


The Effect of Peer Support from Mothers of Children with Acute Lymphoblastic Leukemia on Quality of Life of Patients

Fereshteh Ghaljaei¹, Sedigheh Fooladi², Azam Jamali^{*3}, Nasrin Mahoodi⁴, Bahare Zarei⁵

1. Associate Professor, Community Nursing Research Center and Pediatric Department, Faculty of Nursing and Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran
2. MSc in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran
3. MSc in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran
4. Instructor, Community Nursing Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran
5. Instructor, Department of Nursing Education, Faculty of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

Article Info

Received: 2020/01/03;
Accepted: 2020/03/25;
Published Online: 2020/08/22

 10.30699/ajnmc.28.3.171

Original Article

Use your device to scan
and read the article online



ABSTRACT

Introduction: Caring for a child with cancer can be deeply frustrating for parents with high levels of anxiety and psychological distress. Parents who suffer from high psychological stress have poorer performance in the family and health-related quality of life in their children is significantly lower. Previous research has demonstrated the effectiveness of peer support in reducing levels of parental psychological distress. This study was aimed to investigate the effect of peer support of mothers of children with acute lymphoblastic leukemia (ALL) on quality of life of patients.

Methods: This is a quasi-experimental study which was performed on 74 mothers of children with ALL hospitalized in Hematology ward of Ali ibn Abi Talib Hospital in Zahedan in 2017. Convenience sampling was used to recruit the participants in accordance with the inclusion criteria. The subjects were randomly assigned to the control and intervention groups. Peer group training was then conducted for the intervention group for five days. KID-KINDL questionnaire to parent report was completed before intervention, immediately and two months after intervention for both intervention and control groups. Data were analyzed using descriptive and inferential tests at the significant level P -value <0.05 .

Results: Before intervention, the mean score of total quality of life and its dimensions were not significantly different between the two groups ($P>0.05$). Analysis of variance with repeated measures indicated that the mean scores of total quality of life and its dimensions in the intervention group were significantly increased over time ($P<0.001$).

Conclusion: Using peer support program for mothers of children with ALL can improve the quality of life of children. Therefore, it is recommended to use this method alone or in combination with other methods to improve the quality of life of children with ALL.

Keywords: Support, Peer group, Mothers, Children, Acute Lymphoblastic Leukemia, Quality of life

Corresponding Information:

Azam Jamali, MSc in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran. Email: jamaliazam94@gmail.com

Copyright © 2020, This is an original open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribution of the material just in noncommercial usages with proper citation.

How to Cite This Article:

Ghaljaei F, Fooladi S, Jamali A, Mahmoodi N, Zarei B. The Effect of Peer Support of Mothers of Children with Acute Lymphoblastic Leukemia on Quality of Life of Patients. Avicenna J Nurs Midwifery care. 2020; 28 (3) :

بررسی تأثیر حمایت گروه همتایان از مادران دارای کودکان مبتلا به لوسمی لنفوبلاستیک حاد بر کیفیت زندگی بیماران

فرشته قلاجایی^۱، صدیقه فولادی^۲، اعظم جمالی^{۳*}، نسرین محمودی^۴، بهاره زارعی^۵

۱. دانشیار، مرکز تحقیقات پرستاری جامعه و گروه کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران
۲. کارشناس ارشد پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران
۳. کارشناس ارشد پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران
۴. مربی، مرکز تحقیقات پرستاری جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران
۵. مربی، گروه آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

اطلاعات مقاله

تاریخ وصول: ۱۳۹۸/۱۰/۱۳
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۱/۰۶
انتشار آنلاین: ۱۳۹۹/۰۶/۰۱

نویسنده مسئول:

اعظم جمالی

کارشناس ارشد پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

پست الکترونیک:

jamaliazam94@gmail.com

برای دانلود این مقاله، کد زیر را با موبایل خود اسکن کنید.



چکیده

مقدمه: مراقبت از کودک مبتلا به سرطان می‌تواند عمیقاً برای والدین با نگرانی‌های زیاد و دیسترس‌های روان‌شناختی همراه باشد. والدینی که از فشارهای روحی-روانی بالا رنج می‌برند، عملکرد ضعیف‌تری در خانواده دارند و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در کودکان آنان به مراتب پایین‌تر است. پژوهش‌های پیشین حاکی از اثربخشی حمایت همتایان از والدین در کاهش سطوح دیسترس‌های روان‌شناختی والدین بوده است. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر حمایت همتایان از مادران بر میزان کیفیت زندگی کودکان مبتلا به لوسمی لنفوبلاستیک حاد (ALL) انجام شد.

روش کار: مطالعه حاضر یک پژوهش نیمه‌تجربی است که روی ۷۴ مادر کودک مبتلا به ALL بستری در بخش هماتولوژی بیمارستان علی ابن ابی‌طالب شهر زاهدان در سال ۱۳۹۶ انجام گردید. نمونه‌گیری با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس با توجه به معیارهای ورود انجام شد. شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی به دو گروه کنترل و مداخله تخصیص یافتند. سپس، مداخله حمایت گروه همتایان به مدت ۵ روز برای گروه مداخله انجام گردید. قبل از مداخله، بلافاصله پس از اتمام مداخله و دو ماه پس از آن، پرسش‌نامه KID-KINDL به گزارش والدین برای هر دو گروه مداخله و کنترل تکمیل گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های توصیفی و استنباطی در سطح معناداری $P\text{-value} < 0.05$ تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین نمره کیفیت زندگی کل و ابعاد آن قبل از مداخله بین دو گروه تفاوت معناداری نداشت ($P > 0.05$). آزمون آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری نشان داد که میانگین نمرات کیفیت زندگی کل و ابعاد آن در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل در طول زمان افزایش معنادار داشته است ($P < 0.001$).

