

## خوش‌بینی و ارتباط آن با افسردگی در والدین کودکان مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان کودکان تبریز

وحید پاک‌پور<sup>۱\*</sup>، لیلا شیخ‌نژاد<sup>۲</sup>، صدیقه سلیمی<sup>۳</sup>، آزاد رحمانی<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۸/۰۲/۲۴ تاریخ پذیرش ۱۳۹۸/۰۶/۰۱

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** سرطان در کودکان به‌عنوان یک بیماری تهدیدکننده حیات، پیامدهایی منفی بر بیماران و اعضای خانواده‌شان دارد. والدین کودکان مبتلا به سرطان، استرس روانی زیادی را تجربه می‌کنند که می‌تواند بسیاری از جنبه‌های سلامتی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. هدف از این مطالعه تعیین میزان افسردگی و خوش‌بینی در والدین کودکان مبتلا به سرطان و تعیین ارتباط بین این دو متغیر بود.

**مواد و روش کار:** مطالعه حاضر از نوع توصیفی-همبستگی است که با مشارکت ۱۴۸ نفر از والدین کودکان مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان کودکان تبریز انجام گردید. نمونه این مطالعه به‌صورت نمونه در دسترس انتخاب گردید. برای تعیین سطح خوش‌بینی از "آزمون گرایش زندگی" و جهت تعیین میزان افسردگی آزمودنی‌ها "مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستان" استفاده شد. داده‌ها با استفاده از ویرایش ۱۶ نرم‌افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل و استنباط آماری قرار گرفت.

**یافته‌ها:** میانگین و دامنه بین چارکی امتیاز خوش‌بینی (۴: IQR) و افسردگی (۷: IQR) ۸ بوده است. همچنین بین خوش‌بینی و افسردگی والدین کودکان مبتلا به سرطان همبستگی معکوس معنادار مشاهده شد ( $r = -0.439$ ,  $p < 0.001$ ).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به میزان افسردگی در والدین کودکان مبتلا به سرطان، توجه بیشتر به عوامل مؤثر در آن ضروری است. همچنین نظر به ارتباط معنادار بین خوش‌بینی و افسردگی، آموزش راهکارهای تقویت خوش‌بینی در برنامه‌های مراقبتی توصیه می‌شود.

**واژه‌های کلیدی:** خوش‌بینی، افسردگی، سرطان کودکان، والدین

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره هفدهم، شماره هفتم، پی‌درپی ۱۲۰، مهر ۱۳۹۸، ص ۵۷۳-۵۶۳

آدرس مکاتبه: تبریز، انتهای شریعتی جنوبی، دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، تلفن: ۰۹۱۴۴۰۱۶۴۵۳

Email: vahidpakpour@gmail.com

### مقدمه

منجر به افزایش جمعیت والدین بازمانده از سرطان‌های دوران کودکی شده است (۴).

اگرچه سرطان از نظر پزشکی برای یک نفر اتفاق می‌افتد، اما اعضای خانواده در مشکلات روانی - اجتماعی بیماری سهیم هستند (۵). در واحد خانواده هر عملکرد معیوب مانند بیماری، جدایی و ... که یک عضو را درگیر می‌کند از طرق مختلف اعضای دیگر خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد که به‌عنوان اثر موجی بیماری شناخته می‌شود (۶). مراقبت از کودک مبتلا به سرطان تأثیر قابل‌توجهی بر والدین دارد (۷). در والدین کودکان مبتلا به سرطان علائم

سرطان یکی از مهم‌ترین علل مرگ‌ومیر در سرتاسر جهان است و بروز آن با گذشت زمان افزایش می‌یابد، به‌طوری‌که بروز آن در کودکان ۰-۱۴ سال ۱۴۰/۶ نفر در سال به ازای هر یک میلیون کودک می‌باشد (۱). بر اساس آمار موجود در ایران سالیانه بین ۱۵۰۰ تا ۲۰۰۰ کودک زیر ۱۵ سال به سرطان مبتلا می‌شود (۲). از سوی دیگر به علت پیشرفت فن‌های پزشکی در رابطه با رویه‌های تشخیصی زودهنگام و مداخلات درمانی سرطان میزان بقاء کودکان مبتلا به سرطان به طرز چشمگیری افزایش یافته است (۳) که

<sup>۱</sup> استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، مرکز تحقیقات هماتولوژی و انکولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> دانشجوی دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران

<sup>۳</sup> مربی، دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران

<sup>۴</sup> دانشیار، دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران

می‌دهد (۲) و حتی افرادی که در معرض خطر ابتلا به سرطان سینه می‌باشند نیز در صورت داشتن خوش‌بینی افسردگی کمتری خواهند داشت (۲۱).

آمار بالای بروز سرطان کودکان از یک سو و افزایش میزان بقاء کودکان از سوی دیگر، در بسیاری از والدین سبب مشکلات روحی و روانی ناشی از ابتلا فرزندشان به سرطان می‌گردد. با توجه به اهمیت مداخلات خانواده محور در حمایت از کودکان مبتلا به سرطان و به علت اینکه در مروری بر متون داخلی، مطالعه‌ای یافت نشد که به بررسی افسردگی و ارتباط آن با خوش‌بینی در والدین کودکان مبتلا به سرطان پرداخته باشد، لذا این مطالعه باهدف تعیین میزان افسردگی و خوش‌بینی در والدین کودکان مبتلا به سرطان و تعیین ارتباط بین این دو متغیر انجام شد.

