

## رشد پس از تروما در مادران کودکان مبتلا به لوسمی بستری: یک مطالعه توصیفی-مقطعی

نیر محرمی<sup>۱</sup>، مهناز جبرائیلی<sup>۲</sup>، ماهنی رهکار فرشی<sup>۳\*</sup>

تاریخ دریافت ۱۴۰۱/۱۰/۰۴ تاریخ پذیرش ۱۴۰۱/۱۱/۰۸

## چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** مادران کودکان مبتلا به لوسمی، تحت تأثیر پیامدهای عمدتاً منفی حاصل از بیماری قرار می‌گیرند. ولی این حالات منفی نیز می‌تواند به‌عنوان نیروی محرک رشد روانی عمل کند. با توجه به شیوع بیماری لوسمی کودکان، توصیف عواملی که می‌تواند در بهبود وضعیت مادران نقش داشته باشد، ضروری است. لذا مطالعه حاضر باهدف توصیف رشد پس از ترومای مادران کودکان مبتلا به لوسمی بستری انجام گرفت.

**مواد و روش کار:** این مطالعه توصیفی-مقطعی در سال ۱۴۰۰ در مرکز آموزشی درمانی کودکان تبریز انجام شد. مادرانی که کودک زیر ۱۴ سال مبتلا به لوسمی بستری داشتند وارد مطالعه شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه دموگرافیکی و پرسشنامه رشد پس از تروما (PTG) جمع‌آوری شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام شد.  $p < 0/05$  از نظر آماری معنی‌دار تلقی شد.

**یافته‌ها:** تعداد ۱۲۲ مادر مورد مطالعه قرار گرفتند. نتایج نشان داد میانگین نمره کل رشد پس از تروما  $(71/14 \pm 9/40)$  و میانگین نمره رشد در همه مؤلفه‌ها بالاتر از حد متوسط بود. بیشترین رشد، در مؤلفه ارزش زندگی و کمترین میزان رشد در مؤلفه امکانات جدید بود.

**بحث و نتیجه‌گیری:** نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که مادران کودکان مبتلا به لوسمی به درجات مطلوبی از رشد دست یافته‌اند. این تغییر مثبت به‌عنوان پیامد یک اتفاق منفی می‌تواند نقطه قوتی برای مادران به‌عنوان مراقبین اصلی کودک، محسوب شود. تمرکز به رشد فردی و متوجه کردن مادران به ابعاد آن می‌تواند مدیریت بیماری توسط آن‌ها را ارتقا دهد. همچنین با توجه به اینکه کمترین رشد مربوط به مؤلفه امکانات جدید بود، باید با بررسی امکانات در دسترس مادران، اقدام به رفع کمبودهای موجود کرد.

**کلیدواژه‌ها:** کودک، لوسمی، مادران، رشد پس از تروما

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیستم، شماره نهم، پی‌درپی ۱۵۸، آذر ۱۴۰۱، ص ۶۹۶-۶۸۸

آدرس مکاتبه: تبریز، خیابان شریعتی جنوبی، دانشکده پرستاری مامایی، تلفن: ۰۶۱۳۴۷۹۶۷۷۰ - ۰۹۱۴۳۱۱۳۶۰۷

Email: m.rahkarfarshi@gmail.com

## مقدمه

خود دارند که با نیازهای آن‌ها کنار آمده و از آن‌ها مراقبت کنند (۶).  
مادران معمولاً پس از تشخیص بیماری کودک، استرس و مشکلات کنار آمدن با بیماری کودک را تجربه می‌کنند (۷). ولی چنین حالات روانی منفی نیز می‌تواند به‌عنوان نیروی محرک رشد روانی عمل کند. ۴۰ تا ۹۰ درصد از افراد، بعد از یک اتفاق نامطلوب زندگی، رشد را تجربه می‌کنند (۸). به عبارتی وقایع بسیار استرس‌زا می‌تواند درک فرد از جهان و جایگاه او را تغییر دهد و در نتیجه فرد تلاش می‌کند تا اندیشه و دنیای فرضی خود را دوباره بسازد و به یک جهان‌بینی جدید، عقاید جدید و اهداف جدید دست یابد (۹). لذا تغییرات مثبت در افراد بعد از بحران‌های بزرگ زندگی در سه حوزه

شایع‌ترین نوع بدخیمی در کودکان سرطان خون است که حدود ۳۰ درصد از سرطان‌های دوران کودکی را تشکیل می‌دهد (۱، ۲). در ایران میزان ابتلا به لوسمی در دوران کودکی روند افزایشی دارد (۳، ۴). بیماری سرطان از جهات بسیاری می‌تواند بر سیستم و روابط اعضای خانواده تأثیر بگذارد و باعث پیامدهای مثبت یا منفی کوتاه‌مدت یا طولانی‌مدت گردد. در این بین مادران بیشتر از سایر اعضای خانواده تحت تأثیر تشخیص سرطان در فرزندشان قرار می‌گیرند (۵). کودکان مبتلا به سرطان احتیاج بیشتری به مادران

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد پرستاری، مرکز تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

<sup>۲</sup> استادیار، گروه آموزشی کودکان، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

<sup>۳</sup> استادیار، گروه آموزشی کودکان، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (نویسنده مسئول)

اصلی تغییر در ادراک خود، تغییر رویکرد در روابط بین فردی و تغییر در فلسفه زندگی اتفاق می‌افتد (۱۰).

شواهد اخیر نشان می‌دهد که سرطان علاوه از اثرات روانی منفی اثرات مثبت نیز ایجاد می‌کند (۱۱). بسیاری از والدین فرزندان مبتلا به سرطان، پس از تشخیص فرزندشان، تغییرات روانی مثبتی را گزارش داده‌اند (۱۲). تغییر روان‌شناختی مثبت یا تغییر در اهداف اصلی زندگی، رشد پس از تروما تلقی می‌شود که در نتیجه مبارزه با شرایط زندگی بسیار چالش‌برانگیز تجربه می‌شود. این تغییر مثبت به دنبال یک رویداد زندگی از طریق فرآیند تعریف معنا، ایجاد اهداف جدید و شروع به کار در جهت دستیابی به آن اهداف اتفاق می‌افتد (۸). رشد پس از تروما می‌تواند به‌عنوان تجربه فرد از تحول مثبت که در مواجهه با حوادث مهم آسیب‌زا رخ می‌دهد تعریف شود (۱۳). در واقع رشد پس از تروما، ناشی از تلاش برای انطباق با مجموعه‌ای از شرایط بسیار سخت مانند بحران‌های بزرگ زندگی است که می‌توانند سطوح بالایی از پریشانی روانی و واکنش‌های روانی ناخوشایند ایجاد کنند. این رشد به‌عنوان نتیجه مستقیم تروما رخ نمی‌دهد، بلکه در نتیجه مقابله فرد با واقعیت جدید پس از تروما روی می‌دهد (۱۴). یافته‌های مطالعه هونگ<sup>۱</sup> (۲۰۱۹) که بر روی نوجوانان دارای سابقه ابتلا به لوسمی در دوران کودکی و والدین آن‌ها انجام شده است نشان‌دهنده سطح بالای رشد پس از تروما است (۱۵).

در دهه اخیر مطالعات اندکی به بررسی رشد پس از تروما در بیماری‌های سرطان پرداخته‌اند (۱۶) و این مفهوم مانند سایر مفاهیم پیچیده انسانی، وابسته به فرهنگ بوده و می‌تواند تحت تأثیر عوامل محیطی، مذهبی، خانوادگی و نحوه برخورد با بیماری قرار بگیرد. لذا بررسی این عوامل در بستر فرهنگی هر جامعه‌ای ضروری است. با توجه به آمار بالای سرطان و شیوع بیماری لوسمی کودکان در ایران و کمبود متون مرتبط در این خصوص، توصیف شرایط و عواملی که در بهبود وضعیت مادران این کودکان نقش دارد، بسیار ضروری به نظر می‌رسد. لذا مطالعه حاضر باهدف توصیف رشد پس از تروما مادران کودکان مبتلا به لوسمی بستری در مرکز آموزشی درمانی کودکان تبریز انجام گرفت.

## مواد و روش کار

مطالعه توصیفی مقطعی حاضر از اول تیرماه تا اول بهمن‌ماه سال ۱۴۰۰، در مرکز آموزشی درمانی کودکان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز که تنها مرکز تخصصی و مرجع کودکان در شمال غرب کشور است، انجام شد. مادرانی که کودک زیر ۱۴ سال مبتلا

به لوسمی بستری داشتند و از زمان تشخیص قطعی بیماری کودک حداقل شش ماه گذشته بود و مادر مراقب اصلی کودک بود، وارد مطالعه شدند. سایر معیارهای ورود عبارتند از عدم داشتن فرزند دیگر مبتلا به لوسمی، تمایل برای شرکت در مطالعه، داشتن سواد خواندن و نوشتن مادر، عدم ابتلای کودک به بیماری زمینه‌ای و مزمن دیگر و عدم ابتلای مادر به بیماری مزمن شناخته شده. پرسشنامه‌هایی که بیشتر از ده درصد آن‌ها تکمیل نشده بود، مورد بررسی قرار نگرفتند. برای تعیین حجم نمونه، از برآورد میانگین برای مطالعات توصیفی استفاده شده. لذا میانگین و انحراف معیار متغیر رشد پس از تروما مادران ( $19/098 \pm 66/09$ ) از مطالعه هولمن و همکاران استخراج شد (۱۷). با در نظر گرفتن اطمینان ۹۵ درصد و خطای قابل تحمل ۵ درصد میانگین و با استفاده از فرمول مربوطه، تعداد ۱۲۶ نمونه به دست آمد. مادرانی که در طول مدت مطالعه معیارهای انتخاب را داشتند به روش در دسترس وارد مطالعه شدند.

پس از کسب اجازه از معاونت پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز و با معرفی نامه معاونت پژوهشی دانشکده به مرکز آموزشی و درمانی کودکان، محقق با هماهنگی با مسئولین مرکز اقدام به جمع‌آوری داده‌ها نمود. برای جمع‌آوری داده‌ها، مادرانی که معیارهای ورود به مطالعه را دارا بودند شناسایی شدند. در ابتدا به‌تمامی مشارکت‌کنندگان در خصوص اهداف، نحوه انجام و طول مدت مطالعه و همچنین اختیاری بودن شرکت در مطالعه و گزارش محرمانه اطلاعات توضیحات لازم داده شد و بعد از اخذ رضایت ضمنی، فرم رضایت‌نامه کتبی آگاهانه جهت شرکت در مطالعه توسط مادران امضا گردید. مادران در اتاق خلوت مجاور بخش پرسشنامه مطالعه را به شکل خودگزارشی تکمیل نمودند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات مشتمل بر پرسشنامه دوقسمتی بود که قسمت اول مربوط به اطلاعات دموگرافیک و قسمت دوم پرسشنامه رشد پس از تروما بود. در قسمت اول اطلاعات دموگرافیک والدین شامل سن والدین، تعداد فرزندان، سطح تحصیلات، شغل، محل زندگی، وضعیت اقتصادی و اطلاعات دموگرافیک مربوط به کودک شامل جنس، سن، رتبه تولد، طول مدت بستری، نوع لوسمی، نام بخش بستری ثبت گردید. جهت ارزیابی رشد پس از تروما از پرسشنامه PTG (Post-Traumatic Growth Inventory) طراحی شده توسط تدسکی و کالهن (۱۹۹۶) استفاده شد. این پرسشنامه ۲۱ سؤالی شامل مؤلفه‌های امکانات جدید (۵ سؤال)، ارتباط با دیگران (۷ سؤال)، قدرت شخصی (۴ سؤال)، ارزش زندگی (۳ سؤال) و تغییر معنوی (۲ سؤال) بود.

<sup>2</sup> Tedeschi, Calhoun

<sup>1</sup> Hong

فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار بررسی و گزارش شد. برای تعیین توزیع نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد. همچنین برای بررسی ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک و نمره رشد پس از تروما، بسته به نوع متغیرهای دموگرافیک، از آزمون‌های ANOVA، تی مستقل و آزمون همبستگی پیرسون استفاده گردید. تحلیل داده‌ها در محیط نرم‌افزاری SPSS نسخه ۲۵ انجام شد. سطح  $p < 0.05$  از نظر آماری معنی‌دار تلقی شد.

### یافته‌ها

تعداد ۱۲۲ مادر کودک مبتلا به لوسمی مورد مطالعه قرار گرفتند. چهار پرسشنامه به علت عدم تکمیل مورد آنالیز قرار نگرفتند. میانگین سنی مادران ۳۴/۵۷ سال و میانگین سنی کودکان بستری، در حدود ۸۶ ماه یا ۷ سال بود. مشخصات دموگرافیک مادران و کودکان در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

سؤالات پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت شش درجه‌ای صفر تا پنج (اصلاً=۰، خیلی کم=۱، کم=۲، تقریباً=۳، زیاد=۴، خیلی زیاد=۵) نمره دهی می‌شد. دامنه نمرات بین ۰ و ۱۰۵ بوده و نمره بیشتر نشان‌دهنده رشد پس از تروما بالاتر بود (۱۸). روان‌سنجی و ارزیابی ساختار عاملی نسخه فارسی پرسشنامه رشد در دو مطالعه توسط حیدرزاده و همکاران در سال‌های ۲۰۱۵ و ۲۰۱۷ در ایران انجام گرفته است (۱۹، ۲۰). در مطالعه حاضر روایی صوری پرسشنامه‌ها با استفاده از پانل متخصصین سنجیده شد. بدین‌صورت که یک نسخه از پرسشنامه و هدف‌های تحقیق به ده نفر از اساتید روانپرستاری و پرستاری کودکان داده شد و توسط آن‌ها مورد ارزیابی قرار گرفت. سپس بر اساس نظرات حاصل‌شده، تغییرات و اصلاحات لازم صورت گرفت. پایایی پرسشنامه رشد پس از تروما، با مشارکت ۲۰ آزمودنی و محاسبه ضریب آلفای کرونباخ با مقدار ۰/۸۵ مورد تأیید قرار گرفت.

متغیر رشد پس از تروما با استفاده از آمار توصیفی شامل

جدول (۱): مشخصات دموگرافیک مادران و کودکان مبتلا به لوسمی بستری

متغیرهای کمی	میانگین (انحراف معیار)	کمترین	بیشترین
سن مادر (سال)	۳۴/۵۷ (۵/۸۱)	۲۱	۵۱
سن کودک (ماه)	۸۶/۳۶ (۳۵/۱۶)	۱۵	۱۶۲
طول مدت آخرین بستری کودک (روز)	۱۴/۳۴ (۱۲/۳۵)	۲	۹۰
طول مدت تشخیص بیماری (ماه)	۳۵/۷۰ (۲۵/۶۵)	۷	۱۲۳
متغیرهای کیفی	فراوانی	درصد	
جنس کودک	دختر	۳۷/۷	۴۶
	پسر	۶۲/۳	۷۶
رتبه تولد کودک	فرزند اول	۵۰	۶۱
	فرزند دوم	۴۰/۲	۴۹
	فرزند سوم	۹	۱۱
	فرزند چهارم	۰/۸	۱
نوع بیماری کودک	ALL	۹۵/۹	۱۱۷
	AML	۴/۱	۵
تحصیلات مادر	ابتدایی	۱۹/۷	۲۴
	راهنمایی	۱۴/۸	۱۸
	دیپلستان	۳۲	۳۹
	دانشگاهی	۳۳/۶	۴۱
شغل مادر	خانه‌دار	۹۲/۶	۱۱۳
	شاغل در بیرون	۷/۴	۹
	شاغل در منزل	۰	۰
تعداد اعضای خانواده	۳ نفر	۳۸/۵	۴۷

۴۹/۲	۶۰	۴ نفر	
۱۱/۵	۱۴	۵ نفر	
۰/۸	۱	بیشتر از ۵ نفر	
۴۷/۵	۵۸	تبریز	محل سکونت
۵۲/۵	۶۴	شهرستان و روستا	
۴/۱	۵	دخل بیشتر از خرج	درآمد ماهیانه
۴۱/۸	۵۱	دخل برابر خرج	
۵۴/۱	۶۶	دخل کمتر از خرج	

شده بر حسب درصد نیز نشان‌دهنده این است که بیشترین رشد، در مؤلفه ارزش زندگی و کمترین میزان رشد در مؤلفه امکانات جدید بود (جدول ۲).

نتایج نشان داد میانگین نمره کل رشد پس از تروما و میانگین نمره رشد در همه مؤلفه‌ها بالاتر از حد وسط می‌باشد. نمرات تعدیل

**جدول (۲): نمره کل و نمره مؤلفه‌های رشد پس از تروما مادران در مراقبت از کودک مبتلا به لوسمی بستری**

دامنه نمرات ۰ تا ۱۰۰	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	حدوسط دامنه نمرات	دامنه نمرات	
تعدیل شده	تعدیل شده	بیشترین	معیار	میانگین			
۱۸/۸۶	۶۱/۶۳	۵-۲۵	۴/۷۱	۱۵/۴۰	۱۲/۵	۰-۲۵	امکانات جدید
۱۸/۷۵	۶۴/۲۷	۶-۳۵	۶/۵۶	۲۲/۴۹	۱۷/۵	۰-۳۵	مؤلفه‌های ارتباط با دیگران
۱۸/۷۰	۷۳/۸۵	۱-۲۰	۳/۷۴	۱۴/۷۷	۱۰	۰-۲۰	رشد پس از قدرت شخصی
۱۵/۶۲	۷۷/۹۳	۵-۱۵	۲/۳۴	۱۱/۶۹	۷/۵	۰-۱۵	تروما ارزش زندگی
۲۲/۲۵	۷۵/۳۳	۱-۱۰	۲/۲۲	۷/۵۳	۵	۰-۱۰	تغییر معنوی
۱۳/۷۱	۶۸/۴۷	۴۲/۶۲-۱۰۰	۱۴/۴۰	۷۱/۹۰	۵۲/۵	۰-۱۰۵	نمره کل رشد پس از تروما

بود. همچنین مطابق با نتایج آزمون همبستگی پیرسون بین نمره رشد پس از تروما و سن مادر، ارتباط آماری معنی دار با ضریب همبستگی مثبت یافت شد ( $p=0/05$ ). نتایج آزمون تی مستقل رابطه آماری معنی داری بین متغیرها نشان نداد ( $p>0/05$ ) (جدول ۴).

در ارتباط متغیرهای دموگرافیک و نمره رشد پس از تروما، نتایج حاصل از آزمون آنالیز واریانس نشان‌دهنده تفاوت آماری معنی دار بین نمره کل رشد پس از تروما با سطح تحصیلات مادر ( $p=0/020$ )

**جدول (۴): ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک و رشد پس از تروما مادران در مراقبت از کودک مبتلا به لوسمی**

متغیرهای کیفی	نمره رشد پس از تروما	شاخص آزمون
	میانگین (انحراف معیار)	سطح معنی داری
ابتدایی	۶۴/۵۲(۱۵/۷۷)	
راهنمایی	۶۲/۲۷(۱۵/۷۴)	$F^* = 3/40$
دبیرستان	۷۳/۷۳(۱۳/۹۴)	$P = 0/02$
دانشگاهی	۷۲/۸۴(۱۲/۰۲)	
خانه‌دار	۷۱/۳۶(۱۴/۶۷)	$F = 2/09$
شاغل در بیرون	۷۸/۵۶(۸/۴۴)	$P = 0/15$
آزاد	۷۱/۴۶(۱۴/۸۲)	

	۷۲/۱۷ (۱۲/۹۰)	۳ نفر	
F = ۰/۸۶	۷۱/۵۹ (۱۵/۰۵)	۴ نفر	تعداد اعضای خانواده
P = ۰/۴۵	۷۳/۸۵ (۱۶/۴۷)	۵ نفر	
	۵۰/۰۰ (۰)	بیشتر از ۵ نفر	
	۶۹/۷۴ (۱۰/۸۹)	دخل بیشتر از خرج	درآمد خانواده
F = ۱/۹۵	۷۴/۹۱ (۱۴/۴۱)	دخل برابر خرج	
P = ۰/۱۴	۶۹/۷۳ (۱۴/۳۷)	دخل کمتر از خرج	
t** = ۰/۶۸	۷۲/۸۴ (۱۴/۵۴)	تبریز	محل سکونت
P = ۰/۴۹	۷۱/۰۴ (۱۴/۳۳)	شهرستان و روستا	
t = -۰/۱۷	۷۲/۱۹ (۱۳/۱۱)	دختر	جنس کودک
P = ۰/۸۶	۷۱/۷۲ (۱۵/۲۱)	پسر	
t = ۰/۷۸	۷۱/۹۷ (۱۴/۳۱)	ALL	نوع بیماری
P = ۰/۷۱	۷۰/۲۲ (۱۸/۲۵)	AML	
	شاخص آزمون	متغیرهای کمی	
P = ۰/۰۵	r*** = ۰/۱۷	سن مادر	
P = ۰/۹۴	r = -۰/۰۰	سن کودک	
P = ۰/۹۰	r = ۰/۰۱	طول مدت آخرین بستری کودک	
P = ۰/۷۱	r = ۰/۰۳	طول مدت تشخیص بیماری	

\* آزمون آنالیز واریانس ANOVA

\*\* آزمون تی مستقل

\*\*\* آزمون همبستگی پیرسون

## بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر باهدف توصیف رشد پس از تروما در مادران کودکان مبتلا به لوسمی انجام شد. نتایج نشان داد میانگین نمره کل رشد پس از تروما بالاتر از حد وسط بود. در مطالعه هولمان<sup>۱</sup> و همکارانش (۲۰۱۴) نمره رشد پس از تروما در مادران کودکان مبتلا به سرطان نیز بیشتر از حد متوسط بود (۱۷). در مطالعه دیگری والدین کودکان نجات یافته از سرطان، رشد بالایی را درخود گزارش کردند (۲۱). همچنین یافته‌ها با نتایج مطالعات انجام شده بر روی والدین کودکان مبتلا به اوتیسم (۲۲) و نمره رشد بستگان کودکان با اختلال روانی در مطالعه ساندرز<sup>۲</sup> (۲۳) و در بیماران مبتلا به سرطان گوارش در مطالعه نودری و همکاران (۱۴۰۰) که رشد بالایی داشتند، همخوانی دارد (۲۴).

در بررسی مؤلفه‌های پرسشنامه، بیشترین رشد در مؤلفه "ارزش زندگی" و کمترین رشد در مؤلفه "امکانات جدید" بود. بقیه مؤلفه‌ها از بیشترین به کمترین به ترتیب عبارت بود از، "تغییر معنوی"،

"قدرت شخصی و" ارتباط با دیگران". مشابه مطالعه حاضر، در مطالعه موریس<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۲) نیز که بر روی بیماران مبتلا به سرطان (پستان، پروستات، خون و کولورکتال) در استرالیا انجام شد، بیشترین رشد پس از تروما در مؤلفه "ارزش زندگی" و کمترین رشد در مؤلفه "امکانات جدید" گزارش شد (۲۵). نمرات کسب شده در هر یک از مؤلفه‌های رشد مطالعه هولمان و همکارانش (۲۰۱۴) بسیار نزدیک به مقادیر مطالعه حاضر بود (۱۷). در مطالعه ژانگ<sup>۴</sup> (۲۰۱۳) که بر روی ۱۰۲ نفر از مادران دارای کودک مبتلا به اوتیسم انجام شده بود، میانگین نمره رشد مادران در حد متوسط بود. از این میان بیشترین رشد در مؤلفه "قدرت شخصی" و کمترین رشد در "امکانات جدید" بود. میانگین نمرات سایر مؤلفه‌ها به ترتیب بیشتر تا کمتر مربوط به "ارزش زندگی"، "تغییر معنوی" و "ارتباط با دیگران" بود (۲۶). تفاوت‌های موجود می‌تواند مربوط به ماهیت مختلف بیماری‌ها و درجات رویداد آسیب‌زا باشد. بعلاوه عوامل فردی و محیطی در چگونگی رشد پس از تروما نقش بسزایی دارند

<sup>3</sup> Morris<sup>4</sup> Zhang<sup>1</sup> Hullmann<sup>2</sup> Sanders

درمان می‌باشد که بتوانند با آگاه کردن والدین از ابعاد رشد پس از تروما و آموزش آن، باعث رشد بهتر و سریع‌تر در آن‌ها شوند. در این راستا انجام مطالعات بیشتر در دوران ابتدایی تشخیص بیماری و کشف عوامل مرتبط با رشد پس از تروما پیشنهاد می‌گردد.

این مطالعه بر داده‌های خود گزارشی مادران متکی بود که احتمال سوگیری و خود سانسوری اطلاعات را افزایش می‌دهد این محدودیت خارج از کنترل محقق بود. همچنین به دلیل تمرکز و درگیری بیشتر مادران در مراقبت از کودک، پدران وارد مطالعه نشدند. بر این اساس توصیه می‌شود که در مطالعات آتی پدران نیز از نظر متغیر مطالعه بررسی شوند.

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که مادران کودکان مبتلا به لوسمی به درجات مطلوبی از رشد دست یافته‌اند. این تغییر مثبت به‌عنوان پی‌آمد یک اتفاق منفی می‌تواند نقطه قوتی برای مادران به‌عنوان مراقبین اصلی کودک، محسوب شود. با توجه به اینکه کمترین رشد در بعد امکانات جدید ایجاد شده بود، باید با بررسی امکانات در دسترس مادران، اقدام به رفع کمبودهای موجود گردد تا بتوان کیفیت ارائه مراقبت توسط مادران را ارتقا داد. تمرکز بر نقاط قوت والدین کودک در بیماری‌های مزمن و سنگینی نظیر لوسمی، یکی از عوامل کلیدی در جهت ارتقای مراقبت و مدیریت مناسب بیماری است. توجه به رشد فردی مطلوب ایجاد شده در مادران و توسعه آن می‌تواند تأثیر مثبتی در مدیریت بیماری داشته باشد.

### تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری کودکان، تصویب شده در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز (کد اخلاق: IR.TBZMED.REC.1399.1084) می‌باشد. نویسندگان از کلیه مادران مشارکت کننده در مطالعه و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز تشکر و قدردانی می‌نمایند.

### References:

1. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics. CA: Cancer J Clin 2018;68(1):7-30.
2. Ward E, DeSantis C, Robbins A, Kohler B, Jemal A. Childhood and adolescent cancer statistics. CA: Cancer J Clin 2014;64(2):83-103.
3. Pordanjani SR, Kavousi A, Mirbagheri B, Shahsavani A, Etemad K. Temporal trend and spatial distribution of acute lymphoblastic leukemia in Iranian children during 2006-2014: a mixed ecological study. Epidemiol Health 2020;42:e2020057.

(۶). لذا زمینه‌های فرهنگی مختلف، می‌تواند با بروز پاسخ‌های شناختی و تجربیات عاطفی متنوع در افراد، نتایج متفاوتی ایجاد کند.

در خصوص ارتباط متغیرهای دموگرافیک و نمره رشد، بین تحصیلات مادر و نمره رشد تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده شد. بطوریکه نمره رشد در مادران با سطح تحصیلات بالاتر، بیشتر بود. همچنین با افزایش سن مادر، نمره رشد بالاتری حاصل شده بود که این موضوع را می‌توان به ارتقای فرایندهای شناختی حاصل از تحصیلات و سن نسبت داد. بین سایر متغیرها رابطه و تفاوت معناداری به دست نیامد. در مطالعه هولمان و همکارانش ارتباطی بین نمره رشد و متغیرهای دموگرافیک وجود نداشت (۱۷).

ابتلا فرزند به بیماری سختی چون لوسمی، باورها، اهداف و شیوه‌های معنادهی به هیجانات شدید را در هم شکسته و در ابتدا موجب آشفتگی روانی والدین می‌شود. در پاسخ به این شرایط، مکانیسم‌های عمدتاً شناختی کمک می‌کنند تا فرد دریابد چه اتفاقی افتاده است و چگونه باید به آن واکنش دهد. این روند با گذشت زمان از شکل خودبه‌خودی خارج و متکی بر یادگیری و تلاش می‌شود (۱۶، ۲۷). از آنجایی که یکی از مهمترین وظایف مراقبت از والدین کودکان مبتلا به سرطان، بازگرداندن سطوح عملکرد آن‌ها به کارکرد اولیه و حتی فراتر از آن می‌باشد (۲۸)، بررسی وضعیت روانی و الگوهای مقابله والدین به ویژه در دوران اولیه تشخیص بیماری بسیار حائز اهمیت است. در این مطالعه مادرانی که شش ماه از ابتلای فرزندشان به بیماری گذشته بود، مورد مطالعه قرار گرفتند. بر اساس یافته‌های مطالعه، می‌توان استنباط کرد که این بازه زمانی فرصت مناسبی برای افزایش رشد پس از تروما والدین بوده است. بر این اساس و باهدف ارائه مراقبت با کیفیت و حمایت بالا از والدین، ماه‌های اول بعد از تشخیص بیماری دوران بسیار حساس برای تیم

4. Pordanjani SR, Kavousi A, Mirbagheri B, Shahsavani A, Etemad K. Geographical Pathology of Acute Lymphoblastic Leukemia in Iran with Evaluation of Incidence Trends of This Disease Using Joinpoint Regression Analysis. Arch Iran Med 2021;24(3):224-32.
5. Erker C, Yan K, Zhang L, Bingen K, Flynn KE, Panepinto J. Impact of pediatric cancer on family relationships. Cancer Med 2018;7(5):1680-8.
6. Davies J, O'Connor M. Mothers' Experiences Post-Childhood Cancer Treatment: A Qualitative Study. J Child Fam Stud 2022;1-11.

7. Naidoo D, Gurayah T, Kharva N, Stott T, Trend SJ, Mamane T, et al. Having a child with cancer: African mothers' perspective. *S. Afr J Occup Ther* 2016;46(3):49-54.
8. Yeung NCY, Cheung KC, Chau HC, Leung AWK, Li CK, Lam TTN, et al. Transition from acute treatment to survivorship: exploring the psychosocial adjustments of Chinese parents of children with cancer or hematological disorders. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(15):7815.
9. Irie W, Shiwaku H, Taku K, Suzuki Y, Inoue Y. Roles of reexamination of core beliefs and rumination in posttraumatic growth among parents of children with cancer: Comparisons with parents of children with chronic disease. *Cancer Nurs* 2021;44(1):20-8.
10. Calhoun LG, Tedeschi RG. *Posttraumatic growth in clinical practice*: Routledge; 2012.
11. Porteous E, Peterson ER, Cartwright C. Siblings of young people with cancer in NZ: experiences that positively and negatively support well-being. *J Pediatr Oncol Nurs* 2019;36(2):119-30.
12. 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. *Psychosoc Oncol* 2017;26(1):125-32.
13. Şenol-Durak E, Belgin Ayvaşık H. Factors associated with posttraumatic growth among the spouses of myocardial infarction patients. *J Health Psychol* 2010;15(1):85-95.
14. Molinaro ML, Fletcher PC. Taking lemons and making lemonade: posttraumatic growth from pediatric cancer. *Clin Nurse Spec* 2018;32(5):268-78.
15. Hong S, Park HR, Choi SH. Posttraumatic growth of adolescents with childhood leukemia and their parents. *Child Health Nurs Res* 2019;25(1):9-16.
16. Halldorsdottir B, Michel G, Baenziger J. Posttraumatic growth in family members of childhood cancer survivors—an updated systematic review. *J Psychosoc Oncol Res Prac* 2022;4(4):1-12.
17. Hullmann SE, Fedele DA, Molzon ES, Mayes S, Mullins LL. Posttraumatic growth and hope in parents of children with cancer. *J Psychosoc Oncol* 2014;32(6):696-707.
18. Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress* 1996;9:455-71.
19. Heidarzadeh M, Naseri P, Shamshiri M, Dadkhah B, Rassouli M, Gholchin M. Evaluating the factor structure of the Persian version of posttraumatic growth inventory in cancer patients. *Asian Nurs Res* 2017;11(3):180-6.
20. Heidarzadeh M, Rassouli M, Mohammadi Shahbolaghi F, Alavi Majd H, Mirzaeei H, Tahmasebi M. Validation of the Persian Version of the Posttraumatic Growth Inventory Using Iranian Patients with Cancer. *Payesh* 2015;14(4):467-73
21. Schepers SA, Okado Y, Russell K, Long AM, Phipps S. Adjustment in Childhood Cancer Survivors, Healthy Peers, and Their Parents: The Mediating Role of the Parent-Child Relationship. *J Pediatr Psychol* 2019;44(2):186-96.
22. Feng Y, Zhou X, Liu Q, Deng T, Qin X, Chen B, et al. Symptom severity and posttraumatic growth in parents of children with autism spectrum disorder: The moderating role of social support. *Autism Res* 2022;15(4):602-13.
23. Sanders A, Szymanski K. Siblings of people diagnosed with a mental disorder and posttraumatic growth. *Community Ment Health J* 2013;49:554-9.
24. Nouzari R, Najafi SS, Momennasab M. Posttraumatic growth among family caregivers of cancer patients and its association with social support and hope. *Int J Comm Based Nurs Midwifery* 2019;7(4):319-28.
25. Morris BA, Shakespeare-Finch J, Scott JL. Posttraumatic growth after cancer: the importance of

- health-related benefits and newfound compassion for others. *Support Care Cancer* 2012;20:749-56.
26. Zhang W, Yan T-t, Du Y-s, Liu X-h. Relationship between coping, rumination and posttraumatic growth in mothers of children with autism spectrum disorders. *Res Autism Spectr Disord* 2013;7(10):1204-10.
27. Asgari Z, Naghavi A. Explaining post-traumatic growth: Thematic synthesis of qualitative research. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2019;25(2):222-34. (Persian)
28. Hockenberry MJ, Wilson D, Rodgers CC. *Wong's essentials of pediatric nursing-e-book*: Elsevier health sciences; 2021.

## POST-TRAUMATIC GROWTH IN MOTHERS OF CHILDREN WITH LEUKEMIA: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Naier Moharrami<sup>1</sup>, Mahnaz Jabraeili<sup>2</sup>, Mahni Rahkar Farshi<sup>3</sup>

Received: 25 December, 2022; Accepted: 1286 January, 2023

### Abstract

**Background & Aim:** Mothers of children with leukemia are affected by mostly negative outcomes of the disease. But these negative situations can also act as a stimulus for mental growth. Considering the prevalence of childhood leukemia, it is necessary to describe the factors that can improve mothers' mental states. Therefore, the present study aimed to describe post-traumatic growth in mothers of hospitalized children with leukemia.

**Materials & Methods:** This descriptive cross-sectional study was conducted in Tabriz Children's Hospital in 2021. Mothers who had a hospitalized child under 14 years old with leukemia were included in the study. Data were collected using a demographic questionnaire as well as a post-traumatic growth (PTG) questionnaire. Data analysis was done with descriptive and inferential statistics by SPSS software version 25. Statistical significance was considered at  $p < 0.05$ .

**Results:** One hundred twenty-two mothers were included in the study. The results showed that the mean score of post-traumatic growth ( $71.90 \pm 14.40$ ) and the mean score of all subscales were above moderate. The highest growth was in the appreciation of life, and the lowest growth was in the new possibilities.

**Conclusion:** The results showed that the mothers of children with leukemia achieved good levels of growth. This positive change as a result of a negative event could be considered as a strong point for mothers as the main caregivers of children. Focusing on individual growth and making mothers aware of its dimensions can improve their disease management. Also, considering that the lowest growth was related to the new possibilities, it is necessary to solve the existing deficiencies by examining the mothers' available facilities.

**Keywords:** Children, Leukemia, Mothers, Post-Traumatic Growth

**Address:** South Shariati St, Department of Pediatric, Tabriz school of Nursing & Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

**Tel:** +984134796770

**Email:** m.rahkarfarshi@gmail.com

Copyright © 2022 Nursing and Midwifery Journal

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

<sup>1</sup> MSc in Nursing, Student Research Center, Tabriz school of Nursing & Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

<sup>2</sup> Assistant professor, Department of Pediatric, Tabriz school of Nursing & Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

<sup>3</sup> Assistant professor, Department of Pediatric, Tabriz school of Nursing & Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran (Corresponding Author)