



Status of Anxiety before Transplantation in Patients Undergoing Stem Cell Transplantation

Shahrzad Ghiasvandian ¹, Masoumeh Zakeri Moghaddam ², Fatemeh Esmaeil Zadeh ^{3,*}

¹ Associate Professor of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Assistant Professor of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ PhD Student of Nursing, Shahid Beheshti University of Medical Science, Tehran, Iran

* **Corresponding author:** Fatemeh Esmaeil Zadeh, PhD Student of Nursing, Shahid Beheshti University of Medical Science, Tehran, Iran. E-mail: fatemeh.esmaielzadeh@yahoo.com

Received: 10 Feb 2018

Accepted: 25 Jun 2018

Abstract

Introduction: One of the necessities before bone marrow transplantation is determining the level and severity of anxiety and its cause in these patients. In case of severe anxiety, the necessary measures including psychotherapy, training of anxiety control methods and root cause elimination you should include anxiety through awareness raising in the nursing care program. The aim of this study was to determine the pre-transplant anxiety in patients undergoing stem cell transplantation.

Methods: This descriptive study was performed on 104 patients undergoing bone marrow transplantation at the center of bone marrow transplantation in Shariati Hospital, Tehran, Iran in 1396. Sampling was done using available sampling method. The research instrument consisted of 3 questionnaires: 1- Demographic information questionnaire 2- The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) 3- Anxiety Assessment (VAS). Which were available to all research units on the day of hospitalization in the transplantation section.

Results: The results of this study showed that pre-transplantation anxiety in these patients was 1.6 in average using mean VAS tool. This mean was 7.7 in women and 4.9 in men and also in the anxiety before transplantation Using The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) tool, the mean for anxiety was 52.8 and the hidden anxiety was 49.50, which was 57.7 and 56.1, respectively, for gender, respectively, for anxiety disguised and hidden, respectively, 49 and 52/46.

Conclusions: According to the results of this study, pre-transplant anxiety was reported in moderate to severe patients. Nurses' awareness of this issue and their consideration in their care plans will make them more comprehensive in their care and attention to mental dimensions before transplantation is important along with other

Keywords: Anxiety, Transplantation, Stem Cells



وضعیت اضطراب قبل از پیوند در بیماران تحت پیوند سلول‌های بنیادی

شهرزاد غیاثوندیان^۱، معصومه ذاکری مقدم^۲، فاطمه اسماعیل‌زاده^{۳*}

^۱ دانشیار گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۲ استادیار گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۳ دانشجوی دکتری پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: فاطمه اسماعیل‌زاده، دانشجوی دکتری پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. ایمیل: fatemeh.esmaielzadeh@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۴/۰۴

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۱۱/۲۱

چکیده

مقدمه: یکی از ضرورت‌های قبل از پیوند مغز استخوان تعیین سطح و شدت اضطراب و علت آن در این بیماران می‌باشد تا در صورت شدید بودن اضطراب اقدام‌های لازم اعم از روان درمانی، آموزش روش‌های کنترل اضطراب و برطرف کردن علت ریشه‌ای اضطراب از طریق افزایش آگاهی در برنامه مراقبت پرستاری گنجانده شود. هدف مطالعه حاضر تعیین اضطراب قبل از پیوند در بیماران تحت پیوند سلول‌های بنیادی می‌باشد.

روش کار: مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی است که بر روی ۱۰۴ بیمار کاندید پیوند مغز استخوان در مرکز پیوند مغز استخوان در مرکز پیوند مغز استخوان بیمارستان شریعتی تهران در سال ۱۳۹۶ انجام گرفت. انتخاب نمونه به روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. ابزار پژوهش شامل ۳ پرسشنامه بود: ۱- پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک ۲- پرسشنامه سنجش اضطراب اسپیل برگر ۳- فرم سنجش اضطراب VAS. که در روز بستری در بخش پیوند، در اختیار تمام واحدهای پژوهش قرار گرفت و تکمیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که اضطراب قبل از پیوند در این بیماران با استفاده از ابزار VAS به طور میانگین $2/07 \pm 6/1$ بود که این میانگین در زن‌ها $7/7$ و در مردها $4/9$ بود و همچنین اضطراب قبل پیوند با استفاده از ابزار اسپیل برگر به طور متوسط برای اضطراب آشکار $52/8 \pm 9/54$ و اضطراب پنهان $50/49 \pm 9/3$ بود که به تفکیک جنسیت اضطراب آشکار و پنهان برای زن‌ها به ترتیب $57/7 \pm 9/59$ و $56/1 \pm 9/6$ بود و برای مردها به ترتیب $49/34 \pm 9/49$ و $46/52 \pm 9/1$ بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش حاضر، اضطراب قبل از پیوند در این بیماران متوسط تا شدید گزارش شده است. آگاهی پرستاران از این موضوع و در نظر گرفتن آن در برنامه‌های مراقبتی خود موجب می‌شود که مراقبت همه‌جانبه‌ای را از این بیماران به عمل آورند و توجه به ابعاد روحی قبل از پیوند در کنار سایر درمان‌ها دارای اهمیت می‌باشد

واژگان کلیدی: اضطراب، پیوند، سلول‌های بنیادی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

