

مقایسه اضطراب و نشانه‌های استرس پس از سانحه مادران و سازگاری روانی در کودکان بستری مبتلا و غیرمبتلا به سرطان خون

نویسندگان: فرشته پورمحسنی کلوری^{۱*}، حسن ابوالقاسمی^۲ و مریم نیکخواه^۳

۱. استادیار روان‌شناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۲. فوق تخصص هماتولوژی و انکولوژی اطفال، استاد دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)

۳. کارشناس روانشناسی بخش اطفال بیمارستان بقیه‌الله (عج)

E-mail: fpmohseni@yahoo.com

* نویسنده مسئول: فرشته پورمحسنی کلوری

چکیده

مقدمه و هدف: سرطان خون گونه‌ای از سرطان خون و مغز استخوان و شایع‌ترین نوع سرطان در کودکان می‌باشد. والدین کودکان مبتلا به سرطان خون و خود کودکان پس از بستری مشکلات روان‌شناختی عدیده‌ای را تجربه خواهند کرد. پژوهش حاضر به مقایسه اضطراب و نشانه‌های استرس پس از سانحه والدین و سازگاری روانی در کودکان بستری مبتلا و غیرمبتلا به سرطان خون پرداخته است.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای بود و جامعه پژوهش شامل تمامی کودکان مبتلا به سرطان خون بستری در بیمارستان بقیه‌الله (عج) و بیمارستان مفید و مادرانشان بودند؛ همچنین کودکان غیرمبتلا، کودکانی بودند که در بخش عمومی بیمارستان بقیه‌الله (عج) بستری بودند. از میان این کودکان ۳۰ کودک مبتلا به سرطان خون و ۳۰ کودک غیرمبتلا به شیوه در دسترس انتخاب شدند و مادران آنان به پرسشنامه اضطراب صفت-حالت، مقیاس تأثیر رویداد تجدیدنظر شده و پرسشنامه رفتار کودک پس از بستری پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری تحلیل شدند.

نتایج: یافته‌ها نشان داد مادران کودکان سرطانی در مقایسه با مادران کودکان غیرسرطانی نشانه‌های استرس پس از سانحه بیشتری را تجربه کردند. همچنین سازگاری روانی کودکان مبتلا به سرطان در مقایسه با کودکان غیرمبتلا کمتر بود. بین مادران دو گروه مورد مطالعه از نظر اضطراب صفت-حالت تفاوت معناداری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: شناسایی اولیه والدین در معرض خطر ابتلا به نشانه‌های استرس پس از سانحه، متخصصان حوزه سلامت را مکلف می‌سازد تا بروز این علائم و نشانه‌ها را در والدین و کودکان بیمارشان بررسی نمایند و در صورت وجود این علائم، مداخلات روان‌شناختی اجتماعی لازم را برای آنان فراهم سازند.

واژگان کلیدی: اضطراب، نشانه‌های استرس پس از سانحه والدین، سازگاری روانی، سرطان خون، کودکان

دانشور

پزشکی

دوماهنامه علمی-پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال بیست و سوم-شماره ۱۲۴
شهر یور ۱۳۹۵

دریافت: ۱۳۹۵/۰۴/۱۳
آخرین اصلاح‌ها: ۱۳۹۵/۰۵/۲۳
پذیرش: ۱۳۹۵/۰۶/۰۱

مقدمه

غالب مدل حس مشترک^۲ مورد بررسی قرار گرفته است. منطبق با مدل حس مشترک، ادراک فرد از بیماری حاصل ۵ بعد می‌باشد: بُعد اول، ماهیت بیماری است که برچسب بیماری و نشانه‌های آن را دربرمی‌گیرد. بُعد دوم: پیامدهای بیماری است که به تأثیر بیماری بر بهزیستی روان‌شناختی، جسمانی و اجتماعی می‌پردازد. بُعد سوم به عللی که موجب بیماری شده‌اند، می‌پردازد. طول مدت بیماری عامل چهارم و درمان‌پذیری و قابل‌کنترل‌بودن بیماری عامل مهم بعدی است که بر ادراک افراد از بیماری و نحوه مقابله با آن تأثیر می‌گذارد. پژوهش‌ها حاکی از آن‌اند که افرادی که به بیماری‌های وخیمی همچون سرطان مبتلا هستند، بر این باورند که نمی‌توانند بر بیماری غلبه کنند و جان خود را از دست خواهند داد که این باور ناشی از اضطراب، افسردگی و شدت بیماری می‌باشد. بدین ترتیب مواجهه با یک بیماری وخیم و مزمن، نگرانی‌های بیمار را افزایش می‌دهد، کیفیت زندگی وی را کاهش می‌دهد و بیمار کمتر از دستورات پزشک درباره رژیم غذایی و یا مصرف دارو تبعیت می‌نماید (۱۱).

از سوی دیگر، تجربه بستری شدن برای خود کودک نیز رویدادی تنش‌زا می‌باشد. همه کودکانی که با بیماری خود به عنوان رویدادی استرس‌زا مواجه می‌شوند، نشانه‌های استرس پس از سانحه را تجربه نخواهند کرد، اما پژوهش‌ها نشان می‌دهد که از هر سه کودک یک نفر این علائم و نشانه‌ها را تجربه خواهد کرد. نظریه‌های مختلفی بروز نشانه‌های استرس پس از سانحه را در کودکان تبیین نموده‌اند که با نظریه‌های تبیین نشانه‌های استرس پس از سانحه در بزرگسالان متفاوت می‌باشد (۱۲). در همین راستا، مدل پینوز، استینبرگ و پیاستینی^۳ (۱۳) بین نشانه‌های استرس حاد و سازگاری روان‌شناختی بلندمدت پس از مواجهه با رویداد تنش‌زا تمایز قائل شده‌است. واکنش کوتاه‌مدت کودک به تجربه

سرطان خون^۱ یا لوسمی لنفوسیتی حاد، گونه‌ای از سرطان خون و مغز استخوان است. هرچند سرطان در کودکان گروه سنی ۰ تا ۱۴ سال بسیار نادر است (۱) و کمتر از یک درصد از کل سرطان‌ها را شامل می‌شود (۲)، اما سرطان خون یکی از علل اصلی منجر به مرگ در بین کودکان به‌شمار می‌رود (۳) که اگرچه بروز کلی آن پایین است، اما شایع‌ترین نوع سرطان در کودکان بوده و بعد از آن سرطان‌های غدد لنفاوی و سیستم عصبی مرکزی در رتبه‌های بعدی قرار دارند (۴). میزان بروز استاندارد شده سرطان لوسمی در ایران بین ۸ تا ۶۲ مورد در هر یک میلیون نفر گزارش شده است (۵).

بستری شدن در بیمارستان صرف‌نظر از اینکه به دلیل یک بیماری حاد یا مزمن باشد، برای کودکان و والدینشان رویدادی استرس‌زا خواهد بود (۶، ۷). والدینی که نشانه‌های استرس پس از سانحه را تجربه می‌کنند، در تنظیم عواطف و کنترل شناخت‌های منفی مرتبط با رویداد استرس‌زا با مشکل مواجه می‌گردند، تلاش می‌کنند که از افکار و هیجان‌های مرتبط با رویداد تنش‌زا (بیماری وخیم فرزندشان) اجتناب نمایند، از دیگران فاصله می‌گیرند و احساس خشم و بی‌قراری نموده و در تنظیم برانگیختگی فیزیولوژیکی خود دچار مشکل می‌گردند. نشانه‌های استرس پس از سانحه در پردازش شناختی و کارکرد اجرایی حافظه آنان اختلال ایجاد نموده (۸) و از تصمیم‌گیری صحیح و سریع آنان در مواجهه با بیماری فرزندشان و ارائه حمایت روانی لازم به وی ممانعت به‌عمل می‌آورند (۹).

نشانه‌های استرس پس از سانحه در والدین کودکان بستری مبتلا به سرطان و دیگر بیماری‌های مزمن و تهدیدکننده زندگی با ویژگی‌های بخش مراقبت‌های ویژه مخصوص کودکان ارتباطی ندارد؛ بلکه به ادراک والدین از بیماری تهدیدکننده زندگی کودک، وابسته است (۱۰). ادراک و باور فرد در زمینه بیماری، حاصل ارزیابی بیماری از ابعاد مختلف می‌باشد. این موضوع در

^۲. The Common Sense Model (Csm)

^۳. Pynoos, Steinberg and Piacentini

^۱. Leukemia

جامعه پژوهش شامل دو گروه از کودکان و مادرانشان بودند. کودکان مبتلا به سرطان شامل تمامی کودکان ۱۱-۰ ساله مبتلا به سرطان لوسمی از نوع ALL و AMLL و مادرانشان بودند که در بخش سرطان بیمارستان بقیه‌الله (عج) و بیمارستان مفید بستری بودند. کودکان غیرمبتلا به سرطان نیز کودکانی بودند که در بخش عمومی بیمارستان بقیه‌الله (عج) بستری بودند و این کودکان مبتلا به سرطان نبودند و به لحاظ سن و مدت بستری کودک و وضعیت تحصیلی و اقتصادی والدین همتای کودکان مبتلا به سرطان بودند؛ به گونه‌ای که سطح تحصیلات پدر و مادر فوق دیپلم و لیسانس، و پدر کارمند و مادر خانه‌دار بود. کودکان غیرسرطانی همانند کودکان سرطانی ۵-۱۰ روز در بیمارستان بستری شده بودند و مبتلا به عفونت ادراری، پنومونی و گاستروانتریت بودند. پس از کسب رضایت کتبی از والدین این کودکان و کودکان سرطانی و ارائه اطلاعات کافی در زمینه هدف پژوهش، ۳۰ نفر از کودکان سرطانی و ۳۰ نفر از کودکان غیرسرطانی به همراه مادرانشان که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، انتخاب شدند. همچنین کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج) بر نمونه‌گیری، فرم کسب اطلاعات از والدین و روش اجرای مطالعه نظارت داشت. از ملاک‌های ورود کودکان سرطانی و غیرسرطانی به نمونه عبارت بودند از: ۱. دامنه سنی بین ۱۱-۰ سال، ۲. مبتلابودن به مشکلات و ناتوانی‌های جسمانی همچون معلولیت جسمانی، ۳. دریافت تشخیص سرطان لوسمی از نوع ALL و AMLL (برای کودکان سرطانی) و مبتلابودن به هیچ نوع سرطان و بیماری مزمن دیگر برای کودکان بستری غیرمبتلا به سرطان، ۴. بهره هوشی نرمال کودک و مبتلابودن به عقب‌ماندگی ذهنی و ۵. تمایل کودک و والد جهت شرکت در پژوهش. پس از آنکه نمونه‌های مورد مطالعه انتخاب شدند، هدف پژوهش به آنان توضیح داده شد و پس از کسب رضایت کتبی به آنان گفته شد، در هر مرحله از مطالعه اگر بخواهند می‌توانند از ادامه شرکت در مطالعه

رویداد تنش‌زا بستگی دارد و به عواملی همچون سایر خاطرات استرس‌آوری که فرد به تازگی تجربه نموده است. سایر استرس‌های ثانوی مثل فقدان منابع حمایتی، محیط کودک شامل آسیب‌های روان‌شناختی والدین و ویژگی‌های خود کودک همچون ویژگی‌های ذاتی وی بستگی دارد. همچنین طول مدت بستری کودک (۱۴) در بیمارستان یکی دیگر از عواملی است که در تجربه استرس کودکان بستری نقش دارد؛ به بیان دیگر، هر چه کودک مدت‌زمان بیشتری را به دلیل یک بیماری مزمن همچون سرطان در بیمارستان سپری کند، اضطراب بیشتری را تجربه خواهد کرد (۱۵)؛ در مقابل، سازگاری روان‌شناختی کودک در بلندمدت به تداوم خاطرات کودک از بیماری‌اش و تداوم رویدادهای استرس‌زای ثانویه وابسته است.

بستری‌شدن کودک به دلیل یک بیماری مزمن و وخیم، موجب بروز مشکلات روان‌شناختی و نشانه‌های استرس پس از سانحه در کودک و والدینش می‌گردد و از سوی دیگر، نشانه‌های استرس پس از سانحه والدین نیز موجب تشدید این علائم در کودک بیمار می‌گردد (۱۶) و بهبود جسمانی وی را به مخاطره می‌اندازد (۱۷)؛ بنابراین شناسایی اولیه والدین در معرض خطر ابتلا به نشانه‌های استرس پس از سانحه و یا سایر مشکلات روان‌شناختی، متخصصان حوزه سلامت را مکلف می‌سازد تا از والدین درباره این علائم و نشانه‌ها سؤال کنند و در صورت وجود این علائم، حمایت روان‌شناختی-اجتماعی لازم را برای آنان فراهم سازند؛ زیرا سازگاری روان‌شناختی و برخورد منطقی با بیماری کودک، به سازگاری روان‌شناختی وی نیز کمک خواهد کرد. به همین دلیل پژوهش حاضر درصدد است تا اضطراب و نشانه‌های استرس پس از سانحه والدین و سازگاری روانی را در کودکان بستری مبتلا و غیرمبتلا به سرطان مقایسه نماید.

روش پژوهش

پژوهش حاضر یک مطالعه علی‌مقایسه‌ای می‌باشد و

تجدیدنظرشده^۱ (IES_R) مورد استفاده قرار گرفت. این مقیاس یک پرسشنامهٔ خودگزارشی کوتاه با ۲۲ سؤال می‌باشد که براساس ملاک اختلال استرس پس از سانحه DSM_IV طراحی شده است (۲۰). این مقیاس ابزار مناسبی برای اندازه‌گیری پاسخ ذهنی به رویداد تروماتیک به‌ویژه در مواجهه با افکار آزاردهنده، کابوس‌های شبانه، احساسات و تصاویر ناراحت‌کننده، اجتناب از ابزار احساسات، اجتناب از موقعیت‌ها و ایده‌ها و بیش‌برانگیختگی به‌صورت خشم، بی‌قراری، گوش‌به‌زنگی مفرط و ناتوانی در تمرکز بروز خواهد کرد و به‌صورت نمرهٔ کلی در مقیاس IES_R محاسبه خواهد شد.

مقیاس IES اصلی فقط دو ملاک افکار ناخواسته و اجتناب از سه ملاک لازم برای تشخیص اختلال استرس پس از سانحه در DSM_IV را شامل می‌شود. IES_R به‌منظور پوشش علائم بیش‌انگیختگی که سومین ملاک اختلال استرس پس از سانحه است، تدوین شده است. این مقیاس دارای ۲۲ ماده است که به‌صورت پنج‌گزینه‌ای (لیکرت) است و در آن آزمودنی‌ها باید برای هر ماده یکی از گزینه‌ها را انتخاب کنند. به‌علاوه، هر خرده مقیاس نیز به‌صورت مجموع نمره‌های مواد خاص نمره‌گذاری می‌شود و آزمودنی‌ها می‌بایست هر ماده را در مقیاس صفر (هرگز)؛ یک (به‌ندرت)؛ دو (گاهی)؛ سه (اغلب) و چهار (به‌شدت) در هفت روز گذشته علامت‌گذاری کنند. پایایی درونی مقیاس برای سه خرده مقیاس به‌ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۸۴ و ۰/۹۰ است (۲۱). پناغی، حکیم شوشتری و عطاری مقدم (۲۲) پایایی این پرسشنامه را با روش دونیمه‌کردن ارزیابی و مناسب گزارش کردند. ضریب پایایی به روش دونیمه‌کردن برای کل مقیاس ۰/۸۳ و آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس افکار مزاحم ۰/۷۴ و با روش ضریب دونیمه‌سازی ۰/۷۳ و نیز آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس اجتناب ۰/۷۹ و با روش ضریب دونیمه‌سازی ۰/۷۷ گزارش شده است.

انصراف دهند. سپس والدین کودکان در هر دو گروه پرسشنامهٔ نشانه‌های استرس پس از سانحه، رفتار پس از بستری در بیمارستان کودک و پرسشنامهٔ اضطراب صفت - حالت اسپیلبرگر را تکمیل نمودند.

ابزار پژوهش

پرسشنامهٔ اضطراب حالت - صفت اسپیلبرگر

این پرسشنامه در ۱۹۷۰ توسط اسپیلبرگر ساخته شد و حاوی ۴۰ سؤال است که ۲۰ سؤال آن به اضطراب حالت و ۲۰ سؤال آن به اضطراب صفت اختصاص دارد. سؤالات مربوط به اضطراب حالت در طیف لیکرت به‌صورت چهارگزینه‌ای از به‌هیچ‌وجه، گاهی، عموماً و خیلی زیاد و سؤالات مربوط به اضطراب صفت نیز به همان صورت چهارگزینه‌ای و به شکل تقریباً هرگز، گاهی اوقات، بیشتر اوقات و تقریباً همیشه نمره‌گذاری می‌شوند. طی ۲۰ سال گذشته پرسشنامهٔ حالت - صفت اضطراب به عنوان متداول‌ترین آزمون برای اندازه‌گیری اضطراب در پژوهش‌های مختلف مورد استفاده قرار گرفته است. اسپیلبرگر و گروش (۱۹۷۰ به نقل از ۱۸) ضریب آلفای کرونباخ مقیاس اضطراب حالت - صفت را به‌ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۹۰، همچنین ضرایب بازآزمایی مقیاس اضطراب حالت را از ۰/۱۶ تا ۰/۸۶ و برای مجموع، ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند. این پرسشنامه در ایران توسط مهرام (۱۹) هنجاریابی شده که پایایی آن به‌ترتیب برای اضطراب صفت و حالت، ۰/۹۱ و ۰/۹۲ گزارش شده است. در پژوهش شهامت ده‌سرخ و صالحی فدردی (۱۸) ضریب آلفای کرونباخ برای اضطراب حالت ۰/۹۰ و برای اضطراب صفت ۰/۸۵ به‌دست آمده است.

۲. نشانه‌های استرس پس از سانحه: گاهی افراد به هنگام مواجه شدن با رویدادهای استرس‌آور، نشانه‌هایی همچون تجربهٔ مجدد رویداد استرس‌آور، اجتناب عاطفی و برانگیختگی فیزیولوژیکی را تجربه می‌نمایند. جهت اندازه‌گیری نشانه‌های استرس پس از سانحه در والدین کودکان بستری در بیمارستان، مقیاس تأثیر رویداد

^۱. Impact of Event Scale – Revised (Ies-R)

در کودک می‌باشد. روایی همگرایی این مقیاس از طریق مقایسه این مقیاس با نمرات مصاحبه غیرمستقیم با والدین مصاحبه شده است. آلفای کرونباخ این مقیاس برای نمونه مادران ۰/۹۰ گزارش شده است (۲۴). در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد.

یافته‌ها

مطالعه حاضر روی ۳۰ کودک مبتلا به سرطان خون با میانگین سنی $(4/87 \pm 2/88)$ و ۳۰ کودک بستری غیرمبتلا به سرطان با میانگین سنی $(5/5 \pm 2/30)$ سال بود. در توصیف یافته‌های پژوهش شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در دو گروه

خرده‌مقیاس گروه‌ها	اضطراب حالت		اضطراب صفت		رفتار پس از بستری در بیمارستان		نشانه‌های استرس پس از سانحه							
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	افکار ناخواسته	اجتناب	بیش‌انگیختگی	استرس پس از سانحه				
گروه سرطانی	۴۷/۰۶	۶/۰۷	۴۶/۵۰	۶/۳۳	۸۱/۵۳	۱۶/۵۸	۱۷/۳۰	۶/۱۹	۲۰/۲۳	۵/۰۳	۱۷	۶/۱۱	۵۴/۵۳	۱۸/۸۱
گروه غیرسرطانی	۴۷/۵۰	۶/۵۰	۴۶/۲۶	۵/۳۹	۷۰/۳۶	۱۷/۳۹	۱۲/۰۳	۶/۰۵	۱۴/۱۶	۵/۹۸	۱۳/۳۳	۷/۱۵	۳۹/۵۳	۱۹/۱۸

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری تفاوت میزان اضطراب، نشانه‌های استرس پس از سانحه و رفتار پس از

بیمارستان در دو گروه مورد مطالعه

نام آزمون	مقدار	Df فرضیه	Df خطا	F	سطح معناداری
اثر بیلابی	۰/۲۵	۶	۵۳	۲/۹۵	۰/۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۷۵	۶	۵۳	۲/۹۵	۰/۰۱
اثر هتلینگ	۰/۳۴	۶	۵۳	۲/۹۵	۰/۰۱
بزرگترین ریشه ری	۰/۳۴	۶	۵۳	۲/۹۵	۰/۰۱

سانحه مادران و یا رفتار پس از بستری در بیمارستان کودک تفاوت معناداری باهم دارند.

۳. پرسشنامه رفتار پس از بستری در بیمارستان (The Post Hospital Behavior Questionnaire): این پرسشنامه را ورنون، شالمن و فولی (Vernon, Schulman & Fooli) (۲۳) جهت اندازه‌گیری تغییرات منفی در رفتارهای کودکان پس از بستری شدن در بیمارستان طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۲۷ ماده است که در آن والدین، رفتارهای کودک را قبل و پس از بستری شدن باهم مقایسه می‌کنند و پاسخ خود را روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از خیلی کمتر از گذشته، کمتر از گذشته، همچون گذشته، بیشتر از گذشته و خیلی بیشتر از گذشته تعیین می‌کنند. نمره کل از مجموع نمرات ماده‌ها حاصل می‌شود و در دامنه‌ای از ۲۷ تا ۱۳۵ قرار دارد. نمرات بالاتر از ۸۱ نشانگر تغییرات رفتاری منفی

نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره موجود در جدول ۲ نشان داد که دو گروه مورد مطالعه در یکی از متغیرهای میزان اضطراب تجربه شده، نشانه‌های استرس پس از

جدول ۳. نتایج حاصل از تحلیل واریانس چندمتغیری تفاوت میزان اضطراب، نشانه‌های استرس پس از سانحه و رفتار پس از بستری در بیمارستان در دو گروه مورد مطالعه

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	ضریب اتا
دو گروه کودکان بستری مبتلا و غیرمبتلا به سرطان	اضطراب صفت	۲/۸۲	۱	۲/۸۲	۰/۰۷	۰/۷۹	۰/۰۶
	اضطراب حالت	۰/۸۲	۱	۰/۸۲	۰/۰۲۴	۰/۸۸	۰/۰۵
	رفتار پس از بستری در بیمارستان	۱۸۷۰/۴۲	۱	۱۸۷۰/۴۲	۶/۴۷	۰/۰۱	۰/۷۱
	اجتناب	۵۵۲/۰۷	۱	۵۵۲/۰۷	۴/۷۴	۰/۰۳	۰/۵۷
	بیش‌انگیزگی	۲۰۱/۶۷	۱	۲۰۱/۶۷	۴/۵۵	۰/۰۴	۰/۵۵
	افکار ناخواسته	۴۱۶/۰۷	۱	۴۱۶/۰۷	۱۱/۰۷	۰/۰۰۲	۰/۹۱
	استرس پس از سانحه	۳۳۷۵	۱	۳۳۷۵	۱۱/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۹۱

برانگیزگی مفرط و بی‌قراری مشخص می‌شوند. بررسی‌ها حاکی از آن‌اند که نشانه‌های استرس پس از سانحه نه تنها در بزرگسالان، بلکه در کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن نیز بروز می‌کند و بر رشد هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی، اجتماعی، تحصیلی و وضعیت جسمانی کودک نیز تأثیر می‌گذارد (۲۵-۲۷).

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش حاضر نشان داد که والدین کودکان سرطانی بستری در مقایسه با والدین کودکان بستری در بخش عمومی، نشانه‌های استرس پس از سانحه بیشتری را تجربه کردند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های مارشال، شل و میلز^۱ (۲۸)، ناولز^۲ و همکاران (۲۹) همسو است. در تبیین این یافته، پژوهش نشان می‌دهد نشانه‌های استرس پس از سانحه بخشی از آشفتگی‌های هیجانی کلی همچون اضطراب و اختلال خلقی می‌باشد که با سابقه اختلالات خلقی در والدین ارتباط تنگاتنگی دارد. در مادران کودکان سرطانی که نشانه‌های استرس پس از سانحه بیشتری را تجربه کردند، سایر آشفتگی‌های هیجانی نیز بیشتر دیده شد.

