

بررسی خودکارآمدی اجتماعی، هیجانی و تحصیلی کودکان ۱۲-۷ سال مبتلا به تالاسمی ماژور در شهرستان مشهد (۱۳۹۳)

حمیدرضا بهنام وشانی^۱، *نقیسه حکمتی پور^۲، سعید واقعی^۳، سید محسن اصغری نکاح^۴

- ۱- مربی، گروه پرستاری کودک و نوزاد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
 ۲- کارشناسی ارشد پرستاری کودکان، گروه پرستاری کودک و نوزاد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران (نویسنده مسؤول)
 پست الکترونیکی: n_hekmati68@yahoo.com
 ۳- مربی، گروه پرستاری بهداشت روان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
 ۴- استادیار، گروه علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

نشریه پرستاری کودکان دوره ۲ شماره ۲ زمستان ۱۳۹۴ ۴۹-۵۷

چکیده

مقدمه: تالاسمی در مسیر زندگی مبتلایان، تداخل ایجاد می کند در شرایطی که پیچیدگی و سختی رفتار افزایش می یابد خودکارآمدی تقلیل خواهد یافت. این مطالعه با هدف تعیین خودکارآمدی اجتماعی، هیجانی و تحصیلی کودکان ۱۲-۷ سال مبتلا به تالاسمی ماژور در شهرستان مشهد انجام شد.

روش: این مطالعه توصیفی از نوع مقطعی بود که در سال ۱۳۹۳ در شهر مشهد انجام شد. نمونه مورد مطالعه را ۶۰ نفر از کودکان ۱۲-۷ سال مبتلا به تالاسمی تشکیل می دادند. ابزار گردآوری داده ها از پرسشنامه استاندارد شده خودکارآمدی کودک و نوجوان موریس (۲۰۰۲) استفاده شد که روایی محتوای آن مورد تأیید قرار گرفت و پایایی ۰/۷۲ محاسبه شد.

یافته ها: خودکارآمدی عمومی با میانگین و انحراف معیار $۷۵/۱ \pm ۶/۹$ ، خودکارآمدی اجتماعی $۲۳/۹ \pm ۴/۶$ و هیجانی $۱۹/۹ \pm ۲/۳$ در سطح متوسطی قرار داشتند و خودکارآمدی تحصیلی با میانگین و انحراف معیار $۳۱/۱ \pm ۳/۹$ در سطح بالایی گزارش شد.

نتیجه گیری: نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که این کودکان از خودکارآمدی عمومی متوسطی برخوردار بودند. به منظور ارتقاء کیفیت زندگی کودکان تالاسمی و موفقیت های اجتماعی آنان بهبود باور آنان نسبت به توانایی های خود ضرورت دارد.
واژگان کلیدی: خودکارآمدی، تالاسمی، کودکان.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۶/۳۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۳/۲۹

مقدمه

بتاناتالاسمی یکی از شایعترین هموگلوبینوپاتی‌های کمی در دنیا به خصوص ایران (۱) و پراکنده‌ترین اختلال ژنتیکی در کل جهان به شمار می‌رود (۲). سازمان جهانی بهداشت، تالاسمی را به عنوان شایعترین اختلال مزمن ژنتیکی در بین ۶۰ کشور جهان شناخته است که سالانه بر زندگی ۱۰۰ هزار کودک تأثیر می‌گذارد (۳) و حدوداً از هر ۱۰۰ نفر یک نفر علامت دار می‌شود (۴).

بتاناتالاسمی در کشورهای اطراف دریای مدیترانه مانند یونان، ایتالیا، ترکیه و کشورهای آفریقای شمالی شایع می‌باشد. این بیماری همچنین در عربستان سعودی، پاکستان، ایران، افغانستان، هند و کشورهای آسیای شرقی مانند تایلند و اندونزی شیوع قابل توجهی دارد. بیشترین فراوانی حاملین ژن بتاناتالاسمی در قبرس، ساردینیا و آسیای جنوب شرقی گزارش شده است. مهاجرت‌ها و ازدواج بین اقوام مختلف باعث شده است که تالاسمی در اکثر کشورها دیده شود. میزان بروز سالانه افراد علامت‌دار حدود یک در صد هزار در سراسر جهان تخمین زده می‌شود (۵).

بر طبق آخرین گزارش سازمان جهانی بهداشت ۴ درصد از جمعیت کشور ناقل تالاسمی هستند. بر اساس آمار ۱۳۸۷، ۳-۲ میلیون ناقل و حدود ۲۵۰۰۰ بیمار مبتلا به تالاسمی ماژور در ایران وجود دارد که سالیانه حدود ۸۰۰ نفر به جمعیت بیماران تالاسمی افزوده می‌شود. اکثر مبتلایان مربوط به استانهای مازندران، هرمزگان، خوزستان، گیلان، فارس، سیستان و بلوچستان هستند و از نظر تعداد بیماران تالاسمی در کشور، استان مازندران رتبه اول را با ۲۸۰۰ بیمار و شهرستان اردبیل با ۵۸ بیمار مبتلا به ترتیب بالاترین و پایین‌ترین جایگاه ابتلا به این بیماری را در کشور دارند (۶، ۷). این بیماری هر دو جنس مرد و زن را به طور یکسان تحت تأثیر قرار می‌دهد (۸).