نتیجه‌گیری: به‌کارگیری برنامه‌های حمایت همتایان از مادران کودکان مبتلا به ALL می‌تواند سبب بهبود کیفیت زندگی کودکان گردد. بنابراین، بکارگیری این شیوه به تنهایی یا در ترکیب با دیگر شیوه‌ها در ارتقاء کیفیت زندگی کودکان مبتلا به ALL توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: حمایت، گروه همتایان، مادران، کودکان، لوسمی لنفوبلاستیک حاد، کیفیت زندگی

مقدمه

سرطان دومین عامل اصلی مرگ و میر در کودکان ۱۴-۵ ساله است [۲]. لوسمی، شایع‌ترین سرطان در کودکان محسوب می‌شود. به‌طوری‌که، ۳۳ درصد از کل بدخیمی‌های کودکان را به خود اختصاص می‌دهد [۳]. لوسمی لنفوبلاستیک حاد (ALL) ^۱

سرطان در کودکان و بزرگسالان ازجمله مهم‌ترین مشکلات سلامتی در سراسر جهان به شمار می‌رود. تعداد مبتلایان به سرطان هم در کشورهای توسعه یافته و هم در کشورهای توسعه‌نیافته به تدریج در حال افزایش است [۱]. در ایران نیز

^۱ Acute Lymphocytic Leukemia (ALL)

از بدن، ذهن و روح کودک و همچنین حمایت از خانواده کودک باشد [۱۲]. به عبارتی دیگر، مراقبت تسکینی مؤثر نیاز به یک رویکرد چند رشته‌ای گسترده دارد که خانواده را نیز دربرمی‌گیرد و از منابع در دسترس موجود در جامعه بهره می‌برد. این منابع ممکن است شامل دوستان، شبکه‌های اجتماعی، مکان‌های مذهبی، سازمان‌ها و گروه‌های حمایتی یا مراقبان حرفه سلامت باشند [۱۳]. همچنین، مطابق با تئوری سیستم‌ها، اعضای خانواده مانند یک سیستم به یکدیگر وابسته هستند، هیچ یک از اعضای خانواده به تنهایی کار نمی‌کند و هر یک از اعضای خانواده می‌تواند بر سایر اعضای خانواده تأثیر گذارد. این تئوری مستقیماً تأیید می‌کند که درمان موفق کودکان بیمار نیاز به درگیر کردن کل اعضای خانواده، به ویژه حمایت از والدین دارد [۱۴]. نتایج مطالعات پیشین نشان داده‌اند که حمایت از والدین کودکان بیمار، بلافاصله پس از تشخیص و در طول درمان با بهبود کیفیت زندگی کودکان به خصوص در بعد عملکرد عاطفی آنان همراه بوده است [۱۰].

در میان برنامه‌های حمایت از والدین، به نظر می‌رسد برنامه حمایت هم‌تایان بتواند تأثیر مثبتی بر کیفیت زندگی کودکان مبتلا به ALL داشته باشد.

در برنامه حمایت هم‌تایان افراد دارای تجربیات مشابه گرد هم جمع می‌شوند و با اشتراک‌گذاری این تجربیات از یکدیگر حمایت رسمی یا غیررسمی به عمل می‌آورند [۱۵]. مطالعات نشان داده‌اند که برنامه‌های حمایت هم‌تایان از والدین کودکان مبتلا به اختلالات روانی سبب بهبود معنادار وضعیت عاطفی و سلامت روان خانواده و کودکان شده است [۱۶-۱۸]. Davis-Groves و همکاران (۲۰۰۷) در مطالعه خود در رابطه با حمایت والدین و کودکان مبتلا به بیماری روانی دریافتند که حمایت از والدین می‌تواند مزایای مهمی برای والدین، کودکان و کل اعضای خانواده در پی داشته باشد. برخی از این مزایا شامل بهبود نتایج بهتر در کودکان، شناسایی خدمات بهتر برای خانواده‌ها، توانمندسازی والدین و افزایش کارایی خدمات مبتنی بر جامعه بود [۱۷]. همچنین Hartman و همکاران (۱۹۹۲) پیشنهاد کردند که حمایت هم‌تایان از والدین یک وسیله مقابله‌ای مؤثر برای والدین کودکان دارای نیازهای ویژه است. زیرا در برنامه حمایت هم‌تایان والدین با اشتراک تجربیات خود می‌توانند فضایی سرشار از اعتماد ایجاد کنند، درمورد نگرانی‌ها و احساسات خود آزرادانه صحبت کنند و در نتیجه توانایی مدیریت چالش‌ها را در خود بهبود بخشند و اعتماد به نفس خود را زیاد کنند [۱۸].

شایع‌ترین نوع لوسمی در کودکان است [۴]. پیشرفت‌های حاصل از انجام کارآزمایی‌های بالینی و مراقبت‌های حمایتی، به طرز چشمگیری سبب بهبود کلیه کودکان مبتلا به ALL در طول دو دهه اخیر شده است. با این وجود، بیماران مبتلا به این بیماری همچنان در معرض خطر مرگ و میر و یا ناخوشی‌های ناشی از بیماری و درمان هستند [۵]. سرطان، تقریباً بر همه حیطه‌های زندگی تأثیر مخرب دارد و خود سرطان و درمان آن می‌تواند باعث ایجاد عوارض قابل توجه گردد. کودکان مبتلا به سرطان که تحت درمان قرار می‌گیرند، کاهش کیفیت زندگی را در اوایل و سرتاسر طول دوره درمان تجربه می‌کنند [۶].

کیفیت زندگی کودکان مبتلا به سرطان یک مفهوم چند بعدی است که شامل عملکردهای اجتماعی، جسمانی و عاطفی کودک و خانواده وی می‌باشد. اندازه‌گیری کیفیت زندگی باید از دیدگاه کودک و خانواده انجام گردد و مراحل رشد و تکامل کودک را نیز باید در نظر گیرد [۷]. ارزیابی کیفیت زندگی، در درمان کودکان مبتلا به سرطان نقش مهمی دارد. زیرا اطلاعات به‌دست‌آمده از ارزیابی کیفیت زندگی اثر درمان را بر عملکرد کودک نشان می‌دهد و معیاری مهم برای کودکان بیمار، والدین و تیم درمان جهت تصمیم‌گیری درمورد مزایا و هزینه‌های درمان‌های مختلف برای انواع سرطان کودکان محسوب می‌شود [۸]. مطالعات گذشته نشان داده‌اند که کودکان مبتلا به سرطان، کاهش قابل توجه کیفیت زندگی را در مرحله حاد بیماری تجربه می‌کنند [۹، ۱۰]. امروزه، با ارزیابی ابعاد مختلف کیفیت زندگی در مراحل مختلف درمان، می‌توان کودکان و خانواده‌های دارای کیفیت زندگی پایین را شناسایی کرد و متخصصان حرفه سلامت را در طراحی و بکارگیری مداخلات هدفمند در راستای بهبود کیفیت زندگی آنان راهنمایی کرد [۱۱]. ارائه مراقبت تسکینی به روش‌های مختلف، از جمله مداخلات مناسب جهت بهبود کیفیت زندگی محسوب می‌شود.

مطابق با تعریف سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۸)، مراقبت تسکینی نوعی رویکرد مراقبتی است که سبب بهبود کیفیت زندگی بیماران و خانواده‌های آنها به هنگام مواجهه با مشکلات مرتبط با بیماری‌های تهدیدکننده حیات می‌شود. این نوع مراقبت با هدف پیشگیری و تسکین رنج از طریق شناسایی زود هنگام، ارزیابی‌های جامع، درمان درد و برطرف نمودن سایر مشکلات جسمی، روحی‌روانی و معنوی انجام می‌شود. در این راستا، سازمان بهداشت جهانی درمورد مراقبت تسکینی از کودکان یادآور می‌شود که این مراقبت تسکینی باید شامل مراقبت کامل

جسمانی تا حدی که مانع از اجرای پژوهش نشود. معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم تمایل به ادامه مشارکت در مداخله یا وقوع هر حادثه‌ای مانند فوت، مهاجرت و قطع درمان کودک که باعث غیبت مادر بیش از دو جلسه در مداخله گردد، بود.

پس از گرفتن کد اخلاق (Ir.zaums.REC.1396.115) برای طرح پیشنهادی مطالعه حاضر، پژوهشگر به محیط پژوهش مراجعه کرد. پژوهشگر پس از معرفی خود به افراد دارای معیارهای ورود به مطالعه و توضیح اهداف پژوهش برای آنان، رضایت آگاهانه کتبی برای شرکت در پژوهش را از ایشان گرفت و به آنان اطمینان داد که اطلاعات به‌دست‌آمده از آنان محرمانه باقی خواهد ماند.

از بین افراد دارای معیارهای ورود به مطالعه، افرادی که فرم رضایت آگاهانه را تکمیل کرده بودند، وارد مطالعه شدند. در مرحله بعد، این شرکت‌کنندگان فرم اطلاعات دموگرافیک و ابزار کیفیت زندگی KID-INDEL را تکمیل کردند. سپس، افراد به‌طور تصادفی با استفاده از روش بلوک‌کردن (بلوک‌های چهارتایی) با کمک نرم‌افزار تخصیص تصادفی به دو گروه کنترل و مداخله تقسیم شدند.

در مرحله اول از اجرای مداخله، یک نفر به‌عنوان رهبر گروه هم‌تایان از بین مادرانی که مراقب اصلی کودک در زمان درمان بودند، انتخاب و آماده گردید. معیارهای انتخاب رهبر شامل مواردی مانند: ۱- تمایل و رضایت آگاهانه جهت مشارکت در اجرای مداخله، ۲- داشتن حداقل سطح تحصیلات دیپلم، ۳- توانایی ارائه آموزش و برقراری ارتباط با دیگران، ۴- تسلط به زبان فارسی و بومی، ۵- ساکن شهر زاهدان و ۶- داشتن تجارب موفقیت‌آمیز در روند درمان کودک بود. در نهایت یک مادر با تحصیلات لیسانس که کودک وی در آخرین مرحله از شیمی‌درمانی خود با نتایج درمانی مؤثر قرار داشت، به‌عنوان رهبر گروه هم‌تایان انتخاب شد.

برای آماده‌سازی فرد هم‌تا ابتدا سه جلسه آموزشی یک‌ساعته، به صورت کلاس آموزشی و با استفاده از روش پرسش و پاسخ و بارش افکار برگزار شد. در این جلسات ضرورت انجام کار، چگونگی اجرای مداخله و مراحل آن و برنامه حمایتی به‌طور کامل آموزش داده شد. هدف از این جلسات مرور تجربیات، اطلاعات و اصلاح آنها براساس اصول علمی مورد قبول و نهایتاً آماده‌سازی فرد هم‌تا برای آموزش هم‌تامحور بود. وظیفه فرد هم‌تا که رهبری گروه

مراقبت از کودک مبتلا به سرطان می‌تواند عمیقاً برای والدین با نگرانی‌های زیاد و دیسترس‌های روان‌شناختی همراه باشد [۱۹]. مطالعات گذشته نشان داده‌اند که والدینی که از فشارهای روحی- روانی بالا رنج می‌برند، عملکرد ضعیف‌تری در خانواده دارند و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در کودکان آنان به مراتب پایین‌تر است [۲۰]. پژوهش‌های پیشین حاکی از اثربخشی حمایت هم‌تایان از والدین در کاهش اضطراب آنان، افزایش اعتماد به نفس در مهارت‌های فرزندپروری، بهبود توانایی‌های مدیریت و تحمل استرس و کاهش سطوح دیسترس‌های روان‌شناختی والدین بوده است [۲۱، ۱۸، ۱۶]. بنابراین، ممکن است که با تغییر در وضعیت روان‌شناختی والدین بتوان کیفیت زندگی کودکان مبتلا به سرطان را تغییر داد. از آنجا که مادران بیشتر از پدران درگیر مراقبت از کودک می‌شوند و مسئولیت‌های بیشتری را به عهده می‌گیرند [۹]، بدیهی است که اجرای مداخلات روی مادر خانواده می‌تواند با نتایج بهتر روی کلیه اعضای خانواده همراه باشد. تا آنجا که می‌دانیم، تاکنون هیچ مطالعه‌ای در رابطه با تعیین تأثیر حمایت هم‌تایان از مادران بر کیفیت زندگی کودکان مبتلا به ALL در ایران انجام نگردیده است، بنابراین، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر حمایت هم‌تایان از مادران بر میزان کیفیت زندگی کودکان مبتلا به ALL انجام شد.

روش بررسی

مطالعه حاضر یک مطالعه نیمه‌تجربی به شیوه قبل و بعد است که روی همه مادران کودکان مبتلا به ALL بستری در بخش هماتولوژی بیمارستان علی ابن ابی‌طالب شهر زاهدان در سال ۱۳۹۶ انجام شد.

باتوجه به نیافتن مطالعه مشابه، حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار G*Power با در نظر گرفتن اندازه اثر کوهن $\alpha=0/05$ و $\beta=0/8$ و همچنین با در نظر گرفتن ۱۵ درصد ریزش حجم نمونه، ۸۰ نفر تخمین زده شد (۴۰ نفر به ازای هر گروه).

نمونه‌گیری با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس از بین مادران کودکان مبتلا به سرطان خون باتوجه به معیارهای ورود انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از: ۱. تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه، ۲. مراقب اصلی کودک بودن ۳. گذشتن حداقل سه ماه از زمان تشخیص بیماری به تأیید پزشک متخصص، ۴. نداشتن سابقه شرکت در برنامه‌های آموزشی مرتبط با کیفیت زندگی یا مفاهیم مشابه و ۵. برخورداری مادر از سلامت روانی و

بررسی شدند. به گونه‌ای که شروع مداخله در افراد گروه مداخله منوط به ترخیص کودکان مادران گروه کنترل بود. محتوای برنامه حمایت گروه همتا با تأیید توسط مشاور روان‌پرستار، برای هر گروه آموزشی طی ۵ جلسه آموزش داده شد (جدول ۱). شروع هر جلسه با صحبت درمورد اهداف آن جلسه بود. سپس فرد همتا وظیفه آموزش و اشتراک‌گذاری اطلاعات، بیان تجارب خود و به‌اشتراک‌گذاری زمینه‌های اجتماعی را انجام می‌داد. در پایان هر جلسه، فرد همتا موارد مطرح شده در گروه را جمع‌بندی کرد و به سؤالات پاسخ داد. در پایان جلسات همتایان، جزوه آموزشی شامل محتوای آموزش داده شده در اختیار مادران قرار گرفت. محتوای جلسات آموزشی در جدول ۱ آورده شده است. بر مبنای پژوهش‌های پیشین در این زمینه [۲۲]، انجام مداخله ۱/۵ ساعت در هر روز برای هر گروه و در مجموع ۵ روز به طول انجامید. لازم به ذکر است که محل برگزاری جلسات، کلاس آموزشی موجود در بخش هماتولوژی بیمارستان علی ابن ابی‌طالب (ع) بود و همه جلسات در طول بستری کودک در بیمارستان اجرا شد. بلافاصله پس از اتمام مداخله و دو ماه پس از آن، ابزار کیفیت زندگی برای هر دو گروه مداخله و کنترل تکمیل شد.

همتایان (شامل مادران کودکان مبتلا به ALL شرکت‌کننده در مطالعه) را عهده‌دار بود، اداره جلسات برگزار شده به شکل هدایت افراد به سمت موضوع پیش‌بینی‌شده، ارائه تجربیات فردی خود، تشویق افراد جهت شرکت در مباحث و در نهایت جمع‌بندی مباحث مطرح‌شده بود. توانمندی فرد همتا از نظر آموزشی و فراگرفتن اطلاعات صحیح به روش پرسش و پاسخ و ایفای نقش مورد ارزیابی قرار گرفت.

در مرحله دوم، افراد گروه مداخله به گروه‌های ۱۰ نفره تقسیم شدند. سپس از فرد همتا درخواست شد تا در یک محیط دوستانه و مطلوب براساس موارد آموزش‌دیده به بحث و هدایت گروه بپردازد. پژوهشگران وظیفه تهیه محتوا و برنامه‌ریزی جلسات را برعهده داشتند. همچنین، پژوهشگر اصلی (نویسنده مسئول) به‌عنوان ناظر در کلیه جلسات مداخله حضور داشت و در صورت به وجود آمدن چالش یا مشکل رهبر گروه را یاری می‌نمود.

در گروه کنترل هیچ مداخله‌ای انجام نشد و این افراد تنها مراقبت‌ها و آموزش‌های روتین بخش را دریافت کردند. برای پیشگیری از مواجهه گروه کنترل با گروه مداخله و کاهش احتمال تبادل اطلاعات، ابتدا گروه کنترل انتخاب و

جدول ۱. محتوای برنامه آموزش همتایان

آشنایی پژوهشگر با افراد شرکت‌کننده و افراد با یکدیگر، توضیح دقیق اهداف پژوهش و نحوه اجرای مداخله جهت جلب اعتماد شرکت‌کنندگان، توضیح دقیق نقش محقق، رهبر گروه و مشارکت‌کنندگان و آشنایی با چهارچوب کلی مباحث، تعریف کیفیت زندگی کودکان و ابعاد مختلف آن، ارائه راهکارها و تجاربی پیرامون مشکلات و چالش‌های به‌وجودآمده در کیفیت زندگی کودک بیمار، راهکارهای حل مسئله توسط رهبر همتا و تشویق مشارکت‌کنندگان جهت بیان تجارب خود	جلسه اول
بیان تجارب و دانش رهبر و اعضای گروه در زمینه مقابله با استرس و نگرانی و چگونگی استفاده از عوامل حمایتی درونی (خوش‌بینی، عزت نفس) و حمایتی بیرونی (خانواده، دوستان، سایر افراد و سیستم‌های حمایتی-اجتماعی)	جلسه دوم
بحث و گفتگو پیرامون چالش‌ها و مشکلات پیرامون وضعیت جسمانی و اجتماعی کودک بیمار و ارائه راهکار	جلسه سوم
بحث و گفتگو پیرامون چالش‌ها و مشکلات پیرامون وضعیت عاطفی و روحی-روانی کودک بیمار و ارائه راهکار	جلسه چهارم
هدف: جمع‌بندی، نتیجه‌گیری و اجرای پس‌آزمون	جلسه پنجم

تحصیلات مادر و پرسش‌نامه KID-KINDL به گزارش والدین بود. این پرسش‌نامه در سال ۱۹۹۸ توسط Bullinger و Ravens-Sieberer بازبینی شد تا به تعیین کیفیت زندگی عمومی کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن

ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی مشتمل بر سؤالاتی در رابطه با سن مادر، سن کودک، مدت زمان ابتلای کودک به بیماری، جنسیت کودک، شغل مادر، محل سکونت، وضعیت تأهل مادر و

مانند کای‌دو (تست دقیق فیشر)، تی‌مستقل و تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری استفاده شد.

یافته‌ها

پژوهش حاضر با تعداد ۷۴ مادر شرکت‌کننده در مطالعه به اتمام رسید. از این تعداد شرکت‌کنندگان ۳۶ نفر به گروه مداخله و ۳۸ نفر نیز به گروه کنترل تعلق داشتند. در گروه مداخله ۲ نفر به علت انتقال کودکانشان به بیمارستان‌های مجهزتر در شهری دیگر از ادامه شرکت در مداخله انصراف دادند و بقیه مادران به دلیل غیبت بیش از ۲ جلسه در کلاس‌های آموزش هم‌تایان مطالعه کنار گذاشته شدند. در گروه کنترل نیز ۲ نفر به دلیل عدم شرکت در جلسات بیش از دو جلسه از مطالعه کنار گذاشته شدند. میانگین سنی مادران برحسب سال در گروه مداخله $35/29 \pm 6/97$ و در گروه کنترل $33/94 \pm 8/49$ و در گروه مداخله $3/47 \pm 6/89$ و در گروه کنترل $3/52 \pm 7/26$ بود. همچنین میانگین طول مدت بیماری کودک برحسب ماه در گروه مداخله $12/53 \pm 1/92$ و در گروه کنترل $12/58 \pm 1/62$ بود. توزیع فراوانی سایر متغیرهای جمعیت‌شناختی بر حسب گروه در جدول ۲ آمده است.

براساس نتایج جدول ۲ توزیع متغیرهای دموگرافیک در دو گروه مداخله و کنترل همگن بود و تفاوت معناداری نداشت ($P > 0/05$).

از جمله سرطان پیردازد [۲۳]. این پرسش‌نامه دارای ۲۴ گویه است که کیفیت زندگی کودک به گزارش والدین را در ابعاد جسمی، عاطفی، روان‌شناختی (اعتماد به نفس)، عملکرد خانوادگی، اجتماعی و مدرسه بررسی می‌کند. علاوه بر آن دارای ۷ سؤال مربوط به بستری شدن کودک بیمار نیز هست. پاسخ به هر گویه بر روی یک طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای است که عبارتند از هرگز، به ندرت، بعضی اوقات، اغلب و همیشه که به ترتیب نمره ۱ تا ۵ به آن‌ها تعلق می‌گیرد. طبق دستورالعمل ارجاعی تدوینگر نمره‌دهی برخی از موارد به دلیل منفی بودن سؤال معکوس شد و نمرات کل و حیطه‌ها محاسبه گردید و در نهایت به صفر تا صد نیز تبدیل شد. روایی پرسش‌نامه فارسی در مطالعه Valizadeh و همکاران (۱۳۹۲) تأیید شد و ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۸ گزارش شد [۲۴].

داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ (SPSS Inc., Chicago, Ill., USA) در سطح معناداری $P\text{-value} < 0/05$ تجزیه و تحلیل شدند. از آمار توصیفی شامل درصد فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد برای توصیف مشخصات دموگرافیک و توصیف متغیرهای اصلی مطالعه استفاده شد. سپس، چگونگی توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف بررسی شد. در ادامه از آزمون‌های استنباطی

جدول ۲. بررسی توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک در گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	گروه‌ها		آزمون کای‌دو (فیشر دقیق)
	مداخله (۳۶ نفر) تعداد (درصد)	کنترل (۳۸ نفر) تعداد (درصد)	
جنسیت کودک	دختر	۱۵ (۴۱/۶۷)	۰/۵۰*
	پسر	۲۱ (۵۸/۳۳)	
شغل مادر	خانه‌دار	۳۳ (۹۱/۶۷)	۰/۲۶*
	شاغل	۳ (۸/۳۳)	
محل سکونت	شهر	۱۶ (۴۴/۴۴)	۰/۰۶*
	روستا	۲۰ (۵۵/۵۶)	
وضعیت تأهل مادر	متأهل	۳۳ (۹۱/۶۷)	۰/۴۷**
	بیوه	۳ (۸/۳۳)	
	بی‌سواد	۱۶ (۴۴/۴۴)	
تحصیلات مادر	ابتدایی تا دبیرستان	۱۶ (۴۴/۴۴)	۰/۱۳*
	دیپلم و بالاتر	۴ (۱۱/۱۲)	

* کای‌دو ** فیشر دقیق

نتایج حاصل از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که قبل از مداخله، بلافاصله بعد از مداخله و دو ماه پس از مداخله متغیرهای تاب‌آوری و ابعاد آن در دو گروه مداخله و کنترل از توزیع نرمال برخوردار بودند ($P > 0.05$).

جدول ۳. مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی کل و ابعاد آن در دو گروه مداخله و کنترل در زمان قبل از مداخله

متغیر	گروه	میانگین \pm انحراف معیار	P
جسمانی	مداخله	۶۰/۴۱ \pm ۱۶/۷۴	۰/۳۳
	کنترل	۵۰/۰۵ \pm ۲۰/۲۱	
عاطفی	مداخله	۶۵/۹۷ \pm ۱۵/۲۹	۰/۲۹
	کنترل	۶۲/۳۶ \pm ۱۴/۰۸	
روان‌شناختی	مداخله	۶۵/۲۷ \pm ۱۸/۶۶	۰/۴۳
	کنترل	۶۱/۴۴ \pm ۲۲/۸۰	
خانوادگی	مداخله	۵۴/۱۶ \pm ۹/۸۹	۰/۹۳
	کنترل	۵۳/۹۴ \pm ۱۲/۳۶	
اجتماعی	مداخله	۷۰/۸۳ \pm ۱۵/۰۴	۰/۶۵
	کنترل	۶۹/۲۱ \pm ۱۵/۹۱	
بعد مدرسه	مداخله	۶۲/۵۰ \pm ۹/۳۷	۰/۸۳
	کنترل	۶۲/۹۷ \pm ۹/۸۲	
بستری	مداخله	۶۱/۴۸ \pm ۹/۹۶	۰/۶۵
	کنترل	۶۲/۵۴ \pm ۱۰/۲۴	
کیفیت زندگی کل	مداخله	۶۲/۸۵ \pm ۹/۴۶	۰/۳۸
	کنترل	۶۱/۰۰۹ \pm ۸/۶۵	

مطابق جدول ۳، نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که میانگین نمره کیفیت زندگی و ابعاد آن قبل از مداخله بین دو گروه تفاوت معناداری نداشته است ($P > 0.05$).

مطابق با جدول ۴، نتایج آزمون تحلیل‌واریانس با اندازه‌های تکراری نشان داد که میانگین نمرات کیفیت زندگی کل و ابعاد آن در طول زمان (منبع زمان) تغییرات معناداری داشته است (جدول ۴).

همچنین، باتوجه به معناداری اثر تعاملی زمان \times گروه برای نمره کل کیفیت زندگی و ابعاد آن نتیجه می‌شود که این تغییرات معنادار به گروه وابسته است و باتوجه به میانگین نمرات گزارش شده در جدول شماره ۴، گروه مداخله به‌طور معناداری میانگین نمرات بالاتری را نسبت به گروه کنترل گزارش کرده است (جدول ۴).

جدول ۴. مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی کل و ابعاد آن در کودکان مبتلا به لوسمی، قبل، بلافاصله و دو ماه بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	گروه	قبل از مداخله	بلافاصله بعد از مداخله	دو ماه بعد از مداخله	منبع	F	P
جسمانی	مداخله	۶۰/۴۱ \pm ۱۶/۷۴	۶۶/۱۱ \pm ۱۲/۱۳	۷۷/۵۰ \pm ۱۵/۷۴	گروه	۶/۹۰	۰/۰۱
	کنترل	۵۰/۰۵ \pm ۲۰/۲۱	۵۶/۷۱ \pm ۲۰/۸۶	۶۴/۰۷ \pm ۱۴/۲۷	زمان	۳۰/۴۶	<۰/۰۰۱
عاطفی	مداخله	۶۵/۹۷ \pm ۱۵/۲۹	۶۸/۳۳ \pm ۱۲/۵۳	۷۷/۳۶ \pm ۱۰/۵۲	گروه	۶/۷۶	۰/۰۱
	کنترل	۶۲/۳۶ \pm ۱۴/۰۸	۶۲/۴۱ \pm ۱۳/۹۳	۶۶/۰۵ \pm ۱۲/۷۴	زمان	۱۹/۷۷	<۰/۰۰۱
روان‌شناختی	مداخله	۶۵/۲۷ \pm ۱۸/۶۶	۶۸/۰۵ \pm ۱۶/۴۸	۸۱/۹۴ \pm ۱۰/۵۷	گروه	۴/۳۰	۰/۴۲
	کنترل	۶۱/۴۴ \pm ۲۲/۸۰	۶۱/۹۵ \pm ۲۲/۹۴	۶۶/۴۴ \pm ۱۹/۵۶	زمان	۴۴/۹۸	<۰/۰۰۱
					گروه	۱۲/۰۱	<۰/۰۰۱

متغیر	گروه	قبل از مداخله	بلافاصله بعد از مداخله	دو ماه بعد از مداخله	منبع	F	P
خانوادگی	مداخله	۵۴/۱۶ ± ۹/۸۹	۷۳/۶۱ ± ۱۱/۵۰	۸۵/۹۷ ± ۱۰/۱۹	گروه	۱/۰۳	۰/۳۱
	کنترل	۵۳/۹۴ ± ۱۲/۳۶	۷۴/۰۷ ± ۱۶/۶۳	۷۷/۷۶ ± ۱۲/۵۵	زمان	۳۴۹/۰۶	<۰/۰۰۱
اجتماعی	مداخله	۷۰/۸۳ ± ۱۵/۰۴	۷۳/۰۵ ± ۱۲/۰۸	۸۰/۹۷ ± ۹/۶۹	گروه	۲/۰۱	۰/۱۶
	کنترل	۶۹/۲۱ ± ۱۵/۹۱	۶۹/۷۳ ± ۱۶/۲۷	۷۲/۸۹ ± ۱۴/۷۷	زمان	۲۳/۶۷	<۰/۰۰۱
مدرسه	مداخله	۶۲/۵۰ ± ۹/۳۷	۶۲/۹۶ ± ۹/۵۲	۶۸/۴۷ ± ۷/۰۵	گروه	۰/۰۸	۰/۴۴
	کنترل	۶۲/۹۷ ± ۹/۸۲	۶۲/۹۹ ± ۱۰/۴۲	۶۳/۱۰ ± ۸/۲۷	زمان	۸/۴۷	<۰/۰۰۱
بستری	مداخله	۶۱/۴۸ ± ۹/۹۶	۶۱/۸۵ ± ۹/۹۳	۷۱/۴۸ ± ۱۰/۰۲	گروه	۰/۸۸	۰/۳۵
	کنترل	۶۲/۵۴ ± ۱۰/۲۴	۶۲/۵۴ ± ۱۰/۱۷	۶۳/۷۷ ± ۱۲/۲۸	زمان	۱۸/۰۸	<۰/۰۰۱
کیفیت زندگی کل	مداخله	۶۲/۸۵ ± ۹/۴۶	۶۷/۲۴ ± ۷/۶۷	۷۷/۲۵ ± ۵/۳۸	گروه	۸/۸۷	<۰/۰۰۱
	کنترل	۶۱/۰۰۹ ± ۸/۶۵	۶۳/۶۹ ± ۹/۰۵	۶۷/۱۱ ± ۷/۴۲	زمان	۱۳۳/۶۵	<۰/۰۰۱
					گروه × زمان	۲۳/۶۴	<۰/۰۰۱

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر حمایت هم‌تایان از مادران بر کیفیت زندگی کودکان مبتلا به ALL در سال ۱۳۹۶ انجام شد. نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که میانگین نمره کیفیت زندگی کل و ابعاد آن در طول زمان در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل افزایش معنادار داشته است. نتایج مطالعاتی که در ادامه می‌آیند، ممکن است مستقیماً به نتایج پژوهش کنونی مرتبط نباشد، اما در راستای تأیید یافته‌ها می‌تواند حائز اهمیت باشند.

مطالعات زیادی نشان داده‌اند که حمایت هم‌تایان از والدین می‌تواند روی کودکان نیز تأثیر داشته باشد [۱۷، ۱۸، ۲۵]. برای مثال، نتایج مطالعه Ramacher (۲۰۱۱) نشان داده است که حمایت هم‌تایان از والدین سبب بهبود توانایی مقابله با استرس در والدین، افزایش اعتماد به نفس، آگاهی از منابع موجود، توانایی مدیریت مؤثر رفتار کودک و همچنین توانایی حمایت مؤثرتر از کودک در والدین می‌شود [۲۵]. نتایج مطالعه Davis-Groves و همکاران (۲۰۰۷) نیز مؤید این موضوع است که حمایت هم‌تایان از والدین به سبب مزایایی که برای والدین به همراه دارد، باعث بهبود رفتار کودکان نیز می‌شود [۱۷]. برخی مطالعات از تأثیر حمایت هم‌تایان بر عملکرد خانواده و استحکام آن حکایت دارند و نشان داده‌اند که حمایت هم‌تایان منبع توانمند سازی خانواده است و سبب نزدیکی اعضای خانواده به یکدیگر می‌شود [۲۶]. همچنین در یک مطالعه،

والدین شرکت‌کننده در برنامه حمایت هم‌تا، تغییرات مثبتی را در سلامت روان‌شناختی خود گزارش کردند که به‌نوبه خود تأثیر مثبتی در رابطه با فرزندشان داشته است [۲۷]. نتایج مطالعه Singer و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که برنامه‌های حمایت والدین از والدین به‌طور کلی می‌تواند کیفیت زندگی کل اعضای خانواده دارای فرزند دچار ناتوانی را از طریق فراهم کردن حمایت‌های ویژه و کاربردی افزایش دهد [۲۸].

نتایج نشان داده است که فشارهای روانی ناشی از بیماری کودک در برخی از والدین به اندازه‌ای است که آنان از آرامش‌بخشیدن به کودک ناتوان می‌شوند و از به‌کارگیری راهکارهایی که سبب بهبود کیفیت زندگی کودک بیمار می‌شود، باز می‌مانند. در نتیجه کیفیت زندگی کودک کاهش می‌یابد [۲۹]. حال اگر با به‌کارستن راهکارهایی بتوان از شدت فشارهای روانی بر والدین کاست، می‌توان انتظار داشت که کیفیت زندگی کودک نیز افزایش یابد. در همین راستا، Ireys و همکارانش (۲۰۰۱) چنین بیان می‌کنند که حمایت اجتماعی از والدین به‌عنوان یک منبع می‌تواند به‌طور مستقیم بر سلامت روان والدین دارای فرزند دچار بیماری مزمن تأثیر بگذارد، محیط‌های اجتماعی و روانی خانواده را شکل دهد، دسترسی به منابع را برای اعضای خانواده فراهم می‌کند و بر سازگاری و تطابق کودک بیمار با بیماری تأثیر گذارد. همچنین، ارتقاء سلامت روان والدین نیز می‌تواند محیط خانواده را به شکل مناسبی تغییر دهد، بر درک اعضای خانواده از تأثیر بیماری

متغیرهای روان‌شناختی مانند بهزیستی ذهنی کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن بپردازند.

نتیجه‌گیری

بهره‌گیری از برنامه‌های حمایت هم‌تایان از مادران کودکان مبتلا به ALL مانند آنچه در پژوهش کنونی انجام شد، می‌تواند سبب بهبود کیفیت زندگی کودکان شود. بنابراین، استفاده از این برنامه حمایتی به‌تنهایی یا در ترکیب با شیوه‌های دیگر در ارتقاء کیفیت زندگی کودکان مبتلا به ALL توصیه می‌شود.

سپاسگزاری

مقاله حاضر بخشی از پایان‌نامه دانشجویی مصوب دانشگاه علوم پزشکی زاهدان با کد ۸۴۴۳ است. بدین وسیله مراتب قدردانی و تشکر خودمان را از حمایت تمامی عزیزانی که به هرنحوی ما را در انجام این طرح یاری کردند و مادران شرکت‌کننده در پژوهش اعلام می‌کنیم.

تعارض در منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارضی در منافع وجود ندارد

منابع مالی

منابع مالی این مطالعه توسط نویسندگان تامین شده است.

مزمین بر خانواده تأثیر بگذارد و به‌نوبه خود سبب سازگاری بیشتر کودک با بیماری شود [۲۱]. بنابراین، ارتقاء کیفیت زندگی کودکان بیمار و ابعاد آن از طریق فراهم‌آوردن حمایت اجتماعی از والدین مانند حمایت هم‌تایان با عنایت به فواید بی‌شماری که در مطالعات گذشته نشان داده شده است، قابل توجه است. استفاده از طرح کارآزمایی تصادفی‌شده، میزان ریزش کم نمونه و به‌کارگیری ابزار معتبر و پایا در مطالعه برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی کودکان از قوت‌های مطالعه محسوب می‌شوند. در عین حال، مطالعه دارای محدودیت‌هایی است، بنابراین، در تعمیم نتایج آن را به سایر جمعیت‌های مبتلا به سرطان خون باید جانب احتیاط رعایت شود. نخست اینکه انتخاب نمونه‌های پژوهش تنها از یک مرکز درمانی صورت گرفته است. دوم اینکه جامعه پژوهش را صرفاً کودکان مبتلا به ALL تشکیل می‌دادند. سوم اینکه ابزار کیفیت زندگی کودکان صرفاً توسط مادران کودکان مبتلا به ALL تکمیل شده است و از آنجاکه مطالعات گذشته حاکی از تأثیر حمایت هم‌تایان در خوش‌بینی و امیدواری افراد است [۳۰]، بنابراین، ممکن است نمره کیفیت زندگی کودکان تحت تأثیر احساسات پدیدآمده در مادر قرار گرفته باشد. پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده روی والدین کودکان مبتلا به سایر سرطان‌ها و بیماری‌های مزمن انجام شود و ابزار کیفیت زندگی از دیدگاه خود کودک نیز جمع‌آوری شود. همچنین پژوهش‌های آینده می‌توانند به بررسی تأثیر حمایت هم‌تایان از والدین بر سبک زندگی و سایر

References

1. American Cancer Society. Cancer facts and figures [Internet]. Atlanta, USA: Author; 2015 [cited 2015 Oct 15]. Available from: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@editorial/documents/document/acspc-044552.pdf>
2. Mojen LK, Rassouli M, Eshghi P, Zendedel K, Sari AA, Karimooi MH, Tahmasebi M, Farahani AS. Pediatric Palliative Care in Iran: Applying Regionalization of Health Care Systems. *Asia Pacific J Cancer Prev*. 2018; 19(5):1303.
3. Pesola F, Ferlay J, Sasiemi P. Cancer incidence in English children, adolescents and young people: past trends and projections to 2030. *Br J Cancer*. 2017; 117(12):1865. [DOI:10.1038/bjc.2017.341] [PMID] [PMCID]
4. Ward E, DeSantis C, Robbins A, Kohler B, Ahmedin J. Childhood and adolescent cancer statistics. 2014. *CA Cancer J Clin*. 2014; 64(2):83-103. [DOI:10.3322/caac.21219] [PMID]
5. Hunger SP, Lu X, Devidas M, Devidas M, Camitta BM, Gaynon PS, et al. Improved survival for children and adolescents with acute lymphoblastic leukemia between 1990 and 2005: a report from the Children's Oncology Group. *J Clin Oncol*. 2012; 30:1663-9. [DOI:10.1200/JCO.2011.37.8018] [PMID] [PMCID]
6. Yariş N, Yavuz MN, Yavuz AA, Ökten A. Assessment of quality of life in pediatric cancer patients at diagnosis and during therapy. *Turk J Cancer*. 2001; 31(4):139-49.
7. Bradlyn AS, Ritchey AK, Harris CV, Moore IM, O'Brien RT, Parsons SK, et al. Quality of life research in pediatric oncology. *Cancer*. 1996; 78(6):1330-2. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0142\(19960915\)78:6<1333::AID-CNCR24>3.0.CO;2-0](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0142(19960915)78:6<1333::AID-CNCR24>3.0.CO;2-0) [DOI:10.1002/(SICI)1097-0142(19960915)78:63.0.CO;2-0]
8. Mounir G M, Abolfotouh M A. Assessment of healthrelated quality of life among school children with cancer in Alexandria. *J Egypt Public Health Assoc*. 2007; 82(3,4):219-38.

