



Correlation Between Spiritual Well-Being and Family Caregiver Burden in Patients with Cancer

Hayedeh Rezaei ¹ , Mohammad Fathi ² , Daem Roshani ³ , Marya Maryam Kalhor ^{4,*}

¹ Student Research Committee, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

² Assistant Professor, Clinical Care Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

³ Associate Professor, Gastroenterology and Liver Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

⁴ Instructor of Internal Surgery Department, School of Nursing and Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

* **Corresponding author:** Marya Maryam Kalhor, Instructor of Internal Surgery Department, School of Nursing and Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. E-mail: ma.kalhor@yahoo.com

Received: 23 Feb 2019

Accepted: 14 May 2019

Abstract

Introduction: Cancer as one of the most common illnesses in the world is associated with mental, physical, social, and financial problems, which affects not only the patients but also the family caregivers and creates a Burden of care. Few studies have investigated relationship spiritual well-being and Burden of care in family caregivers of cancer patients.

Methods: This cross-sectional correlational study was conducted on 130 caregivers of cancer patients referred to Tohid hospital of Sanandaj in 2018 using the convenience sampling method. Demographic form, the spirituality well-being, and the caregiver burden inventory questionnaires were used to collect the data. Data were analyzed using the SPSS-21 software, descriptive statistics, Pearson and Spearman correlation coefficients, independent T-test, and ANOVA at a significance level of 0.05.

Results: The results showed that the mean and standard deviation of the spiritual well-being score and Burden of care was 72.70 ± 8.51 and 58.097 ± 10.42 , respectively. There was a significant relationship between mental well-being (and its components, including spiritual prosperity and existential well-being) and Burden of care ($r = -0.377$, $P = 0.001$).

Conclusions: Family caregivers experience the Burden of care during caring for cancer patients, which is related to their spiritual well-being. Therefore, paying attention to the mental well-being of these caregivers is emphasized.

Keywords: Spiritual Health, Burden, Caregiver, Cancer



ارتباط سلامت معنوی با بار مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان

هایده رضایی^۱ ID، محمد فتحی^۲ ID، دائم روشنی^۳ ID، ماریا مریم کلهر^۴ ID*

^۱ کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
^۲ استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت بالینی، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
^۳ دانشیار، مرکز تحقیقات گوارش و کبد، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
^۴ مربی گروه آموزشی داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، کردستان، ایران
 * نویسنده مسئول: ماریا مریم کلهر، مربی گروه آموزشی داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، کردستان، ایران. ایمیل: ma.kalhor@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۲/۲۴

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۱۲/۰۴

چکیده

مقدمه: سرطان یکی از شایع‌ترین بیماری‌ها در سطح جهان و با مشکلات روانی، جسمی، اجتماعی و مالی همراه است. این مسائل نه تنها بیمار، بلکه خانواده را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد و باعث بروز بار مراقبین می‌شود. مطالعات اندکی به بررسی ارتباط بار مراقبین و سلامت معنوی پرداخته است و لذا تحقیق حاضر با هدف تعیین ارتباط بین سلامت معنوی و بار مراقبین بیماران مبتلا به سرطان انجام گرفته است.

روش کار: در این مطالعه توصیفی همبستگی ۱۳۰ نفر از مراقبین بیمار مبتلا به سرطان مراجعه کننده به بیمارستان توحید شهر سنندج با روش نمونه گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه جمعیت شناختی، پرسشنامه سلامت معنوی پولتیزین-الیسون و سیاهه بار مراقبین نواک و گست استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نسخه ۲۱ نرم افزار SPSS و آزمون‌های آمار توصیفی و آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون و اسپیرمن، تی مستقل و ANOVA در سطح معنی داری ۰/۰۵ انجام شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که میانگین نمره سلامت معنوی و بار مراقبین در بیماران مبتلا به سرطان به ترتیب $8/51 \pm 72/70$ و $58/097 \pm 10/42$ بود. همچنین نتایج نشان داد که بین میانگین نمره سلامت معنوی و بار مراقبین رابطه معکوس و معنادار وجود دارد ($P = 0/01$, $r = -0/377$).

نتیجه‌گیری: مراقبین بیماران مبتلا به سرطان در طول مراقبت از بیمار بار قابل ملاحظه‌ای را تجربه می‌کنند که میزان آن با سلامت معنوی رابطه معکوس دارد، از این رو توجه به ابعاد سلامت معنوی در این مراقبین در جهت کاهش بار مراقبین راهکاری مؤثر خواهد بود.

کلیدواژه‌ها: سلامت معنوی، بار مراقبین، بیماران مبتلا به سرطان

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

از سرطان اتفاق می‌افتد. انتظار می‌رود که تعداد مرگ و میر ناشی از این بیماری به ۱۱/۴ میلیون نفر در سال ۲۰۳۰ افزایش یابد به طوری که حدود ۷۰٪ آن مربوط به کشورهای توسعه نیافته است [۴، ۵]. در ایران نیز ۱۱۰/۰۰۰ مورد جدید از انواع مختلف سرطان شناسایی شده و آمار مرگ و میر ناشی از سرطان سالیانه به ۵۶/۰۰۰ نفر در هر ۱۰۰۰ نفر افزایش یافته است [۶].

سرطان بزرگترین معضل سلامتی در سراسر جهان است که همواره با مشکلات مداوم و قابل توجه منجر به بروز آسیب‌های جبران ناپذیر بر سلامت جسمی و روانی افراد در هر سنی خواهد شد [۱، ۲]. با وجود تاریخچه قدیمی سرطان هنوز درمان‌های آن به طور کامل شناخته نشده است و همچنان سومین علت مرگ و میر در جهان محسوب می‌شود [۳]. طبق آمار سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۸ هر ساله در آمریکا ۱/۷ میلیون مورد جدید ابتلا و حدود ۶۰۰ هزار مرگ ناشی

پزشکی در ارتباط است، می‌تواند در زمینه مراقبت و ارائه اطلاعات نوین سلامت به بیماران و خانواده آنان نقش کلیدی را ایفا کند. پرستار بیش‌ترین تعامل و دسترسی را به خانواده بیماران دارد و می‌تواند سطح سلامتی و عملکرد آن‌ها را ارزیابی کرده و با ارائه آموزش‌های مورد نیاز خانواده در جهت مقابله با مشکلات بالفعل و بالقوه آنان اقدام کند [۲۷]. یافته‌های برخی مطالعات نشان داده‌اند که سلامت معنوی از عوامل معنادار در زندگی افراد بوده و علاوه بر سازگاری در شرایط سخت سبب ارتقای سلامت روانی، معنوی و جسمانی آن‌ها می‌شود [۲۰، ۲۸، ۲۹]. همچنین بدلیل افزایش روزافزون سرطان و هزینه‌های بالای مراقبت بیمارستانی، مراقبت از این بیماران به منزل توسط افراد خانواده منتقل شده است که با توجه به فرآیند طولانی درمان بیماران مبتلا به سرطان که علاوه بر بیمار بر جسم و روان مراقبین نیز تأثیر می‌گذارد و در دراز مدت سبب بحران معنوی در آن‌ها می‌شود [۱۲، ۱۵]. از آن جایی که در مروری بر منابع، مطالعه‌ای که ارتباط این دو متغیر را ارزیابی کند یافت نگردید، لذا این مطالعه با هدف تعیین ارتباط سلامت معنوی و بار مراقبین بیماران مبتلا به سرطان در مرکز آموزشی-درمانی توحید شهر سمنان در سال ۱۳۹۷ انجام شد.

