پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره نوزدهم شماره ۶۹ فروردین و اردیبهشت سال ۱۳۸۸ (۴۴-۳۸)

بررسی وضعیت خود مراقبتی کودکان مبتلا به دیابت نوع اول و ارتباط آن با واکنش خانواده

پروانه وصلی[1] فرناز عشقباز[1]

چکیده

سابقه و هدف : دیابت نوع اول از جمله بیماری‌های مزمن دوران کودکی است که می‌تواند اثرات نامطلوبی بر کودک، خانواده و جامعه داشته باشد با تقویت خود مراقبتی در کودکان مبتلا به‌دیابت نوع اول می‌توان از این اثرات کاست .خود مراقبتی در کودکان نیز تحت تأثیر عواملی چون واکنش خانواده می‌باشد. هدف از انجام این مطالعه تعیین ارتباط خود مراقبتی این کودکان و واکنش خانواده آنهاست.

مواد و روش ها : پژوهش حاضر ازنوع‌غیر تجربی وهمبستگی است که در آن خود مراقبتی کودکان مبتلا به دیابت، واکنش خانواده آنها و ارتباط آن دو تعیین شده است. ۱۳۳ کودک ۱۴ـ۷ ساله مبتلا به دیابت نوع اول به روش مستمر و مداوم به مدت ۲ ماه از سه مرکز منتخب شهر تهران انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از فرم مشاهده و پرسشنامه‌استفاده شد.

یافته ها : یافته‌ها نشان داد که بین خود مراقبتی و واکنش خانواده ارتباط معنی‌داری وجوددارد(P=۰/۰۰) و متغیرهایی مانند سن، جنس‌ورتبه تولد کودک و طول‌مدت بیماری در روابط بین خود مراقبتی کودک و واکنش خانواده عامل مداخله گرنیستند.

استنتاج : با توجه به نتایج پژوهش مبنی بر متوسط بودن سطح خود مراقبتی کودکان و ارتباط آن با واکنش خانواد و همچنین همبستگی مستقیم و قوی آگاهی وعملکرد کودکان مبتلا به دیابت پیشنهاد می‌شود به‌منظور ارتقاء خود مراقبتی کودکان و بهبود واکنش خانواده‌ها برنامه‌های آموزشی دیابت برای کودک و خانواده اجرا شود. همچنین پیشنهاد می‌شود تحقیقی با همین موضوع به صورت مورد- شاهدی انجام شود تا سایر عوامل موثر بر این ارتباط شناسایی گردد.

واژه‌های کلیدی: دیابت ملیتوس، کودکان، خود مراقبتی، واکنش و خانواده

مقدمه

دیابت نوع ۱ یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن کودکان است که بالقوه زندگی آنان را تهدید می‌کند(۱). به طوری که کلیه ارگان‌های بدن، سبک زندگی، شخصیت و عاطفه کودکان و خانواده‌ها را تحت تاثیر قرار می‌دهد(۲). طبق آمار موسسه ملی بیماری‌های گوارشی، دیابت و کلیه در سال ۲۰۰۵ تقریبا از هر ۴۰۰ تا ۶۰۰ کودک و نوجوان ۱ نفر به دیابت مبتلا است(۴،۳). مهمترین عامل کنترل این بیماری

مولف مسئول: پروانه وصلی- تهران، ابتدای جمالزاده جنوبی، معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی ایران، اداره پرستاری E-mail: parvanehvasli@yahoo.com

۱. کارشناس ارشد پرستاری کودکان، دانشگاه علوم پزشکی ایران

تاریخ دریافت : ۸۷/۹/۱۷ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۸۷/۱۰/۲۴ تاریخ تصویب : ۸۸/۲/۲

www.SID.ir

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-02-05]

مزمن رفتارهای خود مراقبتی است(۶،۵). منظور از خود مراقبتی، تزریق صحیح و به موقع انسولین، رعایت رژیم غذایی، فعالیت‌های جسمی مناسب، شناسایی نشانه‌های هیپرگلیسمی و افزایش کیفیت زندگی است(۹-۷). خود مراقبتی منجر به بهبود سلامت عمومی بیمار، شرکت فعالانه در روند مراقبت و در نهایت کاهش هزینه‌های درمانی خواهد شد(۱۰). والدین مسئولیت مهمی در توسعه خومراقبتی کودکان از همان ابتدای تشخیص بیماری دارند(۳) مروری بر نتایج تحقیقات حاکی است که خانواده‌ها بر خودمراقبتی کودکان مبتلا به دیابت تاثیر به سزایی دارند(۱) و الگوی سازگاری والدین می‌تواند برایند سلامتی کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن همچون دیابت را تحت تاثیر قرار دهد(۱۱،۱۰). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که از طریق شناخت رفتارهای خانواده و تصحیح واکنش‌ها و الگوهای خانواده می‌توان دیابت ناپایدار را تحت کنترل درآورد(۱۲).

با عنایت به مطالب فوق مبنی بر افزایش روز افزون کودکان و نوجوانان مبتلا به دیابت و تاثیرات منفی بسیار زیاد آن بر فرد، خانواده و جامعه، کشف راه های کنترل بیماری و عوامل تسهیل کننده آن امری ضروری بنظر می‌رسد. از سوی دیگر پرستاران به عنوان کسانی که نقش مشاوره‌ای و آموزشی برای کودکان مبتلا به دیابت و خانواده‌های آنها به عهده دارند، لازم است که همه جنبه‌های این بیماری، تاثیرات آن و راه‌های کنترل آن را بدانند(۱۳). اگر پرستاران و سایر اعضای تیم درمانی به تاثیر واکنش خانواده بر خود مراقبتی و متغیرهای موثر بر آن آگاه باشند، بهتر می‌توانند کودکان مبتلا و خانواده‌ها را هدایت و راهنمایی نموده و ارتباط موثرتری با آنان برقرار نمایند. اما در حال حاضر اطلاعات کمی در مورد سطح خود مراقبتی کودکان دیابتی در کشور موجود است و نمی‌دانیم که والدین در برخورد با بیماری فرزندانشان چگونه واکنش نشان می‌دهند و این نحوه رفتار آنها چگونه می‌تواند بر امر خود مراقبتی و کنترل بیماری موثر باشد. حتی با توجه به بررسی‌ها به عمل آمده، در سطح دنیا نیز تحقیقات کمی در مورد چگونگی تاثیر رفتار والدین بر ظرفیت خود مراقبتی کودکان و نوجوانان انجام شده است(۴). لذا پژوهشگران مصمم شدند تا مطالعه‌ای با هدف شناسایی سطح خود مراقبتی کودکان مبتلا به دیابت و واکنش خانواده و ارتباط آنها انجام دهند. با امید به اینکه با شناسایی واکنش‌های خانواده به عنوان یکی از عوامل موثر بر خودمراقبتی کودکان بتوان روند کنترل بیماری را تسریع بخشید(۱۴).

مواد و روش ها

پژوهش حاضر یک مطالعه غیر تجربی[1] و از نوع همبستگی[2] می‌باشد که در آن خود مراقبتی کودکان مبتلا به دیابت نوع اول و واکنش خانواده آنها تعیین و ارتباط بین آن دو سنجیده شده است. متغیر مستقل این پژوهش واکنش خانواده، متغییر وابسته، خودمراقبتی کودکان مبتلا به دیابت نوع اول و متغییرهای مداخله گر شامل سن و جنس و رتبه تولد کودک و سن و تحصیلات مادر و پدر و طول مدت ابتلا به بیماری بود. ۱۳۳ کودک ۷ تا ۱۴ ساله مبتلا به دیابت که حداقل یکسال از شروع بیماری آنها گذشته بود، در مطالعه شرکت داده‌شدند. حجم نمونه‌ها پس از یک مطالعه آزمایشی و با استفاده از فرمول $N=(pqz^2d)^2$ و سطح اطمینان ۹۵ درصد محاسبه شد. برای دستیابی به این حجم نمونه، پژوهشگران به‌مدت ۲ ماه به صورت مستمر و مداوم، هر روز به یکی از سه مرکز بهداشتی-درمانی‌منتخب (بیمارستان حضرت علی اصغر، مرکز طبی و انستیتو غدد و متابولیسم) مراجعه‌و به تعداد مساوی کودکان واجد شرایط را بعد از کسب اجازه از والدین، در نمونه پژوهش قرار دادند تا به حد نصاب

1. Non Experimental
2. Correlational

Archive of SID
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-02-05]

www.SID.ir

مورد نظر دست یافتند. به منظور حذف برخی از متغییرهای مداخله گر سعی شد، نمونه‌هایی انتخاب شوند که در کنار پدر و مادر و در شهر تهران زندگی کرده و در خانواده آنها فرد دیگری مبتلا به بیماری مزمن نباشد. همچنین نمونه‌هائی که مبتلا به نوعی بیماری مزمن یا معلولیت جسمی بودند، نیز حذف شدند.

گردآوری داده‌ها بوسیله دو ابزار پرسشنامه و چک لیست انجام شد. برای تعیین اعتماد علمی ابزار از اعتبار محتوی بهره گرفته شد و جهت تعیین اعتبار علمی از روش آزمون مجدد استفاده شد. بدین صورت که به ۱۵ نفر از نمونه‌ها در دو نوبت و بافاصله ۲ هفته ابزارها داده شد و میزان همبستگی نتایج دو آزمون تعیین شد. آزمون پیرسون میزان همبستگی در قسمت اول پرشسنامه (جهت سنجش آگاهی) را ۰/۸۱ در قسمت دوم پرسشنامه (سنجش واکنش والدین) را ۰/۸۲ ، در چک لیست مربوط به نحوه انجام آزمایش ادرار ۰/۸۶ و در چک لیست مربوط به روش تزریق انسولین ۰/۸۱ نشان داد.

پرسشنامه شامل سه قسمت بود، قسمت اول مربوط به مشخصات فردی کودک جهت توصیف نمونه‌های پژوهش، قسمت دوم سوالاتی راجع به اجزای خود مراقبتی کودکان شامل آگاهی کودک در زمینه‌های دیابت و عوارض آن، رعایت رژیم غذایی و ورزش و به عهده گرفتن مسئولیت مراقبت از خویش و قسمت سوم حاوی سؤالاتی به منظور بررسی واکنش‌های خانواده کودکان مبتلا به دیابت نسبت به بیماری آنها از نظر سه نوع واکنش حمایت بیش از حد، طرد کردن و پذیرش بود. علت حذف واکنش انکار آن بود که حداقل یکسال از بیماری کودک گذشته بود و خانواده نیز این واکنش خود را در گذشته نشان داده بود. به منظور ارزیابی خود مراقبتی، از بخش دوم پرسشنامه (ابزار سنجش آگاهی) و چک لیست (برگ مشاهده) استفاده شد. پرسشنامه از طریق مصاحبه تکمیل شد. ابزار دوم این پژوهش (چک لیست) شامل فرم مشاهده نحوه تزریق انسولین و کنترل قند ادرار بود. برای تزریق نمایشی انسولین بالشتکی تهیه شده بود که نمونه پژوهش به هنگام تزریق، آن را به‌محل مورد نظر بسته و تزریق را انجام می‌داد. برگه مشاهده کنترل قند ادرار نیز از طریق مشاهده مراحل نحوه کنترل قند ادرار کودک و توسط مشاهده گر تکمیل شد. در مجموع کلیه اطلاعات در یک مرحله جمع‌آوری گردید.

داده‌های به دست آمده با بکارگیری نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه وتحلیل قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون، کای دو، آنالیز واریانس یکطرفه و کوکران استفاده شد.

یافته ها

از میان ۱۳۳ نمونه انتخاب شده ۵۸/۶۴ درصد دختر و ۴۱/۳۶ درصد پسر بودند و میانگین و انحراف معیار سنی آنها ۲/۲۸ ± ۱۱/۷۹ بود. ۰/۷۵ درصد نمونه‌ها به مدرسه نمی‌رفتند، ۴۰/۶ درصد در مقطع دبستان و ۵۹/۴ درصد در مقطع راهنمایی مشغول به تحصیل بودند. ۳ درصد نمونه‌ها تک فرزند خانواده و ۹۷ درصد مابقی دارای حداقل ۱خواهر یا برادر بودند و بیشترین درصد نمونه‌ها (۲۷/۰۶ درصد) اولین فرزند خانواده بودند. میانگین مدت ابتلا به بیماری ۲/۹ ± ۴/۳۵ سال بود ۹۵/۴۹ درصد بیماران از مخلوطی انسولین کریستال و NPH استفاده می‌کردند. ۳۷/۵۹ درصد پدران و ۴۴/۳۶ درصد ماردان تحصیلات ابتدایی و کمتر و مابقی تحصیلات بالاتر از ابتدایی داشتند. تقریبا نیمی از مادران و پدران بین سنین ۳۵ تا ۴۴ سال و ۸۸/۷۳ درصد مادران خانه دار بودند. بیشترین درصد نمونه‌ها (۶۳/۱۶ درصد) آگاهی و ۴۱/۳۵ درصد عملکرد متوسطی در کنترل بیماری داشتند. یافته‌های حاصل از آزمون ضریب همبستگی پیرسون ارتباط قوی و مستقیمی بین آگاهی و عملکرد کودکان در زمینه خود مراقبتی نشان داد(P=۰/۰۰) .

به منظور سهولت درک یافته‌ها نتایج مهم به دست آمده در این مطالعه در سه بخش بیان می‌شود.

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-02-05]

www.SID.ir

سطح خودمراقبتی کودکان و ارتباط آن با متغییرهای مداخله گر

یافته‌ها در این بخش نشان داد که ۴۶/۶۲ درصد نمونه‌ها (بیشترین درصد) از خودمراقبتی متوسط و مابقی (به ترتیب ۲۷/۸۲ و ۲۵/۵۶ درصد) خود مراقبتی ضعیف و خوب داشتند. در مورد ارتباط خود مراقبتی و متغییرهای مداخله‌گر یافته‌ها نشان داد که که خود مراقبتی با متغییرهای جنس و رتبه تولد کودک ارتباط معنی‌داری ندارد. اماضریب همبستگی پیرسون‌و آزمون تی، بین خود مراقبتی و سن کودک ارتباط مستقیم و قوی (P=۰/۰۰) و بین خود مراقبتی و طول مدت بیماری ارتباط مستقیم و ضعیفی را نشان داد (P=۰/۰۵).

واکنش خانواده و ارتباط آن با متغییرهای مداخله‌گر

در ارتباط با واکنش خانواده نیز ۷۵/۹ درصد خانواده‌ها واکنش پذیرش (بیشترین درصد)، ۲۵/۲ درصد واکنش طرد کردن و ۲۲/۵۶ درصد واکنش حمایت بیش از حد نشان دادند.آزمون آنالیز واریانس بیانگر آن بود که ارتباط معنی‌دار بین واکنش خانواده و سن کودک وجود دارد (P=۰/۰۰). برای تعیین ارتباط بین واکنش خانواده با تحصیلات مادر و وضعیت شغلی پدر ازآزمون کای دو استفاده شده ونتایج آن نشان داد که واکنش خانواده با تحصیلات مادر(p=۰/۰۱) و وضعیت شغلی پدر (p<۰/۰۵) ارتباط دارد.

ارتباط واکنش خانواده (متغییر مستقل) با خودمراقبتی کودکان مبتلا (متغییر وابسته)

آزمون آنالیز واریانس بین خود مراقبتی کودک و واکنش خانواده‌ارتباط معنی‌داری نشان داد (P=۰/۰۰). آزمون کوکران نیز با ثابت نگه داشتن عوامل سن، جنس، رتبه تولد کودک و طول مدت بیماری ارتباط بین این دو متغیر را مورد تایید قرار داد(P=۰/۰۰۱) و این مطلب بیانگر آن است که متغیرهای مداخله‌گر فوق در ارتباط بین دو متغیر خود مراقبتی و واکنش خانواده تاثیری نداشته است.

بحث

در ارتباط با بخش اول یافته‌ها یعنی خود مراقبتی یافته‌های حاصل از تحقیق حاضر نشان داد که فقط حدود ۲۵ درصد نمونه‌ها خود مراقبتی خوب و مابقی کودکان خودمراقبتی متوسط تا ضعیف از خود نشان دادند.این نتایج به یافته‌های مطالعه‌ای که در واشنگتن آمریکاانجام گرفت، نزدیک بود که در آن حدود ۳۸ درصد نوجوانان خود مراقبتی ضعیف داشتند(۱۵). خود مراقبتی مستلزم وجود آگاهی و عملکرد مناسب در کنترل بیماری است پس لازم است اعضای تیم درمانی و پرستاران توجه ویژه به ارتقاء سطح آگاهی و بهبود عملکرد کودکان مبتلا درامر خود مراقبتی داشته باشند. یکی از مهمترین راه‌های توسعه خودمراقبتی برنامه‌ریزی آموزشی برای کودکان مبتلا و خانواده‌های آنان است(۱۶). نتایج مطالعه Mc Nabb و همکاران نیز حکایت از تاثیر آموزش خود مراقبتی به کودکان ۱۲-۸ ساله و ایجاد احساس مسئولیت آنان در قبال کنترل بیماری دارد(۱۷).

در ارتباط با بخش دوم یافته‌ها یعنی واکنش خانواده، نتایج نشان داد که که تقریبا ۷۵ درصد خانواده‌ها در مقابل بیماری فرزند خود واکنش پذیرش نشان داده بودند که این امر جای امید واری است زیرا همان‌طور که در نتایج مشاهده شد، بین خود مراقبتی کودکان و واکنش خانواده ارتباط معنی‌داری وجود دارد. یعنی خانواده‌هایی که واکنش مطلوبی از خود بروز داده بودند، کودکانشان نیز از خود مراقبتی بهتری برخوردار بودند. لازم به ذکر است با توجه به جستجوهای به عمل آمده، می‌توان گفت تقریبا پژوهشی که واکنش‌های والدین را به مانند مطالعه حاضر (پذیرش، حمایت بیش از حد، طرد و انکار) بررسی کرده باشد، انجام نشده است. اما مطالعاتی در مورد ارتباط و یا تاثیر الگوهای سازگاری، استرس، همبستگی خانوادگی و یا نحوه ارتباط والدین بر خود مراقبتی کودکان مبتلا به دیابت انجام شده است. به طور مثال Kovax و Charron بر اساس یافته‌های مطالعه خود اظهار

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-02-05]

www.SID.ir

می‌دارند که الگوی سازگاری والدین روی برایند بهداشتی کوتاه مدت کودکان مبتلا به دیابت بی تاثیر است(۱۱). نتایج مطالعه دیگری نیز نشان داد که بین استرس والدین و میزان قند خون کودکان مبتلا رابطه معکوس حاکم است(۱۸) و یا اگر در خانواده‌ای تضاد افزایش و انسجام خانوادگی کاهش یابد،کیفیت زندگی کودکان مبتلا به دیابت کاهش می‌یابد(۱۹). مطالعه Foulkner نیز نشان داد که رفتار خانواده بر خود مراقبتی، کنترل متابولیکی و کیفیت زندگی کودکان تاثیر گذار است(۱) و در نهایت Smaldone و همکاران بر اساس یافته‌های خود معتقدند که رابطه والدین و کودکان عامل تاثیرگذاری بر خود مراقبتی کودکان است(۲۰).

از متغییرهای مداخله‌گری که روی خود مراقبتی (متغییر وابسته) تاثیر داشت، سن کودک بود. در تایید این یافته نتایج تحقیق schmidt نیز نشان داد که با افزایش سن کودک، توانایی خود مراقبتی، عدم وابستگی، دقت عمل و توانایی کنترل سطح قندخون بهتر می‌شود(۲۱).

نه تنها سن کودک با خودمراقبتی ارتباط مستقیمی داشت بلکه همین رابطه در واکنش خانواده نیز مشاهده شد. به طوری که با افزایش سن نمونه‌ها، خانواده‌ها نیز بیشتر از خود واکنش‌پذیرش نشان داده بودند. شاید بتوان این ارتباط را اینگونه تعبیر کرد که با گذشت زمان، والدین بیشتر بیماری فرزند خود را می‌پذیرند. نتایج مطالعه chen و Striesan نیز این رابطه را تایید می‌کنند(۲۲).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که خود مراقبتی با جنس و رتبه تولد کودک ارتباط معنی‌داری ندارد اما Smaldone و همکاران با تحقیق خود نشان دادند که دختران نوجوان مبتلا به دیابت خودمراقبتی بهتری نسبت به پسرها دارند(۲۰). نتایج تحقیق schmidt نیز مهر تاییدی بر این یافته است(۲۱).

دو متغییر مداخله گر دیگر یعنی وضعیت تحصیلی مادر و وضعیت شغلی پدر نیز با خود مراقبتی ارتباط مستقیمی داشتند. در تایید این ارتباط بجاست که به تحقیق Aziz و همکاران در کشور پاکستان اشاره شود. نتایج این تحقیق حاکی از آن بود که کودکان مبتلا به بیماری مزمن که اعضای خانواده آنها بویژه مادر از تحصیلات بالاتری بر خوردارند با مشکلات کمتری مواجه بوده و کمتر احساس طرد شدن از خانواده را داشته‌اند. به عقیده آنها والدین تحصیل کرده نسبت به فرزند خود واکنش مناسب‌تری نشان می‌دهند(۲۳). نتیجه مطالعه Foulkner نیز نشان داد که هر چه سطح تحصیلات پدر بیشتر باشد، قندخون کودک بهتر کنترل می‌شود(۱). در هر حال بر اساس نتایج این مطالعه و سایر مطالعات مشابه می‌توان اذعان داشت که هر چه سطح تحصیلات هر یک از والدین بیشتر باشد، خود مراقبتی کودک بهتر می‌شود.

با توجه به عوارض روانی، اجتماعی و مالی دیابت و نتایج به دست آمده در این مطالعه در مورد سطح خود مراقبتی کودکان و واکنش خانواده آنها نسبت بیماری می‌توان گفت که جامعه کنونی ما نیاز به افزایش سطح آگاهی کودکان دیابتی و خانواده آنها دارد تا با بهبود سطح خود مراقبتی کودکان و تغییر نوع نگرش و واکنش خانواده‌ها نسبت به این امر، بتوان از عوارض احتمالی این بیماری درآینده کودک، خانواده و جامعه کاست. جامعه کودکان کانادا (Canadian Paediatric Society) نیز هم براین مطلب تاکید داشته و معتقداست یکی از اهداف مهم توسعه مراقبت بهداشتی، آگاه کردن خانواده‌ها از بیماری‌های کودکان‌است(۲۴). به همین منظور پژوهشگران پیشنهاد می‌کنند که از همان ابتدای ابتلای کودک به دیابت، کلاس‌های مدون و منظمی با حضور روان‌شناسان و روانپرستاران به‌منظور افزایش سطح آگاهی، کاهش استرس و اضطراب کودک و خانواده تشکیل شود، به خصوص اینکه این کلاس‌ها برای خانواده‌های کم سواد به شکل گویاتر، واضح‌تر و با استفاده از جزوات تصویری برگزار شده و در آن به جزئیات بیماری، عوارض آن و راه‌های پیشگیری و درمان آن پرداخته شود. پیشنهاد دیگر پژوهشگران برای

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-02-05]

www.SID.ir

دستیابی به‌نتایج دقیق‌تر در مورد رابطه واکنش خانواده و خود مراقبتی، انجام تحقیق به صورت مورد- شاهدی در کودکان مبتلا به دیابت است تا سایر عوامل موثر بر خودمراقبتی شناسایی شود.

سپاسگزاری

در پایان محققین بر خود لازم می‌دانند که از معاونت پژوهشی و اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران به جهت کمک در انجام این تحقیق تشکر و قدردانی نمایند.

References

1. Foulkner MS. Family Influence On Self-Care: Quality Of Life And Metabolic Control In School Age Children And Adolescent With Type 1 Diabtes. J Pediat Nurs 2007; 22(1): 223-236.
2. Oregon Department Of Education (ODOE). Students With Special Health Care (Diabetes). 2004; Available from: www. Diabetes.Org. Accessed April 3, 2007.
3. Dashif CJ. McCaleb A.Cull V. Self-Care Of Young adoulesents With Type 1. Diabet J Pediat Nurs 2006; 21(3): 222-232.
4. Law Son T. Famly Coping And Disease Control When A Child Has Type 1 Diabetes Melitus. J Specialist Pediat Nurs 2007; 12(1): 49-52.
5. Harris MA, Wysocki T, Sadler M, Wilkinson K, Harvay LM, Bukloh LM, et al. Validation Of A Structured Ianterview For The Assesment Of Diabetes Self-Management. Diabet Care 2000; 23(9): 1301-1304.
6. Nordfeldt S, Johnsson C, Carlsson A, Hammerjo JA. Prevention Of Severe Hypoglycaemia In Type I Diabetes: A Randomised Controlled Population Study. Arch Dis Child 2003; 88: 240-245.
7. Catherine CME. Self Efficacy And Stage Of Change As Predictors Of Self-Care Behaviours In Children With Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. The Gorge Washington University. 2003; Available from: www.ProQuest.com. Accessed May 2, 2007.
8. Herrmans JW. Children And Young Adoulesents'voices: Perceptions Of The Costs And Rewards Of Diabetes And Its Tratment. J Pediat Nurs 2006; 21(3):211-221.
9. Schilling LS, Grey M, Knafl KA. The Concept Of Type I Diabetes In Children And Adolesents: An Evolutionary Concept Analysis. J Adv Nurs 2002; 37(1):87-99.
10. Howells LAL. Self-Efficacy And Diabetes: Why Is Emothional Education Important And How Can It Be Achived? Horm Res 2002; 57(Suppl7): 69-71.
11. Charron P, Deni KM. Maternal Health Related Coping Patterns And Health And Adjucment Outcomes In Children With Type I Diabetes. Children Health Care 2000; 29(1): 37-45.
12. Foulkner MS. Family Responses To Children With Diabetes And Their Influence On Self Care. J Pediat Nurs 1996; 11(2): 82-89.
13. Roemer JB. Understanding Emothional And Phychological Consideration Of Children With Diabetes: Tips For School Nurse. School Nurse News 2005; 22(3): 6-8.
14. Axon Sh E, Fugate T. Pediatric Nursing Care Plans: Pract Hall Co. 2003. P 45-50.
15. Wysocki T, Harris MA, Wilkinson K, Sadler M, Mauras N, White NH. Self- Management

Archive of SID
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-02-05]
www.SID.ir

Competence As A Predictor Of Outcomes Of Intensive Therapy Or Usual care In Youth With Type 1 Diabetes. Diabetes Care 2003; 26: 2043-2047.

16. Grey M. Interventions For Children With Diabetes And Their Families. Annn Rev Nurs Res 2000; 18: 149-170.
17. Mc Nabb WL, Quinn MT, Murphy DM, Thorp FK, Cook S. Increasing Children`S Reponsibility For Diabetes Self Care: The In Control Study. Diabetes Educ 2002; 20(2): 121-124.
18. Stall Wood L. Influence Of Caregiver Stress And Coping On Glycemic Control Of Young Children With Diabetes. J Pediat Health Care 2005; 9(5): 293-300.
19. Gammon D, Arsand E, Walseth OA, Anderson N, Jenssen M, Tylor T. Parent- Child Interaction Using A mobile And Wireless System For Gloucose Monitoring. J Med Int Res 2005; 7(5): 57.
20. Smaldone A, Hanto R, Weinger K. Impact Of Parent/Child Communication on Adolescent Self Care bihaviourr. Diabetes. 2005. Avialbale from: www.ProQuest.com. Accessed February 3, 2006.
21. Schmidt C. Self Care Agency Developmenthn Children With Type 1 Diabetes. Am J Pediat Nurs 2007; 23(2): 223-234.
22. Striesand R, Chen R. Pediatric- Parenting Stress Among Parents Of Chilren With Type Diabetes: The Role Of Self Efficacy, Responsibility And Fear. J Pediat Psychol 2006; 30(6): 513-521.
23. Aziz H, Akhtar S, Wasi Z. Epilepsy In Pakistan: Stigma And Psychologic Problem: A Poputation Based Epidemiologic Study. Epilepsia 1997; 38(10): 1069-1073.
24. Suris JC, Michaud PA, Virer R. The Adolescents With Chronic Condition. Arch Dis Child 2004; 89(10): 938-942.

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-02-05]

www.SID.ir