



The Impact of Spiritual Self-care Education on Self-efficacy in Adolescents with Thalassemia in Children's Taleghani Hospital of Gonbadkavoos, Golestan 2017-18

Zoleikha Iri¹, Hamid Hojjati², Golbahar Akhoundzadeh^{2,*}

¹ MSc Student, Department of Nursing, Aliabad Katoul Branch, Islamic Azad University, Aliabad Katoul, Iran

² Assistant Professor, Department of Nursing, Aliabad Katoul Branch, Islamic Azad University, Aliabad Katoul, Iran

* **Corresponding author:** Golbahar Akhoundzadeh, Assistant Professor, Department of Nursing, Aliabad Katoul Branch, Islamic Azad University, Aliabad Katoul, Iran. E-mail: G-Akhoundzadeh@aliabadiau.ac.ir

Received: 01 Oct 2018

Accepted: 19 Nov 2018

Abstract

Introduction: Understanding patients about the role of spiritual self-care education can lead to chronic disease management. Self-efficacy is the most important determinant of self-care behaviors. Therefore, this study aimed to investigate the effect of spiritual self-care education on the autoimmunity of adolescents with thalassemia.

Methods: This research is a single-group semi-experimental study that was performed on 34 adolescents aged 12-18 years old with thalassemia referred to thalassemia department of Taleghani hospital in Gonbad-e-Kavoos city. The samples were taken in 6 sessions for 45-60 minutes two the modules were demographic questionnaire and general self-efficacy questionnaire (GSE-10). The self-efficacy was measured in two stages before and after the intervention, and through statistical software 21-SPSS was analyzed.

Results: The results of the study showed that the rate of self-efficacy before and after intervention was 19.17 ± 3.57 after 26.44 ± 3.62 self-efficacy, which showed a significant difference based on the results of paired t-test ($P < 0.01$ and $t = 7.7$).

Conclusions: According to the efficacy, spiritual self-care education on adolescent self-efficacy of thalassemia is suggested.

Keywords: Spiritual Self-care, Self-efficacy, Thalassemia, Adolescents



تأثیر آموزش خودمراقبتی معنوی بر خودکارآمدی نوجوانان مبتلا به تالاسمی در بیمارستان کودکان طالقانی گنبد کاووس سال ۹۷-۱۳۹۶

زلیخا ایری^۱، حمید حجتی^۲، گلپهار آخوندزاده^{۲*}

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه پرستاری، واحد علی آباد کتول، دانشگاه آزاد اسلامی، علی آباد کتول، ایران
^۲ استادیار، گروه پرستاری، واحد علی آباد کتول، دانشگاه آزاد اسلامی، علی آباد کتول، ایران
 * نویسنده مسئول: گلپهار آخوندزاده، استادیار، گروه پرستاری، واحد علی آباد کتول، دانشگاه آزاد اسلامی، علی آباد کتول، ایران. ایمیل: G-Akhoundzadeh@aliabadiu.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۸/۲۸

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۷/۰۹

چکیده

مقدمه: درک بیماران از نقش خود مراقبتی معنوی می تواند سبب مدیریت بیماری های مزمن شود. خودکارآمدی مهم ترین عامل تعیین کننده در انجام رفتارهای خود مراقبتی است. بر این اساس، این مطالعه با هدف بررسی تأثیر آموزش خودمراقبتی معنوی بر خودکارآمدی نوجوانان مبتلا به تالاسمی در بیمارستان کودکان طالقانی گنبد کاووس در سال ۹۷-۱۳۹۶ انجام گردید.

روش کار: این پژوهش، یک مطالعه نیمه تجربی تک گروهی است که بر روی ۳۴ نوجوان ۱۸-۱۲ ساله مبتلا به تالاسمی مراجعه کننده به بخش تالاسمی بیمارستان کودکان طالقانی شهرستان گنبد کاووس در سال ۹۷-۱۳۹۶ انجام شد. نمونه هابه وسیله نمونه گیری در دسترس انتخاب و طی ۶ جلسه به مدت ۴۵-۶۰ دقیقه دوبار در هفته تحت آموزش مراقبت معنوی قرار گرفتند. ابزارهای جمع آوری داده ها شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه خودکارآمدی عمومی (GSE-10) بود. خودکارآمدی در مرحله قبل و بعد از مداخله اندازه گیری شد. داده های پژوهش با آمارهای توصیفی (میانگین، انحراف معیار و فراوانی) و آمارهای استنباطی (تی زوجی) و استفاده از نرم افزار آماری SPSS-21 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج مطالعه نشان داد ۴۷/۱٪ (۱۶ نفر) از واحدهای مورد پژوهش دختر و ۵۲/۹٪ (۱۸ نفر) پسر بودند. از نظر سنی بیشترین درصد ۴۴/۱٪ (۱۵ نفر) در رده سنی ۱۸-۱۶ سال و کمترین درصد ۲۳/۵٪ (۸ نفر) در رده سنی ۱۴-۱۲ سال قرار داشتند. از نظر درآمد ۵۵/۹٪ (۱۹ نفر) ضعیف (زیر ۱ میلیون تومان) و از نظر تحصیلات بیشترین درصد ۴۴/۱٪ (۱۵ نفر) در مقطع دبیرستان و از نظر محل سکونت بیشترین درصد ۷۶/۵٪ (۲۶ نفر) ساکن روستا بودند. میانگین نمرات خودکارآمدی نوجوانان قبل از مداخله 37.5 ± 19.17 بود. بعد از مداخله میانگین نمرات خودکارآمدی 44.2 ± 26.44 بود که بر اساس نتایج، افزایش معنی داری را نشان داد ($P < 0.01$ ، $t = 7.7$).

