

تأثیر آموزش معنوی - مذهبی بر افسردگی، اضطراب، استرس و سلامت معنوی مراقبین کودکان مبتلا به لوسمی

الهام ظفریان مقدم^۱، حمیدرضا بهنام وشانی^{۲*}، طیبه ریحانی^۲، سعید نمازی زادگان^۳

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۲- مربی گروه پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۳- استادیار گروه معارف، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

چکیده

زمینه و هدف: مراقبین کودکان مبتلا به سرطان نقش اصلی و اساسی در امر مراقبت ایفا می‌کنند. با آن که پرداختن به نیازهای معنوی این افراد جزء ضروری مراقبت کل‌نگر در پرستاری شناخته شده، اما در سال‌های اخیر کمتر به آن پرداخته شده است. در این مطالعه تأثیر آموزش معنوی - مذهبی بر میزان افسردگی، اضطراب، استرس و سلامت معنوی مراقبین کودکان مبتلا به لوسمی انجام شد.

روش‌ها: در این مطالعه نیمه تجربی ۶۰ نفر از مراقبین بیماران مبتلا به لوسمی شرکت کردند. گروه مداخله، ۵ جلسه مداخلات معنوی - مذهبی بر اساس الگوی ریچاردز و برگین روزانه به مدت ۶۰ دقیقه دریافت نمودند. ابزارهای پژوهش مشتمل بر فرم اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه سلامت معنوی و داتس بود که قبل و بعد از مداخله تکمیل شد. داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ تحلیل گردید.

نتایج: میانگین و انحراف معیار سن مراقبین در گروه کنترل و مداخله به ترتیب $40 \pm 6/9$ ، $35/7 \pm 6/2$ سال بود. یافته‌ها نشان می‌دهد در گروه مداخله نمره داس (افسردگی، اضطراب و استرس) بعد از انجام آموزش کاهش یافت ($p < 0/05$)، اما این کاهش در گروه کنترل دیده نشد ($P > 0/05$). همچنین در گروه مداخله، سلامت معنوی بعد از آموزش به طور معنی‌داری بیشتر از سلامت معنوی قبل از آموزش بوده است ($P < 0/001$).
نتیجه‌گیری: با توجه به تأثیر مثبت حمایت معنوی بر سطح سلامت مراقبین، انجام مداخلات آموزشی به‌دلیل هزینه اندک و اثربخشی بیشتر برای این مراقبان پیشنهاد می‌گردد.

کلمات کلیدی: معنویت، حمایت معنوی، لوسمی، سلامت، مراقب کودکان

*آدرس نویسنده مسئول: دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

آدرس پست الکترونیک: vashanihr@mums.ac.ir

مقدمه

لوسمی شایع‌ترین سرطان دوران کودکی است که در سنین زیر ۱۵ سال رخ می‌دهد (۱). برابر آمار موجود، شمار کودکان مبتلا به این نوع سرطان در کشور سالانه ۹ در ۱۰۰ هزار است که این آمار در سال ۲۰۰۸ به ۱۵ مورد در هر ۱۰۰ هزار افزایش یافته است (۲). کودکان مبتلا به لوسمی در طی مراحل درمانی تغییراتی در کیفیت زندگی خویش تجربه می‌کنند (۳). به‌طوری که اثرات این بیماری بر روی ابعاد مختلف جسمی، اجتماعی، روانی و معنوی این بیماران و مراقبین آن‌ها مشهود است و آن‌ها را با مشکلاتی مواجه می‌نماید (۴).

ابعاد معنوی- مذهبی انسان زمینه‌هایی فراهم می‌نمایند که از طریق آن‌ها، انسان می‌تواند معنی، هدف و ارزش‌های متعالی زندگی خود را درک کند (۵، ۶). از این رو این مبانی می‌توانند پیش‌بینی کننده‌ی وضعیت سلامت روان افراد باشند (۷). افراد برخوردار از سلامت معنوی-مذهبی، افرادی توانمند، قوی، دارای قدرت کنترل و حمایت اجتماعی بیشتر می‌باشند. با وجود تبیین جایگاه معنویت در سلامت، متاسفانه موضوع ارتقای سلامت معنوی کمتر در برنامه‌های حمایتی و درمانی مورد توجه مراقبین حرفه‌ای قرار گرفته است (۸). معنویت به مراقبان خانوادگی بیماران کمک می‌کند که با وضعیت بیماران خود بهتر کنار آیند (۹، ۱۰) و در مواجهه با حوادث تنش‌زای زندگی آسیب کم‌تری متحمل شوند (۱۱، ۱۲).

