

Research Paper

The effect of Orem's self-care education on physical self-concept and social isolation in blinded children

Zahra Doozandeh¹ , Narges Sadeghi² , Mina Mohammady³ 

1. MSc student in Nursing, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran

2. Assistant Professor, Community Health Research Center, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran

3. MSc in Nursing, Community Health Research Center, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran

Citation: Doozandeh Z, Sadeghi N, Mohammady M. [The effect of Orem's self-care education on physical self-concept and social isolation in blinded children (persian)] Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2020 9(2): 678-688

Resived: 25 Jun 2020

Accepted: 13 July 2020

Available Online: Sep 2020

Abstract

Background & Aims: Blindness is one of the disabilities that has a major impact on the individual's ability to function in everyday life and has psychological, emotional, cognitive, and social consequences. Self-care education in the blind kids can be effective in improving children's mental and social status. Therefore, the aim of this study is to investigate the effect of Orem's self-care education on physical self-concept and socio-social isolation.

Methods: A single-group interventional study with pre- and post-test design was conducted on 28 blind children at Samani Blind School in Isfahan in 2018. The Orem self-care curriculum was presented in a 6 sections (each section 60 minutes) in 4 group 7-person with lecture and question-and-answer method. Then, self-concept and social isolation of these children were assessed using Pierce-Harris questionnaires Usher was assessed and recorded before and immediately after the intervention. Finally, data were analyzed by SPSS software using Wilcoxon test and simple linear regression.

Results: The results showed that none of the dimensions of physical self-concept and social isolation of children after Orem self-care education had a significant change compared to the previous one. None of the factors studied such as age, child gender or parental baseline information had significant effect on the rate of these children changing of physical self-concept and the social isolation.

Conclusion: Although Orem's self-care education causes changes in the mean score of body self-concept and social isolation in blinded children but this change is not significant. In addition, it seems that by increasing the time for educational intervention, better results can be obtained.

Keywords:

Blindness, Orem's Self-care Model, Physical Self-concept, Social Isolation

*Corresponding author:

Mina Mohammady

Address: Community Health Research Center, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran

Email: mina.mohammady@khuisf.ac.ir

بررسی تاثیر آموزش خودمراقبتی اورم بر خودپنداره بدنی و انزوای اجتماعی کودکان نابینا

زهرا دوزنده^۱، نرگس صادقی^۲، مینا محمدی^{۳*}

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

۲. استادیار، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

۳. عضو هیات علمی پرستاری، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

چکیده:

تاریخ دریافت: ۵ بهمن ۱۳۹۸

تاریخ پذیرش: ۲۳ تیر ۱۳۹۹

تاریخ انتشار: شهریور ۱۳۹۹

زمینه و هدف: نابینایی از جمله معلولیت‌هایی است که پیامدهای منفی روانی، عاطفی و اجتماعی زیادی را به همراه دارد. آموزش خودمراقبتی در نابینایان می‌تواند در بهبود وضعیت روانی و اجتماعی کودکان متمر ثمر باشد. این مطالعه با هدف بررسی تاثیر آموزش خودمراقبتی اورم بر خودپنداره بدنی و انزوای اجتماعی کودکان نابینا انجام شد.

روش بررسی: مطالعه‌ی مداخله‌ای تک‌گروهی با طرح قبل و بعد که بر روی ۲۸ نفر از کودکان نابینا در مدرسه نابینایان سامانی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷ انجام شد. برنامه آموزشی خودمراقبتی بر اساس الگوی اورم در قالب ۶ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی، در قالب ۴ گروه ۷ نفره به روش سخنرانی و پرسش و پاسخ ارائه شد سپس سنجش خودپنداره بدنی و انزوای اجتماعی این کودکان به ترتیب با استفاده از پرسشنامه‌های پیرز-هریس و آشر قبل و بلافاصله بعد از مداخله ارزیابی و ثبت شد. در نهایت، تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS و با استفاده از آزمون ویلکاکسون و رگرسیون خطی ساده انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که هیچ‌کدام از ابعاد خودپنداره بدنی و انزوای اجتماعی کودکان بعد از آموزش خودمراقبتی اورم نسبت به قبل از آن تغییر معناداری نداشته است ($P > 0/05$). همچنین در بررسی همبستگی بین عواملی نظیر سن، جنس کودک و یا اطلاعات پایه والدین ارتباط معناداری با میزان تغییرات خودپنداره بدنی و انزوای اجتماعی در کودکان یافت نشد ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد آموزش خودمراقبتی اورم تاثیری بر خودپنداره بدنی و انزوای اجتماعی در کودکان نابینا تاثیری نداشته است.

کلید واژه‌ها:

نابینایی، خودمراقبتی اورم، خودپنداره بدنی، انزوای اجتماعی

*نویسنده مسئول:

مینا محمدی

نشانی: مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

پست الکترونیک: mina.mohammady@khuisf.ac.ir

مقدمه

الگوی اورم با استفاده از تئوری نقص مراقبت از خود در سه حیطه نقصان در مراقبت از خود در سه فاز جبران کامل، نسبی و آموزشی حمایتی مورد بحث قرار می‌گیرد، می‌تواند سبب اصلاح مراقبت از خود شده و در نهایت منجر به کاهش هزینه‌های مراقبت بهداشتی، اصلاح کیفیت مراقبت و برآیندهای بهتر در بیمار گردد^(۱). هر چند از آنجایی که تغییر در انزوای اجتماعی و خودپنداره بدنی بیشتر مبتنی بر سازگاری با معلولیت رخ داده می‌باشد تا فرد به یک پذیرش نسبی وضعیت خود برسد و اعتماد به نفس لازم را پیدا کند اما باید در نظر داشت که بررسی اثرات غیر مستقیم مداخلات و مدل‌ها نیز حائز اهمیت است بگونه‌ای که اگر فرد نابینا بتواند خودمراقبتی بهتری از خود داشته باشد اعتماد به نفس وی افزایش یافته و به‌عنوان یک فرد مستقل می‌تواند از گوشی همراه استفاده کند، به تنهایی در جامعه با یک عصای سفید حاضر شود، به موقع از دیگران کمک بگیرد و از خیابان عبور کند و تعامل اجتماعی خوبی برقرار نماید و از خود در مقابل صدمات جسمانی، روانی و اجتماعی مراقبت نماید که خود مستلزم آموزش‌های لازم در مورد خودمراقبتی و کاستن از انزوای اجتماعی از زمان کودکی می‌باشد. در مطالعه‌ای که توسط سامپایگو و همکاران (۲۰۰۸) در بررسی تاثیر بکارگیری الگوی خودمراقبتی اورم در افراد دارای استومی انجام شده به این نتیجه رسیدند که افزایش خودمراقبتی در بیماران منجر به افزایش اعتماد به نفس و نهایت کاستن از انزوای اجتماعی آنان می‌شود^(۲).