نتیجه گیری: نتایج پژوهش نشان داد که آموزش خودمراقبتی معنوی تأثیر معنی داری در افزایش خودکارآمدی نوجوانان مبتلا به تالاسمی دارد. با توجه به نتایج حاصل، برنامه های آموزش خودمراقبتی معنوی بعنوان رویکردی مؤثر در برنامه ریزی های بهداشتی برای افراد مبتلا به بیماری های مزمن از جمله تالاسمی پیشنهاد می گردد.

واژگان کلیدی: خودمراقبتی معنوی، خودکارآمدی، تالاسمی، نوجوانان

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

نوزاد مبتلا به تالاسمی متولدوبه این گروه اضافه می شوند [۳]. بر طبق آخرین گزارش سازمان بهداشت جهانی ۴ درصد از جمعیت کشور ناقل تالاسمی هستند [۲]. ایران از کشورهایی است که بر روی کمربند تالاسمی درجهان قرار گرفته است [۴]. بیشترین میزان شیوع در اطراف دریای خزر و خلیج فارس به میزان ۱۰٪ و دیگر مناطق بین ۸-۴ درصد

تالاسمی نوعی هموگلوبینوپاتی ارثی ناشی از نقص ساخت زنجیره های گلوبین می باشد و این بیماران راجعت بقاء نیازمند تزریق مرتب خون و جابجایکننده آهن (شلاتور) می سازد [۱]. سالانه حدود ۳۰۰ میلیون بیمار تالاسمی در سراسر جهان وجود دارد [۲]. ایران حدود ۲۶۰۰۰ بیمار تالاسمیک، ۳ میلیون ناقل تالاسمی دارد و سالانه حدود ۸۰۰

قابلیت‌های فردو سازگاری خانواده نیز قابل رویت است [۲۰]. لذا با توجه به فراوانی تالاسمی و تأثیر آن در روند زندگی بیماران، مطالعه حاضر باهدف بررسی تأثیر آموزش خود مراقبتی معنوی بر خود کارآمدی نوجوانان مبتلا به تالاسمی انجام گردید.

روش کار

این مطالعه نیمه تجربی پس از تصویب طرح در شورای پژوهشی دانشکده (۱۳۹۶) و اخذ کد اخلاق، بر روی نوجوانان ۱۲-۱۸ ساله مبتلا به تالاسمی مراجعه کننده جهت تزریق خون به بخش تالاسمی بیمارستان طالقانی گنبدکاووس در سال ۹۷-۱۳۹۶ انجام شد.

حجم نمونه این مطالعه براساس فرمول $\alpha = 0.05 \rightarrow Z_{\alpha} = n \geq$

