

بررسی همبستگی سلامت معنوی و بار مراقبتی در مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان

فرشته ملایی* فریبا برهانی** عباس عباسزاده*** مهدی خبازخوب**

نوع مقاله:
مقاله اصیل

چکیده

زمینه و هدف: سرطان به عنوان یکی از شایع‌ترین بیماری‌ها در سطح جهان با مشکلات روانی، جسمی، اجتماعی و مالی همراه است. این مسایل نه تنها بیمار، بلکه خانواده بیمار را نیز تحت‌الشعاع قرار می‌دهد و باعث ایجاد بار مراقبتی می‌شود. برخی مطالعات نشان داده که سلامت معنوی در کاهش بار مراقبتی مؤثر است. از این رو تحقیق حاضر با هدف تعیین ارتباط بین سلامت معنوی و بار مراقبتی در مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان انجام گرفته است.

روش بررسی: در این مطالعه مقطعی- همبستگی ۱۵۰ مراقب خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های آیت الله طالقانی، شهدای تجریش، مسیح دانشوری و امام حسین (ع) شهر تهران از مرداد تا آبان ماه ۱۳۹۶ به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بود و داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون، اسپیرمن، تی‌مستقل، تحلیل واریانس و رگرسیون چندگانه در سطح معناداری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار نمره سلامت معنوی و بار مراقبتی مراقبان خانوادگی مورد مطالعه به ترتیب $117/70 \pm 37/6$ و $11/79 \pm 5/20$ بود. بین سلامت معنوی و اجزایش (سلامت مذهبی و وجودی) و بار مراقبتی ارتباط معنادار مشاهده شد ($r^2 = 0/001$, $p < 0/001$). نتیجه آزمون رگرسیون نشان داد که متغیر سلامت معنوی به طور معناداری بار مراقبتی را پیش‌بینی می‌کند.

نتیجه‌گیری: مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان در طول مراقبت متحمل بار مراقبتی می‌شوند که این بار مراقبتی با سلامت معنوی آن‌ها مرتبط است. از این رو توجه به سلامت معنوی در این مراقبان تأکید می‌شود.

نویسنده مسؤول: فریبا برهانی؛ دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

e-mail:
faribaborhani@msn.com

واژه‌های کلیدی: سلامت معنوی، بار مراقبتی، مراقبان خانوادگی، بیماران مبتلا به سرطان

- دریافت مقاله: مهر ماه ۱۳۹۷ - پذیرش مقاله: آذر ماه ۱۳۹۷ - انتشار الکترونیک مقاله: ۹۷/۱۰/۱۱

مقدمه

علی‌رغم پیشرفت‌های قابل توجه در پیشگیری از سرطان، کشف‌های جدید و درمان آن (۱)، این بیماری همچنان یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن در سطح جهان است و انتظار می‌رود تعداد موارد جدید سرطان تا سال ۲۰۲۰

به ۱۵ میلیون نفر افزایش پیدا کند (۲). خبر ابتلا به سرطان برای هر فرد یک تجربه غافلگیرکننده و نگران‌کننده است (۳). تشخیص این بیماری هم برای بیماران و هم برای خانواده آن‌ها یک بحران تلقی می‌شود (۴). امروزه عوامل متعددی باعث شده است که مدت زمان بستری بیماران در بیمارستان کاهش پیدا کند و بیماران زمان بیشتری را در خانه با خانواده بگذرانند (۵-۸). از جمله عوامل می‌توان به این موارد اشاره

* گروه آموزشی پرستاری داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران؛ کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
** گروه آموزشی پرستاری داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
*** گروه آموزشی پرستاری داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران؛ مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

کرد: ۱- سیاست‌های پزشکی که توجهشان را از مراقبت حرفه‌ای به سمت مراقبت غیرحرفه‌ای معطوف کرده‌اند، ۲- در نظر گرفتن اولویت‌های بیمار، ۳- فشارهای مالی. از این رو نقش خانواده در مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان پررنگ‌تر شده است. اکثر بیماران مبتلا به سرطان نیز تمایل دارند که خدمات سرپایی را از اعضای خانواده دریافت کنند (۵) از طرفی کاهش اندازه خانواده و نیز کاهش حضور افراد خانواده در منزل این مسئولیت را سخت‌تر کرده است (۶). مراقبت و توجه معمولاً چیزی است که مردم نه آن را پیش‌بینی می‌کنند و نه انتخاب، اما خانواده در مواجهه با ابتلا یکی از اعضا به سرطان، در امر مراقبت احساس مسئولیت کرده و متعهد می‌شود که مراقبتی بدون محدودیت برای وی فراهم کند و این مسئولیت را بدون هیچ آموزشی و با منابع محدود به عهده می‌گیرد (۷). مراقبان طیف گسترده‌ای از کمک در فعالیت‌های روزانه زندگی مثل حمام کردن، توالیت رفتن، تعویض لباس، دارو دادن، کنترل علائم و همچنین حمایت عاطفی و مالی را ارائه می‌دهند، به طوری که در طول هفته حدود ۲۰ ساعت را برای وظایف مراقبتی‌شان صرف می‌کنند (۹).