ایران جز آن دسته از مناطقی است که به دلیل ورود مهاجرانی با فرهنگهای متفاوت مانند آوارگان افغانستان و عراق در کنترل شیوع این بیماری و تعیین فراوانی و چگونگی توزیع جهش با مشکل مواجه هستند (۹، ۱۰).

امروزه پیشرفت تکنولوژی، موجب شده که بسیاری از بیماریهای مزمن از جمله تالاسمی بهتر شناخته و کنترل شوند. این امر سبب شده تا تعداد کودکان مبتلا به این بیماریها افزایش یابد (۱۱).

مبتلایان به تالاسمی عمدتاً جزء جمعیت جوان کشور هستند و در گروه سنی کودک و نوجوان قرار دارند (۳). تالاسمی در مسیر

زندگی مبتلایان، تداخل ایجاد می‌کند (۱۲). ماهیت بیماری تالاسمی به گونه ای است که کودک مبتلا احتیاج به تزریقات مکرر خون، مراقبتهای مستمر پزشکی، بستری شدن و بیماری محدودیت‌های چشم‌گیری در نیاز کودکان سن مدرسه ایجاد می‌کند و مانع از پیشرفت او به سوی مرز کوشا، سازنده و شایسته می‌گردد. به عنوان مثال، غیبت از مدرسه به هر دلیلی سبب ایجاد نگرانی در تکالیف مدرسه، رقابت نامناسب با همکلاسی‌ها و ایجاد اختلال در حس سازندگی کودک می‌شود (۱۱، ۱۳، ۱۴).

علیرغم اقدامات درمانی برای تالاسمی، علائم و تظاهرات بالینی آن مانند هر بیماری مزمن دیگری، جنبه‌های مختلف زندگی فرد و خانواده را تحت تأثیر قرار داده و اثر نامطلوبی بر سلامت جسمانی، روانی و کیفیت زندگی بیمار و خانواده او خواهد داشت و مشکلاتی در طول عمر گریبان گیر بیمار، خانواده و نظام درمانی کشور می‌کند. بیماران تالاسمی که در سنین مدرسه می‌باشند علاوه بر درد و ناراحتیهای مربوط به عوارض درمان، کاهش عملکرد تحصیلی به علت غیبت از مدرسه، کاهش اعتماد به نفس، احساس بیچارگی ناشی از وابستگی به دیگران جهت دریافت مراقبت، احساس بی‌کفایتی در انجام امور عادی، خشم، احساس اضطراب از موقعیت نامعین و نامعلومی که دارند و یا غم و اندوه به دلیل از دست دادن سلامت و نداشتن استقلال، محدودیت در ارتباطات اجتماعی و انجام بازی، نگرانی از مرگ زودرس و این اندیشه که زندگی آنها سیری متفاوت از دیگران دارد باعث گوشه‌گیری و افسردگی آنها می‌شود که همه این عوامل می‌تواند تأثیر نامطلوبی بر روحیه بیماران و خانواده آنها داشته باشد (۱۵).

امروزه با توجه به افزایش طول عمر بیماران تالاسمی ماژور مسأله حیات مختصر، سلامتی و رشد یک فرد تالاسمیک از حد رویایی خود گذر نموده و فرد تالاسمیک را به یک مرد و یا زن عاقل، بالغ و با احساس مبدل می‌کند که در دوران جوانی و بزرگسالی علاوه بر مشکلات جسمی با مشکلات روانی نیز رو به رو می‌باشد. در واقع می‌توان گفت که کودکان تالاسمی که به سن‌های بالاتر می‌رسند، نیازهای مختلف و گوناگونی از جمله ادامه تحصیل بیماران در مقاطع بالای علمی، دستیابی به موفقیت‌های تحصیلی و فرصت‌های شغلی، قرار گرفتن در پست‌های مدیریتی، حضور همه‌جانبه و فعال در فعالیت‌های اجتماعی و اقتصادی دارند که باید به آنها توجه نمود (۱۵).