افراد می‌گردند [۴]. پیوند مغز استخوان روش اصلی و نهائی درمان شمار وسیعی از بیماری‌های هماتولوژیک و بدخیم مانند انواع لوسمی، آنمی آپلاستیک، تالاسمی ماژور و اختلالات متابولیک ارثی است [۵]. در پیوند سلول‌های بنیادی، مغز استخوان بیمار بعد از شروع درمان با دوز بالای داروهای ضد سرطان یا پرتو درمانی پاک شده و مغز استخوان سالم جایگزین آن می‌شود [۶]. و بیمار این سلول‌های بنیادی را از طریق یک کاتتر ورید مرکزی دریافت می‌کند [۷]. بنابراین هدف پیوند مغز استخوان، ایجاد سلول‌های سالمی است که می‌تواند در داخل سلول‌های خونی، جایگزین سلول‌های آسیب دیده شوند. سلول‌های

پیوند مغز استخوان به عنوان درمان بسیاری از بیماری‌های صعب‌العلاج از سال ۱۹۶۰ میلادی شروع شده است [۱]. که در طول دو دهه اخیر رشد وسیعی داشته است. بر اساس داده‌های موجود بیش از ۲۵ هزار بیمار در اروپا با پیوند سلول‌های بنیادی (GVHD: Graft Versus Host Disease) درمان می‌شود. و این در حالی است که در سراسر جهان این رقم به ۱۰۰ هزار مورد در سال می‌رسد [۲]. در ایران اولین پیوند در سال ۱۳۷۰ در مرکز پیوند مغز استخوان شریعتی تهران انجام شده است [۳]. پیوند سرپائی مغز استخوان روشی کارا و قابل اطمینان بوده که منجر به کاهش هزینه‌های بیمارستانی و بهبود کیفیت زندگی

شایع‌ترین اختلال عاطفی در بیماران مبتلا به سرطان است [۲۵] که به شکل‌های اضطراب موقعیتی که ناشی از جنبه‌های ترسناک بیماری است، اضطراب وابسته به درمان و یا تشدید اختلالات اضطرابی قبلی بروز می‌کند [۲۶]. بنابراین بیماری سرطان می‌تواند برای همه افراد با مشکلات روانی تهدید کننده سلامت همراه باشد [۲۵]. مطالعات راستون نشان داد که اضطراب مربوط به بیماری می‌تواند امید را در این بیماران کاهش دهد یا از بین ببرد [۲۷]. بیماران دارای خلق افسرده، فقدان حمایت اجتماعی و اضطراب قبل از پیوند مغز استخوان، شانس بقای کمتری نسبت به بیماران فاقد این علائم دارند [۱۷، ۲۸].

از آنجائی که نتایج مطالعات نشان می‌دهد خودکارآمدی و خودمراقبتی تعیین کننده اصلی نتایج پیوند و بقای بعد از آن است [۲۹، ۳۰]. پس به دلیل اینکه وضعیت روحی و روانی بر نتایج خودکارآمدی و خودمراقبتی تأثیر می‌گذارد. مطلوب است بیماران از نظر وضعیت روحی مورد بررسی قرار گیرند. چه بسا بتوان خودمراقبتی در آنها را ارتقا داده و سبب بهبود بقای بعد از پیوند و کاهش عوارض در آنها شود. کمک به بیمار در جهت تطابق با شرایط و کاهش اضطراب ناشی از آن از مسئولیت‌های مهم پرستاران می‌باشد [۳۱]. بیشتر مراقبت‌های انجام گرفته از مبتلایان معطوف به برطرف کردن نیازهای جسمی آنها می‌باشد و به نیازهای روانی کمتر توجه می‌شود. توجه به بعد اضطراب و ابعاد روحی در کنار درمان‌های زیستی جای تأمل دارد. عدم توجه به ابعاد روحی می‌تواند بر روی خود مراقبتی اثر بگذارد پس بر روی ابعاد جسمی نیز مؤثر است. لذا با توجه به متنوع بودن نیازها و نگرانی‌های بیماران مبتلا به سرطان، شناخت دقیق این نیازها در مرحله حساس پس از اطلاع از نوع بیماری، بسیار مهم است. و حرکت در جهت رفع آنها سبب ارتقای استانداردهای تشخیصی و درمانی خواهد شد [۳۲]. پس یکی از ضرورت‌های قبل از پیوند مغز استخوان بررسی و تعیین سطح و شدت اضطراب و علت آن در این بیماران است تا در صورت شدید بودن اضطراب اقدام‌های لازم اعم از روان درمانی، آموزش روش‌های کنترل اضطراب برطرف کردن علت ریشه‌ای اضطراب از طریق افزایش آگاهی در برنامه مراقبت پرستاری با هدف کاهش شدت آن در نهایت ارتقای خودکارآمدی و خود مراقبتی گنجانده شود. تا منجر به بهبودی بهتر جسمی در آنها شود. هدف مطالعه حاضر بررسی و تعیین اضطراب قبل از پیوند در بیماران تحت پیوند سلول‌های بنیادی می‌باشد. چه بسا عوامل روانی اجتماعی می‌تواند به اجرای موفق درمان‌های پزشکی کمک می‌کند.

روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی است که بر روی ۱۰۴ بیمار کانیدید پیوند مغز استخوان در مرکز پیوند مغز استخوان در مرکز پیوند مغز استخوان بیمارستان شریعتی تهران در سال ۱۳۹۶ انجام گرفت. جامعه پژوهش را بیماران کانیدید پیوند مغز استخوان مراجعه کننده به مرکز پیوند مغز استخوان تشکیل دادند. انتخاب نمونه به روش نمونه گیری در دسترس انجام شد. معیارهای انتخاب نمونه شامل سن بین ۱۵ تا ۶۰ سال، توانائی خواندن و نوشتن به زبان فارسی، فقدان اختلالات تکلمی و فقدان اختلالات روحی و روانی بود. روش گردآوری داده‌ها در این پژوهش خودگزارشی بود و ابزار پژوهش ۳ پرسشنامه شامل: ۱- پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک ۲- پرسشنامه سنجش اضطراب اسپیل

پیوندی کاملاً توانائی فرآیند تولید تمامی فاکتورهای خونی از قبیل گلبول‌های سفید، گلبول‌های قرمز، پلاکت‌ها و نیز سایر سلول‌های بنیادی مغز استخوان را دارا هستند [۶]. سلول‌های بنیادی موجود در مغز استخوان، خون محیطی و بند ناف ۳ منبع مهم سلول‌های بنیادی خونساز می‌باشند [۸]. در دسته بندی دیگری منبع سلول‌های بنیادی از طریق دهنده‌های خویشاوند (افراد خانواده بیمار) و غیر خویشاوند می‌باشد و معمولاً افراد خانواده بیماری که از نظر آنتی ژن لکوسیت انسانی (HLA) با گیرنده پیوند سازگار باشند بهترین انتخاب می‌باشند [۹، ۱۰]. پیوند مغز استخوان انواع مختلفی دارد و به روش آلونیک، اتولوگ و سینترژیک انجام می‌شود [۱۱]. که با توجه به نوع بیماری و شرایط بیمار، نوع پیوند مورد نظر انتخاب می‌شود. مقدار کافی سلول‌های بنیادی یکی از شرایط مهم برای یک پیوند موفق می‌باشد که بر اساس وزن بیمار و به دقت محاسبه و به گیرنده تزریق می‌شود [۱۲، ۱۳].

اصولاً پیوند مغز استخوان به عنوان یک روش درمانی مناسب جهت درمان بسیاری از بدخیمی‌های خونی و سندرم‌های نارسائی مغز استخوان شناخته شده است. هر چند این روش به طور بالقوه یک روش درمانی است اما ممکن است بیمار در طی این فرآیند دچار عوارض جسمی و روانی متعدد شود [۱۴]. از درمان‌های شایع سرطان خون پیوند مغز استخوان است که برای افراد تجربه ناخوشایند و نگران کننده‌ای می‌باشد [۱۴]. از آنجائی که ابتلا به سرطان می‌تواند عملکردهای اجتماعی، روانی و جسمی فرد را به واسطه ایجاد شرایط و علائمی از قبیل افزایش خستگی، اضطراب، نگرانی ناشی از بیماری و درمان آن را تحت تأثیر قرار دهد. این موارد نیز به نوبه خود می‌تواند بر روی بیماری، درمان و یا حتی ادامه درمان تأثیر گذار باشد [۱۴]. درمان‌های طولانی مدت و دردآور این بیماری، شدت مشکلات روانی موجود را افزون‌تر می‌کند به گونه‌ای که مطالعات نشان می‌دهد بین ۵۰ تا ۸۰ درصد از بیماران مبتلا به سرطان به طور همزمان از یک اختلال روانپزشکی رنج می‌برند [۱۵]. بیماری‌های مزمن از قبیل سرطان از لحاظ علت شناسی و درمان چند عاملی است بدین معنا که عوامل روانشناختی و رفتاری به همان اندازه مهم هستند که عوامل جسمی مهم هستند [۱۶]. فرآیند بیماری و درمان بیماران سرطانی عوارضی از جمله افزایش تنش‌های عاطفی [۱۷] اضطراب، افسردگی و اختلالات روانی [۱۸] را به همراه دارد که موجب کاهش رفتارهای خودمراقبتی [۱۹] می‌شود.

اگرچه پیوند مغز استخوان موجب افزایش طول عمر مبتلایان می‌شود اما این فرآیند درمانی با افزایش استرس‌های جسمی، روانی و اجتماعی برای بیمار و خانواده وی، کیفیت زندگی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۲۰]. اضطراب یکی از شایع‌ترین مشکلات بیماران قبل از عمل پیوند است [۲۱]. که این اضطراب عمدتاً به علت مشغولیت ذهنی در مورد عوارض بعد از آن و یا احتمال رد پیوند می‌باشد. یا حتی عده‌ای دچار اضطراب انتظار نیز می‌شوند [۲۲]. در تحقیقات هورین و ولر (۲۰۰۳) مبنی بر بررسی سیستماتیک عوامل روان اجتماعی تأثیر گذار بر بقا بعد از پیوند مغز استخوان می‌باشد که نشان می‌دهد کیفیت زندگی بهتر قبل از پیوند مغز استخوان با بقای بیشتر بعد از پیوند مغز استخوان در بزرگسالان مرتبط است [۲۳]. خطرات روانی - اجتماعی بیماران تحت پیوند بالاتر از سایر بیماران مبتلا به سرطان است [۲۴]. اضطراب

اضطرابی فرد (اضطراب آشکار) و شامل ۲۰ سؤال با مقیاس درجه بندی خیلی کم، کم، زیاد و خیلی زیاد می‌باشد. به هر یک از گزینه‌ها به ترتیب امتیاز ۱ تا ۴ داده شد. قسمت دوم پرسشنامه اشپیل برگر نیز ۲۰ سؤال دارد که هر سؤال دارای مقیاس درجه بندی تقریباً هرگز، گاهی اوقات، بیشتر اوقات و تقریباً همیشه است و به منظور اندازه گیری صفت اضطرابی فرد (اضطراب پنهان) بود که به هریک از گزینه‌ها به ترتیب امتیاز ۱ تا ۴ داده شد.

در پرسشنامه اشپیل برگر برای بدست آوردن پاسخ صحیح از بیمار، جهت سؤالات به صورت مثبت و منفی تنظیم شده است. که به سؤالات ۱، ۲، ۵، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۵، ۱۶، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۷، ۳۰، ۳۳، ۳۴، ۳۶ و ۳۹ امتیازهای معکوس داده شده است. در پایان جمع امتیازهای مثبت و منفی بدست آمده برای هر ۲ قسمت به طور جداگانه محاسبه و میزان اضطراب آشکار بیمار در یکی از گروه‌های هیچ یا کمترین (۳۴-۲۰) خفیف (۴۵-۳۵)، متوسط (۵۶-۴۶)، شدید (۵۷ و بیشتر) و میزان اضطراب پنهان بیمار در یکی از گروه‌های هیچ یا کمترین (۳۰-۲۰)، خفیف (۴۲-۳۱)، متوسط (۵۳-۴۳) و شدید (۵۴ به بالا) قرار گرفت. پرسشنامه‌ها توسط خود بیماران تکمیل شد تا طرز بیان و نگرش پرستشگر تأثیری در نتایج آن نگذارد. پس از جمع آوری و ثبت اطلاعات با نرم افزار SPSS 16 و روش‌های آمار توصیفی و استنباطی اطلاعات تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

یافته‌ها گویای آن بود که ۵۸/۶۵ درصد نمونه‌ها مذکر و ۴۱/۳۴ درصد مؤنث بودند. میانگین سنی ۴۳/۵۲ سال بود. ۸۳/۶۵ درصد متأهل بودند و ۱۶/۳۴ درصد مجرد بودند از نظر سطح تحصیلات ۴۴/۲۳ درصد تحصیلات دانشگاهی داشتند. ۳۶/۵۳ درصد شغل آزاد و ۵۳/۰۷ درصد کارمند بودند. ۲۴/۰۳ درصد تحت پوشش هیچ نوع بیمه‌ای نبودند. ۵۳/۸۴ درصد اظهار نمودند که درآمد آنها کفایت درمان را نمی‌کند. از نظر توزیع نوع بدخیمی بیماران تحت پیوند ۳۶/۵۳ درصد مبتلا به ALL و ۲۷/۸ AML مبتلا به مولتیپل میلوما، ۲۵/۹۶ درصد مبتلا به لنفوم و ۹/۶ درصد مبتلا به سایر اختلالات بدخیمی بودند (جدول ۱).

برگر ۳- فرم سنجش اضطراب VAS. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل داده هائی درباره ویژگی‌های جمعیت شناختی واحدهای پژوهش، پرسشنامه سنجش اضطراب اشپیل برگر شامل دو بخش اضطراب آشکار و پنهان می‌باشد و فرم سنجش اضطراب VAS میزان اضطراب بیماران با استفاده از مقیاس دیداری عددی ۱۰ قسمتی را بررسی می‌کند ابزار اشپیل برگر و VAS بارها در پژوهش‌های مختلف استفاده شده‌اند و از روایی و پایایی مناسب برخوردار هستند.

ابزار (VASA: Visual Analogue Scale For Anxiety) که توسط lin و همکاران برای اندازه گیری و سنجش درد و اضطراب پس از عمل جراحی طراحی گردیده است [۳۳] و روائی آن بر اساس پژوهش ottavian و همکاران، محسنی و همکاران مورد تأیید است. پایایی ابزار VASA توسط رفیعیان و همکاران و پس از مطالعه مقدماتی با روش دو نیمه سازی با استفاده از آزمون آماری اسپیرمن براون ($r = 0/82$) گزارش شده است. در مطالعه زمان زاده نیز آلفای کرونباخ آن بالای ۰/۸۳ بدست آمده است. در ایران ابزار اشپیل برگر توسط مهرام (۱۳۷۳) نتایج یابی شده است و ضریب پایایی مقیاس‌های اضطراب حالت و اضطراب صفت و کل به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۰ و ۰/۹۴ بدست آورده است. در پژوهش اشپیل برگر و همکاران (۱۹۷۰) ضریب بازآزمایی اضطراب حالت و صفت به ترتیب ۰/۶۲ و ۰/۶۸ گزارش شده است. در مطالعه روحی و همکاران پایایی آن به روش آلفا کرونباخ ۰/۹۰ گزارش شده است. در پژوهش بقایی و همکاران این ابزار روایی سنجی شده است و ضمن تأیید روایی با آلفای کرونباخ ۰/۸۲۵ و ضریب همبستگی (۰/۹۱) = r) پایایی ابزار تأیید گردیده است.