مراقبت از فرد مبتلا به بیماری مزمن، تنش زیادی برای مراقب و خانواده بیمار ایجاد می‌کند (۱۳)؛ به نحوی که منجر به ایجاد مشکلات هیجانی و عاطفی عمیقی نظیر استرس، اضطراب و افسردگی در بیمار و خانواده وی می‌شود (۱۴). بررسی استرس والدین از آنجا اهمیت دارد که کودک با توجه به درجه تکاملی خود می‌تواند اضطراب و تنش را از والدین دریافت نماید. زیرا به رغم تلاش والدین، اضطراب آن‌ها به فرزندشان منتقل می‌شود (۱۵) و کودکان به راحتی تحت تأثیر اثرات نامطلوب استرس والدین قرار می‌گیرند (۱۶). زمانی که والدین به‌ویژه مادران بتوانند در شرایط پر تنش، احساس کفایت و توانمندی نمایند به خوبی خواهند توانست که کودک بیمار خود را مورد حمایت قرار دهند و روند درمان را برای او تسهیل نمایند (۲۰-۱۷).

با آن که پرداختن به نیازهای معنوی-مذهبی جزء ضروری مراقبت کل‌نگر در پرستاری شناخته شده است، اما در سال‌های اخیر کمتر به آن پرداخته شده است (۲۱). با توجه به اهمیت

موضوع، این مطالعه با هدف بررسی تأثیر آموزش معنوی- مذهبی بر میزان افسردگی، اضطراب، استرس و سلامت معنوی مراقب کودکان مبتلا به لوسمی انجام شد.

روش‌ها

در این مطالعه نیمه تجربی جامعه پژوهش را مراقبین کودکان ۸ تا ۱۲ سال مبتلا به لوسمی حاد لنفوبلاستیک بستری در بخش آنکولوژی بیمارستان دکتر شیخ مشهد تشکیل می‌دادند. تعداد نمونه مورد مطالعه ۶۰ نفر بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. تخصیص واحدهای پژوهش به دو گروه مداخله و کنترل به‌طور تصادفی انجام گرفت.

معیارهای ورود به مطالعه شامل ارائه رضایت آگاهانه و کتبی جهت شرکت در مطالعه به محقق، تابعیت ایرانی، ساکنین مشهد و حومه، حضور در جلسات آموزشی به‌طور مداوم، دارا بودن سواد خواندن و نوشتن، عدم مصرف مواد مخدر و داروهای روان‌گردان، تشخیص قطعی بیماری لوسمی حاد لنفوبلاستیک کودک توسط پزشک و دامنه سنی ۱۲-۸ سال بود. معیارهای خروج از مطالعه را عدم تمایل فرد جهت شرکت در مطالعه و یا غیبت ۲ جلسه یا بیشتر در جلسات آموزشی تشکیل می‌دادند.

ابزارهای مورد استفاده در مطالعه شامل فرم مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه سلامت معنوی پولوتزین و الیسون^۱ و پرسشنامه داس^۲ بودند. پرسشنامه سلامت معنوی حاوی ۲۰ سؤال است که ۱۰ سؤال آن سلامت وجودی و ۱۰ سؤال دیگر سلامت مذهبی فرد را مورد سنجش قرار می‌دهد. نمره سلامت معنوی جمع این دو زیر گروه است که دامنه آن بین ۱۲۰-۲۰ می‌باشد. سؤالات در مقیاس لیکرت ۶ قسمتی از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۶) می‌باشد. پایایی ابزار در مطالعه حاضر با استفاده از روش همسانی درونی محاسبه گردید و ضریب آلفای کرونباخ در بعد سلامت مذهبی ۰/۸۶، سلامت وجودی ۰/۸۰ و کل مقیاس ۰/۸۷ به‌دست آمد.

پرسشنامه داس نیز دارای سه زیر مقیاس است که هر یک دارای ۷ سؤال است که هر سؤال از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری و نمره نهایی هر زیر مقیاس از مجموع نمرات سوال‌های مربوط به آن به‌دست می‌آید. در پژوهش حاضر پایایی ابزار به روش آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۷، ۰/۷۵، ۰/۸۵ و برای کل مقیاس ۰/۹ بود.

^۱ - Palutzian & Ellison

^۲ - Depression, Anxiety, Stress Scale

همین‌طور رتبه فرزند مبتلا، قد و سن کودک و شاخص توده بدنی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($P > 0.05$). در این مطالعه تعداد ۲۵ نفر (۸۳/۳ درصد) از مراقبین در گروه مداخله و ۲۲ نفر (۷۳/۳ درصد) در گروه کنترل را مادران تشکیل دادند و مابقی پدر و یا سایر اعضای خانواده بودند.

در بررسی میانگین نمرات پرسشنامه داس (افسردگی، اضطراب و استرس) نتایج نشان داد که در ابتدای مطالعه دو گروه از نظر تغییرات فوق تفاوت معناداری باهم نداشتند ($P > 0.05$), اما بعد از آموزش، این تغییرات در گروه مداخله به طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل شد (جدول ۱). نتایج آزمون تی زوجی نشان داد که در گروه مداخله نمره داس بعد از انجام آموزش کاهش یافت ($P < 0.05$)؛ اما این کاهش در گروه کنترل دیده نشد ($P > 0.05$).

جدول ۱- مقایسه نمرات افسردگی، اضطراب و استرس در دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از آموزش

گروه‌ها	مداخله	کنترل	
نمره افسردگی، اضطراب و استرس	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	آزمون بین گروهی ^۱
قبل از مداخله	۴۳/۳ \pm ۲۳/۹	۴۴/۳ \pm ۲۱/۰	$F(1,58) = 0.02$ $P = 0.88$
بعد از مداخله	۳۲/۱ \pm ۱۷/۴	۴۳/۶ \pm ۱۹/۹	$F(1,58) = 4.81$ $P = 0.03$
تفاضل نمره داس قبل و بعد از مداخله	-۱۱/۳ \pm ۷/۴	-۰/۷ \pm ۲/۱	$F(1,58) = 4.824$ $P < 0.001$
آزمون درون گروهی ^۲	$t(29) = 8.38$ $P < 0.001$	$t(29) = 1.92$ $P = 0.06$	

^۱ آزمون آنالیز کوواریانس برای مقایسه قبل و بعد با کنترل متغیر سن مراقب
^۲ آزمون تی زوجی برای مقایسه قبل و بعد

همچنین یافته‌ها نشان داد در زمان قبل از مداخله، تفاوت میانگین نمرات سلامت معنوی بین دو گروه مداخله و کنترل معنی‌دار نبود ($P = 0.83$), حال آن که بعد از مداخله، این تغییرات در گروه مداخله به طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل بود (جدول ۲). نتیجه آزمون تی زوجی نشان داد در گروه مداخله، سلامت معنوی بعد از مداخله به طور معنی‌داری بیشتر از سلامت معنوی قبل از مداخله بوده است ($P < 0.001$).

روایی محتوای پرسشنامه‌ها نیز توسط ۱۰ تن از اساتید دانشکده پرستاری و مامایی مشهد به روش روایی محتوا تأیید شد. مطالعه پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام گردید. ابتدا فرم انتخاب واحد پژوهش توسط پژوهشگر از طریق مصاحبه با مراقبان تکمیل و مراقبان واجد معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند. سپس توضیحات لازم در مورد اهداف پژوهش به هرکدام از واحد‌ها به مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه ارائه گردید. در صورت تمایل مشارکت کنندگان جهت شرکت در مطالعه، رضایت آگاهانه کتبی از آنان اخذ و فرم مشخصات فردی تکمیل شد.