9. Eiser C, Eiser JR, Stride CB. Quality of life in children newly diagnosed with cancer and their mothers. *Health Qual Life Outcom.* 2005; 3: 29 [DOI:10.1186/1477-7525-3-29] [PMID] [PMCID]
10. Matziou V, Perdikaris P, Galanis P, Dousis E, Tzoumakas K. Evaluating de-pression in a sample of children and adolescents with cancer in Greece. *Int Nurs Rev.* 2008; 55:314-9. [DOI:10.1111/j.1466-7657.2008.00606.x] [PMID]
11. Sung L, Klaassen R, Dix D, Pritchard S, Yanofsky R, Dzolganovski B, et al. Identification of pediatric cancer patients with poor quality of life. *Br J Cancer.* 2009; 100:82-8. [DOI:10.1038/sj.bjc.6604826] [PMID] [PMCID]
12. WHO. Palliative Care. 2018. Availbale online at: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
13. Gielen AC, McDonnell KA, Wu AW, O'Campo P, Faden R. Quality of life among women living with HIV: the importance violence, social support, and self-care behaviors. *Soc Sci Med.* 2001; 52(2):315-22. [DOI:10.1016/S0277-9536(00)00135-0]
14. DeGenova MK, Rice FP. *Intimate relationships, marriages, & families.* 5th ed. Boston, MA: McGraw Hill. 2002.
15. Polinsky ML, Pion-Berlin L, Williams S, Long T, Wolf AM. Preventing child abuse and neglect: a national evaluation of Parents Anonymous groups. *Child Welfare.* 2010; 89(6):43-62.
16. Scharer, K. Internet social support for parents: The state of science. *J Child Adol Psych Nursing.* 2005; 18(1):26-35. [DOI:10.1111/j.1744-6171.2005.00007.x] [PMID]
17. Davis-Groves S, Barfield ST, McCave E, Corrigan SK. Parent support: Building structures that support and assist children. *School of Social Welfare, University of Kansas;* 2007. Retrieved from <http://www.socwel.ku.edu>
18. Hartman AF, Radin MB, McConnell B. Parent-to-parent support: a critical component of health care services for families. *Issu Compr Pediat Nurs.* 1992; 15(1):55-67. [DOI:10.3109/01460869209078240] [PMID]
19. Rosenberg AR, Dussel V, Kang T, Geyer JR, Gerhardt CA, Feudtner C, et al. Psychological distress in parents of children with advanced cancer. *JAMA Pediatr.* 2013; 167(6):537-43. [DOI:10.1001/jamapediatrics.2013.628] [PMID] [PMCID]
20. Lown EA, Phillips F, Schwartz LA, Rosenberg AR, Jones B. Psychosocial follow-up in survivorship as a standard of care in pediatric oncology. *Pediatr Blood Cancer.* 2015; 62(suppl 5): S514-84. [DOI:10.1002/pbc.25783] [PMID] [PMCID]
21. Ireys, HT, Chernoff R, Stein R, DeVet KA, Silver E. Outcomes of community-based family-to-family support: Lessons learned from a decade of randomized trials. *Children's Services: Soc Policy, Res Practice.* 2001; 4(4):201-6. [DOI:10.1207/S15326918CS0404_04]
22. Sharif F, Abshorshori N, Tahmasebi S, Hazrati M, Zare N, Masoumi S. The effect of peer-led education on the life quality of mastectomy patients referred to breast cancer-clinics in Shiraz, Iran 2009. *Health Qual Life Outcomes.* 2010; 8(1):74. [DOI:10.1186/1477-7525-8-74] [PMID] [PMCID]
23. Ravens-Sieberer U, Bullinger M. Assessing health-related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: first psychometric and content analytical results. *Qual Life Res.* 1998;7(5):399-407 [DOI:10.1023/A:1008853819715] [PMID]
24. Valizadeh L, Hosseinpour-Feizi AA, Joonbakhsh. F. Comparing the quality of life in children with cancer in Tabriz Children Medical and Training Center reported by themselves and their parents, 2013. *J Clin Nurs Midwifery.* 2014; 3(1):1-8.
25. Ramacher D. Parent peer support: impact on children with mental illness. *J Student Res.* 2011: 1-20.
26. Singer GH, Marquis J, Powers LK, Blanchard L, Divenere N, Santelli B, et al. A multi-site evaluation of parent to parent programs for parents of children with disabilities. *J Early Interven.* 1999; 22(3):217-29. [DOI:10.1177/105381519902200305]
27. Solomon M, Pistrang N, Barker C. The benefits of mutual support groups for parents of children with disabilities. *America J Community Psych.* 2001; 29(1):113-32. [DOI:10.1023/A:1005253514140] [PMID]
28. Singer GH, Hornby G, Park J, Wang M, Xu J. Parent to parent peer support across the Pacific Rim. *J Int Spec Need Edu.* 2012; 15(2):89-106. [DOI:10.9782/2159-4341-15.2.89]
29. Han HR. Korean mothers' psychosocial adjustment to their children's cancer. *J Advanc Nurs.* 2003; 44(5):499-506. [DOI:10.1046/j.0309-2402.2003.02833.x] [PMID]
30. Bracke P, Christiaens W, Verhaeghe M. Self-esteem, self-efficacy, and the balance of peer support among persons with chronic mental health problems. *J Appl Soc Psych.* 2008; 38(2):436-59. [DOI:10.1111/j.1559-1816.2008.00312.x]