

## The Effect of Family-Centered Empowerment Model on Anxiety of Mothers of Children with Cancer

Akbari A<sup>1</sup>, Ahmadi F\*<sup>1</sup>, Zandi H<sup>1</sup>, Talebi-Ghane E<sup>2</sup>, Yadollahifar S<sup>1</sup>, Jalili E<sup>3</sup>

1. Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

2. Department of Biostatistics, Faculty of Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

3. Department of Emergency Medicine, School of Medicine, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

\* *Corresponding author.* Tel: +989183187233, E-mail: [fr.ahmadi267@gmail.com](mailto:fr.ahmadi267@gmail.com)

Received: Dec 5, 2020 Accepted: Mar 9, 2021

### ABSTRACT

**Background & Aim:** Cancer is one of the leading causes of child mortality in the world. Advances in the treatment of the disease have led caregivers to focus on other issues, including efforts to reduce the anxiety of mothers of children with cancer. Paying attention to family-centered care can be effective in achieving these goals. Therefore, the present study was designed to determine the effect of family-centered empowerment model on the anxiety of mothers of children with cancer.

**Methods:** The present study was a quasi-experimental study with pre-post design and a control group. The study was performed in Besat Hospital in Hamadan. Sixty mothers of children with cancer were randomly divided into two groups: control (n=30) and experimental (n=30). At the beginning of the study, the Spielberger Anxiety Inventory was completed by the samples and then in the experimental group, 5 sessions of family-centered empowerment model were performed by the researcher. After 5 weeks, data were collected from two groups and analyzed by SPSS-25 software.

**Results:** There was no significant difference between the mean scores of state and trait anxiety in the control group before and after the intervention, while after the intervention, the mean score of state and trait anxiety in the experimental group decreased significantly ( $p<0.05$ ). Also, the mean score of general anxiety before and after the intervention was significantly different in the experimental group ( $p<0.05$ ).

**Conclusion:** According to the results of the present study, the family-centered empowerment model can be an important step in improving the anxiety of mothers of children with cancer; therefore, due to the low cost, safety and effectiveness of the family-centered empowerment model, it is suggested to use this model on other variables of nursing care.

**Keywords:** Family-Centered Empowerment Model, Children, Cancer, Anxiety

# تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر اضطراب مادران کودکان مبتلا به سرطان

علی اکبری<sup>۱</sup>، فروزان احمدی<sup>۱\*</sup>، هوشنگ زندی<sup>۱</sup>، الهه طالبی قانع<sup>۲</sup>، سمیرا یدالهی فر<sup>۱</sup>، ابراهیم جلیلی<sup>۳</sup>

۱. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

۲. گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

۳. گروه طب اورژانس، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

\* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۸۳۱۸۷۲۳۳ ایمیل: fr.ahmadi267@gmail.com

## چکیده

**زمینه و هدف:** سرطان، از دلایل اصلی مرگ و میر کودکان در جهان محسوب می‌شود. پیشرفت در درمان بیماری موجب شده توجه مراقبین بر مسائل دیگری از جمله تلاش برای کاهش اضطراب مادران کودکان مبتلا به سرطان معطوف گردد. توجه به الگوی توانمندسازی خانواده محور می‌تواند در رسیدن به اهداف مذکور موثر واقع شود. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر اضطراب مادران کودکان مبتلا به سرطان طراحی شده است.

**روش کار:** پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی قبل و بعد با گروه کنترل بود. این پژوهش در بیمارستان بعثت شهرستان همدان اجرا شد. تعداد ۶۰ نفر از مادران کودکان مبتلا به سرطان به صورت تصادفی به دو گروه کنترل (۳۰ نفر) و آزمون (۳۰ نفر) تقسیم شدند. در ابتدای مطالعه پرسشنامه اضطراب اشیپلیرگر توسط نمونه‌ها تکمیل گردید و سپس در گروه آزمون، ۵ جلسه الگوی توانمندسازی خانواده محور توسط پژوهشگر اجرا شد. پس از گذشت ۵ هفته اطلاعات مجدداً از دو گروه جمع‌آوری و توسط نرم افزار SPSS-25 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** بین میانگین نمره اضطراب آشکار و پنهان در گروه کنترل قبل و بعد از مداخله، تفاوت معناداری وجود نداشت. در حالی که پس از انجام مداخله، میانگین نمره اضطراب آشکار و پنهان در گروه آزمون به شکل معناداری کاهش یافت ( $p < 0/05$ ). همچنین میانگین نمره اضطراب کلی قبل و بعد از انجام مداخله در گروه آزمون به شکل معناداری متفاوت بود ( $p < 0/05$ ).

**نتیجه گیری:** طبق نتایج مطالعه حاضر الگوی توانمندسازی خانواده محور می‌تواند گام مهمی در جهت بهبود اضطراب مادران کودکان مبتلا به سرطان باشد؛ لذا با توجه به کم هزینه و ایمن بودن و تأثیرگذاری الگوی توانمندسازی خانواده محور پیشنهاد می‌گردد از این الگو در کاهش اضطراب مادران دارای کودک مبتلا به سرطان استفاده گردد.

**واژه‌های کلیدی:** الگوی توانمندسازی خانواده محور، کودک، سرطان، اضطراب، مادر

دریافت: ۱۳۹۹/۰۹/۱۵ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۲/۱۹

## مقدمه

سرطان یکی از بیماری‌های شایع قرن حاضر در کودکان بوده و دومین عامل مرگ کودکان در کشورهای جهان سوم محسوب می‌شود (۱). این

بیماری، دومین علت مرگ و میر کودکان کمتر از ۱۴ سال در ایران می‌باشد و حدود ۴ درصد از مرگ و میر کودکان کمتر از ۷ سال را به خود اختصاص می‌دهد (۲). پیشرفت‌های قابل توجه پزشکی و

تکنولوژی در چند دهه اخیر باعث کاهش میزان مرگ و میر کودکان و سبب زنده ماندن بسیاری از کودکان مبتلا به بیماری سرطان شده است (۳). وقوع بیماری مزمن در یکی از فرزندان خانواده می‌تواند بحرانی برای کل خانواده به شمار آید و تمامی اعضای خانواده را تحت تأثیر قرار دهد. به طوری که بیماری کودک روی سبک زندگی خانواده تأثیر گذاشته و آنها را دچار اضطراب نماید. در این راستا، اعضای خانواده به عنوان نزدیک ترین مراقبین کودک دچار سرطان، به علت برخورداری نبودن از اطلاعات کافی در رابطه با پیش آگهی و درمان سرطان و یا اطلاعات کم در زمینه مراقبت از کودک بیمار در منزل معمولاً دچار تشویش و اضطراب می‌شوند (۴). القدير<sup>۱</sup> و همکاران در یک مطالعه مقطعی شیوع افسردگی و اضطراب بالا را در والدین کودکان مبتلا به سرطان گزارش کردند (۵). اضطراب می‌تواند در توانایی اعضای خانواده جهت دریافت اطلاعات و درک آن، حفظ کارکرد کافی خانواده، استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای به طور موثر و انجام حمایت مثبت از بیمار تداخل نماید (۶). در این بین اگر چه نیازهای کودک در هنگام بیماری بسیار مهم است ولی توجه به نیازهای والدین نیز از ضرورت خاصی برخوردار است (۷). به نظر می‌رسد ارائه راهکارهایی در خصوص پیشگیری و کاهش عوامل اضطراب‌زا در خانواده‌های کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن و از جمله سرطان می‌تواند ضمن مشارکت و افزایش توان آنها برای مراقبت، افزایش کیفیت مراقبت از کودکان را به همراه داشته باشد (۸). به دلیل تأکید بر نقش پر رنگ والدین در امر مراقبت، درمان و توانبخشی کودک، توجه خدمات بهداشتی از الگوی مراقبتی سنتی کودک محور به مدل خانواده محور تغییر یافته است. مراقبت خانواده محور بر حمایت، افزایش دانش و ایجاد تطابق بهتر والدین با کودک بیمار تأکید می‌کند. مراقبت خانواده محور

یک فلسفه مراقبتی است که بر نقش محوری خانواده در زندگی کودکان تأکید داشته و منجر به ارتقاء سلامت کودک و خانواده می‌شود (۹). بر اساس این مفهوم والدین باید در کلیه اقدامات مراقبتی درمانی برای کودک در داخل و خارج از بیمارستان مشارکت داشته باشند. مشارکت خانواده باعث می‌شود احساس کنترل بیشتری روی موقعیت‌های مختلف داشته و ضمن کاهش تنش، رضایت آنها نیز افزایش یابد (۱۰). شوقی و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که توانمندسازی والدین کودکان مبتلا به سرطان در کاهش بار مراقبت از آنها تأثیر دارد؛ لذا استفاده از این مدل را به تیم درمانی به ویژه پرستاران توصیه کردند (۱۱). در این میان پرستاران می‌توانند در تعامل با اعضای خانواده با نقش منحصر به فرد خود به عنوان مشاوران آموزشی در ارائه مداخلات خانواده محور ضمن اطمینان از تداوم مراقبت‌ها، راهنمایی و آموزش‌های لازم را به والدین جهت کاهش اضطراب آنان ارائه نمایند (۱۲).

طی دهه اخیر علیرغم گذشت بیش از ۴ دهه تلاش برای اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور در کودک بستری، در عمل توافق جمعی در این زمینه وجود ندارد (۱۳). علیرغم اضطراب زیاد خانواده‌های دارای کودکان مبتلا به سرطان و نقش حیاتی آنان در سلامت و کیفیت زندگی کودکان مبتلا بخصوص مادران که تکیه گاه اصلی کودکان در خانواده هستند و در شرایط بیماری و بحران؛ بیشتر به مراقبت از کودک مبادرت می‌ورزند مطالعات داخلی محدودی در این حیطه و با این جمعیت هدف صورت گرفته است (۴). لذا این مطالعه با هدف تعیین تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر اضطراب مادران کودکان مبتلا به سرطان مراجعه کننده به بیمارستان بعثت همدان انجام شد.

<sup>1</sup> Al Qadire

## روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی قبل و بعد و با گروه کنترل بود که در بخش انکولوژی بیمارستان بعثت شهر همدان و روی ۶۰ نفر از مادران کودکان مبتلا به سرطان انجام گرفت. حجم نمونه طبق فرمول زیر و بر اساس نتایج حاصل از مطالعه مشابه (۱۴) محاسبه شد.

$$n = \frac{\left( z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta} \right)^2 (\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

نحوه نمونه‌گیری به این صورت بود که تمامی مادران کودکان مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بخش انکولوژی که جهت دریافت خدمات درمانی از جمله خدمات عکس‌برداری، آزمایشگاهی، معاینات روتین کودک و... مراجعه و شرایط ورود به مطالعه را داشتند (حضور مرتب در جلسات آموزشی، عدم ابتلاء به مشکلات روانی، مراجعه منظم جهت دریافت خدمات درمانی، تشخیص قطعی بیماری توسط پزشک، گذشتن حداقل ۳ ماه از تشخیص بیماری و عدم ابتلا به سایر بیماری‌های مزمن) به صورت در دسترس انتخاب و با روش تصادفی با استفاده از جدول اعداد تصادفی در دو گروه کنترل (۳۰ نفر) و آزمون (۳۰ نفر) قرار گرفتند.

جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه دو قسمتی شامل سوالات مربوط به اطلاعات دموگرافیک والدین و کودک مبتلا به سرطان (سن مادر، سن کودک، تحصیلات مادر، شغل مادر، تعداد فرزندان خانواده، رتبه تولد کودک، جنسیت کودک، نوع درمان، مدت ابتلا، مدت شروع درمان) و سنجش اضطراب اشیپلیبرگر استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۴۰ سوال است که بیست سوال آن اضطراب موقعیتی و ۲۰ سوال، اضطراب شخصیتی را می‌سنجد. در این پرسشنامه سوالات به صورت مثبت و منفی تنظیم شده‌اند و به پرسش‌های ۱، ۲، ۵، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۵، ۱۶، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۶، ۲۷، ۳۰، ۳۳، ۳۴، ۳۶، ۳۹ امتیاز

معکوس داده می‌شود. برای بدست آوردن نمره فرد، مجموع نمرات ۲۰ عبارت هر مقیاس محاسبه می‌شود. بنابراین نمرات هر کدام از دو مقیاس اضطراب آشکار و پنهان، می‌تواند در دامنه‌ای بین ۸۰-۲۰ قرار بگیرد. نمره ۲۰-۰ طبیعی، ۴۰-۲۱ اضطراب خفیف، ۶۰-۴۱ اضطراب متوسط و ۸۰-۶۱ اضطراب شدید را نشان می‌دهد. نمره اضطراب کل از مجموع نمرات اضطراب آشکار و پنهان بدست می‌آید، بنابراین نمره اضطراب ۰-۴۰ طبیعی، ۴۱-۸۰ اضطراب خفیف، ۸۱-۱۲۰ اضطراب متوسط و ۱۶۰-۱۲۱ نشان دهنده اضطراب شدید است (۱۵). بر اساس استاندارد سازی که توسط مه‌رام در ایران انجام شده است، پایایی مقیاس اضطراب آشکار بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و برای مجموع آزمون، ۰/۹۴ گزارش شد (۱۶).

روش کار بدین صورت بود که پس از تصویب طرح، محقق به بخش انکولوژی بیمارستان بعثت شهر همدان مراجعه و مادران دارای کودک مبتلا به سرطان را که مشخصات ورود به مطالعه را داشتند؛ انتخاب و با استفاده از توالی تصادفی به دو گروه ۳۰ نفره کنترل و آزمون تقسیم کرد. به تمامی مادران در خصوص اهداف، نحوه انجام و طول مدت آموزش، توضیحات لازم داده شد و از آنان رضایت‌نامه آگاهانه کتبی اخذ گردید. در ابتدای مطالعه به هر دو گروه کنترل و آزمون، ابزار گردآوری داده‌ها که شامل اطلاعات دموگرافیک والدین و کودک و پرسشنامه اضطراب اشیپلیبرگر بود داده شد. روش تکمیل پرسشنامه‌ها به صورت خودگزارش دهی بود. در گروه آزمون، جلسات مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده محور توسط محقق اجرا گردید. تعداد جلسات آموزشی پنج جلسه ۶۰-۴۵ دقیقه‌ای بود که به مدت پنج هفته (هر هفته یک جلسه) و با روش سخنرانی، پرسش و پاسخ، بحث گروهی و ارائه پمفلت و دفترچه آموزشی در کلاس آموزشی بخش انکولوژی بیمارستان بعثت برگزار گردید. لازم به ذکر است

تعداد افراد در هر یک از گروه‌های آموزشی، ۱۰-۱۲ نفر بود. در مطالعه حاضر از الگوی توانمندسازی خانواده محور استفاده شد که در سال ۱۳۸۱ توسط دکتر الحانی در ایران طراحی شده و دارای مراحل درک تهدید، ارتقاء خودکارآمدی، خودباوری و ارزشیابی است. این الگو با ارزیابی میزان دانش و آگاهی و سپس دادن اطلاعات آغاز و به مشارکت فعال بیمار و خانواده او در اتخاذ تصمیمات در زمینه بیماری و عمل به آنها ختم می‌شود (۱۴). مطالب آموزشی ارائه شده بر اساس جلسات شامل مطالب زیر بود:

جلسه اول: آشنایی و معارفه و بیان کردن اهداف جلسات آموزشی الگوی توانمندسازی خانواده محور. جلسه دوم: ایجاد تهدید درک شده که هدف آن افزایش سطح آگاهی و شناخت مادران از عوارض بیماری است و همچنین افزایش حساسیت درک شده که هدف آن سنجش نگرش مادران نسبت به ابتلاء به بیماری است که شامل مجموعه‌هایی از اطلاعات، رفتارها و عملکردهایی است که براساس نیازهای مراقبان خانوادگی کودکان سرطانی بررسی شد. جلسه سوم: ماهیت و فرایند بیماری، سبب شناسی، علائم، سیر و پیش آگهی در انواع مختلف سرطان، تصحیح برداشت‌های اشتباه در مورد سرطان، اهمیت دارو درمانی و درمان‌های رایج مانند شیمی درمانی، رادیوتراپی، جراحی و نقش آن در پیشگیری از عود بیماری، نحوه برخورد با علایم بیماری، نقش مراقبت در کنترل علائم بیماری، مشکلات خانواده در مراقبت از کودک مبتلا به سرطان، اهمیت مراقبت از خود، گسترش مهارت‌های سازگاری با نقش مراقب و چگونگی دسترسی به منابع ارایه دهندگان خدمت بحث شد. جلسه چهارم: هدف ارتقاء خودکارآمدی بود. در این مرحله به منظور افزایش خودکارآمدی و رسیدن به مرحله خودکنترلی و ایجاد حس مثبت در مادران نسبت به توانایی کاهش عوارض بیماری در بیمار و مادر و رسیدن به هدف دانستن و توانستن، از

روش حل مشکل استفاده شد (به اشتراک گذاشتن تجربیات مادران در جلسات گروهی و چگونگی روش‌های برخورد). جلسه پنجم: هدف، ارتقاء عزت نفس بود. در این مرحله مادران به عنوان رابط سلامتی، نقش آموزش به کودکان را در زمینه شناخت مسائل مرتبط با بیماری سرطان بر عهده گرفتند و برای کمک به خودشان ترغیب شدند (به اجرا گذاشتن آموزش‌ها و تجربیات کسب شده از بحث گروهی در کودکان خود). در انتها ارزشیابی از جلسات قبل اجرا شد.

بلافاصله بعد از اتمام مداخله، پرسشنامه اضطراب اشیپلبرگر بار دیگر توسط گروه‌های آزمون و کنترل تکمیل گردید. همچنین گروه کنترل طبق روال عادی، توسط پرستاران مرکز مربوطه آموزش دریافت کردند. برای توصیف داده‌های کمی از میانگین و انحراف معیار و داده‌های کیفی از فراوانی استفاده شد. به منظور بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد و نتایج نشان داد که نمرات اضطراب آشکار، پنهان و کلی نمونه‌ها بعد از مداخله از توزیع نرمال برخوردار بود و این نمرات قبل از مداخله و همچنین اختلاف بین این نمرات از توزیع نرمال تبعیت نمی‌کرد بنابراین به منظور مقایسه این متغیرها بعد از مداخله در دو گروه از آزمون تی مستقل و قبل از مداخله از آزمون من ویتنی استفاده شد. همچنین به دلیل نرمال نبودن اختلاف این نمرات قبل و بعد از مداخله در دو گروه، برای مقایسه قبل و بعد از آزمون ویلکاکسون و برای مقایسه این اختلاف‌ها در دو گروه از آزمون من ویتنی استفاده شد. هم چنین ارتباط داده‌های کیفی از طریق آزمون کای اسکوئر مورد بررسی قرار گرفت. کلیه آزمون‌ها در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-25 انجام شد.

جلسه اول: آشنایی و معارفه و بیان کردن اهداف جلسات آموزشی الگوی توانمندسازی خانواده محور. جلسه دوم: ایجاد تهدید درک شده که هدف آن افزایش سطح آگاهی و شناخت مادران از عوارض بیماری است و همچنین افزایش حساسیت درک شده که هدف آن سنجش نگرش مادران نسبت به ابتلاء به بیماری است که شامل مجموعه‌هایی از اطلاعات، رفتارها و عملکردهایی است که براساس نیازهای مراقبان خانوادگی کودکان سرطانی بررسی شد. جلسه سوم: ماهیت و فرایند بیماری، سبب شناسی، علائم، سیر و پیش آگهی در انواع مختلف سرطان، تصحیح برداشت‌های اشتباه در مورد سرطان، اهمیت دارو درمانی و درمان‌های رایج مانند شیمی درمانی، رادیوتراپی، جراحی و نقش آن در پیشگیری از عود بیماری، نحوه برخورد با علایم بیماری، نقش مراقبت در کنترل علائم بیماری، مشکلات خانواده در مراقبت از کودک مبتلا به سرطان، اهمیت مراقبت از خود، گسترش مهارت‌های سازگاری با نقش مراقب و چگونگی دسترسی به منابع ارایه دهندگان خدمت بحث شد. جلسه چهارم: هدف ارتقاء خودکارآمدی بود. در این مرحله به منظور افزایش خودکارآمدی و رسیدن به مرحله خودکنترلی و ایجاد حس مثبت در مادران نسبت به توانایی کاهش عوارض بیماری در بیمار و مادر و رسیدن به هدف دانستن و توانستن، از

**یافته‌ها**

۴۴±۲/۹۲ و در گروه مداخله ۵/۴۸±۲/۹۳ بود. آزمون من-ویتنی تفاوت معنی‌داری را بین سن مادران و کودکان در دو گروه نشان نداد (جدول ۱).

یافته‌های مطالعه نشان داد که میانگین سن مادران در گروه کنترل ۳۲/۱۴±۶/۲۹ و گروه مداخله ۳۱/۸±۵/۹۵ و سن کودک در گروه کنترل

جدول ۱. توزیع میانگین سنی والدین و کودکان مبتلا به سرطان در گروه آزمون و کنترل

| متغیر         | گروه  | میانگین | انحراف معیار | کمترین | بیشترین | سطح معنی‌داری |
|---------------|-------|---------|--------------|--------|---------|---------------|
| سن مادر       | کنترل | ۳۲/۱۴   | ۶/۲۹         | ۲۲     | ۴۹      | ۰/۰۸۳         |
|               | آزمون | ۳۱/۸    | ۵/۹۵         | ۲۲     | ۴۵      |               |
| سن کودک (سال) | کنترل | ۴/۹۲    | ۲/۴۴         | ۲      | ۱۱      | ۰/۴۷          |
|               | آزمون | ۵/۴۸    | ۲/۹۳         | ۲      | ۱۳      |               |

جدول ۲ نتایج حاصل از مقایسه نمرات اضطراب آشکار، پنهان و کلی بین دو گروه کنترل و آزمون را به تفکیک قبل و بعد نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود؛ اختلاف معنی‌داری در نمرات اضطراب آشکار، پنهان و کلی بین دو گروه کنترل و آزمون قبل از مداخله وجود نداشت؛ اما این اختلاف بعد از مداخله برای نمره اضطراب پنهان و نمره اضطراب کلی معنی‌دار بود ( $p < 0.05$ ) (جدول ۲).