روش کار

در این مطالعه توصیفی-همبستگی، تعداد ۱۳۰ مراقب بیمار مبتلا به سرطان از مهر تا آذر ماه ۱۳۹۷ از بخش‌های بستری انکولوژی و بخش‌های سرپایی شیمی درمانی و رادیوتراپی بیمارستان توحید شهر سمنان به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل داشتن رضایت برای شرکت در مطالعه، سن ۱۸ سال به بالا، حداقل سواد خواندن و نوشتن، داشتن مسئولیت مستقیم در مراقبت از بیمار و نداشتن بیماری روانی یا مزمن (با پرسش از فرد مراقب و سایر اعضای خانواده او) تشخیص داده شده و تحت درمان بود. همچنین حجم نمونه با توجه به مطالعه ویسپا [۲۴] و عباس نژاد [۳۰] و با فرض اینکه شدت همبستگی بین سلامت معنوی و بار مراقبین بیماران مبتلا به سرطان حداقل ۰/۳ باشد و با اطمینان ۰/۹۵ و توان آزمون ۰/۹۰ و خطای ۰/۰۵ برطبق فرمول حجم نمونه زیر، حداقل ۱۱۳ نفر تخمین زده شد و با در نظر گرفتن احتمال ریزش و حذف نمونه‌ها تعداد ۱۳۰ نفر مورد بررسی قرار گرفتند.

$$N = \left[\frac{Z_{\alpha} + Z_{\beta}}{1.2 * \ln \left(\frac{1+r}{1-r} \right)} \right]^2 + 3$$

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌های مشتمل بر سه بخش بود که شامل اطلاعات دموگرافیک و مربوط به بیماری، سلامت معنوی (پولتیزن و الیسون) و سیاهه بار مراقبین (CBI: Caregiver Burden Inventory) می‌باشد. بخش اول پرسشنامه محقق ساخته دموگرافیک و مربوط به بیماری که حاوی ۱۱ سؤال شامل (جنس، سن، تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی، نسبت با بیمار، مرحله بیماری، نوع سرطان، مدت مراقبت از بیمار و محل سکونت) بود که با سؤال از همراه بیمار و مشاهده پرونده تکمیل گردید. بخش دوم پرسشنامه سلامت معنوی پولتیزن-الیسون (Spirituality Well-Being) بود [۳۳]. این پرسشنامه دارای بیست سؤال است که سؤالات ۱ تا ۱۰

ماهیت مزمن و ناتوان کننده این بیماری منجر به انتقال مراقبت بیماران به خانه شده و همین امر سبب درگیر شدن سلامت مراقبین و خانواده‌شان در درازمدت می‌شود [۷]. لذا مراقبین از اجزای مهم و کلیدی در روند مراقبت از بیمار مبتلا به سرطان محسوب می‌شوند [۸-۱۰]. تعداد مراقبین از فرد مبتلا به سرطان بیش از ۲۵ میلیون نفر گزارش شده که ۲/۳ آن‌ها علاوه بر مراقبت از بیمار عهده دار انجام کلیه مسئولیت‌ها و امور منزل هم می‌باشند [۱۱]. با توجه به روند رو به افزایش تقاضای مراقبت‌های غیر بیمارستانی و تعدد افراد با سابقه سرطان، استقبال برای ترخیص زودتر از بیمارستان و تداوم مراقبت در منزل رو به افزایش است. این امر در دراز مدت بسیار چالش برانگیز است [۱۲، ۱۳]. از طرف دیگر به دلیل اینکه مراقبین بیشترین وقت خود را با بیمار صرف می‌کنند، معمولاً نیازهای خود را فراموش کرده و تغییراتی از جمله بروز بار مراقبتی در روند زندگی آن‌ها پدیدار می‌شود [۱۴].

بار مراقبین عبارتست از میزان استرس دریافتی توسط فردی که مسئولیت مراقبت و نگهداری از یک بیمار را بر عهده دارد که در نتیجه آن تأثیرات مخربی بر زندگی مراقب به همراه دارد [۱۵] و منجر به بروز مشکلات متعدد جسمی، روحی، روانی، معنوی، اقتصادی و اجتماعی می‌شود که بی‌توجهی به آن‌ها در درازمدت بسیار مشکل آفرین است [۱۶]. این در حالی است که مراقبین خانوادگی تأثیر مثبتی بر سازگاری بیمارشان داشته و نقش محوری در مدیریت جنبه‌های مختلف مراقبت از بیمار را برعهده دارند [۷]. مطالعات نشان می‌دهند اگر مراقبین اطلاع کافی از نحوه مراقبت و حمایت از بیمارشان نداشته باشند، با مشکلات عدیده‌ای در دراز مدت مانند انزوای خانواده، مراقبت ناکافی از بیمار و در نهایت رها کردن بیمار روبرو خواهند شد [۱۷، ۱۸]. طبق تحقیقات ۶ ماه بعد از مرگ فرد مبتلا به سرطان، ۲۵٪ مراقبین اختلالات روانی، ۴۰٪ اختلال استرس پس از سانحه، ۴۲٪ افسردگی متوسط تا شدید، ۳۹٪ اضطراب و در حدود ۴۰٪ نگرش پایین به دنیا را گزارش کرده‌اند [۱۹، ۲۰]. در نتیجه مراقبین نقش کلیدی در مراقبت و بهبود کیفیت زندگی بیمارانشان ایفا می‌کنند که لازم است برای انجام هر چه بهتر این نقش، از سلامت روانی و جسمی مطلوبی برخوردار باشند [۲۱، ۲۲]. از سوی دیگر یکی از ابعاد سلامت که تأثیر چشم‌گیری بر سلامت روان و جسم فرد دارد معنویت می‌باشد [۲۳، ۲۴]. معنویت که به عنوان سلامت معنوی هم تعبیر می‌شود، به برخورداری از حس پذیرش، احساسات مثبت، اخلاق و حس ارتباط متقابل مثبت با یک قدرت حاکم و برتر اطلاق می‌گردد [۲۵].

مراقبت معنوی و آموزه‌های دینی با تولید عواطف مثبت سبب عملکرد مطلوب دستگاه عصبی خودمختار می‌گردند. اگر فرد بیمار باشد از این طریق می‌توان به بهبودی او کمک کرد و اگر سالم باشد این امر در ارتقاء سلامت او مؤثر خواهد بود [۲۶]. سلامت معنوی یک استراتژی مهم برای تطابق با شرایط استرس‌زا که بخش جدایی‌ناپذیر زندگی مراقبین از بیماران سرطانی است را تشکیل می‌دهد و در برگیرنده دو بعد وجودی و مذهبی است. سلامت مذهبی به رضایت ناشی از ارتباط با یک قدرت برتر و سلامت وجودی به تلاش برای درک معنا و هدف در زندگی اطلاق می‌شود [۶، ۷]. از آن جا که حرفه پرستاری در جایگاهی قرار دارد که با تمامی اقشار جامعه و دیگر حرفه‌های علوم

حاضر ۰/۸۴ به دست آمد. همچنین با توجه به اینکه پایایی قابل قبول بود و گویه ها تحت تأثیر فرهنگ این منطقه قرار نمی گرفتند (گویه ها از نظر فرهنگی کاملاً مرتبط بودند) لزومی به هنجاریابی پرسشنامه ها نمی باشد.

بعد از تصویب طرح و اخذ مجوز با کد اخلاق (IR.MUK.REC.1397.113) و ارائه معرفی نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، معرفی نامه به مسئولین مرکز آموزشی توحید و بخش های (انکولوژی، شیمی درمانی و رادیوتراپی) ارائه گردید و نمونه گیری انجام یافت. بدین صورت که پژوهشگر به منظور رعایت موازین اخلاقی پس از معرفی خود به افراد واجد شرایط و ارائه توضیحات لازم در خصوص اهداف مطالعه، نحوه انجام کار و محرمانه ماندن اطلاعات مبادرت به اخذ رضایت نامه کتبی نمود و سپس پرسشنامه های بی نام و کدگذاری شده در میان مراقبین توزیع گردید. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نسخه ۲۱ نرم افزار SPSS و با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آزمون های آماری همبستگی پیرسون و ANOVA و تی تست برای بررسی ارتباط بین این دو متغیر با یکدیگر و سایر متغیرهای دموگرافیک در سطح معنادار ۰/۰۵ سنجیده و گزارش شد.