حال از آنجا که کودکان نابینا دارای مشکلات حسی و نیز عدم دسترسی به آموزش‌هایی از شبکه‌های اجتماعی مثل دوستان و اشتغال دور می‌مانند و از سوی دیگر واکنش‌های منفی اولیه والدین در صورت مواجه شدن با فرزند نابینا، احتمال بی‌توجهی والدین به مسائل هویت‌یابی و خودپنداره این کودکان را افزایش می‌دهد، لذا تمرکز بر آموزش این گروه آسیب‌پذیر ضروری است. علاوه بر این در ایران مطالعات کافی در این زمینه انجام نشده است، از این رو پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر آموزش خودمراقبتی اورم بر خودپنداره بدنی و انزوای اجتماعی کودکان نابینا انجام شد.

روش بررسی:

پژوهش حاضر، یک مطالعه نیمه‌تجربی و تک‌گروهی به‌صورت قبل و بعد بود، که در سال ۱۳۹۶ بر روی کودکان نابینا محصل در شهر اصفهان انجام شد. حجم نمونه با استفاده از فرمول حجم نمونه کوکران در سطح اطمینان ۹۵ درصد، توان آزمون ۸۰ درصد و با در نظر گرفتن شیوع نابینایی (P) برابر با ۰/۰۰۵ و سطح خطای ۰/۰۷، بطور تقریبی تعداد ۳۰ نفر برآورد شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل تایید ابتلا به نابینایی توسط پزشک در پرونده آموزشی کودک، سن ۷ تا ۱۲ سال، داشتن شنوایی سالم و داشتن توان و تمایل به شرکت در پژوهش بود و مشکلات ذهنی و مشکلات شنوایی در کودک نیز از جمله معیارهای خروج از پژوهش بوده است.

محقق پس از مراجعه به دو مدرسه شهید سامانی و شهید عابدی در شهر اصفهان جهت انتخاب نمونه‌ها از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده نموده و سپس سعی در اخذ رضایت آگاهانه از والدین کودکان واجد شرایط در مطالعه نمود. در مراجعه انجام

بروز نابینایی و یا کم‌بینایی در انسان که موجودی اجتماعی است می‌تواند منجر به بروز مشکلات عدیده روانی، اجتماعی و اقتصادی شود^(۱). مطابق با آمار منتشر شده در مجله لنست در سال ۲۰۱۷، ۲۱۷ میلیون نفر در جهان دچار اختلال بینایی متوسط تا شدید می‌باشند که ۳۶ میلیون نفر آن را نابینایان در کلیه سنین تشکیل می‌دهند^(۲). همچنین در ایران نیز شیوع نابینایی و کم‌بینایی در یک مطالعه مرور نظامند تقریباً ۱٪ گزارش شده است و زنان بیش از مردان از نابینایی رنج می‌برند^(۳).

خودپنداره یکی از مولفه‌هایی است که در افراد نابینا تحت تاثیر قرار می‌گیرد؛ خودپنداره شامل نگرش‌ها، احساسات و دانش فرد درباره توانایی، مهارت و قابلیت پذیرش اجتماعی اوست. خودپنداره تمامی ابعاد شناختی، ادراکی، عاطفی و رویه‌های ارزیابی را دربرمی‌گیرد و بر اساس قضاوت‌های قبلی، ادراکات و بازخوردهای دیگران و افراد مهم در زندگی انسان شکل می‌گیرد و شامل مفهوم و ادراک فرد از توانایی خودش می‌باشد^(۴). نتایج یک مطالعه مرور نظامند توسط آگوستا (۲۰۱۷) نشان داده که اعتماد به نفس و خودپنداره کودکان با نابینایی پایین‌تر کودکان با بینایی سالم است و هر چقدر درجه اختلال بینایی بیشتر باشد و یا کودک کم‌سن‌تر باشد خودپنداره پایین‌تری دارد^(۵).

آگاهی فرد نابینا و یا کم‌بینا نسبت به بدن خود و تصویر ذهنی که نسبت به آن دارد، می‌تواند در شکل‌گیری خودآگاهی وی تاثیر داشته باشد. شخصی که بعد از تشکیل خودآگاهی و شناخت تصویر ذهنی از بدنش، نسبت به خود احساس مطلوبی داشته باشد، برای خود احترام و ارزش قائل است و معلولیت را تنها یک محدودیت می‌داند؛ در حالی که فردی که احساس حقارت نسبت به خود دارد، معلولیت را یک نقص جدی می‌داند و سعی می‌کند آن را از دیگران پنهان نماید^(۶). این امر می‌تواند، باعث فاصله گرفتن فرد از جمع و یا به عبارت دیگر انزوای اجتماعی شود. انزوای اجتماعی به مفهوم جدایی فیزیکی و اجتماعی افراد از یکدیگر است و افرادی که انزوای اجتماعی بیشتری دارند، حمایت‌های اجتماعی کمتری را نیز دریافت می‌کنند که منجر به درک یک احساس تنهایی ذهنی در آنان می‌شود^(۷). به علاوه، سیر تحولی شناختی، عاطفی و اجتماعی آنها می‌تواند متفاوت از کودکان عادی باشد و حتی اگر این کودکان بتوانند در برنامه‌های آموزشی مدارس معمولی شرکت کنند؛ باز هم در تعامل با کودکان بینا با مشکل مواجه می‌شوند و خود را به‌عنوان «افزادی تنها» توصیف می‌کنند^(۸).

شاید بتوان گفت آموزش به بیماران متناسب با سطح بیماری آنها می‌تواند یکی از ارکان اصلی ارتقای کیفیت زندگی در نظر گرفته شود. آموزش و مشاوره گروهی به شیوه عقلانی عاطفی- رفتاری بر سلامت روان بیماران تاثیر مثبتی دارد. در واقع آموزش موجب به وجود آمدن تغییراتی در نگرش، تمایلات رفتاری، احساس خودکارآمدی و کفایت فردی می‌شود^(۹). یکی از الگوهای که می‌توان با آموزش آن بیمار را در مراقبت از خود سهیم کرد، الگوی خودمراقبتی اورم است. الگوی خودمراقبتی اورم یک مدل پرستاری است، که بیشتر بر روی جنبه‌های مراقبت از خود بحث می‌کند. در واقع مراقبت از خود شامل هرگونه فعالیتی است که فرد تلاش می‌کند تا به کمک آن حیات و تندرستی خود را حفظ کند^(۱۰).

