

شناسایی اثرات آموزش برفرسودگی در والدین کودکان مبتلا به سرطان و ارائه الگوی آموزشی - معنوی به پرستاران و مربیان پرستاری به منظور استفاده از آن در آموزش دانشجویان

نوشین بهشتی پور^۱، پرینا نصیرپور^۲، دکتر شهرزاد یکتا طلب^۳، دکتر مهران کریمی^۴، دکتر نجف زارع^۵

۱- نویسنده مسئول: مربی دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س)، میدان نمازی، دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س)، شیراز، ایران

Email: Beheshti64@yahoo.com

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

۳- استاد دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س)، مرکز تحقیقات مراقبت های روان جامعه نگر دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز- میدان نمازی، ساختمان شماره ۳- طبقه دوم، دفتر مرکز تحقیقات مراقبت های روان جامعه نگر، شیراز، ایران

۴- استاد دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، مرکز تحقیقات هماتولوژی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، بلوار کریم خان زند میدان نمازی، بیمارستان نمازی، مرکز تحقیقات هماتولوژی، شیراز، ایران

۵- استاد گروه آموزشی آمار زیستی، مرکز تحقیقات ناباروری دانشگاه علوم پزشکی شیراز، بیمارستان نمازی، برج پژوهشی محمد (رسول الله)، طبقه اول، دفتر مرکز تحقیقات ناباروری، شیراز، ایران

چکیده

والدین کودکان مبتلا به سرطان سطح بسیار بالایی از استرس و ناراحتی راتجربه می کنند. تلاش والدین در جهت سازگاری با موقعیت استرس زا به در دسترس بودن و استفاده از منابع حمایتی شامل اطلاع رسانی مناسب و حمایت اجتماعی و استفاده از منابع مالی مناسب و وضعیت اشتغال آنها بستگی دارد. (7) دادن اطلاعات واضح و روشن در باره ی بیماری و درمان به والدین در جهت بدست آوردن احساس کنترل بر روی موقعیت ایجاد شده و برنامه ریزی مناسب کمک کننده است این مقاله باهدف شناسایی اثرات آموزش برفرسودگی در والدین کودکان مبتلا به سرطان و ارائه الگوی آموزشی - معنوی به پرستاران و مربیان پرستاری به منظور استفاده از آن در آموزش دانشجویان نگارش گردیده است. این پژوهش یک مطالعه مداخله ای نیمه تجربی می باشد که به روش نمونه گیری آسان و مبتنی بر هدف انتخاب وبه دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. اطلاعات جمع آوری شده، توسط نرم افزار SPSS و روش های آماری تی مستقل، از آزمون تکراری (repeated Measure)، تی زوجی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که مداخله آموزشی - معنوی بر کاهش فرسودگی والدین کودکان مبتلا به سرطان موثر است.

واژه های کلیدی: کودکان مبتلا به سرطان، فرسودگی، پرستاران.

مقدمه:

والدین کودک مبتلا به سرطان سطح بسیار بالایی از استرس و ناراحتی را تجربه خواهند کرد. نقش والدین و محافظت از کودک در شرایط تهدید کننده ی زندگی دچار اختلال خواهد شد. بستری شدن های متعدد، درمان طولانی مدت و اثرات ناخوشایند ناشی از درمان مشکلات اصلی والدین این کودکان میباشد. (2و3) اگرچه در زمان تشخیص بیماری والدین بیشترین استرس را تجربه خواهند کرد در برخی موارد سطح بسیار بالایی از استرس یک تا چند سال پس از کامل شدن درمان نیز ممکن است باقی بماند. (4) در یک مطالعه طی مصاحبه ای که با والدین کودکان مبتلا به بیماری مزمن انجام شد والدین بیان کردند که رفتار آنها پس از تشخیص بیماری در کودکان دچار تغییر شده است تعداد زیادی از این والدین نشانه هایی از بی حالی، خستگی جسمی و روانی، تغییر رفتار و سایر علائم مربوط به فرسودگی را تجربه کرده اند. (5) فرسودگی پاسخی است به یک استرس شدید و مزمن که علائم اصلی آن خستگی فیزیکی و روانی، کاهش عملکرد فردی و اختلال در شخصیت فرد، میباشد. (6)

