

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه شهید بهشتی
دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

پایان نامه

جهت دریافت درجه کارشناسی ارشد
در رشته روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

موضوع:

عوامل پیش‌بینی کننده سازگاری در کودکان مبتلا به سرطان

استاد راهنما:

دکتر علیرضا عابدین

استاد مشاور:

دکتر نادر منیرپور

اساتید داور:

دکتر محمد علی مظاهری

دکتر جمال شمس

دانشجو:

آناهیتا گنجوی

شهریور ۱۳۸۸

۱۳۸۸/۱۲/۲

توجه: اطلاعات در این مورد محرمانه است
شماره ثبت: ۱۳۸۸

تقدیم با عشق

به پدر و مادر فداکارم

9

به امیرحسین، این عزیزترین همسفر من، تا همیشه

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی عوامل پیش‌بینی‌کننده مشکلات سازگاری در کودکان مبتلا به سرطان انجام شده است. بدین منظور نمونه‌ای بالغ بر ۲۰۰ نفر از والدین کودکان مبتلا به سرطان (۱۵۹ مادر و ۴۱ پدر) توسط روش نمونه‌گیری در دسترس از چندین بیمارستان در تهران انتخاب شدند. متغیرهای پیش‌بین در این مطالعه عبارت بودند از فشار روانی وارد بر والدین، کیفیت رابطه والد-کودک، کارکرد خانوادگی، سبک دلبستگی والدین، شدت بیماری و عوامل جمعیت‌شناختی. متغیر ملاک دربرگیرنده رفتارهای درون‌سازی شده و برون‌سازی شده کودکان مبتلا به سرطان بود. متغیرهای مذکور به ترتیب توسط ابزارهای مورد استفاده ذیل مورد بررسی قرار گرفتند: مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (DASS)، مقیاس رابطه والد-کودک، فرم کوتاه (CPRS-S)، ابزار سنجش خانواده (FAD)، پرسشنامه سبک‌های دلبستگی بزرگسالان (AAS)، دو پرسشنامه محقق ساخته، یکی در رابطه با شدت و دیگری مربوط به داده‌های جمعیت‌شناختی و بالاخره سباهه رفتار کودک، فرم والد (CBCL). داده‌های به دست آمده از تحلیل رگرسیون حاکی از آن بود که متغیرهای تعارض در رابطه والد-کودک، افسردگی والدین، جنسیت مونث کودک، و جنبه‌های مثبت در رابطه والد-کودک، به ترتیب، قادر به پیش‌بینی رفتارهای درون‌سازی شده در کودکان مبتلا به سرطان می‌باشند. همچنین، متغیرهای تعارض در رابطه والد-کودک، و عدم توجه و ابراز هیجانات در خانواده، به ترتیب، رفتارهای برون‌سازی شده این کودکان را پیش‌بینی می‌کنند. در مجموع، می‌توان نتیجه گرفت که سازگاری کودکان مبتلا به سرطان به نحو معناداری تحت تاثیر متغیرهای روانشناختی در والدین و خانواده قرار دارد.

واژگان کلیدی: سازگاری، سرطان، کودکان مبتلا به سرطان

در ابتدا، از استاد و راهنمای حقیقی‌ام، جناب آقای دکتر عابدین، سپاسگزارم که نه تنها در این مطالعه مرا راهنمون بودند، بلکه در نقطه‌ای از زمان باعث دگرگونی عظیمی در زندگی من شدند و مرا با سفر کاوش درون آشنا نمودند و این بی‌اغراق یکی از لذت‌بخش‌ترین و مفیدترین تجارب من در زندگی بوده است که آن را مدیون راهنمای عزیزم می‌باشم.

همچنین، از جناب آقای دکتر منیرپور به خاطر مشاوره ارزنده و دقت نظر بالایشان در انجام این پژوهش کمال تشکر را دارم.

از پدر و مادر عزیزم متشکرم که در طی این سالیان همواره با عشق و صبوری در کنارم بودند و هنر زندگی را دلسوزانه به من آموختند.

از سرکار خانم مداحی، مدیر محترم بخش روانشناسی بیمارستان محک، نیز به دلیل همکاری صمیمانه‌شان در این پژوهش نهایت تشکر را دارم. همچنین، جا دارد از سرکار خانم زمانی، سرپرست موسسه دوستی روزبهان، که سال‌ها پیش نخستین جرقه‌ها را در خصوص توجه به کودکان مبتلا به سرطان در ذهن من به وجود آوردند، قدردانی کنم.

در اینجا مایلم یادى کنم از کودکان پاکی که در خلال انجام این پژوهش به سرای دیگر شتافتند؛ عارف ابدانی، پگاه حسینی، پویا نوفلاح و بهنام زارع. روحشان شاد. بی‌شک انجام این مطالعه بدون کمک و همکاری کودکان عزیز و والدین آنها که علی‌رغم درد و رنج غیرقابل توصیف خود حاضر به تکمیل پرسشنامه‌ها شدند، امکان‌پذیر نبود و زبان از تشکری درخور آنها قاصر است.

در نهایت، گرمترین تشکرها را از همسر عزیزم، امیرحسین، دارم که به واقع بیشترین کمک‌ها را در حین انجام این پروژه و در لحظه لحظه زندگی به من ارزانی داشت و با صبوری تمام همیشه در کنار من بود و در سخت‌ترین شرایط نیز نگذاشت احساس تنهایی کنم.

فهرست مطالب

۱-۱۷	فصل اول / کلیات پژوهش
۲	مقدمه
۴	بیان مسئله
۱۱	اهمیت و ضرورت انجام پژوهش
۱۳	اهداف پژوهش
۱۳	هدف اصلی
۱۳	هدف‌های ویژه
۱۴	فرضیه‌های پژوهش
۱۴	سوال‌های پژوهش
۱۵	تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها
۱۵	متغیرهای پیش‌بین
۱۷	متغیر ملاک
۱۸-۸۳	فصل دوم / پیشینه پژوهش
۱۹	توصیف سرطان
۲۰	سرطان‌های کودکی در مقابل سرطان‌های بزرگسالی
۲۱	انواع سرطان در کودکان
۲۱	لوسمی
۲۳	سرطان‌های توده‌ای
۲۶	شدت سرطان‌های دوران کودکی
۲۷	شیوع سرطان در کودکی
۳۰	سبب‌شناسی سرطان در کودکی
۳۳	درمان سرطان در کودکان
۳۳	شیمی‌درمانی
۳۴	پیوند مغز استخوان
۳۵	رادیوتراپی
۳۵	جراحی
۳۶	تشخیص سرطان در کودکان
۳۷	پیش‌آگهی سرطان‌های دوران کودکی

۳۸	تأثیر بیماری مزمن بر کودک
۳۹	تاریخچه توجه به مسائل روانی-اجتماعی کودکان مبتلا به سرطان
۴۲	مشکلات سازگاری در کودکان
۴۲	مشکلات سازگاری در قالب رفتارهای درون‌سازی شده و برون‌سازی شده
۴۴	سازگاری در کودکان مبتلا به سرطان
۴۶	کیفیت بهبودی
۴۹	رویکردهای نظری موجود در ارتباط با سازگاری کودکان مبتلا به سرطان
۴۹	نظریه استرس شناختی
۵۱	نظریه اجتماعی-اکولوژیک
۵۳	مدل ناتوانی-استرس-مقابله
۵۴	مدل‌های مبتنی بر ارزیابی
۵۶	نظریه‌های پردازش شناختی
۵۷	مشکلات شاخص در سازگاری کودکان مبتلا به سرطان
۵۷	رفتار و سازگاری
۵۹	افسردگی و اضطراب
۶۱	اختلال استرس پس از ضربه
۶۱	تصویر بدنی
۶۲	عزت نفس
۶۳	عوامل خطر ساز و محافظت کننده در ارتباط با سازگاری کودکان مبتلا به سرطان
۶۳	تأثیر سرطان کودک بر والدین
۶۵	بروز فشار روانی در والدین
۶۷	تأثیر رفتار والدین بر سازگاری کودکان مبتلا به سرطان
۷۴	رابطه والد-کودک و سبک دلبستگی والدین
۷۸	کارکرد خانوادگی
۸۱	شدت بیماری
۸۲	عوامل جمعیت شناختی
۸۴-۱+*	فصل سوم / روش شناسی
۸۵	طرح پژوهش
۸۵	جامعه آماری
۸۶	گروه نمونه و روش نمونه‌گیری

	ابزارهای پژوهش
۸۶	مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (DASS)
۸۶	مقیاس رابطه والد-کودک، فرم کوتاه (CPRS-S)
۸۹	ابزار سنجش خانواده (FAD)
۹۱	پرسشنامه سبک‌های دلبستگی بزرگسالان (AAS)
۹۵	پرسشنامه محقق ساخته شدت و نوع بیماری
۹۵	پرسشنامه محقق ساخته جمعیت‌شناختی
۹۶	سیاهه رفتار کودک، فرم والد (CBCL)
۹۶	روش اجرای پژوهش و گردآوری داده‌ها
۱۰۰	شیوه تجزیه و تحلیل داده‌ها
۱۰۰	فصل چهارم / یافته‌های پژوهش
۱۰۱-۱۱۶	فصل پنجم / بحث و نتیجه‌گیری
۱۱۷-۱۳۵	محدودیت‌ها و پیشنهادات پژوهش‌های آینده
۱۳۲	منابع
۱۳۶-۱۶۸	منابع فارسی
۱۳۷	منابع انگلیسی
۱۳۹	

