

The Effect of Self-management Empowering Model on Spiritual Health of Mothers of Children with Cerebral Palsy

Najmeh Zare ¹, Maryam Ravanipou ^{2,*}, Masoud Bahreini ³, Niloofar Motamed ⁴, Hamid Nemati ⁵

¹ MSc Student in Nursing, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran

² BScN, MScN, PhD, Associate Professor of Nursing, The Persian Gulf Tropical Medicine Research Center, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran

³ BScN, MScN, Ph.D. Associate Professor of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran

⁴ MD/MPH, Associate Professor of Community Medicine, School of Medicine, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran

⁵ MD, Assistant Professor of Medicine, Child Neurologist, Neuroscience Research Center, Faculty of Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

* **Corresponding author:** Maryam Ravanipou, Faculty of Nursing & Midwifery, Bushehr University of Medical Sciences, Rishahr Street, P.O.Box: 7518759577, Bushehr, Iran. E-mail: ravanipour@gmail.com

Received: 25 May 2015

Accepted: 02 Sep 2016

Abstract

Introduction: Cerebral palsy (CP) is of the most common chronic motor disease in children which has a negative effect on spiritual health of mothers as their main caregivers. Most studies have only referred to children with CP child and mothers as main caregiver who undergo a lot of stress have not been considered. The aim of this study was to assess the effect of self-management empowering model on spiritual health of mother of children with CP.

Methods: This was a randomized clinical trial using the reliable spiritual health questionnaire (SWBS) for 72 mothers of children with CP in Bushehr and Shiraz rehabilitation and medical centers. A month and half after the pretest, the posttest was performed in both case and control groups. The analysis of data was done through statistical tests (x², t-test and paired t-test) using SPSS version 18.

Results: There was no statistically significant difference between demographic information in the two groups ($P > 0.05$). The existential dimension of spiritual health showed that there was a significant difference between the two groups after the intervention; but, there was no significant difference in the religious dimension of spiritual health after the interventions.

Conclusions: Results showed that with increase in spiritual health, especially in the existential dimension of spiritual health, mother's self-management and empowerment will rise.

Keywords: Empowerment, Spirituality, Relation, Mother-Child, CP (Cerebral Palsy)

تأثیر الگوی توانمندسازی خود مدیریتی بر سلامت معنوی مادران دارای کودک فلج مغزی

نجمه زارع^۱، مریم روانی پور^{۲*}، مسعود بحرینی^۳، نیلوفر معتمد^۴، حمید نعمتی^۵

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
^۲ دانشیار، مرکز تحقیقات طب گرمسیری و عفونی خلیج فارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
^۳ دانشیار پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
^۴ دانشیار پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
^۵ استادیار، گروه اعصاب کودکان دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
 * نویسنده مسئول: مریم روانی پور، دانشیار، مرکز تحقیقات طب گرمسیری و عفونی خلیج فارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، صندوق پستی: ۷۵۱۸۷۵۹۵۷۷، بوشهر، ایران. ایمیل: ravanipour@gmail.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۳/۰۵ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۶/۱۲

چکیده

مقدمه: فلج مغزی شایع‌ترین ناتوانی حرکتی مزمن در کودکان است که می‌تواند تأثیر منفی بر سلامت معنوی مادران به‌عنوان مراقبت دهندگان اصلی داشته باشد. این مطالعه باهدف بررسی تأثیر الگوی توانمندسازی خود مدیریتی بر سلامت معنوی مادران دارای فرزند فلج مغزی انجام گرفت.

روش کار: در این مطالعه کار آزمایی بالینی شاهد دار تصادفی ۷۲ نفر از مادران دارای کودک فلج مغزی از مراکز درمانی و بهزیستی در شهرهای بوشهر و شیراز انتخاب شدند. تخصیص نمونه‌ها به دو گروه مداخله و کنترل به‌صورت تصادفی انجام شد. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه‌ی روا و پایای سلامت معنوی استفاده گردید (SWBS) Spiritual Wellbeing Scale. پس‌آزمون یک ماه نیم بعد از پیش‌آزمون در گروه کنترل و یک ماه و نیم پس از مداخله توانمندسازی خود مدیریتی در گروه مداخله انجام شد.

یافته‌ها: آزمون آماری کای دو نشان داد اطلاعات دموگرافیک دو گروه از لحاظ آماری تفاوت معناداری نداشتند ($P < 0/05$). نتایج نشان داد نمرات قبل و بعد از مداخله در بعد وجودی پرسش‌نامه سلامت معنوی در دو گروه مداخله و کنترل از لحاظ آماری معنادار بود؛ اما در حیطه معنوی مذهبی و نمره کل پرسش‌نامه سلامت معنوی تفاوت آماری معناداری قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله مشاهده نگردید.

نتیجه گیری: با استفاده از الگوی توانمندسازی خود مدیریتی سلامت معنوی به‌ویژه در بعد وجودی در مادران افزایش می‌یابد. به نظر می‌رسد اجرای برنامه‌های توانمندسازی برای این مادران می‌تواند باعث بهبود سلامت معنوی و درمجموع کیفیت زندگی آن‌ها و خانواده‌شان شود.

واژگان کلیدی: توانمندسازی، معنویت، ارتباط، مادر-کودک، فلج مغزی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

موفقیت‌آمیز آسیب‌های وارد شده به نواحی از مغز که کنترل عضلات و حرکات را در اختیار دارد ترمیم کند وجود ندارد (۴). کودک فلج مغزی اغلب به مراقبت‌های خاص و طولانی‌مدت نیاز دارد به همین دلیل است که خانواده‌های دارای کودک ناتوان نسبت به خانواده‌های دارای کودک سالم از سلامت جسمی و روانی به‌خصوص سلامت معنوی که از مؤلفه‌های مهم آن است کمتر برخوردارند. مادر به‌عنوان مراقبت دهنده اصلی و شخصی است که به‌طور مستقیم با کودک ارتباط برقرار می‌کند و سلامتی کودک بر سلامتی وی تأثیرگذار است احساساتی مانند گناه،

فلج مغزی شایع‌ترین ناتوانی حرکتی مزمن در عرصه عصب‌شناختی در کودکان است که در نتیجه یک ضایعه غیر پیشرونده به مغز در حال رشد حادث می‌شود. این حادثه ممکن است قبل، حین و یا بعد از تولد رخ دهد که اغلب باعث محدودیت در حرکات جسمی و کاهش مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی می‌گردد (۱).