$$\frac{\sigma^2 \left(\frac{Z_{\alpha} + Z_{\beta}}{2} \right)}{\Delta^2}$$

تعداد ۳۲ نفر محاسبه شده برای اطمینان بیشتر و احتساب ریزش احتمالی (۷ درصد)، و در مجموع ۳۴ نفر انتخاب شدند [۲۱]. با توجه به مشکلات ایاب و ذهاب بیماران (مراجعه از روستا) و برنامه زمانبندی تزریق خون، نوجوانان به ۲ گروه ۸ نفره دو گروه ۹ نفره تقسیم گردید. معیارهای ورود نوجوانان به این مطالعه عبارت بود از: داشتن حداقل سن ۱۲ سال و حداکثر سن ۱۸ سال (بعلت عدم تمایل نوجوانان ۱۹ ساله و استفاده از پرسشنامه جهت افراد بالای ۱۲ سال محدوده سنی ۱۸-۱۲ سال در نظر گرفته شد)، تمایل به شرکت در پژوهش، داشتن پرونده پزشکی تالاسمی، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، عدم ابتلا به بیماریهای حاد یا مزمن مانند نارسایی قلبی سرطان، آسم، نوجوانانی که دارای مشکلات جسمی و روحی نظیر عقب ماندگی ذهنی و نقص‌های مادر زادی بودند از مطالعه حذف گردیدند. معیار خروج از مطالعه شامل: عدم تمایل به ادامه همکاری در پژوهش و شرکت ناکامل در جلسات و غیبت بیش از دو جلسه، شرکت در برنامه آموزشی همزمان بود. روش نمونه گیری به صورت در دسترس و تک گروهی از بین کسانی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند انجام شد. ابزار جمع آوری داده‌ها شامل: پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک (جمعیت شناختی) حاوی سؤالات مربوط به مشخصاتی مانند: سن، جنسیت، سطح تحصیلات، قومیت وضعیت اقتصادی، تعداد فرزندان خانواده، تحصیلات والدین، پوشش بیمه‌ای، محل سکونت (شهر - روستا) و وضعیت تأهل بود. جهت روایی این پرسشنامه، از روایی صوری - محتوایی استفاده شد. بدین منظور پرسشنامه به اساتید و هیئت علمی دانشکده پرستاری واحد علی آباد کنترل داده شد که نقاط مبهم و نارسا در متن تصحیح گردد و از لحاظ درک شرکت کنندگان متعادل گردید. مقیاس خودکارآمدی عمومی (GSE-10) نیز برای سنجش خودکارآمدی نوجوانان استفاده شد مقیاس استاندارد خودکارآمدی عمومی یک مقیاس ۱۰ گویه ای است که برای ارزیابی باور شخص در رابطه با سازگاری‌اش با شرایط استرس انگیز زندگی طراحی شده است. این مقیاس برای افراد ۱۲ ساله و بالاتر طراحی شده و توسط نظامی و همکارانش در سال ۱۹۹۶ به فارسی ترجمه شده است. ضرایب آلفای کرونباخ برای نسخه فارسی این ابزار در مطالعه رجبی ۰/۸۲ (۱۳۸۵) و در مطالعه معینی ۰/۸۱ (۱۳۸۶) گزارش شده است. در این ابزار پاسخها بر اساس مقیاس درجه بندی لیکرت از اصلاً صحیح نیست تا کاملاً صحیح است (نمره ۱ تا ۴) درجه بندی شده و بنابراین محدوده نمره کل قابل اکتساب از این مقیاس بین

گزارش شده است [۵]. مبتلایان به تالاسمی عمدتاً جزو جمعیت جوان و درگروه سنی کودک و نوجوان قرار دارند. عوارضی که بیماری تالاسمی بر روی کودکان می گذارد باعث می شود که آن هازندگی توام با خستگی و رنجوری رادرایام کودکی و نوجوانی خود تجربه نمایند و قادر به تجربه محیط زندگی خودمانند افراد سالم نباشند [۶]. در شرایطی که پیچیدگی وسختی رفتار نوجوانان افزایش می‌یابد، سبب کاهش خود کار آمدی می‌گردد [۷]. مفهوم خود کار آمدی در مرکز نظریه شناختی - اجتماعی آلبرت بندورا قرار دارد که با قضاوت فرد به انجام توانایی‌های خود در انجام وظایف و مسئولیت هاشاره دارد [۸]. خود کارآمدی به وضعیت درونی اشاره دارد که فرد به عنوان «صلاحیت» برای انجام اموری که از آنها خواسته شده تجربه می‌نماید. همچنین آموختن رفتارهای جدید و اجرای آنها در موقعیت‌های واقعی زندگی که بطور قوی به خود کار آمدی بستگی دارد مطرح می‌شود [۹]. اندازه گیری خود کار آمدی می‌تواند پیش بینی کننده قصد و نیت فرد برای تغییر رفتار و تصمیم گیری برای مداخله جهت افزایش خود مراقبتی، مورد استفاده قرار گیرد [۷]. خود کارآمدی پایین، می‌تواند انگیزه را نابود کند، آرزوها را کم کند، با توانایی‌های شناختی تداخل کرده و تأثیر نا مطلوبی بر سلامت جسمانی بگذارد [۱۰]. تحقیقات نشان می‌دهند، افرادی که از توانایی‌های خود اطمینان دارند، فعالانه در برنامه‌های بهداشتی ارتقاء دهنده سطح سلامتی شرکت می‌نمایند [۱۱]. وزینی و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه خود نشان دادند که خود کارآمدی به عنوان یکی از سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی می‌تواند رفتارهای خود مراقبتی را تبیین نماید [۱۲]. نتایج مطالعات نشان می‌دهد افزایش خود کارآمدی موجب بهبود سلامت زندگی می‌گردد [۱۳]. مطالعه شیبانی و همکاران (۱۳۹۳) نشان داد برنامه ریزی‌های آموزشی بهداشتی به بیماران تالاسمی با افزایش خود کارآمدی آنها رابطه مستقیم دارد [۱۴]. نتایج مطالعه ربکا و همکاران (۲۰۱۴) نشان داد افزایش خود کارآمدی موجب افزایش عزت نفس و افزایش سلامت نوجوانان می‌گردد [۱۵]. مطالعات نشان داده‌اند افرادی که سطح معنویت بالایی دارند، دارای بهزیستی و شادمانی بالاتر، رضایت از زندگی بیشتر، هدفمندی و معناداری بالاتر، عزت نفس بالاتر، تطبیق سریعتر با سوگوری، دریافت حمایت اجتماعی بالاتر و تنهایی کمتر، میزان افسردگی کم‌تر و بهبود سریع تر افسردگی، میزان کمتر خودکشی، اضطراب کمتر، سایکوز کم‌تر هستند [۱۶]. در زمینه پزشکی مطالعات نشان داده اند که اعتقادات معنوی به شکل ویژه‌ای عادات و رفتارهای بهداشتی راحت تأثیر قرار می‌دهند [۱۷]. در آموزش‌های معنوی سعی می‌شود از ظرفیت وجودی، گرایش‌ها، انگیزه‌های الهی و فضیلت‌های اخلاقی در درمان اختلال هاستفاده شود. در این شیوه محتوی آموزش جنبه معناگرایانه آن است که در قالب عبادت تجلی می‌یابد. این آموزش‌ها می‌تواند جنبه رفتاری، شناختی، عاطفی و اخلاقی داشته باشند و در مفاهیم دینی همچون توکل، صبر، نماز، دعا، نیایش، مراقبه و غیره تجلی یابند [۱۸]. اگر چه معنویت و مذهب جزو ویژگی‌های دموگرافیک روانی-اجتماعی محسوب می‌شود ولی جایگاه ویژه‌ای در بیماران مزمن پیدا کرده است و به عنوان یک جنبه مهم از سلامتی افراد با بیماری‌های مزمن مانند تالاسمی می‌باشد [۱۹]. به طور کلی اثرات بار روانی تالاسمی در بسیاری از جنبه‌های زندگی این بیماران مانند تحصیل، وقت آزاد فرد، فعالیت‌های فیزیکی و مهارت‌های فرد،

آموزش‌های مدون و برنامه ریزی شده مطابق جدول ۱ قرار گرفتند. مراقبت معنوی با محوریت مباحثی توکل، صبر، نماز، نیایش و دعا و برخی مداخلات معنوی مطرح شده توسط ریچاردز و برگن با رویکردی اسلامی بود. تدابیر لازم جهت جلوگیری از متغییرهای مخدوش کننده مثل سرو صدا و یا عدم تداخل با زمان تزریق خون وامثال آن انجام گردید. دو هفته پس از اتمام جلسات مجدداً پرسشنامه خودکارآمدی عمومی (GSE-10) در اختیار نوجوانان قرار گرفت. داده‌ها پس از گردآوری اطلاعات با استفاده از نرم افزار آمار SPSS-21 و آزمونهای آمار تحلیل واریانس (جدول، میانگین و انحراف معیار) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. آماراستنباطی (تی زوج و کواریانس) در سطح معنی داری ($P < 0/01$) تجزیه تحلیل شد.

۴۰-۱۰ می‌باشد که اخذ نمره بالاتر در این مقیاس نشان دهنده خودکارآمدی عمومی بالاتر است. این مقیاس نقطه برش ندارد لیکن با توجه به میانه ابزار (نمره ۲۵) آزمودنی‌ها به دو دسته خودکارآمدی بالا و پایین تقسیم می‌شوند [۲۲]. جهت گرد آوری داده‌ها پس از مراجعه به بخش تالاسمی و شناسایی نوجوانان واجد شرایط و توضیح اهداف پژوهش به نوجوانان تالاسمیک و اطمینان از گمنامی و بی خطر بودن مطالعه و اخذ رضایت کتبی و آگاهانه از نوجوانان و والدین و اجازه آن‌ها که در صورت عدم تمایل از ادامه پژوهش انصراف دهند، پرسشنامه خود کارآمدی عمومی (GSE-10) در اختیار آن‌ها قرار داده شد. سپس نوجوانان طی ۶ جلسه در عرض ۳ هفته (هفته‌ای دو جلسه) در شیفت کاری صبح، به مدت ۴۵ الی ۶۰ دقیقه در هر جلسه، تحت