خواهد ماند و از ذکر نام آنها در پرسشنامه‌ها نیز خودداری گردید. در مرحله پیش‌آزمون پژوهشگر با قرائت سوالات پیش‌آزمون برای هر یک از شرکت‌کنندگان، اقدام به تکمیل پرسشنامه خودپنداره پیرز و هریس و پرسش‌نامه آشر نمود. سپس برنامه خودمراقبتی آموزشی در قالب ۶ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی، در قالب ۴ گروه ۷ نفره به روش سخنرانی و پرسش و پاسخ ارائه شد و بعد از اتمام جلسات آموزشی مجدداً پرسشنامه‌ها توسط پژوهشگر، مطابق نظر کودکان مورد مطالعه تکمیل شد.

برای اجرای برنامه آموزشی خودمراقبتی پیش از شروع هر جلسه در مورد هر بعد از خودمراقبتی از دانش‌آموزان پیش‌آزمون شفاهی و نیازسنجی کلی انجام می‌شد همچنین جهت دریافت آموزش‌های یکنواخت جلساتی با اهداف از قبل تدوین شده آماده شد اما مطالب ارائه شده در آن متناسب با درک و فهم و نیاز و سن دانش‌آموزان قدری متغییر بود لذا در حین آموزش از تکنیک پرسش و پاسخ و تعامل ضمنی استفاده شد. محتویات هر کدام از جلسات در جدول (۱) آورده شده است.

جدول ۱. اهداف جلسات برنامه خودمراقبتی آموزشی

جلسات	محتویات
جلسه اول	این جلسه شامل معارفه و استفاده از تکنیک‌های یخ‌شکنی جهت فراهم کردن فرصتی برای آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و همچنین گسترش ارتباطات بین فردی و کنش‌های متقابل مناسب در گروه بود.
جلسه دوم	جلسه دوم، آشنایی گروه هدف با ابعاد خودمراقبتی جسمانی و اصلاح باورهای نادرست اعضا پیرامون موضوع آموزش روش‌های به کارگیری خودمراقبتی جسمانی در زندگی روزمره و طراحی یک نمونه برنامه خودمراقبتی جسمانی بود.
جلسه سوم	هدف از جلسه سوم، پرسش و پاسخ بین دانش‌آموزان در مورد برنامه خودمراقبتی جسمانی بود و اعضای هر گروه به نوبت برنامه‌های خودمراقبتی جسمانی خود را شرح دادند و با هم به توافق رسیدند.
جلسه چهارم	هدف از جلسه چهارم آشنایی گروه هدف با ابعاد خودمراقبتی روانی و اصلاح باورهای نادرست شرکت‌کنندگان پیرامون موضوع و آموزش روش‌های به کارگیری خودمراقبتی روانی در زندگی روزمره و همچنین طراحی یک نمونه برنامه خودمراقبتی روانی بود.
جلسه پنجم	هدف از جلسه پنجم، آشنایی گروه هدف با ابعاد خودمراقبتی اجتماعی و اصلاح باورهای نادرست شرکت‌کنندگان پیرامون موضوع و آموزش روش‌های به کارگیری خودمراقبتی اجتماعی در زندگی روزمره و همچنین طراحی یک نمونه برنامه خودمراقبتی اجتماعی بود.
جلسه ششم	در جلسه ششم، به‌طور کامل مروری کلی بر روی مطالب گفته شده در پنج جلسه قبل صورت گرفت و در آخر به تمام سوالاتشان پاسخ داده شد.

۵-۱۱-۱۳-۱۵-۱۹-۲۳) مربوط به سرگرمی‌ها و علائق کودک است و نمره‌ای به آن تعلق نمی‌گیرد. ولی برای ۱۶ ماده دیگر براساس مقیاس رتبه‌بندی لیکرت ۵ تایی نمره‌گذاری می‌شود. آشر و همکاران نشان دادند که ضریب پایایی این آزمون با استفاده از روش اسپیرمن- براون ۰/۹۱ و همچنین از طریق روش دو نیمه کردن گاتمن $r=0/91$ بود. ضریب آلفای کرونباخ نیز برابر با ۰/۸۱ به‌دست آمد^(۳). در ایران نیز پژوهشی نشان داد که ضریب پایایی با روش بازآزمایی در فاصله زمانی ۲۵ روز بر روی ۴۱ دانش‌آموز یک مدرسه راهنمایی دخترانه نیز $r=0/49$ و آلفای کرونباخ برابر

شده والدین دارای کودک واجد شرایط در مدرسه شهید عابدی اجازه شرکت کودکان در پژوهش ذیل را نداند و نهایتاً نمونه‌گیری صرفاً از مدرسه نابینایان شهید سامانی انجام شد که منجر به محدودیت در حجم نمونه شد و مطالعه تنها با یک گروه (تحت مداخله آموزشی) به‌صورت قبل و بعد انجام شد.

پس از دریافت کد اخلاق (KHUISF.REC.1397.049) IR.IAU و معرفی‌نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) و انتقال آن به اداره آموزش و پرورش کل استان به جهت کسب اجازه برای ورود به مدرسه نابینایان شهید سامانی و هماهنگی با مدیر مدارس و جلب مشارکت ایشان، اقدام به جمع‌آوری داده‌ها شد. بدین صورت که با کودکانی که دارای معیارهای ورود به پژوهش بودند در رابطه با اهداف پژوهش، مدت زمان پژوهش و روش اجرای پژوهش صحبت شد و پس از کسب رضایت آگاهانه از والدین و افرادی که تمایل به مشارکت در انجام پژوهش داشتند، این افراد وارد مطالعه شدند. لازم به ذکر است که جهت رعایت ملاحظات اخلاقی به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آنان در این پژوهش محرمانه باقی

روش جمع‌آوری داده‌ها به‌صورت میدانی و از طریق ابزار پرسشنامه بود؛ این پرسشنامه‌ها شامل پرسشنامه اطلاعات فردی و وضعیت بیماری شرکت‌کنندگان، پرسشنامه ارزیابی انزوای اجتماعی آشر و پرسشنامه خودپنداره پیرز- هریس می‌شدند. پرسشنامه ارزیابی انزوای اجتماعی توسط آشر، هایمل و رنشاو (Asher, Hymel and Renshow) (۱۹۸۴) طراحی شده است؛ که احساس کودک از تنهایی و نارضایتی اجتماعی وی را ارزیابی می‌کند. این مقیاس شامل ۲۴ سوال است و برای کودکان بین ۸ تا ۱۵ سال به کار می‌رود. ۸ ماده آن (عبارات ۲-۴-۴-