از نظر سطح تحصیلات، بیشتر مادران هر دو گروه دارای تحصیلات ابتدایی بودند (۳۳٪ گروه کنترل و ۴۰٪ گروه مداخله) اغلب مادران هر دو گروه خانه‌دار بودند. بیشتر کودکان پسر بودند. طبق یافته‌ها، تفاوت معناداری بین دو گروه کنترل و آزمون از نظر مشخصات دموگرافیک والدین و کودکان مبتلا به سرطان مشاهده نشد.

جدول ۲. مقایسه میانگین نمرات اضطراب قبل و بعد از مداخله در دو گروه کنترل و آزمون

| اضطراب | گروه  | میانگین | انحراف معیار | کمترین | بیشترین | سطح معنی‌داری |
|--------|-------|---------|--------------|--------|---------|---------------|
| آشکار  | قبل   | ۵۳/۳۳   | ۹/۳۳         | ۳۷     | ۶۷      | * ۰/۷۲۲       |
|        | آزمون | ۵۳/۸۰   | ۹/۷۷         | ۳۸     | ۶۷      |               |
|        | بعد   | ۵۴/۷۳   | ۹/۰۶         | ۳۷     | ۷۱      | *** ۰/۰۵۷     |
|        | آزمون | ۵۰/۴۳   | ۸/۰۵         | ۳۴     | ۶۵      |               |
| پنهان  | قبل   | ۵۲/۳۷   | ۷/۴۸         | ۳۹     | ۶۴      | * ۰/۹۲۳       |
|        | آزمون | ۵۱/۷۰   | ۸/۷۹         | ۳۴     | ۶۴      |               |
|        | بعد   | ۵۳/۱۰   | ۷/۸۱         | ۳۹     | ۶۹      | *** ۰/۰۲۲     |
|        | آزمون | ۴۸/۴۳   | ۷/۵۲         | ۳۰     | ۶۲      |               |
| کلی    | قبل   | ۱۰۵/۷۰  | ۱۶/۶۲        | ۷۶     | ۱۳۰     | * ۰/۰۸۰       |
|        | آزمون | ۱۰۵/۵۰  | ۱۸/۳۷        | ۷۲     | ۱۳۱     |               |
|        | بعد   | ۱۰۷/۸۳  | ۱۶/۷۰        | ۷۶     | ۱۳۶     | *** ۰/۰۳۴     |
|        | آزمون | ۹۸/۸۷   | ۱۵/۲۹        | ۶۹     | ۱۲۵     |               |

\* نتایج آزمون من ویتنی

\*\* تی تست مستقل

این اختلاف در گروه آزمون بعد از مداخله معنی‌دار اما در گروه کنترل معنی‌دار نبود. اختلاف بین نمرات قبل و بعد در دو گروه کنترل و آزمون محاسبه شد و

جدول ۳ اختلاف بین نمرات اضطراب آشکار، پنهان و کلی را قبل و بعد از مداخله در هر کدام از گروه‌ها نشان می‌دهد. نتایج آزمون ویلکاکسون نشان داد که

نتایج حاصل از آزمون من ویتنی نشان داد که میانگین اختلاف نمره اضطراب آشکار، پنهان و کلی (میانگین بعد منهای قبل) در گروه آزمون به طور معنی داری کاهش داشت حال آنکه این اختلاف در گروه کنترل، کاهشی نبوده است (جدول ۳).

جدول ۳. مقایسه اختلاف نمرات قبل و بعد از مداخله در دو گروه کنترل و آزمون

| اضطراب | گروه  | قبل<br>میانگین و انحراف معیار | بعد<br>میانگین و انحراف معیار | سطح معنی داری* | اختلاف قبل و بعد<br>میانگین و انحراف معیار | سطح معنی داری** |
|--------|-------|-------------------------------|-------------------------------|----------------|--|-----------------|
| آشکار  | کنترل | ۵۳/۳۳ (۹/۳۳)                  | ۵۴/۷۳ (۹/۰۶)                  | ۰/۰۶۲          | ۱/۴ (۲/۴۴)                                 | <۰/۰۰۱          |
|        | آزمون | ۵۳/۸۰ (۹/۷۷)                  | ۵۰/۴۳ (۸/۰۵)                  | <۰/۰۰۱         | -۳/۳۷ (۴/۲۹)                               | <۰/۰۰۱          |
| پنهان  | کنترل | ۵۲/۳۷ (۷/۴۸)                  | ۵۴/۱۰ (۷/۸۱)                  | ۰/۰۹۸          | ۰/۷۳ (۲/۴۶)                                | <۰/۰۰۱          |
|        | آزمون | ۵۱/۷۰ (۸/۷۹)                  | ۴۸/۴۳ (۷/۵۲)                  | <۰/۰۰۱         | -۳/۲۷ (۴/۲۲)                               | <۰/۰۰۱          |
| کلی    | کنترل | ۱۰۵/۷۰ (۱۶/۶۲)                | ۱۰۷/۸۳ (۱۶/۷۰)                | ۰/۰۴۱          | ۲/۱۳ (۴/۰۶)                                | <۰/۰۰۱          |
|        | آزمون | ۱۰۵/۵۰ (۱۸/۳۷)                | ۹۸/۸۷ (۱۵/۲۹)                 | <۰/۰۰۱         | -۶/۴۳ (۸/۲۷)                               | <۰/۰۰۱          |

