

آن‌ها در ارائه مراقبت‌ها است (۵). اعضای خانواده باید نقش‌ها، الگوهای تعاملی و روابط خود را در داخل و خارج مجدداً سازماندهی کرده و جهت‌سازگاری با موقعیت جدید تلاش کنند (۱۰). بنابراین عملکرد اعضا و در نهایت عملکرد کل خانواده تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۲). افزایش فشار بر مراقبین، عواقبی از جمله انزوای خانواده، قطع امید از حمایت‌های اجتماعی، اختلال در روابط خانوادگی و مراقبت ناکافی از بیمار و در نهایت رها کردن بیمار را در پی خواهد داشت (۱۱).

از این رو توانمندسازی یکی از اقدامات مهم پرستاری به منظور جلب مشارکت و آموزش بیمار و مراقبین وی است (۵). توانمندسازی به عنوان یک رویکرد آموزشی مشارکتی مستلزم نگرستن به خانواده و نیازهای وی به عنوان مرکز و هسته اصلی مراقبت‌ها است. شیوه‌های کمک به افراد و خانواده‌ها برای کسب یک نقش فعال در مراقبت‌های بهداشتی دارای اهمیت است (۵).

یکی از مفاهیم الگوی توانمندسازی خودکارآمدی است (۲). مفهوم خودکارآمدی اولین بار توسط Bandura به عنوان توانایی انجام یک فعالیت خاص و انتظار توانایی داشتن برای انجام موفقیت آمیز یک رفتار معین، تعریف شد (۱۲). تحقیقات نشان داده است که خودکارآمدی می‌تواند عملکرد شخص را پیشبینی نماید و به عنوان نتیجه‌ای از یادگیری، تجربه و بازخورد، تغییر یابد. میزان تغییرات خودکارآمدی با شیوه رفتار فرد ارتباط مستقیم دارد. در عین حال، عوامل زیادی از قبیل دانش فردی، وضعیت جسمی، اعتماد به نفس، محیط بین فردی، زمان در دسترس، پیچیدگی وظایف و استرس می‌تواند بر خودکارآمدی و نیز بر رفتار ناشی از آن تأثیرگذار باشد (۱۳). افرادی که دارای خودکارآمدی بالا هستند ثبات و اعتماد به نفس بیشتری نسبت به افراد دارای خودکارآمدی پایین در برخورد با شرایط سخت خواهند داشت (۱۴، ۱۵).

مطالعات بسیاری مبتنی بر تئوری خودکارآمدی در مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان توسط خودشان انجام شده است، اما

مرکزی و غدد لنفاوی بیشترین موارد مشاهده شده را به خود اختصاص داده بود (۴).

امروزه سرطان‌های رایج در کودکان مثل سرطان حاد لنفوبلاستیک بین ۸۰ تا ۷۰ درصد درمان‌پذیر هستند. انجام شیمی‌درمانی در کنار پرتودرمانی و عمل جراحی یکی از روش‌های معمول در درمان بیماران مبتلا به بدخیمی می‌باشد. شیمی‌درمانی بیشترین اثر درمانی در کودکان بیمار دارد و لیکن شیمی‌درمانی به عنوان درمان اصلی دارای عوارض جانبی بسیاری است که متأسفانه این درمان‌ها به دلیل عوارض جانبی محدود می‌شوند. در مطالعه‌ای که در مورد عوارض شیمی‌درمانی در نوجوانان صورت گرفت، ۵۹ درصد آنان بیان کرده بودند که عوارض درمانی ضدسرطان از خود سرطان بدتر است (۵). در مطالعه Kook Ben Wood در آمریکا گزارش شد در حدود ۴۰ درصد بیماران درجاتی از موکوزیت دهانی پیدا می‌کنند (۶). در مطالعه دیگری شایع‌ترین عوارض گوارشی شامل تهوع و استفراغ، آفت دهانی، اسهال و ادینوفاژی گزارش شده است (۷). وقوع بیماری مزمن در یکی از فرزندان خانواده می‌تواند بحرانی برای کل خانواده به شمار آید و تمامی اعضای خانواده را تحت تأثیر قرار دهد (۲).

مراقبت‌های خانگی منبع مفیدی برای افزایش استفاده از سرویس‌های سرپایی بیماران در درمان بیماری سرطان می‌باشد که در افزایش بقا این بیماران نیز موثر می‌باشد. با توجه به درخواست‌های روزافزون بیماران برای مراقبت در منزل با امکان دسترسی خانواده‌ها به اطلاعات و امکانات اولیه، آمادگی لازم برای مراقبت‌های بهتر و با کیفیت‌تر در زمان طولانی‌تر در منزل فراهم می‌گردد (۸، ۹). از آن جا که از دو دهه گذشته انواعی از مراقبت‌های درمانی از بیمارستان به سمت خانه شیفت پیدا کرده است هم‌اکنون بیش از ۹۰ درصد از مراقبت‌های سرطان و درمان آن هم به طور سرپایی و در منزل انجام می‌شود. یکی از مواردی که انتقال مراقبت از بیمارستان به منزل را تسهیل می‌کند آموزش بیمار و خانواده و سایر مراقبین وی و شرکت فعال

همچنین جهت سنجش روایی ابزار پژوهش از شیوه روایی محتوی استفاده شد. ابزار اندازه‌گیری به تایید ده نفر از اساتید و خیرگان متخصص رسید و CVR آن ۰/۸۷ برآورد شد.

پرسشنامه شامل سه قسمت بود. قسمت اول شامل اطلاعات دموگرافیک (سن، شغل، تعداد فرزند، تحصیلات و وضعیت تاهل، تعداد جلسات شیمی‌درمانی)، قسمت دوم پرسشنامه‌ای که مربوط به سوالات رفتار مراقبتی که شامل ۳۰ سوال در ارتباط با رفتار مراقبتی مادران مورد مطالعه بود. در زمینه اقدامات مراقبتی و درمانی از مادران پرسش و با مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (حتماً می‌توانم ۵، مطمئنم ۴، سعی می‌کنم ۳، مطمئن نیستم ۲ و نمی‌توانم ۱) سنجیده شد. رفتار مراقبتی نیز به سه زیر رده ضعیف (۶۰-۳۰)، متوسط (۱۰۰-۶۱) و خوب (۱۵۰-۱۰۱) طبقه‌بندی شد. قسمت سوم پرسشنامه نیز خودکارآمدی عمومی بود که شامل ۱۷ سوال در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالف ۱، مخالف ۲، نظری ندارم ۳، موافق ۴، کاملاً موافق ۵) بود. ۶ سوال از ۱۷ سوال نیاز به تغییر نمردهی نداشتند و برای سایر سوالات نمردهی خودکارآمدی متوسط و نمرات بالای ۵۱ خودکارآمدی خوب در نظر گرفته شد.

پژوهش با رعایت اصول اخلاقی از جمله اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات، تضمین جهت عدم استفاده ابزاری از نتایج، رضایت و تمایل والدین جهت شرکت در مطالعه و اخذ شناسه اختصاصی کد اخلاق با شماره HUMS.REC.1396 آغاز شد. پرسشنامه‌ها در اختیار والدینی که جهت انجام شیمی‌درمانی سرپایی به کلینیک شیمی‌درمانی بیمارستان کودکان مراجعه می‌کردند قرار گرفت. برای والدینی که سواد خواندن و نوشتن نداشتند پرسشنامه توسط محقق با استفاده از اطلاعات شفاهی تکمیل شد.

پس از گردآوری اطلاعات، داده‌ها وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ شده و با محاسبه شاخص‌های آماری توصیفی (نسبت، درصد، میانگین و انحراف معیار) و آزمون‌های آماری

مطالعه‌ای که براساس این تئوری در مراقبین فرد سرطانی یافت شده یا بسیار کم است. بنابراین هدف این مطالعه تعیین ارتباط بین میزان خودکارآمدی و رفتار مراقبتی مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی بوده است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی از نوع همبستگی بوده و جامعه مورد مطالعه تمامی مادران کودکان مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان کودکان بندرعباس که از سال ۱۳۹۰ تشکیل پرونده داده بودند و حداقل تحت یک جلسه شیمی‌درمانی قرار گرفته‌اند، بودند.

تعداد بیماران سرپایی بخش آنکولوژی بیمارستان کودکان بندرعباس در حدود ۱۰۰ نفر بود که فقط برای شیمی‌درمانی مراجعه می‌کردند و با توجه به بررسی‌های انجام شده درمان‌های مبتنی بر شیمی‌درمانی علی‌رغم تنوع بیماری‌ها عوارضی شامل حالت تهوع، استفراغ، اسهال، یبوست، زخم‌های دهانی و ... را با خود به همراه دارد و تقریباً در همه یکسان است، و از آنجایی که قسمت اعظم مراقبت این بیماران در خانه توسط والدین به عمل می‌آید به نظر می‌رسد تبحر و مهارت والدین در ادامه مراقبت و برخورد با عوارض جانبی داروهای شیمی‌درمانی در ادامه درمان بسیار موثر خواهد بود.

نمونه‌گیری به صورت سرشماری از تمام والدین (۱۰۰ نفر) که کودکان آن‌ها تحت شیمی‌درمانی قرار داشتند انجام شد. از آنجایی که در طول جمع‌آوری داده‌ها فرزندان بعضی از والدین فوت شدند و عده‌ای هم مهاجرت کردند، در نهایت ۸۶ نفر وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه محقق‌ساخته بود که پایایی آن به روش آزمون-بازآزمون انجام شد و پرسشنامه به فواصل ۱۰ روز در دو نوبت در بین ۳۰ نفر از حجم نمونه توزیع و جمع‌آوری گردید و پایایی آن ۰/۸۹ بدست آمد.

متغیر	تعداد (درصد)
سن	۲۰-۳۰ (۴۱/۹) ۳۱-۴۰ (۴۱/۹) بالتر از ۴۱ سال (۱۶/۲)
شغل	خانه‌دار (۹۰/۷) دارای شغل (۹/۳)
میزان تحصیلات	بی‌سواد (۱۸/۶) کم‌سواد (۴۱/۸) دیپلم و بالاتر (۳۹/۶)
وضعیت تأهل	متاهل (۹۴/۲) مطلقه (۲/۳) بیوه (۳/۵)
سن فرزند مبتلا به سرطان	۰-۵ سال (۵۵/۸) بالتر از ۵ سال (۴۴/۲)
تعداد جلسات شیمی‌درمانی در ماه	کمتر از ۱۰ جلسه (۳۱/۴) ۱۰-۲۰ جلسه (۲۲/۱) بالتر از ۲۰ جلسه (۴/۵)

کای‌اسکوئر و رگرسیون خطی مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. $P\text{-Value} < 0/05$ از نظر آماری معنادار تلقی شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن مادران $33/32 \pm 7/43$ ، میانگین و انحراف معیار سن فرزند مبتلا به سرطان $5/72 \pm 2/35$ سالو متوسط جلسات شیمی‌درمانی $2/15 \pm 0/87$ بار در هفته بوده است. ۶۰/۵ درصد مادران مورد مطالعه دارای تحصیلات زیر دیپلم و شغل ۹۰/۷ درصد مادران مورد مطالعه خانه‌داری بود. مشخصات دموگرافیک در جدول ۱ قابل مشاهده است. همان طور که در نتایج جدول ۲ مشاهده می‌شود اکثر مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی در پژوهش حاضر آگاهی کافی نسبت به رفتارهای مراقبتی را دارند.

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک مادران مراقبت کننده از فرزند مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی

جدول ۲- فراوانی و درصد فراوانی رفتارهای مراقبتی مادران مورد مطالعه

سوالات مرتبط با رفتار مراقبتی مادران	حتما تعداد (درصد)	مطمئنم تعداد (درصد)	سعی می‌کنم تعداد (درصد)	مطمئن نیستم تعداد (درصد)	نمی‌توانم تعداد (درصد)
اگر بتوانم بار اول خود را با شرایط بیمارستان سازگار کنم در دفعات بعد تلاش خود را جهت سازگاری بیشتر می‌کنم.	۳۶ (۴۱/۹)	۱۴ (۱۶/۳)	۲۷ (۳۱/۴)	۷ (۸)	۳ (۳/۵)
با توجه به این که نگهداری از فرزند مبتلا به سرطان بسیار سخت است اما سعی می‌کنم این توانایی را در خود ایجاد و بهبود بخشم.	۳۵ (۴۰/۷)	۱۴ (۱۶/۳)	۲۴ (۲۷/۹)	۱۰ (۱۱/۶)	۳ (۳/۵)
سعی می‌کنم با فرزندم در مورد بیماری‌اش صحبت کنم.	۵ (۵/۸)	۷ (۸/۱)	۲۶ (۳۰/۲)	۱۷ (۱۹/۸)	۳۱ (۳۶)
در مورد عوارض جانبی آزمایش‌ها و داروها با فرزندم صحبت می‌کنم.	۱۱ (۱۲/۸)	۱۳ (۱۵/۱)	۲۹ (۳۳/۷)	۱۵ (۱۷/۴)	۱۸ (۲۰/۹)
نشانه‌های کم‌خونی ناشی از شیمی‌درمانی نظیر خستگی، سرگیجه، تنگی نفس را با پزشک فرزندم در میان می‌گذارم.	۴۴ (۵۱/۲)	۲۰ (۲۳/۳)	۱۲ (۱۴)	۵ (۵/۸)	۵ (۵/۸)
با اقداماتی مانند حفظ آرامش و استراحت و محدود کردن فعالیت‌ها و اطمینان از دریافت آهن از آثار کم‌خونی جلوگیری می‌کنم.	۲۵ (۲۹/۱)	۱۵ (۱۷/۴)	۲۴ (۲۷/۹)	۱۶ (۱۸/۶)	۶ (۷)
برای کاهش اثرات داروهای شیمی‌درمانی روی کلیه و مجاری ادراری به فرزندم در روز درمان، مایعات می‌دهم.	۲۸ (۳۲/۶)	۱۵ (۱۷/۴)	۲۴ (۲۷/۹)	۱۵ (۱۷/۴)	۴ (۴/۷)
برای جلوگیری از خونریزی و کبودی ناشی از کاهش پلاکت به هنگام درد به فرزندم آسپرین و ایبوپروفن نمی‌دهم.	۳۱ (۳۶)	۱۷ (۱۹/۸)	۲۲ (۲۵/۶)	۸ (۹/۳)	۸ (۹/۳)
به علت خونریزی از لثه مسواک فرزندم را نرم انتخاب می‌کنم.	۴۵ (۵۲/۳)	۱۶ (۱۸/۶)	۱۵ (۱۷/۴)	۶ (۷)	۴ (۴/۷)
چون پرتودرمانی در ناحیه شکم باعث یبوست می‌شود با مصرف مایعات و مصرف فیبر بالا به فرزندم در پیشگیری از یبوست کمک می‌کنم.	۲۵ (۲۹/۱)	۱۰ (۱۱/۶)	۱۸ (۲۰/۹)	۱۶ (۱۸/۶)	۱۷ (۱۹/۸)
مراقبت از فرزندم را به هنگام بروز اسهال می‌دانم و انجام می‌دهم.	۲۱ (۲۴/۴)	۱۱ (۱۲/۸)	۲۲ (۲۵/۶)	۱۴ (۱۶/۳)	۱۸ (۲۰/۹)

خودکارآمدی مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان					مریم بارانی و همکاران				
۱۰ (۱۱/۶)	۸ (۹/۳)	۲۶ (۳۰/۲)	۲۱ (۲۴/۴)	۲۱ (۲۴/۴)	وقتی فرزندم دچار تهوع می‌شود مطمئن هستم خودم می‌توانم آن را کنترل کنم.				
۱۶ (۱۸/۶)	۱۱ (۱۲/۸)	۳۱ (۳۶)	۱۵ (۱۷/۴)	۱۳ (۱۵/۱)	با ایجاد سرگرمی‌هایی مانند تماشای تلویزیون و بازی کردن با فرزندم حواس او را پرت می‌کنم تا تهوع را از یاد ببرد.				
۳۵ (۴۰/۷)	۱۸ (۲۰/۹)	۱۹ (۲۲/۱)	۸ (۹/۳)	۶ (۷)	فرزندم را در برابر نور آفتاب با پوشاندن لباس آستین بلند و قرار دادن کلاه لبه‌دار بر سرش محافظت می‌کنم.				
۱۹ (۲۲/۱)	۱۴ (۱۶/۳)	۲۴ (۲۷/۹)	۱۶ (۱۸/۶)	۱۳ (۱۵/۱)	علائم عفونت در فرزند خود را می‌توانم شناسایی کنم.				
۱۲ (۱۴)	۱۳ (۱۵/۱)	۲۵ (۲۹/۱)	۱۸ (۲۰/۹)	۱۸ (۲۰/۹)	وقتی فرزندم دچار آفت دهانی می‌شود می‌توانم آن را کنترل کنم.				
۱۵ (۱۷/۴)	۹ (۱۰/۵)	۲۴ (۲۷/۹)	۱۲ (۱۴)	۲۶ (۳۰/۲)	در مورد ریزش موهای فرزندم با وی صحبت می‌کنم.				
۳۰ (۳۴/۹)	۱۲ (۱۴)	۱۷ (۱۹/۸)	۱۸ (۲۰/۹)	۹ (۱۰/۵)	هنگاهی که فرزندم دچار زخم‌های دهانی می‌شود، غذاهایی که خوردن آن راحت و از تشدید درد و سوزش جلوگیری می‌کند برایش آماده می‌کنم.				
۱۸ (۲۰/۹)	۱۵ (۱۷/۴)	۲۵ (۲۹/۱)	۱۷ (۱۹/۸)	۱۱ (۱۲/۸)	در طول درمان فرزندم از محلول دهانشویه ملایم برای پیشگیری از پوسیدگی دندان استفاده می‌کنم.				
۸ (۹/۳)	۹ (۱۰/۵)	۲۶ (۳۰/۲)	۱۸ (۲۰/۹)	۲۵ (۲۹/۱)	وقتی فرزندم دچار استفراغ می‌شود می‌دانم باید چه کارهایی را انجام دهم.				
۴۴ (۵۱/۲)	۱۳ (۱۵/۱)	۱۷ (۱۹/۸)	۵ (۵/۸)	۷ (۸/۱)	در صورت خارش شدید، مشکل را با تیم درمانی فرزندم در میان می‌گذارم.				
۳۵ (۴۰/۷)	۱۷ (۱۹/۸)	۱۷ (۱۹/۸)	۷ (۸/۱)	۱۰ (۱۱/۶)	در مورد مراقبت از پوست و جلوگیری از تغییرات پوستی در اثر پرتودرمانی با تیم درمانی مشورت می‌کنم.				

مطالعه با هدف تعیین عوامل موثر بر میزان خودکارآمدی و رفتار مراقبتی مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی انجام شد و نتایج نشان داد که مادران از رفتار مراقبتی خوب و خودکارآمدی خوبی برخوردار بودند.

خودکارآمدی مادران در وضعیت خوب به میزان ۵۷ درصد بود. این نتیجه در مطالعه صلیحی و همکاران هم به صورت خودکارآمدی خوب دیده شد که با نتایج حاصل هم‌راستا می‌باشد (۱۲). با توجه به اینکه مادران تمام بار مراقبتی را به دوش می‌کشند این درصد باید افزایش بیشتری داشته باشد و باید عواملی که در جهت افزایش خودکارآمدی نقش دارند در مطالعات مداخله‌ای در نظر گرفته شوند (۱۳).

رفتار مراقبتی مادران در وضعیت خوب به میزان ۵۷ درصد بود. این میزان در مطالعه ولی‌زاده و همکاران نیز بیش از حد متوسط بدست آمد (۱۴). این مهارت وابسته به میزان خودکارآمدی است و با توجه به میزان برابر با خودکارآمدی می‌توان نتیجه بدست آمده را به دو صورت تفسیر نمود، نتیجه بدست آمده کاملاً اتفاقی بوده و یا متأثر از خودکارآمدی بوده است. به نظر می‌رسد با افزایش خودکارآمدی نیز بتوان مقدار مهارت مادران را نیز افزایش داد.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد بین رفتار مراقبتی و خودکارآمدی با توجه به سطح معناداری $P\text{-Value} < 0/001$ رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.

جدول ۳- ضرایب رگرسیون اثر خودکارآمدی بر روی رفتار مراقبتی

متغیرها	ضرایب استاندارد نشده	ضرایب خطای استاندارد	ضرایب استاندارد شده	P-Value
ثابت مدل	۶۳/۵۱	۹/۰۰	-	$P\text{-Value} < 0/001$
خودکارآمدی	۰/۶۹	۰/۱۶	۰/۴۲	$P\text{-Value} < 0/001$

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد بیش از نیمی از مادران رفتار مراقبتی خوب (۵۷ درصد) و خودکارآمدی خوب (۵۷ درصد) داشتند.

جدول ۴- فراوانی و درصد واحدهای مطالعه شده بر حسب نمره

خودکارآمدی و رفتار مراقبتی

متغیر	نمره رده بندی	فراوانی	درصد
خودکارآمدی	ضعیف (۱۷-۳۴)	۱	۱/۲
	متوسط (۳۵-۵۱)	۳۶	۴۱/۹
	خوب (۵۲-۶۸)	۴۹	۵۷
رفتار مراقبتی	ضعیف (۳۰-۶۰)	۲	۲/۳
	متوسط (۶۱-۱۰۰)	۴۳	۵۰
	خوب (۱۰۱-۱۵۰)	۴۱	۵۷
جمع کل		۸۶	۱۰۰

بحث و نتیجه‌گیری

بیش از ۶۰ درصد مادران نمی‌دانستند در زمان بروز تھوع و استقرار چه اقداماتی باید انجام دهند. شاید این عامل مربوط به برخی داروهای شیمی‌درمانی با عوارض گوارشی بیشتر مرتبط باشد که این مادران یا با آن کمتر برخورد نموده بودند، یا اصلاً آموزش ندیده بودند و شاید هم از آسپیراسیون مواد برگشتی ناشی از استقرار می‌ترسیدند (۲۰،۲۱).

نزدیک به نیمی از مادران علائم عفونت را می‌دانستند ولی اطلاعات کمی در زمینه آفت و اقدامات درمانی آن داشتند. این مسأله شاید در رابطه با نوع سرطان و عوارض جانبی بعضی از داروها باشد که تا آن زمان برای فرزند آن‌ها اتفاق نیفتاده است. این نتایج با مطالعه Willis و همکاران هم‌راستا بوده است (۲۲).

توانایی مادران در بازگو کردن ریزش مو ناشی از شیمی‌درمانی بسیار پایین بود و در مطالعات دیگر این میزان دارای درجات متفاوتی بود (۲۲،۲۳). اطلاعات مادران از زخم‌های دهانی و پیشگیری از پوسیدگی دندان در حد قابل قبولی بود. مادران در مورد در میان گذاشتن مشکلات فرزندشان با تیم درمانی مشکلی نداشتند ولی از نظر کنار آمدن با اضطراب و درد و بی‌قراری فرزندشان اظهار ناتوانی می‌کردند. در مطالعات دیگری از جمله مطالعه Ames و همکاران که به صورت کیفی انجام شد به مسائل مادری و عاطفی می‌توان نسبت داد (۲۴). در مجموع نتایج مطالعه نشان داد که وضعیت رفتار مراقبتی مادران از کودک مبتلا به سرطان در حد متوسط بود و با توجه به اختلاف کمی که با حد مطلوب داشت می‌توان در حد مطلوب در نظر گرفت.

در ارتباط با تأثیر عوامل دموگرافیک بر میزان رفتار مراقبتی و خودکارآمدی نتایج نشان داد که بین رفتار مراقبتی و سن مادر ارتباط وجود داشت (P-Value=۰/۰۳) و هرچه سن مادر بالاتر بود مراقبت بهتر انجام می‌شد و شاید این امر را بتوان با کسب تجربه و حوصله بیشتر مادر ارتباط داد (۲۵،۲۶). در این مطالعه ارتباطی بین سن مادر با میزان خودکارآمدی بدست نیامد که با نتایج مطالعه پیمان و رستگار هم‌خوانی دارد (۲۷).

در زمینه ارتباط خودکارآمدی و رفتار مراقبتی نتایج نشان داد بین خودکارآمدی و رفتار مراقبتی رابطه معنادار وجود دارد (P-Value=۰/۰۲) و این نتیجه با مطالعه Eiser هم‌راستا می‌باشد که با افزایش خودکارآمدی، رفتار مراقبتی در مادران افزایش می‌یافت (۱۵). نتایج مطالعه فاضلی کیریایی هم نشان داد مداخله براساس تعهد و پذیرش توانسته بر خودکارآمدی از درون مایه‌های سرمایه شناختی موثر واقع گردد و در واقع نشان می‌دهد که افزایش خودکارآمدی در بهبود رفتار مراقبتی بسیار موثر خواهد بود (۱۶).

بیش از ۵۰ درصد مادران توانسته بودند خود را با بیمارستان سازگار نمایند. مراقبت بهتر و آموزش در مورد ادامه مراقبت در منزل، آن‌ها را به سمت سازگاری با محیط درمانی ترغیب نموده و توانسته بودند با این قضیه کنار بیایند (۱۷،۱۸).

نتایج نشان داد که فقط ۱۰ درصد مادران توانستند حقایق را با فرزند خود در میان بگذارند و سایر مادران در این امر ناتوان بودند. شاید بتوان سن پایین فرزند و عاطفه مادری را به این نتیجه ارتباط داد (۱۴،۱۹).

فقط ۲۱ درصد مادران عوارض جانبی آزمایش‌ها و داروها را با فرزندشان در میان می‌گذاشتند و این امر شاید ناشی از عدم اطلاعات زیاد آن‌ها بوده است که توانمندسازی آن‌ها می‌تواند در این امر موثر باشد. همچنین نتایج مشابه نشان داد که با افزایش توانمندی مادران نسبت به عوارض شیمی‌درمانی و اطلاع آن به فرزند مبتلا می‌تواند در تحمل عوارض و کاهش بروز آن بسیار موثر باشد (۳).

در مطالعه Ramiers و همکاران بیش از ۷۰ درصد مادران از اثرات جانبی بر کلیه‌ها و مجاری ادراری اطلاعات خوبی داشتند و این مسأله احتمالاً به آموزش آن‌ها توسط پرستاران بخش و یا مطالعه خودشان مرتبط می‌باشد. همچنین از دیگر نتایج این مطالعه آگاهی نیمی از مادران از اقدامات پیشگیرانه بروز بیوست و اقدامات مراقبتی در زمان بروز اسهال اطلاع بود که شاید به دلیل شایع بودن این عوارض در تمام سرطان‌ها باشد (۲۰).

بنماید. بنابراین با توجه به اینکه بخشی از مراقبت‌ها توسط مادران در خانه انجام می‌شود، اهمیت خودکارآمدی مادران و آموزش به آن‌ها براساس تئوری خودکارآمدی می‌تواند آن‌ها را موفق‌تر بنماید و این آموزش‌ها می‌تواند توسط تیم پرستاری در بیمارستان در حین درمان کودکان برای مراقبین آن‌ها انجام شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی‌ارشد با شماره طرح ۹۶۰۱۳۶ بوده و دارای کد اخلاق HUMS.REC.1396.83 بوده و نویسندگان از حمایت‌های دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بیمارستان کودکان و بخش سرپایی بیماران آنکولوژی تشکر و قدردانی می‌نمایند.

نتایج نشان داد بین تحصیلات مادر و میزان رفتار مراقبتی ارتباط وجود دارد ($P\text{-Value}=0/02$) و به نظر می‌رسد با افزایش تحصیلات میزان دستیابی مادران به اطلاعات مراقبتی بیشتر شده و این امر در میزان مراقبت نیز موثر می‌باشد که با نتایج مطالعات خطی و همکاران و ادراکی همکاران همخوانی دارد (۲۹،۲۸).

همچنین نتایج نشان داد بین تعداد جلسات شیمی‌درمانی و رفتار مراقبتی رابطه وجود دارد ($P\text{-Value}=0/005$). این گونه می‌توان توجیه کرد که با افزایش جلسات بر تجربیات مادران افزوده شده و یا مادران به وخامت حال فرزند پی برده و بیشتر به امر مراقبت می‌پردازند (۳۰).

از آنجایی که در این مطالعه مادران از رفتار مراقبتی خوبی برخوردار بودند، به نظر می‌رسد مداخلاتی مبتنی بر افزایش میزان خودکارآمدی بتواند مادران را نسبت به امر مراقبت تواناتر

References

- Mirzaie M, Yazdi F, Navidi Z. Survey personal and disease characteristics of children with cancer hospitalized in 17 Shahrivar Hospital, Rasht. *J Holist Nurs Midwifery*. 2009; 19(1):51-5. [Persian]
- Modanloo S, Rohani C, Farahani Shirin Abadi A. Assessment of family function among parents of children with cancer. *IJNR*. 2015;10(1):56-65. [Persian]
- Elahi Asgarabad H, Behnam Vashani H, Badiei Z, Heshmati Nabavi F, Malekzadeh J. Effect of empowering caregivers of children with cancer undergoing chemotherapy on their adherence to preventive health recommendations for oral ulcer. *Evidence Based Care*. 2014; 4(3):23-32. Doi: 10.22038/ebcj.2014.3366
- Glajchen M. The emerging role and needs of family caregivers in cancer care. *J Support Oncol*. 2004; 2(2):145-55. PMID: 15328817
- Yun YH, Lee MK, Chang YJ, You CH, Kim S, Choi JS, et al. The life-sustaining treatments among cancer patients at end of life and the caregiver's experience and perspectives. *Support Care Cance*. 2010; 18(2):189-96. Doi: 10.1007/s00520-009-0644-0
- Abbasi A, Shamsizadeh M, Asayesh H, Rahmani H, Hosseini SA, Talebi M. The relationship between caregiver burden with coping strategies in family caregivers of cancer patients. *IJPN*. 2013; 1(3):62-71. [Persian]
- Ammentorp J, Sabroe S, Kofoed P-E, Mainz J. T The effect of training in communication skills on medical doctors' and nurses' self-efficacy: A randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*. 2007; 66(3):270-7. doi: 10.1016/j.pec.2006.12.012
- Grootenhuis MA, Last BF. Adjustment and coping by parents of children with cancer: a review of the literature. *Support Care Cancer*. 1997; 5(6):466-84. PMID:9406361
- Bandura A. *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs: New Jersey: 1986.
- Wu C-H. Factor analysis of the general self-efficacy scale and its relationship with individualism/collectivism among twenty-five countries: Application of multilevel confirmatory factor analysis. *Pers Individ Dif*. 2009; 46(7):699-703. Doi: 10.1016/j.paid.2009.01.025

11. Garra G, Singer AJ, Taira BR, Chohan J, Cardoz H, Chisena E, et al. Validation of the Wong-Baker FACES pain rating scale in pediatric emergency department patients. *Acad Emerg Med.* 2010; 17(1):50-4. Doi: 10.1111/j.1553-2712.2009.00620.x
12. Solhi M, Kazemi SS, Yazdani J. The effect of educational intervention based on self-efficacy theory on general health status of women in Chaloos, Iran. *Health Develop J.* 2014; 3(2):150-62. [Persian]
13. Parhiz Z, Birjandi MH, Khazaie T, Sharifzadeh G. The effects of an empowerment program on the knowledge, self-efficacy, self-esteem, and attitudes of mothers of preterm neonates. *Modern Care J.* 2016; 13(3): e12037. Doi: 10.5812/modernc.12037
14. Valizadeh L, Hossein Poorfeizi A, Joonbakhsh F. Comparing the quality of life in children with cancer in Tabriz Children Medical and Training Center reported by themselves and their parents, 2013. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery.* 2014; 3(1):1-8 [Persian]
15. Eiser C, Morse R. Can parents rate their child's health-related quality of life? Results of a systematic review. *Qual Life Res.* 2001; 10(4):347-57. PMID:11763247
16. Fazeli Kebria M, Hassanzadeh R, Mirzaeian B, Khajevand Khosheli A. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on psychological capital in cardiovascular patients in Babol. *JBUMS.* 2018; 20(4):68-73. Doi: 10.18869/acadpub.jbums.20.4.68
17. Rezaei Z, Sharifian Sani M, Ostad Hashemi L, Ghaedamini Harouni G. Quality of life of mothers of children with cancer in Iran. *Koomesh.* 2018; 20(3):425-31. [Persian]
18. Khanjari S, Oskouie F, Eshaghian Dorche A, Haghani H. Quality of life in parent of children with leukemia and its related factors. *IJN.* 2013; 26(82):1-10. [Persian]
19. Hodges LJ, Humphris GM, Macfarlane G. A meta-analytic investigation of the relationship between the psychological distress of cancer patients and their carers. *S Soc Sci Med.* 2005; 60(1): 1-12. Doi : 10.1016/j.socscimed.2004.04.018
20. Ramirez LY, Huestis SE, Yap TY, Zyzanski S, Drotar D, Kodish E. Potential chemotherapy side effects: What do oncologists tell parents? *Pediatr Blood Cancer.* 2009;52(4):497-502. Doi: 10.1002/pbc.21835
21. Matory P, Gholamy R, Dehghan M, Vanaki Z, Ghaedi F, Soheili M, Mosarezaee A. Efficacy of complementary therapies in reduction of chemotherapy induced nausea and vomiting in breast cancer patients: Systematic review. *CMJA.* 2014; 4(2):831-44. [Persian]
22. Wills BSH. The experiences of Hong Kong Chinese parents of children with acute lymphocytic leukemia. *J Pediatr Nurs.* 1999; 14(4):231-8. Doi: 10.1016/S0882-5963(99)80017-7
23. Wu M, Hsu L, Zhang B, Shen N, Lu H, Li S. The experiences of cancer-related fatigue among Chinese children with leukaemia: a phenomenological study. *Int J Nurs Stud.* 2010; 47(1): 49-59. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.05.026
24. Ames KE, Rennick JE, Baillargeon S. A qualitative interpretive study exploring parents perception of the parental role in the paediatric intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs.* 2011; 27(3):143-50. Doi: 10.1016/j.iccn.2011.03.004
25. Willis J. Patient compliance. *Nurs Times.* 2000; 96(35):36-7. PMID: 11968369
26. Moosavi S, Asri M. Educational requirements of patients with cancer during chemotherapy and radiotherapy for their self-care. *JBUMS.* 2003; 5(1):17-20. [Persian]
27. Peyman N, Rastegar KE. Effect of an educational program on job tension management in nurses, based on self-efficacy theory. *Mod Care J.* 2012; 9(1):1-9. [Persian]
28. Khatiban M, Kheirollahi A, Oshvandi K, Alhani F, Feradmal J. The effect of family-based education on knowledge and self-esteem of caregivers of patients with stroke: A randomized controlled trial. *J Mazand Univ Med Sci.* 2014; 23(110):244-50. [Persian]
29. Edraki M, Kamali M, Beheshtipour N, Amoozgar H, Zare N, Montaseri S. The effect of educational program on the quality of life and self-efficacy of the mothers of the infants with congenital heart disease: A randomized controlled trial. *Int J Community Based Nurs Midwifery.* 2014; 2(1):51-9. PMID: 25349845

30. Abbasnezhad M, Rahmani A, Ghahramanian A, Roshangar F, Eivazi J, Azadi A, et al. Cancer care burden among primary family caregivers of Iranian hematologic cancer patients. APJCP.

2015; 16(13):5499-505.
10.7314/APJCP.2015.16.13.5499

Doi:

Relationship between self-efficacy and caring behavior of mothers of children with cancer

Maryam Barani¹Laleh Hassani^{2*}Amin Ghanbarnejad³Mohamad Ali Molavi⁴

1. MSC Student, Health Education, Faculty of Health, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran.

ORCID: 0000-0002-3825-5821

2. Department of Health Promotion and Education, Mother and Child Welfare Research Center, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran.

3. Department of Public Health, Social Determinants in Health Promotion Research Center, Faculty of Health, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran.

4. Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran.

ABSTRACT

Introduction: The role of parents, especially mothers, in caring for a child with cancer undergoing chemotherapy during and after treatment is important. Proper caring behavior will be enhanced through self-efficacy and interventions can increase self-efficacy and subsequently caring behavior will change. This study aimed to determine the relationship between self-efficacy and caring behavior of mothers of children with cancer undergoing chemotherapy.

Methods: This Cross-Sectional study was of correlational type. Statistical population consisted of all mothers (86 subjects) of children with cancer undergoing chemotherapy in Bandar Abbas children hospital in 2017. Data were collected by a researcher-made self caring and general self-efficacy questionnaires which were completed by mothers and finally analyzed by SPSS software using Pearson correlation coefficient, independent t-test, and ANOVA tests.

Results: According to the results, 57% of mothers were in good condition regarding self-efficacy and caring behavior. There was a significant relationship between maternal caring behavior with age (P-value = 0.03), maternal education (P-value = 0.02), and number of chemotherapy sessions (P-value = 0.005). There was a positive and significant correlation between self-efficacy and caring behavior of mothers (P-value <0.001).

Conclusion: The results showed that mothers' caring behavior was in good condition and due to the importance of self-efficacy, it seems that interventions based on self-efficacy theory could make mothers more capable and better caregivers.

Key Words: Self-Efficacy, Self Caring Behavior, Mothers, Children, Cancer.

Original Article

Received: 16 Jan 2019

Accepted: 20 Feb, 2019

Citation: Barani M, Hassani M, Ghanbarnejad A, Molavi M. The relation between self-efficacy and behavior practice in mothers of children with cancer. JPM. 2018; 6(1):26-35

Correspondence: Laleh Hassani, Department of Health Promotion and Education, Mother and Child Welfare Research Center, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran.

Tel:+989127423235

Email: 7hassani1969@gmail.com

ORCID: 0000-0001-8446-0992