شرایط بیماری مزمن برای کودک سنین مدرسه آثاری بیش از تأثیر بر وضعیت جسمی در پی خواهد داشت. کودکان با بیماریهای مزمن، تعامل کمتری با همسالان خود دارند، مهارت‌های

مواد و روش ها

این پژوهش توصیفی از نوع مقطعی است که در سال ۱۳۹۳ در شهر مشهد بر روی ۶۰ کودک دختر و پسر مبتلا به تالاسمی ماژور با رده سنی ۱۲-۷ سال انجام شد. کلیه کودکانی که دارای معیار ورود به پژوهش بودند مورد بررسی قرار گرفتند. پس از اخذ مجوز اخلاق از کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه علوم پزشکی مشهد، پژوهشگر به کلینیک فوق تخصصی کودکان سرور مراجعه نمود و پس از طی مراحل قانونی و جلب مشارکت و کسب رضایت نامه از والدین مددجویان، نمونه‌گیری به شیوه در دسترس انجام شد. معیارهای ورود به این مطالعه شامل داشتن سواد خواندن و نوشتن، داشتن پرونده پزشکی در مرکز، عدم وجود بیماری‌های مزمن و مشکلات رفتاری. معیار خروج از مطالعه نیز عبارت بود از: عدم تمایل کودک و یا قیم قانونی وی برای شرکت در مطالعه.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش شامل پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک و مقیاس استاندارد شده خودکارآمدی کودکان و نوجوانان موریس (۲۰۰۲) بود. پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی حاوی سوالات مربوط به مشخصاتی مانند سن، جنس، مقطع تحصیلی کودک، سطح تحصیلات والدین، محل سکونت، سابقه بیماری، تعداد تزریقات در ماه بود. پرسشنامه استاندارد سنجش خودکارآمدی موریس (۲۰۰۲) که اولین بار توسط موریس تهیه شده است و برای ارزیابی خودکارآمدی در کودکان ۱۸-۷ سال مورد استفاده قرار می‌گیرد.

فرم ایرانی این پرسشنامه پس از ترجمه توسط طهماسبیان و همکاران دارای ۲۳ ماده و ۳ زیرمقیاس اجتماعی، هیجانی و تحصیلی شد. هر ماده در مقیاس ۵ نمره‌ای لیکرت از ۱ (اصلاً=) و زیاد= ۵) نمره‌گذاری می‌شود که ۸ سوال اول خودکارآمدی اجتماعی، ۸ سوال دوم خودکارآمدی هیجانی و ۷ سوال سوم خودکارآمدی تحصیلی را می‌سنجد و نمره ای که فرد می‌گیرد از ۲۳ (پایین ترین) تا ۱۱۵ (بالا ترین) سطح خودکارآمدی متفاوت می‌باشد که به سطح ضعیف (۲۳-۵۴)، متوسط (۵۵-۸۶) و خوب (۸۷-۱۱۵) تقسیم بندی شد. همچنین در ابعاد اجتماعی و هیجانی نیز سطح ضعیف (۱۸-۸)، خوب (۲۹-۱۹) و خوب (۴۰-۳۰) بود. در بعد تحصیلی تقسیم بندی در سطوح ضعیف (۱۶-۷)، متوسط (۲۶-۱۷) و خوب (۳۵-۲۷) انجام شده بود. تحلیل عاملی، ساختاری سه عاملی را در سه حیطه اجتماعی، تحصیلی و هیجانی توسط موریس نشان داده است و روایی آن بر اساس روایی محتوایی و صوری مناسب و قابل قبول است (۳۵). همچنین روایی این پرسشنامه توسط ۱۰ نفر از اساتید هیئت علمی

تکاملی آنها به تعویق می‌افتد و متعاقب آن نسبت به همسالان خود، احساس متفاوتی دارند که باعث جلوگیری از تعامل اجتماعی و عدم حس عزت نفس و سازندگی می‌گردد (۱۶). عوارضی که بیماری تالاسمی بر روی کودکان می‌گذارد باعث می‌شود که آنها زندگی توأم با خستگی، ضعف و رنجوری را در ایام کودکی و نوجوانی خود تجربه نمایند و قادر به تجربه محیط زندگی خود مانند افراد سالم نباشند (۳). در شرایطی که پیچیدگی و سختی رفتار افزایش می‌یابد خودکارآمدی تقلیل خواهد یافت (۱۷). همچنین مطالعات متعددی از افسردگی به عنوان شایعترین اختلال روان شناسی در بیماران تالاسمی نام برده اند. افسردگی و خودکارآمدی رابطه معکوس دارند و با افزایش افسردگی، خودکارآمدی و همه ابعاد آن در این بیماران کاهش خواهد یافت (۱۸، ۱۹، ۲۰ و ۲۱). همچنین در مطالعه دیگری بین خودکارآمدی و همه ابعاد آن با افسردگی، اضطراب و استرس رابطه معکوسی را نشان داد (۲۲).