\* آزمون ویلکسون به منظور مقایسه قبل و بعد

\*\* آزمون من ویتنی به منظور مقایسه اختلاف میانگین‌ها در دو گروه کنترل و آزمون

## بحث

این مطالعه که با هدف تعیین تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر اضطراب مادران کودکان مبتلا به سرطان انجام شد، نشان داد که قبل از اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور، سطح اضطراب مادران به طور چشمگیری در هر دو گروه بالا بود. با توجه به اینکه سرطان در کودکان، یک مشکل توأم با اضطراب و ترس برای کودک و اعضای خانواده به ویژه مادران می‌باشد و با مراجعات مکرر در مراکز خدمات درمانی، دانش ناکافی در مورد بیماری و نبود تطابق موثر با نقش مراقب در والدین، این تنش مضاعف می‌شود لذا بالا بودن میزان اضطراب مادران قابل توجه می‌باشد (۱۷). مطالعات وریجموت<sup>۱</sup> و ایگور<sup>۲</sup> که با هدف تعیین وضعیت روانی والدین کودکان سرطانی انجام شد؛ نشان داد که تشخیص و درمان سرطان کودک می‌تواند باعث اثرات روانی طولانی مدت نظیر احساس تردید، اضطراب و علائم افسردگی در والدین شود (۱۹، ۱۸). رحمانی و همکاران نیز مطالعه ای را با هدف تعیین شیوع افسردگی و اضطراب در مادران کودکان مبتلا به سرطان انجام دادند و نشان دادند که

مراقبین این کودکان، سطح بالایی از اضطراب و افسردگی را تجربه می‌کنند (۲۰).

همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که الگوی توانمندسازی خانواده محور باعث کاهش چشمگیر اضطراب کلی در مادران دارای کودک مبتلا به سرطان می‌شود. الگوی توانمندسازی خانواده محور دارای چهار بعد آموزش، ارتقاء خودکارآمدی، افزایش خودباوری و ارزشیابی بوده و با ارتقاء ابعاد ذکر شده به طور هدفمند، مراقب را به سمت وضعیت مطلوب جسمی و روانی سوق می‌دهد (۱۴). در بعد تأثیر آموزش مطالعه نیر<sup>۳</sup> و همکاران نشان داد که دانش ناکافی از بیماری از عوامل مهم در ایجاد اضطراب در والدین کودکان سرطانی است (۶). همچنین سرگز شاد و همکاران معتقدند که آموزش، خانواده درمانی و گروه درمانی سبب ارتقاء سلامت جسمی و روانی مراقبت‌کننده می‌شود (۲۱). مراقبت از بیماری مزمنی نظیر سرطان ناخودآگاه به دلیل ماهیت بیماری، مراقبت‌کننده را با چالش‌هایی نظیر تعارض و ابهام در نقش مواجه می‌سازد که آموزش، ابزار مناسبی برای پیشگیری از این مشکل است و در اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور،

<sup>1</sup> Vrijmoet<sup>2</sup> Eyigor<sup>3</sup> Nair

شرایط آموزش برای مراقب فراهم می‌شود و در نتیجه از علائم روانی مادر به علت دانش ناکافی کاسته می‌شود.

علاوه بر بعد آموزش در بعد ارتقاء خودکارآمدی، مطالعه سالوادور<sup>۱</sup> و همکاران نشان داد که با اجرای مراقبت خانواده محور، خودکارآمدی درک شده والدین ارتقاء می‌یابد و نتیجه آن بهبود بهزیستی روان‌شناختی والدین است (۲۲). همچنین تأثیر این الگو بر خودکارآمدی مراقبین بیماران مزمن در مطالعات مسعودی و همکاران، رجیبی و همکاران، و پرورشان و همکاران گزارش شده است (۲۵-۲۳). مادران داری کودکان سرطانی تصویر کمتر مثبتی در ارتباط با نقش مادر در مقایسه با مادران با کودکان سالم تجربه می‌کنند و همین امر سبب پایین آمدن خودکارآمدی مادران در برخورد با بیماری می‌شود. با اجرای این الگو شرایطی مهیا می‌شود که مادران، تجربیات یکدیگر را به اشتراک گذارند که باعث افزایش خودکارآمدی و در نتیجه بهبود وضعیت روانی آنها می‌شود (۲۰). ویگال<sup>۲</sup> در مطالعه‌ای نشان داد که خودکارآمدی، اعتماد به نفس افراد را افزایش می‌دهد در نتیجه آنها می‌توانند وظایف خود را بهتر انجام دهند (۲۶). اجرای این الگو زمینه‌ای را فراهم می‌کند که مادران در امر مراقبت از کودکان مشارکت داشته باشند و همین مسئله سبب افزایش بعد خودکارآمدی و عزت نفس در مراقبین خواهد شد که در مطالعه مسعودی و همکاران نیز تأیید شده است (۲۷). با توجه به مطالب گفته شده می‌توان گفت نتایج مطالعه حاضر قابل انتظار است؛ نوحی و همکاران نیز در راستای مطالعه حاضر، نشان دادند که مراقبت خانواده محور اضطراب کلی مادران کودکان مبتلا به عفونت گوارشی را در گروه آزمون به طور معناداری نسبت به گروه کنترل کاهش می‌دهد (۲۸). در مطالعه خلیل زاده و همکاران با عنوان بررسی تأثیر مراقبت خانواده محور

