

بررسی رشد روانی - اجتماعی کودکان سن دبستان مبتلا به تالاسمی در مقایسه با کودکان سالم در شهر مشهد، ۱۳۸۰

Assessment of Psychosocial Development in School-Aged Thalassemic Children Compared to Healthy Children in Mashhad, 2002

M. Baradaran, M. Khorsand, Z. Emami and H. Kooshafar

Thalassemia syndrome has different psychosocial and economical aspects. Children with chronic physical illnesses have psychological disorders and social adaptation impairment. The purpose of this study was to investigate psychosocial development in school-aged thalassemic children in comparison with healthy children. This study was a descriptive-analytic one. Samples of the study included 140 children who were divided into two groups—case group (thalassemic children) and control group (healthy children). After performing pre-test on the two groups, the investigators performed data collection via questionnaire. Data was gathered in three months. Descriptive statistics—frequencies, mean, and standard deviation—and analytical statistics— X^2 test, t-test, and two-way variance analysis—were used for data analysis. Results revealed that there were significant differences in mean scores of self confidence ($P<0.0001$), social competence ($P=0.038$), and behavior problems ($P<0.0001$) between case group and control group. There was no significant difference, however, in mean scores of self-esteem between case group and control group even though the results showed that thalassemic children had a low level of self-confidence and social competence and a high level of behavior problems in comparison to normal children.

Key Words: Psychosocial Development; School-Aged Thalassemic Children; Healthy School-Aged Children.

چکیده

تالاسمی به عنوان شایعترین اختلال خونی مطرح می-
باشد. بیماری تالاسمی دارای ابعاد اجتماعی، روانی و
اقتصادی فراوانی است. کودکان مبتلا به بیماری مزمن
دچار اختلال‌های روانی و عدم تطابق اجتماعی هستند. با
توجه به این که پرستاران از نیازهای درمانی، روانی و

بررسی رشد روانی - اجتماعی کودکان سن دبستان
مبتلا به تالاسمی در مقایسه با کودکان سالم
در شهر مشهد، ۱۳۸۰

مهین برادران رضایی
محبوب خرسند
زهرا امامی مقدم
حسین کوشافر

عوارض بیماری‌های جسمانی، روانی - اجتماعی که ممکن است کودک را در آینده ناتوان و علیل کند، حائز اهمیت می باشد (۲).

در این رابطه پرستار بهداشت جامعه، نقش اساسی در برنامه‌ریزی بهداشتی برای کودکان سنین دبستان دارد و می‌تواند به والدین آموزش‌های لازم را بدهد و آن‌ها را از نظر مشکلات بهداشتی، روانی و اجتماعی حمایت کند (۳). وانگ در سال ۲۰۰۰ معتقد است آگاهی از رشد و تکامل کودکان سنین ۱۲-۶ سال و مشکلاتی که در این دوران از زندگی کودکان وجود دارد از اهمیت به سزایی برخوردار است (۴). نقش خانواده در طول رشد کودک بسیار مؤثر است و رابطه با کودکان هم‌سال در محیط مدرسه و جامعه به شکل فزاینده‌ای در شکل دادن و تغییر رشد روانی - اجتماعی کودک اثر دارد (۵).

کشور ایران که در مسیر کمربند جهانی تالاسمی قرار دارد دارای شیوع ژن تالاسمی بی‌تا به میزان ۴-۳ درصد است. در حقیقت بیماری تالاسمی از مهمترین بیماری‌های ارثی در کشور ماست که باید کنترل شود. در ایران هر سال ۱۵۰۰ مورد جدید بیمار تالاسمی با هزاران مشکل متولد می‌شوند و لاقل ۵ میلیون نفر ناقل ژن تالاسمی وجود دارد. (۶،۷)

بیماری تالاسمی دارای ابعاد اجتماعی و روانی فراوانی است. از این دیدگاه تالاسمی پدیده‌ای است همگانی که در تولد هر فرد مبتلا به تالاسمی، ضمن آن که آن فرد و خانواده وی با مشکلاتی روبه رو می‌شوند، جامعه نیز با اشکال گوناگون با این مشکل سهیم خواهد شد (۸).

بیماری‌های مزمن در حدود ۱۰ درصد از افراد سنین مدرسه را در بر می‌گیرد. بررسی‌های همه‌گیرشناسی نشان می‌دهند که نوجوانانی که دارای بیماری‌های مزمن هستند در مقایسه با همسالان سالم خود، در معرض خطر بالاتری از لحاظ پیدایش مشکلات روانی - اجتماعی قرار دارند. کودکان و نوجوانان مبتلا به بیماری‌های مزمن ناگزیرند که

اجتماعی کودکان آگاهی دارند و اغلب در تماس نزدیک با کودک و خانواده او هستند، نقش بسیار مهمی در سازش کودک با بیماری دارند. این بررسی یک مطالعه توصیفی - تحلیلی بود. نمونه‌های پژوهش شامل ۱۴۰ کودک بود که به دو گروه: گروه مورد بررسی (کودکان مبتلا به تالاسمی) و گروه شاهد (کودکان سالم) تقسیم شدند. پس از انجام آزمون مقدماتی در هر دو گروه، پژوهشگر اقدام به جمع‌آوری اطلاعات از طریق پرسش‌نامه نمود و گردآوری اطلاعات در مدت ۳ ماه انجام شد. از آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار تحلیلی (آزمون χ^2 ، آزمون t) در تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. یافته‌های پژوهش نشان داد تفاوت معنی‌داری در میانگین نمرات کسب شده در زمینه‌های اعتماد به نفس ($P < 0/0001$)، شایستگی اجتماعی ($P < 0/038$) و اختلالات رفتاری ($P < 0/0001$) در دو گروه شاهد و مورد وجود داشت و تفاوت معنی‌داری در میانگین نمره کسب شده در زمینه عزت نفس در دو گروه وجود نداشت.

مقدمه

کودکان ارزشمندترین سرمایه جامعه و ظرفیت و گران‌بهارترین هدیه‌هایی هستند که خداوند به عنوان امانت به والدین سپرده است. هر کودک که در محیط خانواده رشد می‌کند چنانچه نیازهای جسمی و روانی او برآورده شوند، به صورت فردی سالم وارد اجتماع می‌شود و شکی نیست که سلامت اجتماع با سلامت افراد خانواده تضمین خواهد شد (۱). قرن حاضر را قرن کودک می‌نامند به دلیل این که بیش از هر دوره‌ای در مورد کودکان مطالعه جدی در زمینه پیشرفت‌های حرکتی، عواطف، تکلم، بازی و یادگیری صورت گرفته است. توجه به تحول رشد و تکامل کودکان در این مرحله از زندگی تنها به لحاظ جلوگیری از مرگ‌ومیر کودکان نمی‌باشد، بلکه بیشتر از نظر پیش‌گیری از ابتلا، درمان و یا جلوگیری از پیشرفت

عنوان نمونه انتخاب شدند. بر اساس حجم نمونه، تعداد ۷۰ نفر از کودکان سالم سن دبستان از بین برادران یا خواهران و یا همسایگان کودکان بیمار به عنوان گروه شاهد انتخاب شدند.