روش کار بدین صورت بود که در روز بستری در بخش پیوند، پس از اخذ رضایت نامه آگاهانه توسط پژوهشگر، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه اشپیل برگر و فرم سنجش اضطراب VAS در اختیار تمام واحدهای پژوهش قرار گرفت سپس به آن‌ها در مورد طریقه تکمیل پرسشنامه‌ها توضیح کافی داده شد. پرسشنامه‌ها در زمان مناسب و حد فاصل استراحت آنها و در حالی که اقدام خاصی برای آنها انجام نمی‌گرفت توسط خود بیماران تکمیل شد. پرسشنامه اشپیل برگر شامل ۴۰ سؤال و برای اندازه گیری میزان اضطراب می‌باشد. این پرسشنامه ۲ قسمت دارد که قسمت اول مربوط به بررسی حالت

جدول ۱: جدول فراوانی انواع بیماری‌ها در بیماران تحت پیوند مورد مطالعه

بیماری‌ها	فراوانی	درصد
لوکمی‌ها (AML, ALL)	۳۸	۳۶/۵۳
مولتیپل میلوما	۲۹	۲۷/۸
لنفوم	۲۷	۲۵/۹۶
سایر بدخیمی‌ها	۱۰	۹/۶

۵۶/۱ بود و برای مردها به ترتیب ۴۹/۳۴ و ۴۶/۵۲ بود (جدول ۲). یافته‌ها نیز نشان داد از نظر اضطراب آشکار ۴۷/۱۱ درصد از بیماران در دسته اضطراب متوسط و ۲۴/۰۳ درصد در دسته اضطراب شدید قرار داشتند و از نظر اضطراب پنهان ۵۱/۹۲ درصد از بیماران در دسته اضطراب متوسط و ۲۴/۰۳ درصد در دسته اضطراب نسبتاً شدید قرار داشتند (جدول ۳ و ۴).

در رابطه با هدف مطالعه یعنی بررسی اضطراب قبل از پیوند سلول‌های بنیادی در بیماران تحت پیوند، یافته‌های پژوهش موید آن بود که اضطراب قبل از پیوند در این بیماران با استفاده از ابزار VAS به طور میانگین ۶/۱ بود که این میانگین در زن‌ها ۷/۷ و در مردها ۴/۹ بود. و همچنین اضطراب قبل پیوند با استفاده از ابزار اشپیل برگر به طور متوسط برای اضطراب آشکار ۵۲/۸ و اضطراب پنهان ۵۰/۴۹ بود که به تفکیک جنسیت اضطراب آشکار و پنهان برای زن‌ها به ترتیب ۵۷/۷ و

جدول ۲: توزیع فراوانی نمرات اضطراب به تفکیک جنسیت

اضطراب پنهان	اضطراب آشکار	VAS	
۴۶/۵۲	۴۹/۳۴	۴/۹	مرد
۵۶/۱	۵۷/۷	۷/۷	زن
۵۰/۴۹	۵۲/۸	۶/۰۷	کل

جدول ۳: توزیع فراوانی نمرات اضطراب آشکار در هر دسته

نمره اضطراب آشکار	تعداد فراوانی	در صد فراوانی
هیچ یا کمترین (۲۰-۳۴)	۷	۶/۷
خفیف (۳۵-۴۵)	۲۳	۲۲/۱۱
متوسط (۴۶-۵۶)	۴۹	۴۷/۱۱
شدید (۵۷ و بیشتر)	۲۵	۲۴/۰۳

جدول ۴: توزیع فراوانی نمرات اضطراب پنهان در هر دسته

نمره اضطراب پنهان	تعداد فراوانی	در صد فراوانی
هیچ یا کمترین (۲۰-۳۰)	۱	۰/۹۶
خفیف (۳۱-۴۲)	۲۴	۲۳/۰۷
متوسط (۴۳-۵۳)	۵۴	۵۱/۹۲
شدید (۵۴ به بالا)	۲۵	۲۴/۳۰

بحث

اضطراب به عنوان یک عمل بازدارنده، مخرب و کاهش دهنده مقاومت بیماران در برابر روند درمانی شناخته شده است که می‌تواند پیامدهای خطرناک را به طور چشمگیر افزایش دهد [۳۴]. نتایج این مطالعه نشان داد اضطراب قبل از پیوند سلول‌های بنیادی یکی از مهم‌ترین تشخیص‌های پرستاری در این بیماران می‌باشد چرا که بیش از نیمی بیماران طبق مقیاس‌های ابزار اشپیل برگر در گروه اضطراب متوسط تا شدید قرار می‌گیرند و همچنین با استفاده از ابزار VAS نیز اضطراب آنها متوسط رو به بالا می‌باشد. دیاس آرجو در سال ۲۰۱۵ در مطالعه‌ای که به بررسی و جمع‌آوری مهم‌ترین تشخیص‌های پرستاری در این بیماران پرداخت در پژوهش خود آورده است که در ۹۰ درصد از بیماران تحت پیوند سلول‌های بنیادی اضطراب از شایع‌ترین تشخیص‌های پرستاری است که به صورت نگرانی، ناراحتی و عصبانیت نشان داده شده و به علت تغییر و تهدید وضعیت سلامت می‌باشد [۳۵]. در این مطالعه متوسط میزان اضطراب آشکار و پنهان مردان متوسط و زنان شدید گزارش شد. در تبیین نتایج بدست آمده می‌توان گفت زنان بیشتر از مردان دچار اضطراب سلامتی می‌شوند که این نتایج محدود به مطالعات فارسی نیست و با نتایج مطالعه Stewart و Shree, Maxon (۲۰۰۹) نیز همخوانی دارد گینبرگ در همین راستا معتقد است که بر اساس یادگیری اجتماعی رفتارها، ابراز نگرانی در زنان قابل پذیرش تر و در نتیجه پذیرش نقش بیمار رایج‌تر است. [۳۶، ۳۷]. مطالعه داوودی نشان داد در مقابل اینکه اضطراب سلامتی در زنان بیشتر است، باورهای ناکارآمد مربوط به احساس‌های خودمختار و ضعف بدنی در مردان بیشتر از زنان است [۳۸]. در مطالعه مودارا که یک مرور سیستماتیک بر روی میانگین نمره اضطراب در ایران انجام داده است میانگین نمره اضطراب در زنان بیشتر از مردان گزارش کرده است [۳۹].