در اکثر مطالعات شیوع بیماری فلج مغزی بین ۲ تا ۲/۵٪ کودک از هر هزار تولد زنده می‌باشد (۲). هم‌اکنون در ایران شیوع این بیماری ۲/۰۶ از هر هزار تولد زنده است (۳). در حال حاضر مداخله‌ای که بتواند به‌طور

تقصیر، ناکامی، محرومیت ناشی از عادی نبودن کودک می‌تواند سبب گوشه‌گیری و عدم علاقه به برقراری ارتباط با محیط، غم و اندوه گردد (۵، ۶)؛ بنابراین در خانواده‌هایی که کودک با ناتوانی دارند توجه به مادران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۶).

مطالعه پرونیان نسب و همکاران در تهران در سال ۱۳۹۰، اهمیت توجه ویژه به مادران دارای کودک فلج مغزی به‌عنوان فردی که حفظ و ارتقاء سلامت وی بر رشد و تکامل کودک و سلامت سایر اعضای خانواده نقش دارد را تأیید می‌کند (۷). جلیلی و همکاران در سال ۱۳۹۰ کیفیت زندگی مادران دارای فرزند فلج مغزی در تهران را در سطح متوسط گزارش کردند (۶). خیاط زاده نیز در مطالعه‌ی باهدف بررسی کیفیت زندگی مادران دارای فرزند فلج مغزی در مقایسه با مادران دارای فرزند سالم در تهران توجه بیشتر مسئولین و افزایش حمایت‌های اجتماعی روان‌شناسی و مددکاری را مطرح نمود (۸). در مطالعه دیگر توسط مردانی در تهران مشخص شد که سلامت جسمانی و روانی (سلامت معنوی به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های آن) مادران دارای فرزند فلج مغزی ضعیف‌تر از مادران دارای فرزند سالم می‌باشد (۹). داویس و همکاران در سال ۲۰۱۰ مطالعه‌ای در ملبورن استرالیا در رابطه با تأثیر مراقبت از کودک فلج مغزی بر زندگی مراقبین اصلی (مادر) انجام داد و مشخص کرد که آن‌ها با چالش‌های مختلفی ازجمله به خطر افتادن سلامت روانی مواجه می‌باشد (۱۰). با توجه به این‌که در مطالعات ذکر گشته مادر به‌عنوان فردی که در روند مراقبت از کودک بیشترین آسیب را متحمل می‌گردد در سال‌های اخیر علاوه بر توجه به وضعیت زندگی کودکان معلول کیفیت زندگی والدین به‌خصوص مادران به‌عنوان مراقبت دهنده اصلی نیز موردتوجه قرار گرفته است؛ ولیکن مداخلات در راستای بهبود و ارتقاء سطح سلامت معنوی این مادران کمتر موردتوجه بوده است. با توجه به مادام‌العمر بودن فلج مغزی و عدم درمان قطعی و باهدف افزایش عملکرد مادران و بهبود سلامت معنوی آن‌ها، پژوهش حاضر با توجه به فقدان مطالعات کافی در این زمینه و استفاده از روش‌های نوین آموزش جهت بهبود این معضلات استفاده می‌گردد (۱۱). با در نظر گرفتن تمرکز پراستفاده از روش‌های نوین یکی از اهداف مراقبتی در این بیماران توانمندسازی می‌باشد. حرکت توانمندسازی بیماران از اوایل ۱۹۷۰ هم‌زمان با طرح منشور حقوق بیمار آغاز شد. توانمندسازی باهدف ظرفیت‌سازی ابتدا در بیماران سپس در دیگر افراد بنیان نهاده شد به‌طوری‌که خود عضوی فعال در فرآیند مراقبت از خود باشند و قادر شوند در اتخاذ تصمیمات بالینی خود سهیم باشند (۱۲). از طرف دیگر آموزش نقش مرکزی در مدیریت بیماری مزمن دارد (۱۳). ازاین‌رو توانمندسازی به‌عنوان یک روش آموزشی از طریق افزایش دانش و آموزش مهارت‌ها منجر به بهبود خود مراقبتی و کیفیت زندگی می‌شود (۱۴). تفاوت عمده این برنامه آموزشی با برنامه‌های آموزشی سنتی در این است که این روش به‌جای این‌که فن یا راهبرد محسوب شود بیشتر نقش یک راهنما را در مورد بیماران ایفا می‌کند (۱۵). توانمندسازی بیمار با دادن اطلاعات و آموزش آغاز می‌گردد و به مشارکت فعال بیمار در اتخاذ تصمیمات در مورد فرایند بیماری و عمل به آن‌ها ختم می‌شود (۱۶). توانمندسازی یک نوع مداخله پرستاری است که الگوهای متفاوتی دارد. یکی از انواع مدل‌های توانمندسازی، توانمندسازی خود مدیریتی می‌باشد که با توجه به ماهیت مزمن بیماری فلج مغزی و تحت تأثیر قرار گرفتن مادران

به‌عنوان مراقبت دهنده اصلی الگوی توانمندسازی خود مدیریتی می‌تواند چارچوب مناسبی برای مداخلات آموزشی درزمینه‌ی سلامت معنوی باشد (۱۷). استفاده از این الگو می‌تواند به مادر جهت شناخت همه‌جانبه منابع موجود در خویش و در جامعه کمک نماید و وی را به نحوی توانمند کند که بتواند از این منابع نهایت استفاده و بهره‌برداری را نماید تا به هدف ارتقاء سلامت معنوی نائل گردد (۱۸).