یافته ها

اکثریت نمونه های مورد مطالعه (۵۹/۳٪) زن که تعداد زیادی از آن ها در گروه سنی بالاتر از ۴۵ سال (۴۵/۱٪) و ۵۷/۵٪ آن ها شاغل بودند. همچنین بیشترین درصد نمونه ها ۸۰/۵٪ متأهل بودند که ۴۷/۸٪ وضعیت اقتصادی متوسطی داشتند و از نظر ابتلاء به انواع سرطان به ترتیب نزولی شامل سرطان معده (۳۶/۵٪)، سرطان پستان (۱۹/۸٪)، پروستات (۱۴/۲٪)، خون (۱/۸٪)، کولون (۱۰/۶٪)، روده (۲/۷٪)، پوست (۱/۸٪) و ریه (۱۲/۶٪) بود (جدول ۱). طبق یافته ها میانگین نمره سلامت معنوی مراقبین در سطح متوسط و میانگین نمره بار مراقبین آن ها در سطح بالا بود. در مقایسه میانگین دو بعد سلامت معنوی، میانگین سلامت مذهبی مراقبین بالاتر از میانگین سلامت وجودی آنان بود، همچنین نتایج بیانگر آن بود که همبستگی معنادار و معکوسی بین میانگین نمره بار مراقبین و سلامت معنوی وجود داشت (۰/۰۱ = P و ۳۷۷ - r) به علاوه سلامت مذهبی با دو خرده مقیاس بار مراقبتی اجتماعی و تحولی و سلامت وجودی با دو خرده مقیاس بار مراقبتی اجتماعی و بار مراقبتی احساسی به طور معکوس و معنادار در ارتباط است (جدول ۲).

از آزمون تی مستقل نیز برای بررسی ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک و مؤلفه های بار مراقبین، سلامت معنوی و خرده مقیاس های آن ها استفاده گردید، تحلیل داده ها نشان داد که میانگین نمره بار مراقبین در مراقبین آقا نسبت به مراقبین خانم بالاتر است، به طوری که خرده مقیاس بار مراقبتی تحولی نسبت به بقیه خرده مقیاس ها نمره بالاتری گرفت. اما سلامت معنوی خصوصاً خرده مقیاس سلامت مذهبی مراقبین خانم بالاتر بود. علاوه بر این در مراقبین مجرد نسبت به مراقبین متأهل سلامت معنوی پایین تر اما بار مراقبین بیشتری دیده شد.

سلامت مذهبی (Religious health) و سوالات ۱۱ تا ۲۰ سلامت وجودی (Existential health) فرد را می سنجد. بعد مذهبی به ارتباط با قدرت برتر و درک فرد از سلامتی در زندگی معنوی و بعد وجودی به تطابق فرد با جامعه، محیط و خود مربوط می شود (۶،۷). پاسخ ها به صورت شش گزینه ای در مقیاس لیکرت شامل: گزینه های کاملاً مخالفم، مخالفم، نسبتاً مخالفم، نسبتاً موافقم، موافقم و کاملاً موافقم دسته بندی گردید. در سوالات (۳ و ۴ و ۷ و ۸ و ۱۰ و ۱۱ و ۱۴ و ۱۵ و ۱۷ و ۱۹ و ۲۰) کاملاً مخالفم نمره ۱ و سوالات (۱ و ۲ و ۵ و ۶ و ۹ و ۱۲ و ۱۳ و ۱۶ و ۱۸) کاملاً مخالفم نمره ۶ در نظر گرفته شد. نمره کل سلامت معنوی جمع این دو زیرگروه است که دامنه آن ۱۲۰-۲۰ در نظر گرفته می شود و نمره بالاتر نشانه سلامت معنوی بیش تر است. در پایان، سلامت معنوی به سه سطح پایین (۲۰-۴۰)، متوسط (۴۱-۹۹) و بالا (۱۰۰-۱۲۰) تقسیم بندی گردید. برای پایایی این پرسشنامه از روش آزمون بازآزمون و آلفای کرونباخ استفاده شده بود که به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۹۲ بدست آمده بود (۲۷، ۳۰-۳۲). در مطالعه حاضر نیز مقدار آلفای کرونباخ ۰/۸۶ بدست آمد.

همچنین برای سنجش بار مراقبین از سیاهه بار مراقبین (Caregiver Burden Inventory) استفاده شد (۳۳). این پرسشنامه دارای ۲۴ عبارت است و در یک مقیاس لیکرت پنج درجه ای (به هیچ وجه = ۰ امتیاز، کمی = ۱ امتیاز، به طور متوسط = ۲ امتیاز، نسبتاً = ۳ امتیاز و کاملاً = ۴ امتیاز) نمره دهی می شود و شامل ۵ زیر مقیاس (بار مراقبتی وابسته به زمان، بار مراقبتی تحولی، بار مراقبتی جسمانی، بار مراقبتی اجتماعی و بار مراقبتی عاطفی) می باشد که شامل: ۱- بار مراقبتی وابسته به زمان (شامل ۵ عبارت: ۱، ۲، ۳، ۴، ۵): این زیر مقیاس مربوط به محدودیت های زمانی مراقبین است. ۲- بار مراقبتی تحولی (شامل ۵ عبارت: ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰): این زیر مقیاس این مسئله را مورد بررسی قرار می دهد که آیا مراقبین احساس می کنند که در مقایسه با همسالانش از رشد و تحول کمتری برخوردار است. ۳- بار مراقبتی جسمانی (شامل ۴ عبارت: ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴): این زیر مقیاس احساسات مراقبین را در خصوص مورد تهدید واقع شدن یا آسیب جسمانی توصیف می کند. ۴- بار مراقبتی اجتماعی (شامل ۵ عبارت: ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹): این زیرمقیاس احساس تعارض نقشی مراقبین، مشاخره با دیگر اعضای خانواده در مورد مراقبت از بیمار، احساس مورد قدرانی قرار نگرفتن و طرد شدن به صورت کلی را در بر می گیرد. ۵- بار مراقبتی عاطفی (شامل ۵ عبارت: ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴): این زیر مقیاس احساسات منفی مراقبین را نسبت به فردی که از او مراقبت می کند را می سنجد (۳۳). نمره گذاری در این پرسشنامه در بالاترین حالت ۹۶ و در پایینترین حالت صفر قرار می گیرد و بر طبق نظر طراحان، نمره ۳۶ و بالاتر نشانگر بار مراقبین بالا می باشد (۳۳). پایایی این پرسشنامه در چندین مطالعه داخلی و خارجی سنجیده شده است و روایی و پایایی آن در مطالعات مختلف به ترتیب شامل ۰/۸۵، ۰/۹۵ می باشد که می توان آن را در پژوهش های بعدی مورد استفاده قرار داد (۲، ۳۴-۳۷). جهت تعیین اعتبار از روش اعتبار محتوا و جهت تعیین اعتماد از روش آزمون باز آزمون و محاسبه آلفای کرونباخ استفاده شده که به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۹۵ گزارش شده است (۳۸، ۳۹). آلفای کرونباخ پرسشنامه در مطالعه