### مواد و روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی - همبستگی بوده که به صورت مقطعی از سال ۹۵ تا ۹۶ انجام گردیده است. در آن تعداد ۱۴۸ نفر از والدین کودکان مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بخش‌های بستری و درمانگاه مرکز آموزشی-درمانی کودکان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز به روش نمونه در دسترس انتخاب گردیدند. این مرکز درمانی محل اصلی مراقبت و درمان از کودکان مبتلا به سرطان در استان آذربایجان شرقی می‌باشد. با توجه به عملیاتی بودن روش، در هر بار مراجعه‌ی محققین به بخش و درمانگاه بیمارستان کودکان، تمامی والدین واجد معیارهای ورود به مطالعه در پژوهش شرکت داده شدند. معیارهای ورود عبارت بودند از داشتن سن بالاتر از ۱۸ سال والدین، داشتن حداکثر سن برای کودکان ۱۵ سال، تشخیص قطعی بیماری سرطان برای کودک توسط پزشک متخصص انکولوژی، حداقل سپری شدن سه ماه از تشخیص سرطان، توانایی و تمایل برای شرکت در مطالعه. همچنین افرادی که در پاسخگویی به سؤالات ناتوان بودند و برای شرکت در مطالعه رضایت نداشتند از مطالعه خارج شدند.

جهت تعیین حجم نمونه، اطلاعات اولیه شامل اندازه اثر ارتباط بین خوش‌بینی و افسردگی والدین کودکان مبتلا به سرطان بر اساس مطالعه راهنما با مشارکت ۲۰ نفر از آنان برابر ۰/۳ به دست آمد و با در نظر گرفتن ضریب اطمینان ۰/۹۵ و توان آزمون ۰/۹۵ آزمون دو دنباله‌ای و با استفاده از نرم‌افزار GPower<sup>۱</sup> حداقل حجم نمونه ۱۳۸ نفر به دست آمد و با در نظر گرفتن ریزش ۱۰ درصد به ۱۵۰ نفر افزایش داده شد و به دلیل ناقص بودن پرسشنامه دو نفر از والدین، در نهایت داده‌های ۱۴۸ والد بررسی شد.

جهت گردآوری داده‌ها در این مطالعه از پرسشنامه‌ای حاوی سه قسمت اصلی برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. قسمت اول

افسردگی شدیدتر (۶، ۸) و همچنین میزان بالاتر علائم استرس پس از سانحه دیده شده است که خود تأثیر منفی بر عملکرد خانواده دارد (۹). والدین کودکان مبتلا به بیماری سرطان باوجود اینکه خودشان بیمار نیستند، سطوحی از علائم روانی که خود مبتلایان به سرطان تحمل می‌کنند را تجربه می‌کنند (۸). نتایج مطالعه پاک‌پور و همکاران نیز نشان می‌دهد که کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به سرطان پایین می‌باشد (۱۰).

نتایج برخی از مطالعات نشان می‌دهند بین متغیر خوش‌بینی و کاهش اثرات بیماری‌های مزمن ارتباط نزدیک وجود دارد (۱۱). خوش‌بینی عبارت است از داشتن انتظار نتایج مثبت از وقایع منفی زندگی (۱۲) خوش‌بینی به‌عنوان نوعی مکانیسم سازگاری در مقابل طیف گسترده‌ای از عوامل استرس‌زای مهم، از جمله بیماری‌های تهدیدکننده‌ی زندگی عمل می‌کند (۸). به عبارت دیگر افراد خوش‌بین در مواجهه با مشکلات بهداشتی جدی، عملکرد مناسب‌تری دارند (۱۲). باین وجود، این ارتباط بسته به ماهیت بیماری و زمینه‌ی خود افراد متفاوت است (۱۳). مطالعه زینی وند و همکاران (۱۳۹۲) حاکی از آن است که آموزش تفکر مثبت و خوش‌بینی بر بهبود وضعیت سلامت روان والدین کودکان مبتلا به سرطان از جمله اضطراب و افسردگی تأثیر معنادار دارد (۱۴).

میزان موفقیت و سطوح پایین‌تر اضطراب و افسردگی معمولاً در میان افراد خوش‌بین مشاهده می‌گردد (۱۵). مطالعه لی و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد سطوح بالای خوش‌بینی قبل از اعمال جراحی با میزان بالای رضایتمندی و پیامدهای بالینی بهتر بعد از عمل جراحی همراه است (۱۶). مانیکس و همکاران (۲۰۰۹)، بر اساس مطالعه‌شان به این نتیجه رسیدند که نوجوانان مبتلا به سرطان که سطوح بالاتری از خوش‌بینی داشتند تجارب جسمانی بهتر از جمله درد کمتر و همچنین کیفیت زندگی بهتری را گزارش نمودند (۱۷). ویلیامز و همکاران (۲۰۱۹) نیز در پژوهش خود به نتایجی دست یافتند که نشان می‌دهد سطوح بالاتر خوش‌بینی در کودکان مبتلا به سرطان با عملکرد بهتر رفتاری/عاطفی و امتیازات بالاتر کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در این کودکان همراه است (۱۸). کودکان مبتلا به سرطان دارای سطوح پایین سلامت روان و خوش‌بینی هستند (۱۹). نتایج مطالعات و شواهد علمی مبین وجود رابطه معنی‌دار بین جنبه‌های عاطفی از جمله امید و خوش‌بینی و جنبه‌های مثبت روانی تسهیل‌کننده سازگاری با بیماری‌های تهدیدکننده‌ی حیات، می‌باشد (۲۰). نتایج مطالعه‌ی فاتیدو و همکاران (۲۰۰۸) نشان داد که خوش‌بینی با اضطراب و افسردگی والدین و میزان رضایتمندی از زندگی ارتباط دارد (۸). به‌طور کلی امید و خوش‌بینی علائم افسردگی و اضطراب را در بیماران مبتلا به سرطان از طریق کمک به تطابق با سرطان کاهش

سپس، پرسشنامه در اختیار متخصصان قرار گرفت تا از نظر صوری و محتوا بررسی نمایند. پس از دریافت نظرات متخصصان، پرسشنامه اصلاح شد.