با توجه به این موضوع که اکثر مطالعات انجام‌گرفته به مراقبت و توان‌بخشی کودک معلول استوار بود و در مورد سلامت مادران به‌خصوص سلامت معنوی مطالعات کافی انجام نگرفته است و مادر به‌عنوان فردی است که حفظ و ارتقا سلامت وی در رشد و تکامل کودک و سایر اعضا خانواده و حتی جامعه بسیار تأثیرگذار است، همچنین وی اولین شخصی است که به‌طور مستقیم با کودک در ارتباط است لذا نقش کلیدی در رشد و ارتقا کودک خویش دارد و توانمندی وی باعث توانمندی کودک و خانواده‌اش می‌گردد بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر الگوی توانمندسازی خود مدیریتی بر سلامت معنوی مادران دارای فرزند فلج مغزی در سال ۱۳۹۴ انجام شد.

روش کار

این مطالعه یک پژوهش از نوع کار آزمایشی بالینی شاهد دار تصادفی بود که بر روی دو گروه مداخله و کنترل به‌صورت قبل و بعد بر روی مادران دارای فرزند فلج مغزی در شهرهای بوشهر و شیراز در سال ۱۳۹۴ انجام شد. جامعه پژوهش مادران کودکان فلج مغزی شیرازی و بوشهری بودند که در یک مرکز بهزیستی در بوشهر و یک مرکز بهزیستی و یک مرکز درمانی در شیراز پرونده داشتند و به‌طور منظم به آن مراکز مراجعه می‌کردند. معیارهای ورود شامل مادران ۴۵-۲۰ ساله دارای کودک فلج مغزی باسن ۲ تا ۱۰ ساله که شدت بیماری آن‌ها طبق تشخیص پزشک متخصص در سطح متوسط یا شدید قرار داشت؛ و همچنین توانایی مادر در تکمیل پرسش‌نامه بود. معیارهای خروج شامل ابتلای مادر به بیماری مزمن ناتوان‌کننده جسمی و روانی که مانع شرکت آن‌ها در پژوهش شود و عدم توانایی مراجعه جهت انجام مداخله بودند. تعداد نمونه‌های لازم با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪، ۳۶ نفر در هر گروه و مجموعاً ۷۲ نفر محاسبه شد. تخصیص نمونه‌ها به هر یک از گروه مداخله و کنترل با استفاده از اعداد تصادفی که از برنامه excel به دست آمد انجام گرفت. درنهایت ۳۶ نفر در گروه مداخله و ۳۶ نفر در گروه کنترل مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل فرم اطلاعات دموگرافیک و پرسش‌نامه روا و پایایی سلامت معنوی (swbs) پالوتزین الیسون بود. این پرسشنامه دارای ۲۰ عبارت است که پاسخ‌های آن به‌صورت ۶ گزینه‌ای لیکرت (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) بود. این پرسشنامه دو حیطه سلامت معنوی مذهبی و سلامت معنوی وجودی را مورد ارزیابی قرار می‌داد. نمره کل آن جمع این دو حیطه است که دامنه آن بین ۱۲۰-۲۰ می‌باشد. از مجموع نمرات به‌دست‌آمده نمره (۲۰-۴۰) سلامت معنوی در حد پایین، نمره (۴۰-۹۹) سلامت معنوی در حد متوسط و نمره (۱۰۰-۱۲۰) سلامت معنوی در حد بالا می‌باشد. روایی و پایایی این پرسش‌نامه در پژوهشی توسط رضایی (۱۳۸۵) در تهران با ضریب آلفای کرون باخ ۰/۸۲ مورد تأیید قرار گرفت (۱۹). همچنین در پژوهش دیگر توسط بالجانی در سال ۱۳۹۰ پایایی آن از طریق ضریب آلفای کرون باخ ۰/۸۸ به دست آمد (۲۰).

توضیح داده شد. به علاوه برای شرکت کنندگان جنبه اختیاری بودن در این پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات توضیح داده شد و در نهایت رضایت نامه کتبی آگاهانه از مادران دارای فرزند فلج مغزی گرفته شد. تجزیه و تحلیل داده با استفاده از آزمون کای دو، تی مستقل، من ویتنی و کولمو گروف اسپیرونوف با به کارگیری نرم افزار SPSS ۷.18 انجام شد. همچنین سطح معنادار در این مطالعه ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. جهت چک توزیع نرمالیتی متغیرهای کمی از آزمون کولموگروف اسپیرونوف، جهت بررسی متغیرهای جمعیت شناختی کیفی (رتبه ای) به تفکیک هر گروه از آزمون کای دو، آزمون تی مستقل جهت مقایسه متغیرهای کمی (نمره ای) با توزیع نرمال در گروه مداخله و کنترل و جهت مقایسه متغیرهای کمی با توزیع غیرنرمال در دو گروه مداخله و کنترل از آزمون من ویتنی استفاده گردید.

یافته ها

در این پژوهش ۷۲ نفر از مادران دارای فرزند فلج مغزی با محدوده های سنی ۴۵ - ۲۰ ساله و میانگین سنی ۳۰ سال (گروه آزمون ۳۱ سال و گروه کنترل ۲۹ سال) در شهرهای بوشهر و شیراز مورد مطالعه قرار گرفتند. [جدول ۱](#) با استفاده از آمار توصیفی فراوانی و درصد فراوانی مشخصات دموگرافیک مادران دارای فرزند فلج مغزی را نشان می دهد. با توجه به این جدول مشاهده شد که بین گروه مداخله و کنترل تفاوت معناداری از نظر مشخصات دموگرافیک وجود ندارد.

[جدول ۲](#) میانگین و انحراف معیار ابعاد دوگانه سلامت معنوی در گروه مداخله و کنترل را نشان می دهد. نتایج حاصل از آزمون تی مستقل و من ویتنی و تعیین ابعاد پرسشنامه سلامت معنوی در مادران دارای فرزند فلج مغزی نشان داد بین گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله از نظر میانگین امتیاز سلامت معنوی ($P = ۰/۰۶$) زیر حیطه ای معنوی وجودی ($P = ۰/۱۰$) و زیر حیطه ای معنوی مذهبی ($P = ۰/۰۵۶$) از لحاظ آماری تفاوت معناداری وجود نداشت. پس از مداخله بین دو گروه از لحاظ میانگین امتیاز سلامت معنوی ($P = ۰/۲۸$) و زیر حیطه ای معنوی مذهبی ($P = ۰/۶۵$) تفاوت معنادار آماری مشاهده نگردیده اما بین دو گروه پس از مداخله در زیر حیطه ای معنوی وجودی تفاوت آماری معناداری وجود داشت ($P = ۰/۰۰۶$).

[جدول ۳](#) سطوح امتیاز معنوی در قبل و بعد از مداخله توانمندسازی در گروه مداخله و کنترل را نشان می دهد. حدود ۹۰٪ گروه کنترل و مداخله از نظر امتیاز کل سلامت معنوی در قبل و بعد از مداخله دارای امتیاز متوسط (۴۱-۹۹) بودند؛ بنابراین دو گروه از نظر سطوح امتیاز سلامت معنوی در قبل و بعد از مداخله با یکدیگر تفاوت معناداری نداشتند؛ اگرچه در گروه مداخله تعداد معدودی از افراد بعد از مداخله به سطح بالا ارتقاء یافته بودند.

بحث

نتایج مطالعه نشان داد نمره سلامت معنوی اکثریت مادران با فرزند فلج مغزی در حد متوسط قرار دارد. نتایج مطالعه مک کوبری و داویس (۲۱) نلسون و همکاران (۲۲) و موسی رضایی و همکاران (۲۳) نشان داد که میانگین نمره کلی سلامت معنوی اکثریت بیماران مزمن از جمله سرطان در این مطالعات در محدوده متوسط گزارش شده بود که با نتیجه مطالعه حاضر که در آن نمره سلامت معنوی مادران در حد

پس از تصویب طرح و کسب اجازه از مسئولین مربوطه، اجرای مطالعه در ۳ مرحله بر روی گروه های مورد پژوهش انجام شد. در مرحله اول (قبل از مداخله) جلسه ای برای شرکت کنندگان گروه مداخله و کنترل تشکیل و ابزارهای پژوهش شامل فرم مشخصات جمعیت شناختی و پرسشنامه سلامت معنوی توسط آن ها تکمیل گردید.

در مرحله دوم (مداخله) الگوی توانمندسازی خود مدیریتی با استفاده از ۵ گام برای افراد گروه مداخله اجرا گردید.

گام اول: طی برقراری تعامل بین پژوهشگر و مادران کودک فلج مغزی گروه مداخله میزان اطلاعات و نگرش و عملکرد فرد بر اساس الگوریتم الگوی توانمندسازی خود مدیریتی سؤال پرسیده شد و میزان نیاز آن ها مشخص گردید. در گام دوم با توجه به نوع پاسخ افراد در زمینه ی نیازهایشان به هدف گذاری مطلوب در خصوص موارد مورد نیاز آموزش بیشتر رسیدیم و اهداف به ویژه کوتاه مدت و میان مدت طبق نیاز هر یک از افراد تعیین گردید. در گام سوم: برنامه ریزی با استفاده از اهداف تبیین شده بر اساس راهکارهای پیشنهادی خود مددجو بود. برنامه های توافقی جهت ارتقاء سلامت معنوی مادران دارای فرزند فلج مغزی بر مبنای حیطه های الگوی توانمندسازی خود مدیریتی تنظیم شد. گام چهارم: انجام مداخله توسط پژوهشگر با دادن آموزش فردی طی یک جلسه یک ساعته در مراکز ذکر گشته بر اساس اولویت بندی نیازهای مادران و دادن اطلاعات به آن ها جهت رفع این نیازها انجام گرفت. جهت فراهم نمودن فرصت یادگیری به نمونه های پژوهش ۱/۵ ماه فرصت داده شد و در این میان محقق شماره تماس خود را در اختیار مشارکت کنندگان قرار داده تا در صورت بروز هرگونه ابهام یا سؤالی به رفع ابهام بپردازند. به علاوه خود پژوهشگر نیز در فواصلی منظم و بر اساس اهداف مشخص شده در فرم نیازسنجی و اقدامات مقرر شده جهت انجام و به منظور بررسی صحت روند مطالعه و کارکرد مادران دارای فرزند فلج مغزی تماس هایی با آنان در طول یک ماه و نیم داشت. همچنین کتابچه ای حاوی اطلاعات در زمینه ی بیماری و سلامت معنوی جهت در دست داشتن اطلاعات به افراد گروه مداخله داده شد. گام پنجم: ارزشیابی که در طی هر جلسه آموزشی ارزشیابی مرحله ای از موارد آموزش داده شده در خصوص تعیین اهداف و برنامه های مداخله ای توافقی و پیشنهادی و طی تماس های تلفنی در طول زمان مداخله صورت پذیرفت.

مرحله سوم (بعد از مداخله): پس از اتمام یک و نیم ماه دوره مداخله مجدداً پرسشنامه سلامت معنوی (SWBS) در اختیار شرکت کنندگان هر دو گروه مداخله و کنترل قرار داده شد تا تکمیل گردد که با استفاده از پاسخ فرد به پرسشنامه میزان تغییرات در زمینه ی سلامت معنوی مادران دارای فرزند فلج مغزی بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله به دست آمد.

این طرح مصوب شورای پژوهش دانشگاه علوم پزشکی بوشهر بوده و در کمیته اخلاق معاونت پژوهش دانشگاه علوم پزشکی بوشهر مورد تأیید و ثبت قرار گرفته و با کد IRCTZ01508291 3092N7 در مرکز بین المللی ثبت کار آزمایشی بالینی ایران (IRCT) ثبت شده است. به منظور رعایت اصول اخلاق در پژوهش پس از تصویب طرح در شورای پژوهش و در کمیته اخلاق معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر جهت نمونه گیری هدف از پژوهش، مراحل تحقیق، مفاهیم مورد نیاز و الگوی توانمندسازی خود مدیریتی برای شرکت کنندگان

که در نمونه‌های فوق نوع بیماری در مطالعات ذکر گشته بیماران سرطانی و تحت شیمی‌درمانی و در مطالعه حاضر مادران دارای فلج مغزی بودند. بعلاوه محیط پژوهش و فرهنگ افراد با یکدیگر متفاوت بوده اند و احتمالاً این عوامل نقش مؤثری در نتایج متفاوت داشته‌اند.

متوسط قرار دارد هم‌خوانی دارد و این در حالی است که نتایج مطالعه‌ای که توسط رضایی (۱۹) و حجتی همکاران (۲۴) انجام گرفته بود نشان داد اکثریت مبتلایان به بیماری های مزمن از سلامت معنوی بالایی برخوردار بودند. تفاوت در نتایج مطالعات فوق می‌تواند ناشی از این باشد

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک نمونه‌های پژوهش به تفکیک دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	گروه	کا اسکوتر	P value
	کنترل، تعداد (درصد)	مداخله، تعداد (درصد)	
وضعیت تأهل			
متأهل	۳۴ (۹۴/۴)	۳۳ (۹۱/۷)	۰/۰۸
جدا	۰ (۰)	۳ (۸/۳)	
مطلقه	۲ (۵/۶)	۰ (۰)	
سن			
۲۰-۴۴	۳۵ (۹۷/۲)	۳۶ (۱۰۰)	۰/۳۱
۴۵-۶۰	۱ (۲/۸)	۰ (۰)	
تعداد افراد خانواده			
۱-۳	۱۷ (۴۷/۲)	۱۶ (۴۴/۴)	۰/۲۰
۳-۶	۱۹ (۵۲/۸)	۱۷ (۴۷/۲)	
۶ به بالا	۰ (۰)	۳ (۸/۳)	
رتبه تولد فرزند معلول			
فرزند اول	۲۵ (۶۹/۴)	۲۱ (۶۰)	۰/۰۹
فرزند دوم	۶ (۱۶/۷)	۱۱ (۳۱/۴)	
فرزند سوم	۵ (۱۳/۹)	۱ (۲/۹)	
فرزند چهارم و بالاتر	۰ (۰)	۲ (۵/۷)	
تعداد فرزندان با مشکل فلج مغزی			
یک نفر	۳۳ (۹۴/۳)	۳۳ (۹۱/۷)	۰/۶۶
بیش از یک نفر	۲ (۵/۷)	۳ (۸/۳)	
سابقه شرکت در کلاس‌های			
بلی	۲۷ (۷۵)	۳۱ (۸۶/۱)	۰/۳۷
خیر	۹ (۲۵)	۵ (۱۳/۹)	
شغل پدر			
آزاد	۲۲ (۶۲/۹)	۲۴ (۶۶/۷)	۰/۸۰
کارمند	۹ (۲۵/۷)	۷ (۱۹/۴)	
سایر	۴ (۱۱/۴)	۵ (۱۳/۹)	
شغل مادر			
آزاد	۱ (۲/۸)	۲ (۵/۶)	۰/۴۹
کارمند	۰ (۰)	۱ (۲/۸)	
سایر (خانه‌دار)	۳۵ (۹۷/۲)	۳۳ (۹۱/۷)	
تحصیلات پدر			
زیر دیپلم	۱۹ (۵۴/۳)	۱۴ (۳۸/۹)	۰/۲۹
دیپلم	۱۳ (۳۷/۱)	۲۰ (۵۵/۶)	
تحصیلات دانشگاهی	۳ (۸/۶)	۲ (۵/۶)	
تحصیلات مادر			
زیر دیپلم	۱۷ (۴۷/۲)	۹ (۲۵)	۰/۱۳
دیپلم	۱۷ (۴۷/۲)	۲۵ (۶۹/۴)	
تحصیلات دانشگاهی	۲ (۵/۶)	۲ (۵/۶)	

جدول ۲: مقایسه نمره سلامت معنوی و حیطه‌های آن قبل و بعد از مداخله به تفکیک در دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	گروه	آماره آزمون	P value
	کنترل میانگین (انحراف معیار)	مداخله میانگین (انحراف معیار)	
کل سلامت معنوی			
قبل	۳/۹۴ ± ۰/۸۵	۳/۵۸ ± ۰/۷۵	۰/۰۶
بعد	۴/۰۶ ± ۰/۸۲	۴/۲۴ ± ۰/۶۱	۰/۲۸
معنوی وجودی			
قبل	۳/۵۳ ± ۰/۹۴	۳/۲۱ ± ۰/۷۰	۰/۱۰
بعد	۳/۶۱ ± ۰/۸۹	۴/۰۵ ± ۰/۶۰	۰/۰۰۶
معنوی مذهبی			
قبل	۴/۳۵ ± ۰/۸۴	۳/۹۵ ± ۰/۹۰	۰/۰۵۶
بعد	۴/۵۱ ± ۰/۸۳	۴/۴۲ ± ۰/۶۸	۰/۶۵

جدول ۳: سطوح امتیاز معنوی در قبل و بعد از مداخله توانمندسازی در گروه مداخله و کنترل

سطوح حیطه امتیاز معنوی	گروه	کا اسکوتر
	کنترل، تعداد (درصد)	مداخله، تعداد (درصد)
قبل از مداخله		
پایین	۰ (۰)	۱ (۲/۸)
متوسط	۳۳ (۹۱/۷)	۳۵ (۹۷/۲)
بالا	۳ (۸/۳)	۰ (۰)
بعد از مداخله		
پایین	۰ (۰)	۱ (۲/۸)
متوسط	۳۳ (۹۱/۷)	۳۲ (۸۸/۹)
بالا	۳ (۸/۳)	۳ (۸/۳)

مداخله در قبل و بعد از مداخله از نظر نمره سلامت معنوی مذهبی در حد متوسط قرار داشتند. همچنین با توجه به فرهنگ غالب مذهبی در جامعه ایرانی به نظر می‌رسد که افراد در مواقع بحرانی جهت بهتر تحمل کردن شرایط به بعد مذهبی سلامت روانی که ارتباط با یک قدرت برتر را شامل می‌شود بیشتر روی می‌آورند تا بعد وجودی که یک نسخه روانی اجتماعی و نشانگر احساس فرد می‌باشد ممکن است به همین علت مداخلات افراد را متوجه این بعد از سلامت روانی نیز کرده است؛ که این دستاورد با مطالعه برهانی و همکاران (۲۷) که در آن از الگوی توانمندسازی استفاده گردیده و باعث بهبود کیفیت زندگی در گروه مداخله کودکان تالاسمی گردیده بود هم‌خوانی و با مطالعات صالحی و همکاران در زمینه‌ی استفاده از الگوی توانمندسازی و عدم تأثیر این الگو بر بهبود مشکلات روانی و سلامت ذهنی متناقض می‌باشد (۲۸).

اما مطالعات بیانگر آن بوده که برنامه آموزشی خود مدیریتی از رویکرد سنتی بیشتر به سمت مدل های توانمندسازی تغییر جهت داده است. طُل و همکاران (۱۶) مداخلات توانمندسازی را در بهبود کیفیت زندگی در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن مؤثر می‌داند که با نتیجه این پژوهش در بعضی ابعاد هم‌خوانی دارد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد اجرای الگوی توانمندسازی خود مدیریتی موجب افزایش سلامت معنوی به‌خصوص در حیطه معنوی وجودی می‌گردد. در خصوص تأثیر الگوی توانمندسازی خود مدیریتی بر سلامت معنوی مادران دارای فرزند فلج مغزی پژوهش مشابهی انجام نگرفته است؛ اما مطالعات متعددی در

در مطالعه حاضر مشخص شد با استفاده از الگوی توانمندسازی خود مدیریتی سلامت معنوی به‌ویژه در بعد وجودی مادران افزایش می‌یابد؛ به عبارتی میانگین نمره بعد وجودی سلامت معنوی مادران بالاتر از میانگین نمره بعد مذهبی سلامت معنوی بود که این یافته‌ها با نتایج برخی از مطالعات از جمله حجتی و همکاران (۲۴) در بیماران همودیالیزی که به بررسی ارتباط بین نیایش و دعا بر ابعاد سلامت معنوی پرداخته و تأثیر دعا را بر بهبود سلامت معنوی وجودی مؤثر می‌داند هم‌خوانی دارد و با نتایج برخی دیگر از جمله مطالعه‌ی خضری و همکاران در خصوص ارتباط سلامت معنوی و اضطراب مرگ در بیماران سرطانی متناقض می‌باشد (۲۵)؛ البته مذهب به‌عنوان یک مکانیزم و یک روش سازگاری جهت مقابله با معضلات آن‌ها کمک می‌کند (۱۹).

مذهب مهم‌ترین استراتژی سازگاری در والدین کودکان مبتلا به بیماری مزمن است. مفاهیم و معانی مانند زندگی و بیماری که از عقاید مذهبی منشاء می‌گیرد به آن‌ها کمک می‌کند تا با این شرایط سازگار شوند (۲۶). یکی از مهم‌ترین و عمیق‌ترین مکانیسم‌های سازگاری این مادران در این شرایط اتصال به باورهای مذهبی ریشه گرفته از دین اسلام می‌باشد و آن‌ها ارتباط با خداوند و انجام مناسک مذهبی و عبادی را جهت تحمل بهتر شرایط دشوار انجام می‌دهند. شاید به این دلیل تغییرات معناداری در میانگین نمرات سلامت معنوی مذهبی در قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله مشاهده نگردید و اکثر مادران گروه

با توجه به یافته‌های این پژوهش و فرهنگ غالب مذهبی مردم ایران به نظر می‌رسد با تدوین یک برنامه جامع توانمندسازی که دربرگیرنده سلامت معنوی نیز باشد مداخلات پرستاری برای مادران دارای فرزند فلج مغزی از اثربخشی بالاتری برخوردار شود. پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای باهدفی مشابه این مطالعه بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی مادران دارای فرزند فلج مغزی در آینده انجام گردد تا تأثیر استفاده از الگوی توانمندسازی بر روی دیگر ابعاد کیفیت زندگی و حتی مادران با فرزندان دارای سایر بیماری‌ها واضح‌تر گردد. همچنین در آموزش بالینی و نظری دانشجویان و پرسنل پرستاری از مقوله سلامت معنوی به‌عنوان یکی از ابعاد مهم سلامت روانی جهت توانمند کردن بیشتر بیماران به‌خصوص بیماران مزمن استفاده بیشتر گردد. علاوه‌به‌توجه به مقطعی بودن این مطالعه و عدم کنترل پژوهشگر بر روی وقایع اخیر زندگی مادران شرکت‌کننده در این پژوهش پیشنهاد می‌شود که مطالعات بعدی به‌صورت طولی با حجم نمونه بالاتر انجام شود. هرچند که شرکت در مطالعه کاملاً داوطلبانه بوده و در مورد محرمانه ماندن اطلاعات اطمینان خاطر به بیماران داده شد اما ممکن است شرکت‌کنندگان در جواب دادن به پرسش‌نامه سلامت معنوی و عقاید مذهبی جواب غیرواقعی داده باشند که خارج از کنترل پژوهشگر بوده است. با توجه به این مطلب که اعتقاد و پایبندی به مذهب در طول سالیان دراز در افراد شکل می‌گیرد (۳۶) و از آنجایی که تمرکز بیشتر مداخله کاربردهای معنویت در راستای توانمندسازی در مادران بود معنی‌دار نشدن تغییرات حیطه‌ی مذهبی سلامت معنوی دور از انتظار نبوده اگرچه تغییرات قابل توجهی در جهت افزایش میانگین نمره مشاهده‌شده ولیکن به لحاظ آماری نتیجه‌ی معنی‌داری ارائه نمود.

سپاسگزاری

مطالعه حاضر از پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر استخراج گردیده است که با حمایت این دانشگاه و معاونت محترم پژوهش دانشگاه علوم پزشکی بوشهر در تأمین هزینه‌های پژوهشی صورت گرفت. از پرستاران و پرسنل محترم شاغل در مرکز بهزیستی بوشهر و همچنین مرکز بهزیستی بهار در شیراز و درمانگاه امام رضا (ع) در شیراز، به‌علاوه مادران فرزند فلج مغزی عزیز که در این پژوهش شرکت نمودند و نتایج به‌دست‌آمده در این تحقیق حاصل همکاری صمیمانه ایشان است سپاسگزاری و کمال قدردانی را داریم.

خصوص تأثیر الگوی توانمندسازی خود مدیریتی بر جنبه‌های مختلف زندگی بیماران ازجمله مطالعه‌ای توسط شیر و همکاران بر روی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی (۲۹)، حیدری و همکاران بر روی نوجوانان مبتلا به دیابت (۳۰)؛ و رزازان و همکاران بر روی کیفیت زندگی نوجوانان و جوانان مبتلا به بیماری تالاسمی انجام‌شده است (۳۱).

همچنین عوامل دموگرافیکی که به نظر می‌رسد می‌توانند بر توانمندی مادران مبتلا به کودک فلج مغزی تأثیرگذار باشند مورد بررسی قرار گرفتند و مشخص گردید که این متغیرها در گروه مداخله و کنترل از لحاظ آماری تفاوت معناداری نداشتند. اطلاعات دموگرافیک در مطالعه محمودی و همکاران در خصوص تأثیر برنامه خود مراقبتی و کیفیت زندگی بیماران مزمن (۳۲) و عزیزی نژاد و کاشانیان (۳۳) در خصوص تأثیر آموزش و مراقبت از خود نیز تفاوت آماری معناداری نداشتند؛ اما در مطالعه عرب و همکاران (۳۴) در خصوص بررسی مشکلات روانی اجتماعی کودکان مبتلا به بیماری مزمن ازجمله تالاسمی و خواهان و برادران آن‌ها نتایج اختلاف آماری تحصيلات مادر و شغل والدین بین گروه‌ها معنادار شده است.

در مطالعه حاضر بین میانگین نمره سلامت معنوی وجودی قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله اختلاف معناداری وجود داشت و سلامت معنوی وجودی در گروه مداخله با اجرای الگوی توانمندسازی بهتر شده بود. در مطالعه برهانی و همکاران (۲۷) استفاده از الگوی توانمندسازی باعث افزایش کیفیت زندگی در گروه مداخله گردید که تأثیر استفاده از الگوی توانمندسازی را مؤثر می‌داند؛ و همچنین در مطالعه صالحی و همکاران (۲۸) استفاده از الگوی توانمندسازی بر همه‌ی ابعاد کیفیت زندگی به‌جز مشکلات روانی و ازجمله مؤلفه‌های آن سلامت معنوی تأثیر دارد که نتیجه این مطالعه با مطالعه حاضر در خصوص عدم تأثیر بر بعد مذهبی همخوانی دارد.

علایی و همکاران (۳۵) مطالعه‌ای باهدف کشف تجربیات والدین دارای فرزند فلج مغزی در تهران انجام دادند که در این مطالعه نیاز به پشتیبانی معنوی والدین که در این پژوهش انجام گرفت را اظهار می‌دارند. همچنین نیاز به مداخله در بعد سلامت معنوی که در مطالعاتی که توسط پرونیان نسب و همکاران (۷) انجام‌گرفته است باهدف این پژوهش همسو می‌باشد.

نتیجه‌گیری

References

- Paneth N, Hong T, Korzeniewski S. The descriptive epidemiology of cerebral palsy. Clin Perinatol. 2006;33(2):251-67. DOI: 10.1016/j.clp.2006.03.011 PMID: 16765723
- Reddihough DS, Collins KJ. The epidemiology and causes of cerebral palsy. Aust J Physiother. 2003;49(1):7-12. DOI: 10.1016/s0004-9514(14)60183-5 PMID: 12600249
- F. S, F. S, M. A. [Cerebral Palsy in Children]. J Health Care. 2014;15(4):88-97.
- Pearsall-Jones JG, Piek JP, Levy F. Developmental Coordination Disorder and cerebral palsy: categories or a continuum? Hum Mov Sci. 2010;29(5):787-98. DOI: 10.1016/j.humov.2010.04.006 PMID: 20594606
- Hamzat TK, Mordi EL. Impact of caring for children with cerebral palsy on the general health of their caregivers in an African community. Int J Rehabil Res. 2007;30(3):191-4. DOI: 10.1097/MRR.0b013e3281e5af46 PMID: 17762763
- N. J, M R, H. D, A. HH, M. F. [The effectiveness of handling training on stress and quality of life among mothers of children with cerebral palsy aged 4-12 years old]. J Res Rehabil Sci. 2013;9(1):48-58.
- Parvinian A, Mohammad Khan Kermanshahi S, Sajedi F. [The Effect of a supportive program on mental health of mothers of children with cerebral palsy]. Evidence Based Care. 2012;2(3):23-32.

8. Khayatzaideh M. [A comparative study about quality of life in mothers of children with cerebral palsy, mental retardation and mothers of normal children]. *Daneshvar Medicine*. 2009;16(83):1-11.
9. Mardani Shahrababak B, Jalili N, Mirkhani SM, Reza Soltani P. [The effect of using the assistive devices on quality of life in mothers of children with cerebral palsy]. *J Res Rehabil Sci*. 2013;1(1):1103-12.
10. Davis E, Shelly A, Waters E, Boyd R, Cook K, Davern M, et al. The impact of caring for a child with cerebral palsy: quality of life for mothers and fathers. *Child Care Health Dev*. 2010;36(1):63-73. DOI: [10.1111/j.1365-2214.2009.00989.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2009.00989.x) PMID: [19702639](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19702639/)
11. Krigger KW. Cerebral palsy: an overview. *Am Fam Physician*. 2006;73(1):91-100. PMID: [16417071](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16417071/)
12. Beytsaeid K, Parandeh A. [Nurse and patients's empowerment]. *Edu J Baghyat Allah uni Med Sci*. 2013;14(53):45-51.
13. Visser A, Snoek F. Perspectives on education and counseling for diabetes patients. *Patient Education and Counseling*. 2004;53(3):251-5. DOI: [10.1016/j.pec.2004.05.003](https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.05.003)
14. Jordan JE, Osborne RH. Chronic disease self-management education programs: challenges ahead. *Med J Aust*. 2007;186(2):84-7. PMID: [17223770](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17223770/)
15. Sadeghi M, Pedram Razi S, Nikbakht Naserabadi A, Ebrahimi H, Kazemnejad A. [Comparison of the impact of education based on the empowerment model and family-center e18-27mpowerment model on knowledge and metabolic control of patients with type 2 diabetes mellitus]. *J Urmia Nurs Midwif Facul*. 2013;2(3):18-27.
16. Tol A, Alhani F, Shojaeazadeh D, Sharifirad G, Moazam N. An empowering approach to promote the quality of life and self-management among type 2 diabetic patients. *J Educ Health Promot*. 2015;4(2):13. DOI: [10.4103/2277-9531.154022](https://doi.org/10.4103/2277-9531.154022) PMID: [25861658](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25861658/)
17. Nassehi A, Abbaszadeh A, Borhani F, Jafari M. [Effect of two educational models based on compliance and empowerment on the quality of life of patients with asthma]. *J Nurs Edu*. 2013;2(1):1-7.
18. Ravanipour M, Salehi S, Taleghani F, Abedi HA, Ishaghi SR, Schuurmans MJ, et al. Power resources of older people in Iran. *Int J Older People Nurs*. 2013;8(1):71-9. DOI: [10.1111/j.1748-3743.2012.00335.x](https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2012.00335.x) PMID: [22734969](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22734969/)
19. Rezaei M, Adib-Hajbaghery M, Seyedfatemi N, Hoseini F. Prayer in Iranian cancer patients undergoing chemotherapy. *Complement Ther Clin Pract*. 2008;14(2):90-7. DOI: [10.1016/j.ctcp.2008.01.001](https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2008.01.001) PMID: [18396252](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18396252/)
20. Baljani E, Khashabi J, Amanpour E, Azimi N. [Relationship between spiritual well-being, religion, and hope among patients with cancer]. *J Hayat*. 2011;17(3):27-37.
21. McCoubrie RC, Davies AN. Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer? *Support Care Cancer*. 2006;14(4):379-85. DOI: [10.1007/s00520-005-0892-6](https://doi.org/10.1007/s00520-005-0892-6) PMID: [16283208](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16283208/)
22. Nelson CJ, Rosenfeld B, Breitbart W, Galietta M. Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics*. 2002;43(3):213-20. DOI: [10.1176/appi.psy.43.3.213](https://doi.org/10.1176/appi.psy.43.3.213) PMID: [12075036](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12075036/)
23. Musarezaie A, Momeni Ghaleghasemi T, Ebrahimi A, Karimian J. [The Relationship between Spiritual Wellbeing with Stress, Anxiety, and Some Demographic Variables in Women with Breast Cancer Referring to the Specialized Cancer Treatment Center in Isfahan]. *Iran J Health Syst Res*. 2012;8:104-13.
24. Hojjati H, Motlagh M, Nouri F, Shirifnia S, Mohammadnejad E, Heydari B. [Relationship between different dimensions of prayer and spiritual health of patients treated with hemodialysis]. *J Critic Care Nurs*. 2010;2(4):7-8.
25. Khezri L, Bahreyni M, Ravanipour M, Mirzaee K. [The Relationship between spiritual wellbeing and depression or death anxiety in cancer patients in Bushehr 2015]. *Nurs Vulner*. 2015;2(2):15-28.
26. Hashemi F, Sh R, Sharif F, Shahriari M. [Coping strategies used by parents of children with cancer in Shiraz, Southern Iran]. *Iran Red Cres Med J*. 2007;2007(3):124-8.
27. Borhani F, Najafi MK, Rabori ED, Sabzevari S. The effect of family-centered empowerment model on quality of life of school-aged children with thalassemia major. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2011;16(4):292-8. PMID: [23450080](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23450080/)
28. Salahi S, Javanbakhtian R, Hasheminia S, Habibzadeh H. [The effect of family-centered empowerment model on quality of life of hemodialysis patients]. *J Urmia Nurs Midwif Facul*. 2012;10(1).
29. Shearer NB, Cisar N, Greenberg EA. A telephone-delivered empowerment intervention with patients diagnosed with heart failure. *Heart Lung*. 2007;36(3):159-69. DOI: [10.1016/j.hrtlng.2006.08.006](https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2006.08.006) PMID: [17509423](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17509423/)
30. Heidari M, Alhani F, Kazemnejad A, Moezzi F. [The effect of empowerment model on quality of life of Diabetic adolescents]. *Iran J Pediatr*. 2007;17(Suppl 1):87-94.
31. Razzazan N, Ravanipour M, Gharibi T, Motamed N, Zarei A. [Effect of self-management empowering model on the quality of life in adolescents and youths with major thalassemia]. *J Nurs Edu*. 2014;3(2):48-59.
32. Mahmodi GR, Fayazi S, Jahani S, Kaykhaei B, Latifi SM. [Effect of self-care program on the quality of life in sickle cell anemia]. *Jundishapur Sci Med J*. 2012;11(2):201-11.
33. Aziznejad P, Kashani nia Z. [Training in the use of coping self-care in adolescents with thalassemia Referred with thalassemia major children's hospital Amyrkla]. *Med J Hormozgan*. 2006;10(3):265-72.
34. Arab M, Abbaszadeh A, Ranjbar H, Pouraboli B, Rayani M. [Survey of psychosocial problems in thalassemia children and their siblings]. *J Nurs Res*. 2012;7(24):51-63.
35. Alaei N, Mohammadi-Shahboulaghi F, Khankeh HR, Mohammad Khan Kermanshahi S. [Voiceless shout: Parents' experience of caring for child with cerebral palsy]. *J Hayat*. 2013;19(2):51-66.
36. Dehshir G, Parsely I, Najafi M. [Characterization: Psychometric measure of spiritual well-being among students]. *Psychol Studi*. 2008;16:129-45.