بر اضطراب والدین کودکان بستری مبتلا به عفونت ادراری، اختلاف آماری معنی‌داری بین میانگین اضطراب قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون دیده شد که این تفاوت در گروه کنترل معنادار نبود (۲۹). همچنین مطالعه اعتمادی فر و همکاران که با هدف تأثیر مداخلات توانمندسازی خانواده محور بر استرس، اضطراب و افسردگی در مراقبان خانواده بیماران مبتلا به صرع انجام شد، نشان داد که توانمندسازی خانواده محور باعث کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل می‌شود (۳۰). مطالعه مرور سیستماتیک هارپر<sup>۳</sup> و همکاران نشان‌دهنده تأثیرات متعدد مراقبت خانواده محور بر کودک و خانواده مبتلا به آسم بوده این تأثیرات شامل رضایت خانواده کودک، بهبود توانایی عملکردی بیمار، بهبود رتبه‌بندی کلی و درک از مراقبت، بهبود کیفیت ارتباط کودک و خانواده با ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، بهبود آگاهی خانواده کودک و بهبود حمایت دریافت‌شده برای رفع نیازها است (۳۱)؛ که نتایج مطالعات ذکر شده هم‌راستا با مطالعه حاضر می‌باشد. علیرغم نتایج مطالعات فوق، مطالعه کوه<sup>۴</sup> و همکاران در مورد بررسی تأثیر مداخلات خانواده محور بر بهبود مراقبت‌های طولانی مدت از کودکان مبتلا به آسم، تفاوتی را در عملکرد خانواده نشان نداد. این تفاوت می‌تواند ناشی از عوامل مختلف نظیر مسائل فرهنگی و زمینه‌ای شرکت‌کنندگان باشد (۳۲).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به تفاوت ویژگی‌های فردی و شرایط روحی- روانی مادران در پاسخ به مداخله و میزان تأثیر آن، تأثیر عوامل محیطی و فرهنگی مادر بر میزان درک آنان از الگوی توانمندسازی خانواده محور اشاره کرد.

<sup>3</sup> Harper

<sup>4</sup> Kuo

<sup>1</sup> Salvador

<sup>2</sup> Wigal



**نتیجه گیری**

بر اساس یافته‌های حاصل از این پژوهش، توانمندسازی مادران دارای کودک مبتلا به سرطان باعث کاهش اضطراب مادران می‌شود و به طور کلی این یافته‌ها می‌تواند زمینه لازم جهت ارائه الگوی توانمندسازی خانواده محور را برای حمایت بیشتر از والدین کودکان مبتلا به سرطان در مواجهه با تنش‌های ناشی از بیماری مهیا سازد. با مداخلات مراقبتی مناسب از جمله ارائه الگوی توانمندسازی خانواده محور می‌توان عملکرد خانواده را بهبود بخشید و در جهت توانمندسازی خانواده‌ها گام برداشت. لذا توصیه می‌شود از الگوی توانمندسازی خانواده محور به عنوان راهکاری مناسب در این زمینه در مراکز درمانی استفاده گردد.

**تشکر و قدردانی**

مقاله حاضر نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی همدان با کد اخلاق IR.UMSHA.REC.1399.016 می‌باشد. بدینوسیله پژوهشگران نهایت سپاس و قدردانی خود را از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان، و مسئولین و کادر درمانی مرکز آموزشی-درمانی بعثت همدان ابراز می‌دارند.

**تضاد منافع**

طرح مذکور هیچ گونه تضاد منافی برای نویسندگان نداشته است.

**References**

- 1- Aliakbarian M, Karimi Moonaghi H, Emadzade A, Behnam Vashani H. The effect of group training on burden of caregivers of children with cancer. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2019;62(5):1692-99 [Persian].
- 2- Barani M, Hassani L, Ghanbarnejad A, Molavi MA. Relationship between self-efficacy and caring behavior of mothers of children with cancer. *Journal of Preventive Medicine*. 2018;6(1):26-35 [Persian].
- 3- Cheraghi F, Feizy Barnaji A, Tapak L, Sadeghi A. The relationship between general health status and quality of life of parents and children with cancer. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*. 2018;25(5):200-207 [Persian].
- 4- Abela KM, Wardell D, Rozmus C, LoBiondo-Wood G. Impact of pediatric critical illness and injury on families: an updated systematic review. *Journal of Pediatric Nursing*. 2020;51(10):21-31.
- 5- Al Qadire M, Al-Sheikh H, Suliman M, Tawalbeh LI, Albashtawy M, Al-Radwan M, et al. Predictors of anxiety and depression among parents of children with cancer in Jordan. *Psycho-Oncology*. 2018;1(3):35-52.
- 6- Nair M, Paul LT, Latha PT, Parukkutty K. Parents' knowledge and attitude regarding their child's cancer and effectiveness of initial disease counseling in pediatric oncology patients. *Indian Journal of Palliative Care*. 2017;23(4):393.
- 7- Van Schoors M, Caes L, Knoble NB, Goubert L, Verhofstadt LL, Alderfer MA. Systematic review: associations between family functioning and child adjustment after pediatric cancer diagnosis: a meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*. 2017;42(1):6-18.
- 8- Ahmadi M, Rassouli M, Karami M, Abasszadeh A, Poormansouri S. Care burden and its related factors in parents of children with cancer. *Iran Journal of Nursing*. 2018;31(111):40-51 [Persian].
- 9- Deepika SR, Rahman J. Patient and family centered care: practices in pediatrics. *International Journal of Nursing Education*. 2020;12(4):7-43.
- 10- Hockenberry MJ, Wilson D. Wong's nursing care of infants and children. E-book. Elsevier Health Sciences; 2018.