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش حاضر این بود که کودکان مبتلا به سرطان در مقایسه با کودکان غیرمبتلا از سازگاری روانی کمتری برخوردار بودند. این یافته با نتایج پژوهش‌های دان^۳ و همکاران (۳۰)، آلیسیک^۴ و همکاران (۱۲) همسو است. تجربه بستری شدن، برای

در ادامه یافته‌های موجود در جدول ۳ نشان می‌دهد که دو گروه کودکان بستری مبتلا به سرطان و غیرمبتلا به سرطان در رفتار پس از بستری در بیمارستان و والدین آنان در نشانه‌های استرس پس از سانحه تفاوت معناداری با هم داشتند. به بیان دیگر، کودکان مبتلا به سرطان در مقایسه با کودکان دسته دوم، پس از بستری در بیمارستان، سازگاری روانی کمتری دارند و مادران کودکان بستری مبتلا به سرطان در مقایسه با کودکان بستری غیرمبتلا به سرطان، نشانه‌های استرس پس از سانحه همچون اجتناب، بیش‌انگیزگی و افکار ناخواسته بیشتری را تجربه می‌نمایند. در میان متغیرهای بررسی شده بیشترین مجذور اتا یا ضریب تأثیر نیز مربوط به نشانه‌های استرس پس از سانحه در والدین می‌باشد. والدین کودکان دو گروه مورد مطالعه در میزان اضطراب صفت- حالت تفاوت معناداری باهم نداشتند.

بحث و نتیجه‌گیری

بستری شدن کودک در بیمارستان به هر دلیلی که باشد، برای وی و خانواده‌اش رویدادی تنش‌زا می‌باشد؛ به ویژه زمانی که کودک با تشخیص یک بیماری وخیم و تهدیدکننده زندگی بستری می‌شود، خود و اعضای خانواده‌اش دچار آشفتگی‌های روان‌شناختی می‌گردند. نشانه‌های استرس پس از سانحه با احساس توان‌کاه تجربه مجدد رویداد تنش‌زا (همچون کابوس و افکار مزاحم، اجتناب از محرک‌ها)، کرختی و بی‌حسی (مثل اجتناب از مکان‌هایی که بیماری کودک و بستری شدن وی را به خاطر می‌آورند و کناره‌گیری از دیگران) و

1. Marshal, Schell & Miles

2. Knowles

3. Dunn

4. Alisic

برنامه‌های درمان روان‌شناختی مؤثر را برای این دسته از بیماران به کار گیرند.

از سوی دیگر، والدین نقش مهمی در ارتقای سلامت کودک دارند و عملکرد روانی-اجتماعی آنان، به ویژه در خلال بستری شدن کودک در سلامت جسمانی و روانی کودکشان نقش بسزایی دارد؛ بنابراین شناسایی والدینی که به دنبال مواجهه با بیماری فرزندشان در معرض خطر ابتلا به نشانه‌های استرس پس از سانحه قرار دارند، به متخصصین حوزه سلامت کمک خواهد کرد که با فراهم ساختن حمایت‌های روانی و مداخلات روان‌شناختی مناسب، از بروز پیامدهای بلندمدت نشانه‌های استرس پس از سانحه در آنان پیشگیری نمایند تا آنان بتوانند حمایت‌های لازم را از فرزندشان به عمل آورند و فرایند بهبودی وی را تسریع بخشند.

یکی از نقاط قوت پژوهش حاضر این بود که تجربه نشانه‌های استرس در والدین در شرایطی انجام گرفت که کودک در بیمارستان بستری بود و هنوز از بیمارستان مرخص نشده بود که این موضوع دقت و اعتبار نتایج حاصل را نشان می‌دهد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر نیز این بود که برخی از والدین کودکان بستری غیرمبتلا به سرطان، به اطلاعات جمعیت‌شناختی موجود در پرسشنامه‌ها پاسخ ندادند. همچنین برخی از والدین در حضور والدین دیگر به این پرسشنامه‌ها پاسخ دادند که ممکن است حضور دیگر والدین بر نحوه پاسخ‌دهی آنان تأثیر گذاشته باشد.

تشکر و قدردانی

با تشکر از همکاری‌ها، راهنمایی‌ها و مشاوره‌های ارزشمند معاونت پژوهش و فن‌آوری (واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان بقیه الله ع.ج).

منابع

1. Buka I, Koranteng S, Alvaro R, Vargas O: Trends in Childhood Cancer Incidence: Review of Environmental Linkages. *Pediatric Clinical American* 2007, (54):177-203.
2. Bao PP, Zheng Y, Wang CF, Gu K, Jin F, Lu W: Time trends and characteristics of childhood cancer among children age 0-14 in Shanghai. *Pediatric Blood Cancer* 2009, 53(1):13-16.
3. Yang L, Fujimoto J, Qiu D, Sakamoto N: Childhood cancer in Japan: focusing on trend in mortality from 1970 to 2006. *Annual Oncology* 2009, 20(1):166-174.
4. Swaminathan R, Rama R, Shanta V: Childhood cancers in Chennai, India, 1990-2001: Incidence and survival. *International Journal of Cancer* 2008, 122(11):2607-2611.

کودک نیز تجربه‌ای نگران‌کننده است که بر سلامت روانی و جسمانی وی تأثیر می‌گذارد و تغییر نشانه‌های حیاتی همچون افزایش ضربان قلب، افزایش فشار خون، کاهش اشباع اکسیژن و به‌طورکلی پاسخ‌های فیزیولوژیکی کودک را به دنبال داشته و همچنین افزایش سطح اضطراب و سطح درد ادراک‌شده را به دنبال خواهد داشت. این‌گونه تغییرات رفتاری و فیزیولوژیکی در رفتارهای مقابله‌ای کودک همچون تماس چشمی، عواطف بیانگر چهره‌ای، تعاملات کلامی و برقراری ارتباط تأثیری منفی می‌گذارد و سازگاری روانی و به تبع آن بهبود جسمانی وی را کاهش خواهد داد (۳۱).

از سوی دیگر، نشانه‌های استرس پس از سانحه در والدین، با پیامدهای روان‌شناختی و اجتماعی کودکان هم در حین بستری شدن و هم پس از ترخیص از بیمارستان ارتباط تنگاتنگی دارد و سازگاری روان‌شناختی کودکان را کاهش می‌دهد (۳۲) و چون والدین کودکان سرطانی در مقایسه با کودکان غیرسرطانی، نشانه‌های استرس پس از سانحه بیشتری را تجربه می‌کنند، این نشانه‌ها بر کودکانشان نیز تأثیر گذاشته و سازگاری روانی آنان را بیشتر کاهش می‌دهد.

نتیجه‌گیری کلی اینکه، درک مکانیسم‌های زیربنایی واکنش‌های روان‌شناختی به بیماری، یعنی عواملی که استرس‌های روان‌شناختی شدید را در کودک و والدینش پدید می‌آورند و عواملی که موجب کاهش استرس و افزایش توانمندی کودک و خانواده‌اش در مقابل بیماری می‌گردد، از دو جنبه می‌تواند مفید باشد: از یک سو به روان‌شناسان حوزه پزشکی کمک خواهد کرد تا به شناسایی کودکان بیماری‌پردازند که در معرض خطر ابتلا به پیامدهای بلندمدت نشانه‌های استرس پس از سانحه و ناسازگاری روان‌شناختی قرار دارند و

5. Mousavi SM, Pourfeizi A, Dastgiri S: Childhood Cancer in Iran. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology* 2010, 32(5):376_382.
6. Nabors, L.A., Kichler, J.C., Brassell, A., Thakkar, S., Bartz, J., Pangallo, J., Van Wassenhove, B., Lundy, H., 2013. Factors related to caregiver state anxiety and coping with a child's chronic illness. *Family Systems Health* 31 (2) 171–180.
7. Franck LS, Mcquillan A, Wary J, Grocott MPW, Goldman A. Parent Stress Levels During Children's Hospital Recovery After Congenital Heart Surgery. *Pediatric Cardiology* 2010; 31: 961_968.
8. LaGarde, G., Doyon, J., & Brunet, A. (2010). Memory and executive dysfunctions associated with acute posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Research*, 177, 144–149.
9. Dunn MJ, Rodriguez EM, Barnwell AS, Grossenbacher JC, Vannatta K, Gerhardt CA. Posttraumatic stress symptoms in parents of children with cancer within Six months of diagnosis. *Health Psychology* 2012, 31 (2): 176_185.
10. Balluffi A, Kassam_Adams N, Kazak A, Tucker M, Dominguez T, Helfaer M: Traumatic stress in parents of children admitted to the pediatric intensive care unit. *Pediatric Critical Care Medicine* 2004, 5:547_553.
11. Knowles SR, Wilson JL, Connell WR, et al. Preliminary examination of the relations between disease activity, illness perceptions, coping strategies, and psychological morbidity in Crohn's disease guided by the common sense model of illness. *Inflammatory Bowel Disorder* 2011;17: 2551–2557.
12. Alisic E, Jongmans MJ, Van Wesel F, Kleber RJ. Building child trauma theory from longitudinal studies: A meta_analysis. *Clinical Psychology Review* 2011; 31: 735_747.
13. Pynoos RS, Steinberg, A. M., & Piacentini, J. C. (1999). A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 46, 1542–1554.
14. Commodari, E. (2010). Children staying in hospital: a research on psychological stress of caregivers. *Italian Journal of Pediatrics*, 36_40.
15. Marina Kohlsdorf; Áderson Luiz Costa Junior. (2012). Psychosocial impact of pediatric cancer on parents: a literature review. *Paideia*, 22 (51), 223_231.
16. Hall, E., Saxe, G., Stoddard, F., Kaplow, J., Koenen, K., Chawla, N., et al. (2006). Posttraumatic stress symptoms in parents of children with acute burns. *Journal of Pediatric Psychology*; 44, 403–412.
17. Young, G. S., Mintzer, L. L., Seacord, D., Castañeda, M., Mesrkhani, V., & Stuber, M. L. (2003). Symptoms of posttraumatic stress disorder in parents of transplant recipients: Incidence, severity, and related factors. *Pediatric*;111, e725–e731.
18. Shahamat DehSorkh F, Salehi Fardadi J. Attentional bias in state_trait anxiety: Dot_probe paradigm. *Journal of Psychological New Research* 2013; 8 (29): 181_194.
19. Mahram B. Standardize of Anxiety test of Spilberger in Mashhad city. MA Thesis. Theran: Allameh University 1994.
20. Weiss DS, Marmar CR. The Impact of Event Scale_ Revised. in: Wilson JPKean Tm .assessing psychological trauma and PTSD .Guilford Press, New York 1997;399_411.
21. Dolgin, M.J., Phipps, S., Fairclough, D.L., Jane, O. J. & et al. (2007). Trajectories of Adjustment in Mothers of Children with Newly Diagnosed Cancer: A Natural History Investigation. *Journal of Pediatric Psychology*; 32(7); 771–782.
22. Panaghi L, Hakim Shoostari M, Attari Moghadam J. Validation of Persian version of Impact of Event Scale – Revised. *Thehran University Medical Journal* 2005; 3 (64): 52_60.
23. Vernon DTA, Schulman, JL., & Fooli AS. Changes in children's behavior after hospitalization. *American Journal of Disabilities children* 1966; 3, 1_13.
24. Melnyk, B. M. (1994). Coping with unplanned childhood hospitalization: Effects of informational interventions on mothers and children. *Nursing Research*; 43(1), 50–55.
25. Fairbank, J. A., & Fairbank, D. W. (2009). Epidemiology of child traumatic stress. *Current Psychiatry Reports*; 11, 289–295.
26. Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., Layne, C. M., Briggs, E. C., Ostrowski, S. A., & Fairbank, J. A. (2009). DSM_V PTSD diagnostic criteria for children and adolescents: A developmental perspective and recommendations. *Journal of Traumatic Stress*;22, 391–398.
27. Seng, J. S., Graham_Bermann, S. A., Clark, M. K., McCarthy, A. M., & Ronis, D. L. (2005). Posttraumatic stress disorder and physical comorbidity among female children and adolescents: Results from service_use data. *Pediatrics*;116, e767–e776.
28. Marshal GN, Schell TL, & Miles JNV. All PTSD symptoms are highly associated with general distress: ramifications for the dysphoria symptoms cluster. *Journal of Abnormal Psychology* 2010; 119: 126_135.
29. Knowles S, Swan L, Salzberg M, Castle D, Langham R. Exploring the Relationships Between Health Status, Illness Perceptions, Coping Strategies and Psychological Morbidity in a Chronic Kidney Disease Cohort. *American Journal of Medical Sciences* 2014; 348 (4): 271_276.
30. Dunn, M., Rodriguez, E., Barnwell, A., Grossenbacher, J., Vannatta, K., Gerhardt, C., et al. (2012). Posttraumatic stress symptoms in parents of children with cancer within six months of diagnosis. *Health Psychology*; 31(2), 176–185.
31. Romer, G., Barkman, C., Schulte_Markwort, M., Thomalla, G., Riedesser, P. Children of somatically ill parents: a methodological review. *Clinical Children Psychological Psychiatry*; 7, 17_38.
32. Knoderer HM. Inclusion of parents in pediatric subspecialty team rounds: attitudes of the family and medical team. *Academic Medicine* 2009; 84:1576–1581.

Daneshvar
Medicine

*Scientific-Research
Journal of Shahed
University
23rd Year, No.124
August- September,
2016*

Received: 03/07/2016

Last revised: 13/08/2016

Accepted: 30/08/2016

Comparison of mother's anxiety and post-traumatic stress symptoms and mental adjustment in children hospitalized with and without leukemia

Fereshteh Pourmohseni Koluri^{1*}, Hasan Abolghasemi², Maryam Nickkha³

1. Department of Psychology, Payam Nour University, Iran.
2. Department of Pediatric Hematology and Oncology, Baghiatollah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Bachelor of Psychology, Iran.

*Corresponding author e-mail: fpmohseni@yahoo.com

Abstract

Background and Objective: Leukemia is a type of cancer of the blood and bone marrow that is the most common cause of cancer in children. Parents of hospitalized children with cancer will experience serious psychological problems. This research was done to compare parent's anxiety and post-traumatic stress symptoms and mental adjustment in children hospitalized with and without cancer.

Materials and Methods: The method of study was causal-comparison. The population was hospitalized children with leukemia in Baghiatollah and Mofid hospitals and their mothers. In addition to children without cancer, children who were hospitalized in emergency unit were also studied. In these populations, 30 children with cancer and 30 children without cancer and their mothers were selected with available sampling. The mothers of two groups of children responded the State-trait anxiety questionnaire, Impact of Event Scale – Revised and the post hospital behavior questionnaire. Data was analyzed with multivariate analysis of variance (MANOVA).

Results: Findings indicate that mothers of children with cancer as compared to mothers of children without cancer had higher levels of post-traumatic stress symptoms. Also, mental adjustment of children with cancer was less than children without cancer. The mothers of the two groups in state-trait anxiety had not a significant difference.

Conclusion: The early identification of parents at risk for post-traumatic stress symptoms suggests that pediatric health care providers in the hospital should ask parents and their children about these symptoms and when these symptoms exist, necessary social-psychological interventions provide for them.

Keywords: Anxiety, parents' post-traumatic stress symptoms, Mental adjustment, Leukemia, Children.