پینز و آرونسن^۱ در سال ۱۹۸۳ بیان کرده اند که فرسودگی در شرایطی که فرد در معرض استرس شدید احساسی قرار بگیرد در وی ایجاد میشود. (17) به دلیل تاثیر بیماری کودک بر سلامت روانی والدین و نقش مهم والدین در سلامت خانواده و تربیت فرزندان و در نتیجه سلامت روانی جامعه نباید تنها به مسائل درمانی بیمار و آن هم فقط مسایل فیزیکی اکتفا نمود، بلکه باید والدین کودک سرطانی مورد حمایت قرار گرفته و به سلامت روانی اعضاء خانواده خصوصا والدین بها داده شود. والدین در هنگام مواجه با تنشی همچون داشتن کودک سرطانی به منظور سازماندهی مجدد نظام خانواده در پی دریافت اطلاعات از پزشکان، پرستاران و کارکنان بهداشتی و کتب گوناگون هستند که به آنها در تشخیص موقعیت خود کمک می کند. میزان و کیفیت اطلاعاتی که و لدین در مورد بیماری کودک دارند، مشکلات که احتمالا با آن مواجه میشوند و اثرات احتمالی بیماری بر تمام مراحل زندگی، همگی فرایند سازگاری را تحت تاثیر قرار می دهد.

اهداف پژوهش:

- ۱- مقایسه میانگین نمرات فرسودگی قبل از مداخله در دو گروه آزمایش و کنترل
- ۲- مقایسه تغییرات میانگین نمرات فرسودگی قبل، بلافاصله و یکماه بعد از مداخله در دو گروه آزمایش و کنترل
- ۳- تعیین روایی و پایایی پرسشنامه ی فرسودگی شیروم و ملامد^۲
- ۴- مقایسه میانگین نمرات فرسودگی پدران با مادران قبل، بلافاصله و یکماه بعد از مداخله در دو گروه آزمایش و کنترل

مروری بر مطالعات

فان دونگن - ملمن و همکاران^۳ در سال ۱۹۹۵ در کشور هلند به بررسی عوارض دیررس روانی اجتماعی والدین کودکان بقایافته از سرطان پرداختند. هدف از این پژوهش شناسایی این مشکلات پس از اتمام درمان کودک و عوامل مربوطه بود. ۱۳۳ نفر (۶۹ مادر و ۶۴ پدر) از ۷۰ کودک بقا یافته در این پژوهش شرکت کردند. خانواده و جنس مونث عواملی بودند که با مشکلات روانی رابطه آماری معنی داری نشان دادند. پژوهشگران در پایان این پژوهش نتیجه گرفتند که سرطان در دوران کودکی اثرات روانی - اجتماعی دیر هنگام بر والدین بخصوص نامطمئنی در مورد وضعیت بقا و عوارض بیماری و اثر درمان بر وضعیت سلامت جسمی، روانی و اجتماعی کودک بوجود می آورد. همراهی این مشکلات با احساساتی چون تنهایی نشان دهنده رنجی است که والدین در سکوت می کشند و ممکن است سالها پس از درمان اولیه ادامه یابد. (16)

بابارین^۴ در سال ۱۹۸۵ در امریکا، ۳۲ خانواده کودکان مبتلا به سرطان را از نظر تطابق و مشکلات زناشویی مورد بررسی قرار داد. ۴۴ درصد از آنها وضعیت زناشویی و کیفیت زندگی خوبی داشتند. ولی با افزایش دفعات بستری شدن کودک در بیمارستان حمایت همسران و کیفیت زناشویی کاهش می یافت. (10)

1- Pines & Aronsson

2- Shirom & Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ)

3- Van Dongen - Melman et al.