لازم به ذکر است پژوهشگر قبل از شروع جمع‌آوری داده‌ها توسط کارشناس مذهبی مجرب در خصوص حمایت‌های معنوی- مذهبی آموزش‌های لازم را کسب نمود. جلسات حمایت معنوی- مذهبی برای مراقبین مورد مطالعه توسط پژوهشگر و با نظارت کارشناس مذهبی برگزار گردید. قبل از شروع جلسات پرسشنامه‌های داس و سلامت معنوی توسط مراقبان تکمیل گردید.

گروه مداخله، تحت ۵ جلسه مبتنی بر مداخلات معنوی- مذهبی بر اساس الگوی ریچاردز و برگین^۱ با تمرکز بر آیین دین اسلام و شامل مؤلفه‌های روانی معنوی نیایش، توکل و توسل، صبر، شکر و طلب بخشش، روزانه به مدت ۶۰ دقیقه قرار گرفتند. جلسات حمایت معنوی- مذهبی نیز در محل مشخصی در بخش برگزار می‌گردید.

بعد از اتمام جلسات، پرسشنامه‌های داس و سلامت معنوی توسط واحدهای مورد مطالعه تکمیل گردید. به لحاظ رعایت مسائل اخلاقی در پایان پژوهش اصول حمایت معنوی به صورت نسخه چاپی در اختیار گروه کنترل نیز قرار گرفت. داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون‌های آماری تحلیل گردید. در تمام آزمون‌ها ضریب اطمینان ۰/۹۵ مدنظر قرار گرفت.

نتایج

میانگین و انحراف معیار سن مراقبین در گروه کنترل و مداخله به ترتیب $40 \pm 6/9$ ، $35/7 \pm 6/2$ سال بود. میانگین تعداد اعضای خانواده در گروه کنترل $4/6 \pm 1/0$ و در گروه مداخله $4/9 \pm 1/8$ بود. بین دو گروه از نظر سن مراقبین و تعدد اعضای خانواده و

^۱ - Richards and Bergin

وقایع منفی را به شیوه‌ای بهتر ارزیابی کرده و حس قوی‌تری از کنترل شرایط موجود به دست می‌گیرند (۲۶). این آموزش‌ها احساس کنترل، افراد را در کنار آمدن با شرایط زندگی به شدت تقویت نموده و منجر به ارتقاء سلامت روانی آن‌ها می‌شود (۲۷).

همچنین در پژوهشی مشخص گردید که مداخلات معنوی موجب بهبود سلامت روانی زنان مبتلا به سرطان پستان گردیده است (۲۸). این یافته با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد که احتمالاً وجود چنین شباهتی می‌تواند ناشی از اجرای برنامه آموزش خود مراقبتی معنوی و تا حد زیادی تطابق فرهنگی باشد. به نظر می‌رسد این امر موجب می‌شود تا مراقبت معنوی به عنوان یک مکانیسم دفاعی مؤثر و به صورت یک سپر دفاعی مقابل تنیدگی عمل نماید.

تاک^۱ (۲۰۱۲) در مطالعه‌ای که به بررسی مداخلات معنوی پرداخت به نتایج متفاوتی از مداخله و مراقبت معنوی با یافته‌های مطالعه حاضر دست یافت. نتایج مطالعه وی بیانگر تأثیر اندک مراقبت معنوی و مداخلات آن بر روی افراد می‌باشد (۲۹). در مطالعه هارت و همکاران^۲ (۲۰۱۲) هم تأثیر اندک محدود مداخلات معنوی بر روی علائم و پیش آگهی سرطان در افراد مبتلا به این بیماری مشاهده شد (۳۰). به نظر می‌رسد عدم همخوانی نتایج این مطالعات با مطالعه حاضر می‌تواند ناشی از تفاوت‌های موجود در شرایط اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جوامع باشد.

قهاری و همکاران (۲۰۱۲) هم در مطالعه‌ای با هدف تأثیر مداخله مذهبی- معنوی و رفتاری شناختی بر میزان افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به سرطان پستان نشان داد که این مداخلات تأثیر معنی‌داری بر تنش، اضطراب و افسردگی این افراد نداشت (۳۱). این یافته نیز با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد. علت این تفاوت می‌تواند مربوط به حجم کم نمونه و یا تفاوت در شرایط بیماری و یا مشکلات زمینه‌ای واحدهای مورد بررسی باشد.

نتیجه‌گیری

با توجه به تاثیر مثبت حمایت معنوی-مذهبی بر سطح سلامت مراقبین، انجام مداخلات آموزشی به دلیل هزینه اندک و اثربخشی بیشتر برای این مراقبان پیشنهاد می‌گردد.

جدول ۲: مقایسه نمره سلامت معنوی قبل و بعد از آموزش در دو گروه مداخله و کنترل

گروه‌ها	مداخله	کنترل	
نمره سلامت معنوی	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	آزمون بین گروهی ^۱
قبل از مداخله	۷۶/۹ ± ۱۲/۱	۷۵/۷ ± ۹/۶	F(۱,۵۷) = ۰/۰۴ P = ۰/۸۳۵
بعد از مداخله	۸۶/۵ ± ۶/۵	۷۵/۸ ± ۹/۱	F(۱,۵۷) = ۲۲/۷۶ P < ۰/۰۰۱
تفاضل نمره سلامت معنوی قبل و بعد از مداخله	۹/۶ ± ۶/۲	۰/۱ ± ۲/۲	F(۱,۵۸) = ۶۳/۹۸ P < ۰/۰۰۱
آزمون درون گروهی ^۲	t(۲۹) = -۸/۲۳ P < ۰/۰۰۱	t(۲۹) = -۰/۲۵ P = ۰/۸۰۸	

^۱ آزمون آنالیز کوواریانس و کواریانس رتبه‌ای برای مقایسه قبل و بعد با کنترل متغیر سن مراقب. ^۲ آزمون تی زوجی برای مقایسه قبل و بعد

بحث

در مطالعه حاضر مداخله حمایت معنوی- مذهبی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس مراقبین کودکان مبتلا به لوسمی مؤثر بوده است. در همین راستا مطالعه‌ای که نویدیان و همکاران (۱۳۸۸) با هدف بررسی تأثیر آموزش روانی خانواده بر میزان افسردگی، اضطراب و استرس مراقبین خانوادگی بیماران روانی انجام دادند، به نتیجه‌ای مشابه با یافته مطالعه حاضر دست یافتند. در مطالعه آنان آموزش موجب کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس واحدهای مورد مطالعه شد (۲۲). ناچی اصفهانی و همکاران (۱۳۹۱) نیز در مطالعه‌ای به بررسی ارتباط سلامت معنوی و ابعاد آن با استرس، اضطراب و افسردگی در مبتلایان به سرطان سینه پرداختند که با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی دارد (۲۳). در مطالعه بولهری و همکاران (۲۰۱۲) هم که با هدف اثربخشی مداخله و مراقبت معنوی بر کاهش استرس و افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد، مداخله معنوی باعث کاهش استرس، تنش و افسردگی این افراد شد که با مطالعه حاضر قرابت معنایی نزدیکی دارد (۲۴).

گرچه به‌رغم تشابه یافته‌های این مطالعات با مطالعه حاضر تفاوت‌های روش‌شناسی اندکی نیز دارند، اما گفته می‌شود مداخلات معنوی و مذهبی باعث ایجاد نگرش مثبت به خود و محیط و آینده می‌شوند، که در نتیجه افراد خود را آسیب‌پذیر تلقی نکرده و در محیط احساس آرامش می‌کنند (۲۵) و حتی

^۱ - Tuck

^۲ - Hart et al

تشکر و قدردانی

پزشکی مشهد، اساتید محترم دانشکده پرستاری و مامایی، مدیریت بیمارستان دکتر شیخ و تمام پرسنل بخش انکولوژی این مرکز تشکر و قدردانی می‌شود.

این مقاله منتج از پایان‌نامه دانشجویی کارشناسی ارشد پرستاری گرایش کودک و نوزاد مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد با شماره کد طرح ۹۴۱۱۱۱ می‌باشد. بدین‌وسیله از همکاری صمیمانه معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم

References

- 1- Hashemizadeh H, Jafarzadeh A, Broumand H. Risk Factors and the Most Common Initial Symptoms of Acute Lymphoblastic Leukemia in Children. *Iran Journal of Nursing*. 2011 Oct; 24(72):67-77.
- 2- Sajjadi H, Roshanfekar P, Asangari B, Zeinali Maraghe M, Gharai N, Torabi F. Quality of life and satisfaction with services in caregivers of children with cancer. *IJN*. 2011; 17-8(72)24.
- 3- Weaver AJ, Flannelly KJ. The role of religion/spirituality for cancer patients and their caregivers. *South Med J*, 2004 Dec; 97(12):1210-4.
- 4- Meraviglia MG. Critical analysis of spirituality and its empirical indicators Prayer and meaning in life. *J Holist Nurs*. 1999 Mar; 17(1): 18-33.
- 5- Cotton S, Larkin E, Hoopes A, Cromer BA, Rosenthal SL. The impact of adolescent spirituality on depressive symptoms and health risk behaviors. *J Adolesc Health*. 2005 Jun 30; 36(6):529.
- 6- Pierce LL, Steiner V, Havens H, Tormoehlen K. Spirituality expressed by caregivers of stroke survivors. *West J Nurs Res* 2008 Aug 1; 30(5):606-19.
- 7- Weaver AJ, Flannelly KJ. The role of religion/spirituality for cancer patients and their caregivers. *South Med J*. 2004 Dec 1; 97(12):1210-4.
- 8- Penman J, Oliver M, Harrington A. Spirituality and spiritual engagement as perceived by palliative care clients and caregivers. *Aust J Adv Nurs*, 2009; 26(40): 29-35.
- 9- Vellone E, Rega ML, Galletti C, Cohen MZ. Hope and related variables in Italian cancer patients. *Cancer Nurs*. 2006 Sep-Oct; 29(5): 356-66.16.
- 10- Boyd MA. *Psychiatric Nursing Contemporary Practice*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.
- 11- Beery TA, Baas LS, Fowler C, Allen G. Spirituality in persons with heart failure. *J Holist Nurs* 2002; 20(1): 5-25.
- 12- Rippentrop, E.A., Altmaier, E.M., Chen, J.J., Found, E.M., & Keffala. The relationship between religion/ spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain*. 2005 Aug; 116 (3): 311-21.
- 13- Teymouri F, Alhani F, Kazemnejad A. The effect of family-centered empowerment model on the Quality of life of school-age asthma children. *Iranian journal of nursing research*. 2011; 6 (20):52-63.
- 14- Akechi T, Nakano T, Okamura H, Ueda S, Akizuki N, Nakanishi T, et al. Psychiatric disorders in cancer patients: descriptive analysis of 1721 psychiatric referrals at two Japanese cancer center hospitals. *Jpn J Clin Oncol*. 2001; 31(5): 188-94.
- 15- Curley MA, Moloney-Harmon PA. Critical care nursing of infants and children. *Miscellaneous Papers*. 2001 Jan 1:4.
- 16- 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. *J Exp Child Psychol.* 1997 Oct 31; 67(1):39-56.

17- McClain-Jacobson C, Rosenfeld B, Kosinski A, Pessin H, Cimino JE, Breitbart W. Belief in an afterlife, spiritual well-being and end-of-life despair in patients with advanced cancer. *Gen Hosp Psychiatry.* 2004; 26(6): 484-6.

18- King C, Hinds P. *Quality of Life.* Sandburg Massachusetts: Jones & Bartle Publication, 1998.

19- Gulbeyaz, Can., Akin, S., Aydiner.A, Ozdilli, K., Oskay, U & Durna, Z. A psychometric validation study of the quality of life and Famcare scales in Turkish cancer family caregivers. *Qual life Res.* 2011 Oct 1; 20(8):1319-29.

20- Mazaheri M, Fallahi Khoshknab M, Maddah B, Rahgozar M. Nursing attitude to spirituality and spiritual care. *Payesh,* 2009.

21- GHeisar SH, Vaziri SH, Mousavi M, Hashemie M, Kashani F. The effect of Spirituality on quality of life of mothers of children with cancers. 2012.

22- Navidian A, Pahlevan Zade S, Yazdani M. The effect of family psychoeducation on depression, anxiety and stress of caregivers of psychological patients. *Journal of Kermanshah Medical School* 1389: 14(3). [In Persian]

23- Naji Esfahani H, Musarezaie A, Momeni Ghaleghasemi T, Karimian J, Ebrahimi A. The Relationship between Spiritual Wellbeing and Stress, Anxiety, and Depression in Patients with Breast Cancer. *Journal of Isfahan Medical School.* 2012; 30(195). [In Persian]

24- Bolahri G, Nazari GH, Zamaniyan S. Effective therapeutic spirituality to reduce the amount of Intellectual depression, anxiety and stress in

women with breast cancer. *Sociol Women.* 2012; 3(1):85-116.

25- Sanaei B, Nasiri H. The effect of cognitive-spiritual group therapy in reducing depression and anxiety in patients with mood disorders in Isfahan Noor Medical Center. *Couns Res Dev.* 2011;2(7-8):89-97. [In Persian]

26- Simoni J, Marton M, Kerwin J. Spirituality and psychological adaptation among women with HIV/AIDS: implications for counseling. *J Couns Psychol.* 2002; 49(2):139-47.

27- Rubin HH. Hope and ways of coping after breast cancer (Doctoral dissertation, Rand Afrikaans University). 2008. Available at: <http://ujdigispace.uj.ac.za:8080>.

28- Fallah R, Gilzari M, Dstani M, Akbari M. Integrating spirituality into a group psychotherapy program for women surviving from breast cancer. *Thought Behav Clin Psychol.* 2011;5(19):65-76. [In Persian]

29- Tuck J. A critical review of a spirituality intervention. *West J Nurs Res.* 2012 Oct; 34(6):712-35.

30- Hart SL, Hoyt MA, Diefenbach M, Anderson DR, Kilbourn KM, Craft LL, et al. Meta-analysis of efficacy of interventions for elevated depressive symptoms in adults diagnosed with cancer. *J Natl Cancer Ins.* 2012 Jul; 104(13):990-1004.

31- Ghahari S, Fallah R, Bolhari J, Moosavi SM, Razaghi Z, Akbari ME. Effectiveness of cognitive-behavioral and spiritual-religious interventions on reducing anxiety and depression of women with breast cancer. *Know Res Appl Psychol.* 2012 Winter; 13(4):33-40. [In Persian]

The Effect of Spiritual education on depression, anxiety and stress of caregivers of children with leukemia

Elam Zafarian Moghaddam¹, Hamidreza Behnam Vashani^{2*}, Tayebeh Reihani², Saeed Namazi Zadegan³

1- MSc Student of Pediatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

2- Instructor of Pediatric Nursing Department, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

3- Assistant professor in Theology Department, Medical school, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

*Corresponding Address: School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences.
Email Address: vashanihr@mums.ac.ir

Abstract

Background & Aim: Caregivers of children with cancer play a main and fundamental role in providing care. Although paying attention to spiritual needs of caregivers is one of the indispensable components of holistic care in nursing, it has been less considered in recent years. This research aimed to investigate the effect of Spiritual education on depression, anxiety and stress (DAS) of caregivers of children with leukemia.

Method: This semi experimental study comprised 60 caregivers of children with leukemia. Intervention group received spiritual intervention for 5 sessions of 60 minutes based on the Richards and Bergin pattern. Research instruments consisted of demographic data questionnaire, spiritual health questionnaire, DASS questionnaire which were filled before and after the intervention. Data were analyzed using SPSS 16.

Results: the mean and standard deviation of age in control and experimental groups were 40±6.9 and 35.7±6.2, respectively. Findings showed that in the experimental group, DAS scores reduced after education ($p<0.05$), while no reduction was observed in the control group in this regard ($p>0.05$). Moreover, in experimental group, spiritual health after education significantly increased compared to pre-education stage ($p<0.001$).

Conclusion: Due to the positive impact of spiritual support on caregivers' health level, implementing educational interventions for caregivers are recommended because of low cost and more effectiveness.

Keywords: Spiritual, Spiritual Support, leukemia, health, pediatric caregiver