

بررسی عوامل موثر بر میزان خودکارآمدی نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور

بلقیس شیبانی^۱، سرور پرویزی^۲، حمید حقانی^۳، *لیلی بریم نژاد^۴

چکیده

مقدمه: خودکارآمدی اعتقاد شخص بر توانایی اش برای رسیدن به نتایج مورد انتظار است. اندازه گیری خودکارآمدی می تواند پیش بینی کننده قصد و نیت فرد برای تغییر رفتار باشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین نمره خودکارآمدی عمومی و خودکارآمدی وابسته به بیماری نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور و ارتباط آن با برخی مشخصات فردی نوجوانان، در بندرعباس انجام شده است.

روش: این مطالعه توصیفی و از نوع مقطعی بود که در سال ۱۳۹۳ در شهر بندرعباس انجام شد. نمونه مورد مطالعه را ۷۰ نفر از نوجوانان دختر و پسر مبتلا به تالاسمی ماژور با رده سنی ۱۲ تا ۱۸ سال تشکیل می دادند. جهت گرد آوری داده ها از پرسشنامه جمعیت شناختی، پرسشنامه استاندارد خودکارآمدی عمومی (GSE-10) و مقیاس خودکارآمدی سیکل سل (SCSES) استفاده شد.

یافته ها: با استفاده از آزمون ANOVA هیچ ارتباطی بین سن و تعداد تزریق در ماه با نمره خودکارآمدی عمومی و نمره خودکارآمدی وابسته به بیماری یافت نشد. آزمون تی مستقل ارتباط معنا داری را بین نمره خودکارآمدی عمومی نوجوانان با جنس نشان داد ($P=0/01$) اما بین نمره خودکارآمدی وابسته به بیماری و جنس این ارتباط معنا دار نبود ($P=0/08$). همچنین آزمون ANOVA ارتباط معنا داری را بین نمره خودکارآمدی وابسته به بیماری و میزان تحصیلات نشان داد ($P=0/01$) اما بین نمره خودکارآمدی عمومی و سطح تحصیلات ارتباطی دیده نشد ($P=0/148$).

نتیجه گیری: از آنجایی که میانگین نمره خودکارآمدی نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور پائین می باشد، لزوم توجه بیشتر به تقویت خودکارآمدی با استفاده از تجارب متخصصین و مشاوران در این زمینه بخصوص برای پسران ضروری است. انجام مطالعات مداخله ای و بررسی میزان اثرگذاری آن بر روی خودکارآمدی نوجوانان پیشنهاد می شود.

واژه گان کلیدی: خودکارآمدی، خودکارآمدی عمومی، تالاسمی ماژور.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۸/۲۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۲/۹

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری کودکان، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران ایران.

۲- دانشیار عضو هیئت علمی گروه پرستاری کودکان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران ایران.

۳- مربی عضو هیئت علمی گروه آمار زیستی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران ایران.

۴- دانشیار عضو هیئت علمی مرکز تحقیقات مراقبتهای پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران ایران.

