

مسائل و چالش‌های معنوی کودکان مبتلا به سرطان: تجربه والدین

سمیه برجعلی لو*، شهریار شهیدی**، جلیل فتح‌آبادی***، محمدعلی مظاهری****

دریافت مقاله:

91/11/17

پذیرش:

92/3/25

چکیده

هدف: سرطان از بیماری مزمن و از دومین علل اصلی مرگ در کودکان است. علاوه بر مسائل بالینی با خود چالش‌ها و بحران‌های معنوی به همراه دارد. در این راستا خانواده به‌عنوان یکی از اعضاء مراقب‌کننده از ایشان با این چالش‌ها مواجه هستند. در پژوهش حاضر در پی شناسایی تجربه والدین در مواجهه با مسائل و چالش‌های معنوی کودکان مبتلا به سرطان هستیم.

روش: پژوهش حاضر با استفاده از رویکرد پدیدارشناسی و با روش تحلیل محتوا انجام شد. برای جمع‌آوری اطلاعات تعداد 21 نفر از والدین به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به مدت 3 ماه مورد مصاحبه نیمه عمیق قرار گرفتند. داده‌ها به روش تجزیه و تحلیل مداوم مقایسه‌ای بررسی شد.

یافته‌ها: مفاهیم استخراج شده در 8 درون‌مایه اصلی سؤالات فلسفی، ایمان و امید، ارتباط با طبیعت، بازی و تفریح، عشق و حمایت اجتماعی، ابراز ترس و اضطراب، ابراز پرخاشگری، مکانیزم دفاعی و امید به آینده قرار گرفتند.

نتیجه‌گیری: در پژوهش حاضر تجربه والدین با ژرفای بیشتری مورد بررسی قرار گرفت. مواردی همچون سؤالات فلسفی مختلف، ایمان و امید و مورد عشق و حمایت اجتماعی قرار گرفتن عمده دغدغه والدین در ارتباط با کودکان مبتلا به سرطان بود. در این راستا لازم است آموزش‌های لازم برای توانمند کردن والدین جهت مراقبت معنوی از کودکان مبتلا به سرطان صورت گیرد.

کلید واژه‌ها: بحران و مسائل معنوی، کودکان، سرطان و والدین

* دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی دانشگاه شهید بهشتی (نویسنده مسئول)

** دانشیار گروه روانشناسی دانشکده روانشناسی دانشگاه شهید بهشتی

*** استاد گروه روانشناسی دانشکده روانشناسی دانشگاه شهید بهشتی

**** استاد گروه روانشناسی دانشکده روانشناسی دانشگاه شهید بهشتی

یکی از موانع موجود در مسیر تحول کودکان، بیماری است. سرطان از بیماری‌های مزمن و یکی از علل اصلی مرگ در کودکان است (پریس¹ و همکاران، 2010). سرطان بیماری سلول‌هاست که مشخصه آن تکثیر نامحدود و غیرقابل کنترل سلول‌هایی است که نیوپلاسم بدخیم را تشکیل می‌دهند (انجمن سرطان آمریکا²، 2013). به دلیل طبیعت مزمن سرطان، بیمار مجبور است درمان طولانی مدت با داروهای سمی را بپذیرد. از این‌رو عوارض جانبی به صورت تهوع، ریزش مو، خستگی، دردهای عضلانی، تغییرات وزن و مشکلات روحی و روانی ... بروز می‌کند (دلگادو³ و همکاران، 2011).

افراد با بیماری‌های مزمن همچون سرطان در طول بیماری خود درد و رنج فراوانی را تجربه می‌کنند (اوزکان⁴ و همکاران، 2011). ترنتی⁵ در مدل مفهومی خود رنج⁶ انسان‌ها را حاصل مسائل فیزیکی، عاطفی و معنوی می‌داند. در طی دورانی که زندگی افراد مورد تهدید قرار می‌گیرد، مسائل و چالش‌های مختلف بروز می‌کند. یکی از این چالش‌ها مسائل معنوی و یافتن معنا برای رنج و سختی است. این امر در دوران بیماری‌های مزمن خود را بیشتر نشان می‌دهد (پنمن⁷، 2009) و بدین ترتیب مسائل و

چالش‌های معنوی هسته اصلی زندگی بیماران با بیماری مزمن را تشکیل می‌دهد (دومیک⁸، 1995 و فیتچی⁹ و همکاران، 1997، الیز¹⁰ و همکاران، 1995 و نامی¹¹، 2012). کودکان بیمار نیز از این قاعده مبرای نیستند. تحول معنوی فرایندی در تمام طول عمر است (تامسون، 2009). کودکان زندگی معنوی قوی دارند و زمانی که از جهت شناختی، توانایی درک جوانب مختلف «خود» را داشته باشند، توانایی درک معنویت را خواهند داشت (هارت و اشنایدر¹²، 1997 و ودگیت و دنیر¹³، 2003 و مینور¹⁴، 2012). (هارت و اشنایدر (1997) معتقدند معنویت در کودکان عبارت از کسب توانایی کودک از طریق ارتباط با دیگران برای هدایت و توانمندسازی ارزش‌های خود. ارتباط کودکان با دیگران و با خداوند با یک وجود برتر یا ارزش‌ها، منجر به تکامل معنوی او می‌گردد. سه رویکرد در ارتباط با تحول و تکامل معنوی عبارت‌اند از رویکرد مرحله‌ای - ساختاری (لوراپارتین¹⁵، 2006)، رویکرد دوم، نظریه‌های شناختی-فرهنگی (جانسون¹⁶، 2006) و رویکرد سوم نظریه‌های فطری بودن معنویت کودکان (هی و نی¹⁷، 2006) است. طرفداران رویکرد سوم کودکان را ذاتاً معنوی می‌دانند و

8. Dombeck

9. Fitchett

10. Ellis

11. Naomi

12. Hart & Schneider

13. Woodgate & Degner

14. Minor

15. Roehlkepartain

16. Johnson

17. Hay & Nay

1. Peris-Bonet

2. Cancer American Society

3. Delgado-Guay

4. Ozkan

5. Trinity

6. suffering

7. Penman

زمانی که کودکان مبتلا به سرطان می‌شوند، مسائلی برای ایشان مطرح می‌شود. کودکان در مورد اینکه چرا دچار بیماری شده‌اند و دلیل درد و رنجی که متحمل شده‌اند سوالاتی می‌پرسند. در حقیقت زمانی که فرد دچار رنج می‌شود اولین سؤالی که مطرح می‌کنند «چرا است و بدین ترتیب به جستجوی معنای رنج می‌پردازند (برن⁶، 2007). در مورد خدا و چگونگی آن و اینکه چرا آن‌ها را دچار بیماری، درد و رنج کرده است، مسائلی را مطرح می‌کنند. از دیگر سؤالات کودکان در این دوران، مرگ و ماهیت آن است. بدین ترتیب زمانی که کودک بیمار می‌شود جریان رشد معنوی آن‌ها تسریع می‌شود (شلی⁷، 1982). در مواقع یاد شده افراد نیاز به معنا و هدف جهت مقابله با بحران دارند و پریشانی و بحرانی که پس از این رخدادها ایجاد می‌شود، حاصل ناتوانی کامل فرد در یافتن معنا و هدف زندگی است.