جدول ۱: برنامه‌های آموزش خود مراقبتی معنوی

جلسات	هدف	فرایند
اول	-توضیح چگونگی تکمیل پرسشنامه خودکارآمدی و روش کار	-قرار دادن اطلاعات کامل از روند کار و آشنایی با نوجوانان مورد مطالعه و اطمینان خاطر از محرمانه بودن اطلاعات - ایجاد همدلی و اعتماد و صداقت بین پژوهشگر و نوجوانان -
دوم	ارائه پمفلت آموزشی در خصوص بیماری و جواب به سؤالات آن‌ها - خودآگاهی و شناخت نقاط قوت و ضعف خود، ترس‌ها و رغبت‌ها	بحث در باره مهارت خودآگاهی به عنوان عامل رفتارهای ما جهت دستیابی به موفقیت و شادکامی - کمک به نوجوان در پیدا کردن معنا و مفهوم حاصل از بیماری و تقدیر الهی - تقویت امید و قوای درونی -
سوم	پذیرش الوهیت الهی و رسالت انسا نه‌ای برگزیده و حق انسان در تعیین سرنوشت خویش	گوش دادن با توجه و دقت به مشکلات جسمی، روانی، نگرانی و دلهره‌های بیماران - بیان سرگذشت الگوهای دینی
چهارم	فضا سازی ذهنی و محیطی برای رشد معنوی با توجه به آموزه‌های بسیار مهم و دقیق در ذهن و گفتار ما	تشویق بیماران به خواندن قرآن، دعا، نماز، ذکر-بحث در مورد اثرات روانی خواندن دعا- فراهم آوردن امکانات لازم جهت انجام اعمال مذهبی
پنجم	یادگیری و باورمندی معنوی و نقش افکار مثبت برای داشتن زندگی آرام تر و بهتر	تشویق به استفاده از فضاهای مذهبی - تفریحی و دیدنی و انجام فعالیت‌های ورزشی سبک طبق نظر پزشک معالج - تشویق نوجوانان به برقراری ارتباط دوستانه با دیگران
ششم	چگونگی توانمند و قدرتمند شدن جهت حل مشکلات خود و دیگران	تشویق نوجوانان به شرکت در برنامه‌های معنوی - مذهبی - کنترل واکنش‌های روانی به عنوان عامل مؤثر در بیماری‌های جسمی

یافته‌ها

پژوهش‌ها می‌توان به بیماران عروق کرونر [۲۳]، مادران دارای نوزادان نارس [۲۴]، زنان مبتلا به سرطان پستان [۲۵] اشاره کرد که همه آن‌ها اثرات بهبود وضعیت سلامت را در بیماران نشان داده‌اند. نتیجه پژوهش حاضر نیز از این جهت که خودمراقبتی معنوی موجب افزایش خودکارآمدی و کاهش استرس و افسردگی گردیده است با یافته‌های پژوهش‌های ذکر شده همخوانی دارد. در تبیین یافته حاضر می‌توان بیان کرد خود کارآمدی پایین، می‌تواند انگیزه را نابود کند، آرزوها را کم کند، با توانایی‌های شناختی تداخل کرده و تأثیر نا مطلوبی بر سلامت جسمانی بگذارد [۱۰].

در مطالعه قاسمی و همکاران نیز که با هدف بررسی تأثیر برنامه مراقبت معنوی بر اضطراب ۸۰ نفر از بیماران ایسکمی قلبی بستری در بخش‌های مراقبت ویژه قلب انجام شد، پس از مداخله معنوی، نمره اضطراب بیماران ایسکمیک قلبی در گروه آزمون و شاهد تفاوت معنی داری داشت، به گونه‌ای که میانگین نمره گروه آزمون نسبت به گروه شاهد کاهش معنی داری را نشان داد که با نتایج حاضر همخوانی دارد و دلیل این همخوانی می‌تواند ناشی از وجود شباهت در فرهنگ اعتقادی و مذهبی افراد باشد [۲۶]. با وجود تأثیر شناخته شده آثار معنویت بر سلامت روح و روان، مطالعاتی به دست آمد که نتایج آن‌ها متفاوت با نتایج مطالعه حاضر بود. تاک (۲۰۱۲) در مطالعه‌ای که به بررسی مداخلات معنوی پرداخت به نتایج متفاوتی از مداخله و مراقبت معنوی با یافته‌های مطالعه حاضر دست یافت. نتایج مطالعه وی بیانگر

در مطالعه حاضر، کلیه نوجوانان تالاسمی انتخاب شده در پژوهش شرکت نمودند (ریزش وجود نداشت). نتایج مطالعه نشان داد از نظر جنسیت بیشترین فراوانی در پسران بودند. از نظر سنی بیشترین درصد در رده سنی ۱۸-۱۶ سال قرار داشتند. از نظر درآمد ضعیف (زیر ۱ میلیون تومان) و از نظر تحصیلات بیشترین درصد در مقطع دبیرستان و از نظر محل سکونت بیشترین درصد ساکن روستا و مجرد بودند (جدول ۲).