4 - Barbarian

به منظور بررسی سازگاری روانی کودکان سرطانی و والدین آنها با بیماری، سایر و همکاران^۵ در سال ۱۹۹۷ تحقیقی در استرالیا به مدت دو سال انجام دادند. هدف از این پژوهش آینده نگر، بررسی شیوع مشکلات عاطفی و رفتاری در کودکان سرطانی و والدین آنها بود. پژوهشگران نتیجه گرفتند مشکلات اضطراب و بی‌خوابی والدین نشان دهنده تنشی است که تجربه می‌کنند. طی یک سال اول، مشکلات کاهش یافته است در حدی که وضعیت زندگی آنها از نظر ثبات، مشابه گروه شاهد می‌باشد. نتایج این بررسی اهمیت اقدامات اولیه به منظور کمک و حمایت کودکان سرطانی و خانواده آنها طی یک سال اول پس از تشخیص بیماری نشان می‌دهد. (15) پژوهش دیگری تحت عنوان بررسی تاثیر سرطان کودک بر ۵۰ خانواده چینی توسط مارتینسون و همکاران^۶ در سال ۱۹۹۳ در استان گانگدونگ^۷ کشور چین انجام شد. در این مطالعه مشکلات متعددی که والدین این کودکان با آن روبرو بودند و تاثیر بیماری بر سایر اعضا خانواده گزارش شد. (9) مطالعه ای تحت عنوان فرسودگی در میان والدین کودکان بقاء یافته از تومور مغزی توسط آل نوربرگ و لیندگرن^۸ در سال ۲۰۰۷ در شهر استکهلم بر روی ۴۴ والد کودک بقاء یافته از تومور مغزی انجام شد. فرسودگی روانی در ۲۴ مادر و ۲۰ پدر کودک بقاء یافته از تومور مغزی بررسی شد. در این مطالعه از پرسشنامه ی فرسودگی شیروم و ملامد^۹ استفاده شده است. نتایج مطالعه نشان داد که ۵۴٪ مادران گروه تحت مطالعه فرسودگی دیده شد و در ۲۵٪ آنها هیچ گونه نشانه ای دال بر فرسودگی وجود نداشت در مادران گروه کنترل فرسودگی کمتر از ۳۴٪ مشاهده شد و ۳۸٪ نیز فرسودگی مشاهده نشد. ۱۲٪ پدران گروه تحت مطالعه فرسودگی وجود داشت و ۴۵٪ این گروه هیچ نشانه ای از فرسودگی دیده نشد. در میان پدران گروه کنترل در ۱۹٪ موارد فرسودگی وجود داشت و ۵۲٪ موارد هیچ گونه نشانه ای از فرسودگی دیده نشد. (2) مطالعه ای با عنوان افسردگی در میان والدین کودکان مبتلا به لوسمی لنفوبلاستیک حاد توسط اختر اقبال و خاور سیدیکویی^{۱۰} در سال ۲۰۰۰ در شهر لاهور پاکستان در یک دوره ی سه ماهه از می ۲۰۰۰ تا جولای ۲۰۰۰ در ۶۰ والد کودک مبتلا به لوسمی لنفوبلاستیک حاد انجام شد. ابزار مورد استفاده در این مطالعه آزمون کوتاه وضعیت ذهنی^{۱۱} و مصاحبه ی ساختار یافته بالینی مطابق با راهنمای تشخیصی آماری بیماریهای روانی^{۱۲} جهت شناسایی والدین دچار افسردگی بوده است. نتایج مطالعه نشان داد که افسردگی در میان ۵۶٫۷٪ (۳۴) از والدین مشاهده شده است علاوه بر این افسردگی در مادران، والدین دارای سطح تحصیلات پایین تر، در بین افراد متعلق به کلاس اجتماعی پایین، بیشتر دیده شده است. (12)

مطالعه ای با عنوان نیازها و پاسخ های والدین به دنبال تشخیص سرطان در کودک توسط اسلوپر^{۱۳} در سال ۱۹۹۶ در کشور انگلستان بر روی تجارب ۱۳۳ خانواده از پنج بیمارستان تخصصی در درمان سرطان کودکان طی شش ماه پس از تشخیص سرطان در کودکان انجام شد. نتایج مطالعه نشان داد که تشخیص سرطان در کودکان در چند ماه اول اثرات وسیع الطیفی بر خانواده خواهد گذاشت.

(۱۰) مطالعه ای تحت عنوان افزایش شیوع نشانه های فرسودگی در والدین کودکان مبتلا به بیماری های مزمن توسط سی لیندستورم و آل نوربرگ^{۱۴} در سال ۲۰۰۹ در کشور سوئد بر روی ۲۵۲ والد کودک مبتلا به دیابت نوع یک و ۳۸ والد کودک مبتلا به بیماری التهابی روده انجام شد. نتایج مطالعه نشان داد که ۳۶٪ والدین کودکان مبتلا به بیماریهای مزمن نشانه های فرسودگی را نشان دادند در مقایسه با والدین کودکان سالم که ۲۰٪ از آنها علائم فرسودگی را نشان داده اند، نشانه های

5 - Sawyer & et al

6 - Martinson et al.

7 - Guang dong

8 - A Lindahl Norberg & Astrid Lindgren

9 - Shirom & Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ)

10 - Akhtar Iqbal & Khawer Siddiqui

11 - Mini Mental State Examination

12 - Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorder-fourth version (SICD-IV)

13- Sloper

14 - C Lindstorm & J Aman & AL Norberg

فرسودگی به صورت عمده در مادران کودکان مبتلا به دیابت دیده شده است اگر چه در پدران کودکان مبتلا به دیابت و پدران و مادران کودکان مبتلا به بیماری التهابی روده سطوح بالایی از انواع نشانه های فرسودگی گزارش شده است. (5) مطالعه ای با عنوان چگونه والدین کودکان دریافت کننده مراقبت تسکینی از مذهب، معنویات یا فلسفه زندگی در شرایط سخت استفاده می کنند توسط کری هگزم و سینتیا مولن^{۱۵} در سال ۲۰۱۱ در فیلادلفیا بر روی ۷۳ والد کودک دارای بیماری تهدید کننده زندگی مراقبت که در فرایند تصمیم گیری جهت مراقبت تسکینی دچار اختلال شده بودند انجام شد. نتایج مطالعه نشان داد که بیشتر والدین کودکان دریافت کننده مراقبت تسکینی احساس کردند که معنویات نقش بسیار مهمی در فرایند تصمیم گیری آنها داشته است. بیشتر والدین در مراسم مذهبی گروهی و یا انفرادی شرکت کرده اند و شرکت در مراسم مذهبی باعث ایجاد احساس کنترل، آرامش، اصلاح اخلاقیات در آنها و احساس دریافت حمایت از سوی خدا شده است. از سوی دیگر تعدادی والدین احساس خشم و تنفر نسبت به خدا داشته و اعتقادات مذهبی و گروه های مذهبی را پس زده اند. (8)

مطالعه ای با عنوان بررسی رویکردهای تطابقی بکار گرفته شده توسط والدین کودکان سرطانی وسط هاشمی در سال ۱۳۸۷ در شیراز بر روی ۴۴ والد (خانواده دووالدی) کودک مبتلا به سرطان انجام شد که در این مطالعه رویکرد های تطابقی در پنج مجموعه ی حمایت اجتماعی، شکل دهی مجدد، حمایت معنوی، کمک یابی و ارزیابی انفعالی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج مطالعه نشان داد که والدین بیشتر از رویکرد تطابقی حمایت معنوی (۹۶٪) و کمتر از حمایت اجتماعی استفاده کرده اند. سایر رویکردها بر اساس استفاده از آنها به ترتیب کمک یابی، شکل دهی مجدد، و ارزیابی انفعالی بوده است. (1)

نوع پژوهش

این پژوهش یک مطالعه مداخله ای است که در آن ابتدا نمونه هاب اساس دارا بودن شرایط ورود به مطالعه و مبتنی بر هدف به روش نمونه گیری آسان و در دسترس انتخاب شده و پس از گرفتن رضایت آگاهانه کتبی به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و شاهد تقسیم شده اند. جامعه پژوهش را در این مطالعه والدین کودکان ۱۲-۶ سال مبتلا به سرطان تشکیل داده اند که شرایط ورود به مطالعه را داشته اند. در این مطالعه نمونه پژوهش بخشی از جامعه پژوهش می باشد که به بیمارستان امیر شیراز مراجعه کرده اند. حجم نمونه با توجه به نظر متخصص آمار و با استفاده از فرمول آماری محاسبه حجم نمونه با استفاده از نرم افزار power SSC برای اختلاف دومیانگین با اطمینان ۹۵ درصد و توان ۸۰ درصد و انحراف معیار ۱۰٫۵ و حداقل اختلاف قابل قبول ۵ حجم نمونه در هر گروه (آزمایش و شاهد) ۷۰ نفر و در مجموع ۱۴۰ نفر تعیین گردید.

یافته های پژوهش

جدول شماره ۱ میانگین سن والدین کودکان مبتلا به سرطان

سن	میانگین	انحراف معیار	فاصله اطمینان*
گروه آزمایش	۳۴/۵۰	۹/۰۰۸	۳۲/۲۷-۳۶/۷۴
گروه شاهد	۳۴/۳۰	۶/۷۷	۳۲/۶۸-۳۵/۹۱

*فاصله اطمینان ۹۵ درصد برای میانگین

میانگین سنی والدین کودکان مبتلا به سرطان در این جدول نشان داده شده است. بر اساس آزمون تی اختلاف معنی داری بین میانگین سنی در دو گروه مشاهده نشده است. ($t=۰/۱۵$ و $p=۰/۸۷$)

15 - Hexem KR & Mollen CJ

جدول شماره ۲ توزیع فراوانی جنسیت والدین در دو گروه آزمایش و شاهد

گروه	زن		مرد		کل	
	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی
گروه آزمایش	۳۸	۲۸/۱	۲۷	۲۰	۶۵	۴۸/۱
گروه شاهد	۳۸	۲۸/۱	۳۲	۲۳/۷	۷۰	۵۱/۹

توزیع جنسیت در جدول شماره ۲ نشان داده شده است. بر اساس آزمون کای اسکور $p=0/۶۲$ و $p=0/۲۳$ آماره آزمون تفاوت آماری معنی دار بین توزیع جنسیت در دو گروه مشاهده نشد.

جدول شماره ۳ میزان درآمد والدین در دو گروه آزمایش و شاهد

گروه	ضعیف		متوسط		خوب		عالی	
	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی
گروه آزمایش	۳	۲/۲	۲۰	۱۴/۸	۳۰	۲۲/۲	۱۲	۸/۹
گروه شاهد	۰	۰	۲۸	۲۰/۷	۲۵	۱۸/۵	۱۷	۱۲/۶

در جدول شماره ۳ توزیع درآمد در دو گروه نشان داده شده است. بر اساس آزمون دقیق فیشر $p=0/۱۵$ و تفاوت آماری معنی دار وجود نداشت.

جدول شماره ۴ میزان تحصیلات والدین در دو گروه آزمایش و شاهد

گروه	سواد خواندن و نوشتن		ابتدایی و راهنمایی		دیپلم و فوق دیپلم		لیسانس و بالاتر	
	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی
گروه آزمایش	۳	۲/۲	۲۲	۱۶/۳	۲۵	۱۸/۵	۱۵	۱۱/۱
گروه شاهد	۵	۳/۷	۱۷	۱۲/۶	۳۸	۲۸/۱	۱۰	۷/۴

در این جدول میزان تحصیلات والدین کودکان در دو گروه آورده شده است. بر اساس آزمون کای اسکور $p=0/۰۲$ تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه از نظر تحصیلات وجود نداشت.

جدول شماره ۵: مقایسه میانگین نمرات فرسودگی قبل از مداخله در دو گروه آزمایش و شاهد

p	شاهد				آزمایش				گروه
	میانگین	انحراف معیار	حداکثر	حداقل	میانگین	انحراف معیار	حداکثر	حداقل	
۰/۵۹	۴/۲۳	۰/۵۰	۵/۶۷	۳/۳۴	۴/۲۸	۰/۶۱	۶/۰۵	۳/۷۵	نمرات فرسودگی قبل از مداخله

در جدول شماره ۵ مقایسه میانگین نمرات فرسودگی قبل از مداخله در دو گروه آزمایش و شاهد به نمایش گذاشته شده است. یافته های این جدول حاکی از آن است که میانگین نمرات فرسودگی قبل از مداخله در گروه آزمایش $4/28 \pm 0/61$ و در گروه شاهد $4/23 \pm 0/50$ می باشد. نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که بین میانگین دو گروه قبل از مداخله تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت. ($p=0/59$)

جدول شماره ۶: مقایسه میانگین و تغییرات میانگین نمرات فرسودگی بلافاصله بعد از مداخله در دو گروه آزمایش و شاهد

p	شاهد			آزمایش			گروه
	تغییرات میانگین	انحراف معیار	میانگین	تغییرات میانگین	انحراف معیار	میانگین	
<0/001	$-0/09 \pm 0/36$	0/56	4/33	$1/02 \pm 0/65$	0/68	3/25	نمرات فرسودگی بلافاصله بعد از مداخله

همانگونه که در این جدول ملاحظه می شود بلافاصله پس از انجام مداخله نمره فرسودگی در گروه آزمایش $3/25 \pm 0/68$ می باشد درحالیکه این رقم در گروه شاهد $4/33 \pm 0/56$ است. یافته های این جدول حاکی از آن است که بلافاصله پس از انجام مداخله میانگین نمرات فرسودگی در گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد پایینتر است. تجزیه و تحلیل داده های جدول با استفاده از آزمون تی مستقل نیز نشان داد که بین نمرات فرسودگی دو گروه آزمایش و شاهد بلافاصله پس از انجام مداخله تفاوت آماری معنی داری وجود داشت.

($p < 0/001$) و میزان اندازه تاثیر 1/58 بود که نشانه تاثیر گذار بودن مداخله می باشد.

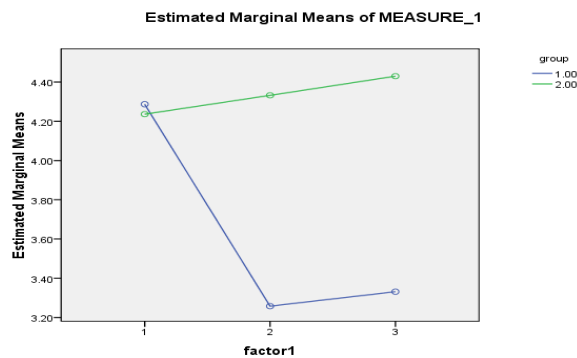
جدول شماره ۷: مقایسه میانگین و تغییرات میانگین نمرات فرسودگی یکماه بعد از انجام مداخله در دو گروه آزمایش و شاهد

p	شاهد			آزمایش			گروه
	تغییرات میانگین	انحراف معیار	میانگین	تغییرات میانگین	انحراف معیار	میانگین	
<0/001	$-0/19 \pm 0/39$	0/57	4/42	$0/95 \pm 0/67$	0/68	3/33	نمرات فرسودگی یکماه بعد از مداخله

یافته های این جدول حاکی از آن است که یکماه پس از انجام مداخله نمره فرسودگی در گروه آزمایش $3/33 \pm 0/68$ و در گروه شاهد $4/42 \pm 0/57$ می باشد.

نتایج آزمون تی مستقل نیز نشان داد که بین دو گروه آزمایش و شاهد یکماه پس از انجام مداخله از نظر میانگین نمره فرسودگی تفاوت آماری معنی داری وجود داشت ($p < 0/001$) و میانگین نمره فرسودگی در گروه آزمایش یکماه پس از انجام مداخله کمتر از گروه شاهد بود.

نمودار شماره ۱: مقایسه میانگین نمرات فرسودگی قبل، بلافاصله و یکماه بعد از مداخله در دو گروه آزمایش و شاهد



۱: گروه آزمایش

۲: گروه کنترل

جدول شماره ۸: مقایسه میانگین نمرات فرسودگی در پدران با مادران قبل از انجام مداخله در گروه آزمایش و شاهد

P	شاهد			آزمایش			گروه	
	تعداد	انحراف معیار	میانگین	تعداد	انحراف معیار	میانگین	مادران	نمرات فرسودگی قبل از انجام مداخله
<0/001	۳۸	0/57	4/35	۳۸	0/66	4/37	مادران	نمرات فرسودگی قبل از انجام مداخله
	۳۲	0/32	4/09	۲۷	0/50	4/16	پدران	نمرات فرسودگی قبل از انجام مداخله
	۷۰	0/50	4/23	۶۵	0/61	4/28	کل	نمرات فرسودگی قبل از انجام مداخله

در این جدول میانگین نمرات فرسودگی پدران در گروه آزمایش قبل از انجام مداخله $4/16 \pm 0/50$ است، در حالیکه این رقم در مادران همین گروه قبل از انجام مداخله $4/37 \pm 0/66$ می باشد و میانگین نمرات فرسودگی در پدران گروه شاهد قبل از انجام مداخله $4/09 \pm 0/32$ و در مادران همین گروه قبل از انجام مداخله $4/35 \pm 0/57$ می باشد. نتایج پژوهش نشان داد که بین نمرات فرسودگی پدران با مادران گروه آزمایش و شاهد قبل از انجام مداخله تفاوت آماری معنی داری وجود داشت. $F = 6/18$, $p = 0/001$.