آمار توصیفی، جداول توزیع فراوانی، شاخص مرکزی میانگین، شاخص‌های پراکندگی انحراف معیار و واریانس محاسبه و مقایسه آن در بخش‌های مختلف صورت گرفته است. به منظور تحلیل استنباطی متغیرها، ابتدا نرمال بودن توزیع داده‌ها ارزیابی شده است. با توجه به نتایج حاصل از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف که توزیع داده‌ها غیرنرمال بود ($P \text{ value} < 0.05$)، بنابراین در ادامه جهت ارزیابی تاثیر آموزش بر متغیرهای پژوهش از آزمون ناپارامتریک ویلکاکسون استفاده شد و برای بررسی شناسایی عوامل موثر بر تغییرات انزوای اجتماعی و همچنین خودپنداره بدنی کودکان نابینا مورد مطالعه از آزمون رگرسیون خطی استفاده شد.

یافته‌ها

مقادیر مربوط به مشخصات اطلاعات جمعیت شناختی و ویژگی‌های دموگرافیک نمونه‌های مورد مطالعه در جدول (۲) آورده شده است.

با ۰/۸۱ بوده است^(۱۴). همچنین برای سنجش میزان خودپنداره کودکان و نوجوانان از پرسشنامه خودپنداره پیرز-هریس (Piers-Harissis) (۱۹۶۹) استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۸۰ سوال است و به نحوی طراحی شده است که به صورت گزارش شخصی نشان دهد که این کودکان و نوجوانان درباره خودشان چه احساسی دارند. پرسشنامه پیرز-هریس، ۶ بعد دارد که شامل رفتار، وضعیت عقلانی و تحصیلی، وضع ظاهر و نگرش، اضطراب، شهرت و شادی و رضایت است. روایی این پرسشنامه توسط پیرز-هریس در سال ۱۹۶۹ در مورد ۵۷ دانش‌آموز کلاس چهارم ارزیابی و ۰/۴۱ گزارش شد^(۱۵). در ایران نیز یزدی و همکاران (۱۳۹۴) نیز طی مطالعه‌ای میزان ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۱ و ضریب پایایی آن را ۰/۸۹ گزارش کردند^(۱۶).

جهت تجزیه و تحلیل به کمک نرم‌افزار Spss نسخه ۲۰ از دو روش آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شد. در بخش

جدول ۲. فراوانی مطلق و نسبی مشخصات جمعیت شناختی شرکت کنندگان مورد مطالعه

متغیر	تقسیم‌بندی	فراوانی	درصد	متغیر	تقسیم‌بندی	فراوانی	درصد
جنسیت	پسر	۱۵	۵۳/۶٪	علت نابینایی	مادرزادی	۱۷	۶۰/۷٪
	دختر	۱۳	۴۶/۴٪		دیابت	۱	۳/۶٪
پایه تحصیلی	اول ابتدایی	۲	۷/۱٪		اکسیژن بالا در دستگاه	۳	۱۰/۷٪
	دوم ابتدایی	۵	۱۷/۹٪		تشنج	۱	۳/۶٪
	سوم ابتدایی	۷	۲۵٪	بدون پاسخ	۷	۲۵٪	
وضعیت نابینایی	چهارم ابتدایی	۱	۳/۶٪	تعداد فرزندان	۱ فرزند	۷	۲۵٪
	پنجم ابتدایی	۸	۲۸/۶٪		۲ فرزند	۱۱	۳۹/۳٪
	ششم ابتدایی	۵	۱۷/۹٪		۳ فرزند	۸	۲۸/۶٪
	نابینا	۲۲	۷۸/۶٪		۴ فرزند	۲	۷/۱٪
سطح تحصیلات مادر	کم‌بینا	۶	۲۱/۴٪	رتبه کودک	فرزند اول	۱۳	۴۶/۴٪
	ابتدایی	۳	۱۰/۷٪		فرزند دوم	۸	۲۶/۶٪
	سیکل	۱۲	۴۲/۹٪		فرزند سوم	۶	۲۱/۴٪
	متوسطه	۹	۳۲/۱٪		فرزند چهارم	۱	۳/۶٪
سطح تحصیلات پدر	دانشگاهی	۴	۱۴/۳٪	وضعیت اقتصادی	خوب	۱۲	۴۲/۹٪
	ابتدایی	۴	۱۴/۳٪		متوسط	۱۱	۳۹/۳٪
	سیکل	۱۳	۴۶/۴٪		ضعیف	۱	۳/۶٪
	متوسطه	۸	۲۸/۶٪		بی پاسخ	۴	۱۴/۳٪
محل سکونت	دانشگاهی	۳	۱۰/۷٪		شهر اصفهان	۲۰	۷۱/۴٪
					حومه اصفهان	۸	۲۸/۵٪

جدول شماره ۲ به فراوانی مطلق و نسبی مشخصات جمعیت شناختی شرکت کنندگان مورد مطالعه پرداخته است و نتایج مربوط به مقایسه میانگین متغیرها قبل و بعد از مداخله در جدول (۳) آورده شده است.

جدول ۳. مقایسه میانگین متغیرها (انزوای اجتماعی و خودپنداره بدنی) قبل و بعد از مداخله

سطح معناداری*	بعد از مداخله		قبل از مداخله		ابعاد	متغیر
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۰/۹۶۸	۸/۳۸	۷۲/۲۱	۵/۸۲	۷۳/۱۴	-	انزوای اجتماعی
۰/۶۰۸	۲/۷۴	۱۲/۶۴	۲/۷۵	۱۲/۵۰	رفتار	خودپنداره بدنی
۰/۳۵۵	۳/۳۰	۱۴/۶۴	۳/۱۰	۱۴/۵۰	وضعیت عقلانی و تحصیلی	
۰/۹۷۲	۱۲/۵۳	۱۲/۵۳	۲/۸۶	۱۲/۳۶	وضع ظاهر و نگرش	
۰/۱۵۰	۲/۶۹	۱۱/۴۶	۲/۴۷	۱۰/۷۵	اضطراب	
۰/۳۱۸	۲/۱۷	۹/۲۱	۲/۵۶	۸/۸۶	شهرت	
۰/۳۱۸	۱/۶۴	۶/۹۶	۱/۸۰	۶/۸۶	شادی و رضایت	
۰/۸۱۹	۱۳/۸۳	۶۶/۸۲	۱۲/۶۱	۶۶/۴۶	نمره کل خودپنداره بدنی	

*: سطح معناداری حاصل از آزمون ویلکاکسون.

از آزمون ویلکاکسون معنادار شناخته نشده است. در ادامه آزمون رگرسیون خطی به منظور شناسایی عوامل موثر بر تغییرات انزوای اجتماعی و همچنین خودپنداره بدنی کودکان نابینا انجام شد و نتایج مربوط به آن در جدول (۴) ارائه شده است.

بر اساس نتایج ارائه شده در جدول شماره (۳)، از لحاظ انزوای اجتماعی اگرچه مقدار میانگین بعد از انجام مداخله کاهش یافته، اما این میزان کاهش از نظر آماری با استفاده از آزمون ویلکاکسون معنادار شناخته نشده است. همچنین از لحاظ خودپنداره بدنی، اگرچه در تمامی ابعاد و همچنین به صورت کلی میانگین افزایش یافته، اما این میزان کاهش از نظر آماری با استفاده

جدول ۴. نتایج رگرسیون خطی برای شناسایی عوامل موثر بر تغییرات انزوای اجتماعی و خودپنداره بدنی کودکان نابینا مورد مطالعه

فاکتور											مشخصات آماری	ابعاد	متغیر
شهر محل سکونت	وضعیت اقتصادی و رفاه	سطح تحصیلات پدر	سطح تحصیلات مادر	سطح تحصیلات کودک	رژیم کودکی	تعداد فرزندان	عزت دینی/تعالیمی	وضعیت تالیفات	جنس	سن			
-۱/۵۳	۰/۰۴۴	۲/۲۱	-۱/۹۴	۰/۸۷۷	۶/۹۴	-۳/۵۰	۳/۷۳	۱/۵۴	-۹/۶۱	-۲/۰۴	ضریب اثرگذاری	انزوای اجتماعی	-
-۱/۵۹	۰/۰۰۵	۰/۳۶۵	-۱/۳۵۱	۰/۱۰۹	۰/۶۰۲	-۰/۲۸۹	۰/۷۰۲	۰/۱۸۴	۱/۱۴۷	۰/۸۹۱	آماره آزمون		
۰/۱۷۲	۰/۹۹۶	۰/۷۳۰	۰/۷۴۰	۰/۹۱۸	۰/۵۷۴	۰/۷۸۴	۰/۵۱۴	۰/۸۶۱	۰/۳۰۳	۰/۴۱۴	سطح معناداری		
-۲/۵۷	۰/۵۳	۱/۰۶	-۲/۷۹	۱/۹۷	۲/۸۹	-۲/۳۵	-۰/۶۳۲	-۰/۵۹	۰/۲۷	-۲/۲۰	ضریب اثرگذاری	رفتار	
-۱/۷۲	۰/۳۱	۰/۸۵	-۲/۴۳	۱/۱۸	۱/۲۱	۰/۹۳۹	۰/۵۷۵	۰/۳۴۵	۰/۱۵۹	-۱/۵۵	آماره آزمون		
۰/۱۴۶	۰/۷۷۲	۰/۴۳۳	۰/۰۵۹	۰/۲۹۱	۰/۲۸۰	۰/۳۹۱	۰/۵۹۰	۰/۷۴۴	۰/۸۸	۰/۱۸۱	سطح معناداری		
-۲/۹۷۵	-۲/۷۰۵	-۱/۱۰۶	۱/۱۳۴	۱/۰۲۷	-۰/۳۱۲	۳/۱۶۰	۱/۸۴۰	-۱/۹۹۱	۶/۷۱۳	۰/۳۲۱	ضریب اثرگذاری	وضعیت عقلانی و تحصیلی	
-۱/۶۰۲	-۱/۲۵۳	-۰/۷۱۴	۰/۷۹۸	۰/۴۶۶	-۰/۱۰۵	۱/۰۱۵	۱/۳۴۷	۰/۹۲۸	۳/۱۲۰	۰/۱۸۲	آماره آزمون		
۰/۱۷۰	۰/۲۶۶	۰/۵۰۷	۰/۴۶۱	۰/۶۴۱	۰/۹۲۰	۰/۳۵۷	۰/۲۳۶	۰/۳۹۶	*۰/۰۲۶	۰/۸۶۳	سطح معناداری		
-۲/۰۵۸	-۲/۵۵۵	-۱/۱۳۰	۱/۲۰۲	-۰/۳۳۳	-۱/۶۷۶	۴/۰۹۳	۱/۵۲۱	-۰/۰۵۹	-۳/۶۴۲	-۰/۰۰۲	ضریب اثرگذاری	وضع ظاهر و نگرش	
-۱/۳۸۸	-۱/۴۸۲	-۰/۹۱۳	۱/۰۵۸	۰/۲۰۱	-۰/۷۰۹	۱/۶۴۶	۱/۳۹۴	-۰/۰۳۴	-۲/۱۱۹	۰/۰۰۱	آماره آزمون		
۰/۲۲۴	۰/۱۹۹	۰/۴۰۳	۰/۳۳۸	۰/۸۴۹	۰/۵۱۰	۰/۱۶۱	۰/۲۲۲	۰/۹۷۴	۰/۰۸۸	۰/۹۹۹	سطح معناداری		
۰/۳۵۱	۲/۳۹۶	۱/۳۰۵	-۱/۴۶۵	-۰/۶۴۹	۲/۹۵۱	-۲/۹۲۲	-۲/۷۶۵	۱/۲۰۳	۱/۵۲۷	-۰/۱۴۷	ضریب اثرگذاری	اختراب بدنی خودپنداره	
۰/۳۸۲	۲/۲۴۳	۱/۷۰۲	-۲/۰۸۱	-۰/۶۳۴	۲/۰۱۵	-۱/۸۷۷	-۴/۰۹۳	۱/۱۳۴	۱/۴۳۵	-۰/۱۶۸	آماره آزمون		
۰/۷۱۸	۰/۰۷۵	۰/۱۵۰	۰/۰۹۲	۰/۵۵۴	۰/۱۰۰	۰/۱۱۶	*۰/۰۰۹	۰/۳۰۸	۰/۲۱۱	۰/۸۷۳	سطح معناداری		
-۲/۲۸۱	-۱/۵۱۸	۰/۶۷۷	۰/۶۳۰	-۰/۶۸۹	۰/۳۱۷	۱/۴۲۴	۰/۵۷۹	-۰/۴۳۹	-۳/۴۱۸	۰/۸۴۸	ضریب اثرگذاری	شهرت	
-۱/۳۹۶	-۰/۷۹۹	-۰/۴۹۶	۰/۵۰۳	۰/۳۷۸	۰/۱۲۲	۰/۵۲۰	۰/۴۸۲	-۰/۲۳۳	-۱/۸۰۵	۰/۵۴۷	آماره آزمون		
۰/۲۲۱	۰/۴۶۰	۰/۶۴۱	۰/۶۳۶	۰/۷۲۱	۰/۹۰۸	۰/۶۲۵	۰/۶۵۰	۰/۸۲۵	۰/۱۳۱	۰/۶۰۸	سطح معناداری		
-۱/۱۹۱	۲/۸۱۸	۲/۲۴۱	۲/۱۶۲	۰/۴۹۶	۱/۶۱۸	۱/۸۸۶	-۲/۳۴۳	-۰/۳۹۵	۱/۵۰۴	-۱/۱۱۶	ضریب اثرگذاری	شادی و رضایت	
-۱/۵۵۰	۳/۱۵۴	۳/۴۹۵	۳/۶۷۳	۰/۵۷۹	۱/۷۷۰	۱/۰۱۶	-۴/۱۴۶	-۰/۴۴۵	۱/۶۹۰	-۱/۵۲۹	آماره آزمون		
۰/۱۸۲	۰/۰۲۵	*۰/۰۱۷	*۰/۰۱۴	۰/۵۸۸	۰/۱۱۳	۰/۱۳۰	*۰/۰۰۹	۰/۶۷۵	۰/۱۵۲	۰/۱۸۷	سطح معناداری		
-۲/۷۲۳	-۱/۰۳۲	۱/۶۹۸	-۳/۴۴۷	۱/۸۲۱	۸/۷۸۵	-۰/۴۸۶	-۱/۸۰۰	-۲/۲۷۶	-۵/۴۶۷	-۲/۹۴۱	ضریب اثرگذاری	خودپنداره بدنی به صورت کلی	
-۲/۲۲۱	-۰/۱۸۴	۰/۴۲۱	-۰/۹۳۲	۰/۳۳۸	۱/۱۴۱	-۰/۶۰	-۰/۵۰۷	-۰/۴۰۸	-۱/۸۷۰	-۰/۶۴۱	آماره آزمون		
۰/۰۷۷	۰/۸۶۱	۰/۶۹۱	۰/۳۹۴	۰/۷۴۹	۰/۳۰۶	۰/۹۵۵	۰/۶۳۴	۰/۷۰۰	۰/۱۲۰	۰/۵۵۰	سطح معناداری		