محیط پژوهش این بررسی را سه بیمارستان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد که دارای واحد ترانسفوزیون خون در درمانگاه‌های کودکان بودند، تشکیل می‌داد. این بیمارستان‌ها شامل بیمارستان امام رضا (ع)، بیمارستان قائم (عج) و بیمارستان فوق تخصصی کودکان دکتر شیخ مشهد بودند.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش، شامل پرسش‌نامه بود که طبق لیست کنترل رفتار با کودک برای سنین ۱۸-۴ سال بر اساس گزارش والدین ساخته دکتر آخن باخ ۲۰۰۱ (ابزار استاندارد آخن باخ) تهیه شد که مشتمل بر دو بخش خصوصیات فردی، اجتماعی والدین و کودک و لیست کنترل رفتار کودک برای سنین ۱۸-۴ سال بود که از طریق مصاحبه با مادر و کودک تکمیل شد. قابل ذکر است که سؤال‌های پرسش‌نامه مذکور با توجه به شرایط فرهنگی و اجتماعی کشورمان تعدیل شدند.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. آمار توصیفی در تعیین میانگین و انحراف معیار داده‌های کمی و تعیین درصدها و جداول توزیع فراوانی داده‌های کیفی و طبقه‌بندی شده مورد استفاده قرار گرفت و از آمار استنباطی برای تعیین ارتباط متغیرهای مورد بررسی با گروه، از آزمون مجذور کای برای مقایسه میانگین و انحراف معیار متغیرهای کمی در دو گروه، از آزمون t به منظور مقایسه میانگین مولفه‌های رشد روانی - اجتماعی افراد تحت مطالعه بر حسب متغیرهای کیفی طبقه‌بندی استفاده شد.

نتایج

یافته‌های پژوهش نشان دادند که: میانگین سنی کودکان مبتلا به تالاسمی و شاهد شرکت کننده در

در تمامی طول زندگی تحت مداوای پزشکی باشند. مراجعه‌های منظم به بیمارستان و درمانگاه‌ها به طور روزانه، سبب می‌شود که روال طبیعی زندگی آن‌ها نامنظم شود. رفتن به مدرسه و زندگی اجتماعی آن محدود شود و در نهایت سبب افزایش فشارهای روانی و استرس‌های خانوادگی گردد (۹). بررسی کلان در سال ۲۰۱۰ نشان داد که ۲۰-۱۷ درصد کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن جسمی دچار اختلال‌های روانی و عدم تطابق اجتماعی هستند (۱۰).

کودکان مبتلا به تالاسمی بیان می‌دارند، به دلیل تفاوت شکل ظاهری آنان (شکل صورت، رنگ پوست و قد کوتاه)، سایر کودکان و همچنین بزرگسالان با دیده‌ای کنجکار به آنان می‌نگرند و این باعث می‌شود که همیشه به خاطر داشته باشند که بیمار هستند و با دیگران تفاوت دارند و این برخورد، عامل مهم دیگری در انزوایی و گوشه‌گیری اجتماعی آنان است (۱۱). پرستاران به دلیل این که نیازهای درمانی، روانی و اجتماعی کودک را می‌شناسند و اغلب در تماس نزدیک با کودک و خانواده او هستند، نقش مهمی در این رابطه دارند. یکی از مهمترین اهداف، کاهش احساس تفاوت با همسالان و تا حد امکان طبیعی نمودن روند زندگی کودک می‌باشد. شرکت در فعالیت‌ها و گردهمایی اعضای خانواده، مانند: غذا خوردن با سایر اعضای خانواده، شرکت در فعالیت‌های درسی و کارهای ابتکاری همگی تمرین برای اجتماعی شدن و طبیعی نمودن زندگی بیمار است (۱۲).

مواد و روش کار

این بررسی یک مطالعه توصیفی-تحلیلی بود. جامعه پژوهش در این مطالعه کلیه کودکان سنین دبستان مبتلا به تالاسمی مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر مشهد و کودکان سالم سن دبستان بود. کل کودکان مبتلا به تالاسمی سن دبستان (۷۰ نفر) از بین سایر رده‌های سنی مراجعه کننده به مراکز درمانی دارای بخش تزریق خون به

از گروه شاهد بود ($3/8 \pm 1/10$) در برابر $4/5 \pm 0/8$). در کودکان مبتلا به تالاسمی، ۱۹/۷ درصد دارای اعتماد به نفس ضعیف، ۷۵/۸ درصد اعتماد به نفس متوسط و ۴/۶ درصد اعتماد به نفس بالا بودند. به طور کلی کودکان مبتلا به تالاسمی سنین دبستان دارای میزان اعتماد به نفس پایین‌تری نسبت به گروه شاهد بودند. برای مقایسه اطلاعات به دست آمده در دو گروه از آزمون آماری t استفاده شد که این آزمون اختلاف معنی داری بین دو گروه از نظر اعتماد به نفس نشان داد ($P < 0/0001$) (جدول شماره ۱).