جدول شماره ۹: مقایسه میانگین نمرات فرسودگی در پدران با مادران بلافاصله بعد از انجام مداخله در گروه آزمایش و شاهد

P	شاهد			آزمایش			گروه	
	تعداد	انحراف معیار	میانگین	تعداد	انحراف معیار	میانگین	مادران	نمرات فرسودگی بلافاصله بعد از مداخله
0/93	۳۸	0/58	4/37	۳۸	0/68	3/22	مادران	نمرات فرسودگی بلافاصله بعد از مداخله
	۳۲	0/54	4/27	۲۷	0/67	3/30	پدران	نمرات فرسودگی بلافاصله بعد از مداخله
	۷۰	0/56	4/33	۶۵	0/67	3/25	کل	نمرات فرسودگی بلافاصله بعد از مداخله

در این جدول میانگین نمرات فرسودگی پدران در گروه آزمایش بلافاصله بعد از انجام مداخله $3/30 \pm 0/67$ است در حالیکه این رقم در مادران همین گروه بلافاصله بعد از انجام مداخله $3/22 \pm 0/68$ می باشد و میانگین نمرات فرسودگی در پدران گروه

شاهد بلافاصله بعد از انجام مداخله $4/27 \pm 0/54$ است و در مادران همین گروه بلافاصله بعد از مداخله $4/37 \pm 0/58$ می باشد. نتایج پژوهش نشان داد که بین نمرات فرسودگی پدران و مادران گروه آزمایش و شاهد بلافاصله بعد از انجام مداخله تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت. ($p=0/93$, $F=0/08$)

جدول شماره ۱۰: مقایسه میانگین نمرات فرسودگی در پدران با مادران یکماه بعد از انجام مداخله در گروه آزمایش و شاهد

P	شاهد			آزمایش			گروه
	تعداد	انحراف معیار	میانگین	تعداد	انحراف معیار	میانگین	
0/58	38	0/62	4/52	38	0/70	3/29	مادران
	32	0/49	4/32	27	0/65	3/38	پدران
	70	0/57	4/42	65	0/68	3/33	کل

در این جدول میانگین نمرات فرسودگی پدران گروه آزمایش یکماه بعد از انجام مداخله $3/38 \pm 0/65$ است درحالیکه این رقم در مادران همین گروه یکماه بعد از مداخله $3/29 \pm 0/70$ می باشد و میانگین نمرات فرسودگی در پدران گروه شاهد یکماه بعد از انجام مداخله $4/32 \pm 0/49$ است و در مادران همین گروه بلافاصله بعد از مداخله $4/52 \pm 0/62$ می باشد. نتایج پژوهش نشان داد که بین نمرات فرسودگی پدران و مادران گروه آزمایش و شاهد یکماه بعد از انجام مداخله تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت. ($p=0/58$, $F=0/29$)

نتیجه گیری

یافته های این پژوهش به منظور آزمون فرضیه های پژوهش مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. تجزیه و تحلیل یافته ها و نتایج آزمون های آماری فرضیه های این پژوهش را تایید کرد. با عنایت به یافته های پژوهش و نتایج آزمون های آماری می توان ادعا نمود که مداخله آموزشی معنوی به والدین کودکان مبتلا به سرطان می تواند باعث کاهش نمره فرسودگی در آنان شود. از آنجایی که یکی از نقش های کلیدی اصلی پرستاران، نقش آموزشی می باشد بنابراین آنها به عنوان آموزش دهنده به والدین کودکان مبتلا به سرطان می توانند از طریق افزایش دانش سبب بهبود عملکرد این گروه از والدین گردند با توجه به گسترش مرزهای دانش و استفاده از روش ها و تکنولوژی های جدید در درمان این کودکان، ماهیت بیمارستان از نوع حاد به فرم مزمن تبدیل شده است. با توجه به نقش بسیار مهم والدین در درمان کودک و همچنین با توجه به این نکته که درمان سرطان دوره ای از استرس مزمن برای والدین این کودکان می باشد، پیشنهاد می شود در فرایند درمان و مراقبت از این کودکان علاوه بر مراقبت جسمی از کودک به نیازهای روحی و معنوی والدین این کودکان توجه ویژه مبذول گردد. از زمان بستری شدن بیمار در بیمارستان، پرستاران بیش از سایر شاغلین حرفه سلامت با بیماران و خانواده های آنان تعامل دارند. آنان به دلیل تماس بیشتر و نزدیکتر با بیمار و خانواده وی، ضرورت توجه به نیاز های معنوی و روحانی را بیشتر درک می کنند. یکی از چالش های فراروی برنامه ریزان آموزش پرستاری، آماده نمودن دانشجویان پرستاری برای همه جانبه نگری و توجه به مراقبت معنوی می باشد. گنجاندن معنویت و مراقبت معنوی در دوره های مختلف آموزش پرستاری، دانشجویان را نسبت به این مقوله حساس کرده برای آنها انگیزه ایجاد می کند. تاکید اساس در دروس بالینی بر اهمیت معنویت و تاثیر آن بر سلامت روان منجر به نهادینه شدن این مقوله در دانشجویان پرستاری خواهد شد.

References

- Hashemi F. Coping Strategies used by parents of children with cancer in shiraz southern fars,IRCM, 2007.
- Norberg AL. Burnout in Mother and Father of Children Surviving Brain Tumor, J clin psychol Med Setting,2007;14:130-137.
- Sloper S. Needs and responses of parents following the diagnosis of childhood cancer,J Child:Care,Health and Development, 1996;22(3):187-202.
- Koocher GP., O Malley JE. Psychological Consequences of Surviving childhood Cancer , Mc Graw-hill,New YORK,1981.
- lindstorm C., Aman J., Norberg AL. Increase Pervallence of burnout symptoms in parents of chronically ill children, J Acta Paediatrica,March 2010;99(3):427-432
- Wilmar B.Schaufeli., Dirk Enzmann., Noelle Girault .Measurement of Burnout:A REVIEW .University of Nijmegen,1998.
- lazarus SS., Folkman S. The Psychological Sequelae of Childhood Leukaemia , J Pediatric Oncology ,Springer Verlag,Berlin, 1984.
- Craske M G., Rauch SL., Ursano R., Pine DS .,et al.What is an anxiety disorder? Focus.2011;9(3);369-88.
- Hashemi F., Razavi SH., Sharif F . Coping strategies used by parents of children with cancer in Shiraz, Southern Iran Iranian Red Crescent Medical Journal. 2007; 9(3):124-128.
- Holady B. Challenges of Rearing a Chronically Ill Child: Caring and Coping, Nursing Clinics of North America 1994 ,19(2):361-368.
- Leahey M., Wright LW. Families and Life Threatening Illness, Sping house 1987 ,pp :32,46,48.
- Scott A. Family –Centered Nursing Care. In Nursing Care of Children, Edit by J.W.A shwill &D.C. Droske. W.B.Saunders: Philadelphia. 1997,pp: 372-392.
- Jay SM., Eliot CH. A Stress inculcation program for parents whose children are undergoing pain full medical procedures, J Consult Clin Psychol 1990 ,58(6):799-804.
- Kristjanson L., Schccroft AT. The family s cancer, Journal Cancer Nurs 1994 ,17(1):1-17.
- Osette E M., Hoekstra-Weebers., Jaspers PC. Psychological Adaptation and Social Support of Parents of Pediatric Cancer Patients: A Prospective Longitudinal Study.Journal of pediatric Psychology, Vol.26, No 4,2001,pp:225-235.
- Barbarin C.A .Stress, Coping and Marital Functioning among parents of Children With Cancer .Journal of Marriage and the family 1985 , 47:478-480.
- Sawyer M ., Antonio G., Toogood I. Childhood cancer:a TWO-Years Prospective Study of the Psychological Adjaustment of Children and Parents. J American Acadmy of Child and Adolescent Psychiatry 1997 ,36(12):1736-1743.