

تأثیر مداخله معنوی مراقبین بر کیفیت زندگی کودکان ۱۲-۸ سال 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: کودکان مبتلا به لوسمی در طی مراحل مختلف درمانی کاهش شدیدی در کیفیت زندگی تجربه می‌کنند. با توجه به اهمیت معنویت در نظام سلامت، موضوع ارتقای سلامت معنوی کمتر در برنامه‌های حمایتی و درمانی مراقبین کودکان مبتلا به لوسمی قرار گرفته است. مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر مداخله معنوی مراقبین بر کیفیت زندگی کودکان ۱۲-۸ سال مبتلا به لوسمی انجام شد.

روش‌ها: این کارآزمایی بالینی با مشارکت ۶۰ نفر از مراقبین کودکان مبتلا به لوسمی انجام شد. گروه مداخله ۵ جلسه مداخله معنوی بر اساس الگوی ریچاردز و برگین و با تمرکز بر مبانی دین اسلام که مشتمل بر مؤلفه‌های نیایش، توکل و توسل، صبر، شکر، طلب و بخشش بود روزانه به مدت ۶۰ دقیقه دریافت نمودند. ابزار پژوهش فرم اطلاعات فردی، پرسشنامه سلامت معنوی و کیفیت زندگی نوجوان بود که توسط مراقبین پیش از مداخله و در پایان آن تکمیل گردید. داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۶ تحلیل شد.

نتایج: میانگین سن مراقبین در گروه کنترل 40.0 ± 19 و مداخله 35.7 ± 6.2 سال بود. طبق یافته‌ها تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمره کل کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در دو گروه به دست نیامد ($P > 0.05$)، اما بعد از مداخله میانگین نمره بعد اجتماعی کیفیت زندگی در گروه مداخله به طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل بود ($P = 0.033$).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد برگزاری جلسات حمایت معنوی می‌تواند بعد اجتماعی کیفیت زندگی کودکان مبتلا به لوسمی را ارتقا دهد. بنابراین پیشنهاد می‌گردد برنامه‌ریزی‌های لازم به منظور برگزاری چنین آموزش‌هایی با توجه به هزینه اندک و تأثیرگذاری نسبی آن‌ها برای مراقبین کودکان مبتلا به لوسمی پیش‌بینی شود.

کلمات کلیدی: معنویت، حمایت معنوی، لوسمی، کیفیت زندگی کودکان، بعد اجتماعی، مراقبین کودکان

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

آدرس پست الکترونیک: vashanihr@mums.ac.ir

مقدمه

لوسمی یکی از بیماری‌هایی است که گسترش جهانی داشته و حدود ۴ درصد مرگ و میر ناشی از بدخیمی‌های کودکان را شامل می‌شود (۱، ۲). شیوع این بیماری در ایران رو به افزایش بوده (۲) و کودکان مبتلا در طی مراحل مختلف درمانی کیفیت زندگی نامطلوبی را تجربه می‌کنند (۳، ۴).

سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی را درک افراد از وضعیت زندگی به لحاظ فرهنگی و سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند همچنین اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایی که کاملاً فردی بوده و برای دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی استوار است، عنوان می‌کند (۵). کیفیت زندگی دامنه‌ای از نیازهای عینی است که در ارتباط با درک افراد از احساس خوب بودن به دست می‌آید (۶) و تنها به کنترل علائم بیماری مربوط نشده و مشتمل بر فرآیند توانمندسازی مردم برای افزایش کنترل بر سلامت خود و بهبود آن می‌باشد (۴).

بیماری‌های مزمن اغلب کیفیت زندگی مبتلایان به آن را که در تمام مراحل زندگی درگیر مسایل متعدد می‌باشند، تحت تاثیر قرار می‌دهد (۷). در طول ۲۰ سال اخیر، علاقمندی به ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌ها افزایش یافته است (۸). به‌طور معمول کیفیت زندگی کودک بیمار، در نتیجه عوارض ناشی از بیماری و روش‌های درمان تهاجمی (۵) به‌ویژه درمان بیماری‌های مزمن نظیر سرطان به خطر می‌افتد (۹). عدم کنترل عوارض بیماری، سبب تشدید اثرات منفی بر کیفیت زندگی این بیماران شده و ممکن است تبعات جبران‌ناپذیری برای زندگی آن‌ها به همراه داشته باشد. هدف از درمان‌هایی که امروزه برای کودکان سرطانی استفاده می‌شود، نه تنها افزایش میزان بقاء آن‌ها، بلکه به‌منظور افزایش کیفیت زندگی این کودکان می‌باشد (۱۰).