ایسن پژوهش به ترتیب $9/9 \pm 1/2$ و $9/2 \pm 1/2$ سال بود. در گروه مبتلا به تالاسمی ۵۰ درصد کودکان دختر و ۵۰ درصد آن‌ها پسر بودند. در گروه شاهد ۳۸/۰ درصد دختر و ۶۱/۴ درصد پسر بودند. بیشترین درصد (۴۸/۶ درصد) از کودکان مبتلا به تالاسمی و ۶۱/۴ درصد از گروه شاهد، فرزند اول و یا دوم خانواده بودند و بیشترین درصد (۹۱/۰ درصد) در گروه مبتلا به تالاسمی و ۷۸/۳ درصد در گروه شاهد، دارای خواهر یا برادر بودند. نتایج آزمون t اختلاف معنی داری بین دو گروه از نظر سن پدر و مادر نشان نداد. در زمینه اعتماد به نفس، نتایج نشان داد که میانگین نمرات کسب شده در گروه کودکان مبتلا به تالاسمی کمتر

جدول ۱. وضعیت اعتماد به نفس کودکان مورد پژوهش به تفکیک گروه‌ها

شاهد		مبتلا به تالاسمی		گروه
درصد	تعداد	درصد	تعداد	فراوانی وضعیت اعتماد به نفس
۴/۵	۳	۱۹/۷	۱۳	ضعیف
۸۹/۶	۶۰	۷۵/۸	۵۰	متوسط
۶/۰	۴	۴/۶	۳	بالا
۱۰۰/۰	۶۷	۱۰۰/۰	۶۶	جمع
$P=7/2 \quad Df=2 \quad X^2=7/3$				نتیجه آزمون
$4/5 \pm 0/8$		$3/8 \pm 1/10$		میانگین + انحراف معیار

متوسط و $71/2$ درصد عزت نفس بالا داشتند. لازم به ذکر است که در هیچ‌کدام از گروه‌های مبتلا به تالاسمی و شاهد، عزت نفس ضعیف وجود نداشت. عزت نفس گروه کودکان مبتلا به تالاسمی و شاهد تقریباً یکسان بود. آزمون آماری X^2 اختلاف معنی داری بین دو گروه از نظر عزت نفس نشان نداد (جدول شماره ۲).

در زمینه عزت نفس نتایج نشان داد که، میانگین نمرات کسب شده در گروه کودکان مبتلا به تالاسمی و شاهد تقریباً یکسان بود ($21/9 \pm 2/7$) در مقابل $22/1 \pm 1/8$). در کودکان مبتلا به تالاسمی، ۳۸/۸ درصد دارای عزت نفس متوسط و $61/2$ درصد عزت نفس بالا بودند. همچنین در گروه شاهد ۲۸/۸ درصد عزت نفس

جدول ۲. وضعیت عزت نفس کودکان مورد پژوهش به تفکیک گروه ها

شاهد		مبتلا به تالاسمی		گروه
درصد	تعداد	درصد	تعداد	فراوانی
۲۸/۸	۱۹	۳۸/۸	۲۶	وضعیت عزت نفس
۷۱/۲	۴۷	۶۱/۲	۴۱	متوسط
۱۰۰/۰	۶۶	۱۰۰/۰	۶۷	بالا
				جمع
$X^2=۱/۱$		Df=۱		نتیجه آزمون
۴۲/۱+۱/۸		۲۱/۹+ ۲/۷		میانگین ± انحراف معیار

اجتماعی بالا بودند. در حالی که در گروه شاهد ۷/۳ درصد شایستگی اجتماعی ضعیف، ۳۵/۳ درصد شایستگی اجتماعی متوسط و ۶۱/۸ درصد شایستگی اجتماعی بالا داشتند. آزمون آماری t اختلاف معنی داری بین دو گروه از نظر شایستگی اجتماعی نشان داد ($P=۰/۰۳۸$) (جدول شماره ۳).

در زمینه شایستگی اجتماعی نتایج نشان داد که میانگین نمرات کسب شده در گروه کودکان، مبتلا به تالاسمی کمتر از گروه شاهد بود ($۵۴/۵ \pm ۸/۵$) در مقابل ($۷۵/۲ \pm ۹/۱$). در کودکان مبتلا به تالاسمی، ۱۳/۲ درصد دارای شایستگی اجتماعی ضعیف، ۴۱/۲ درصد شایستگی اجتماعی متوسط و ۳۸/۲ درصد شایستگی

۳. وضعیت شایستگی اجتماعی کودکان مورد پژوهش به تفکیک گروه ها

شاهد		مبتلا به تالاسمی		گروه
درصد	تعداد	درصد	تعداد	فراوانی
۷/۳	۵	۱۳/۲	۹	شایستگی اجتماعی
۳۵/۳	۲۴	۴۱/۲	۲۸	ضعیف
۶۱/۸	۴۲	۳۸/۲	۲۶	متوسط
۱۰۰/۰	۶۸	۱۰۰/۰	۶۸	بالا
				جمع
$P=۰/۰۱۲$		Df= ۸/۹		نتیجه آزمون
$۷۵/۲ \pm ۹/۱$		$۵۴/۵ \pm ۸/۵$		میانگین ± انحراف معیار

اختلال‌های رفتاری ضعیف و ۴۷/۱ درصد اختلال‌های متوسط داشتند. لازم به ذکر است که در هیچ‌کدام از دو گروه مبتلا به تالاسمی و شاهد، اختلال‌های رفتاری در حد بالا وجود نداشت. آزمون آماری t اختلاف معنی داری بین دو گروه از نظر اختلال‌های رفتاری نشان داد ($P < ۰/۰۰۰۱$) (جدول شماره ۴).

در زمینه اختلال‌های رفتاری نتایج نشان داد که، میانگین نمرات کسب شده در گروه کودکان مبتلا به تالاسمی بیشتر از گروه شاهد بود ($۸/۱ \pm ۲/۳$) در مقابل ($۶/۳ \pm ۲/۴$). کودکان مبتلا به تالاسمی، ۲۶/۵ درصد دارای اختلال‌های رفتاری در حد ضعیف و ۷۳/۵ درصد دارای اختلال‌های رفتاری در حد متوسط بودند. در گروه شاهد در زمینه اختلال‌های رفتاری ۵۲/۹ درصد

جدول ۴: وضعیت اختلال‌های رفتاری کودکان موردپژوهش به تفکیک گروه‌ها

شاهد		مبتلا به تالاسمی		گروه
درصد	تعداد	درصد	تعداد	فراوانی
۵۲/۹	۳۶	۲۶/۵	۱۸	وضعیت اختلالات رفتاری
۴۷/۱	۳۲	۷۳/۵	۵۰	ضعیف
۱۰۰/۰	۶۸	۱۰۰/۰	۶۸	متوسط
				جمع
$P=۰/۰۰۳$		$Df=۸/۹ X^2=$		نتیجه آزمون
$۶/۳ \pm ۲/۴$		$۸/۱ \pm ۲/۳$		میانگین + انحراف معیار

بحث

بندی شده در مورد خود انگاره نوجوانان مبتلا به تالاسمی و مقایسه آن با نوجوانان سالم، نشان داد که ۵۵/۲ درصد بیماران مبتلا به تالاسمی خودانگاره ضعیف و تنها ۱۰/۳ درصد آنان خودانگاره خوبی داشتند. در حالی که ۲۲/۱ درصد نوجوانان سالم خودانگاره خوب و ۴۸/۸ درصد آنان خودانگاره ضعیفی داشتند (۱۳). انگلسترم در سال ۱۹۹۸ می‌گوید: اعتماد به نفس کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن نسبت به گروه کودکان سالم کمتر است و حدود ۶۰ درصد این کودکان مشکلاتی در زمینه تطبیق روانی، اجتماعی دارند (۱۴). کرنبرگ و همکاران می‌گویند:

به طور کلی اعتماد به نفس کودکان تالاسمی از گروه شاهد کمتر، مشکلات رفتاری آن‌ها بیشتر و شایستگی اجتماعی کمتر بود ولی عزت نفس تفاوت معنی داری با گروه شاهد نداشت.

