی به والدین داده شد. ۳. در صورت هر نوع تغییر عقیده نسبت به زمان تکمیل و تحویل پرسشنامه و کسب اطلاعات بیشتر نسبت به پژوهش این فرصت به افراد جهت همکاری یا عدم همکاری در تکمیل پرسشنامه داده شد. ۴. اطمینان به ارائه نتایج پژوهش به والدین علاقمند پژوهش پس از انجام پژوهش نیز داده شد.

یافته‌ها

اطلاعات دموگرافیک نمونه مورد بررسی براساس جنسیت، سن، تعداد فرزند و طول مدت بیماری در جدول ۱ ارائه شد. ۶۳٪ از نمونه مورد بررسی حداقل به مدت ۳ سال درگیر دیابت نوع ۱ می‌باشند، همچنین ۹۰٪ از والدین کودکان در سؤال باز پاسخ ضرورت برگزاری دوره‌های آموزشی در مراحل مختلف مواجهه با این بیماری، نحوه برخورد با کودک و سایر افراد را به غیر از ارائه بروشور و روشهای مرسوم کوتاه شفاهی پیشنهاد داده‌اند.

نتایج حاصل از فرضیه اول پژوهش در جدول ۲ بیانگر این است که بین میزان خودپنداره کودکان مبتلا به دیابت نوع یک، بر اساس جنسیت آنها در هیچ کدام از متغیرها تفاوت معنی دار ملاحظه نگردید ($P > 0/05$). لذا فرضیه اول در سطح ($0/05$) رد شد.

نتایج حاصل از فرضیه دوم در جدول ۳ بیانگر این است که بین میزان خودپنداره تحصیلی بر اساس سن تفاوت معنی دار ملاحظه گردید. لذا فرض دوم در رابطه با خودپنداره تحصیلی ($P < 0/05$) در سطح ($0/05$) تأیید می‌شود و این نتیجه حاصل می‌شود که میزان خودپنداره تحصیلی بر اساس سن با یکدیگر تفاوت معنی داری دارند و این اختلاف نسبت

میانگین بالاتر از حد متوسط خودپنداره ای از دغدغه‌ها ومشکلات کودکان بیمار از دریچه نگاه والدین را نشان می‌دهد که با توجه به بررسی‌های که در این زمینه انجام شده است از این منظر این مساله کمتر مورد پژوهش بوده است.

همخوانی ندارد، همچنین نتایج پژوهش رفیعی (۱۳۹۴) که بیانگر عدم وجود تفاوت در خودپنداره اخلاقی در بین دانشجویان دختر و پسر است با نتایج این تحقیق همخوانی ندارد. لکن در این پژوهش آنچه فراتر از جنسیت مطرح می‌شود

جدول ۲: نتایج تحلیل t مستقل متغیرهای پژوهش در رابطه با جنسیت (بانضمام میانگین و انحراف معیار)

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف معیار	T	معنی داری	تفاوت میانگین
خودپنداره جسمانی			۰/۱۲۰	۰/۹۰۵	۰/۰۶۲۵
دختر	۱۱/۳۳	۲/۵۱			
پسر	۱۱/۳۹	۲/۶۷			
خودپنداره اجتماعی			۰/۴۳۵	۰/۶۶۵	۰/۲۴۵۱۰
دختر	۱۲/۵۸	۲/۸۷			
پسر	۱۲/۸۳	۲/۷۳			
خودپنداره خلق و خو			۱/۹۰۰	۰/۱۰۶۰	۱/۰۵۹۳
دختر	۱۱/۵۲	۲/۷۸			
پسر	۱۲/۵۸	۲/۷۲			
خودپنداره اخلاقی			۰/۰۷۷	۰/۹۳۸	۰/۰۳۳۰۹
دختر	۱۱/۱۳	۲/۳۴			
پسر	۱۱/۱۰	۱/۸۷			
خودپنداره عقلانی			۰/۳۰۶	۰/۷۶۱	۰/۱۸۹۹۵
دختر	۱۰/۰۳	۳/۶۰			
پسر	۱۰/۲۲	۳/۱۱			
خودپنداره تحصیلی			۰/۶۰۰	۰/۵۵۰	۰/۳۱۸۶۳
دختر	۱۱/۴۳	۲/۶۱			
پسر	۱۱/۷۵	۲/۶۶			
خودپنداره کل			۰/۸۴۹	۰/۳۹۸	۱/۸۳۷۰۱
دختر	۶۸/۰۵	۱۰/۹۳			
پسر	۶۹/۸۹	۱۰/۵۷			

جدول ۳: نتایج تحلیل t مستقل متغیرهای پژوهش در رابطه با سن (بانضمام میانگین و انحراف معیار)

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف معیار	T	معنی داری	تفاوت میانگین ها
خودپنداره جسمانی			۱/۶۴۰	۰/۱۰۴	۰/۸۸۱۶۷
۸-۷	۱۰/۸۴	۲/۳۶			
۱۱-۹	۱۱/۷۳	۲/۵۷			
خودپنداره اجتماعی			۰/۷۷۵	۰/۴۴۰	۰/۴۶۴۶۵
۸-۷	۱۲/۴۲	۲/۶۵			
۱۱-۹	۱۲/۸۸	۲/۸۵			
خودپنداره خلق و خو			۰/۵۶۲	۰/۵۵۷	۰/۳۱۳۱۳
۸-۷	۱۱/۹۰	۲/۳۲			
۱۱-۹	۱۲/۲۲	۲/۷۲			
خودپنداره اخلاقی			۱/۱۰۱	۰/۲۷۴	۰/۴۷۳۳۰
۸-۷	۱۱/۳۹	۱/۸۸			
۱۱-۹	۱۰/۹۲	۲/۰۵			
خودپنداره عقلانی			۰/۰۶۷	۰/۲۸۹	۰/۶۹۵۵۳
۸-۷	۹/۶۰	۲/۸۹			
۱۱-۹	۱۰/۳۰	۳/۱۰			
خودپنداره تحصیلی			۲/۳۸۸	**۰/۰۱۹	۱/۲۹۴۳۷
۸-۷	۱۰/۸۴	۲/۶۵			
۱۱-۹	۱۲/۱۴	۲/۴۴			
خودپنداره کل			۱/۴۸۳	۰/۱۴۱	۳/۱۷۶۰۵
۸-۷	۶۷/۰۳	۹/۰۶			
۱۱-۹	۷۰/۲۰	۱۰/۴۰			

جدول ۴: نتایج تحلیل t مستقل متغیرهای پژوهش در رابطه با تعداد فرزند (باتضمام میانگین و انحراف معیار)

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف معیار	T	معنی داری	تفاوت میانگین ها
خودپنداره جسمانی					
تک فرزند	۱۰/۹۱	۲/۵۰		۰/۳۸۵	۰/۵۳۵۳
چند فرزند	۱۱/۴۴	۲/۵۹			
خودپنداره اجتماعی					
تک فرزند	۱۲/۰۰	۳/۳۸		۰/۱۸۰	۰/۸۹۴۷
چند فرزند	۱۲/۸۹	۲/۵۸			
خودپنداره خلق و خو					
تک فرزند	۱۱/۵۶	۲/۹۹		۰/۳۸۲	۰/۵۷۹
چند فرزند	۱۲/۱۴	۲/۷۰			
خودپنداره اخلاقی					
تک فرزند	۱۰/۷۳	۲/۳۳		۰/۴۵۰	۰/۳۷۹
چند فرزند	۱۱/۱۱	۲/۰۲			
خودپنداره عقلانی					
تک فرزند	۹/۱۳	۲/۸۸		۰/۰۹۲	۰/۲۱۱۶۷
چند فرزند	۱۰/۳۴	۳/۰۲			
خودپنداره تحصیلی					
تک فرزند	۱۰/۱۷	۲/۶۷		**۰/۰۰۳	۰/۸۵۲
چند فرزند	۱۲/۰۲	۲/۴۸			
خودپنداره کل					
تک فرزند	۶۴/۵۲	۱۲/۲۵		**۰/۰۰۳	۵/۴۵۱
چند فرزند	۶۹/۹۷	۹/۷۹			

با میانگین خودپنداره کلی مادران کودکان تک فرزند بیشتر می باشد که بیانگر دغدغه ها و تصورات ذهنی بیشتر مادران کودکان مبتلا به دیابت دارای چند فرزند نسبت به مادران کودکان تک فرزند می باشد. همچنین بیشترین دغدغه و تصور ذهنی والدین کودکان تک فرزند و چند فرزند مبتلا به دیابت مربوط به خودپنداره اجتماعی و خودپنداره خلق و خو (وضعیت عاطفی و روحیه شکننده کودکان) می باشد و کمترین دغدغه و تصور ذهنی والدین تک فرزند و چند فرزند برای کودکان مبتلا به دیابت مربوط به خودپنداره عقلانی است. نتایج تحقیق وصلی و عشقباز (۱۳۸۸) بیانگر عدم تأثیر و مداخله تک فرزندی و چند فرزندی بودن کودکان در روابط خودمراقبتی کودکان با نتایج این تحقیق همخوانی ندارد.

نتیجه گیری

باتوجه به اینکه دغدغه و تصور ذهنی والدین کودکان مبتلا به دیابت نوع ۱ در سالهای اولیه بیماری بسیار زیاد است و با افزایش سابقه بیماری این نگرانی کاهش پیدا می کند با این وجود نگرانی های والدین کودکان مبتلا به دیابت نوع ۱ در این پژوهش بالاتر از حد متوسط بدست آمده است. همچنین نتایج این پژوهش بیانگر این است که بیشترین نگرانی والدین این کودکان نسبت به خودپنداره اجتماعی و خلق و خوی کودکانشان بیشتر از سایر موارد می باشد و این نگرانی ها با افزایش سن کودکان بیشتر می شود بویژه در خانواده هایی که بیش از یک فرزند دارند. بنابراین تمامی والدین کودکان مبتلا به دیابت نوع ۱ مورد بررسی در این پژوهش همیشه با یک نوع خودپنداره منفی نسبت به بیماری کودکانشان زندگی می کنند که با افزایش سن کودک این مساله بیشتر می شود. بنابراین با توجه به اهمیت خودپنداره و تصورات مثبت و منفی والدین در نوع خودپنداره کودکان مبتلا به دیابت لازم است تدابیری جهت حمایت های روحی و آموزشی والدین

نتایج تحقیق ساربان و همکاران (۱۳۹۱) در زمینه بررسی ارتباط نگرش های تربیتی والدین با خودپنداره و تعامل اجتماعی نوجوانان دختر بیانگر این بود که والدینی که در سبک تربیتی خود از نگرش های تربیتی منفی استفاده کردند، نوجوانانی با خودپنداره منفی، عزت نفس پایین، خودکارآمدی ضعیف و نگرشی بدبینانه و منفی به زندگی آینده و سازگاری اجتماعی پایین که در روابط با دیگران و حضور در اجتماع موفق نبودند، داشته اند. لذا تغییر نگرش های تربیتی و ارتقا خودپنداره والدین و کودکان بیمار نیازمند یک فرایند آموزشی تدریجی است. نتایج دیگر این پژوهش بیانگر این است که از بین سطوح شش گانه خودپنداره تنها میزان خودپنداره تحصیلی بر اساس سن تفاوت معنی داری را نشان می دهد و این اختلاف نسبت به سایر سطوح خودپنداره در گروه سنی ۹ تا ۱۱ سال بیشتر از گروه سنی ۷ و ۸ سال می باشد. عبارتی دیگر بیشترین دغدغه و تصور ذهنی والدین کودکان مبتلا به دیابت با افزایش سن در ارتباط با وضعیت تحصیلی کودکان بیشتر می شود. همچنین بیشترین دغدغه و تصور ذهنی والدین این کودکان نسبت به خودپنداره اجتماعی و خودپنداره خلق و خوی در هر دو گروه سنی ۷ و ۸ سال و ۹ تا ۱۱ سال یکسان می باشد و خودپنداره عقلانی بعنوان کمترین دغدغه و تصور ذهنی والدین کودکان مبتلا به دیابت در هر دو گروه سنی مطرح شده است. نتایج این پژوهش با پژوهش وصلی و عشقباز (۱۳۸۸) که بیانگر این بود که متغیرهایی مانند سن در میزان خودپنداره و خودمراقبتی کودکان مداخله گر نیستند با نتایج این پژوهش همخوانی ندارد. نتایج دیگر این پژوهش نیز بیانگر این است که از میان سطوح خودپنداره، خودپنداره تحصیلی و خودپنداره کل بر اساس تک فرزندی یا چند فرزندی بودن کودکان مبتلا به دیابت تفاوت معنی داری وجود دارد و این تفاوت در خودپنداره تحصیلی والدین کودکان دارای چند فرزند بیشتر از والدین کودکان دارای یک فرزند می باشد. همچنین خودپنداره کلی مادران کودکان چند فرزند در مقایسه

دیابت و کاهش پنهان کاری والدین کودکان مبتلا به دیابت خواهد داشت که نیازمند برنامه‌ها و بروشورهای آموزشی در این زمینه می‌باشد.

بنابراین تعیین نوع خودپنداره‌ها و دغدغه‌های والدین کودکان مبتلا به دیابت در این تحقیق و تحقیقات بیشتر در این زمینه می‌تواند نقش بسزایی بیش از پیش در قدم‌های آگاهانه‌تر و مشخص‌تر برای دانش‌افزایی کودکان، والدین و اجتماع خواهد داشت. همچنین ازجمله محدودیت‌هایی این پژوهش به محدودیت افراد، گروه سنی مورد نظر و جامعه مورد نظر می‌توان اشاره کرد. بنابراین باتوجه به اینکه جامعه آماری پژوهش و نوع پژوهش در اصفهان می‌باشد، بنابراین تعمیم نتایج این پژوهش به سایر مناطق و گروه‌های سنی دیگر محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم یافته‌ها و تفسیر یافته‌ها مطرح می‌سازد. همچنین توصیه می‌شود نقش تحصیلات والدین، وضعیت اقتصادی و درآمدی والدین و تاثیر آن بر میزان خودپنداره کودکان نیز مورد بررسی قرار گیرد.

سپاسگزاری

محققین این پژوهش از مسئولان محترم درمانگاه صدیقه طاهره (س) و والدین کودکان دیابت نوع یک شرکت کننده جهت همکاری در این پروژه دانشگاهی کمال تشکر و قدردانی را دارند. این پژوهش مستخرج از پایان نامه دانشجویی دانشگاه پیام نور واحد پیربرکان استان اصفهان می‌باشد.

References

1. Brook CGD, Clayton PE, Brown RS, Savage MO. Brook's clinical pediatric endocrinology. Blackwell: Oxford; 2005.
2. Organization WH. Diabetes action now: an initiative of the World Health Organization and the International Diabetes Federation 2010 [cited 2004].
3. Vasli P, F E. Self-care status of children with type 1 diabetes and its relationship with family reaction. J Mazandaran Univ Med Sci. 2009;19(69):38-44.
4. Myers D. Psychology: Myers in modules. 6 ed. New York: Worth Publishers; 2001.
5. Kahn JS, Meier ST. Children's Definitions of Family Power and Cohesion Affect Scores on the Family System Test. Am J Fam Ther. 2001;29(2):141-54. doi: 10.1080/01926180152026124
6. Safavi M, Samadi N, Mahmoudi M. Self-concept study and its relationship with quality of life in diabetic patients. J Med Sci. 2013;3(23):148-52.
7. Chenari M. Comparison of Self-Concept of Students with Parents with Positive and Negative Educational Attitudes Based on Students' Sex". QJ Fam Res. 2008;2(4):90-100.
8. Novato TdS, Grossi SAA, Kimura M. Qualidade de vida e auto-estima de adolescentes com diabetes mellitus. Acta Paul Enferm. 2008;21(4):562-7. doi: 10.1590/s0103-21002008000400005
9. N R. Studying and Comparing the Students Self-Concept of Payame Noor University,. 9th Research Week of Payame Noor University of Isfahan; Isfahan2015.
10. Biabangard E. Methods of increasing self-esteem in children and adolescents. Tehran: Islamic Republic of Iran Guardians and Teachers Society; 1997.
11. Taqizadeh M. Infinite Influence of Adolescence (with emphasis on education and self-concept). Isfahan: Yekta Publications; 2000.
12. Faulkner MS, Chang LI. Family influence on self-care, quality of life, and metabolic control in school-age children and adolescents with type 1 diabetes. J Pediatr Nurs. 2007;22(1):59-68. doi: 10.1016/j.pedn.2006.02.008 pmid: 17234498
13. Sareban H, Issa Morad A, Tayebi Z. Relationship between educational attitudes and dimensions of social psychosocial health (self-concept and social interaction), Girls adolescents. J Psychol Stud. 2012;2(3).
14. Abolghasemi A, Bahari M, Narimani M, Zahed A. Comparison of temperament, mood and body composition in psychologically disadvantaged individuals with positive and negative symptoms. J Psychol Sci. 2012.
15. Sheikholeslami R, Latifian M. The Study of the Relationship between the Dimensions of Self-Concept and General Health and Its Components in Students at Shiraz University. Adv Cogn Sci. 2002;4(1).
16. Ghaffari J, Abaskhaniyan A, Jalili M. Determining the IQ of children with moderate asthma compared to healthy people. J Fac Med Sci Mashhad. 2013;7(2).
17. Pourhossein R. Self psychology: Amir Kabir Publishing; 2004.
18. William Percy W. Self-Concept and Academic Achievement; Eustaver Publishing; 1999.
19. kermansaravi F, Navidian A, Ansarymoghdam A. Quality of Life in Type I Diabetic Adolescents in Zahedan (2011). Iranian J Endocrinol Metab. 2012;13(6):651-7.