خودکارآمدی اطمینان‌خاطری است که شخص در باره انجام فعالیت خاصی احساس می‌نماید. این مفهوم میزان تلاش و سطح عملکرد فرد را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد و به معنای قضاوت فرد در مورد توانایی هایش برای انجام یک عمل می‌باشد و می‌تواند شخص را به اتخاذ رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت و ترک رفتارهای مضر برای سلامت قادر سازد (۲۳، ۲۴).

در واقع مفهوم خودکارآمدی در مرکز نظریه شناختی- اجتماعی آلبرت بندورا قرار دارد که با قضاوت فرد به انجام توانایی‌های خود در انجام وظایف و مسئولیت‌ها اشاره دارد. بندورا بر این باور بود که خودکارآمدی یکی از مهمترین عوامل تنظیم رفتار در انسان است (۲۵).

شیبانی و همکاران (۱۳۹۳) طی مطالعه خود در شهر بندرعباس بیان نمودند که کودکان مبتلا به تالاسمی ماژور از سطح خودکارآمدی پایینی برخوردار هستند (۲۶).

با توجه به جستجوهای انجام شده توسط پژوهشگر در پایگاه‌های معتبر مطالعاتی تا کنون تحقیقات زیادی در باره تالاسمی و اثرات روانی و جسمی آن انجام شده است؛ اما متأسفانه با وجود این که خودکارآمدی در بیماران تالاسمی ممکن است به دلیل ماهیت، عوارض شدید و مادام‌العمر بودن بیماری در معرض آسیب جدی قرار گرفته باشد، کمتر مورد توجه و مداخله محققان بوده است. بنابراین، پژوهشگر حاضر در این پژوهش در صدد برآمده است تا به تعیین خودکارآمدی اجتماعی، هیجانی و تحصیلی در کودکان سنین مدرسه مبتلا به تالاسمی مشهد در سال‌های ۹۳-۱۳۹۲ بپردازد.

افزار آماری SPSS ۱۶ صورت گرفت. سطح معنی داری در این پژوهش $P < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

نتایج نشان داد میانگین سنی کودکان مبتلا به تالاسمی ماژور که در این مطالعه شرکت نموده بودند $9/5 \pm 1/79$ سال بود. در حدود ۵۵ درصد (۳۳ نفر) از واحدهای پژوهش دختر و ۴۵ درصد (۲۷ نفر) آن‌ها پسر بودند (جدول ۱).

میانگین و انحراف معیار خودکارآمدی عمومی $6/9 \pm 75/1$ خودکارآمدی اجتماعی $4/6 \pm 23/9$ ، هیجانی $2/3 \pm 19/9$ و تحصیلی $3/9 \pm 31/1$ در واحدهای مورد پژوهش بود (جدول ۲).

آزمون تی مستقل نشان داد که بین دو جنس در نمرات خودکارآمدی عمومی ($P=0/68$)، اجتماعی ($P=0/48$)، هیجانی ($P=0/22$) و تحصیلی ($P=0/41$) اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت. همچنین آزمون two way ANOVA نشان داد که بین مقطع تحصیلی کودک و میانگین نمرات خودکارآمدی عمومی ($P=0/19$)، اجتماعی ($P=0/36$)، هیجانی ($P=0/17$) و تحصیلی ($P=0/12$) اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت.

همچنین آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین سن و خودکارآمدی عمومی ($r=0/08$ ، $p=0/56$)، بُعد اجتماعی ($r=0/13$)، هیجانی ($r=0/06$ ، $p=0/65$) و تحصیلی ($r=0/02$)، $P=0/09$ آن ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت.

دانشکده پرستاری مشهد مورد تأیید قرار گرفته‌است. پرسشنامه استاندارد سنجش خودکارآمدی موریس ۲۰۰۱ (SEQ-C) که در گذشته در مطالعه موریس، پایایی این ابزار خوب گزارش شده است به طوری که پایایی کلی سه عامل $0/70$ ، پایایی خودکارآمدی اجتماعی $0/78$ ، خودکارآمدی تحصیلی $0/87$ و خودکارآمدی هیجانی $0/80$ گزارش شده است (۲۷). اعتبار این آزمون در ایران از طریق آزمون-بازآزمون به فاصله دو هفته بر روی ۴۳ نفر از دانش‌آموزان تهرانی توسط طهماسبیان برابر $0/87$ و آلفای کرونباخ $0/74$ محاسبه شد (۱۸). با این حال میزان پایایی این ابزار در مطالعه حاضر نیز ارزیابی گردید. با توجه به این که ابزار خودکارآمدی موریس ۲۰۰۱ دارای زیرمعیارهای اجتماعی، هیجانی و تحصیلی می‌باشد؛ بنابراین، به منظور تعیین پایایی این ابزار از روش همسانی درونی استفاده شد. پایایی به این صورت ارزیابی شد که این ابزار در ابتدا برای ۱۰ کودک مبتلا به تالاسمی در یک نوبت توسط پژوهشگر تکمیل گردید و سپس میزان پایایی هر یک از زیرمعیارها و همچنین خودکارآمدی کلی توسط روش آماری آلفای کرونباخ اندازه‌گیری شد. میزان پایایی زیرمعیارهای اجتماعی، هیجانی و تحصیلی به ترتیب $0/60$ ، $0/59$ و $0/87$ و برای خودکارآمدی کلی $0/72$ به دست آمد. با توجه به این که مقیاس سنجش ابزار خودکارآمدی از نوع فاصله‌ای می‌باشد؛ بنابراین، این میزان پایایی قابل قبول محسوب می‌شود. از آمار توصیفی به منظور تنظیم جداول توزیع فراوانی و محاسبه شاخص‌های مرکزی (میانگین، انحراف معیار و ...) در راستای رسیدن به اهداف و پاسخ به سوالات پژوهش استفاده شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات توسط نرم