مقدمه

تالاسمی یکی از شایع ترین بیماری های مزمن و ارثی است. به طور تقریبی ۲۴۰ میلیون نفر در سراسر جهان به تالاسمی مبتلا هستند و سالانه حدود ۲۰۰۰۰۰ نفر در دنیا به این جمعیت افزوده می شود. تالاسمی تنها یک مشکل بهداشتی برای بیماران و خانواده های آنها نیست بلکه برای سیستم بهداشت عمومی نیز هزینه بر است هزینه هایی جهت تزریق منظم خون، دفع آهن مازاد بدن و بستری های مکرر در بیمارستان (۱). این بیماری همچنین یکی از بیماری های وراثتی شایع در ایران محسوب میشود. در حال حاضر بیش از ۲۰۰۰۰۰۰ ناقل بتا تالاسمی (۲) و ۲۲۰۰۰ فرد مبتلا به تالاسمی ماژور در ایران زندگی می کنند (۳). بتا تالاسمی منجر به اختلالات قابل توجهی در فعالیتهای اجتماعی و آموزشی در کودکان و نوجوانان میشود به طوری که کودکان اغلب رفتن به کلاس درس را به دلیل بستری در بیمارستان، ترانسفوزیون منظم خون و درمان عوارض از دست می دهند. این عوامل منجر به، به خطر افتادن هویت آنها و وابستگی هر چه بیشتر آنان به دیگران میشود. به طور کلی اثرات بار روانی این بیماری در بسیاری از جنبه های زندگی این بیماران مانند تحصیل، وقت آزاد فرد، فعالیتهای فیزیکی و مهارتهای فرد، قابلیت های فرد و سازگاری خانواده قابل رویت است (۴). بسیاری از نوجوانان و جوانان با شرایط مزمن، کاهش خودحمایتی، استقلال در زندگی، مهارتهای ارتباطی و خودکارآمدی را دچار می شوند. اصطلاحی که برای تطابق نوجوانان مبتلا به یک بیماری مزمن با زندگی، بسیار مهم است، خودکارآمدی است. خودکارآمدی جزئی از نظریه یادگیری اجتماعی است که به احساس فرد در رابطه با کنترل رویدادهای زندگی اش اشاره دارد (۵). واژه خودکارآمدی (Self-efficacy) اولین بار توسط بندورا معرفی شد که به توانایی انجام دادن یک عملکرد ویژه و انتظاری که یک شخص از توانایی اش برای انجام کار در موقعیتهای مختلف دارد، اشاره می کند (۶). خودکارآمدی در واقع اعتقاد شخص بر توانایی اش برای رسیدن به

نتایج مورد انتظار است (۷). اندازه گیری خودکارآمدی می تواند پیش بینی کننده قصد و نیت فرد برای تغییر رفتار و تصمیم گیری برای مداخله جهت افزایش خودمراقبتی، مورد استفاده قرار گیرد (۸). بنابراین یک اندازه گیری معتبر از خودکارآمدی در یک بیماری خاص برای سنجش خودکارآمدی لازم و ضروری است (۵). میشالی و همکارانش (۲۰۱۱) در مطالعه ای که با عنوان "اهمیت اندازه گیری خودکارآمدی در بیماران مبتلا به دیابت" انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که خودکارآمدی منجر پابندی به درمان میشود و در نتیجه نقش مهمی در درمان و بخصوص درمان بیماری های مزمن ایفا می کند (۸). همچنین مروتی شریف آباد و روحانی تنکابنی (۱۳۸۶) در مطالعه خود با عنوان "خودکارآمدی درک شده و رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت" به این نتیجه رسیدند که خودکارآمدی مهمترین عامل تعیین کننده در رفتارهای خودمراقبتی است که باید در برنامه های آموزشی بر آن تاکید بیشتری داشت (۹). همچنین پژوهشگران نشان داده اند، افرادی که به توانایی های خود اطمینان دارند، بطور فعالانه در برنامه های بهداشتی ارتقاء سلامتی شرکت می کنند و قادرند بطور موثری از عهده کنترل رویداد های زندگی خود برآیند. بنابراین باور خودکارآمدی یک عامل حیاتی در موفقیت یا شکست در سراسر زندگی است (۱۰). مطالعه حاضر بدلیل جمعیت بالای تالاسمی در ایران و تاثیر عوامل گوناگون در خودکارآمدی این افراد و نقش مهمی که خودکارآمدی در حضور فعال این افراد در برنامه های ارتقا سلامت بازی می کند، با هدف تعیین میزان خودکارآمدی عمومی و خودکارآمدی وابسته به بیماری نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور و ارتباط آن با برخی مشخصه های فردی آنان در بندرعباس در سال ۱۳۹۳ انجام شد.