بیماری‌های مزمن اثرات قابل توجهی نیز در کارکرد خانواده داشته و این واحد اجتماعی را با وظایف زیاد، مسؤلیت‌ها و نگرانی‌های مادی، جسمی، روحی روانی و اجتماعی مواجه می‌نماید (۲). همچنین ابتلای کودکان به سرطان بر بُعد معنوی خانواده‌های آن‌ها به خصوص مراقبان این کودکان تأثیر می‌گذارد. معنویت و مذهب که گاهی افراد آن‌ها را با عنوان سلامت معنوی و اعمال مذهبی تعبیر می‌کنند؛ چارچوب‌هایی را

فراهم می‌نمایند که از طریق آن‌ها، انسان می‌تواند معنی، هدف و ارزش‌های متعالی زندگی خود را درک کند (۱۱، ۱۲).

معنویت و اعمال مذهبی در ارتقای سلامت روان نیز مؤثر می‌باشند. در واقع نیایش، بخشش و تجربیات معنوی روزانه می‌تواند پیش‌بینی کننده وضعیت سلامت روان افراد باشند (۱۳). افراد برخوردار از سلامت معنوی از قدرت کنترل و حمایت اجتماعی بیشتری در مقایسه با سایرین برخوردار می‌باشند. با وجود تبیین جایگاه معنویت در نظام سلامت، موضوع ارتقای سلامت معنوی کمتر در برنامه‌های حمایتی و درمانی مورد توجه مراقبین حرفه‌ای قرار گرفته است (۱۴).

معنویت به مراقبان خانوادگی بیماران مزمن، امید و ارزش زندگی را اعطا نموده؛ به آنان کمک می‌کند که بتوانند با بیماری کودک مبتلا کنار آیند (۱۰). معنویت به افراد مبتلا به سرطان و خانواده‌های آنان یک مکانیسم دفاعی مؤثر به خصوص زمانی که آنان مواجه با یک بیماری مزمن یا مسئول مراقبت از یک بیمار مزمن می‌گردند، عرضه می‌نماید (۱۳، ۱۵).

مطالعه کتاب‌های مذهبی و یا حضور در مراسم مذهبی از جمله شیوه‌هایی هستند که افراد با برخورداری از آن‌ها می‌توانند در مواجهه با حوادث تنش‌زای زندگی آسیب کم‌تری متحمل شوند (۱۶). لذا معنویت جزء بسیار مهم در زندگی روزمره بیماران مبتلا به اختلالات روانی تلقی گردیده است (۱۷). امروزه گرچه با پیشرفت روش‌های درمانی میزان بقاء کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن افزایش یافته است، اما همچنان پیش‌آگهی، امید به زندگی و کیفیت زندگی این کودکان کمتر مورد مطالعه قرار گرفته است (۱۸). با توجه به این مهم؛ این مطالعه با هدف بررسی تأثیر حمایت معنوی مراقبین بر بعد اجتماعی کیفیت زندگی کودکان ۱۲-۸ سال مبتلا به لوسمی انجام شد.

روش‌ها

مطالعه حاضر، کارآزمایی بالینی است. جامعه پژوهش را مراقبین کودکان ۸ تا ۱۲ سال مبتلا به لوسمی حاد لنفوبلاستیک بستری در بخش آنکولوژی بیمارستان دکتر شیخ مشهد تشکیل می‌دادند. حجم نمونه ۶۰ نفر بود که با استفاده از فرمول «مقایسه میانگین دو جامعه» محاسبه گردید:

$$N = [(Z_{(1-\alpha/2)} + Z_{(1-\beta)})^2 \times (s_1^2 + s_2^2)] / (m_1 - m_2)^2$$

نمونه‌های مورد مطالعه به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. تخصیص واحدهای پژوهش به دو گروه مداخله و کنترل به صورت تصادفی انجام شد.

پس از تصویب پروپوزال و اخذ مجوز کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد با شماره ۹۴۱۱۱۱ و دریافت معرفی نامه از دانشکده پرستاری و مامایی مشهد جهت ارائه به مسئولین محیط پژوهش مطالعه انجام شد. بدین منظور ابتدا فرم انتخاب واحد پژوهش توسط پژوهشگر از طریق مصاحبه با مراقبین کودکان تکمیل و مشارکت کنندگان واجد معیارهای ورود و خروج از مطالعه انتخاب شدند. در آغاز توضیحات لازم در مورد اهداف پژوهش به هر کدام از افراد مورد مطالعه به مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه به صورت چهره به چهره توسط پژوهشگر ارائه گردید. در صورت تمایل جهت شرکت در مطالعه رضایت آگاهانه کتبی اخذ و فرم مشخصات فردی به صورت مصاحبه تکمیل شد. لازم به ذکر است پژوهشگر قبل از شروع جمع آوری داده‌ها توسط کارشناس مذهبی مجرب در خصوص حمایت‌های معنوی آموزش لازم را کسب نمود. جلسات حمایت معنوی برای مراقبین مورد مطالعه توسط پژوهشگر و با نظارت کارشناس مذهبی برگزار گردید.

قبل از شروع جلسات پرسشنامه‌های سلامت معنوی توسط مراقبان و کیفیت زندگی توسط خود کودک تکمیل گردید. گروه مداخله، ۵ جلسه مداخلات معنوی بر اساس الگوی ریچاردز و برگین^۲ با تمرکز بر آیین دین اسلام و شامل مؤلفه‌های روانی معنوی نیایش، توکل و توسل، صبر، شکر و طلب بخشش، هر روز و به مدت ۶۰ دقیقه دریافت نمودند. در پایان مداخله پرسشنامه‌های سلامت معنوی و کیفیت زندگی تکمیل شد. همچنین به لحاظ رعایت مسائل اخلاقی تمامی مداخلات آموزشی و پروتکل اجرایی حمایت معنوی به صورت نسخه چاپی در اختیار گروه کنترل نیز قرار گرفت. جلسات آموزشی هم در اتاق مشخصی در بخش برگزار می‌گردید.

نتایج

میانگین سن مراقبین در گروه کنترل $40/0 \pm 6/9$ و مداخله $35/7 \pm 6/2$ سال بود. میانگین تعداد اعضای خانواده در گروه کنترل $4/6 \pm 1/0$ و در گروه مداخله $4/9 \pm 1/8$ بود. طبق یافته‌ها دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک نظیر تعداد اعضای خانواده، رتبه فرزند مبتلا، قد و سن کودک و شاخص توده بدنی تفاوت معنی‌داری نداشتند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن رضایت آگاهانه و کتبی جهت شرکت در پژوهش، تابعیت ایرانی، ساکنین مشهد و اطراف آن جهت امکان شرکت در مطالعه و حضور در جلسات آموزشی، داشتن سواد خواندن و نوشتن، عدم مصرف مواد مخدر و داروهای روان‌گردان، تشخیص تأیید شده بیماری لوسمی حاد لنفوبلاستیک برای کودک توسط پزشک، دامنه سنی ۱۲-۸ سال بود. معیارهای خروج از مطالعه را عدم تمایل فرد به شرکت در مطالعه، رخداد یک وضعیت اورژانسی و تداخل‌کننده در ادامه طرح برای مراقبت‌کننده، غیبت ۲ جلسه یا بیشتر در جلسات آموزش، دریافت برنامه آموزشی بدون دیگری طی مداخله تشکیل می‌دادند.

ابزارهای مورد استفاده مشتمل بر فرم اطلاعات دموگرافیک مشارکت‌کنندگان، پرسشنامه سلامت معنوی و کیفیت زندگی بود. در این پژوهش سلامت معنوی با استفاده از پرسشنامه پولوتزین و الیسون مورد سنجش قرار گرفت. این ابزار شامل ۲۰ سؤال می‌باشد که ۱۰ سؤال آن سلامت وجودی و ۱۰ سؤال دیگر سلامت مذهبی فرد را می‌سنجد. نمره سلامت معنوی جمع این دو مؤلفه است که دامنه آن بین ۱۲۰-۲۰ می‌باشد. پاسخ این سؤالات در مقیاس لیکرت ۶ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته‌بندی شده است. پایایی ابزار در مطالعه حاضر با استفاده از روش همسانی درونی محاسبه گردید و ضریب آلفای کرونباخ در بعد سلامت مذهبی $0/86$ ، سلامت وجودی $0/80$ و کل مقیاس $0/87$ به دست آمد.

پرسشنامه کیفیت زندگی کودکان^۱ ابزاری است که با کمک ۲۳ سؤال کیفیت زندگی نوجوانان را در چهار بُعد جسمی (۸ گویه)، هیجانی (۵ گویه)، اجتماعی (۵ گویه) و عملکرد مدرسه (۵ گویه) اندازه‌گیری می‌نماید. گویه‌ها در مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای است که توسط نوجوان تکمیل می‌شود. دامنه نمرات پرسشنامه بین ۰ تا ۹۲ می‌باشد. در مجموع پس از جمع نمرات هر چهار بعد نمره بالاتر نشان دهنده مشکل بیشتر و کیفیت زندگی پایین‌تر می‌باشد. ضمناً نمره فرد بر اساس هر یک از ابعاد چهارگانه مقیاس متغیر و به طور مستقل نیز برآورد می‌گردند. در مطالعه حاضر پایایی ابزار با استفاده از روش همسانی درونی به ترتیب در بُعد فیزیکی $0/77$ ، بُعد اجتماعی $0/69$ ، بُعد هیجانی $0/69$ ، بُعد مدرسه $0/70$ و کل مقیاس $0/86$ به دست آمد.

² - Richards and Bergin

¹ - Pediatric Quality of Life

افزایش سلامت معنوی به طور معنی داری در گروه مداخله بیشتر بوده است ($P < 0.001$).

جدول ۲- مقایسه نمره بعد اجتماعی کیفیت زندگی واحدهای مورد

مطالعه قبل و بعد از مداخله در دو گروه

آزمون بین گروهی ^(۱)	کنترل	مداخله	بعد اجتماعی کیفیت زندگی
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	
$F(1,58) = 0.91$ $P = 0.344$	25.7 ± 16.9	22.8 ± 20.9	قبل از مداخله
$F(1,58) = 4.74$ $P = 0.033$	22.5 ± 16.0	12.8 ± 11.6	بعد از مداخله
			تفاضل میانگین نمرات بعد اجتماعی کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله
$F(1,58) = 4.27$ $P = 0.043$	-3.2 ± 4.8	-10.0 ± 10.8	
	$Z = -3.10$ $P = 0.002$	$Z = -3.94$ $P < 0.001$	آزمون درون گروهی ^(۲)
^(۱) آزمون آنالیز کوواریانس و کواریانس رتبه‌ای برای مقایسه قبل و بعد و نیز کنترل متغیر سن مراقب			
^(۲) آزمون ویلکاکسون برای مقایسه قبل و بعد			

جدول ۳- مقایسه و آزمون سلامت معنوی نمونه مورد مطالعه قبل و

بعد از آزمون در دو گروه مداخله و کنترل

آزمون بین گروهی ^(۱)	کنترل	مداخله	متغیر
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	
$F(1,57) = 0.04$ $P = 0.835$	75.7 ± 9.6	76.9 ± 12.1	سلامت معنوی قبل از مداخله
$F(1,57) = 22.76$ $P < 0.001$	75.8 ± 9.1	86.5 ± 6.5	سلامت معنوی بعد از مداخله
			تفاضل میانگین نمرات سلامت معنوی قبل و بعد از مداخله
$F(1,58) = 63.98$ $P < 0.001$	0.1 ± 2.2	9.6 ± 6.2	
	$t(29) = -0.25$ $P = 0.808$	$t(29) = -8.23$ $P < 0.001$	آزمون درون گروهی ^(۲)
^(۱) آزمون آنالیز کوواریانس و کواریانس رتبه‌ای برای مقایسه قبل و بعد و نیز کنترل متغیر سن مراقب			
^(۲) آزمون تی زوجی برای مقایسه قبل و بعد			

آزمون درون گروهی نشان داد در گروه مداخله، میانگین نمرات سلامت معنوی بعد از مداخله به طور معنی داری بیشتر از میانگین نمرات سلامت معنوی قبل از مداخله بوده است

بین میانگین نمره کل کیفیت زندگی دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی داری به دست نیامد ($P > 0.05$) (جدول ۱).

جدول ۱- مقایسه نمره کل کیفیت زندگی واحدهای مورد مطالعه در

دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله

آزمون بین گروهی ^(۱)	گروه کنترل	گروه مداخله	کیفیت زندگی
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	
$F(1,58) = 0.94$ $P = 0.336$	28.3 ± 13.2	26.0 ± 13.3	قبل از مداخله
$F(1,58) = 3.57$ $P = 0.064$	27.1 ± 12.9	22.1 ± 10.5	بعد از مداخله
			تفاضل میانگین نمرات کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله
$F(1,58) = 10.63$ $P = 0.002$	-1.2 ± 1.7	-3.9 ± 3.7	
	$t(29) = 3.86$ $P = 0.001$	$t(29) = 5.80$ $P < 0.001$	آزمون درون گروهی ^(۲)
^(۱) آزمون آنالیز کوواریانس و کواریانس رتبه‌ای برای مقایسه قبل و بعد و نیز کنترل متغیر سن مراقب			
^(۲) آزمون تی زوجی برای مقایسه قبل و بعد			

نتایج مربوط به زیر مقیاس‌های پرسشنامه کیفیت زندگی نشان داد، گرچه قبل از مداخله تفاوت معنی داری بین میانگین نمره بعد اجتماعی کیفیت زندگی بین دو گروه مداخله و کنترل معنی دار نبود ($P = 0.34$)، اما بعد از مداخله میانگین نمره بعد اجتماعی کیفیت زندگی در گروه مداخله به طور معنی داری کمتر از گروه کنترل بود ($P = 0.033$). مقایسه تفاضل میانگین نمره بعد اجتماعی کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله بین دو گروه نشان داد، کاهش میانگین نمره بعد اجتماعی کیفیت زندگی به طور معنی داری در گروه مداخله بیشتر بوده است ($P = 0.043$). لذا با توجه به معکوس بودن نمره گذاری در پرسشنامه کیفیت زندگی، کاهش نمره بعد اجتماعی در گروه مداخله به معنای ارتقای کیفیت زندگی در این بعد می باشد (جدول ۲).

براساس یافته‌ها بین دو گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله در بعد سلامت معنوی تفاوت آماری معنی داری مشاهده نشد ($P = 0.835$). در حالی که بعد از مداخله، میانگین نمرات در بعد سلامت معنوی در گروه مداخله به طور معنی داری بیشتر از گروه کنترل بود ($P < 0.001$). مقایسه تفاضل میانگین نمرات در بعد سلامت معنوی قبل و بعد از مداخله بین دو گروه نشان داد که

بیماران در سطح متوسط بود (۲۳). در پژوهش دیگری بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با همودیالیز ارتباط معنی‌داری به‌دست نیامد. به‌نظر می‌رسد عدم ارتباط بین این مفاهیم می‌تواند بیانگر تاثیر عوامل احتمالی دیگری در کیفیت زندگی افراد تحت مطالعه باشد (۲۴). در این مطالعه محدودیت‌هایی از جمله اعتقادات معنوی و نیز خصایص فردی متفاوت مراقبین می‌توانست عاملی مرتبط با کیفیت زندگی کودکان مبتلا به لوسمی باشد که بررسی و مطالعات بیشتری می‌طلبد.

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی با توجه به یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که برگزاری جلسات حمایت معنوی احتمالا می‌تواند بعد اجتماعی کیفیت زندگی کودکان مبتلا به لوسمی را ارتقا دهد. بنابراین پیشنهاد می‌گردد، برنامه‌ریزی‌های لازم به منظور برگزاری چنین مداخلاتی با توجه به هزینه اندک و تاثیر گذاری نسبی برای مراقبین کودکان مبتلا به لوسمی انجام شود.

تشکر و قدردانی

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

References

1. Habek D, Cerkez Habek J, Galic J, Goll-Baric S. Acute abdomen as first symptom of acute Leukemia. Arch Gynecol Obstet. 2004; 270: 122-3.
2. Hadi N, Moezzi M, Aminlari A. A case control study of acute leukemia risk factors in adults, Shiraz, Iran. Shiraz E-Medical Journal. 2008; 9: 210. [In Persian]
3. Weaver, A.J, & Flannelly, K.J. The role of religion/ spirituality for cancer patients and their caregivers. South Med J. (2004); 7 (12): 1210-4.

($P < 0.001$). حال آن که در گروه کنترل این تفاوت مشاهده نشد ($P = 0.808$).

بحث

در مطالعه حاضر برگزاری جلسات حمایت معنوی توانسته است بعد اجتماعی کیفیت زندگی کودکان مبتلا به لوسمی را ارتقاء دهد. در مطالعه سوسانتو و همکاران^۱ در اندونزی، نیز میانگین نمرات کیفیت زندگی کودکان سرطانی در تمام ابعاد نسبت به کودکان سالم پایین‌تر بود و به‌ویژه کودکانی که از وضعیت اجتماعی - اقتصادی ضعیف‌تری برخوردار بودند، سطح کیفیت زندگی پایین‌تری بخصوص در بعد اجتماعی داشتند (۱۹). ردالی و همکاران^۲ در پژوهشی با هدف تعیین اثرات کوتاه مدت و بلند مدت لوسمی میلوبلاستیک حاد بر کیفیت زندگی بیماران بزرگسال در ایتالیا، علت پایین بودن کیفیت زندگی مبتلایان به لوسمی حاد را درمان‌های بلند مدت و کوتاه مدت شیمی درمانی و عوارض جانبی درمان در این بیماران بیان می‌نمایند (۲۰). در مطالعه دیگری با بررسی ۱۵۴ فرد مبتلا به سرطان پروستات در طول ۵ سال مشخص گردید که مبتلایان در حیطه عملکرد فیزیکی از کیفیت زندگی خود مشکلاتی را تجربه نموده‌اند (۲۱). محققان موسسه ملی سرطان آمریکا با بررسی ۱۲۶۶۸۵ فرد سالم و بیمار سرطانی بالای ۶۵ سال اعلام نمودند، حیطه‌های عملکرد فیزیکی و سلامت روانی کیفیت زندگی بیماران سرطانی در مقایسه با گروه سالم دارای اختلال می‌باشد (۲۲). نتایج مطالعه اله‌بخشیان نشان داد سلامت معنوی در اکثر این

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. Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, Paulk ME, Lathan CS, Peteet JR, Prigerson HG. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. J Clin Oncol. 2007; 25(5): 555-60.

¹ - Susanto et al

² - Redaelli et al

6. Hadi N, Karami D, Montazeri A. Quality of life related with health in patient with major thalassemia. 2009; 8(4): 387-393.
7. Fayazi S, Jahani S, Keykhaie B, Latifi M, Mahmudi M. Effect of Self-Care Program on Quality of Life in sickle cell anemia. Jundishapur Sci Med J. 2012; 11(2): 201-211.
8. Hassanpour A, Azari E. Quality of life and related factors in cancer patients. Abstract Book of National congress of care in special diseases. Ahvaz; Ahvaz University of Medical Sciences 2006. p. 42. [In Persian]
9. Vadurova H. Quality of Life cancer children caregivers .Cancer research UK ,2004 .Available from : http :info.Cancerresearchuk.org.
10. Zeighami Mohammadi Sh, Hoshmand P, Kushyar M, Ismaili H. Quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. Journal of Nursing and Midwifery of Hamedan. 2008; 16(1): 1-8.
11. Kyritsi H, Matziou V, Papadatou D, Evagellou E, Koutelekos G, Polikandrioti M. Self-concept of children and adolescents with cancer. Health science journal. 2009; 32(2).
12. Cotton S, Larkin E, Hoopes A, Cromer BA, Rosenthal SL. The impact of adolescent spirituality on depressive symptoms and health risk behaviors. Journal of Adolescent Health 2005; 36(6): 529.
13. Pierce, L., Stiener, V., Havens, H. & Tormohlen, K.. Spirituality Expressed by Caregivers of Storie Survivors. West J nurs Res. 2008; 30 (5): 606-619.
14. Vellone E, Rega ML, Galletti C, Cohen MZ. Hope and related variables in Italian cancer patients. Cancer Nurse. 2006 Sep-Oct; 29(5): 356-66.16.
15. Beery TA, Baas LS, Fowler C, Allen G. Spirituality in persons with heart failure. J Holist Nurs. 2002; 20(1): 5-25.
16. Lyon, B & Ebright, P.R.. The role of religious/ spirituality in cancer patients and their caregivers. 2004. www.the free library.com.
17. Penman J, Oliver M, Harrington A. Spirituality and spiritual engagement as perceived by palliative care clients and caregivers. Australian journal of advanced nursing, 2009; 26(40): 29-35.
18. 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.
19. Susanto IY, Soedjatmiko PS. Assessment of health-related quality of life in children with cancer using PedsQLTM (a preliminary study). Paediatrica Indonesiana. 2009 Nov; 49(6): 331.
20. Redaelli A, Stephens JM, Brandt S, Botteman MF, Pashos Ch L. Short and Long _term effects of acute myeloid leukemia on patient health _related quality of life .Cancer treat. 2004; 30(1): 103-17.
- 21- Namiki S, Ishidoya S, Ito A, Kawamura S, Tochigi T, Saito S, et al. Quality of life after radical prostatectomy in Japanese men: a 5-Year follow up study. Int J Urol. 2009 Jan; 16(1): 75-81.
- 22- Smith AW, Reeve BB, Bellizzi KM, Harlan LC, Klabunde CN, Amsellem M, et al. Cancer, comorbidities, and health-related quality of life of older adults. Health Care Financ Rev. 2008 Summer; 29(4): 41-56.
23. Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizy S, Haghani H. A Survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients. Journal of Zahedan Medical School. 2010; 12(3).
24. Ebrahimi H, Sarafha J. The relationship between hemodialysis adequacy and quality of life and spiritual wellbeing in hemodialysis patients. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2014 Aug 15; 3(3): 44-51.

The effect of Spiritual Support of caregivers on quality of life of children aged 8-12 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: Children with leukemia experience a decreased quality of life during different stages of treatment. Considering the importance of spirituality in health system, the spiritual health should be included in support and treatment program of caregivers of children with leukemia. This research was carried out to investigate the effect of spiritual support of caregiver on quality of life of children aged 8-12 with leukemia.

Methods: In this clinical trial study 60 caregivers of children with leukemia participated. The Intervention group received spiritual intervention for 5 sessions of 60 minutes based on the Richards and Bergin pattern focusing on the rituals of Islam including prayer, trust and appeal, patience, gratitude and forgiveness. Research tools consisted of demographic data questionnaire, spiritual health questionnaire and teenager's quality of life questionnaire which were completed by the caregivers before and after the intervention. Statistical analyses were conducted by SPSS version 16.

Results: The mean age of caregivers in the intervention and control groups was 35.7 ± 6.2 and 40 ± 0.9 , respectively. According to the findings, there was no significant difference between average scores of quality of life in the both groups after and before intervention ($P > 0.05$). However, after the Intervention, the average score of social dimension of quality of life in intervention group was significantly lower than the control group ($P = 0.033$).

Conclusion: It seems that holding sessions of spiritual support for caregivers can increase social dimension of quality of life of children with leukemia. Therefore, it is suggested to plan such low cost and effective educational programs for caregivers of children with leukemia.

Key words: Spiritual, Spiritual Support, leukemia, social dimension, caregivers