جدول ۱. میانگین نمرات بار مراقبین و سلامت معنوی براساس متغیرها						
متغیر	تعداد	درصد	نمره سلامت معنوی	P	نمره بار مراقبین	P
جنس				P = ۰/۱۸۲	P = ۰/۷۷۷	
مذکر	۴۶	۴۰/۷	۷۱/۴۱ ± ۸/۷۱		۵۸/۴۳ ± ۱۰/۲۶	
مونث	۶۷	۵۹/۳	۷۳/۵۹ ± ۸/۳۲		۵۷/۸۶ ± ۱۰/۶۰	
سن				F = ۸۶۷, P = ۰/۴۲۳	F = ۰/۱۷۱, P = ۰/۸۴۳	
۳۵-۱۸	۱۲	۱۰/۶۱	۶۹/۸۳ ± ۱۵/۳۳		۵۷/۸۳ ± ۱۴/۱۴	
۴۵-۳۵	۵۰	۴۴/۲۴	۷۲/۶۶ ± ۷/۹۱		۵۷/۵۲ ± ۱۱/۸۸	
>۴۵	۵۱	۴۵/۱۳	۷۳/۴۳ ± ۶/۸۴		۵۸/۷۲ ± ۷/۷۴	
تحصیلات				F = ۰/۲۸۲, P = ۰/۷۵۵	F = ۰/۰۲۶, P = ۰/۹۷۴	
ابتدایی-راهنمایی	۳۶	۳۱/۸۵	۷۲/۸۶ ± ۶/۰۱		۵۷/۹۴ ± ۸/۳۱	
دبیرستان	۴۶	۴۰/۷۰	۷۲/۰۴ ± ۶/۹۳		۵۸/۳۶ ± ۱۱/۲۵	
دانشگاهی	۳۱	۲۷/۴۳	۷۳/۵۱ ± ۱۲/۴۴		۵۷/۸۷ ± ۱۱/۵۹	
شغل				P = ۰/۹۱۲	P = ۰/۵۲۹	
شاغل	۶۵	۵۷/۵۲	۷۲/۷۸ ± ۹/۲۷		۵۸/۶۳ ± ۱۰/۲۵	
بیکار-خانه دار- بازنشسته	۴۸	۴۲/۴۷	۷۲/۶۰ ± ۷/۴۵		۵۷/۳۷ ± ۱۰/۷۰	
تأهل				P = ۰/۸۵۵	P = ۲۷۷	
مجرد	۲۲	۱۹/۵	۷۲/۳۱ ± ۱۱/۷۴		۶۰/۳۷ ± ۱۱/۹۰	
متأهل	۹۱	۸۰/۵	۷۲/۸۰ ± ۷/۶۱		۵۷/۵۷ ± ۱۰/۰۳	
وضعیت اقتصادی				F = ۰/۴۳, P = ۰/۶۵۲	F = ۰/۶۷۲, P = ۰/۵۱۳	
ضعیف	۱۷	۱۵	۷۳/۶۴ ± ۹/۱۹		۵۸ ± ۱۱/۲۶	
متوسط	۵۴	۴۷/۸	۷۱/۹۶ ± ۵/۷۶		۵۸/۵۳ ± ۱۰/۰۳	
خوب	۴۲	۳۷/۲	۷۳/۲۸ ± ۱۰/۹۷		۵۷/۵۷ ± ۱۰/۷۹	
نسبت با بیمار				F = ۰/۲۶۹, P = ۰/۸۴۷	F = ۰/۳۵۹, P = ۰/۷۸۳	
خواهر-برادر	۱۸	۱۵/۹	۷۳/۷۴ ± ۱۱/۷۵		۵۸/۷۹ ± ۱۲/۹۶	
همسر	۲۲	۱۹/۵	۷۳/۶۸ ± ۵/۷۲		۵۶/۴۵ ± ۸/۲۶	
پدر-مادر	۳۴	۳۰/۱	۷۱/۶ ± ۶/۴۶		۵۹/۲۹ ± ۸/۶۷	
فرزند	۳۹	۳۴/۵	۷۲/۹۷ ± ۹/۹۸		۵۷/۶۹ ± ۱۲	
مرحله بیماری				F = ۲/۱۰۱, P = ۰/۱۲۷	F = ۲/۹۴۴, P = ۰/۰۵۷	
رادیوتراپی	۱۹	۱۶/۸۱	۶۹/۳۶ ± ۱۰/۰۵		۶۱/۸۴ ± ۱۲/۷۶	
شیمی درمانی	۸۴	۷۴/۳۳	۷۳/۶۱ ± ۷/۳۷		۵۶/۷۲ ± ۹/۶۶	
جراحی	۱۰	۸/۸۴	۷۱/۴۰ ± ۱۲/۸۳		۶۲/۵۰ ± ۹/۷۵	
نوع سرطان				F = ۰/۸۲۴, P = ۰/۴۴۱	F = ۰/۲۰۴, P = ۰/۸۱۶	
معده	۴۱	۳۶/۲۸	۷۱/۳۹ ± ۶/۷۷		۵۸/۲۹ ± ۱۰/۶۳	
پستان	۲۵	۲۲/۱۲	۷۳/۹۲ ± ۱۱/۱۳		۵۹/۰۴ ± ۹/۱۵	
سایر	۴۷	۴۱/۵۹	۷۳/۲۱ ± ۸/۳۲		۵۷/۴۲ ± ۱۱/۰۱	
مدت مراقبت				P = ۰/۳۸۶	P = ۰/۴۲۸	
۸-۱ ماه	۴۸	۴۲/۴۷	۷۳/۳۰ ± ۸/۴۱		۵۷/۱۸ ± ۱۲/۲۶	
۹ ماه >	۶۵	۵۷/۵۲	۷۱/۸۹ ± ۸/۶۶		۵۷/۱۸ ± ۱۲/۲۶	
محل سکونت				P = ۰/۴۰۱	P = ۰/۸۵۳	
شهر	۸۸	۷۷/۹	۷۳/۰۶ ± ۹/۲۰		۵۸ ± ۱۰/۵۸	
روستا	۲۵	۲۲/۱	۷۱/۴۴ ± ۵/۳۹		۵۸/۴۴ ± ۱۰/۰۲	

اطلاعات در جدول به صورت میانگین ± انحراف معیار آمده است.

جدول ۲. بررسی همبستگی بین مؤلفه‌های بار مراقبین و سلامت معنوی						
۱-بار مراقبتی زمانی	۲-بار مراقبتی تحولی	۳-بار مراقبتی جسمانی	۴-بار مراقبتی اجتماعی	۵-بار مراقبتی احساسی	۶-سلامت معنوی مذهبی	۷-سلامت معنوی وجودی
۱	-	-	-	-	-	-
۲-بار مراقبتی تحولی	P = ۰/۰۰۱, r = ۰/۵۲	۱	-	-	-	-
۳-بار مراقبتی جسمانی	P = ۰/۰۰۷, r = ۰/۲۵۲	P = ۰/۰۰۱, r = ۰/۶۱۳	۱	-	-	-
۴-بار مراقبتی اجتماعی	P = ۰/۰۹۹, r = ۰/۰۰۱	P = ۰/۹۷۸, r = ۰/۰۰۳	P = ۰/۹۹۵, r = ۰/۰۰۱	۱	-	-
۵-بار مراقبتی احساسی	P = ۰/۷۴۱, r = ۰/۰۰۳	P = ۰/۱۵۴, r = ۰/۰۴۳	P = ۰/۱۴۲, r = ۰/۱۳۹	P = ۰/۰۰۱, r = ۰/۴۵۷	۱	-
۶-سلامت مذهبی	P = ۰/۳۵۰, r = ۰/۰۸۹	P = ۰/۰۴۰, r = ۰/۱۹۴	P = ۰/۹۹۴, r = ۰/۰۰۱	P = ۰/۰۰۱, r = ۰/۳۵۶	P = ۰/۴۲۴, r = ۰/۰۷۶	۱
۷-سلامت وجودی	P = ۰/۳۵۷, r = ۰/۰۸۸	P = ۰/۳۲۲, r = ۰/۰۹۴	P = ۰/۷۰۸, r = ۰/۰۳۶	P = ۰/۰۰۱, r = ۰/۳۱۶	P = ۰/۰۱۴, r = ۰/۲۳۰	P = ۰/۰۰۱, r = ۰/۴۵۳