تجربه مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان به علت مرگ غیرقابل پیش‌بینی و سریع بیماران مبتلا به آن، از مراقبت سایر بیماری‌های مزمن متمایز است (۱) و خانواده مراقبت‌دهنده به دلیل تلاش‌هایی که برای فراهم کردن مراقبت می‌کند، میزان درماندگی قابل توجهی را تجربه می‌کند (۷). در طی مراقبت تغییرات زیادی در جنبه‌های مختلف زندگی مراقب‌دهنده رخ می‌دهد و

خانواده مقدار زیادی از بار مراقبتی را به واسطه افزایش مسئولیت‌پذیری و تغییر در روند زندگی اجتماعی تجربه می‌کند (۶). بار مراقبتی زمانی اتفاق می‌افتد که بین تقاضای مراقبت و حمایت مراقبت‌دهنده تعادل وجود نداشته باشد (۱۰). این عدم تعادل به نقش‌های اجتماعی، حالت عاطفی و فیزیکی و منابع مالی و مراقبتی مراقبت‌دهندگان مربوط می‌شود (۶) که به طور جدی سلامت آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۱). بدون در نظر گرفتن سن، جنس و قومیت، مراقبت‌دهندگان در معرض خطر استرس، افسردگی، اضطراب و پیامدهای جانی و مالی هستند (۱۲).

براساس مطالعات، افراد مراقبت‌دهنده علائم فیزیکی شامل: خستگی، مشکلات قلبی، فشارخون، آرتروز، درد پشت، کمر (۵) و آنژین (۱۳) و علائم روانی شامل: اضطراب، افسردگی، ناامیدی، ترس از دست دادن عزیزان (۵)، استرس مزمن (۱۳) و اختلال خواب (۸) را گزارش کرده‌اند. از دست دادن شغل، پرداخت هزینه‌های سنگین پزشکی و از دست دادن درآمد، جزء بار اجتماعی و مالی مراقبت به حساب می‌آید (۷).

یافته‌ها نشان می‌دهد که «مراقبان بیماران مزمن به معنویت به عنوان یک منبع مهم اعتماد می‌کنند» (۱۴) همچنین سلامت معنوی از عوامل معنادار زندگی مراقبان به شمار می‌رود (۳). «سلامت معنوی یکی از ابعاد سلامت در انسان است که در کنار ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی قرار گرفته و باعث ارتقای سلامت عمومی می‌شود و سایر ابعاد سلامت را نیز هماهنگ می‌کند و از این طریق باعث افزایش

توان سازگاری و کارکرد روانی می‌گردد» (۱۵). تمامی مذهب‌های الهی به خصوص اسلام تأکید خاصی بر جنبه‌های غیر مادی زندگی دارند و توجه بشر را به سمت معنویت می‌کشانند که نقش کلیدی در کمک به مردم برای مقابله با تجارب مشکل ایفا می‌کند (۱۶). سلامت معنوی به برخورداری از حس پذیرش، احساسات مثبت، اخلاق و حس ارتباط متقابل مثبت با یک قدرت حاکم و برتر قدسی، همچنین دیگران و خود اطلاق می‌شود (۱۷). سلامت معنوی دارای دو بعد مذهبی (religiousR) و وجودی (xistentialE) است که بعد مذهبی به ارتباط با قدرت برتر و درک فرد از سلامتی در زندگی معنوی‌اش اشاره می‌کند و بعد وجودی آن به تطابق فرد با جامعه، محیط و خود مربوط می‌شود (۱۴). برخی پژوهش‌ها نشان داده است که سلامت معنوی با سلامت جسمانی ارتباط ندارد، اما برخی دیگر نشان داده که سلامت معنوی با بار مراقبتی به خصوص بار جسمانی رابطه معکوس دارد (۱۸). یافته‌های مطالعه Spatuzzi و همکاران در مراقبان بیماران مبتلا به سرطان، نتایج مطالعه Pareeth و همکاران در مورد مراقبان بیماران مبتلا به دمانس و یافته‌های پژوهش Spurlock و همکاران در مورد مراقبان بیماران مبتلا به آلزایمر نشان داد که سلامت معنوی با بار مراقبتی مراقبان دارای ارتباط معکوس و معنادار است (۱۹-۲۱). در بررسی ابعاد سلامت معنوی طبق نتایج حاصل از مطالعه رضایی و همکاران سطح سلامت مذهبی مردم ایران بالاتر از سطح سلامت وجودی آنان است و علت آن را شرایط فرهنگی و مذهبی ایرانیان ذکر کرده‌اند (۲۲). البته نتایج

مطالعه حبیبی و سوادپور برابری نمره سلامت مذهبی و وجودی بیماران مسلمان مبتلا به سرطان را نشان داد (۱۸) که این نتایج متناقض نیازمند بررسی بیشتر در این زمینه است. سلامت اعضای خانواده باعث آرایه بهتر مراقبت شده و در نتیجه سود آن به بیمار نیز می‌رسد. با پیشرفت علم پرستاری توجهات به سمت خانواده، به عنوان یک هدف برای مراقبت، معطوف شد زیرا خانواده یک نهاد ضروری در امر مراقبت بوده و ادامه‌دهنده راه پرستار است (۲۳). از آن جا که حرفه پرستاری در جایگاهی قرار دارد که با تمامی اقشار جامعه و دیگر حرفه‌های علوم پزشکی در ارتباط است، می‌تواند در زمینه مراقبت و آرایه اطلاعات نوین سلامت به بیماران و خانواده آنان نقش کلیدی را ایفا کند (۲۴). مراقبت خانواده محور یکی از مفاهیم پرستاری است. پرستار بیشترین تعامل و دسترسی را به خانواده بیماران دارد و می‌تواند سطح سلامتی و عملکرد آن‌ها را ارزیابی کند. از آن جا که یکی از نقش‌های پرستار مشاوره است، پرستاران می‌توانند آموزش‌های مورد نیاز خانواده را در اختیارشان قرار دهند. پرستاری دیدگاهی کل‌نگر دارد، یکی از وظایف پرستاران این است که به خانواده‌ها کمک کنند که از توانایی‌هایشان در جهت مقابله با مشکلات بالفعل و بالقوه استفاده کند و این جزئی از مراقبت پرستاری است (۲۵). از آن جا که معنویت در کشوری اسلامی چون ایران مورد توجه مردم است و مطالعه‌ای در زمینه بررسی همزمان دو مؤلفه سلامت معنوی و بار مراقبتی در ایران انجام نگرفته و اکثر مطالعات انجام یافته در این

زمینه، در دنیا در مورد مراقبان بیماران مزمن، جز سرطان است و همچنین برخی اطلاعات ضد و نقیضی که در بالا به آن اشاره شد، در این مورد وجود دارد، این مطالعه با هدف تعیین بار مراقبتی و سلامت معنوی و همبستگی آن‌ها در مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان انجام یافته است.

روش بررسی

در این مطالعه مقطعی توصیفی-همبستگی، ۱۵۰ مراقب خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان از مرداد تا آبان ماه ۱۳۹۶ از بخش‌های بستری انکولوژی بزرگسالان و بخش‌های سرپایی شیمی درمانی و رادیولوژی بیمارستان‌های آیت‌الله طالقانی، شهدای تجریش، مسیح دانشوری و امام حسین (ع) در شهر تهران انتخاب شدند. تعداد نمونه مورد نیاز جهت انجام این مطالعه با استفاده از مطالعه Spurlock و با در نظر گرفتن همبستگی ۰/۳، خطای ۰/۰۵ و توان ۰/۹۰، طبق فرمول زیر، با در نظر گرفتن احتمال ۲۰٪ ریزش، ۱۵۰ نفر برآورد شد.

$$n \geq \left[\frac{(z_{1-r/2} + z_{1-s})}{0.5 \times \ln[(1+r)/(1-r)]} \right]^2 + 3$$

چون شرایط نمونه‌گیری تصادفی فراهم نبود، نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام گرفت. ۳۰٪ نمونه‌ها از بیمارستان شهدای تجریش، ۳۰٪ از بیمارستان امام حسین (ع)، ۲۰٪ از بیمارستان مسیح دانشوری و ۲۰٪ دیگر از بیمارستان آیت‌الله طالقانی وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه: سن بالای ۱۸ سال (هم مراقب و هم بیمار)، دارای نسبت

خانوادگی با بیمار (پدر، مادر، خواهر، برادر، دختر، پسر)، عضوی از خانواده که مراقبت کامل از بیمار را به عهده داشته باشد (بیش‌ترین ساعات مراقبت در روز به عهده وی باشد) و معیارهای عدم ورود، مشکلات شناختی، عقب ماندگی ذهنی و بیماری جسمی مزمن مراقب (با پرسش از مراقب و سایر اعضای خانواده) بود.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی (سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، مدت زمان مراقبت مستقیم) و پرسشنامه سلامت معنوی Ellison و Paloutzian بود (۲۶). این پرسشنامه دارای ۲۰ سؤال است که سؤالات ۱ تا ۱۰ سلامت مذهبی و سؤالات ۱۱ تا ۲۰ سلامت وجودی فرد را می‌سنجد. 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 می‌شود (۱۴). پاسخ سؤالات به صورت لیکرت ۶ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم امتیاز ۱ تا کاملاً موافقم امتیاز ۶ نمره‌گذاری شده است. ۹ سؤال نیز به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. در نهایت فرد می‌تواند نمره‌ای بین ۲۰ تا ۱۲۰ کسب کند که نمره بالاتر نشانه سلامت معنوی بیشتر است. Ellison و Paloutzian پایایی آزمون بازآزمون و آلفای کرونباخ آن را ۰/۹۳ و پایایی درونی آن را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند (۲۶). در ایران در یک مطالعه جامع، دهسیری و همکاران به بررسی روایی و پایایی این ابزار پرداختند. برای بررسی پایایی از روش آزمون بازآزمون و آلفای کرونباخ استفاده شد که به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۹۰ گزارش

شد (۲۷). همچنین عسگری و همکاران پایایی این ابزار را با محاسبه آلفای کرونباخ $0/89$ گزارش کردند و روایی محتوای این پرسشنامه را نیز بررسی و مورد تأیید قرار دادند (۲۸). در مطالعه حاضر نیز آلفای کرونباخ پرسشنامه $0/89$ به دست آمد.

برای سنجش بار مراقبتی مراقبان از پرسشنامه بار مراقبتی Zarit استفاده شد (۲۹). این پرسشنامه حاوی ۲۲ سؤال است. عبارات پرسشنامه بر روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود: هرگز (۰)، به ندرت (۱)، گاهی اوقات (۲)، اغلب (۳)، همیشه (۴). دامنه نمرات ۰-۸۸ است. نمره بالاتر نشانگر بار مراقبتی بیش‌تر است. روایی و پایایی این ابزار در ایران مورد بررسی قرار گرفته و از آن استفاده شده است. جهت تعیین اعتبار از روش اعتبار محتوا و جهت تعیین اعتماد از روش آزمون بازآزمون و محاسبه آلفای کرونباخ استفاده شده که به ترتیب $0/85$ و $0/88$ گزارش شده است (۳۰). آلفای کرونباخ پرسشنامه در مطالعه حاضر $0/83$ به دست آمد.

بعد از تصویب طرح و گرفتن مجوز و همچنین تأییدیه کمیته اخلاق دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی (PHNM.SBMU.IR، ۱۳۹۵، ۶۷۴)، نمونه‌گیری انجام یافت. بدین صورت که یکی از پژوهشگران پس از معرفی خود به افراد دارای معیارهای ورود و توضیح هدف مطالعه، نحوه انجام کار و محرمانه ماندن اطلاعات با کسب رضایت شفاهی نمونه‌ها انتخاب شدند و بدون ذکر نام اقدام به تکمیل پرسشنامه‌ها کردند. برای مراقبان بی‌سواد پرسشنامه با کمک پژوهشگر تکمیل شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون، اسپیرمن، تی مستقل، تحلیل واریانس یک طرفه و رگرسیون چندگانه در سطح معناداری $0/05$ انجام یافت.

یافته‌ها

میانگین سن مراقبان خانوادگی $41/6$ سال بود (دامنه ۷۳-۱۸). مراقبان به طور میانگین $10/5$ ساعت در روز به مراقبت مستقیم بیمارشان اختصاص می‌دادند (دامنه ۲۴-۲). سایر ویژگی‌های مراقبان در جدول شماره ۱ آمده است. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و بیماری بیماران در جدول شماره ۲ آمده است.

طبق یافته‌ها میانگین نمره بار مراقبتی مراقبان خانوادگی در سطح متوسط و میانگین نمره سلامت معنوی آن‌ها در سطح بالا بود. در مقایسه میانگین دو بعد سلامت معنوی، میانگین سلامت مذهبی مراقبان بالاتر از میانگین سلامت وجودی آنان بود (جدول شماره ۳).

در مطالعه حاضر بین بار مراقبتی و سلامت معنوی و ابعادش در مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان همبستگی معکوس و معنادار وجود داشت (جدول شماره ۴).

دو متغیر درآمد و تحصیلات بیمار علاوه بر سلامت معنوی با بار مراقبتی نیز همبستگی داشتند. بدین جهت از روش رگرسیون سلسله مراتبی استفاده شد، تا تأثیر متغیر سلامت معنوی در حالت کنترل این دو متغیر سنجیده شود. با استفاده از رگرسیون سلسله مراتبی چندگانه، دو دسته از متغیرها وارد معادله شدند

تیین نمایند و متغیر سلامت معنوی که در مرحله دوم وارد معادله شد (با مقدار $R^2=0/132$ تغییر یافته، $p<0/001$ و $F=25/043$) توانست در $13/2\%$ از تغییرات، متغیر بار مراقبتی را به طور خالص تبیین نماید. این متغیرها در مجموع توانستند $22/9\%$ از واریانس بار مراقبتی را تبیین کنند (جدول شماره ۵).

و سهم آن متغیرها در تبیین واریانس متغیر تحت مطالعه مشخص گردید. در هر مرحله نیز مقدار R و مقدار F تغییر یافته و نیز معناداری مدل مورد محاسبه قرار گرفت. متغیرهای درآمد و تحصیلات بیمار در مرحله اول وارد معادله شد. این دسته از متغیرها (با مقدار $R^2=0/097$ تغییر یافته، $p<0/001$ و $F=0/858$) توانسته‌اند $9/7\%$ واریانس متغیر بار مراقبتی را

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۶

| | | | |
|------|-----|-----------|---------------|
| ۶۰ | ۶۰ | مرد | جنس |
| ۴۰ | ۹۰ | زن | |
| ۱۸ | ۲۷ | مجرد | وضعیت تأهل |
| ۷۷/۳ | ۱۱۶ | متاهل | |
| ۲/۷ | ۴ | جدا شده | |
| ۱/۳ | ۲ | همسر مرده | |
| ۰/۷ | ۱ | متارکه | |
| ۴/۷ | ۷ | بی‌سواد | میزان تحصیلات |
| ۳۳/۳ | ۵۰ | زیردیپلم | |
| ۲۸ | ۴۲ | دیپلم | |
| ۳۴ | ۵۱ | دانشگاهی | |
| ۱۰ | ۱۵ | بی‌کار | شغل |
| ۲۲/۷ | ۳۴ | آزاد | |
| ۲۰/۶ | ۳۱ | کارمند | |
| ۴ | ۶ | کارگر | |
| ۶/۷ | ۱۰ | بازنشسته | |
| ۳۶ | ۵۴ | خانه‌دار | درآمد |
| ۳۵/۳ | ۵۳ | کافی | |
| ۶۴/۷ | ۹۷ | ناکافی | نسبت با بیمار |
| ۳۲/۷ | ۴۹ | همسر | |
| ۸/۷ | ۱۳ | پدر | |
| ۵/۳ | ۸ | مادر | |
| ۹/۳ | ۱۴ | خواهر | |
| ۷/۳ | ۱۱ | برادر | |
| ۲۱/۴ | ۳۲ | دختر | |
| ۱۵/۳ | ۲۳ | پسر | |

جدول ۲- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۶

| متغیر | فراوانی | درصد |
|-------------------|---|--------|
| میزان تحصیلات | بی‌سواد | ۲۰ |
| | زیردیپلم | ۶۷/۴۴ |
| | دیپلم | ۲۸/۲۵ |
| | دانشگاهی | ۱۵/۱۰ |
| شغل | بی‌کار | ۴۰/۲۶ |
| | آزاد | ۳۲/۲۱ |
| | کارمند | ۹/۶ |
| | کارگر | ۷/۴ |
| نوع سرطان | بازنشسته | ۱۷/۱۱ |
| | خانه‌دار | ۴۵/۳۰ |
| | خون و مغزاستخوان | ۲۸/۱۸ |
| | سینه | ۲۷/۱۸ |
| | ریه | ۴۰/۲۶ |
| | گوارش (مری- معده- روده کوچک- روده بزرگ) | ۳۳/۲۲ |
| | تومور مغزی | ۳/۲ |
| | پروستات | ۵/۳ |
| | رحم | ۳/۲ |
| | استخوان | ۵/۳ |
| | کبد | ۱/۰ |
| | دهان | ۳/۲ |
| | پوست | ۲/۱ |
| مرحله | یک | ۵۰/۳۳ |
| | دو | ۴۳/۲۸ |
| | سه | ۳۹/۲۶ |
| | چهار | ۱۸/۱۲ |
| درجه | پایین | ۵۲/۳۴ |
| | بالا | ۹۸/۶۵ |
| مدت زمان ابتلاء | ۱-۶ ماه | ۶۴/۴۲ |
| | ۶-۱۲ ماه | ۴۴/۲۹ |
| | ۱-۲ سال | ۲۵/۱۶ |
| | بیش‌تر از ۲ سال | ۱۷/۱۱ |
| تعداد دفعات بستری | ۱-۱۰ مرتبه | ۱۴۴/۹۶ |
| | ۱۰-۲۰ مرتبه | ۵/۳ |
| | بیش‌تر از ۲۰ مرتبه | ۱/۰ |
| سابقه عود مجدد | بله | ۵۱/۳۴ |
| | خیر | ۹۹/۶۶ |

جدول ۳- میانگین نمره «بار مراقبتی» و «سلامت معنوی» و اجزای آن در مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۶

| متغیر | میانگین | انحراف معیار | کم‌ترین | بیش‌ترین |
|-------------|---------|--------------|---------|----------|
| بار مراقبتی | ۲۵/۵۴ | ۱۱/۷۲ | ۷ | ۷۰ |
| سلامت معنوی | ۹۰/۳۶ | ۱۷/۷۰ | ۲۵ | ۱۲۰ |
| سلامت مذهبی | ۴۵/۷۲ | ۹/۵۳ | ۱۱ | ۶۰ |
| سلامت وجودی | ۴۴/۶۴ | ۹/۸۲ | ۱۴ | ۶۰ |

جدول ۴- همبستگی بین "بار مراقبتی" و "سلامت معنوی" و اجزای آن در مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۶

| متغیر | بار مراقبتی | سطح معناداری |
|-------------|-------------|--------------|
| سلامت معنوی | -۰/۴۲۱ | <۰/۰۰۱ |
| سلامت مذهبی | -۰/۴۱۶ | <۰/۰۰۱ |
| سلامت وجودی | -۰/۳۵۵ | <۰/۰۰۱ |

جدول ۵- نتایج مدل رگرسیون سلسله مراتبی برای تبیین بار مراقبتی در مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۶

| مرحله | متغیر | beta | P | R ² | R ² تغییر یافته | تغییر یافته F | P |
|-------|---------------|--------|--------|----------------|----------------------------|---------------|--------|
| اول | تحصیلات بیمار | -۰/۲۸۶ | <۰/۰۰۱ | ۰/۰۹۷ | ۰/۰۹۷ | ۷/۸۵۸ | <۰/۰۰۱ |
| | درآمد | ۰/۱۱۱ | <۰/۱۶۰ | | | | |
| دوم | سلامت معنوی | -۰/۳۷۲ | <۰/۰۰۱ | ۰/۲۲۹ | ۰/۱۳۲ | ۲۵/۰۴۳ | <۰/۰۰۱ |

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی همبستگی بین سلامت معنوی و بار مراقبتی در مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان انجام گرفت. در مطالعه حاضر میزان بار مراقبتی در اکثر مراقبان (۵۴٪) در حد متوسط بود. در مطالعه‌ای که Yildiz و همکاران در کشور ترکیه انجام دادند، میانگین بار مراقبتی در مراقبان غیررسمی بیماران مبتلا به سرطان بالا بود (۳۱). Miguel و همکاران در مطالعه خود در کشور پرتغال، میانگین بار مراقبتی را در مراقبان بیماران مبتلا به سرطان سر و گردن و سرویکس و رکتال در حد بالا گزارش کردند (۳۲). همچنین در مطالعه وحیدی و همکاران در

شهر تبریز در مورد مراقبان بیماران مبتلا به سرطان سینه، میانگین بار مراقبتی مراقبان در حد بالا بود (۶). در مطالعه‌ای که Rha و همکاران در کشور کره در مورد مراقبان بیماران مبتلا به سرطان انجام دادند، میانگین بار مراقبتی را بالا گزارش کردند (۷). نتایج مطالعات یاد شده با مطالعه حاضر هم‌خوانی ندارد. مقایسه این نتایج نشان می‌دهد احتمالاً بار مراقبتی در فرهنگ، نژاد و موقعیت‌های جغرافیایی مختلف می‌تواند متفاوت باشد. همچنین نوع بیماری و شرایط بیمار و مراقب نیز می‌تواند در میزان بار مراقبتی مؤثر باشد. Borges و همکاران در مطالعه خود که به بررسی بار مراقبتی مراقبان بیماران مبتلا به

سرطان ریه براساس مرحله بیماری و کیفیت زندگی بیماران پرداختند، بیان کردند میزان بار مراقبتی که توسط مراقبان احساس می‌شود، بیش‌تر از هر چیزی متأثر از کیفیت زندگی بیمار است و با آن رابطه عکس دارد. در واقع کیفیت زندگی بیماران می‌تواند پیش‌بینی‌کننده بار مراقبتی مراقبان باشد (۳۳). آن چه قابل توجه است این که در مطالعه حاضر با این که درصد بالایی (۴۲/۶) از بیماران مورد بررسی فقط مدت زمان ۱ تا ۶ ماه از زمان تشخیصشان گذشته بود و همچنین اکثر بیماران در مراحل اولیه بیماری بودند، مراقبینشان بار مراقبتی در حد متوسط داشتند که این موضوع توجه ویژه سیستم بهداشت و درمان به مراقبان بیماران مراحل انتهایی و یا بیماران مزمن را ایجاب می‌کند.

طبق یافته‌ها مراقبان خانوادگی از سطح سلامت معنوی بالایی برخوردار بودند. نتایج مطالعه عباس‌نژاد و همکاران میزان بالایی سلامت معنوی در مراقبان بیماران مبتلا به سرطان خون را نشان داده است (۵). همچنین تحقیقاتی که در این زمینه انجام یافته است، نشان می‌دهد که به طور کلی کشورهای شرقی از سطح سلامت معنوی مطلوبی برخوردارند (۳۴). در مطالعه‌ای که Sun و همکاران در مورد ۳۴۵ مراقب خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان ریه انجام دادند، میانگین سلامت معنوی، متوسط رو به بالا ارزیابی شد (۳۵). در مطالعه‌ای که ظفریان مقدم و همکاران در شهر مشهد در مورد مراقبان کودکان مبتلا به لوسمی انجام دادند میانگین سلامت معنوی مراقبان در حد بالا بود (۳۶). در مطالعه حاضر و اکثر مطالعات انجام

یافته در این زمینه، اکثر مراقبان دارای سلامت معنوی در سطح بالا بوده‌اند که می‌تواند نشان‌دهنده این موضوع باشد که احتمالاً نوع بیماری بیماران با میزان سلامت معنوی مراقبان در ارتباط نبوده و احتمالاً مراقبان معنویت را به عنوان سپر دفاعی در برابر مسایل ناشی از بیماری عضو خانواده خود می‌دانند.

در بررسی اجزای سلامت معنوی، سلامت مذهبی از میانگین بالاتری نسبت به سلامت وجودی برخوردار است که با نتایج مطالعه رضایی و همکاران که به بررسی سلامت معنوی در بیماران تحت شیمی‌درمانی پرداختند هم‌خوانی دارد (۲۲). زارع و همکاران در مطالعه‌ای که در مورد مادران دارای کودک فلج مغزی انجام دادند، شرکت‌کنندگان از سطح سلامت مذهبی بالاتری نسبت به سلامت وجودی برخوردار بودند (۳۷). همچنین نتایج مطالعه‌ای که عوض‌نژاد و همکاران در مورد ۱۵۰ مادر دارای کودک با بیماری مزمن انجام دادند، سلامت مذهبی آن‌ها بالاتر از سلامت وجودی آن‌ها بود (۳۸). افراد در شرایط سخت زندگی بیش‌تر به سمت مذهب گرایش پیدا می‌کنند و به دنبال نیروی برتر جهت رفع مشکلاتشان هستند و در ایران به دلیل وجود زمینه مذهبی، گرایش به سمت خدا و مذهب در شرایط چالش برانگیز در اقشار مختلف دیده می‌شود. اما در مطالعه حبیبی و سوادپور که سلامت معنوی را در بیماران مبتلا به سرطان بررسی کردند میانگین سلامت مذهبی و وجودی تقریباً برابر به دست آمد (۱۸).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین سلامت معنوی (سلامت مذهبی و سلامت

وجودی) و بار مراقبتی با حذف اثر متغیرهای مخدوشگر در مراقبان بیماران مبتلا به سرطان همبستگی منفی و معناداری وجود دارد. این نتایج با نتایج مطالعه Spurlock که به بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و بار مراقبتی در مراقبان بیماران مبتلا به آلزایمر پرداخت، همخوانی دارد. همچنین مطالعه وی به درک متفاوت مراقبت‌دهندگان از سلامت معنوی در نژادها و فرهنگ‌های متفاوت نیز اشاره کرد (۱۹). نتایج مطالعه Pareeth و Anbu که به بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و فشار ناشی از مراقبت بر مراقبان بیماران مبتلا به دمانس پرداخت، نیز با مطالعه ما در یک راستا است (۲۱). یافته‌های مطالعه Spatuzzi و همکاران در مورد بررسی ارتباط بین سلامت معنوی، بار مراقبتی و کیفیت زندگی در مراقبان بیماران مبتلا به سرطان نشان داد که سلامت معنوی عامل مهمی است و می‌تواند روی بار مراقبتی و سلامت فیزیکی تأثیرگذار باشد. در مطالعه آنان گروهی از مراقبان که دارای سلامت معنوی پایین‌تری بودند، بار مراقبتی بیشتری را متحمل می‌شدند (۲۱). سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد سلامتی، می‌تواند با حفظ ایمان و پیدا کردن معنی در زندگی، مسایل منفی ناشی از انزوای اجتماعی را که از پیامدهای مراقبت است، کاهش دهد و از این رو به سلامت روانی و اجتماعی فرد کمک کند. بهبود ارتباط فرد با خود، دیگران و خدا به او در جست و جوی معنا و هدف زندگی کمک می‌کند. 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 (۳۹). از این رو مراقبانی که سلامت معنوی بالاتری دارند، ممکن است تجربه مراقبت را بهتر ارزیابی کنند که در نهایت همه این موارد به بار مراقبتی کمتر منجر می‌شود. 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 سود و منفعت اخروی به همراه خواهد داشت. از این رو مراقبت برای آن‌ها تجربه سختی نخواهد بود و بار مراقبتی کمتری خواهند داشت. همچنین مطالعات نشان می‌دهند که افراد دارای سلامت معنوی از دیدگاه کل‌نگر برخوردار بوده و با ذهن باز به مسایل پیرامون خود می‌نگرند و انعطاف‌پذیرتر هستند (۳۹).

نتایج مطالعه حاضر توجه ما را به سمت دیدگاه کل‌نگر در پرستاری می‌کشاند، به طوری که ما موظفیم به خانواده بیمار به عنوان ادامه‌دهنده راه پرستاران در منزل و به عنوان حامی بیماران توجه کنیم. امروزه در مراقبت و تشخیص‌گذاری پرستاری، به مراقبان و نقش آن‌ها در بهبود وضعیت بیمار توجه به سزایی 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 مراقبان توجه کنند. پرستاران می‌توانند به مراقبان کمک کنند که

ایران به این مراکز مراجعه می‌کنند، اما از آن جا که ایران دارای زمینه فرهنگی، نژادی و مذهبی متفاوتی است، بهتر است مطالعات مشابه در جوامع مختلف کشور انجام یابد.

تشکر و قدردانی

بر خود وظیفه می‌دانیم که از تمامی مراقبان خانوادگی شرکت‌کننده در این پژوهش و پرستاران انکولوژی بیمارستان‌های شهدای تجریش، آیت‌الله طالقانی، امام حسین (ع) و مسیح دانشوری کمال تشکر و قدردانی را به جای آوریم.

رابطه بهتری با خود، محیط و نیروی برتر مورد اعتقادشان داشته باشند و بتوانند منبع معنویت را در زندگی خود پیدا کنند. از آن جا که کشور ما دارای زمینه مذهبی و اعتقادی است، به‌کارگیری این نکات بسیار حایز اهمیت بوده و بازخورد خوبی به ما خواهد داد.

این مطالعه از نوع مقطعی است که بهتر است، برای یافتن نتایج قطعی‌تر، به صورت طولی و در زمان‌های مختلف بیماری انجام گیرد. با آن که مطالعه حاضر در ۴ بیمارستان دارای بخش انکولوژی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام یافته که تقریباً از تمام نقاط

منابع

- 1 - Saria MG, Nyamathi A, Phillips LR, Stanton AL, Evangelista L, Kesari S, et al. The hidden morbidity of cancer: burden in caregivers of patients with brain metastases. *Nurs Clin North Am*. 2017 Mar; 52(1): 159-178.
- 2 - Morasei F, Aghajani M. [The effect of counseling with spirituality approach on hope in patients with chronic renal failure]. *Complementary Medicine Journal*. 2014; 4(2): 776-86. (Persian)
- 3 - Baljani E, Khashabi J, Amanpour E, Azimi N. [Relationship between spiritual well-being, religion, and hope among patients with cancer]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2011; 17(3): 27-37. (Persian)
- 4 - Govina O, Kotronoulas G, Mystakidou K, Katsaragakis S, Vlachou E, Patiraki E. Effects of patient and personal demographic, clinical and psychosocial characteristics on the burden of family members caring for patients with advanced cancer in Greece. *Eur J Oncol Nurs*. 2015 Feb; 19(1): 81-8.
- 5 - 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.
- 6 - 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 Sep; 10(3): 201-206.
- 7 - 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 Aug; 19(4): 376-82.
- 8 - Stenberg U, Cvancarova M, Ekstedt M, Olsson M, Ruland C. Family caregivers of cancer patients: perceived burden and symptoms during the early phases of cancer treatment. *Soc Work Health Care*. 2014; 53(3): 289-309.

- 9 - Sullivan AB, Miller D. Who is taking care of the caregiver? *J Patient Exp*. 2015 May; 2(1): 7-12.
- 10 - Chen MC, Chen KM, Chu TP. Caregiver burden, health status, and learned resourcefulness of older caregivers. *West J Nurs Res*. 2015 Jun; 37(6): 767-80.
- 11 - Ma H-P, Lu H-J, Xiong X-Y, Yao J-Y, Yang Z. The investigation of care burden and coping style in caregivers of spinal cord injury patients. *International Journal of Nursing Sciences*. 2014 Jun; 1(2): 185-90.
- 12 - Delgado-Guay MO, Parsons HA, Hui D, De la Cruz MG, Thorney S, Bruera E. Spirituality, religiosity, and spiritual pain among caregivers of patients with advanced cancer. *Am J Hosp Palliat Care*. 2013 Aug; 30(5): 455-61.
- 13 - Byun E, Evans LK. Concept analysis of burden in caregivers of stroke survivors during the early poststroke period. *Clin Nurs Res*. 2015 Oct; 24(5): 468-86.
- 14 - Lotfi Kashani F, Vaziri Sh, Gheisar Sh, Mousavi SM, Hashemieh M. [Evaluation of effectiveness of spiritual intervention on promoting quality of life among mothers of children with cancer]. *Medical Figh Quarterly*. 2012; 4(11,12): 125-149. (Persian)
- 15 - Hosseini R, Alijanpour Agamaleki M, Mehrabi T, Ziraki Dana A, Dadkhah A. [The relationship between existential dimension of spiritual well-being and quality of life in women with infertility]. *Journal of Health and Care*. 2014; 16(3): 53-60. (Persian)
- 16 - Tabei SZ, Zarei N, Joulaei H. The impact of spirituality on health. *Shiraz E-Medical Journal*. 2016 Jun; 17(6): e39053.
- 17 - Abbasi M, Azizi F, Shamsi Gooski E, Naseri Rad M, Akbari Lakeh M. [Conceptual definition and operationalization of spiritual health: a methodological study]. *Medical Ethics Journal*. 2012; 6(20): 11-44. (Persian)
- 18 - Habibi A, Savadpour MT. [Spiritual well-being in cancer patients under chemotherapy]. *Journal of Health and Care*. 2011; 13(3): 16-21. (Persian)
- 19 - Spurlock WR. Spiritual well-being and caregiver burden in Alzheimer's caregivers. *Geriatr Nurs*. 2005 May-Jun; 26(3): 154-61.
- 20 - 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*. 2018 May 11: 1-6.
- 21 - Pareeth MC, Anbu K. Spiritual well-being and caregivers' strain in dementia caregiving. *International Journal of Research in Humanities and Social Studies*. 2016 Jun; 3(6): 12-18.
- 22 - Rezaei M, Seyedfatemi N, Hosseini F. [Spiritual well-being in cancer patients who undergo chemotherapy]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2009; 14(4): 33-39. (Persian)
- 23 - Oliveira Pda C, Fernandes HI, Vilar AI, Figueiredo MH, Ferreira MM, Martinho MJ, et al. Attitudes of nurses towards families: validation of the scale families' importance in nursing care--nurses attitudes. *Rev Esc Enferm USP*. 2011 Dec; 45(6): 1331-7.
- 24 - Landeiro MJL, Martins TV, Peres HHC. Nurses' perception on the difficulties and information needs of family members caring for a dependent person. *Texto & Contexto-Enfermagem*. 2016; 25(1): e0430015.