به طوری که، در زمینه وضعیت اعتماد به نفس کودکان سن دبستان مبتلا به تالاسمی و کودکان سالم نتایج نشان داد که اعتماد به نفس در گروه مبتلا به تالاسمی کمتر از گروه شاهد بود ($P= ۰/۰۲۶$). نتایج بررسی جویباری و همکاران در سال ۱۳۷۹ برای دست یابی به اطلاعات طبقه

کرنبرگ و همکاران در سال ۱۹۹۹ نیز طی تحقیقی بیان داشتند که رشد اجتماعی و مهارت های اجتماعی از جمله توانایی فرد در برقراری روابط فردی مانند توانایی دوست شدن، رهبری گروه و طرز انجام فعالیت های گروهی در کودکان بیمار به طور معنی داری کمتر از کودکان سالم است (۱۵). در این پژوهش نیز هم آزمون ۴ و هم آزمون X2 اختلاف معنی داری بین دو گروه از نظر روابط اجتماعی نشان داد. انگستروم و همکاران در سال ۱۹۹۸ در طی تحقیقی به این نتیجه رسیدند که مشکلات رفتاری در کودکان مبتلا به تالاسمی بیشتر از کودکان سالم است (۱۴)، که با نتایج بررسی هم خوانی دارد.

نتیجه گیری نهایی

نتایج این بررسی نشان داد که کودکان مبتلا به تالاسمی از میزان اعتماد به نفس و شایستگی اجتماعی پایین و میزان اختلالات رفتاری بالایی نسبت به گروه شاهد برخوردار بودند. از نظر میزان عزت نفس بین دو گروه تفاوت معنی دار آماری وجود نداشت. یافته های این پژوهش می تواند راهنمای مفیدی برای پرستاران بالینی باشد تا بتوانند با ارتباط بهتر و سازنده تر با این قبیل کودکان و والدین آنها و نیز با دادن آگاهی بیشتر به والدین راجع به طرز برخورد با کودک و بیماری او در کاهش مشکلات خانواده ها و بیماران تاثیر داشته باشند.

تشکر: از نظرات و راهنمایی های ارزنده اعضای محترم کمیته پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز، دانشکده پرستاری و مامایی تبریز و از همکاری های صمیمانه مسئولان و پرستاران بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد تشکر و قدردانی می گردد.

مهارت های اجتماعی و اعتماد به نفس در گروه کودکان بیمار کمتر از گروه کنترل است (۱۵)
در زمینه وضعیت عزت نفس کودکان سن دبستان مبتلا به تالاسمی در مقایسه با کودکان سالم همسال نتایج نشان داد که بین گروه کودکان مبتلا به تالاسمی و شاهد اختلاف معنی دار آماری از نظر عزت نفس وجود ندارد. سیرچیا و زانلا در سال ۱۹۹۸ به این مسئله اشاره نمودند که شرکت در اجتماعات از نگرانی های عمده کودکان سن دبستان مبتلا به تالاسمی است (۱۶).

در زمینه وضعیت شایستگی اجتماعی کودکان سن دبستان مبتلا به تالاسمی در مقایسه با کودکان سالم نتایج نشان داد که شایستگی اجتماعی گروه مبتلا به تالاسمی کمتر از گروه شاهد بود ($P=0/012$). انگستروم و بریتمر در تحقیقات خود که ابزار مورد استفاده همین چک لیست رفتار با کودک بود، به این نتیجه رسیدند که بین دو گروه کودکان مبتلا به تالاسمی و سالم از نظر شایستگی اجتماعی تفاوت معنی داری وجود دارد. کودکان مبتلا به بیماری در مورد شایستگی اجتماعی نمره ای حدود ۳۰ - ۲۰ درصد کمتر از کودکان سالم کسب کردند. در این بین بیشترین نقصان در نوع روابط اجتماعی مشاهده شد (۱۴). که این یافته ها با نتایج بررسی حاضر هم خوانی دارد. اهن و بوند در سال ۱۹۹۸ نیز طی تحقیقی اظهار نمودند که شدت بیماری تالاسمی در زندگی اجتماعی خانواده و فعالیت های درسی بیماران تداخل می کند (۱۷).