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی همبستگی بین سلامت معنوی و بار مراقبتی در مراقبین از بیماران مبتلا به سرطان انجام گرفت. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میزان بار مراقبین در اکثر واحدهای مورد پژوهش (۹۵/۶٪) در حد بالا بود که تحت فشار بودن مراقبین را در امر مراقبت از بیمارشان نشان می‌دهد و با نتایج پژوهش‌های Yildiz, Miguel, Rha, حارث آبادی، وحیدی و باقر بیگ هم سو می‌باشد [۳۹-۴۳]. مطالعه Cotelو همکاران (۲۰۱۵) که بر روی مراقبین بیماران مبتلا به آلزایمر انجام شده بود، تنها یک چهارم مراقبین بار مراقبتی بالایی را تجربه کرده بودند که با نتایج مطالعه حاضر متفاوت است [۴۴]. به نظر می‌رسد دلیل این تفاوت ماهیت پیشرونده و تهدیدکننده حیات بیماری سرطان نسبت به آلزایمر باشد که منجر به نتایج متناقض شده است.

همچنین در مطالعه حاضر سلامت معنوی مراقبین در سطح متوسطی می‌باشد، از آن جا که مراقبین معنویت را به عنوان سپر دفاعی در برابر مسائل ناشی از بیماری عضو خانواده خود می‌دانند، پس بدست آمدن سطح قابل قبولی از معنویت در جامعه مورد پژوهش قابل پیش بینی بود. لیونه (Livneh) نشان داد که معنویت نقش مهمی در سازگاری با شرایط استرس زای ناشی از بیماری مزمن دارد [۴۵]. همچنین تحقیقاتی که در این زمینه انجام یافته است، نشان می‌دهد که به طور کلی کشورهای شرقی از سطح سلامت معنوی مطلوبی برخوردارند. همانطور که نتایج مطالعه McCoubrie و همکاران (۲۰۰۶) از یافته‌های مطالعه حاضر حمایت می‌کند، به طوری که میانگین نمره کلی سلامت معنوی اکثریت بیماران مبتلا به سرطان در آن مطالعه نیز در محدوده متوسط گزارش شده است. در مطالعه Sun و همکاران نیز که بر روی ۳۴۵ مراقبت کننده از بیمار مبتلا به سرطان ریه انجام دادند، میانگین سلامت معنوی متوسط گزارش گردید، که نتایج آن‌ها همسو با مطالعه حاضر می‌باشد [۳۰، ۳۸، ۴۶].

از طرفی در بررسی اجزای سلامت معنوی، سلامت مذهبی از میانگین بالاتری نسبت به سلامت وجودی برخوردار بود، که با نتایج مطالعه رضایی و همکاران که به بررسی سلامت معنوی در بیماران تحت شیمی درمانی پرداختند هم خوانی دارد. در مطالعه زارع و همکاران نیز که در مورد مادران دارای کودک فلج مغزی انجام دادند، سطح سلامت مذهبی بالاتری نسبت به سلامت وجودی گزارش کردند. در مطالعه‌ای که عوض نژاد و همکاران در مورد ۱۵۰ مادر دارای کودک با بیماری مزمن انجام دادند، سلامت مذهبی آن‌ها بالاتر از سلامت وجودی بود [۲۷، ۴۷، ۴۸] و بیانگر این امر است که افراد در شرایط سخت زندگی بیش تر به سمت مذهب گرایش پیدا می‌کنند و بدنبال نیروی برتر جهت رفع مشکلاتشان می‌باشند. همچنین در ایران به دلیل وجود زمینه مذهبی، گرایش به سمت خدا و مذهب در شرایط چالش برانگیز در اقصاء مختلف دیده می‌شود. اما در مطالعه حبیبی میانگین سلامت مذهبی و وجودی برابر به دست آمد [۴۹].

همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که همبستگی معکوس و معناداری بین سلامت معنوی و بار وجود دارد به عبارتی با افزایش نمره سلامت معنوی سطح بار مراقبین کاهش یافت، یا به عبارتی ایمان به

خدا یا یک قدرت بی نهایت و حس هدفمندی از زندگی با بار مراقبین کمتری در مراقبین بیماران مبتلا به سرطان در طی فرآیند مراقبت همراه است. این نتایج با نتایج مطالعه Spatuzzi و Spurlock هم سو می‌باشد [۳۲، ۴۳].

در واقع می‌توان این گونه استنتاج کرد که افراد با سلامت معنوی بالا، با مسائل و مشکلات خود راحت تر سازگار می‌شوند و تقویت سلامت معنوی، سازگاری افراد را با شرایط افزایش می‌دهد. همچنین سلامت معنوی سبب ایجاد نگرشی جدید و مثبت در فرد نسبت به خود، دیگران و جهان پیرامون او می‌شود و از آنجا که بار مراقبین خود سبب تعارض نقش و ناسازگاری در سایر حیطه‌های زندگی و شغلی فرد می‌شود، می‌توان نتیجه گرفت که بالا بودن سلامت معنوی در فرد سبب می‌شود تا فرد با نگاه مثبتی که نسبت به خود پیدا می‌کند، بتواند از مهارت‌ها و توانایی‌های خود قضاوت درستی داشته باشد. بدین ترتیب دستیابی به سلامت معنوی، بار مراقبین پایینی را در مراقبین به همراه دارد. نتایج مطالعه Pareeth که به بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و بار مراقبین بر مراقبین از بیماران مبتلا به دمانس پرداخت، نیز با مطالعه ما در یک راستا است [۵۰-۵۲].

در واقع سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد سلامتی، می‌تواند با حفظ ایمان و ایجاد معانی جدید در زندگی، مسائل منفی ناشی از انزوای اجتماعی را که از پیامدهای مراقبت است، کاهش دهد و از این رو منجر به سلامت روانی و اجتماعی فرد، بهبود ارتباط فرد با خود، دیگران، خدا و جست و جوی معنا و هدف زندگی خواهد شد [۵۳]. همچنین مطالعات نشان داده است که سلامت معنوی می‌تواند علایم آزاردهنده بعد جسمی را کاهش دهد و باعث بهبود کیفیت زندگی فرد شود. علاوه بر این به ایجاد امید، نگرش‌های مثبت و آرامش درونی فرد کمک می‌کند [۵۴]. از این رو مراقبینی که سلامت معنوی بالاتری دارند، ممکن است تجربه مراقبت را بهتر ارزیابی کنند که در نهایت همه این موارد به بار کم تر منجر می‌شود. لذا با شناسایی متغیرهای مؤثر بر بار مراقبین می‌توان از آسیب‌های دیگری همچون اضطراب، افسردگی و وضعیت جسمانی نامناسب جلوگیری کرد، از طرفی شاید بتوان گفت افراد معنوی به خصوص آن‌هایی که از سلامت مذهبی بالایی برخوردارند، ممکن است بر این باور باشند که مراقبت از بیمار نزد خدا دارای ارزش است و برای آنها تجربه سختی نخواهد بود و بار کمتری خواهند داشت [۴۶، ۵۴].