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک کودکان ۱۲-۷ سال مبتلا به تالاسمی ماژور

مشخصات دموگرافیک		کودکان تالاسمی
میانگین سنی		$9/5 \pm 1/7$
میانگین تعداد دفعات ترانسفوزیون در ماه		$1/0 \pm 0/0$
جنس	دختر	۳۳ (۵۵٪)
	پسر	۲۷ (۴۵٪)
مقطع تحصیلی	کلاس اول	۱۴ (۲۳/۳٪)
	کلاس دوم	۱۰ (۱۶/۷٪)
	کلاس سوم	۹ (۱۵٪)
	کلاس چهارم	۸ (۱۳/۳٪)
	کلاس پنجم	۱۴ (۲۳/۳٪)
	کلاس ششم	۵ (۸/۳٪)
تحصیلات پدر	دبستان	۸ (۱۳/۳٪)
	راهنمایی	۳۰ (۵۰٪)
	دیپلم و بالاتر	۲۲ (۳۳/۶٪)
تحصیلات مادر	دبستان	۱۳ (۲۲/۷٪)
	راهنمایی	۲۱ (۳۵٪)
	دیپلم و بالاتر	۴ (۲۰٪)

جدول ۲: میانگین نمرات خودکارآمدی و ابعاد آن در کودکان ۱۲-۷ سال مبتلا به تالاسمی ماژور

ابعاد خودکارآمدی	نمرات	میانگین \pm انحراف معیار	حداکثر	حداقل
خودکارآمدی اجتماعی		۲۳/۹ \pm ۴/۶	۵۵	۱۸
خودکارآمدی هیجانی		۱۹/۹ \pm ۲/۳	۲۵	۱۵
خودکارآمدی تحصیلی		۳۱/۱ \pm ۳/۹	۳۷	۱۷
خودکارآمدی عمومی		۷۵/۱ \pm ۶/۹	۱۰۷	۵۹

بحث

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که کودکان ۱۲-۷ سال مبتلا به تالاسمی ماژور از خودکارآمدی متوسطی برخوردار بودند که با یافته‌های حاصل از مطالعه شیبانی و همکاران (۱۳۹۳) که در مرکز تالاسمی بندرعباس بر روی کودکان انجام شده بود همخوانی دارد (۲۷). شرایط بیماری مزمن برای کودک سنین مدرسه آثاری بیش از تأثیر بر وضعیت جسمی در پی خواهد داشت. کودکان با بیماری‌های مزمن، تعامل کمتری با همسالان خود دارند (۱۶).

ضیغمی و همکاران (۱۳۸۹) در مطالعه خود نشان دادند که کودکان مبتلا به تالاسمی ماژور از مهارت اجتماعی پایین‌تر و ناامیدی بالایی برخوردار بودند (۲۸). سیکاللی (۲۰۱۴) نشان داد که بین قدرت انعطاف‌پذیری شناختی و خودکارآمدی هیجانی، اجتماعی و تحصیلی ارتباط مثبتی وجود دارد (۲۹). بنابراین با مطالعه حاضر مبنی بر این که کودکان تالاسمی از خودکارآمدی بالایی برخوردار نیستند همسو می‌باشد.

همچنین تجویدی (۱۳۹۱) نیز در مطالعه خود نشان داد که کودکان مبتلا به تالاسمی عزت نفس پایینی داشتند (۳۰)؛ عزت نفس یکی از جنبه‌های مهم در کارکرد یا کشش کلی فرد و از مهم‌ترین مولفه‌های سلامت روان انسان می‌باشد که بر سایر متغیرهای شخصیتی و فعالیت‌های فرد تأثیر گذاشته و با زمینه‌های دیگر چون سلامت روانی، اجتماعی، عملکرد شغلی و تحصیلی در ارتباط است (۳۱). سلامت روان متأثر از تعامل سه متغیر خلاقیت، خودکارآمدی و روش کنار آمدن تصور می‌گردد. از این منظر سلامت روان محصول نگرش و بینشی نو (خلاقیت)، باورها و رفتارهای کارآمدانه (خودکارآمدی) و کنار آمدن موثر با فشار روانی تلقی می‌گردد. محققان زیادی به ارتباط مثبت سلامت روان و خودکارآمدی اشاره نموده‌اند (۳۲) که با یافته‌های حاصل از این مطالعه مبنی بر بالا نبودن خودکارآمدی اجتماعی و هیجانی کودکان تالاسمی همخوانی دارد.

این مطالعه نشان داد که بین خودکارآمدی و ابعاد آن بین

دو جنس اختلاف معنی‌داری وجود نداشت. چاری در مطالعه خود (۱۳۸۶) تحت عنوان مقایسه خودکارآمدی ادراک شده در تعامل اجتماعی با همسالان در بین گروهی از دانش‌آموزان دختر و پسر دوره راهنمایی دریافت که نمرات خودکارآمدی بین دختران و پسران تفاوت معنی‌داری داشت، بدین صورت که پسران در شرایط عدم تعارض خودکارآمدی بالاتری نسبت به دختران داشتند ($p=0/001$) (۳۳). علت این تفاوت می‌تواند متفاوت بودن دو گروه سنی باشد، زیرا چاری در مطالعه خود کودکان سنین راهنمایی و سالم را مورد بررسی قرار داده بود. در حالی که در پژوهش حاضر کودکان تالاسمی مقاطع ابتدایی بررسی شده بودند. همچنین تاکتمن، ساکستون و شانگ به نقل از سروقد، بر این باورند که خودکارآمدی در دو جنس متفاوت بوده و پسران نسبت به دختران از خودکارآمدی بیشتری برخوردارند (۲۵) که با یافته‌های حاصل از پژوهش کنونی همخوانی ندارد و در مطالعه ما جنس تأثیر معنی‌داری بر خودکارآمدی و ابعاد آن نداشته است، همچنین نمره خودکارآمدی و ابعاد آن در پسران بالاتر بوده است. ممکن است این تفاوت به دلیل متفاوت بودن ابزارهای خودکارآمدی مورد استفاده در مطالعات باشد. شاید یک دلیل احتمالی برای بالاتر بودن خودکارآمدی در پسران مربوط به فرهنگ و هنجارهای اجتماعی باشد که سبب می‌شود اغلب اوقات پسران نقش‌های فردی و اجتماعی پررنگ‌تری نسبت به دختران داشته باشند. در مطالعه ویلر ولد بین خودکارآمدی و جنس ارتباط معنی‌داری یافت نشد که با نتیجه حاصل از پژوهش حاضر هم‌راستا می‌باشد (۳۴).

پورقاز و همکاران (۱۳۹۱) در مطالعه‌ای که با هدف تعیین تأثیر خودکارآمدی تحصیلی و خستگی شناختی بر حل مسائل شناختی دانش‌آموزان انجام داده بودند، اثر متقابل جنسیت و خودکارآمدی را معنی‌دار ذکر نکردند (۳۵) که با یافته‌های حاصل از پژوهش کنونی همسو می‌باشد.

در خصوص مقطع تحصیلی، حاکی از این است که خودکارآمدی در مقاطع تحصیلی کودکان تفاوتی نداشتند، که با یافته‌های حاصل از مطالعه چاری مبنی بر عدم وجود تفاوت معنی‌دار

افزایش سطح خودکارآمدی در کودکان مبتلا به تالاسمی می تواند موجب تغییرات مثبت رفتارهای بهداشتی آنان شود. به منظور ارتقاء کیفیت زندگی کودکان تالاسمی و موفقیت های اجتماعی آنان بهبود باور آنان نسبت به توانایی های خود ضرورت دارد.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد که با شماره ۳۳۶۶۲۳۴ به عنوان طرح مصوب ثبت شده است. از معاونت محترم دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، کلیه پرستاران کلینیک فوق تخصصی کودکان سرور، بیماران و والدین عزیزشان که ما را در انجام این تحقیق یاری رساندند، تشکر و قدردانی می شود.

بین مقاطع تحصیلی همراستا می باشد. میرغفورمند و همکاران (۱۳۹۲) در مطالعه خود تحت عنوان خودکارآمدی در نوجوانان و پیش گویی کننده های فردی-اجتماعی که بر روی ۱۵۲۴ نوجوان ۱۸-۱۴ ساله انجام داده بودند، بیان نمودند که بین مقطع تحصیلی و خودکارآمدی رابطه معناداری وجود داشت (۳۶) که یا یافته مطالعه حاضر در تضاد می باشد. این تضاد ممکن است به علت تفاوت در گروه و نوع رده سنی کودک و نوجوان باشد. زیرا بعضی از مطالعات بیان نموده اند که برنامه های آموزشی سبب افزایش خودکارآمدی دانش آموزان می شود (۳۷)، همچنین فرانسویس نیز بیان نموده است که با افزایش سواد خودکارآمدی افزایش می یابد (۳۸).