- 11- Shoghi M, Shahbazi B, Seyedfatemi N. The effect of the family-centered empowerment model (FCEM) on the care burden of the parents of children diagnosed with cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2019;20(6):757-64.
- 12- Bohlin K, Lilliesköld S. Family-centered care: nice to have or a real need?. *Innovations and Frontiers in Neonatology*. 2020;22(10):159-68.
- 13- Nabors L, Liddle M. Perceptions of hospitalization by children with chronic illnesses and siblings. *Journal of Child and Family Studies*. 2017;26(6):1681-91.
- 14- Alhani F, Anoosheh M. The effect of family centered empowerment model on mothers' QOL of girls under six years old with UTI. *Journal of Health Promotion Management*. 2014;3(3):7-15 [Persian].
- 15- Rajeswari S. Efficacy of progressive muscle relaxation on stress, anxiety and pregnancy outcome among primigravidae [PhD Dissertation]. India: Sri Ramachandra University; 2013.
- 16- Mahram B. Validity of Spielberger state-trait anxiety inventory (STAI) in Mashhad city. [PhD Dissertation]. Tehran: Allameh Tabatabaee University; 1993 [Persian].
- 17- Cessna JM, Pidala J, Jacobsen PB. Relationships between parenting self-efficacy and distress in parents who have school-aged children and have been treated with hematopoietic stem cell transplant or have no cancer history. *Psycho-Oncology*. 2016;25(3):339-46.
- 18- Vrijmoet CM, Van Klink JM, Kolk AM, Koopman HM, Ball LM, Koopman HM. Assessment of parental psychological stress in pediatric cancer: a review. *Journal of Pediatric Psychology*. 2008;33(7):694-706.
- 19- Eyigor S, Karapolat H, Yesil H, Kantar M. The quality of life and psychological status of mothers of hospitalized pediatric oncology patients. *Pediatric Hematology and Oncology*. 2011;28(5):428-38.
- 20- Rahmani A, Azadi A, Pakpour V, Faghani S, Afsari EA. Anxiety and depression: a cross-sectional survey among parents of children with cancer. *Indian Journal of Palliative Care*. 2018;4(1):82-85.
- 21- Sargazi Shad T, Kermansaravi F, Navidian A. Effect of the family-centered empowerment model on quality of life and self-efficacy in adolescents with type 1 diabetes referring to the Ali Asghar's clinic in Zahedan. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2018;19(5):330-39.
- 22- Salvador Á, Crespo C, Barros L. The benefits of family-centered care for parental self-efficacy and psychological well-being in parents of children with cancer. *Journal of Child and Family Studies*. 2019;28(7):1926-36.
- 23- Masoodi R, Alhani F, Rabiei L, Majdinasab N, Moghaddasi J, Esmaeili S, et al. The effect of family-centered empowerment model on quality of life and self efficacy of multiple sclerosis patients family care givers. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2013;7(27):32-43 [Persian].
- 24- Rajabi R, Forozy M, Fuladvandi M, Eslami H, Asadabady A. The effect of family-centered empowerment model on the knowledge, attitudes and self-efficacy of mothers of children with asthma. *Journal of Nursing Education*. 2016;5(4):41-50 [Persian].
- 25- Parvareshan S, Shamsalinia A, Jahanshahi M, Hajiahmadi M. Impact of family-based empowering model on the perceived threat and self-efficacy of families of diabetic elderly at risk of falling. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2018;7(2):96-107 [Persian].
- 26- Wigal JK, Stout C, Brandon M, Winder JA, McConnaughy K, Creer TL, et al. The knowledge, attitude, and self-efficacy asthma questionnaire. *Chest*. 1993;104(4):1144-48.
- 27- Masoodi R, Soleimani MA, Alhani F, Rabiei L, Bahrami N, Esmaeili SA. Effects of family-centered empowerment model on perceived satisfaction and self concept of multiple sclerosis patients care givers. *Koomesh*. 2013;14(2):240-48 [Persian].
- 28- Nouhi E, Karbalaizadeh M, Abazari F. The effect of mothers' participation and the family-centered care on mother's anxiety with children suffering from gastrointestinal infections: a randomized clinical trial. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2014;3(4):47-55 [Persian].
- 29- Khalilzadeh H, Khorsandi F, Feizi A, Khalkhali HR. The effect of family-centered care on anxiety of hospitalized child's parents with urinary tract infection in pediatric ward of shahid motahary medical training center in urmia in 2012. *Journal of Urmia Nursing & Midwifery Faculty*. 2013;11(1):42 [Persian].

- 30- Etemadifar S, Heidari M, Jivad N, Masoudi R. Effects of family-centered empowerment intervention on stress, anxiety, and depression among family caregivers of patients with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 2018;88:106-12.
- 31- Harper FW, Eggly S, Crider B, Kobayashi H, Kathleen RN, Meert L, et al. Patient-and family-centered care as an approach to reducing disparities in asthma outcomes in urban african american children: a review of the literature. *Journal of the National Medical Association*. 2015;107(2):4-17.
- 32- Kuo DZ, Mac Bird T, Tilford JM. Associations of family-centered care with health care outcomes for children with special health care needs. *Maternal and Child Health Journal*. 2011;15(6):794-805.