پس از تصویب پژوهش در مرکز تحقیقات هماتولوژی و انکولوژی و تأیید کمیته منطقه‌ای اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی تبریز (۷/۳/۲۷۷) و اخذ رضایت آگاهانه از مشارکت کنندگان، پرسشنامه با روش مصاحبه خصوصی با والدین تکمیل گردید. پس از اتمام جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، یافته‌های پژوهشی با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

برای بررسی مشخصات فردی-اجتماعی و وابسته به بیماری والدین و مشخصات فردی-اجتماعی کودکان از آمار توصیفی شامل تعداد، درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده گردید. همچنین، برای بررسی ارتباط افسردگی و خوش‌بینی والدین کودکان مبتلا به سرطان با برخی مشخصات فردی-اجتماعی و وابسته به بیماری والدین و کودکان از آمار استنباطی شامل آزمون‌های ناپارامتری من-ویتنی و کروسکال وایس استفاده شد و جهت بررسی ارتباط بین افسردگی و خوش‌بینی والدین کودکان مبتلا به سرطان با توجه به عدم توزیع نرمال داده‌ها از آزمون همبستگی رتبه‌ای اسپیرمن استفاده گردید.

## یافته‌ها

نتایج حاصل از انجام این مطالعه نشان داد که میانگین سن والدین شرکت کنندگان در مطالعه ۳۶/۰۸ سال و بیشترین و کمترین سن به ترتیب ۴۹ و ۲۱ سال بود. ۷۹/۱ درصد مشارکت کنندگان زن بودند. ۴۸/۶ درصد مادران و ۵۲/۰ درصد پدران داری مدرک دیپلم بودند. در مورد کودکان شرکت کننده در مطالعه، ۵۴ درصد مؤنث بودند و میانگین سن کودکان مبتلا به سرطان ۱۰/۱۸ و بیشترین و کمترین سن به ترتیب ۱۵ و ۶ سال بود. ۷۶/۴ درصد در مقطع ابتدایی تحصیل می‌کردند، ۶۴ درصد تحت شیمی درمانی بوده و در ۸۱ درصد موارد توسط مادر مراقبت می‌شدند که در جداول شماره ۱ و ۲ نشان داده شده‌اند.

بر اساس آزمون کولموگروف اسمیرنوف توزیع متغیرهای خوش‌بینی و افسردگی از توزیع غیرنرمال برخوردار بود، لذا میانه و چارک‌های اول و سوم این دو متغیر محاسبه شدند و نتایج نشان داد که میانه امتیاز خوش‌بینی و افسردگی والدین کودکان مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان کودکان تبریز به ترتیب ۱۶/۰ و ۸/۰ بود (جدول ۳). از نظر افسردگی ۳۱ درصد (۴۶) نفر در گروه نرمال، ۲۷/۷ درصد (۴۱) نفر در گروه مشکوک و ۴۱/۲ درصد (۶۱) نفر از والدین در گروه دارای اختلال خلقی قرار داشتند. نتایج

پرسشنامه مربوط به اطلاعات دموگرافیک و برخی مشخصات مرتبط با بیماری در کودکان مبتلا به سرطان و والدین آنان بود. این مشخصات شامل سن، جنس، سطح تحصیلات والدین، نوع درمان‌های دریافتی، فرد مراقبت‌کننده از کودک، سن، جنس و سطح تحصیلات کودک بود.

قسمت دوم پرسشنامه "آزمون گرایش زندگی" (LOT-R)<sup>2</sup> بود که در مطالعات متعددی مورداستفاده قرار گرفته است و در این مطالعه فرم اصلاح شده آن مورداستفاده قرار گرفت. این ابزار توسط ویز ۳ در سال ۱۹۹۷ ابداع شده است و دارای ۱۰ گویه است که ۶ گویه اصلی و ۴ گویه فرعی می‌باشد. پاسخ به هر گویه ابزار شامل ۵ گزینه، کاملاً مخالف (صفر)، مخالف (۱)، بی‌نظر (۲)، موافق (۳) و کاملاً موافق (۴) می‌باشد. دامنه امتیازات بین ۲۴-۰ می‌باشد که از مجموع امتیاز سئوالات اصلی به دست می‌آید. در این ابزار کسب نمره بالاتر نشان‌دهنده خوش‌بینی بیشتر فرد نسبت به آینده می‌باشد و کسب امتیاز پایین بیانگر بدبینی فرد نسبت به آینده می‌باشد. همچنین، پایایی این پرسشنامه، پس از مطالعه بر روی ۲۰ نفر از والدین کودکان مبتلا به سرطان با استفاده آلفای کرونباخ ۰/۸۰ تعیین شد.

در قسمت سوم پرسشنامه، جهت بررسی افسردگی والدین کودکان مبتلا به سرطان از پرسشنامه "مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستان" (HADS)<sup>4</sup> استفاده گردید. این پرسشنامه که توسط Snaith (۱۹۸۳) ابداع شده است دارای ۱۴ گویه می‌باشد. ۷ گویه به بررسی اضطراب افراد و ۷ گویه نیز به بررسی افسردگی افراد می‌پردازد که در این مطالعه از ۷ گویه مربوط به افسردگی استفاده شد. پاسخ به هر گویه ابزار شامل ۴ گزینه، کاملاً مخالف (صفر)، مخالف (۱)، موافق (۲) و کاملاً موافق (۳) می‌باشد، همچنین نمره‌دهی سئوالات ۴ و ۶ به صورت معکوس می‌باشد. مجموع امتیازان بین ۲۱-۰ می‌باشد. نمره ۷-۰ نشان‌گر وضعیت نرمال، نمره ۱۰-۸ نشانگر وضعیت در معرض خطر و نمرات بالاتر از ۱۱ بیانگر وجود اضطراب و اختلال خلقی می‌باشد. این پرسشنامه در مطالعات متعددی در سطح جهان مورد استفاده قرار گرفته است (۲۲) و در ایران نیز مورد ترجمه و روایی قرار گرفته است (۲۳). پایایی بعد افسردگی پرسشنامه HADS، پس از مطالعه بر روی ۲۰ نفر از والدین کودکان مبتلا به سرطان با استفاده آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تعیین شد.