از طرفی هر چه فردی مذهبی تر باشد به دلیل اعتقادات شدیدتر به قدرت برتر و وابستگی شدیدتر این احتمال وجود دارد که بخش زیادی از مسئولیت‌های مراقبتی خود را به این قدرت مطلق منتقل کند و با توجه به اینکه جامعه شهر سندانج (تسنن) می‌باشند و اهل تسنن تابع جبریه هستند، معتقدند که هر نوع اتفاقات در زندگی فرد نوعی قضا و قدر است که خارج از اختیار افراد می‌باشد، به همین دلیل بیماری بیمارشان را ناشی از تقدیر خواهند دانست و این تصورات ممکن است روی بار مراقبین تأثیر گذار باشد که پس از مشورت با یکی از علمای اهل سنت (روحانی یکی از مساجد) و اهل تشیع (مدرس و هیئت علمی دانشگاه) راهنمایی‌های لازم در بحث گنجانده شد [۵۵، ۵۶].

در پژوهش حاضر والدین بیماران بیشترین بار را بخود اختصاص دادند، در حالیکه در پژوهش Zahid (۲۰۱۰) همسران نسبت به بقیه مراقبین

بیماران توجه کنیم. امروزه در مراقبت و تشخیص گذاری پرستاری، به مراقبین و نقش آنها در بهبود وضعیت بیمار توجه بسزایی می‌شود. از این رو کمک به خانواده‌ها در جهت یافتن معنا در زندگی و متوسل شدن به عقاید مذهبی برای کنار آمدن با شرایط سخت ناشی از بیماری عضوی از خانواده از وظایف پرستاران است و باید در مراقبت‌های پرستاری خود به این موضوع با تأکید بر احترام به اعتقادات و فرهنگ مراقبین توجه کنند. پرستاران می‌بایست به مراقبین کمک کنند تا رابطه بهتری با خود، محیط و نیروی برتر مورد اعتقادشان داشته باشند و بتوانند منبع معنویت را در زندگی خود پیدا کنند.

از محدودیت‌های این پژوهش تعداد پایین مراقبین مراجعه کننده به مراکز انکولوژی توحید شهر سنندج بود، بنابراین پیشنهاد می‌شود که مطالعات بعدی در سطح استانی روی تعداد بیشتری از نمونه‌ها انجام شود، همچنین این مطالعه به صورت مقطعی انجام شد که توصیه می‌شود با توجه به نقش معنویت در ارتقای سلامت به صورت مداخله‌ای در جمعیت بزرگتر و بر روی سایر بیماری‌ها نیز انجام شود.

نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های مطالعه حاضر مشخص است که ارتباط معکوس و معناداری بین بار مراقبین و سلامت معنوی مراقبین بیماران مبتلا به سرطان وجود دارد، لذا بنظر می‌رسد توجه به بعد سلامت معنوی مراقبین بیماران مبتلا به سرطان دارای اهمیت زیادی است که با اجرای برنامه‌هایی در جهت افزایش معنویت و سلامت معنوی مراقبین می‌توان تا حدی از استرس و بار مراقبین این دسته از بیماران را کاست و از این طریق سلامت مراقبین را ارتقاء داد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش حاصل بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد داخلی جراحی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی کردستان به شماره طرح (IR.MUK.REC.1397.113) می‌باشد. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان و زحمات گرانقدر استاد بزرگوار جناب آقای دکتر قانع تقدیر و تشکر به عمل می‌آید. همچنین از همکاری صادقانه و مجذانه کلیه مراقبین شرکت کننده در این پژوهش و پرسنل بخش‌های انکولوژی و شیمی درمانی و رادیوتراپی بیمارستان توحید سنندج کمال تشکر و قدردانی را بجا می‌آوریم.

بار بیشتری را گزارش کرده بودند [۵۷]. در واقع والدین بیمار مبتلا به سرطان اغلب مجبور به تغییر شرایط و عادات زندگی خانوادگی و برخی از نقش‌ها و وظایفشان می‌باشند. آن‌ها از نظر روانی، تحت تأثیر شرایط بیمارشان قرار گرفته و علاوه بر مسئولیت‌های اقتصادی و شغلی خود و حفظ روابط خانوادگی، بار مراقبت از فرزندان دیگر را نیز بر دوش می‌کشند [۵۸].

نتایج این مطالعه نشان داد که با افزایش سن، مراقبین بار بیشتری را تجربه می‌کنند که از این نظر با مطالعه سلمانی و همکاران (۱۳۹۲) همخوانی دارد [۵۹]. این نتیجه را می‌توان به این شکل تحلیل کرد که با افزایش سن مشکلات جسمی و روانی در مراقب افزون بر مشکلات جسمی بیمارشان نیز ممکن است وجود داشته باشد که این امر بار مراقبتی آن‌ها را افزایش می‌دهد. اما در مطالعه حارث آبادی و همکاران (۱۳۹۱) رابطه سن و بار مراقبتی معکوس بود، یعنی بار مراقبین در مراقبین با سن پایین‌تر در سطح بالاتری گزارش شده بود [۴۲]. این می‌تواند به دلیل ماهیت متفاوت بیماری اسکیزوفرنی در مطالعه حارث آبادی با بیماری سرطان در مطالعه حاضر باشد. همچنین این مطالعه نشان داد که بار مراقبتی در بین زنان بیشتر از مردان بود. مطالعات Zahid و همکارانش (۲۰۱۰) و Gulseren و همکاران (۲۰۱۰) نیز نتایجی مشابه در این زمینه را گزارش کرده بودند و این می‌تواند بخاطر موقعیت اجتماعی زنان و نوع فشارهای زنان در جامعه و خانواده باشد [۵۷، ۶۰].

در مطالعه حاضر بار در مراقبین با سطوح تحصیلی و شغلی مختلف تفاوت معنی داری نداشت که از این نظر با مطالعه سلمانی و همکاران (۱۳۹۲) و عباسی و همکاران (۱۳۹۲) همخوانی دارد [۵۹، ۶۱]. از طرف دیگر نتایج مطالعه حاضر حاکی از عدم وجود تفاوت در بار مراقبتی مراقبین با سطوح اقتصادی مختلف است که با نتایج مطالعه سلمانی و همکاران (۱۳۹۲) متفاوت است [۵۹]. در مطالعه سلمانی بار مراقبتی در مراقبین با وضعیت اقتصادی ضعیف‌تر، بیشتر است. دلیل این تفاوت را می‌توان به این مسئله ربط داد که در مطالعه حاضر بیشترین تعداد مراقبت کنندگان فرزندان بیمار بوده‌اند و با توجه به این که احتمالاً عمده هزینه‌های درمانی فرد بر عهده همسر بیمار است، فرزندان کمتر در تنگنای اقتصادی برای مراقبت از بیمار خود قرار می‌گیرند.

نتایج مطالعه حاضر توجه ما را به سمت دیدگاه کل نگر در پرستاری می‌کشد، به طوری که ما موظفیم به خانواده بیمار به عنوان حامی

References

- Borji M, Nourmohammadi H, Otaghi M, Salimi AH, Tarjoman A. Positive effects of cognitive behavioral therapy on depression, anxiety and stress of family caregivers of patients with prostate cancer: A randomized clinical trial. *Asian Pacific j cancer prev*. 2017;18(12):3207.
- Rha SY, Park Y, Song SK, Lee CE, Lee J. Caregiving burden and the quality of life of family caregivers of cancer patients: the relationship and correlates. *Eur J Oncol Nurs*. 2015;19(4):376-82. doi: 10.1016/j.ejon.2015.01.004 pmid: 25795160
- Sadoughi M, Mehrzad V, Mohammad Salehi Z. The relationship between psychological capital and quality of life among patients with breast cancer. *Razi J Med Sci*. 2017;24(3):111-9.
- Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2018. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(1):7-30. doi: 10.3322/caac.21442 pmid: 29313949
- You W, Henneberg M. Cancer incidence increasing globally: The role of relaxed natural selection. *Evol Appl*. 2018;11(2):140-52. doi: 10.1111/eva.12523 pmid: 29387151

6. Zendehtdel K. Cancer Statistics in I.R. Iran in 2018. *Bas Clin Cancer Res.* 2019;11(1):1-4. **doi:** [10.18502/bccr.v11i1.1645](https://doi.org/10.18502/bccr.v11i1.1645)
7. Lim HA, Tan JY, Chua J, Yoong RK, Lim SE, Kua EH, et al. Quality of life of family caregivers of cancer patients in Singapore and globally. *Singapore Med J.* 2017;58(5):258-61. **doi:** [10.11622/smedj.2016083](https://doi.org/10.11622/smedj.2016083) **pmid:** 27090600
8. Bahrami M, Farzi S. The effect of a supportive educational program based on COPE model on caring burden and quality of life in family caregivers of women with breast cancer. *Iran j nurs midwifery res.* 2014;19(2):119.
9. Kent EE, Rowland JH, Northouse L, Litzelman K, Chou WY, Shelburne N, et al. Caring for caregivers and patients: Research and clinical priorities for informal cancer caregiving. *Cancer.* 2016;122(13):1987-95. **doi:** [10.1002/cncr.29939](https://doi.org/10.1002/cncr.29939) **pmid:** 26991807
10. Mokhtari Hesari P, Rafei A, Mesbah Moosavi Z, Madjidansari A, Haghighat S, Montazeri A. Caregivers and their effect on health-related quality of life in elderly breast cancer patients. *Eur J Cancer.* 2018;92. **doi:** [10.1016/s0959-8049\(18\)30382-4](https://doi.org/10.1016/s0959-8049(18)30382-4)
11. Miller KD, Siegel RL, Lin CC, Mariotto AB, Kramer JL, Rowland JH, et al. Cancer treatment and survivorship statistics, 2016. *CA Cancer J Clin.* 2016;66(4):271-89. **doi:** [10.3322/caac.21349](https://doi.org/10.3322/caac.21349) **pmid:** 27253694
12. Jivraj N, Gallagher LO, Papadakos J, Abdelmutti N, Trang A, Ferguson SE. Empowering patients and caregivers with knowledge: The development of a nurse-led gynecologic oncology chemotherapy education class. *Can Oncol Nurs J.* 2018;28(1):4-7. **doi:** [10.5737/2368807628147](https://doi.org/10.5737/2368807628147) **pmid:** 31148641
13. Kim Y, Given BA. Quality of life of family caregivers of cancer survivors: across the trajectory of the illness. *Cancer.* 2008;112(11 Suppl):2556-68. **doi:** [10.1002/cncr.23449](https://doi.org/10.1002/cncr.23449) **pmid:** 18428199
14. Safaeian Z, Sadat Hejazi S, Delavar E, Hoseini Azizi T, HaresAbadi M. The Relationship between Caregiver Burden, and Depression, Anxiety and Stress in Family Caregivers of Cancer Patients Referred to Imam Reza Hospital in Bojnurd City. *Iran J Psychiatr Nurs.* 2017;5(3):7-14. **doi:** [10.21859/ijpn-05032](https://doi.org/10.21859/ijpn-05032)
15. Bauer MR, Bright EE, MacDonald JJ, Cleary EH, Hines OJ, Stanton AL. Quality of Life in Patients With Pancreatic Cancer and Their Caregivers: A Systematic Review. *Pancreas.* 2018;47(4):368-75. **doi:** [10.1097/MPA.0000000000001025](https://doi.org/10.1097/MPA.0000000000001025) **pmid:** 29521939
16. Given BA, Given CW, Sherwood P. The challenge of quality cancer care for family caregivers. *Semin Oncol Nurs.* 2012;28(4):205-12. **doi:** [10.1016/j.soncn.2012.09.002](https://doi.org/10.1016/j.soncn.2012.09.002) **pmid:** 23107177
17. Kim Y, Carver CS, Spiegel D, Mitchell HR, Cannady RS. Role of family caregivers' self-perceived preparedness for the death of the cancer patient in long-term adjustment to bereavement. *Psychooncology.* 2017;26(4):484-92. **doi:** [10.1002/pon.4042](https://doi.org/10.1002/pon.4042) **pmid:** 26661137
18. Nayak MG, George A, Vidyasagar MS, Mathew S, Nayak S, Nayak BS, et al. Quality of Life among Cancer Patients. *Indian J Palliat Care.* 2017;23(4):445-50. **doi:** [10.4103/IJPC.IJPC_82_17](https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_82_17) **pmid:** 29123353
19. Northouse L, Williams AL, Given B, McCorkle R. Psychosocial care for family caregivers of patients with cancer. *J Clin Oncol.* 2012;30(11):1227-34. **doi:** [10.1200/JCO.2011.39.5798](https://doi.org/10.1200/JCO.2011.39.5798) **pmid:** 22412124
20. Lai C, Luciani M, Di Mario C, Galli F, Morelli E, Ginobbi P, et al. Psychological impairments burden and spirituality in caregivers of terminally ill cancer patients. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2018;27(1). **doi:** [10.1111/ecc.12674](https://doi.org/10.1111/ecc.12674) **pmid:** 28295762
21. Dehbashi F, Sabzevari S, Tirgari B. The relationship between spiritual well-being and hope in Hemodialysis patients referring to the Khatam Anbiya hospital in Zahedan 2013-2014. *Med Ethics J.* 2015;9(30):77-97.
22. Sajjadian A, Heidari L, Hessari M. Investigating the Care Problem in Family Cares in Patients with Breast Cancer. *J Breast Disease.* 2015;8(2):7-14.
23. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Applebaum A, Kulikowski J, Lichtenthal WG. Meaning-centered group psychotherapy: an effective intervention for improving psychological well-being in patients with advanced cancer. *J Clin Oncol.* 2015;33(7):749-54. **doi:** [10.1200/JCO.2014.57.2198](https://doi.org/10.1200/JCO.2014.57.2198) **pmid:** 25646186
24. Vespa A, Spatuzzi R, Merico F, Ottaviani M, Fabbietti P, Meloni C, et al. Spiritual well-being associated with personality traits and quality of life in family caregivers of cancer patients. *Support Care Cancer.* 2018;26(8):2633-40. **doi:** [10.1007/s00520-018-4107-3](https://doi.org/10.1007/s00520-018-4107-3) **pmid:** 29460194
25. Krause N, Pargament KI, Hill PC, Ironson G. Assessing the role of race/ethnicity in the relationships among spiritual struggles, health, and well-being. *Am J Orthopsychiatry.* 2018;88(2):132-41. **doi:** [10.1037/ort0000255](https://doi.org/10.1037/ort0000255) **pmid:** 28253019
26. Jankowski PJ, Sandage SJ, Bell CA, Ruffing EG, Adams C. Humility, Relational Spirituality, and Well-being among Religious Leaders: A Moderated Mediation Model. *J Relig Health.* 2019;58(1):132-52. **doi:** [10.1007/s10943-018-0580-8](https://doi.org/10.1007/s10943-018-0580-8) **pmid:** 29411235
27. Rezaei M, Seyedfatemi N, Hosseini F. Spiritual Well-being in Cancer Patients who Undergo Chemotherapy. *Hayat.* 2008;14.
28. Sun V, Kim JY, Irish TL, Borneman T, Sidhu RK, Klein L, et al. Palliative care and spiritual well-being in lung cancer patients and family caregivers. *Psychooncology.* 2016;25(12):1448-55. **doi:** [10.1002/pon.3987](https://doi.org/10.1002/pon.3987) **pmid:** 26374624
29. Torabi Chafjiri R, Navabi N, Shamsalinea A, Ghaffari F. The relationship between the spiritual attitude of the family caregivers of older patients with stroke and their burden. *Clin Interv Aging.* 2017;12:453-8. **doi:** [10.2147/CIA.S121285](https://doi.org/10.2147/CIA.S121285) **pmid:** 28280318
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. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2015;16(13):5499-505. **doi:** [10.7314/apjcp.2015.16.13.5499](https://doi.org/10.7314/apjcp.2015.16.13.5499) **pmid:** 26225701

31. Mansori YK, Dolatian M, Shams J, Nasiri M. Relationship between death anxiety and spiritual well-being in patients with gynecologic cancer. *Adv Nurs Midwifery*. 2017;27(2):28-34.
32. Spurlock WR. Spiritual well-being and caregiver burden in Alzheimer's caregivers. *Geriatr Nurs*. 2005;26(3):154-61. [doi: 10.1016/j.gerinurse.2005.03.006](#) [pmid: 15973342](#)
33. Novak M, Guest C. Application of a multidimensional caregiver burden inventory. *Gerontologist*. 1989;29(6):798-803. [doi: 10.1093/geront/29.6.798](#) [pmid: 2516000](#)
34. Terum TM, Andersen JR, Rongve A, Aarsland D, Svendsboe EJ, Testad I. The relationship of specific items on the Neuropsychiatric Inventory to caregiver burden in dementia: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2017;32(7):703-17. [doi: 10.1002/gps.4704](#) [pmid: 28317166](#)
35. Mashayekhi F, Pilevarzadeh M, Rafati F. The Assessment of Caregiver Burden in Caregivers of Hemodialysis Patients. *Mater Sociomed*. 2015;27(5):333-6. [doi: 10.5455/msm.2015.27.333-336](#) [pmid: 26622201](#)
36. Farajzadeh A, Akbarfahimi M, Maroufizadeh S, Rostami HR, Kohan AH. Psychometric properties of Persian version of the Caregiver Burden Scale in Iranian caregivers of patients with spinal cord injury. *Disabil Rehabil*. 2018;40(3):367-72. [doi: 10.1080/09638288.2016.1258738](#) [pmid: 28637138](#)
37. Dehghani Y, Omranifard V, Babamiri M. The effectiveness of communication skills training on caregiving burden and quality of life among family caregivers of elderly with dementia. *J Res Behav Sci*. 2016;14(2):161-7.
38. Zafarian Moghaddam E, Behnam Vashani HR, Reihani T, Namazi Zadehan S. The effect of Spiritual Support of caregivers on quality of life of children aged 8-12 with leukemia. *J Torbat Heydariyeh Univ Med Sci*. 2016;4(2):14-20.
39. Yildiz E, Karakas SA, Gungormus Z, Cengiz M. Levels of Care Burden and Self-efficacy for Informal Caregiver of Patients With Cancer. *Holist Nurs Pract*. 2017;31(1):7-15. [doi: 10.1097/HNP.0000000000000185](#) [pmid: 27902521](#)
40. I M, A M, J F. Burden, quality of life and distress of the main caregiver in head and neck, cervix and rectal cancer patients. *J Cancer Res Ther*. 2017;5(3):14-8. [doi: 10.14312/2052-4994.2017-3](#)
41. Vahidi M, Mahdavi N, Asghari E, Ebrahimi H, Eivazi Ziaei J, Hosseinzadeh M, et al. Other Side of Breast Cancer: Factors Associated with Caregiver Burden. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2016;10(3):201-6. [doi: 10.1016/j.anr.2016.06.002](#) [pmid: 27692249](#)
42. Haresabadi M. Family burden in schizophrenia patients admitted to Imam Reza hospital-Bojnord 2010. *J North Khorasan Univ Med Sci*. 2012;4(2):165-72.
43. Spatuzzi R, Giulietti MV, Ricciuti M, Merico F, Fabbietti P, Raucci L, et al. Exploring the associations between spiritual well-being, burden, and quality of life in family caregivers of cancer patients. *Palliat Support Care*. 2019;17(3):294-9. [doi: 10.1017/S1478951518000160](#) [pmid: 29749317](#)
44. Cotel NV, Rodriguez NF, Perez JA, Iglesias JC, Lago MR. Burden and associated pathologies in family caregivers of Alzheimer's disease patients in Spain. *Pharm Pract (Granada)*. 2015;13(2):521. [doi: 10.18549/pharmpract.2015.02.521](#) [pmid: 26131040](#)
45. Livneh H, Lott S, Antonak R. Patterns of psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A cluster analytic approach. *Psychol Health Med*. 2004;9(4):411-30. [doi: 10.1080/1354850042000267030](#)
46. McCoubrie RC, Davies AN. Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer? *Support Care Cancer*. 2006;14(4):379-85. [doi: 10.1007/s00520-005-0892-6](#) [pmid: 16283208](#)
47. Zare N, Ravanipour M, Bahreini M, Motamed N, Nemati H. The Effect of Self-management Empowering Model on Spiritual Health of Mothers of Children with Cerebral Palsy. *J Pediatr Nurs*. 2016;3(1):61-70. [doi: 10.21859/jpen-0301186](#)
48. avaznejad n, ravanipour m, bahreyni m, motamed n. Comparison of spiritual health in mothers with healthy children and mothers of children with chronic disease in Kerman 2015-2016. *Nurs Vulnerabl*. 2016;3(8):13-25.
49. Habibi A, Savadpour MT. Spiritual well-being in cancer patients under chemotherapy. *J Health Care*. 2011;13(3):0-.
50. Pareeth MC, Anbu K. Spiritual Well-Being and Caregivers' Strain in Dementia Caregiving. *Int J Res*. 2016;12.
51. Modanloo S, Rohani C, Farahani Shirin Abadi A. Assessment of family function among parents of children with cancer. *Iran J Nurs Res* 2015;10(1):56-65.
52. Asgari P, Roushani K, Mohri AM. The Relationship between religious belief, optimism and spiritual well being among college students of Islamic Azad University. *J Soc Psychol*. 2009;4(10):27-39.
53. Mohammadi S, Tajvidi M, Ghazizadeh S. The relationship between spiritual well-being with quality of life and mental health of young adults with beta-thalassemia major. *Sci J Iran Blood Transfus Org*. 2014;11(2).
54. Mollaei F, Borhani F, Abbaszadeh A, Khabazkhoob M. Correlation between spiritual well-being and burden of care in family caregivers of cancer patients. *J hayat*. 2019;24(4):296-309.
55. Ismaili M, Esfehane S. A Comparative Study of Judgment and Magnitude in the theology of theology, philosophy of reason and transcendental wisdom. *Q J Pajuheshname Noor Hikmat Imam Khomeini Spec Univ*. 2012;11(40):107-38.
56. Kassem AS. The Concept of Freedom in the Quran. *Am Int J Contemp Res*. 2009;2(4):165-73.
57. Zahid MA, Ohaeri JU. Relationship of family caregiver burden with quality of care and psychopathology in a sample of Arab subjects with schizophrenia. *BMC Psychiatry*. 2010;10:71. [doi: 10.1186/1471-244X-10-71](#) [pmid: 20831806](#)

58. Ahmadi M, Rassouli M, Karami M, Abasszadeh A, Poormansouri S. Care burden and its Related Factors in Parents of Children with Cancer. Iran J Nurs. 2018;31(111):40-51.
59. Salmani N, Ashketorab T, Hasanvand S. The burden of caregiver and related factors of oncology patients of shahvali hospital. Adv Nurs Midwife. 2014;23(84):11-7.
60. Gülseren L, Cam B, Karakoç B, Yiğit T, Danacı A, Çubukçuoğlu Z, et al. The perceived burden of care and its correlates in schizophrenia. Turk Psikiyatri Derg. 2010;21(3):203-12.
61. Abbasi A, Shamsizadeh M, Asayesh H, Rahmani H, Hosseini S, Talebi M. The relationship between caregiver burden with coping strategies in Family caregivers of cancer patients. Iran Nurs Sci Assoc. 2013;1(3):62-71.