نتیجه گیری نهایی

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که کودکان ۷-۱۲ سال مبتلا به تالاسمی ماژور از خودکارآمدی پایینی برخوردار بودند.

References

- 1- kompany F, Rezayi N, Yusefi GR. Evaluation of Hearing, Ear and Laryngeal Impairment in Thalassemia Patient Treated with Deferoxamine. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences. 1388; 14(2): 47-55. (persian)
- 2- Shawky R M, Kamal T M. Thalassemia intermedia: An overview. Eur J Med Genet 2012; 2012 (13): 245- 255.
- 3- akbarbegloo M, Habib pour Z. The relationship between mental health and the coping strategies in The parents of children with thalassemia and hemophilia. Journal of Urmia And Nursing Midwifery. 1389; 8(4): 191-196. (persian)
- 4- Renzo G, Raffaella R. Beta-thalassemia. O J R D. 2010; 2010(5):11- 26.
- 5- Saki N, Dehghani Fard A, Kaviani S, Jalali Far M, Mousavi S, AL _Ali K et al . Beta thalassemia: Epidemiology, diagnostic and treatment approach in Iran. Genetics in the 3rd Millennium. 2012;10 (1):2675-83.
- 6-Khaledi Sh, Moridi G, Valiee S. Comparison the quality of life of healthy and Thalassemic children. IJNR 2013;8(22): 87- 94 (persian)
- 7- Hashemizadeh H, Noori R. Assessment of physical growth in patients with beta thalassemia major in Mashhad. Sci J Iran Blood Transfus Organ. 2013; 9(4): 446-54. [persian]
- 8-mahdavi MR, Hojjati MT, Roushan P. A Review on Thalassemia and Related Complications. J Mazand Univ Med Sci. 2013; 23(103): 139-49. (persian)
- 9- Hagi M, Pouladi N, Hoseinpour feyzi MA, Hoseinpour feyzi AA. Beta-thalassemia in Iran. Journal of Shaheed Sadoughi University of Medical Sciences. 2010; 18(2): 127-133. (persian)
- 10- Angastiniotis M, Modell B. Global epidemiology of hemoglobin disorder. Article first

publish online. 2006; 85(1) : 251- 69.

11- Bageriyan S, Borhani F, Abaszadeh A. The Effect of Non – Pharmacologic Pain Management Methods For Vein Puncture Pain In School Aged Children In The Center For Thalassemia In The City Of Kerman. *Journal of Urmia Nursing And Midwifery Faculty*. 2013; 6(41): 741- 48. (persian)

12- Kiani J, Pakize A, Ostovar A, Namazi S. Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy (C.B.G.T) in Increasing the Self Esteem & Decreasing the Hopelessness of β -Thalassemic Adolescents. *ISMJ* 2010; 13 (4): 241-252 (persian)

13- Ismail A, Campbell M, Ibrahim H, Jones G. Helth relaed quality of life in Malaysian children with thalassemia. *Healt qual life outcomes*. 2006;2006 (4): 39- 47.

14- Arezomanias A, Shoghi M, Sanjeri M. *Wongs Nursing care of infant and children*. 9th edition. Salemi publication; 2011. (persian)

15- Zare K , Baraz Sh, Pedram M, Pakbaz Z. Comparison of quality of life in adolescences with Thalassemia and their families. *Iranian Journal of Nursing Research* .2013; 42- 50. (persian)

16- Mickley K L, Burkhart P V, Sigler A N. Promoting Normal Development and Self-Efficacy in School-Age Children Managing Chronic Conditions. *Nurs Clin North Am*. 2013; 48(2): 319-28.

17- Nutbeam D, Harris E. *Theory in Nutshel : A practical guide to health promotion*. 2nd edition; 2004.

18- Tahmasian K, Anari A. The Relation between domains of self-efficacy and Depression in adolescence. *Journal of Applied Psychology*. 2009; 3(9): 83- 93. (persian)

19- Behrouzian F, Khajehmoughahi N, Ziaee kajbaf A. Relationship of coping mechanism of mothers with mental health of their major thalassemic children. *Sci J Iran Blood Transfus Organ*. 2014; 10(4): 387-93. (persian)

20- Noroozinejad Gh. A surrey on prevalence of depressive symptom and severity among parents of malignant children. *Jundishapur Sci Med J*. 2004; 40: 55-60. (persian)

21- Rezayat F , Dehgannayeri N . Relationship between Depression and Self- efficacy in Nursing Students. *IJN*. 2013; 26 (81) :54-63. (persian)

22- Khoshnevisan , Afrouz GH. Relationship between Self Efficacy and Depression, Anxiety and Stress. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*. 2011; 5(20): 73- 80. (persian)

23- Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Educ Q*. 1988; 15(2): 175-83.