روش

این پژوهش توصیفی از نوع مقطعی است که در سال ۱۳۹۳ در شهر بندرعباس بر روی ۷۰ نوجوان دختر و پسر مبتلا به تالاسمی ماژور با رده سنی ۱۲ تا ۱۸ سال صورت پذیرفت. کلیه

نوجوانانی که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند بررسی شدند. پس از کسب مجوز اخلاق از کمیته ی اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی تهران، پژوهشگر به یکی از مراکز بیماریهای خاص شهر بندرعباس مراجعه کرد و پس از طی مراحل قانونی و جلب مشارکت و کسب رضایت نامه کتبی از مددجویان، نمونه گیری به شیوه در دسترس انجام گرفت. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از: داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، داشتن پرونده پزشکی در مرکز و نداشتن مشکل روانی خاص. معیار خروج از مطالعه نیز عبارت بود از: عدم تمایل بیمار برای شرکت در مطالعه. ابزار پژوهش در این مطالعه شامل پرسشنامه های اطلاعات جمعیت شناختی نوجوان، مقیاس خودکارآمدی عمومی (GSE-10)¹ و مقیاس خودکارآمدی سیکل سل (SCSES)² بود. پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی حاوی سوالات مربوط به مشخصاتی مثل سن، جنس، سطح تحصیلات، محل سکونت، سابقه بیماری، سابقه جراحی طحال برداری، تعداد تزریق خون در ماه، ابتلا فرد دیگر در خانواده و منابع کسب اطلاعات در رابطه با خودمراقبتی بود. جهت روایی این پرسشنامه، از روایی محتوایی استفاده شد. بدین منظور به ده تن از اعضای هیئت علمی، دانشکده پرستاری و مامایی تهران و ایران داده شد که نقاط مبهم و نارسا در متن تصحیح گردد و از لحاظ درک شرکت کنندگان متعادل گردد. مقیاس خودکارآمدی عمومی نیز یک مقیاس روانسنجی ۱۰ گویه ای است که برای ارزیابی باور شخص در رابطه با سازگاری اش با شرایط استرس انگیز زندگی طراحی شده است. این مقیاس برای اولین بار در آلمان در سال ۱۹۸۱ توسط ماتیس اورشلیم و رالف شوارزر طراحی شد و در بسیاری از مطالعات با صدها نفر شرکت کننده اجرا گردید. این مقیاس که برای افراد ۱۲ ساله و بالاتر از آن طراحی شده، توسط نظامی و همکارانش در سال ۱۹۹۶ به فارسی ترجمه گردیده و در مطالعات داخلی و خارجی متعددی از جمله مطالعه رجیبی (۱۳۸۵) و معینی (۱۳۸۶) در ایران بکار رفته و

هنجاریابی و اعتبار سنجی شده است. این ابزار از اعتماد علمی بالایی برخوردار است. در مطالعه رجیبی در سال ۱۳۸۵ با عنوان بررسی پایایی و روایی مقیاس خودکارآمدی عمومی، اعتماد علمی این ابزار $r = 0/82$ بوده است (۱۱). این مقیاس شامل ۱۰ سوال است که پاسخ های آن به صورت گزینه های اصلا صحیح نیست تا کاملاً صحیح است و با امتیاز یک تا چهار درجه بندی شده است که کمینه و بیشینه نمره آن ۱۰ و ۴۰ می باشد. اخذ نمره بالا در این مقیاس نشان دهنده خودکارآمدی عمومی بالاتر می باشد. این مقیاس نقطه برش (Cut Point) ندارد لیکن با توجه به میانه ابزار، آزمودنی ها به دو دسته خودکارآمدی بالا و پایین تقسیم شدند (۱۰). مقیاس خودکارآمدی سیکل سل (SCSES)، اولین ابزار معتبر طراحی شده برای بررسی خودکارآمدی در نوجوانان مبتلا به سیکل سل است. این مقیاس ۹ گویه دارد و پاسخ ها به صورت لیکرت ۵ درجه از "کاملاً مطمئن نیستم" تا "خیلی مطمئن ام" طبقه بندی شده است. دامنه نمرات از ۴۵-۹ می باشد که در این مقیاس نیز، آزمودنی ها به دو دسته خودکارآمدی بالا و پایین تقسیم شدند. نمرات بالاتر نشان دهنده خودکارآمدی بیشتر مرتبط با بیماری می باشد (۵). به دلیل تشابه خصوصیات بیماری، در بیماران تالاسمی نیز قابل کاربرد است. در مطالعه حاضر نیز این مقیاس به فارسی برگردانده شده و توسط ده نفر از اعضای هیئت علمی، دانشکده پرستاری و مامایی تهران و ایران مورد روایی محتوایی قرار گرفته است و جهت پایایی نیز از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. بدین منظور ده نوجوان مبتلا به تالاسمی ماژور با سنین (۱۸-۱۲) به طور در دسترس از مرکز انتخاب شدند و پرسشنامه به آنها داده شد. سپس داده ها توسط نرم افزار SPSS ویرایش ۲۱ مورد بررسی قرار گرفت و آلفای کرونباخ آن محاسبه شد. مقدار آلفای کرونباخ این مقیاس نیز $0/818$ بدست آمد که نشان دهنده همسانی درونی این مقیاس می باشد. از آمار توصیفی به منظور تنظیم جدول توزیع فراوانی و محاسبه شاخص های مرکزی (میانگین، انحراف معیار و ...) و در