آزمون‌های آماری میزان خودکارآمدی را قبل از مداخله $3/57 \pm$ ۱۹/۱۷ نشان داد. پس از مداخله میزان خودکارآمدی $3/62 \pm 26/44$ بود که بر اساس نتایج آزمون تی زوج اختلاف معنی داری را نشان داد ($P < 0/01$ و $t = -7/7$). به طوری که میزان خودکارآمدی در گروه آزمون پس از آموزش بیشتر بود جدول ۳.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش خودمراقبتی معنوی بر خودکارآمدی نوجوانان مبتلا به تالاسمی انجام گرفت. یافته‌های این مطالعه نشان داد که بکارگیری این روش سبب افزایش خودکارآمدی نوجوانان تالاسمی گردید. اگرچه تاکنون تحقیقی در زمینه تأثیر خودمراقبتی معنوی در نوجوانان تالاسمی صورت نگرفته است اما پژوهش‌هایی که به طور غیر مستقیم این مسئله را مورد بررسی قرار داده اند، بر تأثیر خودمراقبتی معنوی افراد تأکید داشته‌اند. از جمله این

باشد. قهاری و همکاران (۲۰۱۲) نیز در مطالعه‌ای با هدف تأثیر مداخله مذهبی-معنوی و رفتاری شناختی بر میزان افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به سرطان پستان، نشان داد که این مداخلات تأثیر معنی داری بر تنش، اضطراب و افسردگی این افراد نداشت [۲۸]. این یافته نیز با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد. علت این تفاوت می‌تواند به حجم کم نمونه و یا تفاوت در شرایط بیماری و یا مشکلات زمینه‌ای واحدهای مورد بررسی باشد.

تأثیر اندک مراقبت معنوی و مداخلات آن بر روی افراد می‌باشد [۲۷]. در مطالعه هارت و همکاران (۲۰۱۲) تأثیر اندک و محدود مداخلات معنوی بر روی علائم و پیش آگهی سرطان در افراد مبتلا به این بیماری مشاهده شد [۲۲]. تفاوت نتایج این مطالعات با مطالعه حاضر می‌تواند ناشی از همگن نبودن شرایط افراد مورد مطالعه از قبیل: سن، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی-اجتماعی، حمایت اطرافیان و تعداد فرزندان و همچنین این تفاوت می‌تواند مربوط به جامعه مورد بررسی

جدول ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی نوجوانان تالاسمی بر حسب اطلاعات دموگرافیک

متغیر	فراوانی	درصد
سن		
۱۲-۱۴	۸	۲۳/۵
۱۴-۱۶	۱۱	۳۲/۴
۱۶-۱۸	۱۵	۴۴/۱
جنس		
دختر	۱۶	۴۷/۱
پسر	۱۸	۵۲/۹
تحصیلات		
ابتدایی	۷	۱۲/۶
راهنمایی	۱۲	۳۵/۳
دبیرستان	۱۵	۴۴/۱
اقتصادی		
ضعیف	۱۹	۵۵/۹
متوسط	۱۵	۴۴/۱
محل سکونت		
شهر	۸	۲۳/۵
روستا	۲۶	۷۶/۵
تاهل		
مجرد	۳۳	۹۷/۱
متاهل	۱	۲/۹

جدول ۳: میزان خودکارآمدی در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله

متغیر	آزمون	P-value
خودکارآمدی قبل از مداخله	۱۹/۱۷ ± ۳/۵۷	t = -۷/۷, P < ۰/۰۱
خودکارآمدی بعد از مداخله	۲۶/۴ ± ۳/۱۲	t = -۷/۷, P < ۰/۰۱

معنوی بیمار در بیشتر مراکز خدمات بهداشتی منجر به پیامدهای ضعیف درمان می‌گردد. از آنجایی که بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن مانند تالاسمی، نسبت به مشکلات عاطفی و رفتاری آسیب پذیرتر هستند و همچنین بیماری‌های مزمن بر کاهش استقلال فرد در زندگی و خودکارآمدی موثر است، پرستاران می‌توانند با تأکید بر بعد معنوی مراقبت و آموزش آن به بیماران در دستیابی به افزایش خودکارآمدی و ارتقای سلامت کمک نمایند.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان نامه دوره کارشناسی ارشد پرستاری کودکان با شماره کد اخلاق IR.IAU.SHAHROOD.REC.1397.005 و با کد IRCT20180107038258N1 مرکز ثبت کارآزمایی ایران و تصویب پایان نامه در تاریخ ۹۶/۹/۲۲ می‌باشد. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از مسئولین محترم دانشکده پرستاری دانشگاه آزادواحد علی آباد کتول و همکاری مسئولین و پرسنل محترم بیمارستان کودکان طالقانی گنبد کاوس و بخش تالاسمی و کلیه نوجوانان شرکت کننده

از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به این نکته اشاره نمود که ممکن است نوجوانان با دقت کافی به سؤالات پرسشنامه پاسخ نداده باشند. محدودیت‌هایی از جمله اعتقادات معنوی خانواده وجود داشت که این اعتقادات در هر خانواده متفاوت بود و از کنترل محقق خارج بود. همچنین با توجه به جمع آوری داده‌ها بصورت خودگزارش دهی احتمال دارد نوجوانان عملکرد واقعی خود را عنوان نکرده باشند. محدودیت‌های دیگر این پژوهش، عوارض پیش بینی نشده تزریق خون بود که باعث عدم تمایل نوجوانان به تکمیل پرسشنامه می‌گردید.

نتیجه‌گیری

بطور کلی این مطالعه نشان می‌دهد آموزش خود مراقبتی معنوی بر میزان خودکارآمدی نوجوانان تالاسمی تأثیر داشته و موجب افزایش خودکارآمدی آن‌ها گردیده است. معنویت هسته مرکزی بعد سلامتی را تشکیل می‌دهد که تمام جنبه‌های شغلی و فکری مراقبت‌های درمانی راتحت پوشش خود قرار می‌دهد. آگاهی از نیازهای معنوی بیمار در جریان مراقبت امری ضروری محسوب می‌گردد. عدم توجه به نیازهای

تعارض منافع

هیچگونه تضادمنافعی برای نویسندگان این مقاله وجود نداشت.

در این مطالعه و والدین آنها که ما را در انجام این طرح یاری نموده‌اند کمال تشکر و سپاس را اعلام نماید.

References

1. Imani Asadi Nooghabi F, Hosseini Teshnizi S, Yosefi P, Salari F. Comparison quality of life in patient s with Thalassaemia major based on participating in group activities, Bandar Abbas. *Sci J Iran Blood Transfus Organ*. 2013;10(2):198-206.
2. Al-Akhras A, Badr M, El-Safy U, Kohne E, Hassan T, Abdelrahman H, et al. Impact of genotype on endocrinal complications in beta-thalassaemia patients. *Biomed Rep*. 2016;4(6):728-36. doi: 10.3892/br.2016.646 pmid: 27284414
3. Khaledi S, Moridi G, Valiee S. [Comparison the quality of life of healthy and Thalassaemic children]. *Iran J Nurs Res*. 2013;8(29):87-94.
4. Behrouzian F, Khajehmougahi N. Relationship of coping mechanism of mothers with mental health of their major thalassaemic children. *Sci J Iran Blood Transfus Organ*. 2014;10(4).
5. Saki N, Dehghanifard A, Kaviani S, Jalalifar M, Mousavi SH, Al-Ali K. Beta Thalassaemia: Epidemiology, diagnostic and treatment approach in Iran. *Genet 3rd Millen*. 2012;10(1):2675-83.
6. Akbarbegloo M, Habib Pour Z. [The relationship between mental health and the coping strategies in the parents of children with thalassaemia and hemophilia]. *J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2010;8(4):191-6.
7. Mishali M, Omer H, Heymann AD. The importance of measuring self-efficacy in patients with diabetes. *Fam Pract*. 2011;28(1):82-7. doi: 10.1093/fampra/cm086 pmid: 21047940
8. Bandura A. *Moral behavior and development*. New Jersey: Elrbum; 1991.
9. Heidari A, Emami Moghaddam Z, Ebrahimzade S, Dashtgerd A. [The effect of Bandura's socialcognitive theory implementation on addiction quitting of clients referred to addiction quitting clinics]. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2014;19(1):19-23.
10. Didarlo A, Shojaezade D, Eftekhar H, Niknami S, Hajizade E, Alizade M. [Effective factors on self-care of diabetic women referring to Khoydiabetic clinic based on extended rational function model]. *J Sch Public Health Instit Public Health Res*. 2011;9(2):79-92.
11. Torki Y, Hajikazemi E, Bastsni F, Haghani H. General Self Efficacy in Elderly Living in Rest-Homes. *Iran J Nurs*. 2011;24(73):55-62.
12. Vazini H, Barati M. [Predicting Factors Related to Self-care Behaviors among Type 2 Diabetic Patients based on Health Belief Model]. *J Med Sci Torbat*. 2014;1:16-25.
13. Rose M, Fliege H, Hildebrandt M, Schirop T, Klapp BF. The Network of Psychological Variables in Patients With Diabetes and Their Importance for Quality of Life and Metabolic Control. *Diabetes Care*. 2002;25(1):35-42. doi: 10.2337/diacare.25.1.35
14. Sheibani B, Haghaani H, Borimnejad L. The self-efficacy of adolescents with major thalassaemia and its influencing factors in Bandar Abbas. *Iran J Pediatr Nurs*. 2015;3(1):26-33.
15. Foster RH, Brouwer AM, Dillon R, Bitsko MJ, Godder K, Stern M. "Cancer was a speed bump in my path to enlightenment." A qualitative analysis of situational coping experiences among young adult survivors of childhood cancer. *J Psychosoc Oncol*. 2017;35(4):377-92. doi: 10.1080/07347332.2017.1292575 pmid: 28332951
16. Hatami N. [Personal spirituality and prosperity]. Tehran: Tehran University Counseling Center; 2011.
17. Lucchetti AL, Peres MF, Vallada HP, Lucchetti G. Spiritual Treatment for Depression in Brazil: An Experience From Spiritism. *Explore (NY)*. 2015;11(5):377-86. doi: 10.1016/j.explore.2015.07.002 pmid: 26249738
18. Keskek SO, Kirim S, Turhan A, Turhan FG. Depression in subjects with beta-thalassaemia minor. *Ann Hematol*. 2013;92(12):1611-5. doi: 10.1007/s00277-013-1851-9 pmid: 23892926
19. Asgari P, Roshani K, Mehri Adriani M. [The Relationship Between Religious Belief, Optimism and Spiritual Health Of Ahwaz University]. *New Find Psychol*. 2010;3(5):27-39.
20. Caocci G, Efficace F, Ciotti F, Roncarolo MG, Vacca A, Piras E, et al. Health related quality of life in Middle Eastern children with beta-thalassaemia. *BMC Blood Disord*. 2012;12(1):6. doi: 10.1186/1471-2326-12-6 pmid: 22726530
21. Rahimaghaee F, Hatamipour K, Ashoori J. The Effect of Group Schema Therapy on Decrease Symptoms of Depression and Increase Quality of life among Nurses. *J Nurs Educ*. 2017;6(3):17-23. doi: 10.21859/jne-06033
22. Hart SL, Hoyt MA, Diefenbach M, Anderson DR, Kilbourn KM, Craft LL, et al. Meta-Analysis of Efficacy of Interventions for Elevated Depressive Symptoms in Adults Diagnosed With Cancer. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*. 2012;104(13):990-1004. doi: 10.1093/jnci/djs256
23. Saeedi Taheri Z, Asad Zandi M, Abadi A. [The effect of spiritual care based on GHALBE SALIM model on spiritual experience in patients with coronary artery disease]. *Iran J Psychiat Nurs*. 2013;1(3):45-53.
24. Reyhani T, Sakhavatpor Z, Hydarzadeh M, Mosavi S, Mazlom S. [Investigating the effects of spiritual self-care training on psychological stress of mothers with preterm infants admitted in neonatal intensive care unit]. *Iran J Obstet Gynecol infert*. 2014;17:18-28.
25. Bolahri G, Nazari G, Zamaniyan S. Effective therapeutic spirituality to reduce the amount of intellectual depression, anxiety and stress in women with breast cancer. *Sociol Women*. 2012;3(1):85-116.
26. Ghasemi T, Rezayi A, Moini M, Esfahani H. [The effect spiritual care programs on stress of ischemic heart disease: a clinical trial]. *J Ment Health* 2012;6(10):554-64.
27. Tuck I. A Critical Review of a Spirituality Intervention. *Western Journal of Nursing Research*. 2012;34(6):712-35. doi: 10.1177/0193945911433891
28. Ghahari S, Fallah R, Bolhari J, Moosavi S, Razaghi Z, Akbari M. [Effectiveness of cognitive-behavioral and spiritual-religious interventions on reducing anxiety and depression of women with breast cancer]. *Knowledge Res Appl Psychol* 2012;13(4):33-40.