

بررسی میزان شیوع اختلالات رفتاری و بهداشت روانی کودکان مبتلا به سرطان

مرضیه اردستانی^۱

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان شیوع اختلالات رفتاری و بهداشت روانی در کودکان مبتلا به سرطان انجام شده است. جامعه آماری پژوهش، ۱۸۵ کودک ۶ تا ۱۴ سال است که از پرسشنامه‌های اختلال رفتاری کودکان و بهداشت روانی کودکان (CSI-4) استفاده شده است. برای مقایسه میزان شیوع اختلال‌های رفتاری در بین کودکان مبتلا به سرطان با نسبت ادعا شده در کودکان غیرمبتلا به سرطان از روش مقایسه یک نسبت با نسبت ادعا شده و بررسی تفاوت سطح میانگین‌های بهداشت روانی آنان روش مقایسه میانگین‌ها استفاده شده است. نتایج نشان می‌دهد که میزان شیوع بیش‌فعالی - پرخاشگری در کودکان مبتلا به سرطان ۱۲ درصد می‌باشد. بنابراین در گروه مورد سنجش پرخاشگری و بیش‌فعالی آنها پایین‌تر از معیار جامعه بوده و اضطراب - افسردگی ۹۱ درصد در سطح معناداری ۱ صدم درصد قرار داشته و سطح اضطراب - افسردگی آنها بالاتر از معیار جامعه می‌باشد. تحلیل داده‌ها نشان می‌دهد که ناسازگاری اجتماعی ۶ درصد در سطح معناداری ۱ صدم درصد قرار دارد. بنابراین در گروه مورد سنجش ناسازگاری اجتماعی آنها پایین‌تر از معیار جامعه است. و رفتارهای ضداجتماعی ۱۵ درصد در سطح معناداری ۱ صدم درصد قرار دارد. از اینرو می‌توان گفت گروه مورد سنجش رفتارهای ضداجتماعی آنها پایین‌تر از معیار جامعه است و کمبود توجه و حواس‌پرتی ۱۵ درصد در سطح معناداری ۱ صدم درصد است. پس گروه مورد کمبود توجه و حواس‌پرتی آنها بالاتر از معیار جامعه می‌باشد. میانگین سطح بهداشت روانی کودکان مبتلا به سرطان ۵۷/۶ و معیار آن در کودکان غیرمبتلا ۷۱ است. بنابراین سطح بهداشت روانی آنان با یکدیگر متفاوت نیست.

واژگان کلیدی: شیوع اختلالات رفتاری، بهداشت روانی، کودکان مبتلا به سرطان.

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران

مقدمه

خانوادگی ایجاد می‌کنند (Siegel, 2010: 35). باعث افزایش احساس وابستگی، کاهش اعتماد به نفس، افزایش احساس آسیب‌پذیری، گیجی، درد، علائم جسمانی و افکار آشفته در مبتلایان می‌شود. عملکردهای روزانه، فعالیت‌های اجتماعی و آرامش فکری را دچار نابسامانی می‌کند و در عوض نقش‌های جدیدی را مطرح می‌سازد (Shapiro & Emanuel & Others, 2010: Others, 2006: 375). طی سال‌های مختلف در کشور شمار کودکان مبتلا به سرطان از ۹ کودک در هر ۱۰۰ هزار کودک در سال، به ۱۵ کودک در سال ۲۰۰۸ افزایش یافته است. نقش اعضای خانواده در آرامش بخشیدن به کودک بیمار و مراقبت از او بسیار موثر است (کدیور و همکاران، ۱۳۸۳: ۴۵). با این حال واکنش عاطفی اعضای خانواده گاه مانع از مداوای کودک می‌شود (بهمنی، ۱۳۹۰: ۱۱۰).

اختلال‌های رفتاری در برگیرنده رفتارهایی هستند که دائمی می‌باشند و با سن فرد متناسب نیستند و منجر به تضاد اجتماعی، نارضایتی و ناشادی فردی و شکست در مدرسه می‌شود. کودکان با اختلال‌های رفتاری اغلب نسبت به نظر معلم‌شان و مدرسه بی‌تفاوت، نسبت به ادامه تحصیل بی‌علاقه، و بی‌توجه به کار هستند. پیشرفت تحصیلی آنها پایین بوده و اغلب در مدرسه مردود می‌شوند. در تحقیق میلر و همکارانش (۱۹۷۱) فهرست رفتاری لوئیس ویل را برای نمونه‌ای ۵۰۰ نفری از والدین کودکان ۷ تا ۱۲ ساله شهر لوئیس ویل پست کردند. تحلیل پاسخ‌های داده شده به این فهرست نشان داد که حداقل ۲۵ درصد جمعیت عمومی دارای مقوله‌های رفتار انحرافی‌اند. مطالعات انجام شده توسط اسفندآبادی و

از نظر سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۰)، بهداشت روانی عبارت است از مجموعه عواملی که در پیشگیری از ایجاد و یا پیشرفت روند وخامت اختلالات شناختی احساسی و رفتاری در انسان نقش مؤثر دارند. سرطان، دومین عامل برجسته‌ی مرگ در کشورهای توسعه‌یافته و مسئول یک پنجم مرگ و میرهاست (Zeidan & Others, 2010: 200). اگرچه سرطان‌ها در دوران کودکی ناشایع هستند ولی دومین علت مرگ‌ومیر در کودکان زیر ۱۴ سال را تشکیل می‌دهد (Walker & Colosimo, 2011: 225). از طرفی رابطه‌ی تنگاتنگی میان حالات روانشناختی و سرطان وجود دارد (Walsh & Others, 2009: 100). باتوجه به اینکه هرگونه تغییری در زندگی انسان، با استرس همراه است، تشخیص سرطان نیز استرس‌های منحصر به را خود دارد. از جمله پیامدهای تشخیص این بیماری می‌تواند بروز عصبانیت، خشم، افسردگی، احساس تنهایی، پوچی، بی‌معنایی، حسادت، کینه‌توزی و همانند آنها اشاره کرد (Zeidan & Others, Ibid: 202) روشن است که علائم بیماری می‌توانند خود به عنوان واکنش‌هایی در برابر استرس آموخته شده باشد (عبدلهی، ۱۳۸۵: ۹۵). احتمال بروز اختلالات روانی در بیماران سرطانی ۳۰ تا ۴۰ درصد برآورد شده است. براساس تحقیقات انجام شده ۸۰ درصد از بیماران مبتلا به سرطان از نگرانی و اضطراب فوق‌العاده‌ای در مراحل اولیه‌ی معالجات خود رنج می‌برند (Specia & Others, 2006: 15). سرطانها مسیر زندگی فرد را تغییر می‌دهند. مشکلات فراوانی در تمامی ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و



روش پژوهش

روش تحقیق حاضر از نوع توصیفی-زمینه‌یابی و براساس هدف از نوع بنیادی که در این نوع تحقیق بنیادی هدف آن آزمون نظریه‌ها و تبیین روابط بین پدیده‌ها و افزودن به مجموعه دانش موجود در یک زمینه خاص است. که تحقیق بنیادی نظریه‌ها را بررسی کرده آنها را تأیید، تعدیل یا رد می‌کند. جامعه آماری تحقیق کلیه کودکان ۶ تا ۱۴ سال (۱۸۷ نفر) مبتلا به سرطان که از اردیبهشت ماه تا آخر مرداد در سال ۱۳۹۲ به صورت بستری و یا سرپایی در یکی از بیمارستان‌های شهدای تجریش، مرکز درمانی-رفاهی محک (مرکز حمایت از کودکان مبتلا به سرطان)، علی‌اصغر تهران، مرکز تخصصی کودکان مفید، بهرامی، امام حسین (ع)، میلاد و امام خمینی تحت درمان قرار داشتند. در این مطالعه ۹۱ کودک مبتلا به سرطان به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، با کمک مسئولین پرونده‌های کودکان ۶ تا ۱۴ ساله بررسی شد و آنها که دارای معیارهای ورود به پژوهش بودند انتخاب شدند و والدینی که مایل به همکاری بودند پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. معیارهای ورود شامل: دوره سنی ۶-۱۴ سال، دارای پرونده در مراکز درمانی سرطان، محرز بودن تشخیص سرطان در آنها، بهره‌هوشی نرمال براساس پرونده، والدینی که داوطلب شرکت در مطالعه بودند، عدم اختلال رفتاری قبل از ابتلا به سرطان براساس مصاحبه با والدین بوده و معیارهای خروج نمونه‌ها شامل: کودکانی که کمتر از ۶ ماه از آگاهی آنان در مورد ابتلا به سرطان می‌گذشت، کودکانی که با یکی از والدین خود زندگی می‌کنند براساس پرونده و در نهایت والدینی که قادر یا مایل به تکمیل پرسشنامه نبودند، بودند.

امامی‌پور بر روی ۶۰۰ دانش‌آموز نشان داد که میزان شیوع اختلال رفتاری براساس نقطه برش پیشنهادی در دانش-آموزان ۴۳/۳ درصد است؛ میزان شیوع اختلال رفتاری در دختران ۴۲ درصد و در پسران ۴۴/۷ درصد است. نتایج مطالعات علاقه‌بندراد و محمدی (۱۳۸۲)، نشان داد شایع‌ترین اختلال‌های روانپزشکی در بستگان کودکان به ترتیب: اختلال‌های افسردگی ۵۱/۷ درصد، کمبود توجه-بیش‌فعالی ۴۳/۸ درصد، اختلال‌های اضطرابی ۴۱/۷ درصد و اختلال وسواسی اجباری ۲۵ درصد بود. شایع‌ترین اختلال‌های همراه در مبتلایان به کمبود توجه-بیش‌فعالی به ترتیب: اختلال‌های بی‌اختیاری ادرار ۳۸/۳ درصد، اختلال وسواسی اجباری ۳۱/۷ درصد، اختلال‌های اضطرابی ۳۰ درصد و اختلال‌های تیک و توره ۲۶/۷ درصد بوده و در گروه سنی نوجوانان شیوع اختلال‌های دوقطبی ۳۷/۵ درصد بود (Howell & Others, 2010: 425).

باتوجه به مطالب پیشین، پژوهش حاضر به منظور بررسی شیوع اختلالات رفتاری در کودکان مبتلا به سرطان انجام شد تا با بررسی هر چه بیشتر عوامل تأثیرگذار بر بهداشت روانی آنان راه را برای برنامه‌ریزی هر چه بیشتر و مناسب‌تر برای این کودکان و خانواده‌هایشان به وجود آورد. از این سوالات اصلی تحقیق عبارتند از:

۱- آیا میزان شیوع اختلالات رفتاری در کودکان مبتلا به سرطان با نسبت ادعا شده در کودکان غیرمبتلا متفاوت است؟

۲- آیا وضعیت بهداشت روانی کودکان مبتلا به سرطان با کودکان غیرمبتلا متفاوت است؟

ابزار گردآوری داده‌ها

پرسشنامه رفتاری کودکان راتر، فرم والدین: این پرسشنامه دارای ۳۱ عبارت یا پرسش است. زمان لازم برای پاسخ‌دهی والدین حدود ۲۰ دقیقه می‌باشد. والدین باتوجه به رفتارهای کودک در ۶ ماه گذشته می‌توانند به پرسش‌ها پاسخ دهند. در عباراتی که کاملاً در مورد کودک صدق می‌کند عدد دو، اگر تا حدی صدق می‌کند عدد یک و اگر اصلاً صدق نمی‌کند عدد صفر را علامتگذاری می‌کنند. این تست به هم صورت فردی و هم گروهی اجرا می‌شود. نحوه نمره‌گذاری در این آزمون بدین صورت است که پاسخ‌ها براساس کلید در هریک از ستون‌های اختلالات رفتاری (D, AB, SM, AD, AH) جمع و حاصل آن از میانگین کم و بر انحراف استاندارد تقسیم می‌گردد. در صورتی که نمره حاصل با نمره میانگین کودکان عادی در همان دوره سنی مقایسه می‌شود در صورتی که این میزان بالاتر از میانگین کودکان همسن باشد، فرد به آن اختلال مبتلا است. راتر و همکاران (۱۹۷۵) پایایی این پرسشنامه را به روش بازآزمایی به فاصله دو ماه ۷۴ درصد و همبستگی بین فرم‌های والدین و آموزگار را ۷۶ درصد گزارش نمودند. فرگوسن و همکاران (۱۹۹۱) نشان دادند که نتایج این پرسشنامه با معیارهای متن تجدیدنظر شده سومین چاپ راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی برای اختلال‌های سلوک، افسردگی و بیش‌فعالی دارای همبستگی است. برای تعیین روایی این پرسشنامه، یافته‌های مربوط به ۲۵ نفر از گروه نمونه، با ارزیابی روانپزشک مقایسه شد و حساسیت ۹۷ درصد و ویژگی ۸۸ درصد بدست آمد. همچنین ضریب پایایی به شیوه بازآزمایی به

فاصله دو هفته بر روی ۳۶ کودک ۹۵ درصد بود. پرسشنامه بهداشت روانی کودکان (CSI-4): این پرسشنامه ابزاری غربالگر برای شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی بوده که عبارات آن براساس ملاک‌های تشخیصی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی تدوین شده است. این پرسشنامه توسط اسپرافگین و لانی و گادو در سال ۱۹۸۴ ساخته شد و دارای زیر مقیاس‌های اختلال رفتاری و هیجانی، نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک پرخاشگرانه و غیرپرخاشگرانه می‌باشد. همچنین دارای دو چک لیست والدین و معلمان می‌باشد و در آن فهرست علائم مرضی ۲۱ اختلال رفتاری و هیجانی مطرح گردیده است که شامل ۱۱ جدول می‌باشد که از A تا L نامگذاری شده است. جدول A یا الف در هر دو چک لیست معلمان و والدین دارای ۱۸ سوال می‌باشد که منطبق با ملاک‌های تشخیصی متن تجدیدنظر شده چهارمین چاپ راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی است و دارای چهار شدت (گزینه هرگز، گاهی، اغلب، بیشتر اوقات) می‌باشد. ۹ سوال اول مربوط به اختلال نقص توجه و ۹ سوال دوم مربوط به اختلال بیش‌فعالی و تکانشوری می‌باشد. در این پژوهش از فرم والدین استفاده شد و والدین به صورت فردی به آن پاسخ دادند. طبق دستورالعمل نمره‌گذاری پرسشنامه علائم مرضی براساس چهارمین چاپ راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی با سه استثناء، سوالات مربوط به همه گروه‌ها بدین صورت نمره‌گذاری می‌شوند: «هرگز» = ۰ گاهی = ۱ اغلب = ۱ بیشتر اوقات = ۱. سه مورد استثناء: در جزء C سوال ۳۲ تا ۴۱ و همه موارد جزء E و سوالات ۹۶ و ۹۷. ضمناً در جزء G سوال ۶۷ تا ۷۱: «خیر» = ۰ و



بلی=۱» نمره می‌گیرد. در صورتیکه مجموع نمرات فرد از نقطه برش پرسشنامه (جمع معیارهای جامعه) بالاتر باشد، دارای بهداشت روانی مطلوب است در غیر اینصورت سطح بهداشت روانی کودک پایین‌تر از کودکان عادی است. اسپر- افگین ولانی و گادو در سال ۱۹۸۴ همبستگی این آزمون و مقیاس‌های رفتاری کودک را در مورد بیش‌فعالی، کمبود توجه، اختلال سلوک و ODD، به ترتیب ۶۶، ۵۸، ۷۲ درصد گزارش کردند. ابراهیمی پایایی این آزمون را ۸۹ درصد تا ۹۶ درصد بدست آورده. در این پژوهش از آزمون Z به منظور بررسی معناداری یک نسبت مستقل با نسبت ادعا شده (نسبت‌های بدست آمده از اختلالات رفتاری در کودکان مبتلا به سرطان با میزان شیوع برآورد شده در چهارمین متن تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی اختلالات روانی) استفاده شد. و برای بررسی سطح بهداشت روانی کودکان در پرسشنامه CSI-4 از آزمون t تک گروهی استفاده شد.

جدول ۱) میزان شیوع اختلال بیش‌فعالی-پرخاشگری

متغیر	n	f	نسبت	Z	Zجدول	سطح اطمینان
اختلال بیش‌فعالی-پرخاشگری	۹۱	۱۱	٪۱۲	۲/۰۶	۲/۵۸	۰/۰۱
نسبت ادعا شده در جامعه			٪۵			

فرضیه شماره دو: میزان شیوع اختلال اضطرابی- افسردگی، در کودکان مبتلا به سرطان با نسبت ادعا شده در کودکان غیرمبتلا، متفاوت است. در مقیاس اضطراب و افسردگی باتوجه به خط برش ۸/۴۷۴ پرسشنامه اختلالات رفتاری راتر ۸ نفر از کودکان سالم و ۸۳ نفر دچار اختلال می‌باشند. درصد شیوع مقیاس اضطراب و افسردگی در نمونه ۹۱ درصد می‌باشد و درصد این اختلال در جامعه ۲ درصد برآورد شده است باتوجه به نتایج آزمون Z معناداری یک نسبت با معیار جامعه می‌توان گفت مقدار مشاهده شده، به صورت معناداری بالاتر از معیار جامعه است ($p < ۰/۰۱, z=۷/۲۷$) با عنایت به معنادار شدن نسبت محاسبه شده با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان نتیجه گرفت که بین نسبت میزان شیوع اختلال اضطراب- افسردگی در کودکان مبتلا به سرطان براساس آزمون راتر با نسبت ادعا شده این اختلال در کودکان عادی تفاوت وجود دارد.

توجه، اختلال سلوک و ODD، به ترتیب ۶۶، ۵۸، ۷۲ درصد گزارش کردند. ابراهیمی پایایی این آزمون را ۸۹ درصد تا ۹۶ درصد بدست آورده. در این پژوهش از آزمون Z به منظور بررسی معناداری یک نسبت مستقل با نسبت ادعا شده (نسبت‌های بدست آمده از اختلالات رفتاری در کودکان مبتلا به سرطان با میزان شیوع برآورد شده در چهارمین متن تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی اختلالات روانی) استفاده شد. و برای بررسی سطح بهداشت روانی کودکان در پرسشنامه CSI-4 از آزمون t تک گروهی استفاده شد.

یافته‌ها

فرضیه شماره یک: میزان شیوع اختلال بیش‌فعالی- پرخاشگری، در کودکان مبتلا به سرطان با نسبت ادعا شده در کودکان غیرمبتلا، متفاوت است. در مقیاس پرخاشگری و بیش‌فعالی باتوجه به خط برش ۸/۴۵۴ پرسشنامه اختلالات رفتاری راتر ۸۱ نفر از کودکان سالم و ۱۱ نفر دچار اختلال می‌باشند. درصد شیوع مقیاس پرخاشگری و بیش‌فعالی در نمونه ۱۲ درصد می‌باشد باتوجه به نتایج آزمون Z معناداری یک نسبت با معیار جامعه می‌توان گفت نسبت مشاهده شده، پایین‌تر از معیار جامعه است

جدول ۲) میزان شیوع اختلال بیش‌فعالی-پرخاشگری

متغیر	n	f	نسبت	Z	Z جدول	سطح اطمینان
اختلال اضطراب-افسردگی	۹۱	۸۳	٪۹۱	۲۷/۷	۲/۵۸	۰/۰۱
نسبت ادعا شده در جامعه			٪۲			