¹ general self- efficacy

² The sickle cell self- efficacy scale

راستای رسیدن به اهداف و پاسخ به سوالات پژوهش از آزمون t و ANOVA استفاده شد.

یافته ها

نتایج نشان داد میانگین سنی نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور حدود $2/05 \pm 15/67$ بود و اکثر آنان در رده سنی ۱۶ تا ۱۸ سال قرار داشتند (۵۱/۴ درصد). میانگین و انحراف معیار خودکارآمدی عمومی نمونه ها $29/34 \pm 5/16$ و همچنین میانگین و انحراف معیار نمره خودکارآمدی وابسته به بیماری نمونه ها $29/87 \pm 6/13$ بود. سن با نمره خودکارآمدی عمومی و نمره خودکارآمدی وابسته به بیماری ارتباط معنا داری نداشت. اکثر نوجوانان شرکت کننده در مطالعه را دختران تشکیل می دادند (۸۰ درصد). آزمون تی مستقل ارتباط معنا داری را بین نمره خودکارآمدی عمومی نوجوانان با جنس نشان داد. اما بین نمره خودکارآمدی وابسته به بیماری و جنس این ارتباط معنا دار نبود.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی نمره خودکارآمدی عمومی و خودکارآمدی وابسته به بیماری بر حسب جنس

دختر		پسر		جنس
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	خودکارآمدی
۷/۱	۴	۲۸/۶	۴	نمره خودکارآمدی عمومی زیر ۲۵
۹۲/۹	۵۲	۷۱/۴	۱۰	نمره خودکارآمدی عمومی بالای ۲۵
$t = -2/64$		$P = 0/01$		نتیجه آزمون تی
۸۰/۴	۴۵	۵۰	۷	نمره خودکارآمدی وابسته به بیماری زیر ۲۵
۱۹/۶	۱۱	۵۰	۷	نمره خودکارآمدی وابسته به بیماری بالای ۲۵
$t = -1/738$		$P = 0/08$		نتیجه آزمون تی

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی نمره خودکارآمدی عمومی و خودکارآمدی وابسته به بیماری بر حسب تحصیلات

دیپلم		زیر دیپلم (راهنمایی)		ابتدایی و نهضت		میزان تحصیلات
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	خودکارآمدی
۷/۱	۱	۱۳/۲	۷	۰/۰	۰	نمره خودکارآمدی عمومی زیر ۲۵
		۸۶/۸			۳	نمره خودکارآمدی عمومی بالای ۲۵
۹۲/۹	۱۳	۴۶	۴۶	۱۰۰	۱۰۰	
%۱۰۰		%۱۰۰		%۱۰۰		
$P = 0/148$		$F = 1/96$				نتیجه آزمون ANOVA
۷/۱	۱	۳۰/۲	۱۶	۳۳/۳	۱	نمره خودکارآمدی وابسته به بیماری زیر ۲۷
۹۲/۹		۶۹/۸	۳۷	۶۶/۷	۲	نمره خودکارآمدی وابسته به بیماری بالای ۲۷
%۱۰۰	۱۳	%۱۰۰		%۱۰۰		
$P = 0/015$		$F = 4/46$				نتیجه آزمون ANOVA

بحث

یافته های این مطالعه نشان داد که، میانگین و انحراف معیار نمره خودکارآمدی عمومی و نمره خودکارآمدی وابسته به بیماری نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور به ترتیب $29/34 \pm 5/16$ و $29/87 \pm 6/13$ بود. بدیهی است که عوامل مختلفی در کاهش نمره خودکارآمدی نوجوانان دخالت دارد و لزوم توجه بیشتر به این عوامل حائز اهمیت است. نمره خودکارآمدی نوجوانان با سن ارتباط معنا داری را نشان نداد که این نتیجه با یافته های باستانی و ضرابی (۱۳۸۹) همسو می باشد (۱۲) اما با یافته ترکی و همکارانش (۱۳۹۰) (۱۰) و یافته پوروخشوری و همکارانش (۱۳۹۰) مطابقت ندارد. در مطالعه پوروخشوری و همکاران که با هدف تعیین ارتباط بین خودکارآمدی و رفتارهای بهداشتی اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان انجام شد، دیده می شود که خودکارآمدی و رفتارهای بهداشتی با سن ارتباط معنادار دارد (۱۳). همچنین یافته ها حاکی از معنی دار بودن ارتباط بین نمره خودکارآمدی عمومی نوجوانان با جنس بود ($P=0/01$). بطوری که خودکارآمدی دختران بیشتر از پسران بود چرا که از بین ۵۶ نوجوان دختری که در مطالعه شرکت کرده بودند، ۵۲ نفر آنان (۹۲/۹ درصد) نمره خودکارآمدی عمومی شان بالای ۲۵ بود. در حالی که از ۱۴ نوجوان پسری که در مطالعه شرکت کرده بودند، ۱۰ نفر (۷۱/۴ درصد) نمره خودکارآمدی عمومی شان بالای ۲۵ بود

ترکی در مطالعه خود به این موضوع اشاره دارد که خودکارآمدی با جنس ارتباط داشته و همچنین در مطالعه وی خودکارآمدی مردان بیشتر از زنان بود (۱۰). مروتی شریف آباد و روحانی تنکابنی (۱۳۸۶) نیز در مطالعه ای که بر روی مردان و زنان مبتلا به دیابت انجام داده بودند، به این نتیجه رسیدند که خودکارآمدی با جنسیت ارتباط دارد و خودکارآمدی مردان بیشتر از زنان بود (۹). در مطالعه پوروخشوری و همکاران (۱۳۹۰) نیز خودکارآمدی و رفتارهای بهداشتی با جنس ارتباط معناداری را نشان داد (۱۳). بین نمره خودکارآمدی عمومی با سطح تحصیلات ارتباطی یافت نشد

($P=0/148$). اما نمره خودکارآمدی وابسته به بیماری نوجوانان با سطح تحصیلات ارتباط معنا دار و مثبتی داشت ($P=0/015$). بطوری که ۶۹/۸ درصد نوجوانان زیر دیپلم (راهنمایی و دبیرستان) و ۹۲/۹ درصد نوجوانان با مدرک دیپلم، نمره خودکارآمدی وابسته به بیماری بالای ۲۷ را داشتند. این یافته با یافته های باستانی و ضرابی (۱۳۸۹) همسو می باشد. باستانی و ضرابی نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که زنان مبتلا به دیابت بارداری با تحصیلات دانشگاهی نسبت به افراد با تحصیلات پایین تر، از خودکارآمدی بالاتری برخوردار بودند و افرادی که تحصیلات پایین تری دارند، بیشتر احتمال دارد در برقراری ارتباط با متخصصان بهداشتی درمانی مشکل داشته باشند و این به نوبه خود می تواند موجب ایجاد خلل در ارتباط دو سویه کارکنان بهداشتی درمانی و بیمار شود (۱۲). همچنین مروتی شریف آباد و روحانی تنکابنی (۱۳۸۶) نیز به این نتیجه رسیدند که افزایش سواد منجر به افزایش خودکارآمدی درک شده بیماران دیابتی می گردد (۹). مطالعه پوروخشوری و همکارانش (۱۳۹۰) نیز به این موضوع اشاره دارد که سطح تحصیلات با خودکارآمدی ارتباط داشته و داشتن سواد بالا و پرداختن به امر تدریس و الگو بودن برای افراد دیگر، با خودکارآمدی بالا ارتباط دارد (۱۳). بین تعداد تزریق خون در ماه و خودکارآمدی عمومی و خودکارآمدی وابسته به بیماری هیچ ارتباطی دیده نشد. افزایش تعداد دفعات تزریق خون در ماه احتمالاً در بعضی افراد می تواند منجر به ارتباط بهتر آنها با دوستان یا بیماران همتا در مرکز می گردد. که این خود می تواند بر خودکارآمدی اثرگذار باشد. از طرفی افزایش تعداد دفعات تزریق خون در ماه نشان از شدت بیماری در فرد را دارد که این موضوع نیز احتمالاً می تواند بر خودکارآمدی فرد اثر داشته باشد.

نتیجه گیری نهایی

میزان خودکارآمدی نوجوانان قابل تامل است. از آنجایی که بیماران مبتلا به بیماری های مزمن مانند تالاسمی، نسبت به مشکلات عاطفی و رفتاری آسیب پذیرتر هستند (۱۴) و بیماری

مطالعه شرط ورود به مطالعه بود، این وضعیت از کنترل پژوهشگران خارج بود.

های مزمن بر کاهش استقلال فرد در زندگی و خودکارآمدی موثر است (۵)، و با توجه به ابتلا شمار بالایی از افراد مبتلا به تالاسمی ماژور در جنوب ایران (۱۵)، توجه به افزایش خودکارآمدی در برنامه ریزی های بهداشتی برای افراد مبتلا به بیماری های مزمن از جمله تالاسمی امری ضروری است.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح مصوب پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علوم پزشکی تهران می باشد لذا پژوهشگران مراتب سپاس خود را بدلیل حمایت مالی این دانشگاه اعلام می دارند. همچنین از ریاست مرکز بیماری های خاص ابوریحان، جناب آقای دکتر ابطحی و پرستاران محترم شاغل دربخش تزریق خون و از نمونه های پژوهش و خانواده های محترم شان که نتایج بدست آمده در این تحقیق حاصل همکاری صمیمانه آنان است تشکر و قدردانی می نمایند.

محدودیت ها

از جمله محدودیتهای مطالعه حاضر، وضعیت روحی روانی واحدهای مورد پژوهش بود که می توانست بر نحوه پاسخگویی آنان تأثیرگذار باشد که این شرایط توسط پژوهشگران قابل کنترل نبود. همچنین دیگر محدودیت، نداشتن تمایل پسران برای شرکت در مطالعه بود و از آنجایی که رضایت نمونه ها برای شرکت در

منابع

- 1- Koutelekos J, Haliasos N. Depression and Thalassemia in children, adolescents and adults. Health science journal. 2013; 7(13): 239- 248.
- 2- Dehkordi AH, Heydarnejad MS. Effect of booklet and combined method on parents' awareness of children with beta thalassemia major disorder. J Pak Med Assoc. 2008; 58(9):485-487.
- 3- Naderi M, Hormozi MR, Ashrafi M, Emamdadi A. Evaluation of Mental Health and Related Factors among Patients with Beta-thalassemia Major in South East of Iran. Iran J Psychiatry. 2012; 7(1):47-51.
- 4- Caocci G et al. Health related quality of life in Middle Eastern children with beta-thalassemia. BMC blood disorders. 2012; 12(6): 2-7.
- 5- Clay O, Telefair J. Evaluation of a disease-specific self-efficacy instrument in adolescents with sickle cell disease and its relationship to adjustment. Child Neuropsychology. 2007; 13(2): 188- 203.
- 6- Azizi Fini E, Adib- Hajbaghery M, Khachian A. The effect of health-promotion strategies education on self-care self-efficacy in patients with bone marrow transplantation. Iranian Journal of Critical Care Nursing. 2011; 4(3): 109- 116.
- 7- Chan JC, Lam SF. Effects of different evaluative feedback on students' self-efficacy in learning. Instructional Science. 2010; 38(1): 37-58.
- 8- Mishali M, Omer H, Hymann A. The importance of measuring self-efficacy in patients with diabetes. Family Practice. 2011; 28(1): 82-87.

- 9- Morowati sharifabad M, Rouhani Tonekaboni N. Perceived self-efficacy in self-care behaviors among diabetic patients referring to Yazd Diabetes Research Center. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*. 2008; 15(4): 91- 100.
- 10- Torki Y, Hajikazemi E, Bastani F, Haghani H. General Self Efficacy in Elderly Living in Rest-Homes. *Iran Journal of Nursing (IJN)*. 2011; 24 (73): 55-62.
- 11- Rajabi GH. Evaluate the reliability and validity of self-efficacy scale (GSE- 10). *New Thought Education*. 2006; 2 (1&2): 111- 122.
- 12- Bastani F, Zarrabi R. Correlations of Self-Efficacy among Women with Gestational Diabetes. *Journal of Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2010; 16(3-4): 56- 65.
- 13- Pour vakhshoori N, Pasha A, Ghanbari A, Atrkar Roshan Z. Relationship between Self-efficacy and Health Behaviors of Faculty Members of Guilan university of Medical Science. *Iran Journal of Nursing (IJN)*. 2011; 24(70): 39-48.
- 14- Keskek SO, Kirim S, Turhan A, Turhan FG. Depression in subjects with beta-thalassemia minor. *Ann Hematology*. 2013; 92(1):1611–1615
- 15- Kargar najafi M, Borhani F, Dortaj rabari S, Sabzevari S. Effect of family centered empowerment model on the knowledge and attitudes of mothers of children with thalassemia. *Monitoring Quarterly*. 2012; 11(14): 511- 527.

The self-efficacy of Adolescents with major thalassemia and its influencing factors in Bandar Abbas

Sheibani B¹, Parvizi S², Haghaani H³, *Borimnejad L⁴

Abstract

Introduction: Self-efficacy is the belief in his ability to achieve expected results. Self-efficacy can be predicted by measuring a person's intention to change behavior. This study aimed to determine the score of general self-efficacy and disease-related self-efficacy in adolescent with major thalassemia and its association with some personal characteristics of adolescents, in Bandar Abbas.

Methods: This cross-sectional descriptive study. The sample included 70 boys and girls aged 12 to 18 years with major thalassemia. To gather data on the demographic questionnaire, the General Self-Efficacy Scale (GSE-10) and sickle cell Self-Efficacy Scale (SCSES) was used. Data collected by SPSS software version 21 was analyzed.

Results: According to the results, the mean and standard deviation related to general self-efficacy and Disease-related self-efficacy from 40 to 10 and from 45 to 9 was respectively, 5.16 ± 29.34 and 6.13 ± 29.87 . Using ANOVA test found no association between age and number of injections per month with score of general self-efficacy and disease-related self-efficacy. The independent t-test showed Significant relationship between self-efficacy in adolescents with sex ($P=0.01$). But the relationship between sex and score of disease-related self-efficacy, was not significant ($P=0.08$). ANOVA test showed, no significant relation between score of disease-related self-efficacy with educational level ($P=0.01$). But there was no correlation between the general efficacy and education level ($P=0.148$).

Conclusions: Since mean score of self-efficacy in adolescent with major thalassemia is low, Emphasizes on enhancing self-efficacy with Using the experience of experts and consultants in this context it is essential, especially for boys. Interventions studies on the self-efficacy of adolescents and evaluate its effectiveness recommended.

Key words: self-efficacy, General self-efficacy, major thalassemia.

Received: 20 November 2014 **Accepted:** 28 February 2015

1- MSc student, Pediatric Nursing, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- Associate professor of nursing faculty, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3- Lecturer, faculty member Department of Biostatistics, School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4- Associate faculty member of the Center for Nursing Research, University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

(Corresponding Author)

E-mail: l.borimnejad@gmail.com