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که وقتی از ابزار VAS برای سنجش اضطراب استفاده می‌شود حدود ۴۰ درصد از مردان اضطراب خود را نمره ۱، ۲ و ۳ گزارش کردند و اظهار عدم اضطراب کردند اما در حالی

که با استفاده از ابزار اشپیل برگر حدود ۱۰ درصد آنها در دسته هیچ یا کمترین اضطراب قرار داشتند پس می‌توان گفت وقتی به طور مستقیم اضطراب آنها سنجیده می‌شود در مردان اضطراب خود را کمتر از آنچه که می‌باشد اظهار می‌کنند اما وقتی با ابزار اشپیل برگر با ۴۰ سؤال به طور غیر مستقیم اضطراب را می‌سنجند احساسات واقعی خود را نشان می‌دهند شاید به دلیل این است که مردان احساسات خود را پنهان می‌کنند و دوست دارند وضعیت روحیشان را در برابر اطرافیان مخفی کنند. در حالی که زنان در ابزار VAS ۱۱ درصد نمرات اضطراب خود را زیر ۳ گزارش کردند و با استفاده از ابزار اشپیل برگر حدود ۲/۵ درصد در گروه هیچ یا کمترین اضطراب قرار گرفتند. در مطالعه‌ای که مارلین بر روی کیفیت زندگی بیماران تحت پیوند انجام داد علامت‌های علائم روحی مانند اختلالات خواب، پریشانی، خستگی و احساس غم در بیماران مرد و افرادی که نوع پیوند آنها اتولوگ است کمتر گزارش شده است و کیفیت زندگی بالاتری دارند [۴۰]. پس می‌توان نتیجه گرفت اضطراب در این بیماران تحت تأثیر عوامل دیگری نیز می‌باشد. در تبیین نتایج بدست آمده می‌توان گفت افزایش خستگی، اضطراب و نگرش ناشی از بیماری منجر به اختلال در عملکردهای روانی فرد می‌شود که این موارد نیز به نوبه خود می‌توانند بر روی بیماری، درمان و یا حتی ادامه درمان تأثیری داشته باشد. شناسایی اضطراب تا آن حد در بیماران اهمیت دارد که نتایج برخی مطالعات نشان داد بیماران دارای خلق افسرده، فقدان حمایت اجتماعی و اضطراب قبل از پیوند مغز استخوان، شانس بقای کمتری نسبت به بیماران فاقد این علائم دارند [۲۳، ۴۱]. برخی از پژوهش‌ها پیشنهاد می‌کنند که توجه به این ابعاد از کیفیت زندگی قبل از پیوند مغز استخوان در کنار سایر درمان‌ها در بهزیستی جسمی بعد از پیوند مغز استخوان دارای اهمیت است. در این بین نتایج برخی از مطالعات نشان می‌دهد این تغییرات روحی که به دلیل پیوند مغز استخوان رخ می‌دهد اغلب گذرا بوده و در طی سالیان بعد از پیوند بهبود می‌یابد و اما در عده قابل توجهی این علائم دائمی

یک نگرانی مهم در این بیماران است امید است که نتایج این پژوهش منجر شود پرستاران با شناخت هر چه بیشتر نیازهای روحی در این بیماران گام هائی در راستای کاهش اضطراب در این بیماران بردارند. در این مطالعه بیماران اظهار می کردند علت اصلی ترس و اضطراب در آنها عدم آگاهی در مورد پیوند، بخش پیوند و عوارض بعد از پیوند می باشد. بررسی این بیماران با استفاده از چک لیست های دقیق سنجش اضطراب جزئی از برنامه کاری پرستاران در بخش های پیوند مغز استخوان قرار گیرد و علت یابی شود و برنامه مراقبت پرستاری در جهت کاهش آن انجام گیرد.

سپاسگزاری

این کار بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد می باشد و با کد اخلاقی به شماره IR.TUMS.FNM.REC.1395.1670 ثبت شده و از حمایت مالی معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران برخوردار بوده است. در پایان از کلیه اساتید، پرستاران بخش های پیوند بیمارستان شریعتی تهران که ما را در جمع آوری اطلاعات یاری نمودند تشکر و قدردانی می شود.

References

- Ghavamzadeh A, Alimogaddam K, Jahani M, Mousavi S, Irvani M, Bahar B, et al. Hematopoietic stem cell transplantation in Iran: 1991 to 2008. *Hematol Oncol Stem Cell Ther*. 2008;1(4):231-8. [pmid: 20058479](#)
- Gratwohl A, Baldomero H, Frauendorfer K, Niederwieser D, Joint Accreditation Committee of the International Society for Cellular Therapy I, European Group for B, et al. Why are there regional differences in stem cell transplantation activity? An EBMT analysis. *Bone Marrow Transplant*. 2008;42 Suppl 1:S7-S10. [doi: 10.1038/bmt.2008.104](#) [pmid: 18724308](#)
- Ghavamzadeh A, Alimogaddam K, Jahani M, Hamidieh A, Mousavi SA, Irvani M, et al. Hematopoietic stem cell transplantation in Iran: 1991 through 2010. *Int J Hematol Oncol Stem Cell Res* 2010;4(4):1-9.
- Meisenberg BR, Ferran K, Hollenbach K, Brehm T, Jollon J, Piro LD. Reduced charges and costs associated with outpatient autologous stem cell transplantation. *Bone Marrow Transplant*. 1998;21(9):927-32. [doi: 10.1038/sj.bmt.1701191](#) [pmid: 9613786](#)
- Haddadin I, Hamoury M, Omari K, Hakooz B, Zeghoul A, Ejelat F. Bone marrow transplantation program pediatric oncology experience at King Hussein Medical Center. *J Royal Med Serv*. 2004;11(1):7-13.
- Falvo DR. Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability: Jones & Bartlett Learning; 2005.
- Kim JY, Farmer P, Mark DB, Martin GJ, Roden DM, Dunaif AE, et al. Harrison's principles of internal medicine. *Women's Health*. 2008;39(5):24-39.
- Ghavamzadeh A, Irvani M, Ashouri A, Mousavi SA, Mahdavi N, Shamshiri A, et al. Peripheral blood versus bone marrow as a source of hematopoietic stem cells for allogeneic transplantation in children with class I and II beta thalassemia major. *Biol Blood Marrow Transplant*. 2008;14(3):301-8. [doi: 10.1016/j.bbmt.2007.12.491](#) [pmid: 18275896](#)
- Kaufman R. A generalized HLA prediction model for related donor matches. *Bone Marrow Transplant*. 1996;17(6):1013-20. [pmid: 8807108](#)
- Scott I, O'Shea J, Bunce M, Tiercy JM, Arguello JR, Firman H, et al. Molecular typing shows a high level of HLA class I incompatibility in serologically well matched donor/patient pairs: implications for unrelated bone marrow donor selection. *Blood*. 1998;92(12):4864-71. [pmid: 9845554](#)
- Hoffman R, Silberstein LE, Heslop H, Weitz J. *Hematology: basic principles and practice*: Elsevier Health Sciences; 2013.
- Stiff PJ. Management strategies for the hard-to-mobilize patient. *Bone Marrow Transplant*. 1999;23 Suppl 2:S29-33. [doi: 10.1038/sj.bmt.1701671](#) [pmid: 10335874](#)
- Shpall EJ, Champlin R, Glaspy JA. Effect of CD34+ peripheral blood progenitor cell dose on hematopoietic recovery. *Biol Blood Marrow Transplant*. 1998;4(2):84-92. [pmid: 9763111](#)
- Rini C, Manne S, DuHamel KN, Austin J, Ostroff J, Boulad F, et al. Mothers' perceptions of benefit following pediatric stem cell transplantation: a longitudinal investigation of the roles of optimism, medical risk, and sociodemographic resources. *Ann Behav Med*. 2004;28(2):132-41. [doi: 10.1207/s15324796abm2802_9](#) [pmid: 15454361](#)
- Pirl WF. Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in cancer patients. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2004;2004(32):32-9. [doi: 10.1093/jncimonographs/lgh026](#) [pmid: 15263039](#)
- DiMatteo R. [The psychology of health]. Tehran: Samt; 2000.
- Hoodin F, Kalbfleisch KR, Thornton J, Ratanatharathorn V. Psychosocial influences on 305 adults' survival after bone marrow transplantation; depression, smoking, and behavioral self-regulation. *J Psychosom Res*. 2004;57(2):145-54. [doi: 10.1016/S0022-3999\(03\)00599-3](#) [pmid: 15465068](#)
- Thomas JJ, Shuford DM, Duke JC, Cipriani DJ, 3rd. Development and psychometric properties of the Self-Efficacy Scale for transfers for caregivers of children requiring transfer assistance. *Arch Phys Med Rehabil*.

- 2007;88(4):481-8. doi: [10.1016/j.apmr.2007.01.019](https://doi.org/10.1016/j.apmr.2007.01.019) pmid: 17398250
19. Guarnaccia C, Borrayo E, VanDrie B, Joao Forjaz M, Laskowski L, Lesniak K, editors. Comparing breast cancer screening health behaviors of women accessing various health services. Proceeding of world congress of psychoncology; 1996; New York: University of North Texas.
 20. Iwai H, Lee S, Inaba M, Baba S, Yamashita T, Ikehara S. Bone marrow transplantation as a strategy for the treatment of autoimmune hearing loss in MRL/Mp-lpr/lpr mice. *J Neuroimmunol.* 2005;168(1-2):76-82. doi: [10.1016/j.jneuroim.2005.07.020](https://doi.org/10.1016/j.jneuroim.2005.07.020) pmid: 16146652
 21. House RM, Thompson TL, 2nd. Psychiatric aspects of organ transplantation. *JAMA.* 1988;260(4):535-9. pmid: 3290527
 22. Surman OS. Psychiatric aspects of organ transplantation. *Am J Psychiatry.* 1989;146(8):972-82. doi: [10.1176/ajp.146.8.972](https://doi.org/10.1176/ajp.146.8.972) pmid: 2665527
 23. Hoodin F, Weber S. A systematic review of psychosocial factors affecting survival after bone marrow transplantation. *Psychosomatics.* 2003;44(3):181-95. doi: [10.1176/appi.psy.44.3.181](https://doi.org/10.1176/appi.psy.44.3.181) pmid: 12724499
 24. Perry D. Psychological and social preparation for bone marrow transplantation. *Soc Work Health Care.* 2000;30(4):71-92. doi: [10.1300/J010v30n04_05](https://doi.org/10.1300/J010v30n04_05) pmid: 10963068
 25. Hashemi Nosratabad T, Farshbaf Manisefat F. The effectiveness of play therapy according levy approach in reduction of anxiety in children with diagnosed cancer. *J Holist Nurs Midwifery.* 2015;25(1):54-62.
 26. Bolton P, Bass J, Betancourt T, Speelman L, Onyango G, Clougherty KF, et al. Interventions for depression symptoms among adolescent survivors of war and displacement in northern Uganda: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2007;298(5):519-27. doi: [10.1001/jama.298.5.519](https://doi.org/10.1001/jama.298.5.519) pmid: 17666672
 27. Abdullah-Zadeh F, Agahosseini S, Asvadi-Kermani I, Rahmani A. Hope in Iranian cancer patients. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2011;16(4):288-91. pmid: 23450037
 28. Loberiza FR, Jr., Rizzo JD, Bredeson CN, Antin JH, Horowitz MM, Weeks JC, et al. Association of depressive syndrome and early deaths among patients after stem-cell transplantation for malignant diseases. *J Clin Oncol.* 2002;20(8):2118-26. doi: [10.1200/JCO.2002.08.757](https://doi.org/10.1200/JCO.2002.08.757) pmid: 11956273
 29. Lev EL, Paul D, Owen SV. Age, self-efficacy, and change in patients' adjustment to cancer. *Cancer Pract.* 1999;7(4):170-6. pmid: 10687581
 30. Lev EL. Bandura's theory of self-efficacy: applications to oncology. *Sch Inq Nurs Pract.* 1997;11(1):21-37; discussion 9-43. pmid: 9188268
 31. Pudner R. *Nursing the surgical patient*: Elsevier Health Sciences; 2005.
 32. Fasihi Harandy T, Anoosheh M, Ghofranipour F, Montazeri A, Ahmadi F, Mohammadi E, et al. Health-related quality of life in Iranian breast cancer survivors: a qualitative study. *Payesh.* 2012;11(1):73-81.
 33. Lin PC, Lin ML, Huang LC, Hsu HC, Lin CC. Music therapy for patients receiving spine surgery. *J Clin Nurs.* 2011;20(7-8):960-8. doi: [10.1111/j.1365-2702.2010.03452.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03452.x) pmid: 21320217
 34. Osborn TM, Sandler NA. The effects of preoperative anxiety on intravenous sedation. *Anesth Prog.* 2004;51(2):46-51. pmid: 15366317
 35. Araujo DD, Rodrigues AB, de Oliveira PP, Silva LS, Vecchia BP, da Silveira EAA. Nursing diagnoses and interventions for patients with graft-versus-host disease submitted to hematopoietic stem cell transplantation. *Cogitare Enf* 2015;20(2):305-13.
 36. MacSwain KLH, Sherry SB, Stewart SH, Watt MC, Hadjistavropoulos HD, Graham AR. Gender differences in health anxiety: An investigation of the interpersonal model of health anxiety. *Pers Individ Dif.* 2009;47(8):938-43.
 37. Ginsberg DL. Women and anxiety disorders: implications for diagnosis and treatment. *CNS Spectr* 2004;9(9):1-3.
 38. Davoudi I, Nargesi F, Mehrabzadeh Honarmand M. Gender differences in health anxiety and its related dysfunctional beliefs: With control of age. *Q J Health Psychol.* 2012;1(3).
 39. Modara F, Sarokhani D, Valizadeh R, Sarokhani M. The Average Review Score of Anxiety in Iran: Systematic Review and Meta-Analysis. *Sci J Ilam Univ Med Sci* 2017;25(2):181-210.
 40. Cohen MZ, Rozmus CL, Mendoza TR, Padhye NS, Neumann J, Gning I, et al. Symptoms and quality of life in diverse patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation. *J Pain Symptom Manage.* 2012;44(2):168-80. doi: [10.1016/j.jpainsymman.2011.08.011](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.08.011) pmid: 22699091
 41. Andrykowski MA, Brady MJ, Henslee-Downey PJ. Psychosocial factors predictive of survival after allogeneic bone marrow transplantation for leukemia. *Psychosom Med.* 1994;56(5):432-9. pmid: 7809343
 42. Mosher CE, Redd WH, Rini CM, Burkhalter JE, DuHamel KN. Physical, psychological, and social sequelae following hematopoietic stem cell transplantation: a review of the literature. *Psychooncology.* 2009;18(2):113-27. doi: [10.1002/pon.1399](https://doi.org/10.1002/pon.1399) pmid: 18677717