

تأثیر مراقبت معنوی بر کیفیت زندگی والدین دارای کودکان مبتلابه سرطان

فاطمه علایی کرهرودی^۱، شیرین قویدل^۲، فاطمه السادات سید نعمت اله روشن^۳

چکیده

زمینه و هدف: سرطان در کودکان تأثیرات متعددی بر روی اعضای خانواده برجای می‌گذارد. بی‌تردید مراقبت از کودک مبتلابه سرطان، تأثیری که بر کارکرد خانواده بر جای می‌گذارد حائز اهمیت است. لذا مطالعه حاضر باهدف بررسی تأثیر مراقبت معنوی بر کیفیت زندگی والدین دارای کودک مبتلابه سرطان انجام شد.

روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع نیمه تجربی و جامعه آماری شامل ۶۴ نفر از والدین دارای کودک مبتلابه سرطان بستری در بخش‌های آنکولوژی بیمارستان‌های کودکان منتخب شهر تهران در سال ۱۳۹۹ بودند که به‌صورت غیر تصادفی انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل (هر گروه ۳۲ نفر) تقسیم شدند. ۶ جلسه، بافاصله‌ی یک روز بین جلسات و به مدت ۳۰ دقیقه مداخله مراقبت معنوی برای والدین گروه مداخله با توجه به سرفصل‌های ارائه‌شده بسته مراقبت معنوی، اجرا شد. داده‌های جمع‌آوری‌شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS 22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج این مطالعه نشان داد که بین کیفیت زندگی والدین در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معناداری وجود داشت ($F=۸۲/۸۹, P<۰/۰۵$) در واقع مراقبت معنوی افزایش معناداری بر کیفیت زندگی والدین دارای کودک مبتلابه سرطان ایجاد کرده بود.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که کیفیت زندگی والدین در گروه مداخله بعد از مراقبت معنوی افزایش معناداری نسبت به کیفیت زندگی و عملکرد والدین در گروه کنترل نوبت دوم داشته است.

واژه‌های کلیدی: مراقبت معنوی، والدین دارای کودک مبتلابه سرطان، کیفیت زندگی.

*۱. نویسنده مسئول، استادیار، گروه کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران fatemeha71@gmail.com

۲. استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی، تهران، ایران

۳. کارشناسی ارشد پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی، تهران، ایران

مقدمه

سرطان یک بیماری پیچیده ناشی از تغییرات گسترده ژنی است. تغییر در روند تکامل سلول طبیعی مانند انتقال پیام، کنترل چرخه سلولی، ترمیم دی‌ان‌ای^۱ و افتراق سلولی، تنظیم ترجمه ژن‌های حساس و آپوپتوز^۲، باعث فنوتیپ^۳ بدخیم می‌شود. سرطان رانمی‌توان یک بیماری مشخص به حساب آورد، بلکه عنوانی است که برای توصیف اشکال گوناگون نئوپلازی^۴ به کار می‌رود. نئوپلازی نوعی روند بیماری است و با افزایش کنترل نشده سلولی که باعث شکل‌گیری تومور می‌شود، مشخص می‌گردد (۱). سرطان به عنوان یک وضعیت جسمانی - روان‌شناختی مزمن، روند زندگی را به عنوان فرایندی منظم و تکراری به چالش می‌کشد؛ چالشی که می‌تواند پیامدهای روان‌شناختی متعددی را برای فرد، خانواده و اطرافیان به دنبال داشته باشد. سرطان به دلیل ماهیت چالش‌انگیز و پیامدهای نامشخص آن، از بدو تشخیص و در طول پیگیری‌های درمانی همواره با سطوح بالایی ابهام و با فراز و نشیب‌های هیجانی و روان‌شناختی برای کودک و خانواده همراه است (۲).

سرطان در دوران کودکی با سرطان در دوران بزرگسالی متفاوت است در دوران کودکی اغلب از بافت‌های جنینی ریشه می‌گیرد در حالی که در بزرگسالی اغلب به دلیل درگیر شدن بافت اپیتلیال^۵ ایجاد می‌شود. در مقایسه با سرطان‌های دوران بزرگسالی، سرطان دوران کودکی زمان نهفتگی کوتاهی دارند. تشخیص سرطان در مراحل اولیه دشوار است به این دلیل که علائم و نشانه‌های آن اختصاصی نیست و شباهت زیادی با سایر اختلالات دوران کودکی دارد (۳).

طبق آمار ۲۰۱۷ انجمن سرطان آمریکا نرخ ابتلا به سرطان

در دوران کودکی و در دهه‌های اخیر افزایش یافته است و ۱۰۲۷۰ مورد جدید و ۱۱۹۰ مرگ در کودکان زیر ۱۵ سال در سال ۲۰۱۷ گزارش شده است. در ایران نیز بیماری سرطان سومین علت مرگ کودکان و حدود ۴ درصد مرگ‌های کودکان زیر ۵ سال و ۱۳ درصد مرگ کودکان ۵ تا ۱۵ سال را تشکیل می‌دهد (۴). تشخیص سرطان برای والدین کودک بیمار، یکی از تلخ‌ترین و سخت‌ترین تجربیاتی است که می‌تواند باعث بروز مشکلات روان‌شناختی گردد (۵).

خانواده نظام عاطفی پیچیده‌ای است که به صورت یک سیستم عمل می‌کند. یکی از وظایف مهم خانواده کمک به نیازهای اعضای جهت کنار آمدن با تغییرات ناشی از بحران‌های غیرمنتظره از جمله بیماری حاد ناگهانی است؛ و یکی از آن بیماری‌ها سرطان به‌ویژه در کودکان است (۶). ابتلای کودک به سرطان زندگی هر دو والد را دچار تغییرات فراوانی می‌کند. والدین کودک مبتلابه سرطان، اغلب مجبور به تغییر شرایط و عادات زندگی و خانوادگی و برخی از نقش‌ها و وظایفشان می‌باشند. آن‌ها از نظر روانی، تحت تأثیر شرایط فرزند خود بوده و علاوه بر مسئولیت اقتصادی و شغلی و حفظ روابط خانواده بار مراقبت از فرزند خود را نیز به دوش می‌کشند (۴).

خانواده مهم‌ترین سازمان درگیر در بیماری کودک است. بیماری کودک باعث آشفتگی روابط درون خانواده می‌شود (۶). توجه به خانواده بیمار (والدین) از دو جهت اهمیت دارد: اول اینکه خانواده (والدین) اولین مراقبین بیمار محسوب می‌شوند که مراقبت و حمایت فیزیکی - روانی و مالی از بیمار را بر عهده دارند. دوم آنکه پیامدهای بیماری در خانواده و مراقبت از بیمار، شرایط تک‌تک اعضای خانواده را با مخاطره روبه‌رو می‌کند (۷).

اما از طرفی ابتلای کودکان به سرطان بر بعد معنوی خانواده‌های آن‌ها به خصوص مراقبان این کودکان تأثیر می‌گذارد (۸). معنویت به مراقبان خانوادگی بیماران کمک می‌کند که با وضعیت بیماران خود بهتر کنار آیند و در مواجهه با حوادث

- 1 DNA
- 2 Apoptosis
- 3 Phenotype
- 4 Neoplasia
- 5 Epithelial

تنش‌زای زندگی آسیب کم‌تری متحمل شوند (۹).

معنویت، بعدی از انسان است که به افراد احساس مناسبی با توجه به فطرت آنان، ظرفیت‌های درونی و منابع تقویتی، تجارب ذهنی مقدس، تعالی فرد به‌سوی خداوند رحمان و یافتن معنایی برای موجودیت فرد که محور هر موجودی است، می‌دهد. بعد معنوی انسان، مجموعه‌ای از ارزشها، باورها و نگرشهایی است که با هستی برتر ارتباط دارد و زندگی انسان را هدایت میکند و با تجاربی از زندگی که فرد را به تعالی می‌رساند، مرتبط است. پرداختن به نیازهای معنوی، جزء ضروری مراقبت کلنگر در حرفه پرستاری و جزء اساسی عملکرد پرستاری و بخش ضروری و حیاتی مراقبت‌دهنده و جنبه منحصربه‌فرد مراقبت هست. پرستاری که مدعی است، مراقبت همه‌جانبه ارائه می‌دهد، باید همه نیازها از جمله نیازهای معنوی را تعیین نماید (۱۰).

مراقبت معنوی مجموعه‌ای از تمرینات مبتنی بر معنویت است که جهت بهبودی بیماری و کسب سلامتی نقش‌های مهمی ایفا می‌نماید هدف از این پژوهش تعیین تأثیر مراقبت معنوی بر کیفیت زندگی و عملکرد والدین دارای کودک مبتلابه سرطان در بیمارستان‌های منتخب شهر تهران در سال ۱۳۹۹ بود.

مواد و روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی بود که با ایجاد مداخله در نمونه، عکس‌العمل نمونه موردپژوهش را موردبررسی قرار داده و تأثیر متغیر مستقل (مداخله) بر روی متغیر وابسته مورد مطالعه قرارداد. در پژوهش حاضر تأثیر متغیر مستقل مراقبت معنوی و بر روی متغیر وابسته کیفیت زندگی و عملکرد والدین دارای کودک مبتلابه سرطان، مورد مطالعه قرار گرفت.

در این پژوهش جامعه آماری والدین دارای کودک مبتلابه سرطان که به همراه کودکانشان به درمانگاه و یا بخش آنکولوژی مراجعه کرده بودند، در نظر گرفته شد.

با توجه به این مفهوم که در ایران خانواده اصلی، شامل

پدر، مادر و فرزندان می‌باشند، از این رو جامعه هدف این پژوهش والدین در نظر گرفته شده است و بر این اساس که در ایران و در بخش اطفال بیمارستان‌ها، مراقبت‌دهنده اصلی مادران هستند، اکثر پرسشنامه‌ها توسط مادران تکمیل گردیده است.

تعداد نمونه با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۲۲ و زیر نظر استاد آمار با توان آزمون: $0/90$ و اختلافی به اندازه‌ی: $d=10$ و احتمال خطای نوع اول $0/05$ اندازه نمونه در هر گروه (مداخله و کنترل) حجم نمونه برابر ۳۲ شد.

با توجه به این که ۴ بیمارستان انتخاب شده بودند و حجم نمونه ۳۲ محاسبه شده بود، جهت تساوی و پراکندگی یکسان، از هر بیمارستان ۸ نمونه برای گروه مداخله، ۸ نمونه برای گروه کنترل انتخاب شدند.

ابزارهای این پژوهش پرسشنامه‌های دموگرافیک، پرسشنامه کیفیت زندگی مراقبین بیماران مبتلابه سرطان و بسته مراقبت معنوی بودند.

پرسش‌نامه دموگرافیک شامل: نوع خانواده (گسترده، هسته‌ای)، تعداد فرزندان، مرتبه فرزند، جنس فرزند مبتلا، شغل والدین (پدر و مادر)، وضعیت اقتصادی والدین (پدر و مادر)، میزان تحصیلات والدین (پدر و مادر)، سن والدین (پدر و مادر)، سابقه سرطان در خانواده و سایر فرزندان، محل زندگی، سن کودک مبتلا، نوع بیماری کودک مبتلابه سرطان که توسط پژوهشگر تحت نظارت استاد راهنما تهیه و تنظیم شد.

پرسشنامه کیفیت زندگی مراقبت‌دهندگان بیمار مبتلا به سرطان: این پرسشنامه توسط ویتزور و همکاران در آمریکا در سال ۱۹۹۷ ساخته شده است. این ابزار که تأثیر بیماری فرد مبتلا به سرطان بر فرد مراقبت‌دهنده را موردسنجش قرار می‌دهد دارای ۳۵ سؤال با پاسخ صفر (اصلاً) تا چهار (خیلی زیاد) بر اساس مقیاس ۵ لیکرت وضعیت کیفیت زندگی مراقبت‌دهنده را در چهار حیطة، رنج روحی و جسمی ۱۴ سؤال، گسیختگی سبک زندگی ۹ سؤال، سازگاری مثبت ۸ سؤال و نگرانی اقتصادی ۳

سؤال و یک سؤال در مربوط به علاقه به مشارکت در مراقبت از بیمار مبتلابه سرطان در خانواده که در نمره کل کیفیت زندگی را موردسنجش قرار می‌دهد. نمره بالا در هر بعد و کل ابزار، نشان‌دهنده کیفیت بالاتر هست (۱۲، ۱۳).

با توجه به اینکه در بیماری سرطان، بیشترین مطالعات بر روی خود فرد مبتلا انجام گرفته است، هدف پژوهش بر آن شد که شرایط خانواده‌ها و مراقبت‌دهندگان را مورد مطالعه و بررسی قرار دهد. پرسشنامه کیفیت زندگی مراقبت‌دهندگان از خنجری که در سال ۱۳۹۱ ابزار را روایی سنجی کرده بودند، دریافت و مورد استفاده قرار گرفت.

این ابزار برای اولین بار مطالعه دقیقی از شرایط مراقبت‌دهندگان در محیط‌های مختلف را بیان می‌کند و با توجه به نیاز افراد، به سیاستمداران حوزه بهداشت و درمان در خصوص حمایت از خانواده کمک خواهد کرد.

روش نمره‌گذاری: اصلاً (۰) و کمی (۱) و تا حدودی (۲) و زیاد (۳) و خیلی زیاد (۴) هست و این پرسشنامه ۱۴۰ امتیاز دارد.

آموزش مراقبت معنوی: بسته مراقبت معنوی، تحت ۶ جلسه مراقبت معنوی مبتنی بر مداخلات معنوی مطرح شده توسط ریچاردز و برگین با رویکرد اسلامی که شامل ۶ مؤلفه روانی - معنوی خودآگاهی، نیایش، توکل و توسل، صبر، شکر و طلب بخشش و به فاصله هرروز و به مدت ۳۰ دقیقه، که توسط اسدزندی در سال ۱۳۹۸ و لطفی کاشانی در سال ۱۳۹۱ طراحی شده، مورد استفاده قرار گرفته است (۱۴، ۱۱).

بر اساس معیار ورود در پژوهش، مقرر گردید حداقل ۶ ماه از زمان تشخیص سرطان در کودکان گذشته باشد. با توجه به گستردگی بیماری سرطان مقرر شد که پژوهش محدود به بیماری لوسمی و در رده سنی زیر ۷ سال باشد. انتخاب نمونه‌ها: در مورد انتخاب نمونه‌ها و نوع نمونه‌گیری جهت ورود به مطالعه به صورت هدفمند و بر اساس معیارهای ورود، نمونه‌ها مورد بررسی و مطالعه

قرار گرفتند ولی از نظر تقسیم در گروه‌ها، نمونه‌گیری به صورت تصادفی انجام شد. به این ترتیب که شماره پرونده‌های زوج در گروه مداخله و شماره پرونده‌های فرد در گروه کنترل قرار گرفتند. نمونه‌ها از چهار بیمارستان تخصصی کودکان در دسترس در شهر تهران بیمارستان مرکز طبی کودکان، بیمارستان مفید، بیمارستان بهرامی و بیمارستان حضرت علی اصغر (ع) دارای بخش تخصصی سرطان بودند. با توجه به این که ۴ بیمارستان انتخاب شده بودند و حجم نمونه ۳۲ محاسبه شده بود، جهت تساوی و پراکندگی یکسان، از هر بیمارستان ۸ نمونه برای گروه مداخله، ۸ نمونه برای گروه کنترل انتخاب شدند.

در طی دوره مطالعه، هیچ‌یک از بیماران فوت نمودند و تا پایان دوره، در پژوهش مشارکت داشته‌اند. همچنین هیچ‌یک از والدین نباید تحصیلات حوزوی می‌داشتند. اکثر والدین که شامل مادران کودکان مبتلابه سرطان بوده‌اند، تحصیلات دیپلم و بالاتر داشته و بر این اساس دارای آشنایی ابتدایی با مسائل معنوی را بودند.

پژوهشگر بعد از تصویب پروپوزال در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران، بعد از دریافت کد اخلاق و با دریافت نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران و ارائه به دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، علوم پزشکی تهران و علوم پزشکی شهید بهشتی و کسب مجوز به مراکز درمانی فوق مراجعه نمود. سپس با ارائه مدارک لازم و هماهنگی با معاونت پژوهشی مراکز درمانی، مدیریت پرستاری، مدیریت حراست و سرپرستاران گرامی به بخش آنکولوژی مرکز درمانی جهت اجرای پژوهش مراجعه نمود.

لازم به ذکر است که دغدغه والدین و درگیری ذهنی والدین در زمان اجرای اقدامات درمانی بود که برای کاهش این موضوع با هماهنگی با سرپرستاران گرامی و خود والدین، پژوهشگر در ساعت‌های فراقت والدین که اکثرًا عصرها بین ساعت ۱۴ الی ۱۷ بود و در روزهای تعطیل جهت اجرای پژوهش به مراکز مراجعه

تغییر هیجانان و افکار

جلسه پنجم: آشنایی با مفهوم صبر، آموزش مراحل و مراتب صبر جهت تاب‌آوری و صبر

جلسه ششم: آشنایی با مفهوم بخشش، پیامدهای بخشش و اثرات آن بر هیجان

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از جداول توزیع فراوانی و درصدی، شاخص‌های مرکزی نظیر میانگین و انحراف استاندارد، نمودار میله‌ای، برای بررسی نرمال بودن متغیرها از آزمون کلموگروف اسمیرنوف، برای مقایسه کیفیت زندگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون از آزمون پارامتریک t زوجی، برای مقایسه نمره کیفیت زندگی در دو گروه از آزمون t برای گروه‌های مستقل، آزمون برابری خطای وارینانس لوین^۱ و تحلیل کوواریانس (ANCOVA) برای اثربخشی مراقبت معنوی بر کیفیت زندگی استفاده شد. داده‌های این پژوهش با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

ملاحظات اخلاقی

کد اخلاق (1399.254.REC.TMU.IAU.IR) از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران اخذ شد.

یافته‌ها

بررسی توزیع متغیرهای پژوهش

پیش از پاسخ به اهداف و فرضیه‌های پژوهش، آزمون نرمال بودن توزیع داده‌ها بررسی می‌شود تا مشخص شود که برای پاسخ از آزمون‌های پارامتریک یا ناپارامتریک استفاده شود. برای بررسی توزیع متغیرهای پژوهش از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف^۲ جهت تشخیص نوع توزیع داده‌ها استفاده شد. نتایج در جدول ۲ آمده است.

کرد.

پس از انتخاب هدفمند نمونه‌ها بر اساس معیارهای پژوهش، توضیحات کامل در مورد پژوهش، اخذ رضایت کتبی از والدین و تقسیم‌بندی تصادفی نمونه با توجه به زوج و فرد بودن شماره پرونده‌ها به ۲ گروه مداخله و کنترل، ابتدا پرسشنامه دموگرافیک توسط والدین تکمیل سپس در همان جلسه پرسشنامه کیفیت زندگی مراقبت‌دهندگان بیمار سرطانی تکمیل شد.

مداخله معنوی طی ۶ جلسه یک روز در میان و با توجه به محدودیت‌ها به مدت ۳۰ دقیقه با توجه به سرفصل‌های ذکر شده توسط پژوهشگر انجام شد. لازم به ذکر است جهت جبران محدودیت‌های کرونایی و انتقال بهتر اطلاعات و زمینه‌سازی برای فضا گروهی، در فضای مجازی نیز یک گروه تعبیه شد به طوری که هر ۸ نفر از یک بیمارستان در یک گروه قرار گرفتند که بستر مناسبی برای پخش کلیپ‌ها و نماهنگ‌ها و امکان پرسش و پاسخ فراهم گردید. به طوری که با هماهنگی با والدین در ساعت ۲۲ همه والدین آنلاین شده و در گروه حضور پیدا می‌کردند. بلافاصله در پایان جلسه ۶ نیز پرسشنامه‌های کیفیت زندگی مراقبت‌دهندگان بیمار سرطانی توسط والدین تکمیل شدند.

در طول کار مداخله هیچ‌گونه آموزشی به گروه کنترل داده نشد و در پایان کار گروه آزمون، مجدداً پرسشنامه‌های کیفیت زندگی مراقبت‌دهندگان بیمار سرطانی توسط گروه کنترل تکمیل شدند و در پایان کار و بعد از پر کردن پرسشنامه‌ها، محتوای آموزشی در اختیار گروه کنترل نیز قرار گرفت.

جلسه اول: آشنایی اعضا گروه با یکدیگر و با پژوهشگر، آشنایی با قوانین گروه، آموزش تکنیک خودآگاهی
جلسه دوم: آشنایی با مفاهیم توکل و توسل، آشنایی با نقش توکل و توسل در کنار آمدن با فشارهای روانی
جلسه سوم: آشنایی با مفهوم نیایش و دعا، ثمرات نیایش، ثمرات نیایش در کنار آمدن با رویدادهای زندگی

جلسه چهارم: آشنایی با مفهوم شکر، تأثیر شکر گذاری در

1 Levene's test of equality of error variance

2 Kolmogorov-Smirnov

جدول ۱. نتایج آزمون کیفیت زندگی والدین در گروه مداخله قبل و بعد از مداخله و در گروه کنترل نوبت اول و دوم

متغیرها	گروه مداخله		گروه کنترل	
	Sig	کولموگروف-اسمیرنوف	Sig	کولموگروف-اسمیرنوف
کیفیت زندگی والدین قبل از مداخله	۰/۸۸۸	۰/۷۵۱	۰/۴۱۰	۰/۶۲۶
کیفیت زندگی والدین بعد از مداخله	۱/۰۷۸	۰/۵۳۸	۰/۱۹۵	۰/۹۳۵

جدول ۲. مقایسه کیفیت زندگی والدین دارای کودک سرطانی، در گروه مداخله قبل و بعد از مداخله در بیمارستان‌های منتخب شهر تهران ۱۳۹۹

کیفیت زندگی	میانگین ^۱	انحراف معیار	میانگین تفاوت	میانگین خطا انحراف معیار	آزمون پارامتریک ^۴	df	Sig
قبل از مداخله	۱۱۹/۴۲	۲۳/۹۸	۱۸/۴۷	۳/۰۴	۱۰/۰۱۵	۳۱	۰/۰۰۱
بعد از مداخله	۱۳۷/۸۹	۲۷/۴۷					

1. Average

2. Std. Deviation

3. Mean difference

4. Std. Error Mean

5. Parametric t test

دارای کودک مبتلابه سرطان قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله در بیمارستان‌های منتخب شهر تهران ۱۳۹۹ برای تعیین کیفیت زندگی والدین دارای کودک مبتلابه سرطان قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله از میانگین و انحراف اس‌تاندارد و برای مقایسه با توجه به اینکه مقیاس اندازه‌گیری کیفیت زندگی در حد فاصله‌ای و کمی و توزیع آن با توزیع نرمال تفاوت معنادار نداشت، از آزمون پارامتریک t زوجی استفاده شد. نتایج در جدول ۳ آمده است.

همان‌طور که نتایج جدول شماره ۲ نشان می‌دهد، سطح معناداری آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای عملکرد و کیفیت زندگی والدین در گروه مداخله قبل و بعد از مداخله و در گروه کنترل نوبت اول و دوم بیشتر از ۰/۰۵ بود؛ بنابراین توزیع متغیرهای فوق با توزیع نرمال تفاوت معنادار ندارد و برای پاسخ به اهداف و فرضیه‌های پژوهش از آزمون‌های پارامتریک استفاده می‌شود. بر اساس هدف شماره یک: مقایسه کیفیت زندگی والدین

جدول ۳. مقایسه کیفیت زندگی والدین دارای کودک سرطانی، در دو نوبت در گروه کنترل در بیمارستان‌های منتخب شهر تهران ۱۳۹۹

کیفیت زندگی	Mean	Std. Deviation	Mean difference	Std. Error Mean	t	df	Sig
نوبت اول	۱۲۳/۱۱	۲۷/۴۳	۲/۱۴	۱/۹۲	۱/۱۱۱	۳۱	۰/۲۷۵
نوبت دوم	۱۲۵/۲۵	۲۶/۶۳					

معناداری مشاهده شده از ۰/۰۵ کمتر بود). بر اساس هدف شماره دو: مقایسه کیفیت زندگی والدین دارای کودک مبتلابه سرطان در دو نوبت در گروه کنترل در بیمارستان‌های منتخب شهر تهران ۱۳۹۹ برای تعیین کیفیت زندگی والدین دارای کودک مبتلابه

با توجه به جدول شماره ۳، میانگین کیفیت زندگی والدین دارای کودک سرطانی، در گروه مداخله قبل از مداخله ۱۱۹/۴۲ و بعد از مداخله ۱۳۷/۴۲ بود. نتایج آزمون t نشان داد که کیفیت زندگی والدین دارای کودک سرطانی در گروه مداخله نسبت به قبل از ارائه مراقبت معنوی افزایش معنادار داشت (سطح

دارای کودک سرطانی، در گروه کنترل نوبت اول ۱۲۳/۱۱ و نوبت دوم ۱۲۵/۲۵ بود. نتایج آزمون t نشان داد که کیفیت زندگی والدین دارای کودک سرطانی در گروه کنترل نوبت اول و دوم تفاوت معنادار نداشت (سطح معناداری مشاهده شده از ۰/۰۵ بیشتر بود).

سرطان در دونوبت در گروه کنترل از میانگین و انحراف اس تاندارد و برای مقایسه با توجه به اینکه مقیاس اندازه گیری کیفیت زندگی در حد فاصله ای و کمی و توزیع آن با توزیع نرمال تفاوت معنادار نداشت، از آزمون پارامتریک t زوجی استفاده شد. نتایج در جدول ۴ آمده است.

با توجه به جدول شماره ۴، میانگین کیفیت زندگی والدین

جدول ۴. آزمون t برای گروه های مستقل برای مقایسه کیفیت زندگی والدین در گروه مداخله بعد از مداخله و گروه کنترل نوبت دوم در بیمارستان های

منتخب شهر تهران ۱۳۹۹

متغیر	گروه ها		آزمون آماری	
	مداخله	کنترل	t	df
کیفیت زندگی	۱۳۷/۸۹	۱۲۵/۲۵	۳/۹۸۷	۶۲
			sig	
			۰/۰۰۱	

زندگی والدین در حد فاصله ای و کمی و توزیع آن با توزیع نرمال تفاوت معنادار نداشت و هدف مقایسه کیفیت زندگی در دو گروه است از آزمون t برای گروه های مستقل استفاده شد. نتایج در جدول ۵ آمده است.

بر اساس هدف شماره سه: مقایسه کیفیت زندگی والدین دارای کودک مبتلابه سرطان، در گروه مداخله بعد از مداخله و گروه کنترل نوبت دوم در بیمارستان های منتخب شهر تهران ۱۳۹۹ برای پاسخ با توجه به اینکه، مقیاس اندازه گیری کیفیت

جدول ۵. مقایسه ابعاد کیفیت زندگی والدین دارای کودک مبتلابه سرطان، قبل و بعد از مداخله، در دو گروه- آزمون و شاهد

ابعاد کیفیت زندگی	مرحله سنجش	گروه آزمون		گروه شاهد		p.value
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
رنج روحی و جسمی	قبل از مداخله	۳۹/۲۸	۸/۶۶	۳۶/۶۶	۸/۳۲	۰/۰۷۴
	بعد از مداخله	۱۵/۸۸	۳/۴۲	۳۶/۷۱	۸/۳۲	۰/۰۰۱
	p.value	۰/۰۰۱		۰/۹۳۶		-
گسیختگی سبک زندگی	قبل از مداخله	۱۷/۷۸	۴/۹۹	۱۹/۷۵	۶/۳۳	۰/۱۷۹
	بعد از مداخله	۶/۳۴	۱/۸۱	۱۹/۴۲	۶/۳۳	۰/۰۰۱
	p.value	۰/۰۰۱		۰/۸۹۷		-
سازگاری مثبت	قبل از مداخله	۱۹/۸۴	۳/۹۸	۱۸/۴۱	۴/۰۱	۰/۱۱۹
	بعد از مداخله	۲۳/۴۱	۳/۱۸	۱۸/۱۲	۴/۰۱	۰/۰۰۱
	p.value	۰/۰۰۱		۰/۹۰۴		-
نگرانی اقتصادی	قبل از مداخله	۶/۷۲	۲/۸۹	۶/۵۳	۳/۴۸	۰/۱۷۵
	بعد از مداخله	۶/۵۹	۲/۸۰	۶/۶۲	۳/۴۸	۰/۰۷۱
	p.value	۰/۴۵۱		۰/۸۹۴		-
علاقه به مشارکت در مراقبت از بیمار	قبل از مداخله	۱/۱۶	۱/۶۱	۰/۹۷	۱/۳۱	۰/۰۹۸
	بعد از مداخله	۱/۱۸	۱/۶۳	۰/۹۴	۱/۳۱	۰/۰۱۱
	p.value	۰/۱۱۲		۰/۹۲۱		-

1. Mental and physical suffering
2. lifestyle disruptions
3. positive adaptation

در دو گروه آزمون و شاهد برای پاسخ با توجه به اینکه، مقیاس اندازه‌گیری ابعاد کیفیت زندگی والدین در حد فاصله‌ای و کمی و توزیع آن با توزیع نرمال تفاوت معنادار نداشت برای مقایسه ابعاد کیفیت زندگی در دو گروه از آزمون t برای گروه‌های مستقل و برای مقایسه قبل و بعد ابعاد کیفیت زندگی در هر گروه از آزمون پارامتریک t زوجی استفاده شد. نتایج در جدول ۶ آمده است.

جدول ۶. آزمون لوین برای بررسی یکسانی واریانس نمرات دو گروه در مراحل اندازه‌گیری (n=۶۴)

پس آزمون		پیش آزمون			متغیر پژوهش		
sig	df2	df1	F	sig	df2	df1	F
۰/۷۴۸	۶۲	۱	۰/۱۰۴	۰/۵۱۷	۶۲	۱	۰/۴۲۴

نسای واریانس‌ها

جهت بررسی یکسانی واریانس نمرات دو گروه در مراحل اندازه‌گیری از آزمون لوین^۱ استفاده شد. نتایج در جدول ۶ آورده شده است. نتایج آزمون لوین در جدول شماره ۶ نشان می‌دهد که واریانس نمرات کیفیت زندگی والدین دارای کودک سرطانی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه تفاوت معنادار ندارد. با توجه به نتایج فوق، پیش‌فرض یکسانی واریانس کیفیت زندگی والدین در دو گروه برقرار است و حجم نمونه در دو گروه نیز برابر است (هر گروه ۳۲ نفر).

بررسی اثرات تعاملی و همگنی شیب خط رگرسیون در دو گروه

نتایج جدول شماره ۷ نشان می‌دهد که کنش متقابل بین پیش‌آزمون کیفیت زندگی والدین و مراقبت معنوی معنادار

همان‌طور که نتایج جدول شماره ۵ نشان می‌دهد، آزمون t برای گروه‌های مستقل نشان داد، تفاوت کیفیت زندگی والدین در گروه مداخله بعد از مداخله و گروه کنترل نوبت دوم معنادار بود ($t=۳/۹۸۷, >sig ۰/۰۵$). کیفیت زندگی والدین در گروه مداخله بعد از ارائه مراقبت معنوی به‌صورت معناداری نسبت به گروه کنترل نوبت دوم افزایش داشت. بر اساس هدف شماره چهار: مقایسه میانگین ابعاد کیفیت زندگی والدین دارای کودک مبتلابه سرطان، قبل و بعد از مداخله،

همان‌طور که نتایج جدول شماره ۶ نشان می‌دهد، آزمون t برای گروه‌های مستقل نشان داد، تفاوت ابعاد کیفیت زندگی والدین در دو گروه آزمون و شاهد معنادار بود. در گروه آزمون، قبل و بعد از ارائه مراقبت معنوی رنج روحی و جسمی، گسیختگی سبک زندگی و سازگاری مثبت تفاوت معنادار داشت ولی نگرانی اقتصادی و علاقه به مشارکت در مراقبت از بیمار تفاوت معنادار نداشت. ابعاد کیفیت زندگی والدین در گروه شاهد نوبت اول و دوم اندازه‌گیری نیز تفاوت معنادار نداشت.

فرضیه‌های پژوهش

فرضیه پژوهش حاضر: مراقبت معنوی بر کیفیت زندگی والدین دارای کودک مبتلابه سرطان مؤثر است. برای پاسخ به فرضیه‌ی پژوهش، ابتدا پیش‌فرض‌های یکسانی واریانس نمرات دو گروه در مراحل اندازه‌گیری و همگنی خط رگرسیون کیفیت زندگی والدین در دو گروه محاسبه می‌شود.

1 Levene's Test

آمده است.

همان طوری که در جدول ۹ ملاحظه می‌شود؛ اثر پیش‌آزمون بر پس‌آزمون معنادار بود پس کنترل آن با تحلیل کوواریانس منطقی به نظر می‌رسد. بین کیفیت زندگی والدین در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معناداری وجود داشت ($P < 0.05$)، $F(89/82) = 0.000$. در واقع مراقبت معنوی افزایش معناداری بر کیفیت زندگی والدین دارای کودک مبتلابه سرطان ایجاد کرده است. میزان اثر مراقبت معنوی بر کیفیت زندگی والدین 0.596 بود. در نهایت، با توجه به شواهد جمع‌آوری شده در این تحقیق می‌توان نتیجه گرفت که فرضیه پژوهش تأیید می‌شود و روش مراقبت معنوی بر کیفیت زندگی والدین دارای کودک مبتلابه سرطان تأثیر معنادار دارد.

نبود؛ بنابراین شیب خط رگرسیون کیفیت زندگی والدین در دو گروه یکسان است. شیب برابر همگنی خط رگرسیون در دو گروه حاکی از این است که تعاملی بین پیش‌آزمون با مداخله (مراقبت معنوی) وجود ندارد. چون پیش‌فرض یکسانی واریانس کیفیت زندگی والدین در دو گروه برقرار بود و شیب خط رگرسیون کیفیت زندگی والدین نیز در دو گروه یکسان بود. به منظور مقایسه مداخله‌ی مراقبت معنوی بر کیفیت زندگی والدین از روش تحلیل کوواریانس استفاده می‌شود.

فرضیه اول: مراقبت معنوی بر کیفیت زندگی والدین دارای کودک مبتلابه سرطان مؤثر است.

به منظور مقایسه مداخله‌ی مراقبت معنوی بر کیفیت زندگی والدین از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد نتایج در جدول ۸

جدول ۷. اثرات تعاملی و همگنی شیب خط رگرسیون در دو گروه

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
اثر تعاملی پیش‌آزمون کیفیت زندگی و مراقبت معنوی	۵۰۴/۲۳۲	۱	۵۰۴/۲۳۲	۲/۹۴۹	۰/۰۹۱

جدول ۸. نتایج تحلیل کوواریانس کیفیت زندگی والدین در دو گروه- کنترل و مداخله

اثرات	SS	df	MS	F	sig	Eta
اثر پیش‌آزمون کیفیت زندگی	۲۹۰۴۰/۹۱	۱	۲۹۰۴۰/۹۱	۱۶۴/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۷۳۰
اثر مراقبت معنوی	۱۵۸۴۷/۹۸	۱	۱۵۸۴۷/۹۸	۸۹/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۵۹۶
خطا	۱۰۷۶۲/۸۸	۶۱	۱۷۶/۴۴			
کل	۸۴۵۳۵/۸۶	۶۴				

بحث

بیمار / رتبه فرزندی / نوع بیماری فرزندی / سابقه بیماری سرطان در خانواده) نشان داد دو گروه کنترل و مداخله از نظر اطلاعات جمعیت والدین و فرزندان همگن بود.

نتایج آزمون کلموگروف اسمیرنوف دلالت بر این داشت که توزیع متغیرهای پژوهش در دو گروه در دو نوبت در ۸ سطح 0.05 به صورت نرمال توزیع شدند، ($sig > 0.05$) (سطح معناداری برای متغیرهای پژوهش در دو گروه بیشتر از 0.05 بود)؛ بنابراین برای پاسخ به فرضیه‌های پژوهش از آزمون‌های پارامتریک استفاده

در پژوهش حاضر از نظر نتایج پرسشنامه دموگرافیک، در مورد فرزندان خانواده، بیشتر خانواده‌ها در هر دو گروه کنترل و آزمون دارای دو فرزند بودند. بیشتر کودکان مبتلابه سرطان، فرزند اول و از نوع لنفو بلاستیک حاد و در دامنه سنی ۱ تا ۷ سال بودند. آزمون ۲ × ۱ برای بررسی یکسانی دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت شناختی (تعداد فرزندان / جنسیت فرزند / سن فرزند

1 Pearson Chi-Square

شد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که کیفیت زندگی والدین دارای کودک سرطانی در گروه مداخله نسبت به قبل از ارائه مراقبت معنوی افزایش معنادار داشته است که هم‌راستا با پژوهش قلجایی و همکاران (۱۵)، قربانی و همکاران (۱۶)، خزاعلی و همکاران (۱۷) هست. علت این همسویی این بود که هر چهار پژوهش در ایران و بر روی کیفیت زندگی والدین دارای کودک مبتلابه سرطان و نیازهای معنوی آن‌ها پژوهش انجام داده‌اند. همچنین هم‌راستا با پژوهش مورهن و همکاران^۱ (۱۸) و سنخه و همکاران^۲ (۱۹) هست. علت این همسویی این بود که علیرغم متفاوت بودن اعتقادات دینی هر دو پژوهش بر روی کیفیت زندگی مراقبین بیماران سرطانی پژوهش انجام داده‌اند. نتایج پژوهش حاضر با نتایج تحقیق مارشال و همکاران^۳ (۲۰) نشان داد همبستگی مثبت متوسطی را بین کیفیت زندگی والدین و فرزندان مبتلابه سرطان داشتند. باین‌حال، مطالعات در مورد تأثیر سرطان والدین بر کودکان با استفاده از پیامدهایی مانند پریشانی یا سلامت روانی از جمله علائم درونی و بیرونی نشان داد که والدین تأثیر سرطان بر فرزندان خود را دست‌کم گرفته‌اند. ناهمسواست.

جهت تبیین اینکه، کیفیت زندگی والدین دارای کودک سرطانی در گروه مداخله نسبت به قبل از ارائه مراقبت معنوی افزایش داشت میتوان گفت، بیماری کودک باعث آشفتگی روابط درون خانواده می‌شود. توجه به خانواده بیمار (والدین) از دو جهت اهمیت دارد اول اینکه خانواده (والدین) اولین مراقبین بیمار محسوب می‌شوند که مراقبت و حمایت فیزیکی - روانی و مالی از بیمار را بر عهده دارند. دوم آنکه پیامدهای بیماری در خانواده و مراقبت از بیمار، شرایط تک‌تک اعضای خانواده را با مخاطره روبه‌رو می‌کند. همچنین ابتلا کودکانه به سرطان بر بعد

معنوی خانواده‌های آن‌ها به‌خصوص مراقبان این کودکان تأثیر می‌گذارد. معنویت به مراقبان خانوادگی بیماران کمک می‌کند که با وضعیت بیماران خود بهتر کنار آیند و در مواجهه با حوادث تنش‌زای زندگی آسیب کم‌تری متحمل شوند.

در پژوهش حاضر نتایج نشان داد که کیفیت زندگی والدین دارای کودک مبتلابه سرطانی در گروه کنترل نوبت اول و دوم تفاوت معناداری نداشته است؛ که هم‌راستا با پژوهش خنجری و همکاران (۲۱) و براتیان و همکاران (۳) و جلالی فراهانی و همکاران (۲۲) هست. علت این هم‌راستایی این بود که این پژوهش‌ها در ایران و بر روی کیفیت زندگی والدین دارای کودک مبتلابه سرطان انجام شده بود؛ و همچنین هم‌راستا با پژوهش تانگ و همکاران^۴ (۲۳) هست. علت این هم‌راستایی این بود که این پژوهش بر روی کیفیت زندگی مراقبین بیماران سرطانی انجام شده بود. مخالف پژوهش حاضر چوهان و همکاران^۵ (۲۴) نشان دادند که 36 sf والدین کودکان مبتلابه بیماری قلبی در تمام ابعاد گزارش ضعیف‌تری از کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی (به‌جز درباره خرده مقیاس درد) بیان کرده‌اند؛ و مخالف پژوهش حاضر مصطفی و همکاران نشان دادند که والدین کودکان مبتلابه بیماری قلبی در تمامی ابعاد 36sf گزارش ضعیف‌تری از کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی (به‌جز خرده مقیاس درد) بیان کرده‌اند (۲۵). نتایج پژوهش چراغی و همکاران (۲۶) نشان داد والدین کودکان مبتلابه سرطان در برخی ابعاد مختلف کیفیت زندگی مثل خستگی و درد و همچنین بعد علائم اضطرابی از سلامت عمومی دچار مشکل هستند که این مشکلات باعث کاهش کیفیت زندگی کودک شد. مطالعه یاماساکی و همکاران^۶ در بیشتر ابعاد با پژوهش حاضر همسو است. این مطالعه، با عنوان بررسی کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلابه لوسمی در ژاپن با استفاده از پرسشنامه 36 sf انجام شد. مادرانی که کودکانشان

4 Tang et al.

5 Cohn et al.

6 Yamasaki et al.

1 Mohrhun et al.

2 Sankhe et al.

3 Marshall et al.

دارای کودک مبتلابه سرطان ایجاد کرده است.

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد، میزان اثر مراقبت معنوی بر کیفیت زندگی والدین ۰/۵۹۶ بود (جدول ۱۲). در نهایت، با توجه به شواهد جمع‌آوری شده در این تحقیق می‌توان نتیجه گرفت که فرضیه پژوهش تأیید می‌شود و روش مراقبت معنوی بر کیفیت زندگی والدین دارای کودک مبتلابه سرطان تأثیر معنادار دارد. نتایج به دست آمده از این پژوهش با نتایج به دست آمده توسط مورهن و همکاران (۱۸)، عبدالجباری و همکاران (۳۰)، سنخه و همکاران (۱۹)، صف‌آرا و همکاران (۳۱)، حیدری و همکاران (۳۲)، ستاری و همکاران (۳۳)، هم‌راستا بود. علت این هم‌راستایی و همخوانی این بود که نتایج به دست آمده در این مطالعات نشان دادند که کیفیت زندگی مراقبین (والدین) کودک بیمار و همچنین اهمیت به نیاز معنوی آن‌ها و داشتن یک برنامه مراقبت معنوی برای آن‌ها از اهمیت بسیاری برخوردار است.

یلماز و چنگیز^۱ (۳۴) در پژوهش خود نشان دادند بین ایمان و کیفیت زندگی همبستگی معناداری وجود ندارد. در حوزه باورهای دینی، پژوهش‌های بسیاری به رابطه نزدیک باورهای دینی و کیفیت زندگی تأکید کرده‌اند. در این راستا گارسن و همکاران^۲ در پژوهش خود با بررسی تأثیر دین بر سلامت روان دریافتند معنویت یا دین تأثیر اندک و معناداری با سلامت روان دارد (۳۵). همچنین نتایج پژوهش‌های اندرسون و همکاران^۳، پیسیتلو^۴، ریکلیکینه^۵، مارتینو همکاران^۶، کیانژاد و همکاران و احمدی نیز با پژوهش حاضر همسو نیستند. همسو نبودن یافته‌های پژوهش با یافته‌های مذکور، می‌تواند به دلیل تفاوت در ویژگی‌های شناختی، فرهنگ‌های متفاوت و تفاوت در پرسشنامه‌ها، جمعیت ابزار و تعداد آزمودنی‌ها باشد (۳۶-۳۸).

نیاز به بستری شدن مداوم در بیمارستان دارند، کیفیت زندگی پایینی دارند و به‌ویژه عملکرد اجتماعی و روحی آن‌ها به خطر می‌افتد و در معرض افسردگی قرار می‌گیرند (۲۷).

پژوهش حاضر نشان داد که کیفیت زندگی والدین در گروه مداخله بعد از مداخله به صورت معناداری بیشتر از کیفیت زندگی والدین در گروه کنترل نوبت دوم بود؛ که هم‌راستا با پژوهش بادله شמושکی و همکاران (۲۵) و قلجایی و همکاران (۱۵) هست. علت این هم‌راستایی این بود که هر دو در ایران و بر روی کیفیت زندگی و باورهای دینی والدین دارای کودک مبتلابه سرطان پژوهش انجام داده‌اند. همچنین هم‌راستا با پژوهش مورهن (۱۷) و سنخه و همکاران (۱۹) هست. علت این هم‌راستایی این بود که هر سه بر روی کیفیت زندگی و تأثیر مراقبت معنوی و مراقبین بیماران سرطانی پژوهش انجام داده بودند.

در تبیین این مسئله می‌توان گفت، کیفیت زندگی والدین در گروه مداخله بعد از مداخله بیشتر از کیفیت زندگی والدین در گروه کنترل نوبت دوم بود. چون در گروه مداخله مراقبت معنوی آموزش داده شده و این مداخلات معنوی به‌عنوان منبعی مؤثر، برای کاهش اضطراب به اثبات رسیده است. آموزش مهارت‌های مهم معنوی مانند بخشایش، به‌جا آوردن نماز و دعا، افزایش خودآگاهی، برقراری ارتباط معنوی با خالق و افراد نزدیک، توکل، صبر، تقوا، پالایش ذهن و دل، تواضع و فروتنی، بجا آوردن صلوات‌رحم، دیدن تجلی خلقت در طبیعت و غیره انسان‌ها را صبورتر کرده و لذا امید به زندگی و کیفیت زندگی را در افراد بالا می‌برد (۲۹).

به‌منظور مقایسه مداخله‌ی مراقبت معنوی بر کیفیت زندگی والدین از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد اثر پیش‌آزمون بر پس‌آزمون معنادار بود پس کنترل آن با تحلیل کوواریانس منطقی به نظر می‌رسد. بین کیفیت زندگی والدین در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معناداری وجود داشت ($P < 0.05$ ، $F(89/82) =$). در واقع مراقبت معنوی افزایش معناداری بر کیفیت زندگی والدین

1 Yilmaz & Cengiz

2 Garssen et al.

3 Anderson et al.

4 Piscitello

5 Riklikienė

6 Martin et al.

به معنویت و مراقبت معنوی رابطه مستقیمی با کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلابه سرطان داشته است و این نوع مراقبت که اکثراً کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد سبب افزایش و ارتقاء کیفیت زندگی والدین شده است.

تقدیر و تشکر

این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته پرستاری کودکان دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی، تهران است که به تصویب کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی، تهران با کد اخلاق 1399.254.REC.TMU.IAU.IR در تاریخ ۱۳۹۹ رسیده است.

تضاد منافع

پژوهشگر در هیچ‌یک از مراحل تحقیق تضاد منافی نداشته است.

نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش نشان داد که بین کیفیت زندگی والدین در گروه مداخله و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. در واقع باید گفت که نتایج نشان داد مراقبت معنوی سبب افزایش معنادار کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلابه سرطان شده است. در نتیجه می‌توان گفت مراقبت معنوی بر کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلابه سرطان تأثیر معناداری دارد.

نتیجه‌گیری

نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش نشان داد که بین کیفیت زندگی والدین در گروه مداخله و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. در واقع باید گفت که نتایج نشان داد مراقبت معنوی سبب افزایش معنادار کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلابه سرطان شده است. در نتیجه می‌توان گفت مراقبت معنوی بر کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلابه سرطان تأثیر معناداری دارد؛ و در آخر با توجه به شواهد پژوهش این نتیجه حاصل شد که توجه

References

1. Moniri Javadhesari S, Vaezi Haris H. Structural, cellular and molecular mechanisms in the transition from epithelial to mesenchymal state in cancer. *Cell and Tissue*. 2022; 13(2): 71-94.doi: 10.52547/JCT/13.2.71
2. Ayob AZ, Ramasamy TS. Cancer stem cells as key drivers of tumour progression. *J Biomed Sci*. 2018;25(1):20. Epub 2018/03/07.
3. Baratian A, Kazemi A, Khajeh N, Haghani Zemeidani M, Davarniya R. The Effect of Acceptance and Commitment (ACT) Therapy on the Quality of Life of Mothers with a Child Cancer. *armaghanj*. 2017; 22(5): 637-650 URL: <http://armaghanj.yums.ac.ir/article-1-1786-fa.html>
4. Ahmadi M, Rassouli M, Karami M, Abasszadeh A, Poormansouri S. Care burden and its Related Factors in Parents of Children with Cancer. *IJN*;2018 . 40-51 :(111)31
5. Siahpoush K, Rezakhani SD. Increasing hope and anger management of mothers with children with cancer through life skills training. *Contemporary Psychology, Bi-Quarterly Journal of Iranian Psychology Association*.83-90 :(2)14;2018 .
6. Shafiee F, Shariatmadar A, Farahbakhsh K. Investigating lived experiences of psychological stresses of cancerous children and their families at different stages of the disease. *Health Psychology*. 119-138 :(31)8 ;2019 .doi/10.30473 : hpj2019.41705.4094.
7. Akbari V, Asayesh H, Haji Mohammad Hosseini M, Sharifi Fard F, Shahidi M, Gudarzi M. The needs of a family with a child hospitalized in the neonatal intensive care unit :comparing the views of mothers and nurses. *Journal of Qom University of Medical Sciences*10-18 :(3) 14 ;2020 .
8. Ghorbani A, ghezelbash S, Alizadeh H, Khosravi M. The effect of spiritual group therapy on depression, anxiety and stress of family caregivers of children with cancer. *Complementary Medicine Quarterly*.196-209:(3)11 ;2021 .
9. Behnam Vashani H, Reyhani T. The effect of spiritual education-Religion on depression, anxiety, stress and spiritual health of caregivers of children with leukemia. *Tanin Salamat Journal*:(1)4 ;2015 . 1-7
10. Hosseinzadeh F, Radfar M, Moghadamtabrizi F, Khalkhali H. The effect of resilience-based group therapy intervention on coping in mothers of children with cancer :a randomized clinical trial. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 291-5 :(4) 24 ;2017
11. Lotfi Kashani F, Waziri S, Qaiser S, Mousavi SM, Hashemie M. The effectiveness of spiritual intervention on improving the quality of life of mothers of children with cancer. *Journal of Medical Jurisprudence* 11) ;2013 .and.125-149 :(12
12. Kanjari S, Haghdoost F, Eshaghian A. Quality of life of parents of children with leukemia and related factors. *Iranian Journal of Nursing*;2013 . 10-26 :(82)
13. Rezaei Z, SharifianThani M, Ostad Hashemi L, Qaedamini Harooni G. Survey of the quality of life of mothers with children with cancer in Iran. *Komesh*.425-431 :(3)20 ;2017 .
14. Asadzandi M, et al. Effect of Sound Heart Model-based spiritual counseling on stress, anxiety and depression of parents of children with cancer. *Iran J Ped Hematol Oncol*.96-106 :(2)10 ;2020 .
15. Ghaljaei F, Fooladi S, Jamali A, Mahmoodi N, Zarei B. The Effect of Peer Support of Mothers of Children with Acute Lymphoblastic Leukemia on Quality of Life of Patients. *Avicenna J Nurs Midwifery Care* .171-180:(3)28 ;2020 .URL :<http://nmj.umsha.ac.ir/article-1-2122-fa.html>
16. Ghorbani A, Ghezelbash S, Alizadeh H, Khosravi M. The effect of spiritual group therapy on depression, anxiety and stress of family caregivers of children with cancer. *Complementary Medicine Quarterly*196-209 :(3)11 ;2021 .
17. Khazaali K, Khazaali Z, Jalili N, Garebaghi S. The role of maternal depression in the participation of a child with leukemia in daily life activities. *Journal of rehabilitation*.182 :(2)22 ;2021 .
18. Mohrhun JM, Racine NM, Guilcher GMT, Tomfohr-Madsen LM, Schulte FSM. Health-related quality of life and well-being in parents of infants

- and toddlers with cancer. *Current Oncology*;2020 . 206-215 :(1)27
19. Sankhe A ,Dalal K ,Agarwal V ,Sarve P .Spiritual Care Therapy on Quality of Life in Cancer Patients and Their Caregivers :A Prospective Non-randomized Single-Cohort Study .*J Relig Health*. 731-56:725 ;2017
 20. Marshall S ,Fearnley R ,Bristowe K ,Harding R. The perspectives of children and young people affected by parental life-limiting illness :an integrative review and thematic synthesis .*Palliative medicine* 2021 .Feb.246-60:(2)35;
 21. Khanjari S ,Haqdoost F ,Ishaqian A .Quality of life of parents of children with leukemia and related factors .*Iranian Journal of Nursing*;2013 . 10-26 :(82)
 22. Jalali-Farahani S ,Amiri P ,Zolfaghari poor A, Karimi M ,Azizi F .The association between parents and offspring health-related quality of life: Tehran Lipid and Glucose Study .*Payesh*;2020 . 559-568 :(5)19URL :<http://payeshjournal.ir/article-1-1491-fa.html>
 23. Tang ST ,Li CY ,Chen CC .Trajectory and determinants of the quality of life of family caregivers of terminally ill cancer patients in Taiwan .*Qual Life Res*.387-95:(3)17;2018 .
 24. Cohn LN ,Pechlivanoglou P ,Lee Y ,Mahant S, Orkin J ,Marson A ,Cohen E .Health outcomes of parents of children with chronic illness :a systematic review and meta-analysis .*The Journal of pediatrics*.218:166-77 ;2020 .
 25. Arafa MA ,Zaher SR ,El-Dowaty AA ,Moneeb DE .Quality of life among parents of children with heart disease .*Health Qual Life Outcomes*;2008 . 91 :(1)6<https://doi.org/10.1186/1477-7525-6-91>PMid ,18980676:PMCID:PMC2590598
 26. Cheraghi F ,Feizy Barnaji A ,Tapak L ,Sadeghi A. The Relationship Between General Health Status and Quality of Life of Parents and Quality of Life of Children with Cancer .*Avicenna J Nurs Midwifery Care*.200-207 :(5)25 ;2018 .
 27. Yamazaki S ,Sokejima S ,Mizoue T ,Eboshida A, Fukuhara S .Health-related quality of life of mothers of children with leukemia in Japan .*Qual Life Res* .1079-85:(4)14;2005 .<https://doi.org/10.1007/s11136-004-3288-z> PMid16041903:
 28. Badeleh Shamooshaki MT ,Mirbehbahani N, Ariakhah M ,Latifizadeh M ,Jahanshi N .Relationship between Religious Beliefs with Quality of Life and Resilience of Mothers with Children Suffering from Cancer .*J Health Res Commun*;2020 . 10-19 :(3)6URL :<http://jhc.mazums.ac.ir/article-1-492fa.html>
 29. Adri B ,Shirley N ,Carolyn F .Kosir nursing principles :2018 concepts ,processes and exercises. Group of translators .Heydari Publications.2017
 30. Abdoljabbari M ,Sheikhzakaryae N ,Atashzadeh-Shoorideh F .Taking Refuge in Spirituality ,a Main Strategy of Parents of Children with Cancer :a Qualitative Study .*Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* .2575-2580 :(9)19 ;2018 .doi: /10.22034/APJCP.2018.19.9.2575.
 31. Safara M ,Khanbabaee M ,Khanbabaee M .The efficacy of Spiritual skills training in promoting quality of life and life hope of mothers Having Child with intellectual disability .*Psychology of Exceptional Individuals*.161-180 :(37)10 ;2020 . doi/10.22054 :jpe2020.43806.2009.
 32. Heydari A ,et al .The impact of spiritual care skills on quality of life in spouses of veterans with post-traumatic stress disorder :A randomized controlled trial .*Journal of Caring Sciences*.220 :(4)9 ;2020 .
 33. Sattari MH ,Alaee Karahroudy F ,Tehrani T H T. Correlation of Nurses 'Spiritual Health with the Care Burden of Parents with Children with Cancer Hospitalized in Oncology Wards of Selected Hospitals of Tehran University of Medical Sciences in .2019-2020J Mod Family Med107- :(1)1 ;2021 .107URL :<http://journalfaculty.ir/article-1-30-fa.html>
 34. Yilmaz M ,Cengiz HÖ. The relationship between spiritual well-being and quality of life in cancer survivors. *Palliat Support*. 2019; 18(1):55-62.
 35. Garssen B, Visser A, Pool G. Does spirituality or religion positively affect mental health? Meta-analysis of longitudinal studies. *Int J Psychol Religion*. 2020; 14:1-17.
 36. Riklikienė O, Tomkevičiūtė J, Spirgienė L, Valiulienė Z, Büssing A. Spiritual needs and their association with indicators of quality of life among

- non-terminally ill cancer patients: cross-sectional survey. *Eur J Oncol Nurs*. 2020; 44:101681.
37. Ghasemloo F, Yaghmaei F. Comparison of resilience and quality of life of mothers of delinquent children and mothers with healthy children in Zanjan. *Iran J Psychiatric Nurs*. 2018; 5(2):32-7.
38. Atashzadeh-Shoorideh F, Sheikh Zakaryae N, Fani M. The barriers and facilitators in providing spiritual care for parents who have children suffering from cancer. *J Fam Med Prim Care*. 2018; 7:1319-26.

The Effect of Spiritual Care on Quality of Life with Children with Cancer

Fatemeh Alae Karahroudy^{1*}, Shirin Ghavideh², Fatemeh Sadat Seyed Nematollah Roshan³

Abstract

Objective: Cancer in children has many effects on family members. Undoubtedly, taking care of a child with cancer has an important effect on the functioning of the family. Therefore, the present study was conducted with the aim of investigating the effect of spiritual care on the quality of life of parents with a child with cancer.

Methods and Materials: The present study was a quasi-experimental study and the statistical population included 64 parents of children with cancer hospitalized in the oncology departments of selected children's hospitals in Tehran in 2010. They were selected non-randomly and randomly divided into two intervention and control groups (32 people in each group). 6 sessions, with an interval of one day between the sessions, and for 30 minutes, spiritual care intervention was implemented for the parents of the intervention group according to the provided headings of the spiritual care package. The collected data were analyzed using SPSS software.

Results: The results of this study showed that there was a significant difference between the quality of life of parents in the intervention and control groups ($P < 0.05$, $F = 89.82$). In fact, spiritual care had significantly increased the quality of life of parents with children with cancer.

Conclusion: The results of this study showed that the quality of life of parents in the intervention group after spiritual care increased significantly compared to the quality of life and performance of parents in the second control group.

Keywords: Spiritual Care, Parents with a Child with Cancer, Quality of Life

1*. Corresponding Author, Assistant Professor, Department of Pediatrics, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran fatemeha71@gmail.com

2*. M.Sc degree on Pediatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery Islamic Azad University of Medical Sciences, Tehran, Iran Shirin.Ghavideh1999@gmail.com

3. Assistant Professor, Department of Nursing, Tehran Medical Sciences Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran sroshan.f@gmail.com.