24-Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977; 84(2): 191-215.

25- Sarvghad S, Rezayi A, Masumi F. The relationship between thinking styles and self-efficacy of male and female youth. *Journal of Woman & Society*. 2010; 1(4): 135- 156. (persian)

26- Sheibani B, Parvizi S, Haghaani H, Borimnejad L. The self-efficacy of Adolescents

with major thalassemia and its influencing factors in Bandar Abbas. *Iranian Journal of Pediatric Nursing*. 2015; 2(1): 26- 33. (persian)

27- Muris P. Relationships between self-efficacy and symptoms of anxiety disorders and depression in a normal adolescent sample. *Pers Individ Dif*. 2002; 32(2002): 337- 48.

28- Zeighami Mohammadi S.h, Tajvidi M. Relationship between spiritual well-being with hopelessness and social skills in Beta-thalassemia major adolescents (2010). *Modern care* 2011; 116- 24. (persian)

29- cikkaleli O. The Relation Between Cognitive Flexibility and Academic, Social and Emotional Self-Efficacy Beliefs Among Adolescents. *Education and Science* 2014; 39 (176): 347-54.

30- Tajvidi M, Zeighami Mohammadi Sh. The level of loneliness, hopelessness and self-esteem in major thalassemia adolescents. *Sci J Iran Blood Transfus Organ*. 2012; 9(1): 36-43. (persian)

31- Soltani M, Arian KH, Angaji L. The effectiveness of the method of storytelling as a group of self-esteem Second grade elementary school children. *JEPS*. 2014; 9(29): 95- 109. (persian)

32- PirKhaefi AR, BorjAli A, Delavar A, Eskandari H. Structural relationship between creativity, self-efficacy and coping with mental health. *JEPS*. 2011; 87- 107. [persian]

33- Chari H. Their comparison - perceived efficacy in social interactions with peers in a group of girls and boys students in school. *Journal of Psychological Studies*. 2007; 3(4): 87- 103. (persian)

34- Wheeler V. A, Ladd, G. W. Assessment of children's self-efficacy for social interactions with peers. *Developmental Psychology*. 1982; 18(6): 795-805.

35- Pourghaz A, Mohamadi A, Doosti M. Academic self-efficacy and cognitive effects of fatigue on cognitive problem solving students. *Journal of Educational Psychology*. 2012; 4(15): 68- 86. (persian)

36- Mirghaforvand M, Mohmmad Alizadeh Charanabi S, Tavananezhad N, Karkhaneh M. Self Efficacy in adolescents and its sociodemographic pediatrics. *The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty* .2014; 12(2): 150-3. (persian)

37- Van Dinther M, Dochy F, Segers M. Factors affecting students' self-efficacy in higher education. *Educ Res Rev*. 2011; 6(2): 95-108.

38- Francis L, Weiss BD, Senf JH, Heist K, Hargraves R. Does literacy education improve symptoms of depression and self-efficacy in individuals with low literacy and depressive symptoms? A preliminary investigation. *J Am Board Fam Med*. 2007; 20(1): 23-7.

Survey of social, emotional and academic self efficacy in 7- 12 aged children with major thalassemia in mashhad (2013)

Behnam Vashani HR¹, *Hekmati pour N², Vaghee S³, Asghari Nekah S.M⁴

1- Lecture, Instructor Pediatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

2- MSc in pediatric nursing, Instructor Pediatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran (**Corresponding author**)

Email: n_hekmati68@yahoo.com

3- Lecture Instructor Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

4- Assistant Professor of Education and Psychology, Ferdowsi University, Mashhad, Iran

Abstract

Introduction: Thalassemia patients in the path of life, interferes. While the complexity and difficulty of increasing self-efficacy will decrease. This study was designed to determine social, emotional and academic self efficacy in 7- 12 aged children with major thalassemia in mashhad (2013).

Method: This cross sectional descriptive study. The sample include 60 child with major thalassemia. To gather data, the standard Muris self efficacy was used. Content validity was confirmed and its reliability was 0.72

Results: self efficacy with Mean and Standard deviation 75.1 ± 6.9 , Social 23.9 ± 4.6 and emotional 19.9 ± 2.3 were modrate. Academic self efficacy with mean and standard deviation 31.1 ± 3.9 was high.

Conclusion: The results of this study showed these children with major thalassemia had low self-efficacy. In order to improve the quality of life for children with thalassemia and social success improving believe of their abilities is necessary.

Key words: Self efficacy, Thalassemia, Pediatric.

Received: 19 June 2015

Accepted: 22 September 2015