فهرست جداول

۲۹	جدول ۱-۲ بروز تخمینی سالیانه سرطان در کودکان و نوجوانان زیر ۲۰ سال
۸۷	جدول ۱-۳ جدول تحلیل عاملی اکتشافی به روش مولفه‌های اصلی و چرخش واریمکس، عوامل و بارهای عاملی DASS
۹۰	جدول ۲-۳ جدول تحلیل عاملی اکتشافی به روش مولفه‌های اصلی و چرخش واریمکس، عوامل و بارهای عاملی CPRS-S
۹۳	جدول ۳-۳ جدول تحلیل عاملی اکتشافی به روش مولفه‌های اصلی و چرخش واریمکس، عوامل و بارهای عاملی FAD
۹۸	جدول ۴-۳ جدول تحلیل عاملی اکتشافی به روش مولفه‌های اصلی و چرخش واریمکس، عوامل و بارهای عاملی CBCL
۱۰۲	جدول ۱-۴ فراوانی و درصد فراوانی والدین و کودکان به تفکیک جنسیت
۱۰۳	جدول ۲-۴ فراوانی و درصد فراوانی نوع و شدت بیماری
۱۰۴	جدول ۳-۴ ضرایب همبستگی مولفه‌های فشار روانی با متغیرهای ملاک رفتار برون‌سازی شده و درون‌سازی شده
۱۰۵	جدول ۴-۴ خلاصه مدل رگرسیون برای مولفه‌های فشار روانی و متغیر ملاک رفتار درون‌سازی شده
۱۰۵	جدول ۵-۴ خلاصه مدل رگرسیون برای مولفه‌های فشار روانی و متغیر ملاک رفتار برون‌سازی شده
۱۰۶	جدول ۶-۴ ضرایب همبستگی جنبه‌های رابطه والد-کودک با متغیرهای ملاک رفتار برون‌سازی شده و درون‌سازی شده
۱۰۶	جدول ۷-۴ خلاصه مدل رگرسیون برای جنبه‌های رابطه والد-کودک و متغیر ملاک رفتار درون‌سازی شده
۱۰۷	جدول ۸-۴ خلاصه مدل رگرسیون برای جنبه‌های رابطه والد-کودک و متغیر ملاک رفتار برون‌سازی شده
۱۰۷	جدول ۹-۴ ضرایب همبستگی مولفه‌های کارکرد خانوادگی با متغیرهای ملاک رفتار برون‌سازی شده و درون‌سازی شده
۱۰۸	جدول ۱۰-۴ خلاصه مدل رگرسیون برای مولفه‌های کارکرد خانوادگی و متغیر ملاک رفتار درون‌سازی شده
۱۰۸	جدول ۱۱-۴ خلاصه مدل رگرسیون برای مولفه‌های کارکرد خانوادگی و متغیر ملاک رفتار برون‌سازی شده
۱۰۹	جدول ۱۲-۴ ضرایب همبستگی متغیر سبک دلبستگی با متغیرهای ملاک رفتار برون‌سازی شده و درون‌سازی شده
۱۱۰	جدول ۱۳-۴ خلاصه مدل رگرسیون برای متغیرهای سبک دلبستگی و متغیر ملاک رفتار درون‌سازی شده
۱۱۰	جدول ۱۴-۴ خلاصه مدل رگرسیون برای متغیرهای سبک دلبستگی و متغیر ملاک رفتار برون‌سازی شده
۱۱۱	جدول ۱۵-۴ ضرایب همبستگی متغیرهای جمعیت‌شناختی کمی با متغیرهای ملاک رفتار برون‌سازی شده و درون‌سازی شده
۱۱۱	جدول ۱۶-۴ خلاصه مدل رگرسیون برای متغیرهای جمعیت‌شناختی و متغیر ملاک رفتار درون‌سازی شده
۱۱۲	جدول ۱۷-۴ خلاصه مدل رگرسیون برای متغیرهای جمعیت‌شناختی و متغیر ملاک رفتار برون‌سازی شده
۱۱۳	جدول ۱۸-۴ خلاصه مدل رگرسیون برای متغیر شدت بیماری و متغیر ملاک رفتار درون‌سازی شده
۱۱۳	جدول ۱۹-۴ خلاصه مدل رگرسیون برای متغیر شدت بیماری و متغیر ملاک رفتار برون‌سازی شده
۱۱۴	جدول ۲۰-۴ خلاصه مدل رگرسیون، برای متغیرهای پیش‌بین و متغیر ملاک رفتار درون‌سازی شده
۱۱۵	جدول ۲۱-۴ ضرایب B ، β ، خطای استاندارد و t برای متغیرهای پیش‌بینی کننده رفتار درون‌سازی شده
۱۱۵	جدول ۲۲-۴ خلاصه مدل رگرسیون، برای متغیرهای پیش‌بین و متغیر ملاک رفتار برون‌سازی شده
۱۱۶	جدول ۲۳-۴ ضرایب B ، β ، خطای استاندارد و t برای متغیرهای پیش‌بینی کننده رفتار برون‌سازی شده

فصل اول

کلیات پژوهش

مقدمه

سرطان و تشخیص آن یکی از مسائل بسیار استرس‌زا در زندگی یک کودک و والدین وی به شمار می‌رود (کازاک، استابر، باراکات، میسک، گاتری و میدوز^۱، ۱۹۹۸) و فشار روانی^۲ قابل توجهی را بر سلامت عمومی آنها وارد می‌آورد (جمال، تیواری، موری، ساموئلز، وارد، فیور و تان^۳، ۲۰۰۴). به طور معمول، سرطان به گروهی از بیماری‌های مرتبط با اطلاق می‌شود که مشخصه آنها رشد سلولی کنترل نشده و در نتیجه، ایجاد سلول‌های نابهنجار است. این سلول‌های نابهنجار ممکن است بیشتر از سلول‌های سالم زنده بمانند و سلول‌های ناقص بیشتری را تولید کنند و این امر منجر به نقص در کارکرد ارگان‌ها در بدن گردد. بسیاری از سرطان‌ها به شکل تومور ظاهر می‌شوند؛ با این وجود، انواع دیگر سرطان مانند لوسمی^۴، سیستم خونی را تحت تاثیر قرار می‌دهند و منجر به عوارضی در ارگان‌های متعدد می‌گردند (کروس و استینت^۵، ۲۰۰۶). از شایع‌ترین سرطان‌ها در میان کودکان می‌توان به این موارد اشاره کرد: لوسمی که عبارتست از سرطان گلبول‌های سفید خون، لنفوم^۶ یا سرطان غدد لنفاوی، تومورهای مغزی که در این مورد سرطان در بخش‌های زیادی از مغز یافت می‌شود، و استئوسارکوما^۷ یا سرطان استخوان (استیونس^۸، ۲۰۰۲). بر طبق گزارش انجمن سرطان امریکا^۹ (۲۰۰۳) در حال حاضر سرطان علت عمده مرگ به واسطه بیماری در کودکان و به طور کلی، پس از صدمات و مرگ‌های غیر عمدی، سومین علت اساسی مرگ در کودکان به شمار

¹ Kazak, Stuber, Barakat, Guthrie, & Meadows

² distress

³ Jemal, Tiwari, Murray, Samules, Ward, Reuer, & Thun

⁴ leukemia

⁵ Cruce & Stinnett

⁶ lymphoma

⁷ osteosarcoma

⁸ Stevens

⁹ American Cancer Society

می‌رود. متخصصان بر این باور هستند که سرطان می‌تواند ناشی از عوامل وراثتی و یا محیطی باشد. این در حالی است که حداقل پنج الی ۱۰ درصد از سرطان‌ها ماهیتا وراثتی هستند (انجمن سرطان آمریکا، ۲۰۰۳).

تخمین‌های موجود از شیوع سرطان کودکی حاکی از وجود حدود ۹۰۰۰ مورد جدید مبتلا به سرطان در سال ۲۰۰۳ می‌باشند که نتیجه آن مرگ ۱۵۰۰ نفر از کودکان مبتلا بوده است (کروس و استینت، ۲۰۰۶). هر ساله، بالغ بر ۱۲۰۰۰ کودک و نوجوان امریکایی زیر ۲۰ سال تشخیص سرطان را دریافت می‌کنند (ریس، ایسنر، کوثری، هانکی، میلر، کلگ، ماریوتو، فیور و ادواردز^۱، ۲۰۰۵). اگرچه اطلاعات مربوط به شیوع سرطان کودکی تا پیش از دهه ۱۹۷۰ نگهداری نمی‌شد، اما روند این مسئله در طول زمان نشان‌دهنده آن است که نرخ رو به افزایش سرطان کودکان، با شروع دهه ۱۹۹۰ رو به کاهش گذاشت (کروس و استینت، ۲۰۰۶). بر طبق گزارش وزارت بهداشت، در ایران ۱۸۰۰۰ کودک مبتلا به سرطان وجود دارد (ایرنا، ۱۳۸۶).

اگرچه طی سه دهه اخیر پیشرفت‌های عظیمی در درمان سرطان کودکان صورت گرفته (ریس، ایسنر، کوثری و همکاران، ۲۰۰۵) و به واسطه چنین درمان‌های روزافزونی، میزان بهبودیافتگی کودکانی که تشخیص سرطان را دریافت نموده‌اند به حدود ۸۰ درصد رسیده است (گروه آمار سرطان آمریکا^۲، ۲۰۰۴)، اما محققان اثرات سوء تاخیری تاخیری جسمانی و روانشناختی را در کودکان بهبودیافته از سرطان گزارش کرده‌اند (شوارتز^۳، ۱۹۹۹). کودکان مبتلا به سرطان و خانواده‌های آنها همواره فشار روانی زیادی را طی دوره تشخیص و درمان بیماری تجربه می‌کنند (استیل، دریر و فیپس^۴، ۲۰۰۴).

¹Ries, Eisner, Kosary, Hankey, Miller, Clegg, Mariotto, & Edwards

² U.S. Cancer Statistics Working Group

³ Schwartz

⁴ Steele, Dreyer, & Phipps

بیان مسئله

دیدگاه‌های اخیر بر پیامدهای روانشناختی سرطان کودکی بر پایه این فرضیه قرار دارند که سرطان، درمان آن، و محدودیت‌های ناشی از آن، همگی، اساساً رویدادهای ضربه‌زایی^۱ هستند که باعث بر هم خوردن تعادل کودک و خانواده گشته و مشکلاتی را در سازگاری^۲ کودک به بار می‌آورند. ویژگی اصلی اختلال سازگاری، پاسخ روانی به یک عامل استرس‌زای مشخص است که به پیدایش نشانه‌های رفتاری یا هیجانی قابل توجه بالینی منجر می‌شود. عامل استرس‌زا ممکن است یک رویداد منفرد باشد یا امکان دارد چندین عامل تنش‌زا وجود داشته باشند. همچنین، بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی - ویراست چهارم^۳ (DSM-IV، ۱۹۹۴) ممکن است عوامل استرس‌زا بر یک شخص منفرد و یا بر کل اعضای خانواده تاثیر بگذارند. سرطان کودک یک "بیماری خانوادگی"^۴ به همراه مقدار زیادی استرس است که زندگی روزمره کودک مبتلا و کلیه اعضای خانواده را تحت تاثیر قرار می‌دهد (چسler و باربارین^۵، ۱۹۸۷). این بیماری یکی از استرس‌زاترین تجربی قلمداد شده است که خانواده ممکن است با آن روبرو شود (کازاک و باراکات، ۱۹۹۷؛ استروف و استاین‌گلس^۶، ۱۹۹۶). در نتیجه، می‌توان انتظار داشت که به هنگام بروز چنین عامل استرس‌زایی، کودک مبتلا، به مشکلات سازگاری چندی دچار شود.

مشکلات سازگاری در کودک از چند منظر قابل بررسی می‌باشند که دو بعد عمده آن عبارتند از عدم سازگاری هیجانی و عدم سازگاری رفتاری-اجتماعی. به طور کلی سازگاری هیجانی بر رفتارهای درون‌سازی شده^۷ مانند اضطراب و افسردگی دلالت دارد. در اینجا، کودک به دلایل متفاوت فردی و محیطی احساسات و هیجانات منفی خود را به درون می‌افکند و از بروز آنها خودداری می‌کند. در مقابل، سازگاری رفتاری-اجتماعی با رفتارهای برون-

¹ traumatic

² adjustment disorder

³ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

⁴ family disease

⁵ Chesler & Barbarin

⁶ Ostroff & Steinglass

⁵⁰ internalizing behaviors

سازی شده^۱ مانند پرخاشگری و مشکلات رفتاری در ارتباط است. در این مورد، به دلیل عدم وجود کنترل کافی بر هیجانات منفی کودک، وی در عوض بیان آنها در قالب کلمات، توسط رفتارهایی چون تضادورزی و یا در موارد شدید توسط حملات بدنی به بیرون افکندن خشم و عصبانیت خود می‌پردازد. کودکان به هنگام رویارویی با عوامل استرس‌زا و در پاسخ به آنها ممکن است رفتارهای درون‌سازی شده و برون‌سازی شده^۲ چندی را از خود نشان دهند که مبین مشکلات سازگاری حاصل از ورود رویداد استرس‌زا می‌باشند (استم، گروتنهویس و لست، ۲۰۰۱).

بیماری سرطان باعث بروز چندین نقص در کودک می‌گردد که مهمترین آنها عبارتند از کاهش ایمنی بدن و ایجاد کم‌خونی در کودک. نخستین نقص، یعنی کاهش ایمنی بدن، چندین مسئله را به همراه دارد. برای مثال، کودک به واسطه^۳ این امر به طور مکرر دچار بیماری‌های دیگر می‌شود و در نتیجه کمتر قادر خواهد بود در فعالیت‌های متناسب با سن خویش شرکت کند. در ضمن، پایین بودن سطح گلبول‌های سفید خون و پلاکت‌ها^۴ که مسئول مقابله با عفونت‌ها می‌باشند، منجر به کاهش اثربخشی شیمی‌درمانی^۵ در کودکان مبتلا به سرطان می‌گردد و این مسئله به نوبه^۶ خود طولانی‌تر شدن مدت درمان و استفاده^۷ بیشتر از شیمی‌درمانی که درمانی نامطلوب و دردناک برای کودک است را به همراه دارد. به علاوه، کاهش تعداد گلبول‌های قرمز خون و کم‌خونی^۸ ناشی از آن در کودکان مبتلا به سرطان باعث ایجاد حالت ضعف و خستگی^۹ می‌شود. در چنین شرایطی کودک به دلیل بستری بستری شدن زیاد، کسالت و بی‌رمقی از بسیاری از فعالیت‌های خویش، خصوصا مدرسه و همسالان، فاصله می‌گیرد و این امر منجر به انزوای وی و نهایتا بروز حالات افسردگی و در مجموع رفتارهای درون‌سازی شده در وی می‌شود (سالیوان، ۲۰۰۴). در عین حال، درمان‌های مورد استفاده در کودکان مبتلا به سرطان، اغلب نسبت به خود سرطان،

⁵¹ externalizing behaviors

² Stam, Grootenhuis, & Last

³ platelets

⁴ chemotherapy

⁵ anemia

⁶ fatigue

⁷ Sullivian

سرطان، از سوی کودکان بیشتر دردناک و ضربه‌زننده تلقی می‌شوند (هدستورم، هگلاند، اسکولین و فن اسن^۱، ۲۰۰۳؛ لونگمن، گورد، سورنسن و کرگر^۲، ۱۹۹۹). کودکان اغلب تحت درمان‌های چندگانه از جمله شیمی‌درمانی، رادیوتراپی^۳ و جراحی قرار می‌گیرند که ممکن است بسیار خشن^۴ بوده و اثرات متعدد جسمانی و روانشناختی فوری و درازمدتی داشته باشند. برای مثال، کودکان اغلب پس از دریافت شیمی‌درمانی که رایج‌ترین درمان در کودکان به شمار می‌رود، دچار تهوع و استفراغ می‌شوند و قادر به خوردن غذا نمی‌باشند و این امر باعث کاهش ایمنی بدن در آنها می‌گردد. در ضمن، شیمی‌درمانی نوعی حالت خستگی را در کودک به جای می‌گذارد که این حالات نیز کودک را با محدودیت‌هایی در انجام فعالیت‌ها روبرو می‌کند و همانطور که در پیش آمد، وی را به سوی مشکلات درون-سازي شده سوق می‌دهد. مسئله بسیار مهم دیگر دردناک و تهاجمی^۵ بودن روش‌های درمانی است. کودکان در بسیاری موارد می‌باید سه الی چهار مرتبه در هفته شیمی‌درمانی دریافت کنند که این کار گاهی به صورت تزریق درون وریدی^۶ (IV) و گاهی به شکل تزریق دارو مستقیماً در مایع مغزی-نخاعی^۷ (IT) انجام می‌گیرد. این روش‌ها، خصوصاً روش دوم، بسیار دردناک هستند. در اینجا، کودک از یک سو به دلیل قرار گرفتن در معرض چنین شرایط خشنی، دچار خشم، رفتارهای مقابله‌ای و در مجموع مشکلات برون‌سازی شده می‌شود و در عین حال در طول زمان به دلیل ناکام شدن در این راه و قرار گرفتن مکرر در معرض این درمان‌ها خشم خود را به درون افکنده و مشکلات درون‌سازی شده چندی را نیز بروز می‌دهد (گرینبرگ^۸ و میدوز، ۱۹۹۱).

در نتیجه پیشرفت‌های درمانی از یک سو، و بروز فشار و پیامدهای سوء روانشناختی فوق‌الذکر در کودک از سوی دیگر، در سال‌های اخیر علاقه به بررسی میزان سازگاری در کودکان بهبودیافته از سرطان افزایش یافته است. در

¹ Hedstorm, Haglund, skolin, & Von Essen

² Ljungman, Gordh, Sorensen, & Kreuger

³ radiotherapy

⁴ aggressive

⁵ invasive

⁶ intravenous

⁷ intrathecal

⁸ Greenberg

حقیقت، سوال مطرح شده در این بین آن است که چرا برخی کودکان مبتلا به سرطان، دچار مشکلات شدید سازگاری می‌گردند و برخی دیگر کمتر به این مشکلات دچار می‌شوند. در واقع، به نظر می‌رسد در کنار روش‌های درمانی دردناک، بستری شدن و پیش‌آگهی نامشخص که عوامل استرس‌زای معمولی هستند که تهدیدی اساسی برای سازگاری کودکان مبتلا به سرطان و خانواده‌های ایشان به شمار می‌آیند، برخی عوامل می‌توانند در افزایش یا کاهش مشکلات سازگاری در نقش عوامل خطر ساز و محافظت کننده عمل کنند. از آنجا که سازگاری بهتر، می‌تواند پیامدهای مثبتی مانند همکاری بهتر با درمان، کاهش فشار وارد بر کودک و خانواده و در نهایت افزایش کیفیت بهبودی را به همراه آورد، شناسایی عوامل مذکور حیطه‌ای اساسی برای تحقیق به شمار می‌رود (اسلوپر^۱، ۲۰۰۰).

به منظور تبیین این امر که سازگاری یا عدم سازگاری فرد به هنگام بروز واقعه‌ای استرس‌زا ممکن است تحت تاثیر عوامل چندی قرار گیرد، می‌توان از دو نظریه زیربنایی استفاده کرد که عبارتند از نظریه استرس شناختی^۲ و نظریه اجتماعی-اکولوژیک^۳.

بر طبق نظریه استرس شناختی هنگامی که فرد با رویدادی استرس‌زا، از جمله یک بیماری صعب‌العلاج روبرو می‌شود و آن رویداد را به عنوان عاملی تهدیدآمیز ادراک می‌نماید، به دلیل بر هم خوردن تعادل میان مطالبات محیطی و منابع فردی، دچار مشکلات سازگاری می‌گردد (لازاروس و فکمن^۴، ۱۹۸۴). در عین حال، این نظریه اظهار دارد که عوامل میانجی چندی قادر به تعدیل یا تشدید مشکلات سازگاری می‌باشند. این عوامل مشتملند بر منابع کمکی و مقابله‌ای محیطی و یا فردی که در ایجاد تعادل مجدد و سازگاری با شرایط تنش‌زای جدید دخیل هستند (فکمن و لازاروس، ۱۹۸۵). در ارتباط با عوامل فردی می‌توان به ویژگی‌های فرد مواجه شده با عامل تنش-

¹ Sloper

² cognitive stress theory

³ social-ecological theory

⁴ Lazarus & Folkman

زا، مانند سن و جنسیت اشاره کرد. در مجموع، افراد با سنین پایین تر و جوان تر سریع تر می توانند تعادل خود را پس از روبرو شدن با بیماری مزمن به دست آورند (باولد، اندرسون و آرنولد^۱، ۱۹۹۸). در ضمن، زنان به هنگام رویارویی با واقعه تنش‌زا بیشتر دچار علائم استرس و افسردگی می‌شوند (استابر، کازاک، میسک، باراکات، گاتری، گارنیر، پینوس^۲ و میدوز، ۱۹۹۷).

در ارتباط با عوامل محیطی نیز می‌توان به ویژگی‌های واقعه استرس‌زا (مانند شدت و درجه کنترل‌پذیری عامل استرس‌زا) اشاره کرد. در ارتباط با عاملی مانند یک بیماری مزمن، هرچه بیماری از شدت کمتر و به تبع آن، قابلیت کنترل بیشتری برخوردار باشد، سازگار شدن با آن سریع تر صورت خواهد گرفت. بالعکس، هرچه شدت بیماری بیشتر باشد، به تبع، کودک برای مدت زمان طولانی‌تری تحت درمان‌های خشن تر قرار خواهد گرفت و در عین حال، ممکن است درمان‌ها خود منجر به اثرات جانبی منفی گردند و این اثرات جانبی نیز به نوبه خود نیازمند درمان باشند و در نتیجه، بهبودی کودک مجدداً به تاخیر می‌افتد و به واسطه چنین فرایند پیچیده‌ای که پیامد آن نیز به وضوح مشخص نیست، کودک دچار مشکلات سازگاری چندی می‌شود (رودلف، دنیگ و ویز^۳، ۱۹۹۵).

یکی دیگر از منابع محیطی میانجی بسیار بااهمیت در سازگار شدن با رویدادی استرس‌زا، خصوصاً برای کودکان، والدین و خانواده است. نقش مهم والدین و خانواده در سازگاری فرد مواجه شده با واقعه استرس‌زا علاوه بر نظریه استرس شناختی توسط نظریه اجتماعی-اکولوژیک به خوبی قابل توجیه است. نظریه اجتماعی-اکولوژیک پیشنهاد می‌کند که سلامت شخص نه تنها به ویژگی‌های فردی، بلکه به نظام‌ها و منابع اجتماعی حول افراد بستگی دارد (برافنبرنر^۴، ۱۹۷۹). نظام خانواده و نظام والدینی عواملی مهم و بنیادین به هنگام رویارویی فرد با عاملی استرس‌زا به شمار می‌روند، چرا که کودک به طور تنگاتنگ با این دو نظام در ارتباط بوده و به لحاظ روانی از آنها تغذیه می‌-

¹ Bauld, Anderson & Arnold

² Garnier, Pynoos

³ Rudolph, Dennig, & Weisz

⁴ Broffenbrenner

شود (نیکلز و شوارتز^۱، ۲۰۰۶). بر طبق این نظریه، بیماری مزمن یک کودک برای همه اعضای خانواده نامایماتی را به بار می‌آورد؛ در نتیجه، ضروری است که سازگاری کودک در زمینه^۲ خانواده بررسی شود (انگل^۳، ۲۰۰۰).

در ارتباط با نظام والدینی، سازگاری والدین با رویداد استرس‌زا به طور مستقیم بر سازگاری کودک تاثیر می‌گذارد، به نحوی که کودکان مادران افسرده و مضطرب نشانه‌های درون‌سازی شده و برون‌سازی شده متعددی را از خود نشان می‌دهند چرا که چنین مادرانی قادر به استفاده از راهبردهای مقابله‌ای^۴ سودمند جهت حل مسئله و کاهش تنش در خود و کودک خود نمی‌باشند (برنان، هامن، کتس و لبروک^۵، ۲۰۰۲؛ لنگراک، کامپس، کله، مرچنت و کولپند^۶، ۲۰۰۲). همچنین، ویژگی‌های فردی چون تحصیلات والدین نیز می‌توانند بر نحوه سازگاری آنها با واقعه استرس‌زا و به تبع آن بر سازگاری کودک تاثیر بگذارند. والدین با تحصیلات بالاتر ممکن است قادر به استفاده از سبک‌های مقابله‌ای مفیدتری در جهت حل مسئله باشند و در نتیجه توسط کنترل هیجانات خود با سرعت بیشتری تعادل بر هم خورده را باز گردانند (نیکلز و شوارتز، ۲۰۰۶).

یکی دیگر از عوامل وابسته به نظام والدینی، رابطه والد-کودک و سبک دلبستگی والدین است. ماهیت رابطه والد-کودک به هنگام طفولیت یکی از عوامل هسته‌ای در شخصیت کودک است (بولبی^۷، ۱۹۸۲). در صورتیکه والدین از سبک دلبستگی ایمنی برخوردار بوده و به تبع، این نوع سبک ایمن در کودک نیز به وجود آید، کودک قادر خواهد بود هیجانات خود را به نحوی اثربخش در مواقع استرس‌آمیز تنظیم کند (اینسورث، بلهار، واترز و وال^۸، ۱۹۷۸). در ضمن، از آنجا که یکی از وظایف اصلی چهره دلبستگی آن است که برای کودک پناهگاهی مطمئن فراهم آورد تا وی در زمان‌های استرس و درماندگی به سوی او بازگردد (بولبی، ۱۹۸۲)، والدین ایمن به احتمال

¹ Nichols & Schwarts

² context

³ Engel

⁴ coping strategies

⁵ Brennan, Hammen, Katz, & LeBrocq

⁶ Langrock, Compas, Keller, Merchant, & Copeland

⁷ Bowlby

⁸ Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall

بیشتر در شرایط استرس‌آمیز به نحوی حمایت‌گر با کودکان خود ارتباط برقرار می‌کنند و این امر به سازگاری کودک کمک خواهد کرد (کلاین، هارپر، پندر، پیترسون، تاوب و آلبرکت^۱، ۲۰۰۶).

در کنار نظام والدینی باید به نظام خانوادگی نیز به عنوان یکی از منابع پراهمیت و موثر در ایجاد سازگاری یا عدم سازگاری در فرد مواجه شده با استرس اشاره کرد. سازگاری کودکان با یک عامل استرس‌زا می‌تواند تحت تاثیر سازگاری افراد حول و حوش آنها و منابع در دسترس خانواده قرار گیرد. عامل استرس‌زایی مانند یک بیماری مزمن نیازمند تطابق تمامی اعضای خانواده با قرار ملاقات‌های پزشکی، مسئولیت‌های جدید، فشار مالی و عدم حضور فیزیکی چندین عضو خانواده است (رابینسون، گرهارت، واناتا و نول^۲، ۲۰۰۷). بنابراین، به هنگام بررسی سازگاری کودکان مبتلا به سرطان مهم است که سازگاری کل خانواده و کارکرد خانوادگی به عنوان عواملی که می‌توانند سازگاری را پیش‌بینی کنند، مورد بررسی قرار گیرند. به هنگام بروز یک حادثه استرس‌زا، در واقع، تمامی نظام خانواده دستخوش تغییر و عدم تعادل می‌شود. در خانواده‌هایی که از کیفیت کارکردی بالایی برخوردارند، افراد در چنین شرایطی قادر خواهند بود منابع حمایتی متناسبی را برای یکدیگر و به ویژه برای فردی که حادثه بر وی واقع شده، فراهم آورند. در نتیجه، تعادل از دست رفته با سرعت بیشتری بازگشته و تنش و مشکلات سازگاری در کلیه اعضا و بالاخص در فردی که مستقیماً با عامل استرس‌زا رویارو شده، کاهش خواهد یافت (نیکلز و شوارتز، ۲۰۰۶).

قابل توجه است که تعدد رویدادهای استرس‌زا نیز بر میزان سازگاری افراد تاثیرگذار است. بدین معنا که هر چه تعداد رویدادهای تنش‌زا که فرد در آن واحد با آنها روبرو می‌شود بیشتر باشد، مشکلات سازگاری نیز بیشتر خواهند شد چرا که از یک سو، منابع مقابله‌ای فرد کاهش یافته و تضعیف شده‌اند و از سوی دیگر مطالبات محیطی بسیار بیشتر از منابع فرد می‌باشند، لذا سازگار شدن با چنین موقعیتی برای فرد دشوارتر از زمانی است که تنها با یک عامل استرس‌زا روبروست. در نتیجه، به نظر می‌رسد برای کودکان مبتلا به بیماری مزمن و خانواده‌های آنها که به

¹Cline, Harper, Penner, Peterson, Taub, & Albrecht

²Robinson, Gerhardt, Vannatta, & Noll

دلیل درمان کودک می‌بایست از محل سکونت خود به شهر دیگری نقل مکان کنند، سازگار شدن با شرایط محل جدید نیز علاوه بر بیماری کودک عامل استرس‌زای دیگری تلقی شده و به طور کلی مشکلات سازگاری بیشتری را به بار می‌آورد (پودر^۱، لونگمن و فن اسن، ۲۰۰۸).

اهمیت و ضرورت انجام پژوهش

علی‌رغم پیشرفت‌های پزشکی و نرخ رو به افزایش پیوسته بهبودی کودکان از سرطان، این بیماری همواره چالشی روانشناختی به شمار می‌رود (نوربرگ، لیندبلاد و بومن^۲، ۲۰۰۵). اگرچه درمان‌های نوین منجر به افزایش طول مدت زندگی کودکان مبتلا به سرطان می‌شوند، اما این درمان‌های خشن و همچنین ماهیت سرطان در عین حال کیفیت زندگی کودکان و خانواده‌هایشان را به واسطه ابتلای آنها به برخی مشکلات درون‌سازی شده و برون‌سازی شده تحت تاثیر قرار می‌دهند. در مجموع، سازگاری اجتماعی و هیجانی دو جنبه اساسی از کیفیت زندگی هستند. کیفیت زندگی در کودکان بر خلاف بزرگسالان زمینه‌ای جدید برای تحقیق است و مطالعات اندکی بر آن صورت گرفته است (کالامینس و کیرت^۳، ۱۹۹۹). لذا، بررسی نحوه سازگاری کودکان مبتلا به سرطان و عوامل پیش‌بینی‌کننده آن ضروری به نظر می‌رسد.

تحقیقات متعددی بر سازگاری کودکان مبتلا به سرطان انجام شده است، اما نتایج تحقیقات موجود از تجانس و توافق بالایی برخوردار نیست. بدین معنا که در برخی تحقیقات سازگاری کودکان مبتلا به سرطان در حد بهنجار است، در حالیکه در تحقیقات دیگر کودکان با مشکلات سازگاری چندی روبرو هستند. در نتیجه به نظر می‌رسد که عوامل خاص خطرناک و محافظت‌کننده‌ای در میزان سازگاری کودکان دخیل هستند که منجر به تفاوت‌هایی در پیامدها می‌شوند؛ عوامل خطرناک‌سازی که منجر به دشواری‌هایی در سازگاری کودک می‌گردند و همچنین عوامل

¹ Poder

² Norberg, Lindblad, & Boman

³ Calaminus & Kiebert