بحران معنوی⁸ منجر به کمبود انرژی، اضطراب، افسردگی، دردهای غیرطبیعی، گریه و اندوه، فقدان کنترل بر تفکر و عواطف، احساس رهاشدگی و احساس تنهایی می‌شود. احساس گناه، عصبانیت، انکار، ناامیدی و درماندگی از دیگر پیامدهاست. در شرایط حاضر افراد دچار پرخاشگری می‌شوند. از پیامدهای مثبت آن بازسازی باورها و تمایلات معنوی، تاب‌آوری معنوی⁹ و ایجاد امیدواری است (ولیگمز¹⁰،

نظریه مرحله‌ای - ساختاری را به خاطر کاهش درجه معنویت به تابعی از شناخت موردانتقاد قرار می‌دهند. این رویکرد معنویت را به‌عنوان یک ظرفیت تکامل یافته می‌شناسد (هی و نی، 2006).

با توجه به رویکرد سوم، به‌وضوح رفتارهای معنوی را در کودکان مشاهده می‌کنیم. عمده‌ترین رفتارهای معنوی در کودکان صحبت درباره خدا، مرگ، بهشت و جهنم، تماشای طبیعت و لذت از بودن با طبیعت، نشان دادن عشق به دیگران و نیاز به محبت و عشق، امید به آینده، نگرانی از امور مبهم و عدم درک آن‌ها و خوشحالی¹ و خلاقیت است (انا²، 2007).

مک شری و اسمیت³ (2007) معتقد است که مقابله با بحران‌های مختلف در بزرگسالان و کودکان بر اساس تجارب گذشته و باورهای مذهبی و معنوی است. معنویت موجب ایجاد ارزش‌ها و باورهایی در زندگی کودکان می‌شود و بدین ترتیب به زندگی ایشان معنی می‌دهد و آن را هدایت می‌نماید (هوسکمپ، فیشر و استایر⁴، 2004). از سویی مطالعات تجربی نشان می‌دهد که روابط معناداری میان مذهب، معنویت و سلامت وجود دارد و میان سلامت روانی، جسمانی، رضایت از زندگی و سرزنده بودن با باورهای معنوی رابطه مثبت و معناداری برقرار است (پاچاسکی، فریر و ورنیل⁵، 2009).

1. Expressing joy
2. Anna
3. Mcsherry
4. Houskamp, Fisher & Stuber
5. Puchalski, Ferrell & Virani

6. Brne
7. Shelly
8. Spiritual crisis
9. Spiritual resilience
10. villagomez

2005 و اگریمسون و تف¹، 2008). به‌طورکلی موسکاری² (2006) معتقد است جوانب مثبت معنویت شامل دلسوزی و غمخواری³، عشق، نوع‌دوستی⁴، بخشش⁵ و لذت بردن و شادی⁶ است و جوانب منفی آن شامل ترس، اضطراب و پرخاشگری و بدبینی است.

مایر (1979) معتقد است بحران معنوی در کودکان خود را به‌صورت ترس نشان می‌دهد. این ترس در کودکان زیر 6 سال به‌صورت ترس از حرکات ناگهانی، صدای بلند، از دست دادن حامی، ترس از تنهایی، تاریکی، صدمه فیزیکی و قطع عضو است. در کودکان سن مدرسه ترس از تنبیه شدن، رفتن به جهنم، زیر پا گذاشتن اصول اخلاقی، خطرهای طبیعی از مهم‌ترین ترس‌هایی است که نشان از بحران معنوی دارد. بدین ترتیب آن‌ها رفتارهایی همچون پرخاشگری، قطع تعامل با دیگران، گریه، رفتارهای بازگشتی را نشان می‌دهند. دچار کابوس شبانه، اختلالات خواب، رفتارهای خود تخریبی، احساس کم‌توانی، ناامیدی، تحریک‌پذیری، ابهام، شک و تردید در مورد خدا می‌شوند. کودکان با بیماری مزمنی همانند سرطان به علت از دست دادن عضوی از بدن دچار ترس از مراقبت‌های بهداشتی می‌شوند. دور از خانه بودن، عدم برقراری رابطه با همسالان منجر به احساس بی‌کفایتی، کم‌ارزشی و ناامیدی در آن‌ها می‌شود (شلی، 1982)؛ بنابراین تجربه رنج در کودکان و

نوجوانان مبتلا به سرطان نه‌تنها حاصل درد فیزیکی است، بلکه عوامل عاطفی، اجتماعی و معنوی در این رنج اثر دارند (منوسی و زرو و لیما⁷، 2012).

مطالب اشاره شده برای کودکان بیمار و والدین ایشان از اهمیت بالایی برخوردار است. برای والدین، بیماری فرزندانشان و بستری شدن آن‌ها در بیمارستان همواره هیجانات شدید را بر می‌انگیزد (جولی⁸، 2009). مشارکت والدین در مراقبت از کودکان بستری شده جنبه‌ای از مراقبت والدین محور است و به حضور والدین و درگیری فعال آن‌ها در درمان فیزیکی و روانی - معنوی کودکان بستری شده در بیمارستان دلالت می‌کند (یگی⁹، 2006). مشارکت والدین در جریان درمان موجب کاهش استرس و ارتقاء آگاهی والدین از شرایط کودکانشان می‌شود (نینا و لیندا¹⁰، 2008 و موری¹¹، 2007 و کپدوس¹²، 2002). این مشارکت نیز برای کودکان خوشایند است (تورگنی و همکاران، 2005).

در مراقبت خانواده محور، والدین در تعامل مستقیم با کودک بیمار خود است و با چالش‌ها و مسائل کودکانشان روبه‌رو هستند. خانواده در کنار مؤسسات خدمات درمانی نقش تعیین‌کننده‌ای در مراقبت از بیمار در طول بیماری دارد و این امر برای کودکان که وابستگی مستقیم به خانواده خود دارند، از جایگاه خاصی

7. Menossi
8. Jolly
9. Ygge
10. Nina & Linda
11. Murray
12. Chapados

1. Agrimson
2. muscari
3. compassion
4. altruism
5. Forgiveness
6. Joy

مورد دیدگاه فردی یا ذهنی‌شان بدون تفسیر یا دخالت پیش‌فرض‌های محقق در مورد آن پدیده است. به این ترتیب، محقق از عینیت به سوی انتزاع پیش می‌رود (گال و بورگ، 1383).

برای گردآوری داده‌های این پژوهش بیمارستان فوق تخصصی محک به‌عنوان محیط پژوهش انتخاب شد و به مدت 3 ماه حداقل سال 92-1391 مطالعه انجام شد. سپس از شرکت‌کنندگان که شرایط ورود به مطالعه را داشتند در مکانی مناسب و خلوت مصاحبه‌ای عمیق و نیمه ساختاریافته به عمل آمد. 21 مادر 21 تا 36 سال ($M=29.23$ و $SD=4.42$) به روش مبتنی بر هدف انتخاب شدند. لازم به ذکر است، در مدتی که کودکان در بیمارستان بستری هستند، فقط مادران به‌طور دائم از ایشان مراقبت می‌کنند. از این رو ایشان برای مصاحبه دعوت شدند (لازم به ذکر است کودکان، این والدین در رده سنی 3-14 ساله هستند). با توجه به هدف تحقیق و بر اساس پیشینه موجود به تدوین چارچوب اولیه مصاحبه پرداخته شد و بدین ترتیب از افراد در مورد مسائل کودکانشان زمان بیماری سؤالاتی پرسیده شد تا ایشان تجارب خود را در مورد مسائل و نیازهای معنوی کودکانشان زمان بیماری بیان کنند. سؤالات مورد مصاحبه قرارگرفته در جدول شماره 1 ارائه شده است. در آغاز مصاحبه توضیحی کوتاه درباره موضوع و هدف از تحقیق ارائه شد و با توجه به اینکه ابزار تحقیق مصاحبه نیمه ساختارمند بود به‌منظور اجتناب از انحراف در پاسخ‌ها برحسب ضرورت پاسخ‌ها هدایت شد. زمان مصاحبه

برخوردار است. از این‌رو شناسایی چالش‌ها، مسائل و بحران‌های معنوی کودکان مبتلا به سرطان از دیدگاه والدین ضروری است؛ زیرا از این رهگذر ابتدا ما به شناسایی چالش‌ها و بحران‌های معنوی کودکان مبتلا به سرطان می‌رسیم و سپس به شناسایی نیازمندی‌های والدین جهت مواجهه مؤثر با مسائل و چالش‌های فوق و مراقبت معنوی از کودکانشان می‌رسیم. اغلب پژوهش‌های انجام شده به مسائل و چالش‌های روانی - اجتماعی والدین کودکان مبتلا به سرطان پرداخته‌اند (ایرانی، کوله مرز و فولادوند، 1392 و بهمنی، اسکندری، حسینی، دکانه‌ای فرد و شفیع‌آبادی، 1392 و حسینی قمی و سلیمی بجستانی، 1391). از این رو ضرورت توجه به مسائلی که والدین در ارتباط با فرزند خود طی بیماری دارند، وجود دارد؛ بنابراین در پژوهش حاضر در پی شناسایی چالش‌ها، مسائل و بحران‌های معنوی کودکان مبتلا به سرطان از دیدگاه والدین هستیم.

روش

این مطالعه با استفاده از رویکرد پدیدارشناسی¹ با روش تحلیل محتوا² انجام شد. هدف پدیدارشناسی، درک ساختارهای اصلی پدیده‌های تجربه شده انسانی از طریق تجزیه و تحلیل توضیحات شفاهی تجربیات از نقطه نظر شرکت‌کنندگان است. پدیدارشناسی تفسیری، در واقع روش شناخت دیگران (پدیده تجربه شده توسط آن‌ها) به‌وسیله شنیدن توضیحات آن‌ها در

1. Phenomenology
2. Content analysis

110-40 دقیقه بود. تمام مصاحبه‌ها به طور کامل بر روی نوار کاست ضبط گردید و در اسرع

وقت پیاده و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول 1. سؤالات مورد مصاحبه

ردیف	سؤالات
1	پس از بیماری، فرزندتان چه احساسی داشت و چه واکنشی را نشان می‌داد؟
2	پس از بیماری فرزندتان چه مسائل و سؤالاتی را با شما مطرح می‌کرد؟
3	پس از بیماری چه مسائل و مشکلاتی در ارتباط با فرزندتان داشتید؟
4	در مقایسه با گذشته چه مسائل و فعالیت‌هایی مورد توجه فرزندتان است؟

بود استخراج شده‌اند. پس از استخراج همه مفاهیم، مفاهیم مشابه دسته‌بندی شده و در سطح انتزاع بالاتر در قالب یک مقوله کلی قرار گرفتند. فرایند مقوله‌بندی هم بر اساس دو روش تحلیلی و مقایسه کردن انجام شد. در جریان این کار مقوله‌ها به طور منظم با یکدیگر مقایسه شده تا بتوانیم به مقولات جامع دست‌یابیم (استراس و کوربین، 1385).

نتایج نهایی برای اطمینان از صحت انعکاس تجربیات شرکت‌کنندگان با آن‌ها در میان گذاشته شد. گوش دادن فعالانه به صحبت‌های مادران و استفاده از نظر سایر پژوهشگران به اعتبار داده‌ها کمک کرد. جهت اعتبار داده‌ها (یادداشت در عرصه، دست نوشته‌ها و موارد ضبط شده) از مرور و بازنگری ناظر و مقایسه مداوم داده‌ها استفاده شد. برای این امر از بازنگری خارجی³ به شکل استفاده از نظرات تکمیلی همکاران و مرور دست نوشته‌ها توسط مشارکت‌کنندگان استفاده شد. با ارائه گزارش‌ها دست نوشته‌ها و یادداشت‌ها به سه نفر از استادان روانشناسی و

برای تحلیل داده‌ها ابتدا بیانات ضبط‌شده شرکت‌کنندگان چندین بار گوش داده شد و بیانات آن‌ها کلمه به کلمه روی کاغذ پیاده شده و حاصل کار نیز چند مرتبه با دقت مرور شد. در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از روش کدگذاری آزاد¹ و محوری² استفاده شد. کدگذاری آزاد بخشی از تجزیه و تحلیل داده-هاست که طی آن داده‌ها تجزیه و شکسته شده و حاصل آن ایجاد مفاهیمی است که سنگ بنای اصلی تحقیق را شکل می‌دهند. پس از اجرای مصاحبه تمامی یادداشت‌های حاصل از جلسات مصاحبه تنظیم و سازمان‌دهی شد. مصاحبه‌ها خط به خط مورد بررسی قرار گرفته و به جملات و عباراتی تجزیه شده‌اند که در واقع همان داده‌های خام یا اولیه تلقی می‌شوند. سپس همه جملات و عبارات استخراج شده به صورت مداوم مورد مقایسه قرار گرفته و در قالب جملات و عبارات مشابه گروه‌بندی شده‌اند. پس از گروه‌بندی جملات مشابه، مفهوم یا مفاهیم خاصی که در تمام جملات به آن‌ها اشاره شده

1. open coding
2. axial coding

3. member check

اخذ نتیجه، واحد تأیید پذیری¹ یافته‌ها مشخص شد. قابلیت انتقال² تحقق با توصیف غنی از داده‌ها تأمین شد.

یافته‌ها

به‌منظور شناسایی مسائل و نیازهای مراقبت معنوی کودکان مبتلا به سرطان پس از گفتمان با مادران آن‌ها ابتدا جملات و عبارات مشابه حاصل از پاسخ‌ها استخراج شده، سپس در قالب مفاهیم دسته‌بندی شده‌اند. مفاهیم حاضر در 7 درون‌مایه اصلی، سؤالات فلسفی (مرگ و زندگی)، ایمان، تجربه و ارتباط با طبیعت، بازی و تفریح، توجه به ارتباط، عشق و حمایت اجتماعی، ابراز ترس و اضطراب، ابراز پرخاشگری و امید به آینده استخراج شد.

سؤالات فلسفی پیرامون زندگی، بیماری و مرگ: مادران شرکت‌کننده در پژوهش حاضر اذعان داشتند که کودکان آن‌ها درباره اینکه چرا آن‌ها بیمار شده‌اند از آن‌ها سؤال می‌پرسند. از سوی دیگر مادران در پژوهش حاضر بیان کردند که کودک آن‌ها درباره مرگ، زندگی پس از مرگ، بهشت و جهنم از آن‌ها سؤال می‌پرسند.

چرا من بیمار شده‌ام؟ چرا در میان دوستان و کودکان اقوام من بیمار شده‌ام؟ چرا همه بدی‌ها برای من است؟ (مادر کودک 10 ساله)

و یا

من چگونه می‌میرم؟ چه اتفاقی پس از مرگ رخ می‌دهد؟ آیا من از آن دنیا شما را

می‌بینم؟ بهشت و جهنم چگونه جایی است؟
(مادر کودک 7 ساله)

باورهای مذهبی و ایمان: مادران مصاحبه‌شونده مطرح می‌کردند که اعتقادات مذهبی کودکان پس از بیماری پر رنگ شده است. ایشان به‌طور مداوم به خواندن نماز و دعا می‌پردازند و از خدا شفا می‌خواهند. از سویی ایشان از ائمه نیز یاری می‌جویند و به ایشان متوسل هستند.

به‌سرعت پس از اذان وضو می‌گیرد و نماز می‌خواند. برای گرفتن شفا دعا می‌خواند و به امام حسین متوسل است (مادر کودک 9 ساله).

ارتباط، عشق و حمایت اجتماعی: مادران اعلام می‌کردند که کودکانشان وابستگی شدید به آن‌ها پیدا کرده است و دائماً سراغ آن‌ها را می‌گیرند. مادران حاضر ترس از جدایی را در کودکان خود گزارش کردند.

در ابتدای تشخیص بیماری و شروع درمان وابستگی شدید به من داشت و در آغوش من می‌خوابید. حال نیز اگر در اتاق نباشم می‌ترسد و به دنبال من می‌آید (مادر کودک 11 ساله)

مادران مشارکت‌کننده در پژوهش حاضر بیان می‌کردند که ارتباط کودکان با خواهر و برادر خود متفاوت از گذشته شده است.

زمانی که خواهرش کنارش است، حالش خوب است و خوشحال است و زمانی که او در کنارش نیست، دلگیر است و گریه می‌کند. فکر می‌کنم نسبت به گذشته بیشتر به او نیاز دارد.
(مادر کودک 8 ساله)

1. Comfortability
2. transferability

صحبت می‌کردند و یا در مورد رویدادهای دوره جوانی و میانسالی از آن‌ها سؤال می‌پرسیدند.

بعد از اینکه خوب به شرم تا آخر شب بیدار می‌مانم و برنامه‌های تلویزیونی را با همدیگر تماشا می‌کنیم (کودک 8 ساله)

و یا

مامان من کی عروس می‌شم؟، من کی مامان می‌شم؟ (کودک 8 ساله)

ابراز پرخاشگری: یکی از مسائل شایع میان این کودکان که مادران ایشان گزارش کردند، پرخاشگری بود. اغلب مادران اذعان داشتند که کودکان پس از بیماری به شدت پرخاشگر شده‌اند و پرخاشگری خود را به شدت در رفتارشان نشان می‌دهند.

زمان درمان و هنگامی که در بیمارستان هستیم خیلی عصبانی است و به من کتک می‌زند، زمانی که عصبانی می‌شود، وسایل را پرتاب می‌کند (کودک 11 ساله)

ابراز ترس و اضطراب: یکی دیگر از مسائل شایع میان تمام کودکان ترس و اضطراب است که توسط مادران نیز مطرح شد. ترس و نگرانی حاضر متأثر از شرایط بیماری، بیمارستان، جراحی و انجام فعالیت‌های درمانی است.

زمانی که به بیمارستان می‌آیم و نزدیک بیمارستان می‌شویم می‌ترسد و پس از آگاهی از بیماری دچار بی‌خوابی شده است و از بابت ریزش مو نگران است (کودک 10 ساله)

نتیجه‌گیری و بحث

نیاز به بازی و تفریح و تجربه و ارتباط با طبیعت: مفهوم دیگری که مادران حاضر بر آن تکیه داشتند، بازی و توجه کودکان بر این موضوع بود. اغلب مادران معتقد بودند که کودکان در ساعاتی که مشغول بازی هستند، احساس خوبی دارند و ساعت‌ها این موضوع آن‌ها را مشغول می‌کند و در این زمان درد کمتری را گزارش می‌کنند. یکی از مسائل مورد توجه آن‌ها ساختن است مثلاً عروسک‌سازی موجب لذت آن‌هاست. از سوی مادران مشارکت‌کننده در پژوهش حاضر مطرح کردند که کودک آن‌ها از ایشان می‌خواهد آن‌ها را به طبیعت، باغ، فضای باز و پارک ببرند و بودن در طبیعت حال آن‌ها را بهتر می‌کند.

هنگام بازی در اتاق بازی احساس خوشحالی می‌کند. در اتاق بازی از آمپول زدن به عروسک‌ها احساس لذت می‌کند (مادر کودک 6 ساله) و یا

زمانی که در بیمارستان هستیم از من می‌خواهد به کوه مقابل بیمارستان برویم. زمانی که به خانه می‌رویم و در باغ اطراف خانه سرگرم است کمتر لجبازی می‌کند و کمتر عصبانی است (مادر کودک 7 ساله)

امید به آینده

یکی دیگر از مسائل مورد بحث در گفتگو با مادران کودکان مبتلا به سرطان امید و امید به آینده است. ایشان مطرح می‌کردند که کودکان آن‌ها اغلب در مورد برنامه‌های موردنظرشان که تمایل به انجام آن را در آینده دارند، با آن‌ها

سرطان فرصتی برای تأمل و خودارزیابی در اختیار کودکان و نوجوانان قرار می‌دهد و بدین ترتیب موجب رشد معنوی و عاطفی در آنها می‌شود (پستین¹، 2004). مطالعه حاضر با هدف شناسایی بحران‌های معنوی کودکان مبتلا به سرطان از دیدگاه والدین آنها است. نتایج استخراج شده از پژوهش حاضر نشان داد که کودکان بیمار بحران شدیدی را تجربه می‌کنند و در فرایند درمان و تلاش برای مبارزه با بیماری نگرانی و چالش‌هایی را تجربه می‌کنند.

در مطالعه حاضر مهم‌ترین مسئله و چالش ذهنی کودکان مبتلا به سرطان مسائل و سؤالات فلسفی (زندگی و مرگ) بود. مطالعات نشان دادند زمانی که کودکان مبتلا به سرطان می‌شوند سؤالاتی برای ایشان مطرح می‌شود. سؤالات حاضر با مضامین چرایی بیماری، خدا و چگونگی مرگ است (ویلسون²، 2011). مادران مورد مطالعه قرار گرفته بیان کردند که کودکان بیمار آنها در مورد چرایی درد و رنج و اینکه چرا آنها بیمار شده‌اند بارها از آنها سؤال کرده‌اند. اغلب مادران مطرح می‌کردند که کودک آنها به مقایسه خود با سایر دوستان و اعضای خانواده پرداخته و از آنها درباره اینکه چرا آنها بیمار نشده و او بیمار است سؤال می‌پرسند. مادران بیان می‌کردند که کودک آنها در ارتباط با اینکه خدا چرا آنها را بیمار کرده است از ایشان سؤال می‌کنند. همچنین بعد از عود بیماری در مورد مرگ، چگونگی مرگ و عالم پس از مرگ از آنها سؤال می‌پرسند. گالیک و

همکاران (2005) معتقدند توجه به مرگ یکی از نیازهای معنوی است. آشنایی با زندگی پس از مرگ مورد توجه جدی کودکان در این دوران است. مادران بیان می‌کردند زمانی که بیماری فرزندشان عود می‌کرد، توجه ایشان بیشتر بر موضوع مرگ متمرکز می‌شد.

دومین مفهوم مورد بررسی و تأکید از سوی مادران ایمان³ بود. یکی از جوانب مورد تأکید از سوی کودکان مبتلا به سرطان، خدا و طلب یاری از او برای بهبودی است (بول، گیلز و دیویسون⁴، 2007) و در این دوران برای آنها احساس امید، جستجوی معنا و هدف در زندگی پایه و اساس مذهبی دارد و ایمان و دعا منبع مهمی برای تقویت آنهاست (فلاول⁵، 2011 و ابرمب⁶، 1991). در این راستا مادران معتقد بودند که پس از بیماری اعتقادات مذهبی کودکان آنها پر رنگ شده است و آنها به شدت در پی برگزاری نماز اول وقت هستند. قبل از انجام معاینات دعا می‌خوانند و ذکر می‌گویند و از مادر می‌خواهند که به همراه وی ذکر بگوید. در برخی موارد شدت اعتقادات مذهبی پس از بهبودی نسبی فرایند درمان بوده است. مادران اذعان داشتند که کودکان آنها متوسل به ائمه بوده و در مناسبت‌های دینی پر رنگ‌تر از قبل مشارکت می‌کردند. مطالعات مختلف نشان داده است که کودکان مبتلا به سرطان در پی حمایت اجتماعی هستند. یکی از منابع حمایتی برای آنها رابطه با خدا، خواندن دعا و نماز است که

3. Faith
4. Bull, Gilles & Division
5. Flavelle
6. Ebmeier

1. Epstein
2. Wilson

خانواده پیدا کرده‌اند. پژوهشگران مختلف معنویت را به‌عنوان یک خصیصه یا ویژگی مطرح می‌کنند که اغلب شامل عشق می‌شود (الکساندر و مک‌لین⁷، 2003 و لیندسی⁸، 2002 و سیلورمن⁹، 2000). شلی (1982) معتقد است که نیاز به عشق، تعلق و پیوستگی از ابتدایی‌ترین نیازهای معنوی کودک است که بدین ترتیب موجب رشد اعتماد در آن‌ها می‌شود؛ اما احساس تعلق و پیوستگی شدید نشانه‌هایی از استرس معنوی در کودکان مبتلا به سرطان است (استین و اندرسون¹⁰، 1995). مادران مورد مصاحبه قرار گرفته‌شده بیان می‌کردند که کودکان آن‌ها نیاز به مجاورت با آن‌ها دارند و دائماً به آن‌ها می‌چسبند. شدیداً به آن‌ها وابسته شده‌اند و گاهی به‌صورت منظم در آغوش آن‌ها می‌خوابند و در صورت غیبت مادر به‌سرعت در پی ایشان هستند. این دل‌تنگی در دوران غیبت خواهر و برادر نیز وجود دارد. در این دوران علاقه به پدر و بازی با او خود را رنگ‌تر از قبل نشان می‌دهد. بازی و شوخی با پدر برای ایشان سرگرم‌کننده است؛ زیرا شوخی و خندیدن از جمله نیازهای معنوی است (گالیک، فلانی ون و گالیک، 2005).

توجه به بازی و تفریح و همچنین تجربه و ارتباط با طبیعت یکی از موضوعات مورد تأکید مادران بود. نی و هی¹¹ (1996) و مایر¹² (1996) بازی را بخشی از معنویت در کودکان

احساس سلامتی را در آن‌ها به وجود می‌آورد (کامپر¹، 2010). ابمیر در پژوهش خود نشان داد که رابطه کودک باخدا در طول مدت‌زمانی که در بیمارستان بستری است، به او در مقابله مؤثر با ترس‌ها و اضطراب‌هایش یاری می‌رساند (تر²، 2012)؛ زیرا دین و توجه به آموزه‌های دینی احساس امید را در افراد به وجود می‌آورد (مارکوس³ و همکاران، 2013 و هولدر⁴ و همکاران، 2010) و به‌عنوان یک مکانیزم دفاعی مؤثر عمل می‌کند که پژوهشگران تأثیر اعتقادات دینی بر سلامت فیزیکی را به‌خوبی نشان داده‌اند (جانستون⁵ و همکاران، 2012 و گارفیلد⁶ و همکاران، 2013). از سویی با توجه به نظریه‌های شناختی-فرهنگی معنویت، رشد معنوی، متأثر از تجارب زندگی و بافت فرهنگی که فرد در آن رشد می‌یابد، است (جانسون، 2006). همان‌طور که نتایج پژوهش ما نشان داد کودکان بیمار در جامعه ایرانی تحت تأثیر آموزش‌های دینی خانواده خود بوده‌اند و زمان مواجهه با بیماری‌های مزمنی همچون سرطان، چنین اعتقاداتی خود را پررنگ‌تر از قبل نشان می‌دهد. البته برخی مادران گزارش دادند که کودک آن‌ها به‌طورکلی خدا را انکار می‌کردند.

سومین موضوع مورد توجه مادران مورد مصاحبه قرار گرفته‌شده ارتباط، عشق و حمایت اجتماعی است. آن‌ها بیان می‌کردند که کودکانشان وابستگی شدید به آن‌ها و اعضاء

1. Kamper
2. Terrah
3. Marques
4. Holder
5. Johnstone
6. Garfield

7. Alexander & mclaughlin
8. lindsay
9. silverman
10. Steen & Anderson
11. Nye & Hay
12. Cram

می‌دانند. کرام (1996) معتقد است که کودکان از طریق بازی به ساخت معنی در جهان پیرامون می‌پردازند. مادران در این پژوهش مطرح می‌کردند که کودکان زمانی که در بیمارستان بستری هستند منتظر رفتن به اتاق بازی هستند تا به بازی مشغول شوند. در این ساعات کاملاً شاد هستند؛ زیرا بازی موجب ارتباط درونی در آنها می‌شود و بدین ترتیب یک محیط امن و ایمنی را تجربه می‌کنند (بول، گیلز و دیویسون¹، 2007). از سویی هنر و موسیقی از مهم‌ترین منابع برای ایجاد آرامش معنوی در کودکان مبتلا به سرطان است (پو، آلیسانسکی، پونام و رودرمن²، 2011 و گیسنبرگ³، 2007). در پژوهش حاضر کودکان اغلب به بازی با اسباب‌بازی‌های پزشکی علاقه‌مند بودند. از سویی مادران این کودکان اعلام می‌کردند که آنها علاقه‌مند به ساخت عروسک هستند. بودن در محیط باز و سرسبز و خارج از شهر برای ایشان لذت‌بخش است.

یکی دیگر از مفاهیم مورد تأکید از سوی اکثریت مادران پرخاشگری، ترس و اضطراب کودکان بود. کودکان آنها با کوچک‌ترین مسئله و مشکل عصبانی می‌شوند و نسبت به آنها و سایر فرزندان پرخاشگری می‌کنند. در این زمان ممکن است که مادر را مورد ضرب قرار دهند و ابزارها و وسایل پیرامون را پرتاب کنند. ایشان مطرح می‌کردند که فرزندان آنها زمانی که در بیمارستان هستند پرخاشگرتر و لجبازتر

می‌شوند. مادران مورد مصاحبه اذعان داشتند که کودکان آنها پس از آگاهی از بیماری دچار ترس، اضطراب و بی‌خوابی شده‌اند. ناخن می‌خورند. زمانی که نزدیک محوطه بیمارستان می‌شوند می‌ترسند. از اینکه روی ویلچر بنشینند و موهای خود را از دست بدهند، دلهره و نگرانی دارند و از مادر خود پیش از دست دادن موی خود کلاه‌گیس می‌خواهند. همه موارد بیان شده به‌خوبی نشان‌دهنده ترس و اضطراب آنها در این دوره است. پژوهش‌های مختلف نشان دادند که بحران معنوی در کودکان مبتلا به سرطان همراه با اضطراب، ترس، خصومت و پرخاشگری است (اکزلین⁴ و همکاران، 2013 و استین و اندرسون، 1995).

و آخرین درون‌مایه که مورد توجه است، مسائلی است که کودکان در مورد آینده و امید به آینده مطرح می‌کنند؛ زیرا امید به آینده یکی از نیازهای معنوی افراد است (مک ایون⁵، 2005). امید دادن و امید گرفتن بخش اصلی معنویت افراد است (مک اسکاری⁶، 2006 و چمپگین⁷، 2003) و امیدبخش عمده معنویت در کودکان است (سیلورمن⁸، 2000 و اسمیت⁹، 1941). در این زمینه مادران اشاره می‌کردند که کودک آنها در مورد ازدواج، رشته تحصیلی و زمان پدر و مادر شدن از آنها سؤال می‌پرسند. ایشان بیان می‌کردند کودکان آنها در مورد برنامه‌هایی که در آینده دارند با آنها صحبت می‌کنند.

4. Exline
5. McEwen
6. muscari
7. champagne
8. silverman
9. smith

1. Bull, Gilles & Division
2. Purow, Alisanski, Putnam & Ruderman
3. Giesenber

آن‌ها به وجود آورند؛ زیرا همان‌طور که مطرح شد معنویت و باورهای دینی بر ادراک کودکان از بیماری، رنج، شفا و مسائل مرتبط با آن تأثیرگذار است و چارچوب مقابله مثبتی را برای کودکان فراهم می‌آورد (ونگ¹ و همکاران، 2012 و بارنز، پلونتیکو ماکس و پندلتون، 2000). از این رو ایشان نیازمند به توانمندسازی دارند تا از این رهگذر به شناسایی نیازها و بحران‌های معنوی کودکان خود نائل شوند تا در مرحله بعد توانایی مراقبت معنوی² از کودکان خود را داشته باشند.

مطالعه حاضر یکی از اولین پژوهش‌های انجام شده در حوزه چالش‌ها و بحران‌های معنوی کودکان مبتلا به سرطان از دیدگاه والدین است. از این رو پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی چالش‌ها و بحران‌های معنوی از دیدگاه خود کودکان مبتلا به سرطان مورد بررسی قرار گیرد. از سویی پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های پیش رو آموزش‌های لازم برای توانمندسازی والدین جهت مراقب معنوی از کودکان مبتلا به سرطان صورت گیرد و پس از مداخله صورت گرفته، تأثیر آن در زمینه کیفیت زندگی³ کودکان و سلامت روانی⁴ و واکنش‌های هیجانی مورد بررسی قرار گیرد.

سپاسگزاری

1. Wong
2. Spiritual care
3. Quality of life
4. Mental health

نتیجه‌گیری

همان‌طور که مطرح شد کودکان مبتلا به سرطان پس از تشخیص بیماری با چالش‌هایی مواجه هستند. یکی از چالش‌های پیش روی ایشان مسائل معنوی است. از این رو مهم‌ترین بحران معنوی که کودکان در این دوران تجربه می‌کنند عبارت است از مسائل فلسفی، ایمان، ارتباط با طبیعت، بازی و تفریح، عشق و حمایت اجتماعی، ابراز ترس و اضطراب، ابراز پرخاشگری و امید به آینده. در پژوهش حاضر مواردی همچون سؤالات فلسفی مختلف (زندگی و مرگ)، ایمان و مورد عشق و حمایت اجتماعی قرار گرفتن عمده دغدغه والدین در ارتباط با کودکان مبتلا به سرطان بود. در این راستا لازم است آموزش‌های لازم برای توانمند کردن والدین جهت مراقبت معنوی از کودکان مبتلا به سرطان صورت گیرد؛ زیرا مراقبت از کودکان بیمار علی‌الخصوص کودکان مبتلا به سرطان یک فعالیت تیمی است (انجمن سرطان آمریکا، 2013). همان‌طور که گزارش شد والدین در مواجهه مستقیم کودکان باید پاسخگو و حامی کودکان در مواجهه با چالش‌ها و بحران‌های معنوی باشند. والدین در مواجهه با چراهای فلسفی کودکان‌شان هستند و از سویی باید به‌عنوان یک حامی ایشان را به یک منبع امن متصل کنند و آن‌ها را مورد عشق و محبت قرار دهند. هیجانات منفی ایشان همچون ترس و خشم را مدیریت کرده و با ابزاری همچون بازی فضایی مفرح مملو از حس اعتماد در

در پایان شایسته است تا از فرصتی که جناب آقای مهندس احمدیان (مدیرعامل)، سرکار خانم رفعت وثوقی (مدیر محترم واحد تضمین کیفیت) و سرکار خانم مرجان وثوقی (مسئول واحد روانشناسی) در بیمارستان فوق تخصصی محک و مادران دلسوز کودکان مبتلا به سرطان برای به ثمر نشستن هر چه بهتر و مناسب‌تر این پژوهش تدارک دیدند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آوریم.

منابع

- استراس، آنسلم و جولیت کورین (1385) اصول روش تحقیق کیفی: نظریه‌های مبنایی رویه‌ها و شیوه‌ها، ترجمه سید بیوک محمدی. تهران: پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی.

- برقی ایرانی، زیبا. بیگیان کوله مرز، محمدجواد و فولادوند، شاپور. (1392). بررسی اثربخشی

- Alexander, H. & Mclaughlin, T. (2003). Education in religion and spirituality. In: N: Blake, P.S meyer, R. smith and P Standish (eds) (2003) the Blackwell guide to the philosophy of education. Oxford UK: Blackwell publishing. 356-373.

- Barnes, L. Plotnikoff, G.A. Fox, K. Pendleton, S. (2000). "Spirituality, Religion, and Pediatrics: Intersecting Worlds of Healing, pediatrics. 106(4): 899-908.

- Bull, R.A. Gillies, M & Division, Y. (2007). "Spiritual needs of children with complex healthcare

آموزش گروهی درمان متمرکز بر هیجان بر بهبود کیفیت زندگی و رضایت زناشویی مادران دارای فرزند سرطانی، روانشناسی سلامت. 2(2). 79-94.

- بهمنی، بهمن. اسکندری، مهدی. حسنی، فریبا. دکانه‌ای فرد، فریده و شفیع‌آبادی، عبداله (1392) تأثیر گروه‌درمانی شناختی وجود گرا بر افسردگی و امیدواری والدین فرزندان مبتلا به سرطان. روانشناسی سلامت، 2(2). 48-61.

- حسینی قمی، طاهره و سلیمی بجستانی، حسین. (1391). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر استرس مادران دارای فرزندان مبتلا به سرطان. روانشناسی سلامت، 4(4). 97-109.

- گال، مردیت. بورگ، والتر و گال، جویس. (1383). روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روانشناسی، ترجمه احمدرضا نصر و همکاران، تهران: انتشارات سمت. needs in hospital". pediatrics nursing. 19(9):34-38.

- Cancer American Society. Cancer in Children, <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002287-pdf.pdf>, 2013

- Champagne, E. (2003). "Being a child, a spirituality child". international journal of children's spirituality. 8(1): 43-53.

- Coyne, I. O'neill, C. Murphy, M. Costello, T & O'shea, R. (2011). "What does family- centre care mean to nurses and how do they think it could be enhanced in practice". Journal of advanced nursing. 67(12), 2561-2573.

- Cram, R.H. (1996). "Knowing God: children, play and paradox". *Religious education*. 91(1). 55-73.
- Delgado-Guay, M.O. Hui, D. Parsons, H.A. Cruz, K. Thorney, S & Bruera, E. (2011). "Spirituality, Religiosity, and Spiritual Pain in Advanced Cancer Patients". *Journal of pain and symptom management*. 41(6):986-994
- Dombeck, M.B. (1995). "Dream-telling: a means of spiritual awareness". *Holistic Nursing Practice*. 9(2):37-47.
- Ellis, M.R.; Vinson, D.C. & Ewigman, B. (1999). "addressing spiritual concerns of patients: family physicians' attitudes and practices". *Journal Family Practice*. 48 (2):105-9.
- Epstein I. (2004) Adventure therapy: a mental health promotion strategy in pediatric oncology". *Journal Pediatric Oncology Nursing*. 21(2):103-10.
- Exline, J. J. Prince-Paul, M. Root, B. L. & Peereboom, K.S.(2013). the Spiritual Struggle of Anger toward God: A Study with Family Members of Hospice Patients. *Journal of Palliative Medicine*. 16(4): 369-375.
- Fitchett, L.A. & Sivan, A. B. (1997). "The Religious Needs and Resources of Psychiatric In-Patients". *Journal of Nervous and Mental Disease*. 185 (5) 320-326.
- Flavelle, S.C. (2011). "Experience of an adolescent living with and dying of cancer". *Archive Pediatric Adolescent Med*. 165(1):28-32.
- Galek, K. Flannelly, K.J. Vane, A & Galek, R.M. (2005). "Assessing a Patient's Spiritual Needs a Comprehensive Instrument". *Holistic nursing practice*. 19(2):62-69.
- Giesenberg, A. (2007). "The phenomenon of preschool children's spirituality". Doctor of philosophy, queens Land University of technology.
- Hay,D. & Nye,R. (2006). *The spirit of the child*.(Revised edition) London: Jessica Kingsley Publishers.
- Holder, M. D. Coleman, B & Wallace, J. M. (2010). Spirituality, religiousness, and happiness in children aged 8–12 years. *Journal of Happiness Studies*, 11, 131–150.
- Houskamp, B.M. Fisher, L.A. Stuber, M.L. (2004). "Spirituality in children and adolescents: research findings and implications for clinicians and researchers". *Child Adolescent Psychiatric Clinic*. 13(1), 221–230.
- Johnstone, B. Yoon, D. Cohen, D. Schopp, L. McCormack, G. Campbell, J & Smith, M.(2012). Relationships Among Spirituality, Religious Practices, Personality Factors, and Health for Five Different Faith Traditions, *Journal of Religion and Health*, 51(4), 1017-1041.
- Jolly, J. (2009). "The Evolution of Family-Centered Care". *Journal of Pediatric Nursing*. 24(2):164-170.
- Krippendorff, K. (2004). *Content Analysis: An Introduction to Its*

Methodology sage publication Ltd, London, united king.

- Lindsay, R. (2002). Recognizing spirituality. The interface between faith and social work. Crawley, western Australia: university of western Australia press.

- Lyons, E. & Coyle, A. (2007). Analyzing Qualitative Data in Psychology, sage publication Ltd, olive's Yard London.

- Marques, S. C. Lopez, S. J & Mitchell, J. (2013). The Role of Hope, Spirituality and Religious Practice in Adolescents' Life Satisfaction: Longitudinal Findings. Journal Happiness Studies.14:251-261.

- McEwen, M. (2005). "Spiritual nursing care: state of the art'. Holistic Nursing Practice. 19(4), 161-168.

- McSherry, W. & Smith, J. (2007). "How do children express their spiritual needs?«Pediatric Nursing.19(3):17-20.

- Menossi, M.J.; Zorzo, J.C & Lima, R.A. (2012). The dialogic life-death in care delivery to adolescents with cancer. Review Latinoam Enferm. 20(1):71-82.

- Miller, S.R. (1979). "Children's fear: A review of the literature with implication for nursing research and practice". Nursing research. 217-221.

- Murray, S.A. & Kendall, M. (2007). "Patterns of Social, Psychological, and Spiritual

Decline Toward the End of Life in Lung Cancer and Heart Failure". Journal of pain and symptom management. 34(4):393-402.

- Muscari, M. (2006). Let kids be kids, rescuing childhood. Chicago, us: university of Scranton press.

- Naomi, K. (2012). Evidence-based spiritual care: a literature review, Current Opinion in Supportive & Palliative Care: 6 (2). 242-246.

- Nina, P. & Linda, F. (2008). "Parent Participation in the Care of Hospitalized Children: A Systematic Review". Journal of Advanced Nursing. 22(6):622-41.

- Nye, R and Hay, D. (1996). Identifying children's spirituality: how do you start without A stating point? British journal of religious education. 18(3). 144-154.

- Ozkan, S. Ozkan, M. & Armay, Z. (2011). Cultural Meaning of Cancer Suffering, Journal Pediatric Hematology Oncology, 33(2), 102-104.

- Penman, M.J. (2009). "Spirituality and spiritual engagement as perceived by palliative care clients and caregivers". Australian journal of advanced nursing. 26 (4): 29-35.

- Peris-Bonet, R. Salmerón, D.; Martínez-Beneito, M.A.; Galceran, J.; Marcos-Gragera, R.; Felipe, S. & González, V. (2010). "Childhood cancer incidence and survival in Spain". Ann Oncology. 21(3): 103-110.

- Puchalski, C. Ferrell, B. & Virani, R. (2009). "Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the consensus conference". *Journal Palliate Med.* 12: 885-904.
- Purow, B. Alisanski, S. Putnam, G. & Ruderman, M. (2011). "Spirituality and pediatric cancer". *South Medical Journal.* 104(4):299-302.
- Roehlkepartain, E. C. (2006). *The Handbook of Spiritual Development in Childhood and Adolescence*, SAGE Publications.
- Shelly, J.A. (1982). *The spiritual needs of children. (A guide for nurse, parent and teacher)*, Intervarsity Christian fellowship of the United States of America.
- Silverman, R.L. (2000). *The Ten gifts*, New York: St. Martin's press.
- Silverman, R.T. (2000). *The ten gifts*. New York: St Martin's press.
- Smith, J.J. (1941). *Religious development of children*. In: C.E. Skinner, C.E. and P.L. Harriman (eds). *Child psychology. Child development and modern education*. New York: the Macmillan Company. 273-298.
- Steen, S. & Anderson, B. (1995). "Ages and stages of spiritual development". *Journal Christian nurse.* 12(2):6-11.
- Terrah L. F; Cynthia J. B & Mary, G. (2012). *Symptom Management of Spiritual Suffering in Pediatric Palliative Care*. *Journal of Hospice & Palliative Nursing:* 14(2).109-115.
- Tourigny, J. Chapados, C & Pineault, R. (2005). "Determinants of parental behaviour when children undergo day-care surgery". *Journal of Advanced Nursing.* 52(5), 490-497
- Villagomez, L.R. (2006). "Mending broken hearts: the role of spirituality in cardiac illness: a research synthesis". *Holistic Nursing Practice.* 20(4):169-86
- Wilson, K. Mazhar, W. Rojas-Cooley, T. De Rosa, V. & VanCleve, L. (2011). "A glimpse into the lives of children: their cancer journey". *Journal Pediatric Oncology Nursing.* 28(2):100-6.
- Wong, J. Ghiasuddin, A. Kimata, C. Patelesio, B & Andrea S. (2012). *The Impact of Healing Touch on Pediatric Oncology Patients. Integrative & Complementary Medicine*, 13(3). 12-17.
- Ygge, B. & Lindholm, C. (2006). "Hospital Staff Perceptions of Parental Involvement in Pediatric Hospital Care". *Journal of Advanced Nursing.* 53(4): 534-42.