Journal of Spiritual Health

2022, Volume 1, Issue 2
Pages: 94-104

10.30491/JSH.1.2.94

Integrating Art Therapy with the Sound Heart Spiritual Care Protocol in the Families of Children with Cancer

Minoo Asadzandi [1*], Ali Seyed-Kalal [2]

[1] *Medicine, Quran and Hadith Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran*
[2] *Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabaei University, Tehran, Iran*

Abstract

Background and Aim: The spiritual crisis due to the lack of explanation about the cause of life's sufferings, its purpose and meaning along with the consequences of the care burden of parents as informal caregivers, disrupt the spiritual health of cancerous children's families which need "family-centered" spiritual care. Art as a spiritual phenomenon along with enlightenment and intuition, leads human to health. The aim of this study was to explain the integration method of art therapy in the spiritual care protocol of the sound heart model of cancerous children's families.

Methods: This combined study was performed in 1401 based on the Cresswell et al. model (2003) with a sequential-variable approach (exploratory and explanatory) and the Islamic theory of spiritual health (sound heart model). Qualitative data of unsystematic review and contractual content analysis of applications of art therapy in the treatment of patients' distresses were combined with quantitative data of numerous clinical trials based on the sound heart model as a protocol for conducting spiritual counseling sessions. The meta-inferential validations were performed in two sections, - in the quantitative data section through "internal-external validity", - in the qualitative data section with "reliability or capability index".

Results: Family-centered spiritual care for spiritual self-care empowerment is implemented in four steps: 1. Establishing spiritual relationship with the patient and family based on compassion with the aim of gaining trust and attention to spiritual suffering; 2. Increasing knowledge with the aim of developing self-awareness along with self-compassion and understanding the positive aspects of problems; 3. Developing communication for strengthening a secure attachment to God, strengthening the spiritual connection with people and the world of creation for creating the courage to face the crisis of disease, hope, positive thinking; 4. Motivation for strengthening the adaptation ability, creating a sense of self-efficacy. The use of different types of art in spiritual care sessions was explained.

Conclusion: Considering the effect of art and spirituality in promoting the spiritual health of the family, the use of a combined protocol of spiritual care of sound heart with art therapy in the care of cancerous children's families is recommended.

Keywords: Patients, Family, Spirituality, Care, Neoplasm.

*Corresponding author: **Minoo Asadzandi,** Email: mazandi498@gmail.com

Received: 9 May 2022 **Accepted:** 9 August 2022

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.1.2.94]

مجله سلامت معنوی
دوره ۱، شماره ۲، مهر ۱۴۰۱
صفحات: ۱۰۴-۹۴
10.30491/JSH.1.2.94

تلفیق هنر درمانی با پروتکل مراقبت معنوی قلب سلیم در خانواده کودکان مبتلا به سرطان

مینو اسدزندی[۱]*، علی سیدکلال[۲]

[۱] مرکز تحقیقات طب، قرآن و حدیث، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران
[۲] دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: بحران معنوی ناشی از عدم تبیین علت رنج‌های زندگی، هدف و معنای آن، در کنار پیامدهای ناشی از "بارمراقبتی" والدین به عنوان مراقبان غیررسمی، سبب اختلال سلامت معنوی خانواده کودکان مبتلا به سرطان می‌شود که نیازمند مراقبت معنوی "خانواده محور" است. هنر به عنوان پدیده معنوی واجد نوعی اشراق و شهود، انسان را به سمت سلامت سوق می‌دهد. این مطالعه با هدف تبیین چگونگی تلفیق هنر درمانی در پروتکل مراقبت معنوی مدل قلب سلیم در خانواده کودکان مبتلا به سرطان انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه ترکیبی، در سال ۱۴۰۱ مبتنی بر مدل کرسول با رویکرد متوالی-تغییرپذیر (اکتشافی و تبیینی) بر مبنای نظریه اسلامی سلامت معنوی (قلب سلیم) انجام شد. داده‌های کیفی حاصل از مرور غیرنظامند و تحلیل محتوای قراردادی کاربردهای هنر در درمان دیسترس‌های بیماران، با داده‌های کمی حاصل از کارآزمایی‌های بالینی متعدد مبتنی بر مدل قلب سلیم در قالب پروتکل اجرای جلسات مشاوره معنوی، تلفیق شدند. اعتبارسنجی فرا استنباط‌های به‌دست آمده، در دو بخش انجام شدند، در بخش داده‌های کمی از طریق اعتبار درونی-بیرونی، در بخش داده‌های کیفی با اعتمادپذیری یا شاخص قابلیت.

یافته‌ها: مراقبت معنوی خانواده محور با هدف توانمندسازی خودمراقبتی معنوی طی چهار گام انجام می‌شود. ۱) برقراری ارتباط معنوی با بیمار و خانواده بر مبنای شفقت با هدف جلب اعتماد و توجه به رنج‌های معنوی؛ ۲) دانش‌افزایی با هدف توسعه خود آگاهی و شفقت به خود و توجه به جنبه‌های مثبت مشکلات؛ ۳) توسعه ارتباطات با هدف تقویت دلبستگی ایمن به خدا، جهت تقویت ارتباط معنوی با مردم و عالم خلقت و ایجاد شهامت مواجهه با بحران بیماری، امیدواری، مثبت‌اندیشی؛ ۴) انگیزش با هدف تقویت توان سازگاری با مشکلات، ایجاد احساس خود کارآمدی. کاربرد انواع "هنرهای هشتگانه" در جلسات مراقبت معنوی تبیین شدند.

نتیجه‌گیری: با توجه به تاثیر هنر و معنویت در ارتقای سلامت معنوی خانواده، استفاده از پروتکل تلفیق‌شده مراقبت معنوی قلب سلیم با هنر درمانی در مراقبت از خانواده کودکان سرطانی توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: بیماران، خانواده، معنویت، مراقبت، نئوپلاسم.

*نویسنده مسئول: **مینو اسدزندی.** پست الکترونیک: mazandi498@gmail.com
دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۲/۱۹ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۰۵/۱۸

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.30491/JSH.1.2.94]

مقدمه

به‌دلیل رشد روزافزون سرطان و افزایش بار مالی و روانی این بیماری، تحقیقات بر روی این پدیده، مدنظر کشورهاست. سرطان تکثیر غیرقابل کنترل سلول‌های تشکیل‌دهنده نئوپلاسم بدخیم، بیماری ناتوان‌کننده، مزمن و تهدیدکننده حیات، سومین عامل مرگ بزرگسالان ایرانی و دومین عامل مرگ کودکان کشورهای جهان سوم است (۱). حدود ۴ درصد مرگ و میرکودکان زیر پنج سال و ۱۳ درصد مرگ کودکان پنج تا ده ساله را به خود اختصاص داده، به نحوی که سالانه در امریکا با تشخیص بیش از ۸۵۰۰ مورد جدید سرطان کودکان کمتر از پانزده سال، بیش از ۱۲هزار کودک با استرس این بیماری مواجه می‌شوند (۲). بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت انتظار می‌رود آمار ابتلای ده میلیون نفری کودکان در سال ۲۰۰۰، به پانزده میلیون نفر در سال ۲۰۲۰ برسد که ۶۰ درصد از آن مربوط به کشورهای کمتر توسعه‌یافته باشد (۳). شمار کودکان ایرانی مبتلا به سرطان، پانزده کودک از هر صد هزار کودک در هر سال بوده، در سال ۱۳۹۶ تعداد کل مبتلایان ۴۵۰۰ تا ۶۰۰۰ نفر گزارش شده که در میان انواع سرطان‌های کودکان، لوسمی، تومورهای مغزی و چشم و ویلمز شایع‌ترین موارد بوده‌اند (۴).

معمولا کودک سرطانی نیاز به دو تا چهار سال درمان، با هزینه ماهیانه، بالغ بر ۳۳ میلیون تومان دارد تا ۷۵ درصد کودکان در دنیا و ۵۰-۳۰ درصد کودکان سرطانی در ایران بتوانند به مرحله بزرگسالی برسند (۵). طبیعت مزمن سرطان، بیمار را ناگزیر از تحمل درمان طولانی‌مدت با داروهای شیمی‌درمانی و عوارض جانبی درمان، در کنار علائم و نشانه‌های جسمی کرده (۶) و رنج‌های متعددی مانند اختلال در عملکرد روزانه، از دست دادن مدرسه، اختلال در روابط با همسالان، عوارض شیمی‌درمانی (نظیر تهوع، ریزش مو، خستگی، دردهای عضلانی، تغییرات وزن، عدم اطمینان از پیش‌آگهی بیماری و درمان آن) و ترس از مرگ را به وی تحمیل می‌نماید (۷). در این میان، چالش‌های معنوی، یافتن معنایی برای درد و رنج ناشی از بیماری، هسته اصلی زندگی بیماران سرطانی است. ایشان با آگاه شدن از بیماری خود، سوالات مهمی درباره مرگ و زندگی دارند، نظیر این که چرا من بیمار شده‌ام؟ چرا در میان دوستان و کودکان اقوام، من بیمار شده‌ام؟ چرا همه بدی‌ها برای من است؟ من چگونه می‌میرم؟ چه اتفاقی پس از مرگ رخ می‌دهد؟ آیا من از آن دنیا شما را می‌بینم؟ بهشت و جهنم چگونه جایی است؟ چرا خدا من را دچار بیماری و رنج کرده؟ (۸). ابتلای کودک، جریان رشد معنوی را در وی تسریع کرده، نیاز به معنا جهت مقابله با بحران بیماری را ایجاد می‌کند. چنانچه والدین نتوانند به سوالات کودک درباره چرایی ابتلا به بیماری پاسخ دهند، او به‌دنبال ناتوانی در یافتن معنا و هدف زندگی، دچار پریشانی معنوی شده، آن را با علائمی چون: کمبود انرژی، اضطراب، افسردگی، دردهای غیرطبیعی، گریه و اندوه، فقدان کنترل بر تفکر و عواطف، احساس رهاشدگی و تنهایی، احساس گناه، عصبانیت و پرخاشگری، انکار، ناامیدی و درماندگی، خودتخریبی، احساس ناتوانی، تحریک‌پذیری، شک و تردید در مورد خدا نشان داده (۹) و نیازمند مراقبت معنوی می‌شود.

از سوی دیگر بیماری فرزند، مورد تهدید قرارگرفتن زندگی او، بستری شدن‌های مکرر، هیجانات شدیدی در والدین ایجاد کرده، ادامه زندگی طبیعی خانواده را مختل می‌کند (۱۰). تغییر روند مراقبت پزشکی کودکان سرطانی، از بیمارستان به سمت مراقبت در منزل، به شکل سرپایی، فشارمراقبتی مضاعفی را به خانواده تحمیل می‌کند که به صورت واکنش جسمی، روانی و اجتماعی مراقبت‌کننده، ناشی از عدم تعادل بین نیازهای مراقبتی با دیگر وظایف مراقب (نقش‌های فردی، اجتماعی، وضعیت جسمی-روانی و منابع مالی) تعریف می‌شوند (۱۱) که با دو بُعد عینی (میزان زمان و تلاش مورد نیاز برای تأمین نیازهای دیگران، مشکلات مربوط به هزینه‌های مالی، روابط خانوادگی و عملکرد اجتماعی) و ذهنی (مشکلات روانی و رفتاری ناشی از بیماری) اولویت مهم در تحقیقات انکولوژی اطفال می‌باشند (۱۲). چرا که والدین به عنوان مراقبین غیررسمی، مسئولیت مستقیم نگهداری و مراقبت از کودک بیمار را برعهده دارند، با شدت بیماری کودک، نیازهای‌مراقبتی خانواده ایشان هم افزایش می‌یابند (۱۳). فشار مراقبتی، کودک بیمار و خانواده را با ناتوانی در انجام امور روزمره زندگی و اختلال در تمام ابعاد سلامت مواجه کرده (۱۴)، سبب انزوای خانواده، قطع امید از حمایت‌های اجتماعی، اختلال در روابط خانوادگی و مراقبت ناکافی از بیمار و در نهایت رها کردن کودک بیمار می‌شود (۱۵). انجام بخش وسیعی از درمان کودک در منزل، موجب تحمیل مسئولیت‌هایی بیش از مسئولیت والدینی همانند: کنترل مصرف دارو، کنترل مسمومیت و عوارض دارویی، ارتباط با تیم درمان، بررسی علائم بیماری، فراهم کردن اقدامات غیردارویی، کمک به کودک برای سازگاری با شرایط بیماری، گزارش وضعیت کودک به تیم‌درمانی می‌شوند (۱۶). تنش‌های عاطفی و دیسترس‌های معنوی والدین مانند ناامیدی از رحمت خدا، نارضایتی از سرنوشت، احساس گناه، استرس، اختلال استرس پس از سانحه، اضطراب، افسردگی، مشکلات مالی و شغلی، اختلال در روابط خانوادگی و ارتباطات زناشویی، مشکلات مراقبت از سایر فرزندان، منجربه اختلال در زندگی خانوادگی، اجتماعی، کاهش توان سازگاری و اختلال سلامت معنوی، کاهش کیفیت مراقبت‌ها وکیفیت زندگی کودک بیمار می‌گردند (۱۷). داشتن یک کودک مبتلا به سرطان، سبب بی‌ثباتی عاطفی، عدم اطمینان و تنش در میان اعضای خانواده می‌شود. چرا که والدین علاوه بر واکنش عاطفی فرزندشان نسبت به بیماری، واکنش خود را نیز دارند و باید از اعضای دیگر خانواده نیز مراقبت کنند (۱۸). مادران هنگام تشخیص سرطان در کودک خود، دچار شوک و ناباوری، تجربه‌ای به ستوه آورنده، زندگی با بار مضاعف روانی می‌شوند (۱۹) که مراقبت معنوی خانواده محور (۲۰) با توجه به نیازهای خانواده، جهت توانمندسازی خود مراقبتی معنوی را الزامی می‌کند (۲۱).

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.1.2.94]

ابتلای به سرطان به عنوان بیماری تهدیدکننده حیات، به علت عدم اطمینان به آینده، سبب کاهش اعتماد به نفس و توان سازگاری و بحران معنوی خانواده شده و ایشان را به کمک طلبیدن از یک منبع مقدس سوق می‌دهد (۲۲)، تا با تقویت باورهای مذهبی در زندگی و معنا دادن به زندگی از طریق ارتباط با خداوند، امکان مقابله با بحران‌های مختلف زندگی فراهم شود (۲۳). باورهای مذهبی با سلامت جسمی–روانی، رضایت از زندگی، نشاط و سرزندگی، ارتباط مثبت معناداری دارد. راهبردهای سازگاری مذهبی در حفظ و ارتقای عزت نفس، حس هدفمندی و معناداری زندگی، افزایش آسودگی روانی و امیدواری موثرند (۲۴). شیوه‌های مقابله مذهبی، می‌توانند شهامت مواجهه با بحران بیماری را بالا برده و از طریق تاثیر حالات روانی بر عملکرد سیستم عصبی– ایمنی و غدد درون‌ریز بدن، سرعت بهبودی را افزایش داده، علاوه بر سلامت روانی، شرایط جسمانی را بهبود ببخشند (۲۵). به این جهت امروزه معتقدند، بدون توجه به بُعد معنوی سلامت، نمی‌توان به ارتقای سایر ابعاد سلامت نایل شد. زیرا معنویت دینی در پرتو توسعه دلبستگی به خدا (در نظر گرفتن خدا به عنوان پناهگاه امن، مورد اعتماد و قابل اتکا) از طریق حقیقت‌بندگی، به زندگی معنا داده، سایر ارتباطات انسانی را رنگ الهی می‌زند، موجب سازگاری و تحمل رنج بیماری می‌شود (۲۶). باور به وجود عالم غیب و روح ملکوتی در انسان (به تعبیر قرآن، قلب)، به عنوان جوهر روحانیه و لطیفه ربانیه از عالم امر الهی که شناسا، دانا، توانا، مورد تکلیف الهی، محل عواطف و احساسات، دارای اصالت و حیات جاودان که اراده و قدرت انتخاب انسان از مظاهر آن است، در کنار ایمان به حیات پس از مرگ، در پیروان ادیان ابراهیمی، سبب آرامش روانی و پذیرش مرگ به عنوان تولدی دوباره در عالم دیگر، به‌دور از رنج و محنت شده، کمک می‌کند تا بیمار مراحل آخر بیماری را به‌خوبی گذرانده و دچار ترس و وحشت از مرگ نگردد (۲۷). اسدزندی مبتنی بر شواهد دینی اسلام، سلامت معنوی را برخورداری از قلب سلیم معرفی نموده، ویژگی اصلی صاحبان قلب سلیم، را زندگی کردن در زمان حال، به دور از غم و حسرت گذشته، اضطراب و ترس ازآینده، با ملکه صبر و شکر می‌داند که با حقیقت بندگی و دلبستگی ایمن به خدا، در پرتو توکل و تفویض امور زندگی به خدا حاصل می‌شود، صبر بر مصائب و سازگاری خانواده با شرایط سخت زندگی را افزایش می‌دهد (۲۸). دلبستگی ایمن به خدا، کمک می‌کند تا خانواده امید خود را از دست نداده، در شرایط دشوار زندگی، دست از تلاش برندارد، با احساس آرامش، امنیت، شادی، بهجت، امیدواری و خوش‌بینی به آینده، نیرومند و شاداب، همراه با تاب‌آوری، مشکلات و سختی‌های زندگی را به‌عنوان یک آزمایش الهی نگریسته و آن را پشت سر بگذارد (۲۹).

توجه محافل علمی جهان، به بُعد معنوی سلامت، به عنوان حس خوش‌آهنگی که ارتباط با خود، دیگران، طبیعت و نهایتی فراتر از زمان را در بر دارد، نشانگر تأثیر عمیق معنویت بر نگرش‌ها، رفتارها، بیوشیمی و فیزیولوژی فکر و بدن بوده، موید لزوم ارائه مراقبت معنوی به عنوان جزء اصلی مراقبت کل‌نگر است (۳۰). به‌دلیل این که انجام مراقبت معنوی مانند هر مداخله دیگری نیازمند بهره‌گیری از مدل مراقبت جامعه‌نگر است تا چگونگی اجرای مراقبت معنوی را در قالب الگوریتمی هماهنگ با فرهنگ و باورهای بیمار و خانواده بیان کند، با توجه به این که مدل مراقبت معنوی قلب سلیم، مبتنی بر معنویت دینی اسلام (بر مبنای شناخت‌شناسی وحیانی و با استفاده از شواهد دینی یعنی آیات قرآن و روایات معتبر شیعه)، طراحی و اعتبارسنجی شده، هدف از مراقبت معنوی را رسیدن به قلب سلیم (روح آرام و مطمئن، سرشار از اعتماد، عشق، امید، بهجت، وخشنودی و رضا) می‌داند، مبنای انجام خدمات سلامت معنوی قرار گرفته (۳۱)، تا توانمندسازی خودمراقبتی بیمار و خانواده را در چهار گام اجرا کند: ۱) برقراری ارتباط با بیمار و خانواده بر مبنای شفقت با هدف جلب اعتماد، ۲) دانش‌افزایی با هدف توسعه خوداگاهی و شفقت به خود، جهت درک رنج‌های زندگی و تلاش برای تسکین آلام، ۳) توسعه ارتباطات با هدف تقویت دلبستگی ایمن به خدا، برای تقویت ارتباط معنوی با مردم و عالم خلقت، ایجاد شهامت مواجهه با بحران بیماری، امیدواری، مثبت‌اندیشی، و ۴) انگیزش با هدف تقویت توان سازگاری با مشکلات، ایجاد احساس خود کارآمدی و عزت نفس (۳۲).

مدل قلب سلیم توجه به نیازهای معنوی بیمار و خانواده، مراقبت از خود، مراقبت در منزل، مشارکت بیمار و خانواده در فرآیند درمان، احترام به باورهای خانواده، توجه به علایق ایشان در انتخاب شیوه مراقبت معنوی را ضروری می‌داند. بیمار و خانواده وی را مورد حمایت قرار داده و بر خانواده محوری تاکید دارد. مبتنی بر رویکرد کل‌نگر، علاوه بر عکس‌العمل‌های جسمی، روانی، اجتماعی بیمار به بیماری، به دیسترس‌های معنوی بیمار و خانواده توجه کرده، آن‌ها را به سمت ایجاد احساس امیدواری، امنیت و آرامش، عشق و نشاط هدایت می‌کند تا بیمار علاوه‌بر توانایی مراقبت از خود، سازگاری با شرایط جهت انجام فعالیت‌های روزمره زندگی و توان ایفای نقش‌های اجتماعی، در وجود خود احساس آرامش و اطمینان خاطر و رضایت کند و خود را از هر آسیب و گزندی در پناه خدا در امان بداند (۳۳).

با توجه به زمینه ژنتیکی ابتلا به بعضی بیماری‌ها، تاثیر شرایط محیطی، سبک ناسالم زندگی، عادات غیربهداشتی و رفتارهای پرخطر در بروز بیماری، مدل به تاثیر حالات روحی، نحوه تفکر و جهت‌گیری نیات بر بیماری که در پسیکونوروایمنولوژی هم به تایید رسیده، توجه می‌کند (۳۴). علاوه برکمک به خانواده برای اصلاح عملکرد رفتاری، به مساعدت در جهت اصلاح افکار و نیات پرداخته، با تنظیم و اصلاح شرایط محیط فیزیکی روانی اجتماعی و معنوی، زمینه اصلاح عواطف و رفتار را فراهم نموده و توانمندسازی خودمراقبتی معنوی بیمار وخانواده را به عنوان یک استراتژی نوین، آموزش می‌دهد (۳۵).

با توجه به این که هنر یگانگی روح هنرمند با عالم طبیعت، ثبت

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.1.2.94]

تصویر آن یگانگی در یک نماد، امری معنوی، واجد نوعی اشراق و شهود بوده به معنای استفاده از توانایی و تخیل انسانی در خلق آثار زیبایی است که می توان آن‌ها را با دیگران به اشتراک گذاشت. فعالیت انسانی است که در آن، انسان آگاهانه و به یاری علائم ظاهری، احساسات و تجربه زیسته خود را به دیگران انتقال می‌دهد تا آن‌ها نیز بتوانند آن احساسات را تجربه کنند و از همان مسیر حسی و خیالی وی بگذرند. به‌دلیل ان که هنر، وسیله ارتباط با انسان‌ها جهت سیر به سوی سعادت فرد و جامعه انسانی است که توانایی و کارکردی انقلابی دارد، آن هم انقلابی ثابت، ماندگار و پیروزمند. هنر تلاش ذهنی بشر برای شناخت خویش و عالم هستی است. نمایانگر ارزش‌های انسانی در قالبی زیبا، موزون، هماهنگ و جذاب، به صورت احساسی پایدار که انسان را به سمت تعالی سوق داده، شعور و عقل را در حوزه احساس وارد می‌کند، با عمری جاودانه برای همه زبان‌ها و فرهنگ‌ها نقش هدایت‌گر دارد (۳۶). به‌دلیل اهمیت کاربردهای درمانی هنر در مراقبت معنوی از بیماران مزمن و صعب‌العلاج و همچنین خلاء مطالعاتی در این زمینه، این مطالعه به منظور تبیین چگونگی تلفیق هنر درمانی در پروتکل مراقبت معنوی قلب سلیم در خانواده کودکان مبتلا به سرطان انجام شد.

روش

این تحقیق در سال ۱۴۰۱ با روش تحقیق ترکیبی Mixed Methods Research صورت گرفت. این روش از سال ۱۹۹۰ به عنوان جنبش سوم روش‌شناسی با هدف ایجاد همگرایی در رهیافت تحقیقات کمی و کیفی در یک مطالعه واحد، مبتنی بر فلسفه پراگماتیسم (استفاده از هر چیزی که کارا و مفید است) شکل گرفت. از نظر هستی‌شناختی به پیچیدگی واقعیت‌های اجتماعی، از نظر معرفت‌شناختی به تفهیم و تبیین متوازن، از نظر روش‌شناسی، به ترکیب همزمان دو شیوه نظارت و غوطه‌وری در پدیده‌های اجتماعی باور دارد (۳۷،۳۸). این مطالعه ترکیبی مبتنی برمدل کرسول و همکاران (۲۰۰۳) با رویکرد متوالی-تغییرپذیر (اکتشافی و تبیینی) بر مبنای نظریه سلامت معنوی قلب سلیم اجرا شد (۳۹). داده‌های کیفی حاصل از مرور غیرنظامند و تحلیل محتوای قراردادی کاربردهای هنر در درمان دیسترس‌های بیماران، با داده‌های کمی حاصل از کارآزمایی‌های بالینی متعدد مبتنی بر مدل قلب سلیم در گروه‌های مختلف در قالب پروتکل اجرای جلسات مشاوره معنوی، تلفیق شدند. چرا که در بخش کمی تحقیق ترکیبی، در نظر گرفتن منطق قیاسی- فرضیه‌ای، یک اصل بنیادی معرفت‌شناختی و روشی است و نظریه جایگاه اساسی و محوری دارد. محققان با استفاده از نظریه قلب سلیم، چارچوب نظری خود را تدوین نمودند و آن را در طرح عمومی تحقیق به‌کار بردند. در بخش کیفی، این نظریه را به مثابه راهنمای عمومی مد نظر قرار دادند تا نظریه در باز شدن ذهن محققان، توجه به نکات، روندها و ابعاد محوری میدان مطالعه، ارائه چارچوب مفهومی جهت طرح سوال‌های اساسی، نقشی کلیدی ایفا کند (۴۰). در مطالعه کیفی با کلیدواژه‌های هنر، انواع هنر، شعردرمانی، هنر درمانی، درمان‌های مبتنی برهنر، قصه درمانی، جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه: مقالات و کتب فارسی و انگلیسی، با امکان دسترسی به کل متن، برخورداری از شیوه صحیح در تحقیق بودند. مطالعاتی که ویژگی‌های مذکور را نداشتند وارد مطالعه نشدند. پس مطالعه معیار خروج نداشت. ۴۵ مقاله حجم نمونه در بخش کیفی را تشکیل دادند. علی‌رغم تقسیم سنتی هنر به دوشاخه: هنرهای زیبا (آن دسته از هنرهایی که صرفا هنر برای هنر معرفی می‌شود) و هنرهای کاربردی، از تقسیم هنرهای هفت‌گانه ارسطو به اضافه هنر هشتم، به عنوان مجموعه‌ای از آثار و فرآیندهای ساخت انسان با هدف انتقال یک مفهوم، برای اثرگذاری بر احساسات و هوش انسانی که نمایانگر خلاقیت انسان، توانایی و مهارت آفریدن زیبایی است در انواع زیر استفاده شد: هنر اول موسیقی، هنر دوم حرکات نمایشی، هنر سوم هنرهای ترسیمی (نقاشی، خوش نویسی، عکاسی و گرافیک)، هنر چهارم هنرهای تجسمی (معماری، طراحی لباس، مجسمه‌سازی، شیشه‌گری، معرق، آیینه‌کاری و دکوراسیون)، هنر پنجم ادبیات (فیلمنامه، داستان، شعر، روایت، خاطره و ادبیات شفاهی)، هنر ششم هنرهای نمایشی (تئاتر، نمایش‌نامه، تعزیه)، هنر هفتم سینما (بازیگری، کارگردانی)، هنر هشتم طراحی و ساخت بازی‌های ویدئویی و کامپیوتری. با توجه به این که هدف نهایی طرح‌های ترکیبی ارائه بینش چندوجهی (فرااستنباط یا استنتاج مبتنی بر ترکیب یافته‌های کمی و کیفی است) و اعتبارسنجی و ارزیابی فرا استنباط‌های به‌دست آمده از اهمیتی کلیدی برخوردارند، اعتبارسنجی باید متضمن هر دو نوع اعتبارهای کمی و کیفی باشند، در روش کمی از معیارهای اعتبارسنجی (اعتبار درونی- بیرونی، میزانی که در آن یک محقق به‌طور صحیح دیدگاه‌های "بومی" مشارکت‌کنندگان تحقیق و دیدگاه‌های عینی خود را می‌فهمد، به‌کار می‌گیرد و بازنمایی می‌کند) و در جهت اعتبارسنجی بخش کیفی از "اعتمادپذیری یا شاخص قابلیت" (متقاعدکننده بودن یافته‌ها و قدرت الهام‌بخشی به مطالعات دیگر) استفاده شد (۴۱).

نتایج

مراقبت معنوی خانواده محور با هدف توانمندسازی خودمراقبتی معنوی و با استفاده از هنرهای هشتگانه طی چهار گام انجام می‌شود: ۱) برقراری ارتباط معنوی با بیمار و خانواده بر مبنای شفقت با هدف جلب اعتماد و توجه به رنج‌های معنوی، ۲) دانش‌افزایی با هدف توسعه خود اگاهی و شفقت به خود و توجه به جنبه‌های مثبت مشکلات، ۳) توسعه ارتباطات با هدف تقویت دلبستگی ایمن به خدا، جهت تقویت ارتباط معنوی با مردم و عالم خلقت و ایجاد شهامت مواجهه با بحران بیماری، امیدواری، مثبت اندیشی، و ۴) انگیزش با هدف تقویت توان سازگاری با مشکلات، ایجاد احساس خودکارآمدی (جدول ۱).

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.1.2.94]

جدول-۱. برنامه جلسات مراقبت معنوی خانواده محور با تلفیق هنر درمانی، در کودکان مبتلا به سرطان

فرد مسئول	عنوان جلسه	اهداف جلسه	مهارت‌های معنوی آموزش داده شده	تکالیف خانگی
پزشک، پرستار	آشنایی، بررسی احساسات و نگرش بیمار و خانواده به بیماری	برقراری ارتباط درمانی معنوی جهت جلب اعتماد: – آماده ساختن خانواده جهت توجه به رنج‌های خود و تلاش برای کاهش آن‌ها با شفقت به خود – کمک به بیمار تا از احساس درماندگی، ترس، تهدید، غم و اندوه، حالات عاطفی خود با خبر شده و مهارت‌های معنوی را به عنوان عامل کسب قدرت جهت سازگاری بشناسد	آموزش مهارت تفکر منطقی، با انیمیشن و فیلم	مهمترین رنج‌هایم؟ با رنج‌هایم چگونه سازگار می‌شوم ؟ – استفاده از نقاشی، رنگ‌آمیزی، داستان، روایت و خاطره، شعر برای بیان عواطف
پزشک، پرستار	توجه دادن به جنبه‌های مثبت بیماری بر محور دو سوگرایی، با بیان مفهوم آزمایش الهی	دانش‌افزایی معنوی: بیان علل بروز بیماری و روش‌های درمان و مراقبت، با هدف توسعه شجاعت، خوش‌بینی، امید، مثبت‌اندیشی، شفاف سازی چرایی ابتلای بیمار به بیماری	– آموزش اذکار کاهش ترس و اندوه – آموزش لمس توام با نیایش شفا بخش	بیماری چه جنبه‌های خوبی برایم داشته؟ – با استفاده از بازی، قصه، نمایش عروسکی، انیمیشن
پزشک، روانشناس بالینی، پرستار	توسعه خود آگاهی معنوی و احساس شفقت به خود	دانش‌افزایی و شفاف‌سازی: شناسایی تاثیر نیات و افکار بر عواطف و کارکرد سیستم عصبی– ایمنی و غدد درون‌ریز، – تاثیر ابعاد مختلف سلامت بر یکدیگر	– آموزش بررسی و توجه به افکار و عواطف خود – آموزش مهارت تهیه چک لیست معنوی روزانه	افتخارات من در زندگی چیست؟ – استفاده از خاطره نویسی، ایفای نقش، قصه گویی، نقاشی، عکاسی
مددکار اجتماعی	توسعه ارتباطات اجتماعی	جلب حمایت‌های اجتماعی اقوام و دوستان: – ایجاد تمایل درونی برای توسعه روابط خانوادگی و اجتماعی – توصیه به احسان و نیکوکاری	آموزش مهارت معنوی عفو	نامه تشکر و قدر دانی به ... – استفاده از ایمیل، شبکه‌های اجتماعی – استفاده از نقاشی، رنگ‌آمیزی، داستان، خاطره، شعر برای تشکر
روانشناس بالینی، پرستار	توسعه ارتباط با طبیعت	بهرمندی از نعمات عالم خلقت: – توجه به نغمه موجودات عالم، استفاده از روش‌های طب مکمل	استفاده از روش‌های طب مکمل (ورزش، پرورش حیوان خانگی، عطر ریاحین، نگاه به آب روان، استفاده از رنگ‌های مناسب و نور کافی)	طعم کشمش، لذت بردن از لحظه حال و نعمات کوچک – با استفاده از نقاشی، شعر، سفالگری، نمایش عروسکی، خاطره نویسی
پزشک، روحانی	توسعه ارتباط با خدا به عنوان عامل ایجاد امید، شهامت، خوش بینی، استقامت	تقویت دلبستگی ایمن به خدا: – کمک به خانواده تا ایمان درمانی را به عنوان روش درمانی جهت تغییر رفتار و حالات معنوی خود بیاموزند	آموزش ایمان درمانی، خوش‌بینی و حسن ظن	معجزات خدا در زندگیم (نامه‌ای به خدا) – حضوردر مسجد یا زیارتگاه، شرکت در نماز جماعت، خوشنویسی، تهذیب، معرق
روانشناس	مقابله و سازگاری	تقویت سازگاری مسئله محور و سازگاری احساس محور با بیماری	آموزش دستورالعمل‌های مراقبت معنوی مبتنی بر شواهد دینی در مدل قلب سلیم	توانایی من در انجام محاسبه نفس روزانه – با استفاده از سینما، بازی‌های ویدئویی، نمایش
پرستار، خانواده	انگیزش و خود کارآمدی	شناسایی، تایید و تصدیق ارزش‌های مراجع و کمک جهت کسب انگیزه (تمایل درونی) تغییر رفتار و حالات معنوی خود	آموزش مهارت حل مسئله	عشق به او به من توانایی می‌دهد (من می‌توانم) – با خلق اثر هنری مورد علاقه

بحث

مراقبت معنوی که ارائه تخصصی–تیمی خدمات سلامت معنوی، توسط اعضای تیم‌درمانی واجد شایستگی بالینی، در جایگاه منتور (مرشد معنوی) است (۴۲). نیازمند افرادی است که عامل به توصیه‌های خود بوده (حکمت نهج البلاغه) بتوانند با آموزش الگو محور، مشاوره/مراقبت معنوی را اجرا کنند (۴۳). ایشان با پیشقدم شدن در برقراری ارتباط معنوی بر مبنای احترام و شفقت (۴۴) و با جلب اعتماد و مشارکت خانواده به عنوان هسته اصلی مراقبت، سبب تسهیل تعاملات خانواده با تیم‌درمانی و اجرای برنامه توانمندسازی (به‌عنوان فرآیندی پویا، مثبت، تعاملی و اجتماعی، مبتنی بر آموزش مشارکتی) می‌گردند. توجه به نقش تعیین‌کننده شناسایی به موقع فشار مراقبتی والدین و دیسترس‌های کودک در ارتقای سلامت و کیفیت زندگی خانواده و اهمیت توجه به رنج‌های زندگی و پذیرش آن‌ها با تقویت احساس شفقت به خود و خود آگاهی معنوی، اولین گام اجرای مراقبت معنوی، برقراری ارتباط درمانی مبتنی بر شفقت است که با دیدگاه Neff و Dahm

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.1.2.94]

همخوانی دارد (۴۵). از این طریق به بهبود کیفیت زندگی بیماران مزمن، مسئولیت‌پذیری، تعامل بهتر خانواده با تیم‌درمانی، احساس رضایت، پاسخ بهتر به درمان، پیشگیری از عوارض، کاهش هزینه‌های درمانی و نگاه مثبت به بیماری کمک می‌کند (۴۶،۴۷).

Arief و همکاران در سال ۲۰۱۸ نشان دادند، برنامه توانمندسازی با ارائه اطلاعات درباره اهمیت خودمراقبتی با کمک به کشف و استفاده از توانایی‌های فطری افراد، احساس تسلط و کنترل بر بیماری، توجه به فواید درمان‌های مختلف، تعیین اهداف رفتاری منتخب، همچنین ارتقای اعتماد به نفس، توانایی دست‌یابی به هدف، داشتن احساس کنترل بر زندگی و فرآیندهای تغییر، احساس امیدواری به آینده را تقویت می‌کند (۴۸). از سوی دیگر Othman و همکاران اجرای مراقبت در منزل، افزایش استفاده از سرویس‌های سرپایی در طول درمان که به‌دلیل کاهش هزینه درمان بیمارستانی و افزایش بقای بیماران، با درخواست‌های روزافزون همراهند، را نیازمند ایجاد آمادگی و توانمندی‌های لازم برای مراقبت‌های بهتر و با کیفیت‌تر در زمان طولانی و در محیط امن خانه، از طریق دسترسی خانواده‌ها به اطلاعات می‌دانند تا بتواند از بروز فشار مراقبتی که بیمار و خانواده را در رنج و عذاب قرارداده، ایشان را نیازمند حمایت و همدلی می‌نماید، جلوگیری کند (۴۹). اسدزندی گام دوم مراقبت معنوی را توجه به دیسترس‌های معنوی بیمار و خانواده نظیر: ناامیدی از رحمت خدا، نارضایتی از سرنوشت، اضطراب، افسردگی، انکار، عصبانیت، کاهش اعتماد به نفس (۵۰) و کاهش عوامل زمینه ساز آن‌ها، نظیر ترس از بازگشت بیماری، نگرانی درباره سرنوشت آینده کودک، فقدان آگاهی نسبت به علت و نحوه انجام روش‌های درمانی و مراقبتی، هزینه بالای درمان و پیامدهای اقتصادی ناشی از بیماری فرزند، رنج تحمیل شده بر فرزند در طول بیماری، جدایی از کودک، تغییر ایجادشده در وضعیت جسمی کودک، عوارض ناشی از بیماری و درمان می داند (۵۱). در مرحله دانش افزایی، اموزش خانواده با روشهای قابل فهم با کمک انیمیشن، فیلم، چند رسانه ای، نمایش عروسکی را توصیه می‌کند. این اقدام با مطالعه معارف‌وند (۵۲) که عدم اطلاع کافی مراقبین غیررسمی در مورد بیماری، نحوه مراقبت و حمایت از بیمار را عامل اختلال سازگاری و سلامت خانواده می‌داند و مطالعه Sung و همکاران (۵۳) درباره اهم نیازهای خانواده و کودک همخوانی دارد. وی نیازهای آموزشی را شامل موارد زیر می‌داند: آشنایی با انجام مراقبت‌های بهداشتی، روش‌های برقراری ارتباط صحیح، آگاهی از پروسیجرهای تشخیصی و درمانی، اطلاع در مورد سرطان، طرز تهیه و تزریق داروهای شیمی‌درمانی، روش‌های پیشگیری و درمان عوارض شیمی‌درمانی، آموزش تغذیه مناسب، پیشگیری از عوارض گوارشی، روش‌های کاستن از اضطراب جدایی، پیشگیری از آسیب و صدمه به کودک، معنای بیماری، علت رنج‌های کودک، درد ناشی از بیماری، احتمال بروز عفونت، ترس و اضطراب از مرگ (۵۳).

نظریه‌پرداز مدل قلب سلیم، در توسعه ارتباط با مردم، متناسب با فرهنگ مردم ایران و استحکام بنیاد خانواده، که سبب می‌شود تا کودکان بیمار در منزل، توسط اعضای خانواده مراقبت شوند، تعامل مستقیم اعضای خانواده با یکدیگر و وابستگی مستقیم کودک به خانواده، نقش والدین خصوصا مادر در تقویت احساس دلبستگی ایمن، امنیت و آرامش کودک از یک سو، همچنین انتقال نگرانی و ترس‌های مادر (از رنج کشیدن کودک در اثر بیماری و شیوه‌های درمان و حتی مرگ) به کودک خود از سوی دیگر، را مهم قلمداد می‌کند (۵۴)، حساس بودن مراقبان معنوی نسبت به دیسترس‌های والدین (نظیر علائم روان‌تنی متعدد، دردهای عضلانی، استرس، نگرانی، افسردگی، اضطراب، عصبانیت، ترس، محدودیت در ایفای نقش، اختلال در فعالیت‌های زندگی، تغییرات در زندگی زناشویی) را مورد تاکید قرار می‌دهد (۵۵). در جلسات مشاوره معنوی با تقویت احساس شفقت به خود، بیمار و خانواده را آماده پذیرش رنج‌های خود، تلاش برای تسکین آن‌ها می‌نماید (۵۶). از هنر (موسیقی-درمانی، شعردرمانی، قصه‌درمانی، رنگ‌درمانی و ...) با توجه به شرایط فرهنگی خانواده‌ها بهره می‌برد. این اقدام با یافته‌های موجود درباره تاثیر هنر درمانی همخوانی دارد. هنر درمانی اولین بار در قرن ۱۹ برای کمک به درمان دیسترس‌های روانی به‌کار رفت. امروزه در جهان با توجه به نوع اختلال و شیوه استفاده از آن، به عنوان درمان اصلی (نمایش‌درمانی برای افراد واجد ضعف خود ابرازی، موسیقی‌درمانی برای کودکان کم‌توان یا ناتوان‌حرکتی) یا جانبی (نقاشی، گوش دادن به موسیقی برای تخلیه هیجان بیماران) در مشکلات روان‌شناختی کاربرد دارد. امکان حل تعارضات ضمیر ناخودآگاه از طریق تداعی آزاد، تفسیر رویا و نقاشی کردن خواب‌ها، شناسایی علل زیر بنایی تعارضات، تاثیر نقاشی و قصه‌گویی جهت دستیابی به تعارضات ضمیر ناخوداگاه، استفاده از فیلم‌درمانی برای حساسیت‌زدایی منظم، جرات‌ورزی و سرمشق‌دهی، استفاده از نعمات عالم طبیعت برای درمان هیجان‌های مخرب و ایجاد آرامش برای بیمار و خانواده را توصیه می‌کند (۵۷). زیرا هنر درمانی جهت پی بردن به حالات درونی کودک، جلوگیری از پرخاشگری نوجوان، تقویت اعتماد به نفس جوانان، پیشگیری از افسردگی در زنان خانه-دار، افزایش‌کارایی در محیط های‌شغلی و تحصیلی اثربخشی مثبت دارد. البته انتخاب نوع هنر و روش اعمال هنر درمانی، نیازمند آشنایی مراقبان معنوی با انواع هنرهاست. به عنوان مثال در رنگ درمانی، استفاده از رنگ‌های آبی و سرد می‌تواند سبب کاهش اضطراب و استفاده از رنگ‌های گرم مثل قرمز، سبب بهبود خلق افسرده گردد (۵۸).

با توجه به این که تجربه رنج در کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان تنها حاصل درد فیزیکی نیست، بلکه عوامل متعددی در بروز این رنج دخالت دارند (۵۹) که مادران کودکان سرطانی را دچار استرس پس از سانحه کرده، پیامدهای روان‌شناختی و اجتماعی درکودکان هم در حین بستری و هم پس از ترخیص از بیمارستان ایجاد نموده، سازگاری کودک را کاهش می‌دهند (۶۰). علی‌رغم

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.1.2.94]

اینکه سازگاری با افزایش روزهای تشخیص و بهبود نسبی، افزایش می‌یابد و اما فهم نگرش و عملکرد والدین و تجربه سازگاری آن‌ها اهمیت زیادی در برنامه‌ریزی مراقبت معنوی دارد. چراکه سازگاری رفتاری است که افراد را از آسیب‌ها و مشکلات جسمی و روانی‌که تجربه می‌کنند، حفظ می‌نماید (۶۱). به این دلیل در مدل قلب سلیم با هدف پیشگیری از تجربه آسیب‌زای بیماری، برای تعدیل راهبردهای مقابله‌ای خانواده، تقویت دلبستگی ایمن به خدا از طریق دعا درمانی، توکل و تفویض امور به خدای شفادهنده و مهربانی که پناهگاه امن و قابل اعتماد است، کسی است که رحمتش بر غضبش پیش دارد، در سختی‌هایش حکمتی وجود دارد (۶۲) را عامل تغییر نگرش خانواده به شرایط سخت بیماری به عنوان یک آزمایش الهی و تجربه معنوی و چالشی فرا روی ایشان می‌داند که با قدرت خداوند قابل مدیریت است (۲۸). این اقدام با دیدگاه کرکپاتریک درباره تاثیر دلبستگی ایمن به خدا در آرامش و کاهش استرس همخوانی دارد. همچنین مدل قلب سلیم، با توجه به نقش محوری خانواده، خصوصا والدین به عنوان مراقبان غیررسمی بیمار، در مدیریت جنبه‌های مختلف مراقبت، مدیریت نشانه‌های تجربه-شده، سازگار کردن کودک بیمار، حمایت و پیگیری درمان او (۶۳)، بر سازماندهی نقش‌ها، الگوهای تعاملی و روابط خانواده در داخل و خارج محیط خانواده، جهت سازگاری با موقعیت جدید، از طریق تشکیل‌گروه‌های درمانی، شرکت در مراسم دینی گروهی، آموزش مهارت‌های مقابله معنوی، مهارت عفو، احسان و نیکوکاری تاکید دارد (۲۹-۲۵). در جلسات آموزشی مشاوره گروهی، آموزش دستورالعمل‌های مراقبت معنوی در انواع دیسترس‌های معنوی را توصیه می‌کند. چرا که بسیاری از دیسترس‌های معنوی (ناامیدی از رحمت خدا، نارضایتی از سرنوشت، کینه و انتقام‌جویی و ...) در دیدگاه اسلامی جز گناهان کبیره هستند، اسلام اعتراف کردن به گناه و اعتراف گرفتن از دیگران را بر خلاف مسیحیت کاتولیک حرام می‌داند، به این جهت در جلسات گروهی دیسترس‌های معنوی معرفی‌شده، نشانه‌ها و پیامدها و روش‌های درمان آن‌ها آموزش داده می‌شوند (۶۴). چرا که سازگاری مسئله‌محور و سازگاری هیجان-محور، تلاش‌های شناختی و رفتاری در تفسیر و غلبه بر مشکلات هستند. استراتژی‌های مشکل‌مدار، بیشتر در موقعیت‌هایی مناسب هستند که بتوان کاری را انجام داد و استراتژی هیجان‌مدار بیشتر در موقعیت‌هایی مناسب هستند که باید شرایطی را پذیرفت. راهبردهای مسئله‌محور، شامل راهبردهای رویارویی فعال، برنامه‌ریزی، خودداری از انجام فعالیت‌های رقابتی، خودداری از اعمال عجولانه و جستجوی حمایت است، که در موقعیت‌های استرس‌زا، فرد را به‌طور مستقیم با مشکل درگیر می‌کند تا از تمام نیروی خود استفاده کند و با تمرکز بر مشکل در صدد حل مسئله برآید (۶۵). راهبردهای هیجان‌محور مثبت شامل: تفسیر مجدد مثبت، پذیرش، شوخی، بهره‌گیری از مذهب هستند (۶۶). ضروری است که در جلسات مراقبت معنوی دستورالعمل‌های مراقبت معنوی قلب سلیم جهت سازگاری احساس محور آموزش داده شوند (۶۷).

در آخرین گام مراقبت معنوی، جهت تقویت انگیزه خودمراقبتی و احساس خودکارآمدی، با توجه به تغییر رویکرد راهنمایی‌های درمانی از مدل پزشکی که تنها روشی وادارکننده و اجباری برای اداره بیماری فرد و تبعیت وی از درمان بود، به سمت استراتژی‌های ارتباطی و مشارکتی که خانواده بتوانند برای بیماری کودک خود، تصمیم آگاهانه بگیرند و احساس کنند که توان کنترل نسبی شرایط را دارند (۶۸)، استفاده از آموزش چند رسانه‌ای و امکانات شبکه‌ای توصیه می‌شود، تا کودکان و والدین را از آخرین اطلاعات درباره بیماری فرزندان خود با خبر نموده و با وسایل سمعی و بصری، آموزش‌های ساده‌تر، با بازدهی بیشتر، گسترده‌تر و جذاب‌تر همراه با متن، صدا، تصویر و فیلم (۶۹)، انتقال مفاهیم در سنین مختلف را با آموزشی واجد اطلاعات و جزئیات بیشتر میسر نماید (۷۰). با پیگیری و تداوم مراقبت‌ها و حمایت‌های آموزشی، بیمار و خانواده در فرآیند تصمیم‌گیری و انتخاب برنامه‌های سلامت محور، سهیم شده و احساس خود کارآمدی، کنترل بر شرایط استرس‌زای بیماری را به‌دست می‌آورند.

نتیجه‌گیری

با توجه به تاثیر هنر و معنویت در ارتقای سلامت معنوی خانواده، استفاده از پروتکل تلفیق‌شده مراقبت معنوی قلب سلیم با هنر درمانی در مراقبت از خانواده کودکان سرطانی توصیه می‌شود.

تضاد منافع: نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Mohammadi MR, Ahmadi N, Kamali K, Khaleghi A, Ahmadi A. Epidemiology of psychiatric disorders in iranian children and adolescents (ircap) and its relationship with social capital, life style and parents' personality disorders: study protocol. Iranian Journal of Psychiatry. 2017;12(1):66-72.

2. Young Jr JL, Ries LG, Silverberg E, Horm JW, Miller RW. Cancer incidence, survival, and mortality for children younger than age 15 years. Cancer. 1986;58(S2 S2):598-602.

3. Ward E, DeSantis C, Robbins A, Kohler B, Jemal A. Childhood and adolescent cancer statistics, 2014. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2014;64(2):83-103.

4. Reshadat S, Saeidi S, Zangeneh A, Ziapour A, Choobtashani M, Saeidi F. A Study of Children's Geographic Access to Health Services (Health Care Centers and Clinical Laboratories) in Kermanshah City, Iran. International Journal of Pediatrics. 2018; 6(2):7241-51.

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.1.2.94]

5. Pelland-Marcotte MC, Hwee J, Pole JD, Nathan PC, Sung L. Incidence of infections after therapy completion in children with acute lymphoblastic leukemia or acute myeloid leukemia: a systematic review of the literature. Leukemia & Lymphoma. 2019;60(9):2104-14.
6. Cox LE, Kenney AE, Harman JL, Jurbergs N, Molnar Jr AE, Willard VW. Psychosocial functioning of young children treated for cancer: Findings from a clinical sample. Journal of Pediatric Oncology Nursing. 2019; 36(1):17-23.
7. Farahani AS, Rassouli M, Salmani N, Mojen LK, Sajjadi M, Heidarzadeh M, et al. Evaluation of health-care providers' perception of spiritual care and the obstacles to its implementation. Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing. 2019;6(2):122-9.
8. Doumit MA, Rahi AC, Saab R, Majdalani M. Spirituality among parents of children with cancer in a Middle Eastern country. European Journal of Oncology Nursing. 2019;39:21-7.
9. Shultz EL, Lehmann V, Rausch JR, Keim MC, Winning AM, Olshefski RS, et al. Family estimates of risk for neurocognitive late effects following pediatric cancer: From diagnosis through the first three years of survivorship. Pediatric Blood & Cancer. 2017;64(9):e26462.
10. Ruiz J, Glade Bender JL, Oberg J, Cohn E, Levine J. Knowledge, attitudes, and beliefs of parents toward whole-genome sequencing in pediatric cancer. American Society of Clinical Oncology; 2014.
11. Klassen AF, Raina P, McIntosh C, Sung L, Klaassen RJ, O'donnell M, et al. Parents of children with cancer: Which factors explain differences in health-related quality of life. International Journal of Cancer. 2011;129(5):1190-8.
12. Santo Eared, Gaíva MAM, Espinosa MM, Barbosa DA, Belasco AGS. Taking care of children with cancer: evaluation of the caregivers' burden and quality of life. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2011;19(3):515-22.
13. Chang H-Y, Chiou C-J, Chen N-S. Impact of mental health and caregiver burden on family caregivers' physical health. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2010;50(3):267-71.
14. Papastavrou E, Charalambous A, Tsangari H. How do informal caregivers of patients with cancer cope: A descriptive study of the coping strategies employed. European Journal of Oncology Nursing. 2012;16(3):258-63.
15. Idstad M, Ask H, Tambs K. Mental disorder and caregiver burden in spouses: the Nord-Trøndelag health study. BMC Public Health. 2010;10(1):516.
16. Aghakhani S, Bahari F. The Effectiveness of Nerve Planning Group-Languages Cognitive Expectancy and Quality of Life for Children with Cancer. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2018;24(3):256-69. [In Persian]
17. Khanjari S, Seyedfatemi N, Borji S, Haghani H. Effect of coping skills training on quality of life among parents of children with leukemia. Journal of Hayat. 2014;19(4):15-25. [In Persian]
18. Lipkin MS. Acceptance and Commitment Therapy to Support Parents of Adult Children with Severe Mental Illness: A Program Development: The Chicago School of Professional Psychology; 2013.
19. Ji Q, Currin-McCulloch JA, Zhang A, Streeter CL, Jones BL, Chen Y. Assessing the Needs of Parents of Children Diagnosed with Cancer in China: A Psychometric Study Developing a Needs Assessment Tool. Journal of Pediatric Oncology Nursing. 2018;35(1):6-15.
20. Hovén E, Ljungman L, Boger M, Ljótsson B, Silberleitner N, von Essen L, et al. Posttraumatic stress in parents of children diagnosed with cancer: hyperarousal and avoidance as mediators of the relationship between re-experiencing and dysphoria. Plos One. 2016;11(5):e0155585.
21. Asadzandi M. Spiritual empowerment program based on sound heart model in the cancerous children's family. Annals of Nursing Research and Practice. 2018;3(1):1026.
22. Murray SA, Kendall M, Grant E, Boyd K, Barclay S, Sheikh A. Patterns of social, psychological, and spiritual decline toward the end of life in lung cancer and heart failure. Journal of Pain and Symptom Management. 2007;34(4):393-402.
23. Bernard M, Strasser F, Gamondi C, Braunschweig G, Forster M, Kaspers-Elekes K, et al. Relationship between spirituality, meaning in life, psychological distress, wish for hastened death, and their influence on quality of life in palliative care patients. Journal of Pain and Symptom Management. 2017;54(4): 514-22.
24. Salsman JM, Pustejovsky JE, Jim HS, Munoz AR, Merluzzi TV, George L, et al. A meta-analytic approach to examining the correlation between religion/spirituality and mental health in cancer. Cancer. 2015;121(21):3769-78.
25. Asadzandi M, Shahrabi Farahany S, Abolghasemi H, Saberi M, Ebadi A. Effect of Sound Heart Model-based spiritual counseling on stress, anxiety and depression of parents of children with cancer. Iranian Journal of Pediatric Hematology and Oncology. 2020;10(2):96-106.
26. Asadzandi M. Sound heart: Spiritual nursing care model from religious viewpoint. Journal of Religion and Health. 2017;56(6):2063-75.
27. Asadzandi M. An Islamic religious spiritual health training model for patients. Journal of Religion and Health. 2020;59(1):173-87.
28. Asadzandi M, Mazandarani HA, Saffari M, Khaghanizadeh M. Effect of Spiritual Care Based on the Sound Heart Model on Spiritual Experiences of Hemodialysis Patients. Journal of Religion and Health. 2022;61(3):2056-71.
29. Ghalyanee B, Asadzandi M, Bahraynian AS, Zarchi KA. Comparing the effects of spiritual counseling based on the sound heart model with mindfulness training on the quality of life of women with breast cancer. Iranian Journal of Breast Diseases. 2021;14(3):34-45. [In Persian]
30. Lotfian L, Asadzandi M, Javadi M, Sepandi M. The Effect of Empowerment of Spiritual Self-Care Based on Sound Heart Model on the Spiritual Health

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.1.2.94]

of Military Professors-Randomized Clinical Trial. Journal of Military Medicine. 2020;22(11):1121-9. [In Persian]
31. Asadzandi M. Effect of spiritual counseling based on the sound heart model on anxiety of hemodialysis patients. Iranian journal of Psychiatric nursing. 2020;8(4):76-87. [In Persian]
32. Asadzandi M, Farahany SS, Abolghasemy H, Saberi M, Ebadi A. Effect of spiritual care on the care burden of families of children with cancer: a randomized controlled trial. Family Medicine and Primary Care Review. 2021;23(3):279-83.
33. Asadzandi M, Abolghasemi H, Javadi M, Sarhangi F. A Comparative assessment of the spiritual health behaviors of the Iranian Muslim in the COVID-19 pandemic with religious evidence. Journal of Military Medicine. 2020;22(8):864-72. [In Persian]
34. Asadi M, Asadzandi M, Ebadi A. Effects of spiritual care based on Ghalb Salim nursing model in reducing anxiety of patients undergoing CABG surgery. Iranian Journal of Critical Care Nursing. 2014;7(3):142-51.
35. Ahmadi Y, Darzi H, Asadzandi M, Sepandi M. The Impact of inter professional spiritual health education on military students' lifestyle. Journal of Military Medicine. 2020;22(10):1044-53. [In Persian]
36. Asadzandi M, Seyed Kalal A. Discourse Analysis of Fundamentals of Trans-Religious Spiritualism in Complementary Medicine. Iranian Journal of Culture and Health Promotion. 2022;5(4): 497-504. [In Persian]
37. Denzin N, Lincoln Y. Handbook of Qualitative Research, Thousand Oaks, CA: Sage.2005.
38. Tashakkori A, Creswell JW. Exploring the nature of research questions in mixed methods research. Journal of Mixed Methods Research. 2007; 1(3):207-11.
39. Creswell JW. Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches, Second Edition, and Thousand Oaks, CA: Sage Publications. 2003.
40. Patton MQ. Qualitative research & evaluation methods. sage; 2001.
41. Mohammadpour A, Sadeghi R, Rezaei M. Mixed methods research as third methodological movement: Theoretical foundations and practical procedures. Journal of Applied Sociology. 2010;21(2):77-100. [In Persian]
42. Asadzandi M, Lotfian L, Hosseini SM, Abolghasemi H. Design and validation of professional spiritual health questionnaire for professors (soft war officers). Journal of Military Medicine. 2021;22(12):1209-21. [In Persian]
43. Asadzandi M. Professors, spiritual characteristics for role-modeling education. Education Strategies in Medical Sciences. 2017;10(1):23-35. [In Persian]
44. Asadzandi M. Principles of spiritual communication based on religious evidence in the "Sound Heart Model". J Med Therapeutics. 2018;2(3):1-5.
45. Neff D, Dahm A. Self-compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness. In Handbook of mindfulness and self-regulation. Springer, New York, NY. 2015;121-37.
46. Rocha RS, Pinheiro LP, Oriá MO, Ximenes LB, Pinheiro AK, Aquino PD. Social determinants of health and quality of life of caregivers of children with cancer. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2016;37(3):32-44.
47. Taghadosi M, Fahimifar A. Effect of life review therapy with spiritual approach on the life quality among cancer patients. Feyz. 2014;18(2):135-44. [In Persian]
48. Arief YS, Nursalam N, Ugrasena IDG, Devy SR, Saudah N. Family Factors that Affect Family Empowerment in Caring Children with Leukemia. Health Notions. 2018;2(4):457-9.
49. Othman A, Mohamad N, Hussin ZA, Blunden S. Factors related to parental well-being in children with cancer (Doctoral dissertation, IACSIT-Internal Association of Computer Science), 2011.
50. Asadzandi M. Clients and patients' spiritual nursing diagnosis of the sound heart model. Journal of Community Medicine & Health Education. 2017;7(6):581.
51. Williams PD, Williams KA, Williams AR. Parental caregiving of children with cancer and family impact, economic burden: nursing perspectives. Issues in Comprehensive Pediatric Nursing. 2014;37(1):39-60.
52. Ma'arefvand M, Khatamsaz Z. Coping strategies of the parents of the children with cancer. Quarterly Journal of Social Work. 2014;3(3):3-9. [In Persian]
53. Sung L, Yanofsky R, Klaassen RJ, Dix D, Pritchard S, Winick N, et al. Quality of life during active treatment for pediatric acute lymphoblastic leukemia. International Journal of Cancer. 2011; 128(5):1213-20.
54. Hassankhani H, Eghtedar S, Rahmani A, Ebrahimi H, Whitehead B. A Qualitative Study on Cancer Care Burden: Experiences of Iranian Family Caregivers. Holistic Nursing Practice. 2019;33(1): 17-26.
55. Nikseresht F, Rassouli M, Torabi F, Farzinfard F, Mansouri S, Ilkhani M. The effect of spiritual care on mental health in mothers of children with cancer. Holistic Nursing Practice. 2016;30(6):330-7.
56. Saeidi Taheri Z, Asadzandi M, Ebadi A. The effect of spiritual care based on Ghalbe Salim model on the sleep quality of the patients with coronary artery disease. Iranian Journal of Critical Care Nursing. 2014;7(2):92-101.
57. Seyed Kalal A. A Study of How to Use Art to Solve Psychological Disorders (Art Therapy and Art in Psychotherapy). Journal of Dopamine. 2022;3(9): 23-8.
58. Phillips F, Prezio EA. Wonders & Worries: evaluation of a child centered psychosocial intervention for families who have a parent/primary caregiver with cancer. Psycho-Oncology. 2017;26 (7):1006-12.
59. Wise AE, Delahanty DL. Parental factors associated with child post-traumatic stress following injury: A consideration of intervention targets. Frontiers in Psychology. 2017;8:1412.
60. Popp JM, Robinson JL, Britner PA, Blank TO.

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.1.2.94]

Parent adaptation and family functioning in relation to narratives of children with chronic illness. Journal of Pediatric Nursing. 2014;29(1):58-64.
61. McCorkle R, Ercolano E, Lazenby M, Schulman-Green D, Schilling LS, Lorig K, et al. Self-management: Enabling and empowering patients living with cancer as a chronic illness. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2011;61(1):50-62.
62. Asadzandi M, Taghizade Karati K, Tadrisi SD, Abbas E. Effect of prayer on severity of patients illness in intensive care units. Iranian Journal of Critical Care Nursing. 2011;4(1):1-6.
63. Aliakbarzadeh-Arani Z, Taghavi T, Sharifi N, Noghani F, Faghihzade S, Khari-Arani M. Impact of training on social adaptation in mothers of educable mentally-retarded children based on Roy adaptation theory. Feyz. 2012;16(2):128-34. [In Persian]
64. Asadzandi M, Eskandari A, Khademolhosseini SK, Ebadi A. Designing and validation religious evidence-based guidelines of Sound Heart pastoral care model for hospitalized patients. Journal of Medical Sciences. 2018;1(1):1-11.
65. Valizadeh L, Joonbakhsh F, Pashaee S. Determinants of care giving burden in parents of child with cancer at Tabriz children medical and training center. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2014;3(2):13-20. [In Persian]
66. Abbasi P, Kaboudi M, Ziapour A, Dehghan F, Yazdani V. A Comparative Study of the Components of Quality of Life and Adjustment in Both Cancer-stricken and Healthy Children: A Cross-sectional Study in Kermanshah City, Iran. International Journal of Pediatrics. 2019;7(4):9277-84.
67. Arshi M, Gholami Jam F, Nazif A, Imani F. The relationship between caregiving burden and family function of children with cancer. Quarterly Journal of Social Work. 2016;4(4):35-41. [In Persian]
68. Jahanpour F, Paimard A, Pouladi SH, Azodi F, Shayan A, Azodi P, et al. Comparing the durability of professional ethics' learning in two methods of group discussion and multimedia software. Research Journal of Medical Sciences. 2016;10(3):120-3.
69. Lin EC, Shih YC, Chang RC. A research on integrating ar and multimedia technology for teaching and learning system design. In International Conference on Frontier Computing. Springer, Singapore. 2016;725-31.
70. Rafii F, Jan Amiri M, Dehnad A, Haghani H. The effect of workshop and multimedia training methods on nurses' knowledge and performance on blood transfusion. Journal of Client-Centered Nursing Care. 2016;2(4):223-30.

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.1.2.94]