فرضیه شماره چهار: میزان شیوع اختلال رفتاریهای ضداجتماعی، در کودکان مبتلا به سرطان با نسبت ادعا شده در کودکان غیرمبتلا، متفاوت است. در مقیاس رفتاریهای ضداجتماعی باتوجه به خط برش ۸/۸۷۴ پرسشنامه اختلالات رفتاری راتر ۷۸ نفر از کودکان سالم و ۱۴ نفر دچار اختلال می‌باشند. درصد شیوع مقیاس رفتاریهای ضداجتماعی در نمونه ۱۵ درصد می‌باشد و معیار جامعه ۱۰ درصد می‌باشد باتوجه به نتایج آزمون Z معناداری یک نسبت با معیار جامعه می‌توان گفت نسبت مشاهده شده، پایین‌تر از معیار جامعه است ($p > 0.1, Z = 13/0$). با عنایت به معنادار نبودن نسبت محاسبه شده با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان نتیجه گرفت که بین نسبت میزان شیوع اختلال رفتاریهای ضداجتماعی در کودکان مبتلا به سرطان براساس آزمون راتر با نسبت ادعا شده این اختلال در کودکان عادی تفاوت وجود ندارد.

جدول ۴) میزان شیوع اختلال رفتاریهای ضداجتماعی

متغیر	n	f	نسبت	Z	Z جدول	سطح اطمینان
اختلال رفتاریهای ضداجتماعی	۹۱	۱۴	٪۱۵	۱۳/۰	۵۸/۲	۰/۱۰
نسبت ادعا شده در جامعه			٪۱۰			

فرضیه شماره پنج: میزان شیوع اختلال کمبود توجه و حواس‌پرتی، در کودکان مبتلا به سرطان با نسبت ادعا شده در کودکان غیرمبتلا، متفاوت است. در مقیاس کمبود توجه و حواس‌پرتی باتوجه به خط برش ۴۴/۸ پرسشنامه اختلالات رفتاری راتر ۷۲ نفر از کودکان سالم و ۱۹ نفر

فرضیه شماره سه: میزان شیوع اختلال سازگاری اجتماعی، در کودکان مبتلا به سرطان با نسبت ادعا شده در کودکان غیرمبتلا، متفاوت است. در مقیاس ناسازگاری اجتماعی باتوجه به خط برش ۹/۲۴۳ پرسشنامه اختلالات رفتاری راتر ۸۶ نفر از کودکان سالم و ۵ نفر دچار اختلال می‌باشند. درصد شیوع مقیاس ناسازگاری اجتماعی در نمونه ۶ درصد می‌باشد و معیار جامعه ۸ درصد می‌باشد باتوجه به نتایج آزمون Z معناداری یک نسبت با معیار جامعه می‌توان گفت نسبت مشاهده شده، پایین‌تر از معیار جامعه است ($p > 0.1, Z = 3/1$). با عنایت به معنادار نبودن نسبت محاسبه شده با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان نتیجه گرفت که بین نسبت میزان شیوع اختلال سازگاری اجتماعی در کودکان مبتلا به سرطان براساس آزمون راتر با نسبت ادعا شده این اختلال در کودکان عادی تفاوت وجود ندارد.

جدول ۳) میزان شیوع اختلال سازگاری اجتماعی

متغیر	n	f	نسبت	Z	Z جدول	سطح اطمینان
اختلال سازگاری اجتماعی	۹۱	۵	٪۶	۳/۱	۵۸/۲	۰/۱۰
نسبت ادعا شده در جامعه			٪۸			



جدول ۶) میزان شیوع اختلال کمبودتوجه حواس پرتی

متغیر	n	f	نسبت	Z	Z جدول	سطح اطمینان
اختلال کمبود توجه و حواس پرتی	۹۱	۱۹	٪۲۱	۳/۷۲۱	۲/۵۸	۰/۰۱
نسبت ادعا شده در جامعه			٪۵			

در این پژوهش برای ارزیابی سطح بهداشت روانی کودکان مبتلا به سرطان، میزان علائم مرضی در آنان بررسی شد. در صورتیکه میزان این علائم بالاتر از میزان معیار جامعه باشد یعنی سطح بهداشت روانی آنان پایین تر از کودکان عادی است (طبق تفسیر پرسشنامه CSI-4). میانگین کل علائم مرضی در این کودکان ۵۶/۷ بدست آمد که باتوجه به معیار جامعه که برابر ۷۱ است، سطح بهداشت روانی این کودکان کمتر از کودکان عادی نیست بلکه عملکرد بهتری نیز از خود نشان دادند. این نتایج با اطلاعات حاصل از پرسشنامه اختلالات رفتاری راتر همخوانی نداشت لذا پژوهشگر به منظور بررسی بیشتر مقیاس‌های این پرسشنامه را به صورت مجزا مقایسه نمود.

دچار اختلال می‌باشند. درصد شیوع مقیاس کمبود توجه و حواس پرتی در نمونه ۲۱ درصد می‌باشد و درصد این اختلال در جامعه ۵ درصد برآورد شده است باتوجه به نتایج آزمون Z معناداری یک نسبت با معیار جامعه می‌توان گفت مقدار مشاهده شده، به صورت معناداری بالاتر از معیار جامعه است ($p < 0.01, Z = 721/3$). با عنایت به معنادار شدن نسبت محاسبه شده با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان نتیجه گرفت که بین نسبت میزان شیوع اختلال کمبود توجه و حواس پرتی در کودکان مبتلا به سرطان براساس آزمون راتر با نسبت ادعا شده این اختلال در کودکان عادی تفاوت وجود دارد.

جدول ۵) میزان شیوع اختلال کمبودتوجه حواس پرتی

متغیر	n	f	نسبت	Z	جدول Z	سطح اطمینان
اختلال کمبود توجه و حواس	۹۱	۱۹	٪۲۱	۷۲۱/۳	۲/۵۸	۰/۰۱
نسبت ادعا شده در جامعه			٪۵			

فرضیه شماره شش: میزان میانگین سطح بهداشت روانی در کودکان مبتلا به سرطان و کودکان غیرمبتلا متفاوت است. در مقیاس اختلالات روانی باتوجه به خط برش ۷۱ آزمون CSI-4، ۲۲ نفر از کودکان سالم و ۸ نفر دچار اختلال می‌باشند. باتوجه به این خط برش میانگین کل ۶/۵۷ نمره کودکان به نسبت نمره معیار ۷۱ در سطح معنی‌داری ($t = -0.07/4, P < 0.001$) می‌توان گفت کودکان مبتلا به سرطان کمتر از معیار مرضی جامعه نمره گرفته‌اند و در دامنه نرمال رفتار کرده‌اند.