- 25 - Modanloo Sh, Rohani C, Farahani Shirin Abadi A, Pourhossein gholi A. [Assessment of family function among parents of children with cancer]. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2015; 10(1): 56-65. (Persian)
- 26 - Ellison CW. Spiritual well-being: conceptualization and measurement. *Journal of psychology and theology*. 1983; 11(4): 330-340.
- 27 - Dehshiri Gh, Sohrabi F, Jafari E, Najafi M. [A survey of psychometric properties of spiritual well-being scale among university students]. *Psychological Studies*. 2008; 4(3): 129-44. (Persian)
- 28 - Asgari P, Roshani Kh, Mehri Adriani M. [The relationship between religious belief, optimism and spiritual well being among college students of Islamic Azad University]. *Journal of Social Psychology (New Findings in Psychology)*. 2009; 4(10): 27-39. (Persian)
- 29 - Rajabi-Mashhadi MT, Mashhadinejad H, Ebrahimzadeh MH, Golhasani-Keshtan F, Ebrahimi H, Zarei Z. The Zarit caregiver burden interview short form (ZBI-12) in spouses of veterans with chronic spinal cord injury, validity and reliability of the Persian version. *Arch Bone Jt Surg*. 2015 Jan; 3(1): 56-63.
- 30 - Koohestani HR, Baghcheghi N. [Burn out in caregivers of patients with stroke and its related factors]. *Hakim Research Journal*. 2012; 14(4): 242- 248. (Persian)
- 31 - 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 Jan/Feb; 31(1): 7-15.
- 32 - Miguel I, Moreira A, Freire J. 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.
- 33 - Borges EL, Franceschini J, Costa LH, Fernandes AL, Jamnik S, Santoro IL. Family caregiver burden: the burden of caring for lung cancer patients according to the cancer stage and patient quality of life. *J Bras Pneumol*. 2017 Jan-Feb; 43(1): 18-23.
- 34 - Kim Y, Given BA. Quality of life of family caregivers of cancer survivors: across the trajectory of the illness. *Cancer*. 2008 Jun 1; 112(11 Suppl): 2556-68.
- 35 - Sun V, Grant M, Koczywas M, Freeman B, Zachariah F, Fujinami R, et al. Effectiveness of an interdisciplinary palliative care intervention for family caregivers in lung cancer. *Cancer*. 2015 Oct 15; 121(20): 3737-45.
- 36 - Zafarian Moghaddam E, Behnam Vashani HR, Reihani T, Namazi Zadegan S. [The effect of spiritual support of caregivers on quality of life of children aged 8-12 with leukemia]. *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences*. 2016; 4(2): 14-20. (Persian)
- 37 - Zare N, Ravanipour M, Bahreini M, Motamed N, Nemati H. [The effect of self- management empowering model on spiritual health of mothers with cerebral palsy]. *Iranian Journal of Pediatric Nursing*. 2016; 3(1): 61-70. (Persian)
- 38 - Avaznejad N, Ravanipour M, Bahreini M, Motamed N. [Comparison of spiritual health in mothers with healthy children and mothers of children with chronic disease in Kerman 2015-2016]. *Nursing Journal of the Vulnerable*. 2016; 3(8): 13-25. (Persian)
- 39 - Zeighami Mohammadi Sh, Tajvidi M, Ghazizadeh Sh. [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 Organ*. 2014; 11(2): 147-154. (Persian)

Correlation between spiritual well-being and burden of care in family caregivers of cancer patients

Fereshteh Mollaei* Fariba Borhani** Abbas Abbaszadeh*** Mehdi Khabazkhoob**

Abstract

Article type:
Original Article

Received: Oct. 2018
Accepted: Dec. 2018
e-Published: 1 Jan. 2019

Background & Aim: 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. Some studies have shown that spiritual well-being is effective in reducing the burden of care. Therefore, this research was conducted to determine the correlation between spiritual well-being and burden of care in family caregivers of cancer patients.

Methods & Materials: In this cross-sectional correlational study, 150 family caregivers of cancer patients referred to Taleghani, Shohadaye Tajrish, Masih Daneshvari and Imam Hossein hospitals in Tehran were selected by the convenience sampling method from August to November 2017. The data gathering tool was a questionnaire, and data were analyzed using descriptive statistics, Pearson and Spearman correlation coefficients, independent *t*-test, analysis of variance and multiple regression analysis at a significance level of 0.05.

Results: The mean and standard deviation of spiritual well-being score and burden of care were 90.36 ± 17.70 and 25.54 ± 11.79 , respectively. There was a significant relationship between spiritual well-being (and its components including religious well-being and existential well-being) and burden of care ($r = -0.421$, $P = 0.001$). The result of regression test showed that spiritual well-being significantly predicted the burden of care.

Conclusion: The burden of care is experienced by family caregivers during caring for cancer patients, which is related to their spiritual well-being. Therefore, paying attention to the spiritual well-being of these caregivers is emphasized.

Corresponding author:
Fariba Borhani
e-mail:
faribaborhani@msn.com

Key words: spiritual, health, burden, care, family caregivers, cancer, patients

Please cite this article as:

- Mollaei F, Borhani F, Abbaszadeh A, Khabazkhoob M. [Correlation between spiritual well-being and burden of care in family caregivers of cancer patients]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2019; 24(4): 296-309. (Persian)

* Dept. of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran; Student Research Committee, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

** Dept. of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*** Dept. of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran; Medical Ethics and Law Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran