

Autumn 2022, Volume 9, Issue 1

## Evaluation of Hospitalization Anxiety in Children and its Relationship with Maternal Anxiety

Zohre Pouresmail<sup>1</sup>, Naghme Razaghi<sup>2\*</sup>, Akram Rabani Javadi<sup>3</sup>,  
Somaye Minaei Moghaddam<sup>4</sup>

1- Ph.D. Candidate in Nursing, Student Research Committee, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

2- Assistance Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

3- Master of Nursing Education, Educational Supervisor of Doctor Sheikh Children's Hospital, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

4- Nursing Instructor, Nursing and Midwifery Care Research Center, Mashhad University of Medical Science, Mashhad, Iran.

**Corresponding Author:** Naghme Razaghi, Assistance Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

**Email:** Razaghin@mums.ac.ir

Received: 28 Nov 2020

Accepted: 12 Dec 2021

### Abstract

**Introduction:** Hospitalization is a threatening situation in children's lives. Depending on the degree of development, the child can receive anxiety and stress from parents, especially the mother. Identifying the extent of hospitalization anxiety and its relationship with maternal anxiety is a way to control the child's anxiety. Therefore, the present study aimed to determine the level of anxiety caused by hospitalization in children and its relationship with maternal anxiety.

**Methods:** This descriptive-correlational study was performed on 169 pediatrics aged 8-12 years admitted to Dr. Sheikh and Akbar pediatrics' Hospitals and the pediatric wards of Ghaem and Imam Reza Hospitals in Mashhad. The study instruments were the Demographic Information Questionnaire, the Multidimensional Anxiety Scale for Children, the Spielberger Explicit and latent Anxiety Scale (for mothers), and the Wong and Bigger Pain Scale. The collected data were analyzed after entering the SPSS software ver. 11.5 using descriptive statistics to investigate the relationship between variables by Pearson or Spearman correlation test.

**Results:** The mean age of the children was  $9.95 \pm 1.35$ , and 49.1% of them were firstborn. The mean score of the Multidimensional Anxiety Scale for Children by March was  $45.14 \pm 15.21$ . There was a direct and significant relationship between the standardized mean score of children's state anxiety ( $P=0.001$ ), trait anxiety of mothers ( $P=0.008$ ), and child age ( $p=0.003$ ). The multiple regression results indicated that state maternal anxiety and children's age could predict 35.5% of variance changes in children's anxiety. The highest predictive power was related to children's age (beta coefficient=3.675), and then to the state of maternal anxiety (beta coefficient=0.504).

**Conclusions:** According to the results, children, especially older ones, needed physical and mental care to reduce anxiety. Furthermore, mothers also needed mental and psychological care because they were present at the child's bedside during hospitalization, and their anxiety and behavior affected the sick children and the treatment process.

**Keyword:** Anxiety, Hospitalization, Pediatrics, School age.

## بررسی ارتباط اضطراب ناشی از بستری شدن در کودکان با اضطراب مادرانشان

زهرة پوراسماعیل<sup>۱</sup>، نغمه رزاقی<sup>۲\*</sup>، اکرم ربانی جوادی<sup>۳</sup>، سمیه مینایی مقدم<sup>۴</sup>

- ۱- دانشجوی دکتری پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.  
 ۲- استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.  
 ۳- کارشناس ارشد آموزش پرستاری، سوپروایزر آموزشی بیمارستان دکتر شیخ، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.  
 ۴- مربی پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت مبتنی برشواهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

نویسنده مسئول: نغمه رزاقی، استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.  
 ایمیل: Razaghin@mums.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۹/۲۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۹/۷

### چکیده

**مقدمه:** بستری شدن به عنوان یک موقعیت تهدیدکننده در زندگی کودکان است. کودک با توجه به درجه تکاملی خود، می تواند اضطراب و تنش را از والدین خصوصا مادر دریافت کند. یکی از روش هایی که می توان توسط آن اضطراب کودک را کنترل کرد، شناخت میزان اضطراب ناشی از بستری شدن و ارتباط آن با اضطراب مادر می باشد. بنابراین، این مطالعه با هدف تعیین میزان اضطراب ناشی از بستری شدن در کودکان و ارتباط آن با اضطراب مادر انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه توصیفی همبستگی به روش نمونه گیری در دسترس بر روی ۱۶۹ کودک ۸-۱۲ ساله بستری و مادرانشان در بیمارستان های کودکان دکتر شیخ و اکبر و بخش های کودکان بیمارستان قائم و امام رضا (ع) شهر مشهد، انجام شد. ابزار مطالعه، پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی، مقیاس چندبعدی اضطراب کودکان مارچ و مقیاس اضطراب آشکار و پنهان اشیپیل برگر (برای مادران) بود.

**یافته ها:** میانگین سنی کودکان مورد بررسی  $9/95 \pm 1/35$  سال بود. ۴۹/۱ درصد از کودکان رتبه تولد اول بودند. میانگین نمره اضطراب کودکان  $45/14 \pm 15/21$  بود. بین میانگین نمره استاندارد شده اضطراب کودکان با اضطراب آشکار  $P=0/001$  و پنهان مادر  $P=0/008$  و سن کودک  $P=0/003$  رابطه مستقیم و معنی داری وجود داشت. نتایج رگرسیون چندگانه نشان داد که اضطراب آشکار مادر و سن کودک، ۳۵/۵ درصد از تغییرات واریانس اضطراب کودک را پیش بینی می کند و بیشترین قدرت پیش بینی کنندگی مربوط به سن کودک (ضریب بتای =  $3/675$ ) و سپس اضطراب آشکار مادر (ضریب بتای =  $0/504$ ) می باشد.

**نتیجه گیری:** برطبق نتایج کودکان بخصوص کودکان با سن بالاتر نیازمند مراقبت های جسمی و روحی برای کاهش اضطراب هستند، علاوه بر این مادران نیز نیازمند مراقبت های روحی و روانی هستند، چراکه مادران در طی دوران بستری در بیمارستان بر بالین کودک حضور دارند و اضطراب و رفتار آنها بر کودک بیمار و فرایند درمان تاثیرگذار است.

**کلیدواژه ها:** اضطراب، بستری شدن، کودکان.

## مقدمه

بستری شدن به دلیل بیماری، جدایی از خانواده و محیط اجتماعی به عنوان یک موقعیت تهدیدکننده در زندگی کودکان شناخته شده است (۱، ۲). بستری شدن در کودکان متفاوت از بزرگسالان است چراکه علاوه بر تغییر در روتین خانواده ممکن است منجر به تغییر در رشد و تکامل کودک و ایجاد پیامدهای ماندگار روانی در وی شود (۱). علاوه بر جدایی از خانواده و اجتماع، بستری شدن برای کودکان همراه با قرارگیری در محیط نا آشنا، قرارگیری در محیط اضطراب برانگیز بیمارستان، مواجهه با مداخلات پزشکی دردناک و نا آگاهی در رابطه با دلایل بستری شدن است (۳) که این مسائل منجر به ایجاد واکنش‌هایی مانند خشم، عدم قطعیت، اضطراب و احساس ناامیدی می‌شود (۴، ۵). اضطراب یکی از شایع‌ترین پاسخ‌های منفی کودکان به بستری شدن است و سطوح بالای اضطراب می‌تواند از نظر سلامت جسم و روان برای کودکان آسیب زنده باشد. اضطراب بیش از اندازه می‌تواند مانع تطابق با درمان‌های پزشکی و افزایش رفتارهای غیرسازگارانه و احساسات منفی نسبت به تیم درمان شود (۶، ۷). در یک مطالعه تحلیل مفهوم که توسط Gomes و همکاران (۲۰۱۶) انجام شده است، مفهوم اضطراب بستری شدن مورد بررسی قرار گرفته و پیشایندها و پسایندهای این مفهوم تعیین شده است (۱). پیشایندها یا مقدمات شرایطی هستند که باید قبل از وقوع مفهوم وجود داشته باشند و روی وقوع مفهوم تاثیر می‌گذارند (۸). در مطالعه Gomes و همکاران (۲۰۱۶) پیشایندها شامل بستری‌های قبلی، جدایی از محیط خانواده، قرارگیری در محیط نا آشنا (بیمارستان)، محرومیت از فعالیت‌های تفریحی، عدم آشنایی با رویه‌های درمانی و تجربه اجرای پروسیجرهای تهاجمی بودند (۱). پسایندهای اضطراب بستری شدن در کودکان شامل افسردگی، اختلالات خلقی، اختلال اضطراب فراگیر، فوبیا، اختلالات پانیک، اختلال اضطراب جدایی، طغیان، اختلال استرس پس از حادثه، اختلال وسواسی اجباری بودند (۱). پسایندها رخدادهایی هستند که در نتیجه وقوع مفهوم رخ می‌دهند (۹). بنابراین کنترل رخدادهای پس از ایجاد اضطراب بستری شدن در کودکان بسیار حائز اهمیت است.

از اواسط دهه ۱۹۶۰ بستری شدن به عنوان عامل آسیب زنده روانی برای کودکان تعیین شد. پس از بستری شدن، کودکان ممکن است علایم سندروم استرس پس از سانحه،

افزایش تحریک پذیری و عصبانیت، اختلالات خواب و اضطراب جدایی را نشان دهند (۱۰، ۱۱). تحقیقات نیز نشان داده است که اکثر بزرگسالانی که از اختلالات خلقی یا اضطرابی رنج می‌برند اولین نشانه‌های بیماری را در دوران کودکی و نوجوانی خصوصاً به صورت یک اختلال اضطرابی بروز داده اند (۱۲).

علاوه بر تجربه اضطراب به دنبال بستری شدن در کودک، والدین نیز ممکن است دچار اضطراب شوند (۱۳). والدین در نتیجه بستری شدن کودک با عوامل تنیدگی آور متعددی روبه رو می‌شوند. این عوامل بیشتر به نگرانی در مورد بیماری کودک و بهبود آن، نگرانی در مورد اطلاعات دریافت شده، اختلال در وظایف معمول والدی و تردید در مورد نقشی است که آن‌ها می‌توانند در بیمارستان ایفا نمایند (۱۴).

کودکان به میزان زیادی نسبت به وضعیت خلقی والدین و یا مراقب خود حساس هستند و اغلب اوقات در شرایط استرس‌زا از رفتارهای آنان به عنوان روشی برای سازگاری تقلید می‌کنند (۱۵). زمانی که والدین خاصه مادران بتوانند در شرایط پرتنش احساس کفایت و توانمندی نمایند به خوبی خواهند توانست که کودک بیمار خود را مورد حمایت قرار دهند و روند درمان را برای او امکان پذیر سازند (۱۴). با اینکه اضطراب ناشی از بستری شدن مساله مهمی در زندگی و آینده کودک بوده و سال‌ها است که در تحقیقات به اجرای مداخلات موثر برای کاهش اضطراب اقدام شده است اما به موضوع ارتباط اضطراب مادر و کودک پرداخته نشده است. این درحالی است که بررسی استرس والدین از آنجا اهمیت دارد که کودک با توجه به درجه تکاملی خود، می‌تواند اضطراب و تنش را از والدین خصوصاً مادر دریافت کند (۱۶). یکی از روش‌هایی که می‌توان توسط آن اضطراب کودک را کنترل کرد، شناخت ارتباط اضطراب مراقب اصلی کودک یعنی مادر با اضطراب ناشی از بستری شدن در کودک می‌باشد. بنابراین، این مطالعه با هدف تعیین میزان اضطراب ناشی از بستری شدن در کودکان و ارتباط آن با اضطراب مادر انجام شد.

## روش کار

این مطالعه توصیفی همبستگی از شهریور سال ۹۷ تا آذر ۹۸ در بیمارستان‌های کودکان دکتر شیخ و اکبر و بخش کودکان بیمارستان قائم و امام رضا (ع) وابسته به دانشگاه

است (۱۸). این پرسشنامه توسط کودکان تکمیل می‌شد. پرسشنامه اضطراب آشکار و پنهان STAI شامل مقیاس‌های جداگانه خود سنجی، برای اندازه‌گیری اضطراب آشکار و پنهان بود. مقیاس اضطراب آشکار (فرم y-1 از STAI) شامل بیست جمله بود که احساسات فرد را در «این لحظه و در زمان پاسخگویی» ارزشیابی می‌کرد. مقیاس اضطراب پنهان فرم y-2 از STAI هم شامل بیست جمله بود که احساسات عمومی و معمولی افراد را می‌سنجید. برای به دست آوردن نمره فرد در هر کدام از دو مقیاس مجموع نمرات بیست عبارت هر مقیاس محاسبه می‌شد. بنابراین نمرات هر کدام از دو مقیاس اضطراب آشکار و پنهان، می‌توانست در دامنه‌ای بین ۸۰ - ۲۰ قرار بگیرد. روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعات مختلف تأیید شده است. این ابزار توسط مادر کودک تکمیل می‌شد.

برای انجام پژوهش، پس از تصویب پروپوزال و با کسب معرفی نامه معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی مشهد و تأییدیه کمیته اخلاق با کد IR.MUMS. REC.1394.491، پژوهشگر به بخش‌های اطفال مراجعه و پس از معرفی خود به سرپرستار و ارائه معرفی نامه؛ ابتدا با استفاده از فرم انتخاب نمونه، بیماران واجد شرایط را انتخاب می‌کرد و بعد از توضیح هدف پژوهش و نحوه انجام آن برای والدین کودک، اگر مایل به شرکت در مطالعه بودند؛ پس از کسب رضایت کتبی از والدین برای شرکت؛ پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک را با همکاری والدین تکمیل می‌کردند و «مقیاس چند بعدی اضطراب کودکان» را در اختیار کودکان قرار داد و پرسشنامه اضطراب آشکار و پنهان STAI را در اختیار مادر کودک قرار می‌داد و پس از مدت زمان ۲۰ دقیقه پرسشنامه‌های تکمیل شده را از آنها تحویل می‌گرفت، همچنین میزان درد ناشی از بیماری کودکان بر اساس مقیاس درد ونگ و بیکر بررسی می‌شد. از کودکان خواسته می‌شد که اگر سوالی را متوجه نشدند از پژوهشگر بپرسند، در صورت عدم توانایی کودک برای تکمیل پرسشنامه، سوالات بدون هیچ دخل و تصرفی توسط پژوهشگر برای وی خوانده می‌شد و پاسخ‌های وی درج می‌شد. در این پژوهش داده‌ها از نوع کیفی و کمی (پیوسته و گسسته) بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و تحلیلی استفاده شد. پس از اتمام گردآوری داده‌ها، فرم‌ها کدگذاری و وارد رایانه شد و پس از کسب اطمینان از صحت ورود داده‌ها؛ تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط

علوم پزشکی مشهد، انجام شد. حجم نمونه با استفاده از نتایج مطالعه برهانی و همکاران (۱۳۹۱)، که همبستگی میزان اضطراب کودکان مبتلا به تالاسمی با درد ناشی از کاترگذاری ( $r=0/81, P=0/001$ ) را اندازه‌گیری نموده بودند (۱۷) و با فرمول تعیین حجم نمونه در مطالعات همبستگی با در نظر گرفتن خطای نوع اول ( $\alpha=0/05$ ) و توان آزمون ۸۰٪، حداقل حجم ۱۰ نفر محاسبه شد. اما برای دست‌یابی به اهداف پژوهش و با در نظر گرفتن ریزش نمونه ۱۸۰ پرسشنامه جمع‌آوری شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل ۱. تمایل مادر و کودک برای شرکت در مطالعه، ۲. سن کودک بین ۸ تا ۱۲ سال، ۳. نداشتن عمل جراحی در روز بررسی، ۴. قرار داشتن کودک در روز دوم تا چهارم بستری، ۵. نداشتن سابقه قبلی بستری در بیمارستان، ۶. نداشتن عقب ماندگی ذهنی، سندروم داون و اختلالات شناختی، ۷. عدم استفاده از مسکن در روز بررسی و ۸. عدم دریافت اقدام تهاجمی و دردناک در روز بررسی بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل ۱. تکمیل ناقص و یا مخدوش پرسشنامه‌ها (به‌طوریکه ۳۰ درصد از سوال‌ها بدون پاسخ باشند) و ۲. عدم توانایی کودک برای ادامه تکمیل پرسشنامه بود.

ابزار مطالعه شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، مقیاس چند بعدی اضطراب کودکان و مقیاس اضطراب آشکار و پنهان اشیپیل برگر بود. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل سوالاتی در زمینه مشخصات فردی و تحصیلی کودک، شغل و تحصیلات والدین و محل زندگی (شهر یا روستا) که این پرسشنامه توسط پژوهشگر به شیوه مصاحبه با والدین کودک تکمیل می‌شد. از آنجا که سوالات آنها عینی بوده و قبلاً به کرات در مطالعات دیگر مورد استفاده قرار گرفته است، پایایی آنها تأیید شده است.

مقیاس چند بعدی اضطراب کودکان توسط مارچ و همکاران در سال ۱۹۹۷ ساخته شد، یک ابزار خودگزارشی بود که ۳۹ گویه دارد و برای ارزیابی نشانه‌های اضطراب در گروه‌های سنی ۸ تا ۱۹ سال استفاده می‌شود. هر گویه بر مبنای یک مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از صفر تا سه (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات و همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس چهار بعد را اندازه‌گیری می‌کند که شامل اضطراب اجتماعی، اضطراب جدایی، اجتناب از آسیب، و نشانه‌های جسمانی است. این ابزار در سال ۱۳۹۱ توسط مشهدی و همکاران روانسنجی شده و به عنوان ابزاری مفید برای شناسایی کودکان مبتلا به اختلال اضطرابی معرفی شده

VIF که کمتر از ۵ بود مورد تایید می‌باشد. در این مطالعه هم داده‌ها از هم مستقل بودند و همچنین هم خطی داده‌ها مورد تایید بودند. تمامی آنالیزهای آماری در سطح معنی داری ۹۵ درصد انجام شد.

### یافته‌ها

در مجموع ۱۸۰ نفر در این مطالعه شرکت کردند و پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند، پس از بررسی پرسشنامه‌ها ۱۱ نفر از مطالعه حذف شدند دلیل حذف تکمیل ناقص و مخدوش پرسشنامه‌ها بود. بنابراین ۱۶۹ نفر به تجزیه و تحلیل مطالعه وارد شدند. میانگین سنی کودکان مورد بررسی  $۱/۳۵ \pm ۹/۹۵$  بود (جدول ۱). ۴۹/۱ درصد (۸۳ نفر) از کودکان رتبه تولد اول و ۳۹/۶ درصد (۶۷ نفر) رتبه دوم، ۸/۹ درصد (۱۵ نفر) رتبه سوم و مابقی رتبه تولد چهارم به بعد بودند.

نرم افزار SPSS، ویرایش ۱۱/۵ صورت گرفت. به منظور توصیف مشخصات واحدهای پژوهش و دستیابی به اهداف پژوهش از آمار توصیفی شامل توزیع فراوانی مطلق (برای متغیرهای کیفی)، میانگین و انحراف معیار (برای متغیرهای کمی) استفاده شد. در ابتدا با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف تک نمونه ای نرمالیته داده‌ها بررسی شد. جهت تعیین همبستگی اضطراب مادر با اضطراب کودک، ابتدا ارتباط همه ابعاد اضطراب مادر با اضطراب کودک با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون تعیین شد. سپس متغیرهایی که رابطه معنی داری ( $p < 0/05$ ) داشتند، وارد مدل رگرسیون چندگانه شد. توزیع نرمالیته متغیر وابسته و توزیع مقادیر خطاها مورد بررسی قرار گرفت که دارای توزیع نرمال بودند. با استفاده از آزمون Durbin-Watson، که در محدوده بین ۱/۷ تا ۲/۳ بود، استقلال داده از هم مورد تایید قرار گرفت. همچنین هم خطی داده‌ها با استفاده از آماره

جدول ۱: مشخصات جمعیت شناختی کودکان و والدین

متغیر	میانگین و انحراف معیار/تعداد (درصد)
سن کودک (سال)	$۱/۳۵ \pm ۹/۹۵$
سن مادر (سال)	$۲۶/۴۵ \pm ۶/۲۶$
سن پدر (سال)	$۴۱/۵۹ \pm ۶/۹۵$
خانه دار	۱۵۵ (۹۱/۷)
شغل مادر	کارمند ۵ (۳/۰)
	آزاد ۹ (۵/۳)
شغل پدر	کارمند ۵۰ (۲۹/۶)
	کشاورز ۴۴ (۲۶/۰)
	آزاد ۷۴ (۴۳/۸)
تحصیلات مادر	بی سواد ۱۲ (۷/۱)
	ابتدایی و سیکل ۴۴ (۲۶/۰)
	دیپلم ۱۰۰ (۵۹/۲)
	دانشگاهی ۱۳ (۷/۷)
تحصیلات پدر	بی سواد ۱۶ (۹/۵)
	ابتدایی و سیکل ۴۷ (۲۷/۸)
	دیپلم ۵۳ (۳۱/۴)
محل سکونت	دانشگاهی ۵۳ (۳۱/۴)
	شهر ۹۹ (۵۸/۶)
	روستا ۴۸ (۲۸/۴)
درآمد خانواده	کمتر از حد کفاف ۵۷ (۳۳/۷)
	در حد کفاف ۴۱ (۲۴/۳)
	بیشتر از حد کفاف ۶۸ (۴۰/۲)

جسمانی)، اضطراب آشکار و پنهان مادر و درد در (جدول ۲) درج شده است. برای درک بهتر رابطه بین ابعاد اضطراب، نمرات به صورت استاندارد شده در مقیاس ۱۰۰ تبدیل شدند.

میانگین نمره کسب شده از مقیاس اضطراب کودکان مارچ ۴۵/۱۴±۱۵/۲۱ بود، میانگین ابعاد اضطراب مارچ (اضطراب اجتماعی، اضطراب جدایی، اجتناب از آسیب و نشانه های

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار اضطراب مارچ و ابعاد آن، اضطراب آشکار و پنهان مادر و درد کودک

متغیر	میانگین و انحراف معیار	حداقل	حداکثر	بازه نمرات قابل کسب	میانگین نمرات استاندارد شده
اضطراب اجتماعی (کودک)	۱۰/۶۱± ۶/۶۱	۰	۳۵	۰-۳۵	۳۰/۳۲± ۱۸/۸۸
اضطراب جدایی (کودک)	۸/۲۲± ۵/۶۱	۰	۳۲	۰-۳۲	۲۵/۷۰± ۱۷/۵۵
اجتناب از آسیب (کودک)	۱۷/۳۱± ۴/۵۰	۸	۲۶	۸-۲۶	۵۱/۸۵± ۲۴/۸۵
نشانه های جسمی (کودک)	۸/۹۸± ۵/۲۲	۲	۲۵	۲-۲۵	۳۰/۳۷± ۲۲/۷۲
نمره کل اضطراب مارچ (کودک)	۴۵/۱۴± ۱۵/۲۱	۱۴	۷۸	۱۴-۷۸	۴۸/۶۶± ۲۳/۷۶
اضطراب آشکار مادر	۵۳/۵۸± ۱۳/۹۵	۲۵	۸۷	۲۰-۸۰	-
اضطراب پنهان مادر	۵۲/۴۴± ۱۲/۷۰	۲۴	۷۷	۲۰-۸۰	-
درد	۳/۷۰± ۲/۰۹	۰	۱۰	۰-۱۰	-

آشکار و پنهان مادر و سن کودک رابطه مستقیم و معنی داری وجود دارد. ارتباط ابعاد نمره اضطراب با متغیرها در (جدول ۳) درج شده است.

برای تعیین رابطه بین متغیرها از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. نتیجه آزمون آماری پیرسون نشان داد که بین میانگین نمره استاندارد شده اضطراب کودکان با اضطراب

جدول ۳: ارتباط بین متغیر اضطراب و ابعاد آن با متغیرهای اضطراب آشکار و پنهان مادر و سن

متغیر	اضطراب آشکار مادر	اضطراب پنهان مادر	سن
اضطراب کل کودک	$r=0/273$ $P=0/001$	$r=0/219$ $P=0/008$	$r=0/241$ $P=0/003$
اضطراب اجتماعی (کودک)	$r=0/325$ $P=0/000$	$r=0/320$ $P=0/000$	$r=0/238$ $P=0/004$
اضطراب جدایی (کودک)	$r=0/150$ $P=0/069$	$r=0/127$ $P=0/126$	$r=0/168$ $P=0/041$
اجتناب از آسیب (کودک)	$r=0/025$ $P=0/763$	$r=0/048$ $P=0/562$	$r=0/147$ $P=0/076$
نشانه های جسمانی (کودک)	$r=0/185$ $P=0/025$	$r=0/135$ $P=0/102$	$r=0/097$ $P=0/243$

به سن کودک (ضریب بتای = ۳/۶۷۵) و سپس اضطراب آشکار مادر (ضریب بتای = ۰/۵۰۴) است که هر دو پیش بینی کنندگی مثبت و معنی دار اضطراب کودک می باشد. فرمول برآورد شده از مدل رگرسیونی چندگانه به شکل ذیل می باشد (جدول ۴).

$$\text{اضطراب آشکار مادر} \times (0/504) + (\text{سن} \times 3/675) + 12/36 = \text{اضطراب کودک}$$

میانگین اضطراب کودک با میانگین ابعاد اضطراب مادر (آشکار و پنهان) وارد مدل رگرسیونی شدند (جدول ۳). متغیر اضطراب پنهان برآزش پیدا نکرد و قادر به پیش بینی نبود، بنابراین از مدل حذف شد. نتیجه آزمون آماری رگرسیون نشان داد که اضطراب آشکار مادر و سن کودک، ۳۵/۵ درصد از تغییرات واریانس اضطراب کودک را پیش بینی می کند و بیشترین قدرت پیش بینی کنندگی مربوط



جدول ۴: پیش بینی اضطراب کودک با اضطراب مادر و سن کودک

متغیر	R	R <sup>2</sup>	$\beta$	T	سطح معنی داری
عرض از مبدا	۰/۳۵۵	۰/۱۲۶	-۱۲/۳۶	-۰/۴۸۵	۰/۰۱۴
اضطراب آشکارمادر			۰/۵۰۴	۱/۹۳۹	۰/۰۵۴
سن کودک			۳/۶۷۵	۲/۸۹۸	۰/۰۰۴

## بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که بستری شدن در بیمارستان برای بسیاری از کودکان یک تجربه استرس زا است. در این مطالعه میانگین نمره استاندارد شده اضطراب کودکان بستری ۴۸ بوده است که اضطراب متوسط به حساب می آید. نتیجه این تحقیق با تحقیقات توسط ایاز، آیزه بورکو و همکاران (۲۰۱۲) و محمدی و همکاران (۲۰۱۱) که برای ارزیابی میزان اضطراب کودکان بستری بین ۷ تا ۱۲ سال انجام شده است هم راستاست (۲۰، ۱۹). نتایج مطالعه محمدی و همکاران نشان داد که میانگین کلی سطح اضطراب ۳۷،۵۶ بود ۵۳،۱٪ کودکان اضطراب متوسط و ۴۶،۹٪ اضطراب در حد خفیف داشتند (۱۹). میانگین نمره اضطراب ناشی از بستری شدن در مطالعه ریحانی نیز ۴۴/۹ بوده است که مشابه مطالعه حاضر است (۲). این یافته قابل انتظار بوده است چرا که سال هاست که مشخص شده است که محیط اضطراب آور بیمارستان، جدایی از خانواده و روتین های زندگی و مواجهه با رویه های پزشکی نا آشنا منجر به عصبانیت، عدم اطمینان، اضطراب و احساس درماندگی در کودکان می شود (۲۱). در رابطه با میزان اضطراب کودکان در یک مطالعه که توسط Bajpai در سال ۲۰۱۷ انجام شده بود، شدت اضطراب ناشی از بستری شدن، شدید ارزیابی شده است (۲۲) که علت اختلاف با مطالعه حاضر می تواند بدلیل ابزارهای متفاوت ارزیابی اضطراب و نیز علت بستری نمونه های مورد مطالعه باشد. ولی در هر حال هر دو مطالعه نشان میدهد میزان اضطراب کودکان بستری متوسط تا شدید است که لزوم توجه به این مساله توسط پرستاران را خاطر نشان می سازد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد بالاترین میانگین نمره اضطراب مربوط به بعد اجتناب از آسیب، نشانه های جسمانی و اضطراب اجتماعی بوده است که با سایر مطالعات مشابه همسو است. در مطالعه محمدی و همکاران (۲۰۱۱) از بین زیر مقیاس های اضطراب بیشترین میزان اضطراب مربوط به زیر مقیاس ترس از آسیب فیزیکی (۷۵٪ متوسط و

شدید) بود (۱۹). از سوی دیگر به نظر میرسد که مشکلات جسمی به دلیل عوارض مربوط به خود بیماری، طولانی بودن سیر بیماری و حیطه درمانی می تواند به عنوان عامل مهمی در ایجاد استرس و اضطراب قلمداد گردد.

یکی دیگر از یافته های مطالعه حاضر وجود رابطه مستقیم و معنی دار بین سن کودک و میانگین نمره اضطراب و ابعاد اضطراب اجتماعی و اضطراب جدایی بود. در این رابطه می توان گفت که کودکان در سنی ۷ تا ۱۴ سالگی، در مرحله قبل از بلوغ و نوجوانی قرار دارند و ارتباط با همسالان و دوستان به ویژه در این گروه سنی برایشان مهم است و در این مرحله نگرانی آنان در خصوص از دست دادن دوستانشان قابل درک می باشد (۲۳) همچنین طبق نظریه اریکسون این دوره سنی دوران سازندگی می باشد، لذا کاهش فعالیت اجتماعی و ترک موقت تحصیل و نرفتن به مدرسه و احساس ناتوانی می تواند توجیه کننده بالا بودن اضطراب در بعد اجتماعی باشد.

یکی دیگر از یافته های مطالعه حاضر، وجود ارتباط مستقیم و معنی دار بین اضطراب آشکار و پنهان مادر با اضطراب کودکان بود، به طوری که اضطراب آشکار مادر پیش گویی کننده بروز اضطراب در کودکان است. نتایج مطالعه قاسمی و همکاران (۱۳۸۰) نشان داد که مادران در سه مرحله پس از بستری، قبل و بعد از ترخیص کودکان در بیمارستان دچار اضطراب می شوند که میزان اضطراب آنها پس از بستری کودک بیشتر از مراحل دیگر است (۲۴). همتی و یزدانی (۱۳۸۲) نیز به نتیجه ای مشابه دست یافتند و مشخص نمودند که سطح اضطراب بیشتر والدین در هنگام پذیرش کودک در بیمارستان شدید و هنگام ترخیص خفیف می باشد (۲۵). در این رابطه می توان چنین استدلال کرد که بخش اطفال برای اکثر والدین محیطی است که در روزهای اول بستری استرس زیادی به همراه دارد و والدین بالاترین سطح استرس را تجربه می کنند در مطالعه Canga و همکاران (۲۰۲۰)، ۸۰ درصد والدین کودکان بستری استرس بالایی داشتند، ۸۳ درصد آنان نسبت به تکنیکهای دردناک

### نتیجه گیری

یکی از یافته های اصلی و مهم این مطالعه وجود ارتباط بین سن کودک و میزان اضطراب آشکار و پنهان مادر با اضطراب ناشی از بستری شدن در کودکان بود. بنابراین کودکان بخصوص کودکان با سن بالاتر نیازمند مراقبت های جسمی و روحی برای کاهش اضطراب هستند، علاوه بر این مادران نیز نیازمند مراقبت های روحی و روانی هستند، چرا که مادران در طی دوران بستری در بیمارستان بر بالین کودک حضور دارند و رفتار آنها بر کودک بیمار و فرایند درمان تاثیرگذار است.

### سپاسگزاری

این مطالعه برگرفته از طرح تحقیقاتی ۹۳۱۴۶۴ تصویب شده در دانشگاه علوم پزشکی مشهد می باشد. بدین وسیله از حمایت های دانشگاه علوم پزشکی مشهد در تامین اعتبار، همکاری مدیران و پرسنل بخش های کودکان بیمارستانهای دکتر شیخ، اکبر، امام رضا (ع) و قائم، همچنین از والدین و کودکان شرکت کننده در این مطالعه تقدیر و تشکر می گردد.

### تضاد منافع

نویسندگان تضاد منافی در رابطه با این مقاله ندارند.

### References

1. Gomes GLL, Fernandes MdGM, da Nóbrega MML. Hospitalization anxiety in children: conceptual analysis/Ansiedade da hospitalização em crianças: análise conceitual/Ansiedad de la hospitalización en niños: análisis conceptual. *Revistabrasileiradeenfermagem*. 2016;69(5):884. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0116>
2. Bsiri-Moghaddam K, Basiri-Moghaddam M, Sadeghmoghaddam L, Ahmadi F. The concept of hospitalization of children from the view point of parents and children. *Iranian journal of pediatrics*. 2011;21(2):201.
3. Coyne I. Children's experiences of hospitalization. *Journal of child health care : for professionals working with children in the hospital and community*. 2006;10(4):326-36. <https://doi.org/10.1177/1367493506067884>
4. Costa Fernandes S, Arriaga P. The effects of

که بر فرزندانشان اعمال می شود، احساس استرس کردند. تقریباً ۶۵٪ از آنها تحت تاثیر محیط بیمارستان بودند. برای ۳۹٪ والدین، برهم خوردن خواب کودک استرس زا در نظر گرفته شد (۲۶). مطالعات انجام شده توسط LaClare و Heather (۲۰۱۳) و Anthony و همکاران (۲۰۰۳) نیز نشان داد که والدین آشکارا تحت تاثیر بیماری و بستری شدن فرزندانشان قرار گرفته اند (۲۷، ۲۸). محققان پس از تحلیل خلاصه ۳۴۵۰ مطالعه، نتیجه گرفتند که والدین کودکان بستری علائم روانشناختی مانند استرس، اضطراب و افسردگی را تجربه کرده اند (۲۹). بر اساس نتایج حاصله از مطالعه Cagira و همکاران (۲۰۱۴) در رابطه با تاثیر اضطراب مادر بر روی اضطراب کودکان پیش از عمل جراحی، تعداد ۱۰۰ کودک در سنین ۱۲-۳ سال که کاندید جراحی بودند و مادران آن ها مورد مطالعه قرار گرفتند. نتایج به دست آمده تفاوت چندانی بین اضطراب مادران و نمره اضطراب کودکان وجود نداشت به بیان ساده تر سطح زیاد اضطراب مادر می تواند منجر به افزایش اضطراب کودکان پیش از عمل باشد (۳۰). شناسایی نگرانی های والدین از موارد اساسی در مراقبت های بهداشتی پیشگیرانه است. نگرانی بیش از حد و یا نگرانی بیش از حد می تواند بر رفتار والدین تاثیر بگذارد و همین امر نه تنها بر بهزیستی کودک نیز تاثیر خواهد گذاشت (۳۱). بلکه روند بهبودی در کودکان را نیز کند می کند (۳۲). لذا در مراقبت از کودک بستری باید مورد توجه پرستاران قرار گیرد.

- clown intervention on worries and emotional responses in children undergoing surgery. *Journal of Health Psychology*. 2010;15(3):405-15. <https://doi.org/10.1177/1359105309350231>
5. William Li HC, Lopez V, Lee TLI. Effects of preoperative therapeutic play on outcomes of school-age children undergoing day surgery. *Research in nursing & health*. 2007;30(3):320-32. <https://doi.org/10.1002/nur.20191>
6. Francischinelli AGB, Almeida FdA, Fernandes DMSO. Routine use of therapeutic play in the care of hospitalized children: nurses' perceptions. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(1):18-23. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000100004>
7. Li WH, Chung JOK, Ho KY, Kwok BMC. Play interventions to reduce anxiety and negative emotions in hospitalized children. *BMC pediatrics*. 2016;16(1):36. <https://doi.org/10.1186/s12887-016-0570-5>



8. Rodgers, BL. Knaf, KA. (2000). Concept development in nursing: Foundations, techniques, and applications: Saunders Philadelphia. 77- 102.
9. Tofthagen, R. Fagerström, LM. (2010). Rodgers' evolutionary concept analysis - a valid method for developing knowledge in nursing science. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 24 (s1): 21-31. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00845.x>
10. Vessey JA. Children's psychological responses to hospitalization. *Annual review of nursing research*. 2003;21(1):173-201. <https://doi.org/10.1891/0739-6686.21.1.173>
11. Sipowicz RR. Psychological Responses of Children to Hospitalization. *American Journal of Diseases of Children*. 1965;109(3):228. <https://doi.org/10.1001/archpedi.1965.02090020230006>
12. Achenbach TM. *Developmental psychopathology*: Oxford University Press; 2015.
13. Wong, D.L., & Hockenbery, M. (2003). *Nursing Care of Infant and Children*. (7th ed.). Missouri: Mosby, CO. 1040-1043.
14. M. Sanjari. CHILD HOSPITALIZATION AND PARENTS' ANXIETY. *Iran Journal of Nursing*. 2004;17(39):41-8.
15. Creasey G, Ottlinger K, Devico K, Murray T, Harvey A, Hesson-McInnis M. Children's affective responses, cognitive appraisals, and coping strategies in response to the negative affect of parents and peers. *Journal of Experimental Child Psychology*. 1997;67(1):39-56. <https://doi.org/10.1006/jecp.1997.2396>
16. Curley, A.M., Moloney-Harmon, A.P. (2001). *Critical Care Nursing of Infant and Children*. (2nd ed.). Pennsylvania: W.B. Saunders. Co., 18.
17. Borhani F , Bagherian S, Abaszadeh A, Ranjbar H, Tehrani H , Soleimanizadeh L. Correlation between anxiety and pain due to intravenous catheters in children with thalassemia. *Sci J Iran Blood Transfus Organ* 2012; 9(2): 170-174.
18. Mashhadi A, Soltani SR, Mirdoughi F, Bahrami B. Psychometric properties of Multidimensional anxiety Scale for children. *Journal of Applied Psychology*. 2012; 6(21): 70-87.
19. Mohamadi R, Allahyari I, Khodami Z, Ebrahimi F. The level of anxiety in hospitalized children in Bu Ali Ardabil Hospital. 6th International Congress on Child and Adolescent Psychiatry; Tabriz 2011.
20. Ayaz AB, Varlikli O. Quality of life and anxiety levels in children after day surgery. *Dusunen Adam*. 2012;25(4):312.
21. Patel N, Vageriya V. Effect of psycho educational intervention on level of anxiety among Hospitalized children: A systemic Literature review. *Journal of Drug Delivery and Therapeutics*. 2019 Aug 30;9(4-s):855-60. <https://doi.org/10.22270/jddt.v9i4-s.3389>
22. Bajpai A, Ilayaraja B, Muninarayanappa N, Nageshwar V. Assessment of Anxiety among Hospitalized Children. *Indian Journal of Public Health Research & Development*. 2017;8(2):112-5. <https://doi.org/10.5958/0976-5506.2017.00093.6>
23. Naderifar M, Goli H, Hoseinzadeh M, Ghaljaie F. Adolescents' Experiences of Hospitalization in Pediatric Ward: A Phenomenological Study. *J Qual Res Health Sci*. 2017;6(2):124-33.
24. Ghasmee F, Khanjari S, Vasefi M, Haghani H. STUDY OF MATERNAL ANXIETY AFTER HOSPITALIZATION OF THEIR CHILDREN, BEFORE AND AFTER HIS/HER DISCHARGE. *Iran Journal of Nursing*. 2001;13(27):30-4.
25. Hemmati M, Yazdani M. STUDY OF ANXIETY LEVEL IN THE PARENTS OF HOSPITALIZED CHILDREN DURING THE RECEPTION AND DISCHARGE IN IMAM KHOMEINI HOSPITAL OF URMIA. *Nursing and Midwifery Journal*. 2003;1(1):0-.
26. Canga M, Malagnino I, Malagnino G, Malagnino VA. Evaluating different stressors among parents with hospitalized children. *Journal of Education and Health Promotion*. 2020;9.
27. La Clare, Heather L. "The Impact of Childhood Chronic Illness on the Family: Psychosocial Adjustment of Siblings." (2013). Available from: [https://sophia.stkate.edu/msw\\_papers/218](https://sophia.stkate.edu/msw_papers/218)
28. Anthony KK, Gil KM, Schanberg LE. Brief report: Parental perceptions of child vulnerability in children with chronic illness. *Journal of pediatric Psychology*. 2003 Apr;28(3):185-90. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsg005>
29. Lutz KF, Burnson C, Hane A, Samuelson A, Maleck S, Poehlmann J. Parenting stress, social support, and mother-child interactions in families of multiple and singleton preterm toddlers. *Family Relations*. 2012;61(4):642-56. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2012.00726.x>
30. Cagiran E, Sergin D, Deniz MN, Tanattı B,

- Emiroglu N, Alper I. Effects of sociodemographic factors and maternal anxiety on preoperative anxiety in children. *Journal of International Medical Research*. 2014;42(2):572-80. <https://doi.org/10.1177/0300060513503758>
31. Doupnik SK, Hill D, Palakshappa D, Worsley D, Bae H, Shaik A, et al. Parent coping support interventions during acute pediatric hospitalizations: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2017;140(3). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-4171>
32. Crowell JA, Keluskar J, Gorecki A. Parenting behavior and the development of children with autism spectrum disorder. *Comprehensive psychiatry*. 2019;90:21-9. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.11.007>