جدول ۷) نتایج آزمون Z نسبت با نسبت ادعا شده در جامعه در مولفه‌های پرسشنامه CSI4

متغیر	N	f	درصد نمونه	گروه	درصد جامعه	مقدار Z	حد بحرانی Z	سطح معنی داری
بیشفعال/اختلال دقت	۹۰	۱۲	۱۳/۳	۵	۵	۱/۰۵۲	۱/۹۶	$P > / 0.05$
بیش فعال تکانشگر	۹۰	۴	۴/۴	۵	۵	۰/۷۵	۱/۹۶	$P > / 0.05$
نوع مرکب بیشفعال	۹۰	۲	۲/۲	۵	۵	-۰/۳۲	۱/۹۶	$P > / 0.05$
اختلال ضدیت نافرمانی	۹۰	۲۶	۲۸/۸	۱۶	۱۶	۵/۱۴	۲/۵۸	$P < / 0.01$
اختلال رفتار	۹۰	۸۳	۹۲/۲	۲۴	۲۴	-۴	۲/۵۸	$P < / 0.01$
اختلال اضطراب همه جانبه	۹۰	۲۸	۳۱/۱	۵	۵	۷/۳	۲/۵۸	$P < / 0.01$
ترس مرضی خاص	۹۰	۲۰	۲۲/۲	۱۱/۳	۱۱/۳	۴/۰۷	۲/۵۸	$P < / 0.01$
افکار وسواسی	۹۰	۲۹	۳۲/۲	۲/۳	۲/۳	۵	۲/۵۸	$P < / 0.01$
اعمال وسواسی	۹۰	۳۰	۳۳/۳	۲/۳	۲/۳	۵/۳	۲/۵۸	$P < / 0.01$
اختلال استرس پس از ضربه	۹۰	۹	۱۰	۸	۸	۲	۱/۹۶	$P < / 0.05$
تیک های حرکتی	۹۰	۲۷	۳۰	۰/۳	۰/۳	۷/۷	۲/۵۸	$P < / 0.01$
تیک های صورت	۹۰	۱۳	۱۴/۹	۰/۳	۰/۳	۴/۳	۲/۵۸	$P < / 0.10$
اسکیزوفرنی	۹۰	۰	۰	۱/۵	۱/۵	۰	-	-
اختلال شدید افسردگی	۹۰	۸۲	۹۱	۲۵	۲۵	-۲/۲	۱/۹۶	$P < / 0.05$
اختلال خلقی خفیف	۹۰	۹	۱۰	۵	۵	۲/۶	۲/۵۸	$P < / 0.01$
اختلال اتستیک	۹۰	۳	۳/۳	۰/۰۲	۰/۰۲	۱/۹۳	۱/۹۶	$P > / 0.05$
اختلال اسپرگر	۹۰	۲۳	۲۴/۹	-	-	-	-	-
ترس مرضی اجتماعی	۹۰	۰	۰	۲۰	۲۰	۰	-	-
اختلال اضطراب جدایی	۹۰	۱۲	۱۳/۳	۴	۴	۳/۳	۲/۵۸	$P < / 0.01$
شب ادراری	۹۰	۳	۳/۳	۳/۵	۳/۵	۰/۷۵	۱/۹۶	$P > / 0.05$
انکوپریز	۵۰	۰	۰	۱	۱	۰	-	-

اختلال ضدیت نافرمانی، اختلال اضطراب همه‌جانبه، ترس مرضی خاص، افکار وسواسی، اعمال وسواسی، تیک‌های حرکتی، تیک‌های صورت، اختلال خلقی خفیف، اختلال اضطراب جدایی با سطح معناداری $P < / 0.01$ و اختلال استرس پس از ضربه، با سطح معناداری $P < / 0.05$ در کودکان مبتلا به سرطان به نسبتی بالاتر از معیار جامعه مشاهده شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

تحلیل داده‌ها نشان داد میزان شیوع اختلالات رفتاری در کودکان مبتلا به سرطان با نسبت ادعا شده در کودکان متفاوت است. باتوجه به نتایج بدست آمده از پرسشنامه

اختلال رفتاری کودکان راتر و بهداشت روانی کودکان، می‌توان گفت گروهی از اختلالات رفتاری مانند اضطرابی، افسردگی و ... در کودکان مبتلا به سرطان شیوع بیشتری دارد. بنابراین این فرضیه تأیید می‌شود. بدین معنی که شیوع اختلالات رفتاری در کودکان مبتلا به سرطان بالاتر از کودکان غیرمبتلا به سرطان است. یافته‌های تحقیق نشان داد میزان میانگین سطح بهداشت روانی در کودکان مبتلا به سرطان و کودکان غیرمبتلا متفاوت است. سطح میانگین بهداشت روانی کودکان مبتلا به سرطان ۶/۵۷ بدست آمد در حالیکه معیار کودکان غیرمبتلا به سرطان (نقطه برش پرسشنامه) ۷۱ است. این نتیجه بدست آمده حاکی از آن است که سطح بهداشت روانی این کودکان



یافته‌های تحقیق نشان داد که میزان شیوع اختلال افسردگی، در کودکان مبتلا به سرطان با نسبت ادعا شده در کودکان غیرمبتلا، متفاوت است. در پژوهش حاضر میزان شیوع اختلال اضطراب- افسردگی در پرسشنامه اختلالات رفتاری راتر ۹۱ درصد بدست آمد. بدین معنی که از ۹۱ نفر ۸۳ کودک از این اختلال رنج می‌برند. حداکثر میزان ابتلای افراد غیرمبتلا به سرطان به این اختلال دو درصد در چهارمین متن تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات برآورد شده است. براساس نتایج آزمون Z با ۹۹ درصد اطمینان با در نظر گرفتن شرایط خاص بیماری و دامنه تغییر رفتار باز هم میزان شیوع این اختلال در کودکان مبتلا به سرطان بسیار بالاست و می‌توان نتیجه گرفت میزان شیوع اختلال اضطراب-افسردگی در کودکان مبتلا به سرطان مورد بررسی در این پژوهش بالاتر از نسبت ادعا شده است و فرضیه «بین میزان اضطراب- افسردگی کودکان مبتلا به سرطان با نسبت ادعا شده تفاوت وجود دارد»، تأیید می‌شود. در راستای این نتیجه براساس تحقیقات اسپینگل ۸۰ درصد بیماران مبتلا به سرطان از نگرانی و اضطراب فوق‌العاده‌ای در مراحل درمان خود رنج می‌برند. آگاهی از نوع بیماری، طولانی بودن مدت درمان، نوع درمان (خصوصاً شیمی درمانی) و عوارض حاصل از تغییر چهره، پیش‌آگاهی نه چندان خوب همگی موجب اضطراب و افسردگی هم در کودک و هم در والدین او می‌گردد. باتوجه به اینکه درمان نیازمند جلسات متعدد شیمی درمانی می‌باشد، عوارض جسمی و ظاهری حاصل از شیمی درمانی، تغییرات روحی حاصل از درمان مربوطه، واکنش اطرافیات به خصوص همسالان در مواجهه با این افراد و بهبود تدریجی و کند

تفاوت خاصی با همسالان غیرمبتلا ندارد. شاید یکی از دلایل اصلی آن، این باشد که این پرسشنامه شاخص‌های بسیاری (۲۱ مورد) را مورد بررسی قرار می‌دهد که فقط تعداد محدودی از آنها در کودکان سرطانی دستخوش تغییر می‌گردد. لذا نمره میانگین آنها پایین‌تر از نمره مورد انتظار می‌شود. بدین خاطر به نظر می‌رسد بین نتایج حاصل از این پرسشنامه با اطلاعات پرسشنامه راتر تضاد وجود دارد. بدین خاطر در بررسی تک تک شاخص‌ها و اختلالات این پرسشنامه شاهد آن هستیم که اختلالاتی از جمله افسردگی، اضطراب، ترس مرضی خاص، افکار وسواسی، اعمال وسواسی، تیک‌های حرکتی و ... همانند پرسشنامه راتر در این کودکان شایع‌تر می‌باشد که این خود تناقض مربوطه را رد می‌نماید و نتایج پرسشنامه راتر را مورد تأیید در ارتباط با شیوع بیشتر اختلالات مربوطه قرار می‌دهد. نتایج تحقیق نشان داد میزان شیوع اختلال بیش‌فعالی- پرخاشگری، در کودکان مبتلا به سرطان با نسبت ادعا شده در کودکان غیرمبتلا، متفاوت است. در این پژوهش میزان شیوع اختلال پرخاشگری- بیش‌فعالی ۱۲ درصد بدست آمد. بدین معنی که تنها ۱۱ نفر دچار این اختلال بودند. میزان شیوع این اختلال در چهارمین متن تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات در کودکان غیرمبتلا به سرطان حداکثر ۵ درصد بیان شده است. براساس نتیجه آزمون Z با ۹۹ درصد اطمینان، فرضیه «بین میزان بیش-فعال- پرخاشگری کودکان مبتلا به سرطان با نسبت ادعا شده تفاوت وجود دارد»، رد می‌شود و میزان شیوع این اختلال، در کودکان مبتلا به سرطان مورد بررسی در این پژوهش با نسبت ادعا شده در کودکان غیرمبتلا تفاوت ندارد.

بودند. میزان ابتلای کودکان غیرمبتلا به سرطان به این اختلال ۱۰ درصد در چهارمین متن تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات برآورد شده است. براساس نتیجه آزمون Z با ۹۹ درصد اطمینان، فرضیه «بین میزان رفتارهای ضداجتماعی کودکان مبتلا به سرطان با نسبت ادعا شده تفاوت وجود دارد»، رد می‌شود و میزان شیوع این اختلال، در کودکان مبتلا به سرطان مورد بررسی در این پژوهش با نسبت ادعا شده در کودکان غیرمبتلا تفاوت ندارد.

تحلیل داده‌ها نشان داد میزان شیوع اختلال ناسازگاری اجتماعی، در کودکان مبتلا به سرطان با نسبت ادعا شده در کودکان غیرمبتلا، متفاوت است. در این پژوهش میزان شیوع اختلال سازگاری اجتماعی ۶ درصد بدست آمد. بدین معنی که تنها ۵ نفر دچار این اختلال بودند. میزان شیوع این اختلال در چهارمین متن تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات در کودکان غیرمبتلا به سرطان حداکثر ۶ درصد بیان شده است. براساس نتیجه آزمون Z با ۹۹ درصد اطمینان، فرضیه «بین میزان ناسازگاری اجتماعی کودکان مبتلا به سرطان با نسبت ادعا شده تفاوت وجود دارد»، رد می‌شود و میزان شیوع این اختلال، در کودکان مبتلا به سرطان مورد بررسی در این پژوهش با نسبت ادعا شده در کودکان غیرمبتلا تفاوت ندارد.

نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد میزان شیوع اختلال کمبود توجه و حواس‌پرتی، در کودکان مبتلا به سرطان با نسبت ادعا شده در کودکان غیرمبتلا، متفاوت است. در پژوهش حاضر میزان شیوع اختلال کمبود توجه و حواس‌پرتی ۲۱

همگی موجب می‌شود که حالت‌هایی از جمله غمگینی، ناامیدی، احساس منفی نسبت به خود، محدودیت عملکرد و ... که از علائم افسردگی هستند در این افراد به وجود آید بدین لحاظ می‌توان شاهد شیوع بیشتر افسردگی در آنها نسبت به همسالان بود.

پیش‌آگاهی نه چندان خوب این بیماری، غیرقابل پیش‌بینی بودن روند بهبودی و کنترل کمتر نسبت به آن علیرغم پیشرفت‌های علمی، نگرانی نسبت به تغییرات و مسائل حاصل از بیماری که عملاً محدودیت‌هایی برای فرد به وجود می‌آورد و سایر عوامل، همگی باعث ایجاد اضطراب، نگرانی، احساس عدم کنترل بر روی خود و بیماری از طرف بیمار و اطرافیان می‌شود که همگی موجب افزایش اضطراب در این کودکان نسبت به همسالان غیرمبتلا می‌شود. ضمناً همانطور که انتظار می‌رفت اضطراب بالای والدین و بستری طولانی مدت در بیمارستان و عوامل دیگر اضطراب زیادی را به کودک وارد می‌کند و سبب افسردگی و کناره‌گیری او می‌شود. این آمار بالا بسیار هشداردهنده است زیرا اکثراً این کودکان در دوران حساس زندگی خود از این اختلال رنج می‌برند و احتمالاً به دلیل وضعیت روحی نامناسب والدین کسی به این علائم توجهی نمی‌کند و خود این اختلال می‌تواند مانعی برای بهبودی و ایجاد دور باطل نماید.

یافته‌های تحقیق نشان داد میزان شیوع اختلال رفتارهای ضداجتماعی، در کودکان مبتلا به سرطان با نسبت ادعا شده در کودکان غیرمبتلا، متفاوت است. در این پژوهش میزان شیوع اختلال رفتارهای ضداجتماعی ۱۵ درصد بدست آمد. بدین معنی که تنها ۱۴ نفر دچار این اختلال



افسردگی در این کودکان این نتایج را توضیح می‌دهد. میزان بالای افسردگی در این کودکان علت تعداد کم بیش-فعالی است، این دو اختلال ملاک‌های تشخیصی متضاد با هم دارند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به مواردی همچون عدم وجود پرسشنامه دقیق و کوتاه‌تر برای سنجش بهداشت روانی کودکان، عدم همکاری بعضی از بیمارستان‌ها در خصوص تکمیل پرسشنامه‌ها و پرسشنامه بهداشت روانی مورد استفاده رفتارهای عینی کودک را بررسی نمی‌کرد لذا نیاز به توضیح فراوان از سوی آزماینده لازم است، به همین دلیل احتمال خطای ادراکی از سوی والد خیلی بالاست.

با عنایت به موارد فوق، در جمع‌بندی نتایج تحقیق می‌توان گفت: مهم‌ترین نتیجه بدست آمده از این پژوهش میزان بالای اختلال افسردگی و اضطراب این کودکان است. این اختلال‌ها تمام اطلاعات دیگر را نیز تبیین می‌کند بالا بودن میزان شیوع کمبود توجه و حواس‌پرتی بدون بیش‌فعالی را می‌توان نتیجه اضطراب دانست؛ اگرچه گفته شده اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی ارثی است اما اختلالات روانی مثل صفات جسمانی مستقیماً به ارث برده نمی‌شوند، بلکه عاملی که زمینه ابتلا به یک اختلال را آماده می‌کند به صورت «زمینه» از طریق ارث منتقل می‌شود و اگر شرایط نامساعد بیماری‌زا برای فرد به وجود آید باعث بروز اختلال روانی و رفتاری خواهد شد. از سوی دیگر از آنجا که بیش-فعالی در این کودکان به همین نسبت بیش از کودکان عادی نیست پس نمی‌توان آن را اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی دانست بلکه روشن است که علائم بیماری

درصد بدست آمد. بدین معنی که از ۹۱ کودک مبتلا به سرطان ۱۹ نفر آنها به این اختلال مبتلا بودند. حداکثر میزان ابتلای کودکان غیرمبتلا به سرطان به این اختلال در چهارمین متن تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ۵ درصد برآورد شده است. براساس نتیجه آزمون Z با ۹۹ درصد اطمینان با در نظر گرفتن ابتلا به سرطان، و وضعیت خاص آنها باز هم میزان ابتلای این کودکان به این اختلال بیش از کودکان عادی است و فرضیه «بین میزان کمبود توجه و حواس‌پرتی کودکان مبتلا به سرطان با نسبت ادعا شده تفاوت وجود دارد»، تأیید می‌شود. کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری دارای فراخنای توجه کوتاهی هستند، عزت‌نفس پائین‌تری دارند، در ارتباط با اعضای خانواده، اطرافیان و مردم مشکل دارند و به آسانی ناکام می‌شوند. از آنجا که علائم بیماری می‌تواند خود به عنوان واکنش‌هایی در برابر استرس آموخته شده باشد، کمبود توجه کودک نیز به دلیل اضطراب بالای اوست برطبق تعریف چهارمین متن تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی اضطراب و نگرانی شامل بی‌قراری، خستگی‌پذیری، اشکال در تمرکز، تحریک‌پذیری، تنش عضلانی و اشکال در خواب است. پس باتوجه به میزان بالای شیوع اضطراب در این کودکان، میزان بالای کمبود توجه و حواس‌پرتی آنان قابل پیش‌بینی است. برای بررسی نتایج بدست آمده در خصوص شیوع اختلالات رفتارهای ضداجتماعی، ناسازگاری اجتماعی و بیش‌فعالی-پرخاشگری، پژوهشی و مقاله‌ای که در این راستا باشد یافت نشد. که خود نشان دهنده این است که کودکان مبتلا به سرطان در این اختلالات تفاوتی با کودکان عادی ندارند. میزان بالای

لازم به ذکر است که این پرسشنامه توسط والدین این کودکان پر شده است، این والدین از بیماری فرزند خود احساس گناه کرده و برای کودک خود امتیازات ویژه‌ای قائل می‌شوند. بنابراین ممکن است والد رفتارهای مخرب و آسیب‌رسان او را پاسخ طبیعی به بیماری دانسته و از بیان آنها پرهیز کند.

لازمه بهداشت و سلامت روانی افراد و پیشگیری از بروز مشکلات و نابسامانی‌ها این است که قبل از هرچیز زمینه‌های بنای یک شخصیت محکم و استوار در فرد به وجود آید. در بهداشت روانی با پیشگیری از بروز اختلالات خلقی، شناختی و رفتاری سروکار داریم، با توجه به نتایج بدست آمده می‌توانیم بگوییم سطح بهداشت روانی این کودکان با کودکان عادی متفاوت نیست. درست است که ابتلا به سرطان، بستری شدن در بیمارستان و ... سبب استرس زیاد در کودکان می‌شود و اختلالات اضطرابی و افسردگی را در آنان بالا می‌برد اما رسیدگی‌های بیشتر از معمول والدین و مراقبت‌های همه‌جانبه آنان مانع از ایجاد بسیاری از اختلالات روانی دیگر می‌شود با این حال رسیدگی و درمان اختلالات شایع به بالا بردن سطح بهداشت روانی کودک می‌انجامد. البته واضح است که درمان کودک خارج از در نظر گرفتن اضطراب والدین و جو خانوادگی وی بهبودی موقتی است. از سوی دیگر، می‌توان اضطرابی که والدین از بیماری و بستری شدن‌های مکرر کودک خود تحمل می‌کند پیامدهای بسیاری دارد که طبیعتاً بر روی کودک و نحوه مقابله او با بیماری و رفتارهای کودک در طول درمان اثر می‌گذارد. همانطور که در این پژوهش نیز بدست آمد بهداشت روانی کودک و والد

می‌تواند خود به عنوان واکنش‌هایی در برابر استرس آموخته شده باشد. می‌توان آنرا به نتایج اضطراب و افسردگی بالای این کودکان، همچنین پاسخی به اضطراب و شیوه‌های فرزندپروری سهل‌گیرانه و باج‌دهنده والدین دانست. در پی بررسی وضعیت مادرانی که کودک خود را برای مداوا به نزد وی آورده بودند مشاهده کرد که رفتار مادر واکنش کودک نسبت به معاینات پزشک را تحت تأثیر قرار می‌دهد. باعث افزایش احساس وابستگی، کاهش اعتماد به نفس، افزایش احساس آسیب‌پذیری، گیجی، درد، علایم جسمانی و افکار آشفته در مبتلایان می‌شود. عملکردهای روزانه، فعالیت‌های اجتماعی و آرامش فکری را دچار نابسامانی می‌کند و در عوض نقش‌های جدیدی را مطرح می‌سازد و باعث می‌شود بیماران به دیگران وابسته شوند. از طرف دیگر بالاتر نبودن اختلالات سازگاری اجتماعی و رفتارهای ضداجتماعی را نیز باید هم با در نظر گرفتن اختلال افسردگی این کودکان و در نتیجه محدود شدن محیط اجتماعی آنان به خانواده و مدرسه که همه از بیماری کودک آگاه هستند و هم در نظر اینکه این کودکان بیمار بوده و بیش از کودکان عادی به والدین خود وابسته است و نیز از سوی دیگر از اضطراب و افسردگی ناشی از بیماری به مدت بیش از ۶ ماه رنج برده است (متغیری که کنترل شده در پژوهش) بررسی کرد، لذا طبیعی است که کودک تابع محیط است و رفتارهای عناد و لجبازی با محیط را از خود نشان ندهد. حتی می‌توان گفت این کودکان منزوی شده و زیاد وارد جامعه نمی‌شوند تا از خود رفتارهای ضداجتماعی نشان دهند.



۵- آگاهی دادن به معلمان کودکان مبتلا به سرطان در مورد نیازهای خاص آنها و نیز نحوه برخورد با این کودکان می‌تواند موانع احتمالی امتناع کودک از مدرسه رفتن را برطرف نماید و بدین وسیله افت تحصیلی آنان را کم کرد.

به محققان آتی پیشنهاد می‌گردد تا نسبت به موضوعاتی همچون بررسی شیوع اختلالات رفتاری و بهداشت روانی در رده‌های سنی دیگر، بررسی شیوع اختلالات روانشناختی دیگر در کودکان مبتلا به سرطان اقدام نمایند.

فهرست منابع

فارسی:

- ۱- اسفندآبادی، حامد و امامی‌پور، سعید (۱۳۸۲)، «بررسی میزان شیوع اختلال رفتاری در دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع ابتدایی مدارس دولتی شهر ابر»، پایان‌نامه مقطع دکتری.
- ۲- بهمنی، طاهره (۱۳۹۰)، «بررسی اثر آموزش مدیریت به مادران بر بهبود شیوه‌های فرزندپروری و کاهش نشانه‌های اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی فرزندان»، پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت.
- ۳- عبدالمی، فرهاد و محمدپور، علی (۱۳۸۵)، «بررسی کیفیت زندگی سالمندان مقیم در منزل و سرای سالمندان در شهر ساری در سال ۱۳۸۴»، دومین کنگره سراسری آسیب‌شناسی خانواده در ایران، دانشگاه شهید بهشتی.
- ۴- کدیور، پیمان و دیگران (۱۳۸۳)، «بررسی رابطه ساختار تعاملات خانواده (عملکرد خانواده) با سبک‌های مقابله با فشارهای روانی و تفاوت‌های جنسی در دانش‌آموزان پیش‌دانشگاهی»، پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد.

را کاهش می‌دهد. در نتیجه بر روی راهبردهای مقابله‌ای کودک نیز اثر می‌گذارد. تحریک‌پذیری و ناتوانی در کنترل کردن خود در والدین که ناشی از اضطراب آنهاست به کودک انتقال یافته و همانطور که یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد در کودک سبب اختلال‌های اضطرابی و رفتاری مانند کمبود توجه می‌گردد.

پیشنهادات

باتوجه به یافته‌های تحقیق پیشنهاد می‌گردد:

- ۱- وجود متخصص روانشناس در کنار پزشکان بیمارستان‌ها سبب شناسایی و پیشگیری از ابتلای این کودکان به اختلال‌های جدی رفتاری می‌شود و در صورت وجود اختلال درصدد رفع و کاهش آن بر می‌آید.
- ۲- متخصص روانشناس در کنار پزشکان در بیمارستان‌ها می‌تواند افسردگی و اضطراب‌های ناشی از عوارض جانبی داروهای درمانی سرطان را کنترل و از پیشرفت آن ممانعت نماید.
- ۳- متخصص روانشناس و یا مشاور در بیمارستان‌ها می‌تواند به والدین در مورد نحوه رفتار و تأثیرات آن بر روی کودکان مبتلا به سرطان آگاهی دهد و نیز او را در جهت کنترل اضطرابش یاری نماید.
- ۴- ایجاد فضایی برای بازی و سرگرمی کودکان مبتلا به سرطان که مجبور هستند مدتی در بیمارستان بستری شوند، می‌تواند آنها را در جهت تخلیه انرژی، برقراری رابطه اجتماعی، تخلیه هیجانی، یافتن دوستانی که مانند خود او هستند و غیره کمک کند.



لاتین:

- 1- Emanuel, A. S.; Updegraff, J. A.; Kalmbach, A. D.; Ciesla, J. A. (2010). The role of mindfulness facets in affective forecasting. *Personality and Individual Differences*.49 .
- 2- Howell, A. J.; Digdon, N.; Buro, K. (2010). Mindfulness predicts sleep-related selfregulation and well-being. *Personality and Individual Differences*.48 .
- 3- Siegel, R. D. (2010). *The Mindfulness Solution (every day practices for every day problems)*. New York: Guilford.
- 4- Shapiro, S. L.; Carlson, L. E.; Astin, J. A.; & Freedman, B. (2006). Mechanism of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*. 62.
- 5- Speca, M.; Carlson, L. E.; MacKenzie, M. J.; Angen, M. (2006). Mindfulness- Based Stress Reduction (MBSR) as an Intervention for Cancer Patients in Baer, R. *Mindfulness-Based Treatment Approaches*.San Diego: Elsevier.
- 6- Walker, L.; Colosimo, K. (2011). Mindfulness, self-compassion and happiness in non- meditators: A theoretical and empirical examination. *Personality and Individual Differences*. 50.
- 7- Walsh, J.; Balian, M. G.; Smolira S. J. D.R.; Fredericksen, L. K. & Madsen, S (2009). Predicting individual differences in mindfulness: The role of trait anxiety, attachment anxiety and attentional control. *Personality and Individual Differences*.
- 8- Zeidan, F.; Gordon, N. S.; Merchant, J. Goolkasian, Paula (2010). The effect of brief mindfulness meditation training on experimentally induced Pain. *Journal of Pain*. Vol.11. No.3.