در راستای مطالعات انجام شده مطالعه‌ای چپانگ و همکاران (۲۰۰۶) نشان دادند که خودپنداره بدنی دختران از پسران هم در گروه بیمار، هم در گروه غیربیمار، پایین‌تر است. در این راستا، نتایج حاصل از رگرسیون خطی در این پژوهش نیز نشان داد که، پسران نسبت به دختران در بعد وضعیت عقلانی و تحصیلی رشد بهتری داشته‌اند. در رابطه با تاثیر الگوی خودمراقبتی اورم بر انزوای اجتماعی نیز، در این پژوهش نشان داده شد که میانگین تغییرات انزوای اجتماعی قبل و بعد از دوره اختلاف آماری معناداری نداشته که این نتیجه مغایر با برخی پژوهش‌های دیگر است^(۱۷). نتایج سایر پژوهش‌ها نشان داد که اجرای برنامه خودمراقبتی مبتنی بر الگوی اورم باعث ارتقاء عزت نفس بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس^(۱۸) و نوجوانان مبتلا به آسم^(۱۹) می‌شود. اما باید در نظر داشت که جامعه پژوهش و گروه سنی کودک از جمله مولفه‌هایی بوده که احتمال می‌رود منجر به عدم تاثیرگذاری مدل خودمراقبتی اورم بر انزوای اجتماعی این کودکان شود. در مطالعات دیگری که توسط سامپاگو (۲۰۰۸) انجام شده و از مدل خودمراقبتی اورم در جهت کاستن از انزوای اجتماعی بیماران دارای استومی استفاده شده است^(۲۰) پیش از مطالعه یک نیازسنجی کامل و دقیق از بیماران به صورت فردی صورت گرفته است که در مطالعه حاضر نیازسنجی به صورت کلی و گروهی و شفاهی پیش از شروع هر جلسه انجام شده است که خود می‌تواند به بروز تفاوت در نتایج حاصل از دو مطالعه منجر شود.

همچنین مطابق با نتایج به دست آمده تغییرات وضع ظاهر و نگرش کودکان نابینا تحت تاثیر هیچ عاملی نبود، که این نتیجه مغایر با پژوهش بقائیان و همکاران (۲۰۱۳) بود^(۲۱). در پژوهش آنان نشان داده شده بود که دانش‌آموزان دختر در خرده مقیاس قیافه و ظاهر از خودپنداره بدنی از وضعیت بهتری نسبت به دانش‌آموزان پسر برخوردار بودند. به نظر می‌رسد تفاوت ایجاد شده توسط عاملی مانند «بلوغ و دوره نوجوانی» قابل توجیه باشد.

مطابق با نتایج حاصل از تعیین میانگین اضطراب کودکان نابینا قبل و بعد از آموزش خودمراقبتی اورم مشخص شد که نمره عدم اضطراب این کودکان بعد از آموزش نسبت به قبل از مداخله آموزشی افزایش داشته ولی این میزان افزایش از نظر آماری شناخته نشده است. وانجنت و همکاران (۲۰۱۲) نیز در مطالعات خود به این نتیجه رسیدند که نوجوانان نابینا و ناشنوا مشکل خودآگاهی داشته که نتیجه برخی طرحواره‌های ناکارآمد چون تنهایی، گرفتاری، نقص داشتن و آسیب‌پذیری آنان است و همین امر موجب افزایش اضطراب کودک و نوجوان نابینا و ناشنوا شده است^(۲۲). از سوی دیگر مطابق نتایج حاصل از رگرسیون خطی، تنها فاکتور علت نابینایی (مادرزادی- غیرمادرزادی) تاثیر معناداری بر بعد عدم اضطراب کودکان داشته است. در تبیین کلی این فرضیه می‌توان گفت، افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی از هر گونه موقعیت اجتماعی که فکر می‌کنند رفتار خجالت‌آوری در آن موقعیت داشته باشند، یا هر گونه وضعیتی که در آن ممکن است افراد مورد ارزیابی منفی دیگران قرار بگیرند، می‌ترسند و سعی می‌کنند از آن‌ها دور باشند. این امر در خصوص کودکان نابینا دارای اهمیت بیشتری است، چرا که این کودکان به دلیل مشکل خاص خود در مهارت‌های اجتماعی به نوعی دچار مشکل هستند و همین عامل بر افزایش میزان اضطراب اجتماعی آن‌ها تاثیرگذار است.

همانطور که در جدول (۴) نشان داده شده، فاکتورهای نظیر سن، جنس، وضعیت نابینایی کودک با شدت انزوای اجتماعی کودکان رابطه‌ای نداشتند. در بررسی رابطه ابعاد خودپنداره با اطلاعات جمعیت شناختی و خانوادگی شرکت کنندگان، رابطه معناداری بین بعد عقلانی و تحصیلی کودکان با جنس کودک دیده شد، به طوری که آموزش خودمراقبتی اورم باعث افزایش وضعیت عقلانی و تحصیلی پسران با میانگین ۱ نمره شده و در مقابل در دختران، میانگین کلی نمره عقلانی و تحصیلی با میانگین ۰/۸۵- کاهش داشته است. همچنین در بعد اضطراب، تنها فاکتور علت نابینایی (مادرزادی- غیرمادرزادی) رابطه معناداری با سطح اضطراب کودکان داشت. در بعد شادی و رضایت کودکان نیز، سطح تحصیلات پدر و مادر و وضعیت اقتصادی رابطه مستقیم با میزان شادی و رضایت کودکان داشتند و افزایش میانگین نمره شادی و رضایت کودکان در کودکان با نابینایی غیرمادرزادی ۰/۴۵ و در کودکان با نابینایی مادرزادی ۰/۱۲ بوده است (P=۰/۰۰۹). اما بر اساس نتایج حاصل از رگرسیون خطی، هیچ‌یک از فاکتورها نظیر سن و جنس کودک، وضعیت نابینایی وی و دیگر اطلاعات والدین و خانواده وی نمی‌تواند تاثیر معناداری بر میزان تغییرات سایر ابعاد یعنی، رفتار، وضع ظاهر و نگرش و شهرت این کودکان داشته باشند. در نهایت این گونه نشان داده شد که به طور کلی هیچ یک از فاکتورهای مورد مطالعه نظیر سن، جنس کودک و یا اطلاعات پایه والدین تاثیر معناداری بر میزان تغییرات خودپنداره بدنی این کودکان نداشته است.

بحث:

مطالعه حاضر جهت تاثیر آموزش خودمراقبتی اورم بر خودپنداره بدنی و انزوای اجتماعی کودکان نابینا در اصفهان در سال ۱۳۹۶ بر روی ۲۸ نفر از کودکان نابینا در رده سنی ۷-۱۲ سال با میانگین سنی ۱۰/۱۸±۱/۶۸ سال انجام شد که از ۲۸ کودک مورد مطالعه، ۱۵ نفر (۵۳/۶٪) پسر و ۱۳ نفر (۴۶/۴٪) دختر بودند. نتایج حاصل از مقایسه میانگین متغیرهای انزوای اجتماعی و خودپنداره بدنی (قبل و بعد از مداخله نشان داد که آموزش خودمراقبتی اورم علی‌رغم کاهش اندک انزوای اجتماعی و افزایش میانگین نمره خودپنداره بدنی کودکان نابینا نسبت به قبل از دوره آموزشی منجر به اختلاف آماری معنی‌دار نداشته است. به علاوه نتایج مربوط به آزمون رگرسیون خطی، که جهت شناسایی عوامل موثر بر تغییرات انزوای اجتماعی و همچنین خودپنداره بدنی کودکان نابینا انجام شد، نشان داد که رابطه معناداری بین مولفه‌هایی همچون سن، جنس و وضعیت نابینایی کودکان و دیگر اطلاعات والدین و خانواده کودکان و میزان انزوای اجتماعی و به طور کلی خودپنداره بدنی کودکان نابینا وجود نداشت. اما در بررسی رابطه ابعاد خودپنداره با اطلاعات جمعیت شناختی و خانوادگی شرکت کنندگان، رابطه معناداری بین بعد عقلانی و تحصیلی کودکان با جنس کودک دیده شد، در بعد اضطراب تنها فاکتور علت نابینایی (مادرزادی- غیرمادرزادی) رابطه معناداری با سطح اضطراب کودکان داشته، در بعد شادی و رضایت کودکان سطح تحصیلات پدر و مادر و وضعیت اقتصادی رابطه مستقیم با میزان شادی و رضایت کودکان داشته و در نهایت افزایش میانگین نمره شادی و رضایت کودکان در کودکان با نابینایی غیرمادرزادی ۰/۴۵ و در کودکان با نابینایی مادرزادی ۰/۱۲ بوده است (P=۰/۰۰۹).

معلولیت رخ داده می‌باشد تا فرد به یک پذیرش نسبی وضعیت خود برسد و اعتماد به نفس لازم را پیدا کند لذا بررسی سایر الگوی‌های مانند الگوی روی و یا جانسون در مطالعات آتی شاید بتواند راهکار موثرتری در جهت کاستن از انزوای اجتماعی و افزایش قابل توجه در پنداشت فرد از خود انهم در کودکان نابینا و کم‌بینا شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج مطالعه حاضر، اگر چه آموزش خودمراقبتی اورم باعث تغییرات اندکی در میزان خودپنداره بدنی و انزوای اجتماعی کودکان شده است، اما این میزان از لحاظ آماری معنادار شناخته نشده است

کاربرد یافته‌ها در بالین

آموزش خودمراقبتی اورم تاثیری بر خودپنداره بدنی و انزوای اجتماعی در کودکان نابینا تاثیری ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر حاصل پایان‌نامه مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) می‌باشد. این مطالعه با کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1397.049 به تصویب رسیده است. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از کلیه کودکان شرکت کننده در پژوهش و مسولین مدرسه تقدیر و تشکر کنند.

به‌طور کلی این پژوهش نیز همانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی روبه‌رو بوده، که برطرف کردن این محدودیت‌ها می‌تواند زمینه‌سازی انجام پژوهش‌های آتی شود. یکی از محدودیت‌های این مطالعه نبود گروه کنترل بود؛ هر چند که محققان در نظر داشتند یک مطالعه دو گروه قبل و بعد را طراحی نمایند اما به دلیل محدودیت دسترسی به دانش‌آموزان نابینا و کم‌بینا در شهر اصفهان که معیار شایستگی لازم را داشته باشند لذا امکان دو گروه نمودن آنها و داشتن گروه شاهد میسر نشد و لذا از یک طرح قبل و بعد استفاده شد که خود منجر به عدم تخصیص تصادفی نمونه‌های نیز می‌شود از آنجایی که در مطالعات مداخله‌ای کنترل تورش انتخاب، از طریق وجود گروه شاهد و تخصیص تصادفی نمونه‌ها میسر می‌باشد^(۳۲)، از اینرو این مورد را می‌توان از جمله محدودیت‌های این پژوهش نام برد. لذا پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی با حجم نمونه‌های بیشتر و همراه با گروه کنترل استفاده شود. دومین محدودیت مشاهده شده آن است که عمدتاً تغییر در انزوای اجتماعی و خودپنداره در کودکان با معلولیت جسمانی قابل توجه مستلزم برنامه‌ریزی‌های طولانی مدت و پیگیری شخص به شخص کودکان می‌باشد که به دلیل محدودیت در اجرای برنامه از سوی مدرسه امکان طولانی‌تر کردن آموزش‌ها میسر نشد لذا پیشنهاد می‌شود از یک برنامه خودمراقبتی اورم با پیگیری طولانی‌تر جهت کودکان به منظور تغییر در شخص‌های روانی و اجتماعی کودکان استفاده شود تا تغییرات لازم مشهود گردد. همچنین از آنجایی که تغییر در انزوای اجتماعی و خودپنداره بدنی بیشتر مبتنی بر سازگاری با

References

1. Sarabandi A, Kamali M, Mobaraki H. The relationship between impaired visual function and quality of life of the blind. *J Res Rehabil Sci* 2013; 8(6): 1015-23. [Persian].
2. Bourne, Rupert RA, et al. "Magnitude, temporal trends, and projections of the global prevalence of blindness and distance and near vision impairment: a systematic review and meta-analysis." *The Lancet Global Health* 5.9 (2017): e888-e897. [DOI: [10.1016/S2214-109X\(17\)30293-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30293-0)]
3. Afshari, M., Moosazadeh, M., Barzegari, S., Abedini, E., & Salimi, S. S. (2018). Prevalence of Blindness and Low Vision in Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Ophthalmic epidemiology*, 25(4), 288-296.
4. Wang X, Ling L, Su H, Cheng J, Jin L, Sun YH. Self-concept of left-behind children in China: a systematic review of the literature. *Child: care, health and development*. 2015; 41(3):346-55. [Doi:[10.1111/cch.12172](https://doi.org/10.1111/cch.12172)]
5. Augestad, Liv Berit. "Self-concept and self-esteem among children and young adults with visual impairment: A systematic review." *Cogent Psychology* 4.1 (2017): 1319652. [Doi:[10.1080/23311908.2017.1319652](https://doi.org/10.1080/23311908.2017.1319652)]
6. Atadokht A, Jafari I, Kamarzin H, Hayati M, Mehri S. The Role of Body Image and Self-Concept in Predicting Psychological Disorders among Blind and Deaf Students. *JOEC*. 2017; 17 (2):13-24. [Persian].
7. Kalantari, A. hoseynizadeh S. City and social relationships: a study of the relationship between social isolation and level of received social support with the experience of loneliness. *Urbun studies*. 2015; 5(16):87-118. [Persian].
8. Khademi MJ, Abedi MR, Pourmeidani S. Effectiveness of quality of life training on happiness among Isfahan blind girls. *Int J Educ Psychol Res* 2017; 3:29-35.
9. Mohammadi, A. Survey the Effects of Life Skills Training on Tabriz High School Student's Satisfaction of Life. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2011; 30:1843-1845.
10. Hemati Z, Shakerian B, Shirani F, Mosaviasl F S, Kiani D. Effect of the Orem Self-care Model on Quality of Life in Adolescents with Asthma, *J Compr Ped*. 2017; 8(2): 59343.
11. Borji M, Otaghi M, Kazembeigi S. The impact of Orem's self-care model on the quality of life in patients with type II diabetes. *Biomedical and Pharmacology Journal*. 2017; 10(1):213-20.
12. Sampaio, Francisca Aline Arrais, et al. "Nursing care to an ostomy patient: application of the Orem s theory." *Acta Paulista de Enfermagem*. 2008. 21.1: 94-100. [Doi: [10.1590/S0103-21002008000100015](https://doi.org/10.1590/S0103-21002008000100015)]
13. Cassidy J, Asher SR. Loneliness and peer relations in young children. *Child development*. 1992; 63(2):350-65. [DOI: [10.1111/j.1467-8624.1992.tb01632.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1992.tb01632.x)]
14. Chari M, khayer, M. Solitude feeling measurementscale efficacy study in junior high school students. *J Shiraz univ humanit and soc sci*. 2002; 19(1):46- 59. [Persian].
15. Piers, E., Harris, D. *Manual for the Piers-Harris Children's Self- Concept Scale*. Nashville, TN: Counseor Recordings and Tests. 1969.
16. Hosseini Yazdi A, Mashhadi A, Kimiaie A, Asemi Z. The Effectiveness of a Divorce Intervention Program on Improving Children's Self-Concept and Resilience. *Journal of Applied Psychology*. 2016; 9(1): 7-21. [Persian].
17. Chiang LCH, J.L. & Fu, L.S. Physical activity and physical self-concept: comparison between children with and without asthma. *Journal of advanced nursing*. 2006; 62-6:653. [DOI: [10.1111/j.1365-2648.2006.03873.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03873.x)]
18. Masoodi R, Mohammadi E, Nabavi S, Ahmadi F. The effect of Orem based self-care program on physical quality of life in multiple sclerosis patients. *J Shahrekord Univ Med Sci*. 2008; 10 (2):21-29. [Persian].
19. Hemati Z, Mosaviasl FS, Abasi S, Ghazavi Z, Kiani D. Effect of Orem's self-care model on self-esteem of adolescents with asthma referred to an asthma and allergy clinic in Isfahan. *Tanaffos*. 2015; 14(4):232-7. PMID: PMC4841989
20. Baghaian M. The effect of gender and physical activity level on students' physical

- self-concept in adolesences. Quarterly Journal of Educational Innovations. 2013; 12(47):82–94. [Persian].
21. van Gent, T., Goedhart, A. W., Knoors, H. E., Westenberg, P. M., & Treffers, P. D. Self-concept and ego development in deaf adolescents: a comparative study. Journal of deaf studies and deaf education. 2012; 17(3): 333-351. [Doi:10.1093/deafed/ens002]
 22. Mohammady, Mina, M. Sadeghi, and F. Shirani. "Bias in the clinical trials: a review article." The J Urmia Nurs Midwifery Fac. 2018; 16(4): 273-285. [Persian].