در زمینه وضعیت اختلال های رفتاری کودکان سن دبستان مبتلا به تالاسمی در مقایسه با کودکان سالم نتایج نشان داد که اختلال های رفتاری در گروه کودکان مبتلا به تالاسمی بیشتر از گروه شاهد بود ($P=0/003$).

منابع

- ۱- مرندي، عليرضا. سلامت کودکان سالهای آینده. مجله دارو و درمان. آذر ۱۳۷۶، سال پنجم، شماره ۹: ص ۴۲-۳۹.
- ۲- جمشید بیگی، عصمت. منحنی رشد. انتشارات معاونت بهداشتی وزارت بهداشت و درمان، ۱۳۷۹: ۸۳.
- 3- Stone M.C. arie, Sandra Egisti, Diane: **Comprehensive Family Community Health Nursing. USA: McGrow Hill. Inc. 1999; 105-107.**
- 4- Whaley lucille F, Wong Donnal: **Wong and Whalley's Clinical Manual of pediatric Nursing. Sant-Louis Mosbey, 2000; 433-512.**
- ۵- شفیع آبادی، عبدا... . رشد، مبانی رشد و روانشناسی. تهران: انتشارات چهره، ۱۳۷۲: ۸۶-۷۰.
- ۶- مرندي سيدعليرضا، عزيزي فريدون. لاريجاني باقر و همکاران. سلامت و جمهوری اسلامی ایران. چاپ سوم، چاپ یونیسف WHO، ۱۳۸۰: ۱۳۰-۱۲۹.
- ۷- بنی هاشم عبدا... . تالاسمی و جامعه. سمینار روز جهانی تالاسمی. مشهد، اردیبهشت ۱۳۸۰: ۱۵.
- ۸- عظیمی گرگانی، سیروس و دیگران. کنترل تالاسمی در ایران. مجله دارو و درمان. ۱۳۷۴، سال سوم، شماره ۵: ۴۱-۳۹.
- ۹- آذرکیوان آریتا. جنبه‌های روانی اجتماعی بیماریهای مزمن تالاسمی ماژور در نوجوانان. فصلنامه تالاسمی. ۱۳۷۶، شماره ۱۱: ۶۰-۵۲.
- 10- Clunn Patricia: **Child Psychiatric Nursing. St Louis: Mosby co/ 2000: 145-160.**
- 11- Marlow Dorthy R, Redding Barbara A.: **Textbook of Pediatric Nursing. 6th ed. Philadelphia, Saunders Co. 1988: 320-386.**
- 12- Scubert, Hitchcock.. **Community Health nursing. Abaneia: Delmor Company. 1999: 220-253.**
- ۱۳- جویباری لیلا و همکاران. بررسی میزان خودآنگاری در نوجوانان مبتلا به تالاسمی در مقایسه با نوجوانان سالم. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۱۳۷۹. سال سوم، شماره (۲): ۱۸-۱۲.
- 14- Engestrom Ingemar, Breitmayer Bonnie J. et al . **Social Competence of School-aged Children With Chronic Illness. Journal of Pediatric Nursing. 1999; (15) 3: 18-23.**
- 15- Kerenberg Paulina F, et al. **the Cornell Interview of Peers and Friends Development and Validation. Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiantry. 1998; 31(3): 38-53.**
- 16- Sirchia G, Zanella A, **Thalassemia Today. Mediterranean Experience, Tiopografica varese. S.P.A. 1998: 231-240.**
- 17- Ahman Elizabeth, Bond Nancy, J. **promoting Normal Development in School-Aged Children and adolescents. A Family Centered Model. Pediatric Nursing, Burlington 1998, 18(6):399-405.**