در این مطالعه روایی صوری و محتوای پرسشنامه‌ها با توجه به نظرات ۱۵ نفر از اساتید انکولوژی، روانپزشکی، روانشناسی بالینی و پرستاری در دانشگاه علوم پزشکی تبریز و دانشگاه تبریز تعیین شد. به این منظور ابتدا پرسشنامه انگلیسی به فارسی ترجمه و صحت ترجمه توسط دو نفر کارشناس زبان انگلیسی بررسی شد.

آزمون رتبه‌ای اسپیرمن نشان داد که بین متغیرهای خوش‌بینی و افسردگی والدین کودکان مبتلا به سرطان همبستگی منفی ضعیف و معنی‌داری وجود دارد ( $t = -0/439$ ,  $p < 0/001$ ). جهت بررسی اختلاف میانگین امتیازات خوش‌بینی و افسردگی با متغیرهای فردی-اجتماعی والدین و کودکان مبتلا به سرطان از آزمون‌های من ویتنی و کروسکال والیس استفاده شد. نتایج نشان داد که تفاوت میانگین خوش‌بینی با متغیرهای نوع درمان

( $p = 0/047$ ) و فرد مراقبت‌کننده ( $p = 0/039$ ) از نظر آماری معنادار بود و با سایر متغیرهای فردی-اجتماعی تفاوت آماری معناداری نداشت. همچنین تفاوت میانگین افسردگی تنها با متغیر فرد مراقبت‌کننده ( $p = 0/039$ ) از نظر آماری معنادار ( $p \leq 0/05$ ) و با سایر متغیرهای فردی-اجتماعی اختلاف آماری معنی‌داری نداشت (جدول ۴).

**جدول (۱):** توزیع فراوانی مطلق و نسبی متغیرهای فردی-اجتماعی کودکان مبتلا به سرطان

متغیرهای فردی-اجتماعی کودکان	طبقه	تعداد	درصد
جنس	مذکر	۶۵	۴۳/۹
	مؤنث	۸۱	۵۴/۷
تحصیلات	پیش دبستانی	۷	۴/۷
	ابتدایی	۱۱۳	۷۶/۴
	راهنمایی	۲۱	۱۴/۲
	دبیرستان	۷	۴/۷
نوع درمان دریافتی	شیمی درمانی	۹۵	۶۴/۲
	پرتو درمانی	۲	۱/۴
	جراحی	۱	۰/۷
	ترکیبی	۳۷	۲۵/۰
	سایر موارد	۵	۳/۴
فرد مراقبت‌کننده	مادر	۱۲۰	۸۱/۱
	پدر	۴	۲/۷
	هر دو	۱۲	۸/۱
	سایر افراد	۱۱	۷/۴

**جدول (۲):** توزیع فراوانی مطلق و نسبی متغیرهای فردی-اجتماعی والدین کودکان مبتلا به سرطان

متغیرهای فردی-اجتماعی والدین	طبقه	تعداد	درصد
جنس	مذکر	۲۶	۱۷/۶
	مؤنث	۱۱۷	۷۹/۱
تحصیلات مادر	بی‌سواد	۲۹	۱۹/۶
	سیکل	۳۰	۲۰/۳
	دیپلم	۷۲	۴۸/۶
	دانشگاهی	۱۷	۱۱/۵
تحصیلات پدر	بی‌سواد	۲۳	۱۵/۵
	سیکل	۳۰	۲۰/۳
	دیپلم	۷۷	۵۲/۰
	دانشگاهی	۱۴	۹/۵

**جدول (۳):** شاخص‌های آماری نمرات خوش‌بینی و افسردگی والدین کودکان مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان کودکان تبریز

مقیاس	میان	چارک اول	چارک سوم
خوش‌بینی	۱۶/۰	۱۴/۰۰	۱۸/۰۰
افسردگی	۸/۰	۵/۰	۱۲/۰

**جدول (۴):** شاخص‌های آماری خوش‌بینی و افسردگی والدین کودکان مبتلا به سرطان بر حسب متغیرهای دموگرافیکی

متغیر	خوش‌بینی	افسردگی
جنس والد	میانگین رتبه	میانگین رتبه
مرد (n = ۲۵)	۶۷/۴۸	نتایج آزمون من‌ویتنی
زن (n = ۱۱۶)	۷۱/۷۶	P = ۰/۶۳۲
تحصیلات مادر	میانگین رتبه	میانگین رتبه
بی‌سواد (n = ۲۹)	۷۳/۴۳	نتایج آزمون من‌ویتنی
سیکل (n = ۳۰)	۷۸/۲۵	P = ۰/۵۶۰
دیپلم (n = ۷۲)	۷۲/۱۷	
دانشگاهی (n = ۱۷)	۷۰/۸۸	
تحصیلات پدر	میانگین رتبه	میانگین رتبه
بی‌سواد (n = ۲۲)	۶۰/۷۰	نتایج آزمون کروسکال والیس
سیکل (n = ۲۹)	۸۲/۹۸	P = ۰/۱۲۷
دیپلم (n = ۷۷)	۶۸/۰۰	
دانشگاهی (n = ۱۴)	۸۳/۹۳	
جنس کودک	میانگین رتبه	میانگین رتبه
مذکر (n = ۶۴)	۷۵/۷۴	نتایج آزمون من‌ویتنی
مؤنث (n = ۸۰)	۶۹/۹۱	P = ۰/۴۰۱
تحصیلات کودک	میانگین رتبه	میانگین رتبه
پیش دبستانی (n = ۷)	۶۸/۷۹	نتایج آزمون کروسکال والیس
ابتدایی (n = ۱۱۳)	۷۴/۰۲	P = ۰/۹۳۰
راهنمایی (n = ۲۱)	۶۹/۹۸	
دبیرستان (n = ۷)	۸۰/۵۰	
نوع درمان	میانگین رتبه	میانگین رتبه
شیمی درمانی (n = ۹۳)	۷۵/۱۲	نتایج آزمون کروسکال والیس
پرتو درمانی (n = ۲)	۹۸/۷۵	P = ۰/۸۲۲
جراحی (n = ۱)	۶۷/۵۰	
ترکیبی (n = ۳۷)	۵۸/۵۵	
سایر موارد (n = ۵)	۳۴/۷۰	
فرد مراقبت‌کننده	میانگین رتبه	میانگین رتبه
مادر (n = ۱۱۹)	۶۹/۶۶	نتایج آزمون کروسکال والیس
پدر (n = ۴)	۹۱/۷۵	P = ۰/۰۲۶
هر دو (n = ۱۲)	۷۱/۲۵	
سایر افراد (n = ۱۰)	۱۰۷/۳۵	

### بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میان افسردگی والدین کودکان مبتلا به سرطان ۸ از دامنه امتیاز ۰-۲۱ بود و ۴۱/۲ درصد

روان آنان در ۴ بعد علائم جسمانی، اضطراب، اختلال خواب و افسردگی نسبت به گروه کنترل که آموزشی دریافت نکرده‌اند می‌باشد (۱۴). به‌طور کلی خوش‌بینی با پیامدهای مثبت در بسیاری از ابعاد سلامتی از بیماری‌های قلبی تا افسردگی همراه است (۹) که در تأیید یافته‌های مطالعه حاضر می‌باشند و نشانگر شیوع بالای افسردگی در بین والدین کودکان مبتلا به سرطان می‌باشد.

با توجه به اینکه شیوع افسردگی در جمعیت‌های مختلف ایران از ۶۹/۵ تا ۷۳ درصد متغیر است (۲۷) و میزان افسردگی در جمعیت مورد مطالعه‌ی این پژوهش نسبت به جمعیت عادی کشور در سطح نسبتاً بالایی قرار دارد و نیز با توجه به شیوع بالای سرطان در کودکان و به تبع آن افزایش جمعیت والدین در معرض خطر افسردگی و بار قابل توجهی که این بیماری به فرد، نظام سلامت و جامعه تحمیل می‌کند، در پیش گرفتن روش‌های مناسب برای شناسایی عوامل خطر، پیشگیری، درمان و مدیریت این بیماری ضروری به نظر می‌رسد.

همچنین از بین مشخصات دموگرافیک تنها بین فرد مراقب کننده و میزان افسردگی ارتباط معنادار وجود داشت ( $p=0/026$ ) که در راستای نتایج برخی از مطالعات مشابه می‌باشد (۲۸) اما در برخی مطالعات بین میزان افسردگی و مشخصات دموگرافیکی والدین ارتباط وجود دارد (۲۹، ۳۰) در این راستا نتایج تعدادی از مطالعات نشان می‌دهد که مادران بیشتر از پدران در معرض افسردگی و اضطراب هستند (۲۴، ۳۰، ۳۱). در حالی که نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین مادران و پدران کودکان مبتلا به سرطان تفاوت آماری معناداری وجود ندارد. به‌طور کلی می‌توان گفت که والدین کودکان مبتلا به سرطان در معرض خطر پیامدهای منفی روانی و اجتماعی هستند که نیازمند دریافت حمایت می‌باشند (۳۲).

در رابطه با میزان خوش‌بینی والدین کودکان مبتلا به سرطان نتایج مطالعه حاکی از آن است که در کل میانه امتیاز خوش‌بینی والدین ۱۶ از دامنه امتیاز ۰-۲۴ بود که نشانگر خوش‌بینی نسبتاً پایین والدین می‌باشد. کمترین و بیشترین امتیاز به ترتیب ۶ و ۲۴ بوده است. در این راستا نتایج پژوهشی نشان می‌دهد که میانگین نمره خوش‌بینی والدین کودکان مبتلا به سرطان ۱۳ بوده است (۸) که با یافته‌های مطالعه ما همخوانی دارد.

هرچند که در سال‌های اخیر مطالعات زیادی به نیازها و مشکلات ناشی از سرطان کودکان در والدین پرداخته‌اند ولی اطلاعات زیادی در مورد جنبه‌های مثبت از جمله خوش‌بینی که

والدین دچار افسردگی و ۲۷/۷ درصد آنها در معرض خطر ابتلا به افسردگی قرار داشتند. در این راستا، نتایج متون بیانگر میزان افسردگی بالای والدین کودکان بیمار نسبت به والدین کودکان سالم حتی چند سال بعد از درمان کودک می‌باشد (۲۴). مطالعه فوتیادو<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۸)، به بررسی و مقایسه‌ی سطح اضطراب و افسردگی والدین کودکان مبتلا به سرطان و والدین کودکان سرطانی شد، میانگین نمره افسردگی والدین کودکان بیمار ۷  $\pm 4/3$  گزارش شده است (۸). همچنین در مطالعه‌ای که توسط مادالین جی. دان<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۲) که بر روی والدین ۱۹۵ کودک مبتلا به سرطان انجام شد، ۱۹۱ مادر و ۹۵ پدر پرسشنامه‌های سنجش<sup>۳</sup> PTSS، مقیاس افسردگی بک و مقیاس اضطراب بک را در فاصله‌ی هفته‌های ۲ الی ۲۲ بعد از تشخیص سرطان کودک تکمیل نمودند. نتایج مطالعه حاکی از آن است که مراقبت از کودک مبتلا به سرطان در ۶ ماه اول بعد از تشخیص با بروز علائم افسردگی در پدران و مادران همراه است. همچنین پدران کودکانی که عود سرطان داشته‌اند سطح افسردگی بالاتری نسبت به پدران کودکانی که برای اولین بار تحت درمان سرطان قرار می‌گیرند، گزارش می‌کنند (۲۵). یافته‌های مطالعه فاید و همکاران<sup>۴</sup> (۲۰۱۱) که در کشور کانادا بر روی ۴۱۱ نفر از والدین کودکان مبتلا به سرطان تحت درمان، جهت تعیین عوامل پیشگویی کننده خوش‌بینی انجام شد، نشان داد که عدم وجود افسردگی در والدین این کودکان یکی از پیشگویی کننده‌های مهم خوش‌بینی است که کمک می‌کند والدین در مقابله با شرایط استرس‌زای زندگی مانند ابتلا فرزندشان به سرطان مقاومت بیشتری از خود نشان دهند (۱۱) که نتایج مطالعه حاضر را حمایت می‌کند.

در این راستا در مطالعه‌ی فروغی نعمت‌اللهی (۲۰۱۶) که در بیمارستان صهای تهران انجام شد، ۱۲۷ نفر از والدین کودکان مبتلا به سرطان با تکمیل پرسشنامه‌ی ۲۸ سوالی سلامت عمومی که دارای ۴ خرده مقیاس علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، عملکرد جسمانی و اضطراب می‌باشد، مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج نشان داد فراوانی اختلال سلامت روان در والدین کودکان مبتلا به سرطان نسبت به میانگین جامعه (۲۱ درصد) با اختلاف قابل توجهی بیشتر است (۲۶). همچنین نتایج مطالعه زینی وند و همکاران (۱۳۹۳) که بر روی ۳۰ نفر از مادران کودکان ۷-۳ ساله مبتلا به سرطان در شهر تهران انجام شد، نشان داد که آموزش روش‌های تفکر مثبت و خوش‌بینی در مادران باعث بهبود سلامت

<sup>3</sup> - Impact of Event Scale-Revised

<sup>4</sup> - Fayed et al

<sup>1</sup> - Fotiadou

<sup>2</sup> - Medeleine J. Dunn

اثر روانشناختی بیماری‌های مزمن و سازگاری بهتر می‌شود (۱۳)، ۲۰، ۳۶، ۳۷).

یافته‌های مطالعه ما نیز اهمیت خوش‌بینی و ارتباط آن با افسردگی والدین مبتلا به سرطان را آشکار نمود. از این رو هنگام طراحی و اجرای مداخلات جهت بهبود سازگاری افراد مبتلا به بیماری‌های شدید و همچنین مراقبین آنها، بررسی خوش‌بینی و عوامل تأثیر گذار بر آن ضروری به نظر می‌رسد.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی نیز می‌باشد. با توجه به اینکه این پژوهش در یک بیمارستان انجام شده است، لذا ممکن است پاسخگویی والدین تحت تأثیر شرایط مراقبتی آن مرکز صورت گرفته باشد. بنابراین تعمیم نتایج مطالعه به والدین کودکان بستری در سایر مراکز درمانی باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین در این مطالعه منابع حمایتی خانواده‌ها از جمله پوشش بیمه‌ای مورد بررسی قرار نگرفته است. با وجود محدودیت‌های ذکر شده، این مطالعه کاربردهای مهم برای تحقیق و عمل در حوزه بهداشت روان والدین کودکان مبتلا به سرطان دارد. با توجه به نتایج بدست آمده، پیشنهاد می‌گردد مداخلاتی جهت ارتقای خوش‌بینی والدین و در نتیجه از تأثیرات مثبت آن بر سلامت روان از جمله افسردگی بهره برد.

### تشکر و قدردانی

از کلیه والدین کودکان مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان کودکان تبریز که در این مطالعه مشارکت نمودند و همچنین معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی تبریز تشکر می‌شود. لازم به ذکر است که این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب به شماره ۷/۳/۲۷۷ مرکز هماتولوژی و انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تبریز می‌باشد و اعتبار آن از این محل تأمین شده است.

### References:

1. Steliarova-Foucher E, Colombet M, Ries LA, Moreno F, Dolya A, Bray F, et al. International incidence of childhood cancer, 2001–10: a population-based registry study. *Lancet Oncol* 2017;18(6):719-31.
2. Durrie DS, Slade SG, Marshall J. Wavefront-guided excimer laser ablation using

ممکن است بر سازگاری و تطابق والدین تأثیر داشته باشد وجود ندارد (۸). در این مطالعه بین میانگین خوش‌بینی با نوع درمان و فرد مراقبت‌کننده تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت. در مطالعه ما بین میزان خوش‌بینی و جنس والدین تفاوت آماری معناداری مشاهده نشد. نتایج مطالعه فوتیادو و همکاران نیز بین جنس والدین و کودکان با میزان خوش‌بینی والدین کودکان مبتلا به سرطان تفاوت آماری معنی‌داری نیافتند (۸)، که با یافته‌های مطالعه ما همخوانی دارد. اما در مطالعه‌ی اشنایدر و همکاران<sup>۵</sup> امتیاز خوش‌بینی مادران مراقبت‌کننده از کودکان مبتلا به بیماری تهدیدکننده‌ی زندگی، کمتر از پدران بود (۳۳). همچنین در مطالعه مذکور بین وضعیت شغلی والدین و میزان خوش‌بینی آنان ارتباط ضعیفی گزارش گردید که با یافته‌های برخی از مطالعات دیگر هم‌خوانی دارد (۳۴، ۳۵). همان گونه که مشاهده می‌شود نتایج مطالعات در این ارتباط بسیار متناقض می‌باشد. شاید دلیل این تناقض ابزارهای مورد استفاده در مطالعات مختلف، تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی بین جوامع مختلف باشد که نیازمند بررسی‌های بیشتری می‌باشد.

هدف اصلی و نهایی مطالعه‌ی حاضر، تعیین ارتباط بین افسردگی و خوش‌بینی والدین کودکان مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان کودکان تبریز بود. نتایج پژوهش نشان داد بین افسردگی و خوش‌بینی والدین کودکان مبتلا به سرطان همبستگی منفی و معنی‌دار وجود دارد ( $r = -0/439$ ،  $p < 0/001$ ). یکی از مطالعات همسو با این مطالعه، پژوهش فوتیادو بود که نشان داد بین خوش‌بینی و افسردگی والدین کودکان مبتلا به سرطان همبستگی منفی معنی‌دار وجود دارد ( $r = -0/38$ ،  $p < 0/001$ ) (۸). در این راستا مطالعات متعددی نشان داده‌اند که عملکردهای مثبت روانی از جمله سطح خوش‌بینی بالاتر، سلامتی روانی افراد را بعد از ابتلا به بیماری‌های مزمن تحت تأثیر قرار می‌دهد و باعث کاهش

photorefractive keratectomy and sub-Bowman's keratomileusis: a contralateral eye study. *J Refract Surg* 2008;24(1):S77-S84.

3. Shoshani A, Mifano K, Czamanski-Cohen J. The effects of the make a wish intervention on psychiatric symptoms and health-related quality of life of children with cancer: a randomised

- controlled trial. *Qual Life Res* 2016;25(5):1209-18.
4. Ljungman L, Cernvall M, Grönqvist H, Ljótsson B, Ljungman G, von Essen L. Long-term positive and negative psychological late effects for parents of childhood cancer survivors: a systematic review. *PLoS One* 2014;9(7):e103340.
  5. Zaider TI, Kissane DW. Psychosocial interventions for couples and families coping with cancer; 2010.
  6. Friedman MM, Bowden VR, Jones E. Family nursing: Research, theory & practice: Pearson; 2003.
  7. Ozono S, Saeki T, Mantani T, Ogata A, Okamura H, Nakagawa Si, et al. Psychological distress related to patterns of family functioning among Japanese childhood cancer survivors and their parents. *Psycho-Oncology* 2010;19(5):545-52.
  8. Fotiadou M, Barlow JH, Powell LA, Langton H. Optimism and psychological well-being among parents of children with cancer: an exploratory study. *Psycho-oncology* 2008;17(4):401-9.
  9. Shi L, Gao Y, Zhao J, Cai R, Zhang P, Hu Y, et al. Prevalence and predictors of posttraumatic stress symptoms in parents of children with ongoing treatment for cancer in South China: a multi-centered cross-sectional study. *Support Care Cancer* 2017;25(4):1159-67.
  10. Pakpour V, Mansour Ghafourifard, Sadri Z. Association of Health-related Quality of Life with Resilience among Mothers of Children with Cancer: a Cross-sectional Study. *Iran J Ped Hematol Oncol* 2016;6(2):84-91.
  11. Fayed N, Klassen AF, Dix D, Klaassen R, Sung L. Exploring predictors of optimism among parents of children with cancer. *Psycho-oncology* 2011;20(4):411-8.
  12. Scheier MF, Carver CS. Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychol* 1985;4(3):219.
  13. Schiavon CC, Marchetti E, Gurgel LG, Busnello FM, Reppold CT. Optimism and hope in chronic disease: a systematic review. *Front Psychol* 2017;7:2022.
  14. Zeinivand M KF, Salimi H. Evaluation of Positive Thinking and Optimism Training on Mental Health of Parents of Cancer Children in Cancer Hospital in Tehran. *Culture Counsel* 2013;5(19):34-50.
  15. Gillham JE, Shatté AJ, Reivich KJ, Seligman ME. Optimism, pessimism, and explanatory style 2001. P.75.
  16. Lee J, Kim H-S, Shim K-D, Park Y-S. The effect of anxiety, depression, and optimism on postoperative satisfaction and clinical outcomes in lumbar spinal stenosis and degenerative spondylolisthesis patients: cohort study. *Clin Orthop Surg* 2017;9(2):177-83.
  17. Mannix MM, Feldman JM, Moody K. Optimism and health-related quality of life in adolescents with cancer. *child Care Health Dev* 2009;35(4):482-8.
  18. Williams NA, Davis G, Hancock M, Phipps S. Optimism and pessimism in children with cancer and healthy children: Confirmatory factor analysis of the youth life orientation test and relations with health-related quality of life. *J Pediatr Psychol* 2009;35(6):672-82.
  19. Al Qadire M, Al-Sheikh H, Suliman M, Tawalbeh LI, Albashtawy M, Al-Radwan M, et al. Predictors of anxiety and depression among parents of children with cancer in Jordan. *Psycho-oncology* 2018;1:3.



20. Germann JN, Leonard D, Stuenzi TJ, Pop RB, Stewart SM, Leavey PJ. Hoping is coping: A guiding theoretical framework for promoting coping and adjustment following pediatric cancer diagnosis. *J Pediatr Psychol* 2015;40(9):846-55.
21. Garner MJ, McGregor BA, Murphy KM, Koenig AL, Dolan ED, Albano D. Optimism and depression: a new look at social support as a mediator among women at risk for breast cancer. *Psycho-oncology* 2015;24(12):1708-13.
22. Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Health Qual Life Outcomes* 2003;1(1):29.
23. Montazeri A, Vahdaninia M, Ebrahimi M, Jarvandi S. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): translation and validation study of the Iranian version. *Health Qual Life Outcomes* 2003;1(1):14.
24. Wikman A, Mattsson E, von Essen L, Hovén E. Prevalence and predictors of symptoms of anxiety and depression, and comorbid symptoms of distress in parents of childhood cancer survivors and bereaved parents five years after end of treatment or a child's death. *Acta Oncol* 2018;57(7):950-7.
25. Dunn MJ, Rodriguez EM, Barnwell AS, Grossenbacher JC, Vannatta K, Gerhardt CA, et al. Posttraumatic stress symptoms in parents of children with cancer within six months of diagnosis. *Health Psychol* 2012;31(2):176.
26. Moin FN. Mental Health Of Parents Of Children With Cancer Hospitalized In Soha Hospital In Tehran. Tehran: Shahid Beheshti University Of Medical Sciences; 2016.
27. Montazeri A, Mousavi SJ, Omidvari S, Tavousi M, Hashemi A, Rostami T. Depression in Iran: a systematic review of the literature (2000-2010). *Payesh* 2013;12(6):575-94.
28. Cernvall M, Skogseid E, Carlbring P, Ljungman L, Ljungman G, von Essen L. Experiential avoidance and rumination in parents of children on cancer treatment: relationships with posttraumatic stress symptoms and symptoms of depression. *J Clin Psychol Med Settings*. 2016;23(1):67-76.
29. Rahmani A, Azadi A, Pakpour V, Faghani S, Afsari EA. Anxiety and depression: A cross-sectional survey among parents of children with cancer. *Indian J Palliat Care* 2018;24(1):82.
30. Barrera M, Hancock K, Rokeach A, Cataudella D, Atenafu E, Johnston D, et al. External validity and reliability of the Psychosocial Assessment Tool (PAT) among Canadian parents of children newly diagnosed with cancer. *Pediatr Blood Cancer* 2014;61(1):165-70.
31. McCarthy MC, Ashley DM, Lee KJ, Anderson VA. Predictors of acute and posttraumatic stress symptoms in parents following their child's cancer diagnosis. *J Trauma Stress* 2012;25(5):558-66.
32. Rosenberg AR, Wolfe J, Bradford MC, Shaffer ML, Yi-Frazier JP, Curtis JR, et al. Resilience and psychosocial outcomes in parents of children with cancer. *Pediatric Blood Cancer* 2014;61(3):552-7.
33. Schneider M, Steele R, Cadell S, Hemsworth D. Differences on psychosocial outcomes between male and female caregivers of children with life-limiting illnesses. *J Pediatr Nurs* 2011;26(3):186-99.
34. Bood S-Å, Archer T, Norlander T. Affective Personality in Relation to General Personality, Self-Reported Stress, Coping, and Optimism. *Indiv Differ Res* 2004;2(1).
35. Steptoe A, Wright C, Kunz-Ebrecht SR, Iliffe S. Dispositional optimism and health behaviour in community-dwelling older people: Associations

- with healthy ageing. *Br J Health Psychol* 2006;11(1):71-84.
36. Miller DL, Manne SL, Taylor K, Keates J, Dougherty J. Psychological distress and well-being in advanced cancer: The effects of optimism and coping. *J Clin Psychol Med Settings* 1996;3(2):115-30.
37. Gardner MH, Mrug S, Schwebel DC, Phipps S, Whelan K, Madan-Swain A. Demographic, medical, and psychosocial predictors of benefit finding among caregivers of childhood cancer survivors. *Psycho-oncology* 2017;26(1):125-32.

## OPTIMISM AND ITS RELATIONSHIP WITH DEPRESSION AMONG PARENTS OF CHILDREN WITH CANCER ADMITTED TO A PEDIATRIC HOSPITAL AFFILIATED TO TABRIZ UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES

Vahid Pakpour<sup>1</sup>, Leyla Sheykhnejhad<sup>2</sup>, Sedigheh Salimi<sup>3</sup>, Azad Rahmani<sup>4</sup>

Received: 14 May, 2019; Accepted: 23 Aug, 2019

### Abstract

**Background & Aims:** Childhood cancer as a life-threatening illness has negative consequences for both the patients and their family. Parents of children with cancer are experiencing high levels of psychological stress, and it affect many aspects of parents' health. The aim of this study was to determine the depression and optimism among parents of children with cancer and relationship between these variables.

**Methods & Materials:** This is a descriptive-correlational study on 148 parents of children with cancer admitted to a pediatric hospital affiliated to Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz/Iran. Participants were selected using convenience sampling method. "Life Orientation Test-Revised" and depression section of "Hospital Anxiety and Depression Scale" were used to evaluate participants' levels of optimism and depression. The data were analyzed using SPSS version 16.0.

**Results:** The mean rank for optimism and depression was 16 (IQR: 4) and 8 (IQR: 7) respectively. Also, there was a negative, significant correlation between parents optimism and depression ( $P < 0.001$ ,  $R = -0.439$ ).

**Conclusion:** Considering the rate of depression in parents of children with cancer, more attention is needed to the factors affecting this. In addition, due to the significant relationship between optimism and depression, incorporating optimism-promoting strategies into caring planes is recommended.

**Keywords:** Optimism, Depression, Childhood cancer, Parents

**Address:** Hematology and Oncology Research Center, Nursing & midwifery faculty of Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

**Tel:** (+98) 9144016453

**Email:** vahidpakpour@gmail.com

<sup>1</sup> PhD in nursing. Assistant professor, Hematology and Oncology Research Center, Nursing & midwifery faculty of Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran (Corresponding Author)

<sup>2</sup> PhD candidate in Nursing, Nursing & midwifery faculty of Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

<sup>3</sup> MSc in Nursing, lecturer, Nursing & midwifery faculty of Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

<sup>4</sup> PhD in nursing. Associate professor, Nursing & midwifery faculty of Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran