

تأثیر آموزش اداره تنش بر بهبود چگونگی زندگی مادران دارای فرزند دچار بدخیمی خون

شیوا منظومه (PhD Stu)^۱ - دکتر عباسعلی حسین خانزاده (PhD)^۲ - دکتر ایرج شاکری نیا (PhD)^۳

^۱ نویسنده مسئول: گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

پست الکترونیک: abbaskhanzade@gmail.com

تاریخ دریافت مقاله: ۹۴/۰۴/۱۶ تاریخ ارسال: ۹۴/۰۵/۲۶ تاریخ پذیرش: ۹۴/۰۶/۰۴

چکیده

مقدمه: دچار شدن کودک به سرطان، خانواده بویژه مادر را با چالش‌های زیادی روبرو می‌کند و سبب می‌شود پدر و مادر، استرس زیادی را متحمل شوند. به نظر می‌رسد در بسیاری موارد فشار ناشی از نگهداری کودک به اندازه‌ای افزایش می‌یابد که بر کیفیت زندگی آنان تأثیر می‌گذارد.

هدف: تعیین تأثیر آموزش مدیریت استرس بر بهبود کیفیت مادرانی که فرزند آنها دچار سرطان خون

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع تجربی بود که از طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری در این پژوهش دربردارنده همه مادران کودکان ۴ تا ۶ ساله دچار سرطان خون شهرستان رشت در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۴ بود که ۳۰ نفر از آنها برحسب شرایط ورود به پژوهش انتخاب شده و به شکل تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جای‌دهی شدند. پرسشنامه ۳۶ سوالی کیفیت زندگی وارو شربون (۱۹۹۲) در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون بر هر دو گروه اجرا شد. برنامه آموزش مدیریت استرس به مدت ده جلسه ۷۰ دقیقه‌ای بر گروه آزمایش اجرا شد در حالی که گروه کنترل چنین مداخله‌ای دریافت نکردند.

نتایج: واکنش داده‌ها نشان داد که بین میانگین نمره‌های پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($p < 0.01$)، به شیوه‌ای که آموزش مدیریت استرس سبب ترقی کیفیت زندگی در گروه آزمایش شد.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه پیشنهاد می‌کند که افزون بر نیروبخشی ابزاری و دانسته‌هایی مانند فراهم‌سازی هزینه درمان و آموزش، مادران کودکان دچار سرطان به پشتیبانی عاطفی و پادرمیانی روانشناختی نیز نیاز دارند تا کیفیت زندگی آنها بهبود یابد.

کلید واژه‌ها: فشار روانی / کیفیت زندگی / لوسمی / مادران

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیست و پنجم، شماره ۹۷، صفحات: ۸۸-۷۹

مقدمه

سرطان به عنوان بیماری ناتوان‌کننده و شایع، یکی از علل اصلی مرگ کودکان در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه است. این بیماری پاسخگوی نزدیک ۴ درصد مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال و ۱۳ درصد کودکان ۵ تا ۱۵ ساله را در جمعیت ایرانی است (۱). با پیشرفت‌های نوین در درمان بدخیمی‌های کودکان، شمار بیشتری از این بیماران، از مرگ‌رهایی می‌یابند (۲)، ولی با این وجود، سرطان در سنجش با دیگر بیماری‌های دارای پیش‌آگهی بد بود، ترس و نگرانی بیشتری در بیمار و خانواده‌اش ایجاد می‌کند (۳).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد، تشخیص سرطان سراسرست بر چگونگی زندگی بیماران و مراقبت‌کنندگان خانوادگی‌شان اثر می‌گذارد و زندگی روزانه آنان را به شیوه‌ای ناهمسان تغییر می‌دهد (۴)، به‌ویژه در مادرانی که کودک دچار سرطان دارند، با

یک کارآزمایی به ستوه آورنده در خانواده روبرو می‌شوند، هنگام تشخیص دچار شوک و ناباوری شده، ناچار به زندگی با باری دوچندان هستند، بیماری فرزند بر خانواده‌شان اثر گذارده و در برداش کیفیت زندگی‌شان کاهش می‌یابد (۶و۵). کیفیت زندگی پیوسته با سلامت را می‌توان به‌عنوان ابزار کنشی برای سنجش سلامت و رفاه کلی در نظر گرفت و اکنون از آن به‌عنوان شناسه‌ای کلیدی یاد می‌کنند که باید به‌طور معمول در پژوهش‌های بهداشتی در نظر گرفته شود (۷).

کیفیت زندگی پنداره‌ای فراگیر است که همه ابعاد فیزیکی و روانی، شناختی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی زندگی فرد را در بر می‌گیرد. در بعد فیزیکی مهم‌ترین جنبه چگونگی کارکرد فرد است. درک کیفیت زندگی متأثر از توان بازشناخته در سنین مختلف در ادامه عملکرد و انجام فعالیت‌های روزمره

۱. گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، رشت، ایران

۲. گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که وجود بیماری مزمن مانند سرطان می‌تواند بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیمار تأثیر گذاشته و کیفیت زندگی وی را نامطلوب کند (۱۵). نتایج یاریس و همکاران در ترکیه نشان داد که تمام ابعاد کیفیت زندگی این کودکان به‌طور چشمگیر دچار کاستی می‌شود. این جستار سبب شد کیفیت زندگی نیز در کانون توجه درمان‌های ارائه شده به کودکان سرطانی قرار گیرد. هدف از درمان‌هایی که امروزه برای کودکان سرطانی استفاده می‌شود نه تنها افزایش میزان زیستن که افزایش کیفیت زندگی این کودکان است (۱۶). با توجه به اثراتی که سرطان بر فرد دارد همچون بی‌اشتهایی، تهوع و استفراغ، تغییر حسی و فشارهای روانی ناشی از بیماری، می‌توان بیان کرد که سرطان کیفیت زندگی و عملکرد فرد، خانواده و دیگر سیستم‌های مرتبط با خانواده را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۶). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که والدین کودکان سرطانی از کیفیت زندگی و بهزیستی روانی پایینی برخوردارند (۱۷ و ۱۸). در برخی مطالعات نیز ارتباط مستقیم و معنی‌دار بین کیفیت زندگی کودکان و مادران تأیید شده‌است (۲۲). زمانی که کودک بیمار می‌شود، مادر نسبت به پدر، بیشتر درگیر مراقبت از کودک شده و مسئولیت بیشتری در درمان و تصمیم‌گیری به عهده می‌گیرد. در عوض پدر تمایل به انجام کار و سعی در حفظ آرامش در سایر اعضای خانواده دارد. این تفاوت‌ها باعث می‌شود که مادران تغییر زیادی در زندگی خود تجربه می‌کنند و به دلیل ماندن در کنار کودک خود در بیمارستان، شغل خود را از دست داده یا ساعت‌های کمی را به کار مشغول باشند (۱۹). افزون بر این عواملی مانند کمبود اطلاعات در مورد بیماری و دانش کم فشار روانی زیادی بر مادران و می‌دارد (۲۰).

ابتلای کودکان به بیماری مزمن، می‌تواند باعث استرس روانی والدین شود و توانایی آنها را برای رویارویی با رویدادها کاهش دهد (۲۱). واکنش‌های روانی مانند اضطراب و افسردگی، انکار، خشم و کاهش خودباوری در والدین دیده می‌شود که به دلیل ترس از برگشت بیماری و آینده کودک است. افزون بر آن مشکلات مالی و جسمی درمان، والدین را در برابر استرس زیادی قرار می‌دهد به طوری که باعث آسیب سلامت عمومی آنها می‌شود (۲۲). وجود چنین کودکانی همه

مانند نگهداری از خود، رفتن به مدرسه و محل کار است. در بعد روانی نیز باید گفت که سلامت روانی جزء مهمی از کیفیت زندگی بوده و داشتن نگرش مثبت در بالابردن کیفیت زندگی موثر است. در بعد اجتماعی - فرهنگی، نقش‌های هر فرد در خانواده و جامعه و ارتباط اجتماعی وی از عوامل موثر بر کیفیت زندگی هستند (۸). کیفیت زندگی کودکان سرطانی احساس کلی از تندرستی، بنا نهاده شده بر توان شرکت در فعالیت‌های معمول، کنش دو سویه با دیگران و سازگاری با رویدادهای ناراحت‌کننده شناختی، عاطفی و فیزیکی و ایجاد مفهومی از تجربه بیماری است. ارزیابی کیفیت زندگی، جنبه مهمی در درمان کودکان دچار سرطان بشمار می‌رود و راهی است که به کودک اجازه می‌دهد ترس‌ها و نگرانی‌های خود را در طی فرایند درمان بیان کند (۹۳).

سرطان از همان آغاز تشخیص، بر ابعاد جسمی، اجتماعی، روانی افراد دچار سرطان و مراقبان آنها، اثر بارزی دارد (۱۰) و آنها را به چالش می‌کشد و به این ترتیب بر کیفیت زندگی آنان اثر ویرانگر به جای می‌گذارد (۱۱ و ۱۲). کیفیت زندگی کودک بیمار و پدر و مادرش در نتیجه درد ناشی از خود بیماری و روش‌های درمان تهاجمی و نیز کاهش انرژی برای خوشی از فعالیت‌های معمول روزانه، ناتوانی در برقراری تماس با دوستان در مدرسه و اجتماع و ترس از آینده به خطر می‌افتد. شیوه‌های درمانی سبب می‌شوند که کودک پیوسته خسته و بیمار شود. این کودکان همچنین آماده عفونت هستند و به‌طور پیوسته در بیمارستان بستری می‌شوند که منجر به جدا شدن کودک از خانواده، مدرسه و اجتماع می‌شود (۹). روش‌های درمانی مانند شیمی‌درمانی، پرتو درمانی یا جراحی ممکن است آثار ناپسندی بر رشد دوران کودکی داشته و موجب بروز اثرات درازمدت جسمی، روانی و اجتماعی در دوره کودکی و بزرگسالی شود (۱۳). تمام این رخدادها باعث واکنش‌های روانی مانند افسردگی، پریشانی، کاهش توان ارزش خود و نابسامانی در نگاره ذهنی کودک می‌شود (۱۴). احساس افسردگی در کودکان سرطانی بر کیفیت زندگی و توان درمان تأثیر می‌گذارد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع تجربی بود که از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری عبارت از همه مادران کودکان ۴ تا ۶ ساله دچار سرطان خون شهرستان رشت بود. نمونه‌گیری پژوهش به شیوه در دسترس به این صورت بود که ۳۰ نفر از مادران کودکان دچار سرطان خون بیمارستان ۱۷ شهریور به شکل تصادفی برپایه شرایط ورود به پژوهش انتخاب شدند. نمونه‌های انتخاب شده به شکل تصادفی در دو گروه شاهد (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند.

شرایط ورود به پژوهش دربرگیرنده: تحصیلات بالای دیپلم مادر، برش تحصیلی پیش از دبستان، سن کودک دچار سرطان در محدوده ۴ تا ۶ سال، نداشتن بیماری افزوده در کودک دچار سرطان، روشن بودن تشخیص سرطان خون با پذیرش پزشک متخصص، گذشت دست‌کم یک‌سال از تشخیص بیماری فرزندشان و نوع درمان (دارو درمانی) بود.

در این پژوهش برای ارزیابی کیفیت زندگی از پرسشنامه کیفیت زندگی واروشیون (۱۹۹۲) استفاده شد. این پرسشنامه ۳۶ عبارت دارد. مفاهیمی که توسط این پرسشنامه سنجیده می‌شوند، اختصاص به سن، گروه یا بیماری ویژه‌ای ندارد. هدف از طرح این پرسشنامه، ارزیابی سلامت وضعیت جسمانی و روانی است که با ترکیب نمره‌های گسترده‌های هشت‌گانه تشکیل‌دهنده سلامت بدست می‌آید. ۱. سلامت عمومی، ۲. عملکرد جسمی، ۳. تنگنای ایفای نقش به دلیل جسمانی، ۴. محدودیت ایفای نقش به دلیل عاطفی، ۵. درد بدنی، ۶. عملکرد اجتماعی، خستگی یا نشاط، و ۸. سلامت روانی.

روایی و پایایی این پرسشنامه را برای اولین بار در ایران، منتظری و همکاران در سال ۲۰۰۷ در ۴۱۶۳ نفر در رده‌های سنی ۱۵ سال به بالا ارزیابی کردند که بیشتر آنها دارای همسر بودند. ضریب پایایی در هشت بعد از ۷۷٪ تا ۹۵٪ بود به غیر از سرزندگی که ۶۵٪ بود. در مجموع یافته‌ها نشان می‌دهد که نسخه ایرانی این پرسشنامه با روایی و پایایی برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی در جمعیت عمومی ابزاری مناسب و پایین‌ترین نمره در این پرسشنامه صفر و بالاترین آن ۱۰۰ است (۲۷).

افراد خانواده به ویژه مادر را در شرایط ویژه‌ای قرار می‌دهد، چون این مادر است که بیشترین ارتباط را با کودک برقرار می‌کند. پژوهش‌ها در این زمینه نشان می‌دهد که برنامه‌های پادرمیانی در خانواده از خدمات مشاوره‌ای فردی سودمندتر است (۲۳). در پژوهش کلاسن (Klassen) و همکاران (۲۰۰۸) نشان داده شد که والدین دارای فرزند دچار سرطان، کیفیت زندگی سست‌تری را در مقایسه با جمعیت عادی داشته و همچنین استرس بالاتری گزارش کرده‌اند. پیشنهاد شده مداخلات مستقیم در رابطه با والدین باید به عنوان بخشی از برنامه درمانی در بچه‌های دچار سرطان در نظر گرفته شود (۲۴).

نتایج پژوهش بهزادی‌پور و همکاران (۱۳۹۲) نشانگر بهبود و تفاوت معنی‌دار گروه آزمایش در تمامی ابعاد مقیاس‌های کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله در مقایسه با گروه گواه بود. پی‌گیری پس از ۲ ماه، نتایج به دست آمده در دو گروه را تأیید کرد (۲۵).

پژوهش دیگری توسط شارما (Sharma) و همکاران (۲۰۱۲)، نتایج نشان داد که میزان اضطراب در بیماران دچار سرطانی بیشتر بوده و همچنین سطح کیفیت زندگی پائینی دارند و از سوی دیگر برنامه افزایش تاب‌آوری موجب افزایش آن و کاهش سطح استرس و اضطراب آنها شده است (۲۶). نتایج پژوهش وایت (Witt) و همکاران (۲۰۱۰) نشان داد که والدین کودکان با سرطان و تومور مغزی به طور معنی‌داری کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پایین‌تر مانند سلامت روان پایین‌تر نسبت به گروه کنترل دارند. در مجموع در سلامت جسمی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت (۱۸).

سرطان یکی از بیماری‌های نادر کودکان است و تشخیص آن استرس چشمگیری برای خانواده‌های آنها به همراه دارد. بنابراین، ارتقای سطح سلامت بیماران، بایسته داشتن دانسته‌های کافی در مورد ابعاد مختلف کیفیت زندگی این بیماران است. در نتیجه این پژوهش به دنبال پاسخ‌دهی به این مسأله اساسی است که آیا آموزش مدیریت استرس بر بهبود کیفیت زندگی مادران کودکان دچار سرطان موثر است یا نه.

واکنش‌های روانی و جسمانی خشم، پیامدهای منفی آن و راهبردهای مدیریت خشم پرداخته شد، در جلسه نهم، به آشنایی با انواع سبک‌های ارتباط بین فردی، آموزش ابرازگری هیجانی و درک موانع ابرازگری، آموزش راهبردهای حل مساله و تمرین مراقبه‌ای پرداخته شد و در نهایت در جلسه دهم، آشنایی با منابع مختلف حمایت اجتماعی و برتری‌های آن، آرام‌سازی از راه یادآوری، تصویرسازی ذهنی، خودالقای مثبت و تمرینات مراقبه‌ای، آرمیدگی عضلانی و تنفس دی‌گرامی مورد بحث قرار گرفت. در این پژوهش از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف استاندارد و از روش‌های آمار استنباطی مانند تحلیل کوواریانس استفاده شد

نتایج

آزمودنی‌های این پژوهش دربردارنده ۳۰ نفر از مادران دارای فرزند دچار سرطان خون (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) بودند که در جدول ۱ شناسه‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌ها گزارش شده‌اند.

نشست‌های آموزشی مدیریت استرس برپایه برنامه‌های آموزشی شکوهی یکتا و پرند (۲۸)، قنبری و همکاران (۲۹)، نادری، برجعلی و منصوبی فر (۳۰) برنامه‌ریزی و بکار شد. شرح کوتاه جلسات آموزش مدیریت استرس که در بیمارستان اجرا شد، به قرار زیر است:

در جلسه نخست، ساختار جلسات و اهداف برنامه آموزشی و مفهوم استرس و جنبه‌های سودمند و زیانبار آن شناسانده شد، در جلسه دوم، آمایش فهرستی از منابع تنش‌زا، آگاهی از نشانه‌های جسمی و تأثیرات جسمی و روانی منابع تنش‌زا، تمرین آرام‌سازی عضلانی، تصویرسازی ذهنی به صورت رویارویی ذهنی فرد با موقعیت تنش‌آمیز مورد بحث قرار گرفت، در جلسه سوم، آموزش تمایز فکر و احساس، معرفی دگرگون‌سازی شناختی و نشخوارهای فکری، آرمیدگی عضلانی، تصویرسازی ذهنی مواجه‌ای و تنفس دی‌گرامی مورد توجه قرار گرفت، در جلسه چهارم، شناسایی سبک‌های مقابله‌ای، تمرین افزایش و کاهش ضربان قلب انجام شد، در جلسه پنجم و ششم، جایگزینی افکار منفی با افکار منطقی، آشنایی با انواع خودگویی منفی و غیرمنطقی، آرمیدگی عضلانی مورد توجه قرار گرفت، در جلسه هفتم و هشتم، به آگاهی دادن در مورد تأثیر منفی خشم، آگاهی از علیم و

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها

MANCOVA آزمون و قضاوت	گروه آزمایش		متغیر
	گروه کنترل	انحراف معیار ± میانگین	
p=۰/۰۰۱ F=۴۸/۷۲	۱۴/۶۰±۳/۹۲	۱۴/۸۷±۴/۵۸	عملکرد جسمانی
p=۰/۰۰۱ F=۱۲/۷۹	۴/۸۰±۴/۴۲	۴/۷۳±۲/۳۲	وضعیت سلامت جسمانی
p=۰/۰۰۳ F=۱۱/۴۱	۴/۵۳±۵/۰۶	۴/۰۷±۳/۴۸	محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت هیجانی
p=۰/۰۰۳ F=۵/۳۹	۱۳/۴۷±۴/۲۲	۱۲/۵۳±۳/۶۸	خستگی و نشاط
p=۰/۰۰۳ F=۱۲/۰۷	۱۵/۰۷±۵/۹۴	۱۵/۴۷±۴/۸۲	سلامت عاطفی
p=۰/۰۰۴ F=۴/۷۳	۵/۶۷±۳/۴۹	۵/۳۳±۳/۰۹	عملکرد اجتماعی
p=۰/۰۰۴ F=۴/۷۳	۴/۶۷±۳/۲۹	۴/۴۷±۳/۹۹	درد
p=۰/۰۰۲ F=۷/۳۲	۱۱/۹۳±۴/۰۵	۱۱/۷۳±۴/۴۱	سلامت عمومی
p=۰/۰۰۱ F=۳۳/۶۱	۷۴/۷۳±۶/۸۶	۷۳/۲۰±۷/۸۴	نمره کل کیفیت زندگی

داشته است. برای بررسی تأثیر آموزش مدیریت استرس بر کیفیت زندگی والدین کودکان دچار سرطان از تحلیل کوواریانس تک متغیره (آنکوا) استفاده شد. نتایج آزمون

همان‌طور که در جدول ۱ دیده می‌شود میانگین گروه‌های آزمایش از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون افزایش یافته، اما میانگین گروه کنترل تغییری نکرده و در برخی موارد افزایش ناچیزی

تساوی واریانس بین گروه‌ها رعایت شده است ($P=0/26$) و جدول ۲ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره نمره پس آزمون کیفیت زندگی در دو گروه آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد.

بررسی همگنی در شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای کیفیت زندگی در گروه آزمایش و کنترل نشان داد که شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر است ($P=0/37$) و همچنین، نتایج آزمون لوین نشان داد که شرط

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره نمره پس آزمون کیفیت زندگی در دو گروه آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	ضریب ایما
گروه	۱۹۳۸/۹۴	۱	۱۹۳۸/۹۴	۳۳/۶۱	۰/۰۰۰	۰/۷۵۵
تحلیل کوواریانس با کنترل مقادیر پیش‌آزمون	۱۷۰۸/۴۵	۱	۱۷۰۸/۴۵	۲۹/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۵۲۳
خطا	۱۵۵۷/۴۲	۲۷	۲۳/۰۶۱			

آزمون بررسی همگنی در شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای مؤلفه‌های کیفیت زندگی در گروه آزمایش و کنترل، نشان داد که شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر است ($F=0/51$, $p=0/88$). همچنین، آزمون باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس در متغیرهای وابسته در گروه آزمایش و کنترل نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر است ($F=0/51$, $P=0/67$). در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره گزارش شده است.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، تحلیل کوواریانس پس‌آزمون نمره‌های تمام کیفیت زندگی پس از کاستن پیش‌آزمون نشان می‌دهد که با حذف اثر نمره‌های پیش‌آزمون، تاثیر آموزش مدیریت استرس بر نمره‌های پس‌آزمون معنی‌دار است ($F=33/61$, $df=1/27$, $P<0/01$). می‌توان نتیجه گرفت که آموزش مدیریت استرس در تمام کیفیت زندگی والدین کودکان دچار سرطان موثر است. همچنین، برای بررسی تأثیر مدیریت استرس بر هر یک از مؤلفه‌های کیفیت زندگی از تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) استفاده شد. نتایج

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره مربوط به مؤلفه‌های کیفیت زندگی در بین گروه آزمایش و کنترل

نام آزمون	مقدار	F	DF فرضیه	DF خطا	سطح معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
اثر پیلاهی	۰/۸۰۴	۵/۶۴	۸	۱۱	۰/۰۰۵	۰/۸۰۴	۰/۹۶
ویلزلامبدا	۰/۱۹۶	۵/۶۴	۸	۱۱	۰/۰۰۵	۰/۸۰۴	۰/۹۶
اثر هتینگ	۴/۱۰	۵/۶۴	۸	۱۱	۰/۰۰۵	۰/۸۰۴	۰/۹۶
بزرگ‌ترین ریشه روی	۴/۱۰	۵/۶۴	۸	۱۱	۰/۰۰۵	۰/۸۰۴	۰/۹۶

دید مؤلفه‌های کیفیت زندگی در پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود دارد. در جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس گزارش شده است.

با توجه به جدول ۳، مقدار F تحلیل کوواریانس چندمتغیره بررسی تفاوت گروه آزمایش و کنترل در مؤلفه‌های کیفیت زندگی در سطح $0/01$ معنی‌دار است ($F=5/64$, $P<0/01$). بنابراین، می‌توان گفت که بین گروه آزمایش و گروه کنترل از

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس تفاوت گروه آزمایش و گروه کنترل در مؤلفه‌های کیفیت زندگی

مؤلفه‌ها	شاخص	SS	SS	MS	MS	F	P	اندازه اثر	توان آماری
		خطا	آزمایشی	خطا	آزمایشی				
عملکرد جسمانی		۱۶۹/۳۳	۴۵۸/۲۸	۹/۴۱	۴۵۸/۲۸	۴۸/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۷۳	۱
محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی		۱۸/۷۶	۱۳/۳۲	۱/۰۴	۱۳/۳۲	۱۲/۷۹	۰/۰۰۲	۰/۴۱	۰/۹۲
محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت هیجانی		۳۱/۴۱	۱۹/۹۰	۱/۷۴	۱۹/۹۰	۱۱/۴۱	۰/۰۰۳	۰/۳۹	۰/۸۹

۰/۵۹	۰/۲۳	۰/۰۳	۵/۳۹	۷/۸۹	۴۲/۵۲	۱۴۲/۰۷	۴۲/۵۲	خستگی یا نشاط
۰/۹۱	۰/۴	۰/۰۰۳	۱۲/۰۷	۱۰/۹۶	۱۳۲/۳۸	۱۹۷/۳۵	۱۳۲/۳۸	سلامت عاطفی
۰/۵۴	۰/۲۱	۰/۰۴	۴/۷۳	۳/۴۳	۱۶/۲۲	۶۱/۷۴	۱۶/۲۲	عملکرد اجتماعی
۰/۴۸	۰/۱۹	۰/۰۵	۴/۱۲	۲/۷۲	۱۱/۲	۴۸/۹۶	۱۱/۲	درد
۰/۷۳	۰/۲۹	۰/۰۲	۷/۳۲	۵/۶۹	۴۱/۶۳	۱۰۲/۳۷	۴۱/۶۳	سلامت عمومی
۱	۰/۶۵	۰/۰۰۱	۳۳/۲۸	۱۱۳/۱۸	۳۷۶۶/۷۹	۲۰۳۷/۳۵	۳۷۶۶/۷۹	نمره کل کیفیت زندگی

یک از مؤلفه‌های کیفیت زندگی بیشتر است، از میانگین‌های درست شده، استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ گزارش شده است.

با توجه به جدول ۴ مقدار F برای همه مؤلفه‌های کیفیت زندگی در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است و این نشان می‌دهد که بین دو گروه در این مؤلفه‌ها تفاوت معنی‌دار وجود دارد. برای بررسی این که میانگین کدام یک از گروه‌ها در پس آزمون هر

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس تفاوت گروه آزمایش و گروه کنترل در مؤلفه‌های کیفیت زندگی

مؤلفه‌ها	شاخص		
	گروه	میانگین	خطای استاندارد
عملکرد جسمانی	آزمایش	۲۶/۷۳	۰/۹
	کنترل	۱۵/۰۷	۰/۹
محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی	آزمایش	۷/۴۷	۰/۳۱
	کنترل	۵/۰۱	۰/۳۱
محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت هیجانی	آزمایش	۷/۲۷	۰/۳۳
	کنترل	۴/۹۳	۰/۳۳
خستگی یا نشاط	آزمایش	۱۷/۹۳	۰/۷۴
	کنترل	۱۴/۲۶	۰/۷۴
سلامت عاطفی	آزمایش	۲۲/۶۷	۰/۹
	کنترل	۱۶/۵۳	۰/۹
عملکرد اجتماعی	آزمایش	۸/۱۳	۰/۴۴
	کنترل	۵/۸۷	۰/۴۴
درد	آزمایش	۸/۲	۰/۴۲
	کنترل	۵/۸	۰/۴۲
سلامت عمومی	آزمایش	۱۸/۳۳	۰/۶
	کنترل	۱۲/۸	۰/۶

انجام شد. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که بین گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ مؤلفه‌های کیفیت زندگی در پس آزمون تفاوت معنی‌دار وجود دارد. نتایج بدست آمده با نتایج پژوهش کاوه (۳۱)، استینهارد (Steinhard) و دولبیر (Dolbier) (۳۲)، نونه (Noone) و هستینگر (Hastings) (۳۳)، و شارما و همکاران (۲۶)، وایت و همکاران (۱۸)، بهزادی‌پور و همکاران (۲۵)، حسینی قمی و همکاران (۳۴) همخوانی دارد.

افزون بر تاثیر ناپسند سرطان بر کیفیت زندگی کودک، سلامت

با توجه به جدول ۵ میانگین گروه آزمایش در تمام مؤلفه‌های کیفیت زندگی بیش از میانگین گروه کنترل در این مؤلفه‌هاست. بنابراین، با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت که آموزش مدیریت استرس بر تمام مؤلفه‌های کیفیت زندگی والدین کودکان دچار سرطان موثر است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر آموزش مدیریت استرس بر بهبود کیفیت مادرانی که فرزند آنها دچار سرطان خون است،

یعنی فرد در گستره سلامت خود و استفاده مناسب از زمان و رفتارهای اجتماعی تا چه اندازه خوب عمل می‌کند که از راه استانداردهای اجتماعی داوری می‌شود. دومین بخش کیفیت که محیطی است با سنج‌های شخصی مانند آب و هوا و کیفیت مسکن داوری می‌شود. بخش سوم، کیفیت زندگی ادراک شده است که کاملاً ذهنی بوده و منعکس کننده ارزیابی خود فرد از سلامت، خانواده، مسکن، محیط پیرامون، استفاده از زمان آسایش، دوستان و سایر جنبه‌های زندگی است. بخش چهارم سلامت روانشناختی است که جنبه کلی از سلامت روان را در بر می‌گیرد و دربردارنده مفاهیمی چون افسردگی، وضعیت عواطف مثبت و رضایت کلی از زندگی است. داشتن کودک با سرطان، فشار زیادی بر والدین به ویژه مادر وارد می‌کند. تشخیص نخست سرطان، پذیرش بیماری توسط والدین، و نگرانی از آینده کودک، تنش‌های روانی نگهداری از کودک، تامین هزینه‌های مالی بالا و ... همگی فشار روانی زیادی بر والدین وارد کرده و کیفیت زندگی آنها را به مخاطره می‌اندازد. بنابراین، مداخله‌هایی که به این مسائل می‌پردازد، می‌تواند منجر به ارتقای کیفیت زندگی والدین شود (۳۵).

استفاده از تکنیک‌های تن آرامی ماهیچه‌ای، تنفس دیاگرامی و تصویرسازی ذهنی، نقش موثری در کاهش تنش جسمی و روانی دارد که می‌تواند در ارتقای کیفیت زندگی والدین این کودکان موثر باشد. در واقع، احتمال می‌رود استفاده از این تکنیک‌ها تنش جسمانی و علایم فیزیولوژی و همچنین تولید هورمون‌های آدرنالین و نورآدرنالین را کاهش داده و به موازات آن بالا رفتن توان دستگاه ایمنی بدن را موجب شود (۳۶). از سوی دیگر، شیوه‌های چالش با افکار خودآیند منفی و تشویق بیماران به برنامه‌ریزی و جایگزینی افکار موثر و منطقی با نشخوارهای فکری خودتخریب‌گر، می‌تواند کیفیت زندگی این افراد را افزایش دهد.

همچنین، تشخیص سرطان در کودک به عنوان عامل اصلی تنش در والدین سبب اختلال در الگوی خواب، ایجاد نشانه‌های جسمانی، کاهش تمرکز، مشکلات زناشویی و مشکلات ارتباطی شده که کیفیت زندگی آنها را تهدید می‌کند. استفاده از سبک‌های ارتباطی نادرست همچون سبک‌های پرخاشگرانه یا منفعلانه در ارتباط با دیگران

روانی و فیزیکی والدین نیز متأثر می‌شود. بستری مکرر در بیمارستان، قابل پیش‌بینی نبودن سیر بیماری، تغییر وضعیت جسمی کودک بیمار و پیدایش عوارض ناشی از بیماری و درمان موجب اضطراب و استرس والدین بویژه مادران می‌شود. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری نشان داد که میانگین گروه آزمایش در تمام مؤلفه‌های کیفیت زندگی (کارکرد جسمی، محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی، محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت هیجانی، خستگی و نشاط، سلامت عاطفی، عملکرد اجتماعی، درد، سلامت عمومی) و تمام مؤلفه‌ها بیشتر از میانگین گروه کنترل در این مؤلفه‌هاست.

همسو با نتایج این پژوهش، نتایج پژوهش حسینی قمی و همکاران (۳۴) نشان داد مادرانی که آموزش معینی گرفته بودند کیفیت زندگی بیشتر و پیشرفت بهتری داشته‌اند. آموزش تاب‌آوری، تأثیر معنی‌داری بر مؤلفه‌هایی چون سلامت روان، عملکرد پایین، سرزندگی، درد بدنی، سلامت عمومی و نقش هیجانی داشت در حالی که چنین اثری در مؤلفه‌های عملکرد جسمانی و اجتماعی وجود نداشت. این پژوهش به این نتیجه رسید که آموزش تاب‌آوری در افزایش آن و کیفیت زندگی مادرانی که فرزندان دچار سرطان داشتند موثر بوده است.

وایت و همکاران (۱۸) نشان دادند که والدین کودکان با سرطان و تومور مغزی به‌طور معنی‌دار کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی پایین‌تری مانند سلامت روانی نسبت به گروه کنترل داشتند. روی هم رفته در سلامت جسمی تفاوت معنی‌دار وجود نداشت. نشان داده شده که استفاده از راهبردهای مقابله صحیح و سبک‌های کارآمد حل مساله، می‌تواند سبب کاهش عوامل استرس‌زا همچون سرطان و افزایش کیفیت زندگی والدین کودکان سرطانی شود. استفاده از سبک‌های رویارویی هیجان مدار سبب ناتوانی فرد و احساس درماندگی شده و توان فرد را برای کنار آمدن با شرایط موجود کاهش می‌دهد، این در حالی است که تأثیر سبک‌های مقابله منطقی در مقابله با سرطان ثابت شده است.

در تبیین این یافته هادیان‌فر (۳۵) بیان کرد: کیفیت زندگی چهار بخش دارد. نخستین بخش مهارت‌های رفتاری است

در پایان پیشنهاد می‌شود که برنامه‌های آموزشی در مورد ارتقای بهداشت روان و بالا بردن مدیریت استرس برای والدین دارای فرزندان دچار سرطان مانند برنامه افزایش تاب‌آوری و مدیریت استرس از طرف سازمان‌های مرتبط و مسئولان در فهرست خدماتی ارائه شده به آنها قرار گیرد و مداخله آموزشی برای والدین به عنوان بخشی از برنامه درمانی برای کودکان دچار سرطان در نظر گرفته شود.

تشکر و قدردانی: در پایان مراتب سپاسگزاری را از کارکنان پرتلاش و زحمتکش بیمارستان ۱۷ شهریور و همچنین تمام مادرانی که در این پژوهش شرکت کردند، اعلام می‌داریم. نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

می‌تواند بخت کسب فرصت‌های پشتیبانی را از آنها منع و سلامت روانی این والدین را تهدید می‌کند لذا با راهبردهای مدیریت خشم، ابرازگری هیجانی و آشنایی با انواع سبک‌های ارتباطی می‌توان به اصلاح این موارد پرداخته و از این راه کیفیت زندگی این افراد را بهبود بخشید. علاوه بر این، نشان داده، شده که استفاده از راهبردهای مقابله صحیح و سبک‌های کارآمد حل مسئله می‌تواند سبب تعدیل عوامل استرس‌زا همچون سرطان و افزایش کیفیت زندگی والدین کودکان سرطانی شود. استفاده از سبک‌های مقابله هیجان مدار سبب ناتوانی فرد و احساس درماندگی شده و توان فرد را برای کنار آمدن با شرایط موجود کاهش می‌دهد این در حالی است که تاثیر سبک‌های مقابله منطقی در مقابله با سرطان ثابت شده‌است.

منابع

1. Mehranfar M, Younesi J, Banihashem A. Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Reduction of Depression and Anxiety Symptoms in Mothers of Children with Cancer. *Iran J Cancer Prev* 2012 ., 15: 1-90. [Text in Persian].
2. Beckwitt S, Jacobson J. Children's Reaction to Illness and Hospitalization. In: Sadock VA, Ruiz PK. Kaplan & Sadock's comprehensive Text book of psychiatry. 9th Edition. London ;LWW, 2009: 381.
3. Lotfi Kashani F, Vaziri S, Gheisar S, Mousavi M, hashemieh M. Effectiveness of Spiritual Intervention on the Quality of Life of Mothers with Cancer. *Iranian Medical Jurisprudence Quarterly* 2012, 12: 127-146. [Text in Persian].
4. Saegrove S. Health, quality of life and cancer. *Int Nurs Rev* 2005; 52(3): 533-40.
5. Fletcher PC. My child has cancer: finding the silverlining in every mother's nightmare. *Pediatr Nurs* 2011; 33 (3): 164- 84.
6. Houry M , Huij'er H A, Doumit MA. Lebanese parent's experience with a child with cancer. *Eur J Oncol Nurs* 2013; 17(1):16-21.
7. Karami A. Quality of life of cancer patients in Qazvin (2006). *Journal of Qazvin University of Medical Sciences* 2011; 14 (3): 81-86. [Text in Persian].
8. Keshtkaran Z. Effect of training on quality of life of patients with osteoarthritis of hip and knee rehabilitation center affiliated to Shiraz University of Medical Sciences. Master Thesis, Faculty of Nursing, Shiraz University, 2003. [Text in Persian].
9. Pek JH ,Chan YH , Yeoh AE , Quah TCh ,Tan PL , et al . Health related quality of life in children with cancer undergoing treatment :A first look at the Singapore 2010 ; 39: 8-43.
10. Weaver AJ, Flannely KJ. The role of religious/spirituality in cancer patients and their caregivers. *Southern Medical Journal*. 2004; 97(12):1210-1214.
11. Weaver AJ, Flannely KJ. The role of religion/spirituality for cancer patients and their caregivers. *South Med J* 2004; 7 (12): 1210-4.
12. Kitrungroter L , Cohen MZ. Quality of life of family caregivers of patients with cancer: a literature review. *Oncol Nurs Forum* 2006; 33(3): 625-32.
13. Berman R. Cancer and benign tumors: Nelson's textbook of medicine. Shabnam Hashmi Zadehan, Sh (Persian Translator). Tehran: Abasalh Street.2009.P: 3-80. [Text in Persian].
14. Kyritsi H , Matziou V ,Papadatou D , Evagelluo E , Koutelekos G ,Polikandrioti M . Self-concept of children and adolescents with cancer. *Health sci J* 2009; 32 (2) Available from: <http://www.hsj.gr>.
15. Asadi N. The Impact of educating parents of leukemic children on the patients quality of life referred to faghihi hospital in Shiraz .Thesis of Master of Science in pediatric nursing education .Shiraz University of Medical Science ,2009. [Text in Persian]
16. Van Dongen-Melman JEW, Van Zuuren FJ, Verhulst FC. Experiences of parents of childhood cancer survivors: a qualitative analysis. *Patient Educ Couns* 1998; 34(3):185-200.
17. Le T. Resilience and mental health in parents of children surviving acute lymphoblastic leukemia. Master thesis, Norwegian university of science and technology management, Department of social work and health science, 2012.
18. Witt W P , Litzelman K , Wisk L E , Spear H A, Catrine K, Levin N, & Gottlieb CA. Stress-Mediated Quality of Life Outcomes in Parents of Childhood

- Cancer and Brain Tumor Survivors: A Case-Control Study. *Qual Life Res* 2010; 19: 995-1005.
19. Eiser C h, Eiser R, Stride C h B. Quality of life in children newly diagnosed with cancer and their mothers. *Health Qual of life outcomes* 2005; 3: 1-5.
20. Othman A, Mohamad, N, Hussin ZA, Blunden S. Factors related to parental wellbeing in children with cancer. *International Conference on Social Science and Humanity*, 2011; 5: 255-260.
21. Mahmodi Gh., Bahman puor N, Shariaati Gh. The relationship between quality of life and coping methods used by patients treted with hemodialysis. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences* 2002; 5(12): 43-52. [Text in Persian]
22. Klassen A F , Raina P ,McIntosh C.,Sung L .,Klaassen R J.,Donnell M O., et al. Parents of children with cancer :which factors explain differences in health _related quality of life. *Int J cancer* 2010; 129(5):1190-1198.
23. Orbuch T, parry C, Chesler M, Fritz J, Repetto P. Parent-Child Relationships and Quality of Life: Resilience among Childhood Cancer Survivors. *Family relations* 2005; 54(2):171-183.
24. Klassen , Robert , klassen , Annef. Impact of caring for a child with cancer on parents, health – related reality of life. *J clin oncol* 2008; 26: 5884-5889.
25. Behzadipour S, Sepah Mansour, M, Keshavarzi Arshad, Farzad V, Naziri G, Zamanian S. Effectiveness of Cognitive-behavioral Stress Management Intervention on Quality of Life and Coping Strategies in Women with Breast Cancer. *Iranian Journal of Methods and Models in Psychology* 2013; 3: 29-46. [Text in Persian].
26. Sharma.V, Sood A, Ioprinzi C, Prasad K. Stress Management and Resilience Training (SMART) program to decrease stress and enhance resilience among breast cancer survivors: a randomized trial. *Clin Breast Cancer* 2011; 11(6)364-368.
27. Montazeri A, Goshtasb A ,Vahdany M, translation Farsi to determine the reliability and validity of the questionnaire sf-36 in Persian. *Journal of Payesh* 2006;5:49-56. [Text in Persian]
28. Shokuhi Yekta, M, Parand A. Stress Management Strategies. Tehran; Sepidbarg, 2012. [Text in Persian]
29. Ghanbari N, Habibi M, Shamseddin S. Effectiveness of Cognitive-behavioral Stress Management on Improving the Psychological, Emotional and Social Wellbeing of Students with Homesickness. *Iran J Clin Psychol* 2013; 5: 47-56.
30. Naderi V, Borjali A, Mansubifar M. Effectiveness of Stress Management Training on Quality of Life, *Iran J Health Psychol* 2011; 1: 13-30. [Text in Persian]
31. Kaveh M. Developing a Program to Increase Resiliency to Stress and the Impact of Stress Resiliency Training on the Quality of Life of Parents of Children with Mild Mental Retardation. PhD Thesis (Psychology of Exceptional Children): Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabai University ,2009. [Text in Persian].
32. Steinhart TM, Dolbier C. Evaluation of a resilience intervention to enhance coping strategies and protective factors and decrease symptomology. *J Am Coll Health* 2008; 56(4): 445 – 453.
33. Noone S J , Hastings R . Building psychological resilience in support staff caring for people with intellectual disabilities: pilot evaluation of an acceptance – based intervention. *J Intellect Disabil* 2009; 13(1):43-51.
34. Hosseini Ghomi, Ebrahimi Ghavam S. Effectiveness of Stress Resiliency Training on the Quality of Life of Mothers of Children with Cancer between 10 and 13 Years of Age in Imam Khomeini Hosptital, Tehran, 2009-2010. *Iran J Clin Psychol* 2010; 1: 77-100. [Text in Persian]
35. Hadianfard H. Perceived Well-being and Religious Activities in a Group of Muslims. *Iranian Journal of Thought and Behavior* 2005; 11: 224. [Text in Persian]
36. Nedae, N. Effectiveness of Stress Management Training on Symptoms and Quality of Life among Patients with Gastroesophageal Reflux Disease. MA Thesis: Faculty of Psychology, University of Guilan, 2013. [Text in Persian]

The Impact of Stress Management Training on Improving the Quality of Life of Mothers of Children with Leukemia

Manzomeh SH (PhD Student)¹- *Hosseinkhazadeh AA (PhD)²- Shakerinia I (PhD)²

*Corresponding Address: Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran

Email: abbaskhazade@gmail.com

Received: 07/Jul/2015 Revised: 17/Aug/2015 Accepted: 26/Aug/2015

Abstract

Introduction: Children with cancer expose families, especially mothers, to numerous challenges and cause parents to suffer from a lot of stress. In many cases, the pressures arising from caring for children with cancer tend to grow so intensely that can affect the quality of life of the parents.

Objective: This study aims to analyze the impact of Stress Management Training on improving the quality of life of the mothers with leukemic children.

Materials and Methods: The present study is an experimental research with a pre-test/post-test control group design. The statistical population of the study comprised of all mothers of leukemic children between 4 and 6 years of age living in Rasht, Iran, in the school year 2014-2015. 30 mothers with the inclusion criteria were randomly selected as the sample and were randomly placed into experimental and control groups. The researchers administered the short-form 36 (SF-36) questionnaire (Ware, 1992) among the two groups at both pre-test and post-test stages. The experimental group received ten 70-minute sessions of Stress Management Training, whereas the control group did not receive any such an intervention.

Results: Data analysis indicates a significant difference between the experimental and the control group in terms of mean scores of life quality ($p < 0.01$). Thus, Stress Management Training has improved the quality of life of the experimental group.

Conclusion: The results of this study suggest that, besides instrumental and informational empowerment strategies such as the funding of treatment and education, mothers of children with cancer also need emotional support and psychological intervention in order to enjoy improvement in quality of life.

Conflict of interest: non declared

Keywords: Leukemia\ Mothers\ Quality of Life\ Stress, Psychological

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 97, Pages: 79-88

Please cite this article as: Manzomeh SH, Hosseinkhazadeh AA, Shakerinia I. The Impact of Stress Management Training on Improving the Quality of Life of Mothers of Children with Leukemia. J of Guilan Univ of Med Sci 2016; 25(97):79-88. [Text in Persian]

1. Department of Psychology, Rasht Islamic Azad University, Rasht, Iran

2. Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran