

Original Article



Impact of Spiritual Care Education on Mothers' Spiritual Well-being of Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

Faezeh Mansouri¹ , Golbahar Akhoundzadeh^{1*} , Razieh Naderkhani²

¹ Department of Nursing, Aliabad-Katul Branch, Islamic Azad University, Aliabad-Katul, Iran

² Department of Mathematics and Statistics, Islamic Azad University, Aliabad-Katul, Iran

Article history:

Received: 07 October 2025

Revised: 12 January 2026

Accepted: 01 February 2026

ePublished: 20 March 2026

*Corresponding author:

Golbahar Akhoundzadeh, Department of Nursing, Aliabad-Katul Branch, Islamic Azad University, Aliabad-Katul, Iran

Email: G_akhoundzadeh1364@iau.ac.ir



Abstract

Background and Objective: Attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is one of the most common neurodevelopmental disorders in children, which, in addition to behavioral problems in children, causes significant psychological stress for mothers. Therefore, designing supportive interventions to improve the mental health of this vulnerable group is highly important. Thus, the present study was conducted to determine the effect of spiritual care training on the spiritual health of mothers of children with ADHD.

Materials and Methods: This pre-test-post-test experimental study was conducted with one experimental and one control group among 60 mothers referred to Ayatollah Taleghani Hospital in Gorgan. Participants were selected by convenience sampling and randomly assigned to two groups of 30. The experimental group participated in six 45-minute sessions of spiritual care training based on the model of Richards and Bergin (2005). The control group received routine care. Data were collected using the Demographic and Spiritual Health Questionnaire developed by Palotzin and Ellison (1982), which was completed before and after the intervention. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance and between-subject effects.

Results: The average spiritual health scores in the test group were (before: 75.30 ± 8.956 ; while after: 100.43 ± 8.353), and in the control group were (before: 76.83 ± 9.075 ; while after: 78.73 ± 9.674). The results showed that spiritual care training significantly improved the total spiritual health score and its dimensions in the experimental group compared to the control group ($P=0.001$).

Conclusion: Spiritual care training can effectively improve the spiritual health of mothers of children with ADHD. Therefore, integrating this approach into specialized support and educational services for these mothers has great potential to improve their quality of life and ability to adapt.

Keywords: ADHD, Mother, Spiritual care, Spiritual health



Extended Abstract

Background and Objective

Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is one of the most common neurodevelopmental disorders in childhood. In addition to causing behavioral problems in children, it places significant psychological stress on mothers, who serve as the primary caregivers. Therefore, developing supportive and educational interventions to improve the mental well-being of this vulnerable group is essential. Therefore, the present study was conducted to determine the effect of spiritual care training on the spiritual health of mothers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder.

Materials and Methods

This pre-test-post-test experimental study was conducted with one experimental and one control group among 60 mothers referred to Ayatollah Taleghani Hospital in Gorgan. Participants were randomly assigned to two groups of 30 each. The experimental group participated in six 45-minute sessions of spiritual care training based on the Richards and Bergin (2005) model, while the control group received only the center's routine care. Data were collected using the Demographic and Spiritual Health Questionnaire developed by Palotzin and Ellison (1982), administered both before and after the intervention. The data were analyzed using multivariate analysis of covariance and between-subject effects. The significance level was set at 0.05, and the homogeneity of variances and statistical assumptions were examined and confirmed.

Results

According to the results of the present study, the mean total spiritual health score was higher in the experimental group (before: 75.30 ± 8.956 ; after:

100.43 ± 8.353) than in the control group (before: 76.83 ± 9.075 ; after: 78.73 ± 9.674). The results of this study showed that spiritual care training significantly improved the total spiritual health score and its dimensions in the experimental group compared to the control group ($P=0.001$).

Conclusion

The findings indicate that strengthening spiritual connections and practicing faith-based care can enhance mothers' psychological resilience and adaptability when facing the challenges of a child with ADHD. Therefore, integrating spirituality-based education into these mothers' support programs would be a practical approach to improve their mental health and quality of life. Spiritual care training can effectively improve the spiritual health of mothers of children with ADHD. As a result, incorporating this approach into specialized support and educational services for these mothers has great potential to improve their quality of life and adaptability.

Funding

This article is adapted from the Master's thesis in Pediatric Nursing, approved by the Islamic Azad University, Aliabad-Katul Branch, with ethics code IR.GOUMS.REC.1404.131.

Conflict of Interest

The authors declare no conflicts of interest.

Acknowledgments

The researchers express their appreciation and gratitude to the Vice Chancellor for Research at Islamic Azad University, Aliabad-Katul Branch, for their collaboration in implementing and completing this study. They also sincerely thank all participating subjects.

Please cite this article as follows: Mansouri F, Akhoundzadeh G, Naderkhani R. Impact of Spiritual Care Education on Mothers' Spiritual Well-being of Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2026; 34(1): 65-75 DOI: 10.53208/ajnm.34.1.65

تأثیر آموزش مراقبت معنوی بر سلامت معنوی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه

فائزه منصوری^۱ , گل‌بهار آخوندزاده^{۱*} , راضیه نادرخانی^۲

۱. گروه پرستاری، واحد علی‌آباد کتول، دانشگاه آزاد اسلامی، علی‌آباد کتول، ایران
۲. گروه ریاضی و آمار، واحد علی‌آباد کتول، دانشگاه آزاد اسلامی، علی‌آباد کتول، ایران

چکیده

سابقه و هدف: اختلال بیش‌فعالی از شایع‌ترین اختلالات عصبی-رشدی کودکی است که علاوه بر مشکلات رفتاری در کودک، فشار روانی قابل‌توجهی بر مادران تحمیل می‌کند. از این‌رو، طراحی مداخلات حمایتی برای بهبود وضعیت روانی این گروه آسیب‌پذیر از اهمیت زیادی برخوردار است. بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش مراقبت معنوی بر سلامت معنوی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه تجربی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه آزمون و کنترل، روی ۶۰ مادر مراجعه‌کننده به بیمارستان آیت‌الله طالقانی گرگان انجام شد. شرکت‌کنندگان به روش در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی ساده در دو گروه ۳۰ نفره قرار گرفتند. گروه آزمون طی شش جلسه ۴۵ دقیقه‌ای آموزش مراقبت معنوی براساس مدل ریچاردز و برگین (Richards and Bergin) (۲۰۰۵) دریافت کرد. گروه کنترل مراقبت‌های روتین را دریافت کردند. ابزار گردآوری پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی و سلامت معنوی الیسون و پالوتزیان (Ellison and Paloutzian) (۱۹۸۲) بود که قبل و بعد از مداخله تکمیل شدند. داده‌ها با آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره و اثرات بین‌آزمودنی تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین نمره سلامت معنوی در گروه آزمون (قبل ۸/۹۵۶ ± ۷۵/۳۰، بعد ۸/۳۵۳ ± ۱۰۰/۴۳) و در گروه کنترل (قبل ۹/۰۷۵ ± ۷۶/۸۳، بعد ۹/۶۷۴ ± ۷۸/۷۳) به دست آمد. نتایج نشان داد آموزش مراقبت معنوی باعث بهبود معنادار نمره کل سلامت معنوی و ابعاد آن در گروه آزمون نسبت به کنترل شد ($P=0/01$).

نتیجه‌گیری: آموزش مراقبت معنوی می‌تواند سلامت معنوی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه را ارتقا دهد. بنابراین ادغام این رویکرد در خدمات حمایتی و آموزشی ویژه این مادران ضروری است.

واژگان کلیدی: بیش‌فعالی، سلامت معنوی، مادر، مراقبت معنوی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۷/۱۵

تاریخ ویرایش مقاله: ۱۴۰۴/۱۰/۲۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۱۱/۱۲

تاریخ انتشار مقاله: ۱۴۰۴/۱۲/۲۹

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

* نویسنده مسئول: گل‌بهار آخوندزاده، گروه پرستاری، واحد علی‌آباد کتول، دانشگاه آزاد اسلامی، علی‌آباد کتول، ایران

ایمیل:

G_akhoundzadeh1364@iau.ac.ir

استناد: منصوری، فائزه؛ آخوندزاده، گل‌بهار؛ نادرخانی، راضیه. تأثیر آموزش مراقبت معنوی بر سلامت معنوی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا، زمستان ۱۴۰۴؛ ۳۴(۱): ۶۵-۷۵

مقدمه

این کودکان معمولاً بار روانی بیشتری را تجربه می‌کنند که می‌تواند جنبه‌های مختلف زندگی آنان، از جمله وضعیت سلامت معنوی را تحت تأثیر قرار دهد [۴]. این فشارها به شکل استرس مزمن، اضطراب، احساس ناکارآمدی و کاهش امید به زندگی گزارش شده‌اند [۵، ۶]. در رویکردهای نوین مراقبتی، توجه به ابعاد معنوی سلامت والدین به‌عنوان یک عامل مهم در سازگاری روانی و بهبود کیفیت زندگی بیشتر مطرح شده است [۷، ۸].

اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه (ADHD) یکی از شایع‌ترین اختلالات رشدی - عصبی کودکان است که با الگوهای پایدار بی‌توجهی، تکانشگری و بی‌قراری حرکتی مشخص می‌شود و معمولاً تا سنین نوجوانی و حتی بزرگسالی ادامه دارد [۱]. شیوع این اختلال در جمعیت کودکان جهان، حدود ۵ تا ۷ درصد گزارش شده است و شواهد متعددی بر اثر قابل توجه آن بر عملکرد تحصیلی، روابط اجتماعی و سلامت روانی کودک دلالت دارند [۲، ۳]. مادران

سلامت معنوی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه انجام شده است تا با ارائه شواهد علمی، مسیر توسعه مداخلات حمایتی مبتنی بر معنویت در نظام مراقبت‌های بهداشتی روشن‌تر گردد.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه تجربی کلاسیک با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه آزمون و کنترل است که با هدف تعیین تأثیر آموزش مراقبت معنوی بر سلامت معنوی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه در سال‌های ۱۴۰۳ تا ۱۴۰۴ در بیمارستان آموزشی آیت‌الله طالقانی شهر گرگان انجام شد. جامعه آماری مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه مراجعه‌کننده به بیمارستان آیت‌الله طالقانی شهر گرگان بودند. حجم نمونه با نرم‌افزار G*Power براساس مطالعه زارعی و همکاران [۱۲] با اندازه اثر ۰/۷۵ و توان آزمون ۸۰ درصد و سطح اطمینان ۰/۰۵، ۶۰ نفر محاسبه شد. نمونه‌گیری به روش در دسترس با توجه به معیارهای ورود به مطالعه انجام شد. تخصیص تصادفی به دو گروه با استفاده از وب‌سایت تصادفی‌سازی <https://www.randomizer.org/> انجام شد و نمونه در دو گروه ۳۰ نفره آزمون و کنترل جای‌گذاری شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل تمایل به شرکت و رضایت آگاهانه، نداشتن سابقه اختلال روان‌پزشکی یا بیماری مزمن، نداشتن سوءمصرف مواد، داشتن فرزند مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه در محدوده سنی ۷ تا ۱۱ سال و ۱۱ ماه، مسلمان بودن، ایرانی بودن، داشتن سواد خواندن و نوشتن، داشتن حداقل یک فرزند مبتلا، و گذشت حداقل یک سال از تشخیص بیماری بود. معیارهای خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه آموزشی، تمایل نداشتن به ادامه روند آموزش، تکمیل ناقص پرسش‌نامه‌ها و همکاری نکردن یا انجام ندادن تکالیف مشخص شده در جلسات بود. یکی از پژوهشگران با معرفی‌نامه رسمی به محیط پژوهش مراجعه کرد و پس از شناسایی مادران واجد شرایط، با تماس تلفنی، توضیحات کامل درباره هدف مطالعه، روند اجرا، ایمن بودن مداخله، محرمانگی اطلاعات، شیوه تصادفی‌سازی، امکان انصراف در هر زمان و بدون پیامد منفی را داد و در صورت تمایل به شرکت در مطالعه در جلسه حضوری رضایت کتبی از شرکت‌کنندگان اخذ شد. پیش از شروع مداخله فرم مشخصات جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامه سلامت معنوی الیسون و پالوتزیان (Ellison and Paloutzian) (۱۹۸۲) به‌عنوان پیش‌آزمون در هر دو گروه تکمیل شد.

گروه آزمون براساس اصول کتاب *راهکار معنوی برای مشاوره و روان‌درمانی* (Spiritual Strategy for Counseling and Psychotherapy) نوشته ریچاردز و برگین (Richards and Bergin) (۲۰۰۵) [۳۱] در قالب گروه‌های هشت‌نفره، آموزش مراقبت معنوی را طی شش جلسه ۴۵ دقیقه‌ای دو بار در هفته در

سلامت معنوی به‌عنوان یکی از ابعاد چهارگانه سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی، نقشی مهم در ایجاد معنا، هدف، امید و آرامش در زندگی افراد دارد [۹]. این شاخص در مدل‌های کل‌نگر سلامت، به تعامل پویا میان باورهای معنوی، ارزش‌های شخصی، ارتباط با خود برتر و روابط سالم انسانی اشاره دارد [۱۰]. پژوهش‌های داخلی و خارجی نشان داده‌اند سطح بالای سلامت معنوی می‌تواند به‌عنوان عامل محافظتی در برابر استرس‌های خانوادگی و شرایط مزمن بیماری‌های کودکان عمل کند [۱۱، ۱۲]. مادران دارای کودک مبتلا به ADHD با چالش‌های بیشتری نسبت به مادران کودکان سالم روبه‌رو هستند. بنابراین ارتقای این بُعد از سلامت می‌تواند به رضایتمندی و کارکرد بهتر خانوادگی کمک کند [۱۳، ۱۴].

مراقبت معنوی در حوزه بالینی و آموزشی، مجموعه‌ای از اقدامات مبتنی بر شناخت نیازهای معنوی فرد، تسهیل بیان معنویت، ایجاد ارتباط حمایتی و استفاده از منابع اعتقادی برای ایجاد امید و معناست [۱۵]. این رویکرد برخلاف مداخلات صرفاً روان‌شناختی، به ابعاد عمیق‌تری از تجربه انسانی می‌پردازد که ریشه در باورها، ارزش‌های دینی و فلسفه زندگی دارد [۱۶، ۱۷]. مطالعات نشان داده‌اند که آموزش مراقبت معنوی می‌تواند سطوح امید، رضایت از زندگی، آرامش ذهنی، خودکارآمدی و سازگاری را در بیماران و مراقبان افزایش دهد [۱۸، ۱۹]. با توجه به نقش کلیدی مادران در مدیریت رفتارهای کودک مبتلا به ADHD، آموزش مهارت‌های مراقبت معنوی می‌تواند از طریق افزایش سلامت معنوی باعث بهبود تعاملات خانوادگی و کاهش فشار روانی شود [۲۰، ۲۱]. در ایران، توجه به مؤلفه سلامت معنوی در مراقبت‌های پرستاری و روان‌شناختی طی سال‌های اخیر رشد قابل ملاحظه‌ای داشته است [۲۲]. پژوهش‌های انجام‌شده در جمعیت‌های خاص مانند مادران کودکان سرطانی، بیماران مزمن و سالمندان نشان داده‌اند آموزش مراقبت معنوی باعث ارتقای معنادار شاخص‌های سلامت معنوی شده است [۲۳، ۲۴]. با این حال، بررسی‌های مربوط به مادران دارای کودک مبتلا به ADHD محدود بوده و اغلب به جنبه‌های روانی یا رفتاری متمرکز شده‌اند [۲۵، ۲۶]. شکاف دانشی موجود ضرورت طراحی مداخلات آموزشی هدفمند برای این گروه را به‌ویژه در مراکز درمانی با حجم بالای مراجعه مانند بیمارستان آیت‌الله طالقانی گرگان آشکار می‌سازد [۲۷، ۲۸].

براساس شواهد، ترکیب مداخلات آموزشی مراقبت معنوی با حمایت روان‌شناختی می‌تواند راهکاری جامع برای کاهش فشار روانی مادران، بهبود کیفیت زندگی آنان و ارتقای سلامت معنوی باشد [۲۹، ۳۰]. اجرای چنین برنامه‌هایی با استفاده از چهارچوب‌های معتبر آموزشی و سنجش دقیق پیامدها، می‌تواند نه‌تنها به بهبود وضعیت فردی مادران، بلکه باعث ارتقای محیط خانوادگی و کاهش اثرات منفی اختلال ADHD بر کودک و والدین شود. این پژوهش با هدف بررسی تأثیر آموزش مراقبت معنوی بر

دوباره پرسش‌نامه سلامت معنوی الیسون و پالوتزیان (Ellison and Paloutzian) (۱۹۸۲) به‌عنوان پس‌آزمون در هر دو گروه آزمون و کنترل تکمیل شد. پس از اتمام مداخله جهت رعایت موازین اخلاقی و محروم‌نشدن یک گروه از مداخله سودمند، برنامه‌های آموزشی در اختیار گروه کنترل نیز قرار گرفت.

طول سه هفته توسط روان‌شناس بالینی دوره‌دیده در زمینه معنویت درمانی، دریافت کردند و در هر جلسه فعالیت‌های عملی، تمرین فردی و بحث گروهی اجرا شد. محتوای آموزشی در جدول شماره ۱ ارائه شده است. گروه کنترل در مدت زمان مشابه هیچ‌گونه مداخله آموزشی دریافت نکرد و فقط مراقبت‌های روتین مرکز را دریافت کردند. درنهایت، بلافاصله پس از اتمام مداخله آموزشی

جدول ۱. محتوای جلسات آموزشی مراقبت معنوی

جلسه	محتوای آموزشی	زمان
اول	مقدمه و اهمیت مراقبت معنوی، تعریف دقیق و تمرین ذهن‌آگاهی، تمرین تنفس آگاهانه، بحث گروهی پیرامون مدیریت استرس روزمره	۴۵ دقیقه
دوم	آموزش آرام‌سازی معنوی، مدیتیشن متمرکز بر ارتباط با خداوند و ذکر دعاهای کوتاه، تمرین مدیتیشن ۱۰ دقیقه‌ای	۴۵ دقیقه
سوم	بررسی نقش ایمان و معنویت در مقابله با چالش‌های مربوط به ADHD، آموزش تفکر مثبت معنوی و ساخت جملات تأکیدی	۴۵ دقیقه
چهارم	پذیرش شرایط موجود و رهاسازی نگرانی‌ها با تمرین عملی و بحث گروهی درباره تجربه‌های شخصی	۴۵ دقیقه
پنجم	اهمیت دعا و ارتباط معنوی برای تقویت سلامت معنوی و جایگاه آن در مواقع استرس با تمرین جمعی دعا	۴۵ دقیقه
ششم	ایجاد شبکه‌های حمایتی معنوی و اجتماعی و آموزش روش‌های تقویت هم‌بستگی گروهی برای حمایت متقابل	۴۵ دقیقه

روی بیماران مبتلا به سرطان اجرا شد که پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش شد و این نتایج، قابلیت کاربرد ابزار در پژوهش‌های ایرانی مرتبط با مراقبت معنوی را تأیید می‌کند [۳۳]. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و آزمون‌های آماری توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد و آزمون‌های استنباطی تحلیل کوواریانس چندمتغیره MANOVA و اثرات بین‌آزمودنی تحلیل شد. سطح معناداری برابر ۰/۰۵ در نظر گرفته شد و همگنی واریانس‌ها و پیش‌فرض‌های آماری بررسی و تأیید شد.

نتایج

بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مادران نشان داد در متغیر سن، گروه کنترل دارای ۴۶/۷ درصد مادران ۲۵ تا ۳۵ سال و ۵۳/۳ درصد مادران ۳۶ تا ۴۵ سال بود. گروه آزمون شامل ۵۳/۳ درصد در بازه ۲۵ تا ۳۵ سال و ۴۶/۷ درصد در بازه ۳۶ تا ۴۵ سال بود و تفاوت آماری معناداری بین دو گروه از نظر سن وجود نداشت. سایر مشخصات جمعیت‌شناختی مادران دارای کودک مبتلا به بیش‌فعالی/نقص توجه در جدول شماره ۲ ارائه شده است. تحلیل آماری نشان داد در هیچ‌یک از ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مادران دارای کودک مبتلا به بیش‌فعالی/نقص توجه تفاوت معنادار آماری مشاهده نشد.

پرسش‌نامه سلامت معنوی الیسون و پالوتزیان (Ellison and Paloutzian) (۱۹۸۲) شامل ۲۰ سؤال است که ۱۰ سؤال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال دیگر سلامت وجودی فرد را می‌سنجد و نمره کل سلامت معنوی از جمع دو زیرگروه به دست می‌آید. پاسخ‌ها براساس مقیاس لیکرت شش‌گزینه‌ای از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» دسته‌بندی شده است. نحوه نمره‌گذاری به‌صورت معکوس در برخی گویه‌ها انجام می‌شود؛ بدین ترتیب در سؤال‌های ۱، ۲، ۵، ۶، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۶، ۱۸، گزینه «کاملاً مخالفم» نمره ۶ و گزینه «کاملاً موافقم» نمره ۱ می‌گیرد؛ درحالی‌که در سؤال‌های ۳، ۴، ۷، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۴، ۱۵، ۱۷، ۱۹، و ۲۰ گزینه «کاملاً مخالفم» نمره ۱ و گزینه «کاملاً موافقم» نمره ۶ دریافت می‌کند. دامنه نمره بین ۲۰ تا ۱۲۰ است. نمره‌گذاری نهایی در سه سطح پایین (نمره ۲۰ تا ۴۰)، متوسط (نمره ۴۱ تا ۹۹) و بالا (نمره ۱۰۰ تا ۱۲۰) تقسیم‌بندی شده است [۳۲].

این ابزار از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار است، به‌گونه‌ای که روایی آن از طریق روایی صوری و محتوایی و با تأیید متخصصان روان‌شناسی، معنویت و علوم رفتاری ارزیابی شده و تحلیل عاملی ساختار مطلوب آن را تأیید کرده است. پایایی آن نیز با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۸۲، نشان‌دهنده همسانی درونی قابل قبول و با نتایج آزمون بازآزمایی که ضریب هم‌بستگی بالا بین دو اجرای متوالی را گزارش کرده، بیانگر ثبات زمانی است [۳۲]. نسخه فارسی این پرسش‌نامه توسط سیدفاطمی در سال ۱۳۹۵

جدول ۲. توزیع فراوانی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مادران

گروه	فراوانی	درصد	درصد تجمعی	آزمون P-value
شغل مادر	کنترل	کارمند	۱۸	۶۰/۰

Chi-square test P=۰/۹۹	۱۰۰/۰	۴۰/۰	۱۲	خانه‌دار	آزمون
	۶۰/۰	۶۰/۰	۱۸	کارمند	
	۱۰۰/۰	۴۰/۰	۱۲	خانه‌دار	
Chi-square test P=۰/۶۴	۳۳/۳	۳۳/۳	۱۰	زیر دیپلم	کنترل
	۵۶/۷	۲۳/۳	۷	دیپلم	
	۸۰/۰	۲۳/۳	۷	فوق دیپلم	
	۱۰۰/۰	۲۰/۰	۶	لیسانس	تحصیلات مادر
	۲۶/۷	۲۶/۷	۸	زیر دیپلم	
	۵۰/۰	۲۳/۳	۷	دیپلم	
	۸۰/۰	۳۰/۰	۹	فوق دیپلم	آزمون
	۱۰۰/۰	۲۰/۰	۶	لیسانس	
Independent t-test P=۰/۶۱	۴۶/۷	۴۶/۷	۱۴	۲۵-۳۵	کنترل
	۱۰۰/۰	۵۳/۳	۱۶	۴۵-۳۶	
	۵۳/۳	۵۳/۳	۱۶	۳۵-۲۵	آزمون
	۱۰۰/۰	۴۶/۷	۱۴	۴۵-۳۶	
Fisher's Exact Test P=۰/۴۳	۴۰/۰	۴۰/۰	۱۲	۱	کنترل
	۷۶/۷	۳۶/۷	۱۱	۲	
	۹۰/۰	۱۳/۳	۴	۳	
	۱۰۰/۰	۱۰/۰	۳	۴	تعداد فرزندان
	۳۳/۳	۳۳/۳	۱۰	۱	
	۶۳/۳	۳۰/۰	۹	۲	
	۹۰/۰	۲۶/۷	۸	۳	آزمون
	۱۰۰/۰	۱۰/۰	۳	۴	

گروه کنترل (قبل $9/075 \pm 76/83$ ، بعد $9/674 \pm 78/73$) به دست آمد. میانگین نمره سلامت مذهبی در گروه آزمون (قبل $5/647 \pm 37/67$ ، بعد $4/560 \pm 50/97$) و در گروه کنترل (قبل $5/575 \pm 38/23$ ، بعد $5/777 \pm 38/93$) و میانگین نمره سلامت وجودی در گروه آزمون (قبل $5/021 \pm 37/63$ ، بعد $5/063 \pm 49/47$) و در گروه کنترل (قبل $6/301 \pm 38/60$ ، بعد $5/641 \pm 39/80$) به دست آمد. نتایج آزمون لوین نشان داد که در هر سه متغیر سلامت مذهبی، سلامت وجودی و سلامت معنوی کل، مفروض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($0/780$ ، $0/311$ ، $0/272$) و تحلیل‌ها بدون نقض پیش‌فرض آماری اجرا شده‌اند. این نتایج بستر مناسبی برای مقایسه گروه‌ها در آزمون‌های تبیینی بعدی فراهم کرد. آزمون اثرات بین‌آزمودنی در تمامی مؤلفه‌ها اختلاف بسیار معناداری بین گروه آزمون و کنترل نشان داد ($P < 0/001$). تحلیل میانگین‌ها نیز این اختلاف را به‌وضوح تأیید کرد؛ به‌طوری که تغییرات مثبت در گروه آزمون بسیار بزرگ‌تر از گروه کنترل بود. برای مثال، سلامت معنوی کل در گروه آزمون از $75/30$ به $100/43$ افزایش یافت ($+25/13$)، درحالی‌که در گروه کنترل افزایش تنها $1/90$ واحد بود. این شواهد حکایت از اثرات مثبت آموزش مراقبت معنوی بر بهبود نمره کل و ابعاد سلامت معنوی دارد (جدول ۴).

بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی کودکان در دو گروه نشان داد که در متغیر جنسیت، در گروه کنترل $73/3$ درصد پسر و $26/7$ درصد دختر بودند در گروه آزمون 80 درصد پسر و 20 درصد دختر بودند و بین دو گروه از نظر سن تفاوت معناداری مشاهده نشد. در متغیر سن، گروه کنترل بیش‌ترین سهم مربوط به کودکان ۷ سال (30 درصد) و در گروه آزمون کودکان ۹ سال (30 درصد) داشتند و بین دو گروه از نظر متغیر سن نیز تفاوت آماری معناداری مشاهده نشد. سایر مشخصات جمعیت‌شناختی کودکان مبتلا به بیش‌فعالی/نقص توجه در جدول شماره ۳ ارائه شده است. نتایج آزمون شاپیروویلک نشان داد توزیع نمره سلامت معنوی در پیش‌آزمون از نظر آماری تفاوت معناداری نداشت و بنابراین این متغیر از توزیع نرمال برخوردار بود. اگرچه سلامت معنوی در پس‌آزمون از نظر آماری معنادار بود و بیانگر انحراف از نرمالیت بود، اما بررسی شاخص‌های کجی (skewness) و کشیدگی (kurtosis) نشان داد که این انحراف در حد قابل چشم‌پوشی است و توزیع کلی نمرات همچنان قابل قبول برای استفاده از آزمون‌های پارامتریک ارزیابی شد؛ درنتیجه می‌توان گفت سلامت معنوی نیز در این پژوهش از نرمالیت لازم برای تحلیل‌های آماری برخوردار بود. طبق نتایج مطالعه حاضر میانگین نمره کل سلامت معنوی در گروه آزمون (قبل $8/956 \pm 75/30$ ، بعد $8/353 \pm 100/43$) و در

جدول ۳. توزیع فراوانی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی کودکان

گروه	فراوانی	درصد	درصد تجمعی	آزمون P-value
جنسیت فرزند	مذکر	۷۳/۳	۷۳/۳	Chi-square test P=۰/۵۴
	مونث	۸	۲۶/۷	
	مذکر	۸۰/۰	۸۰/۰	
	مونث	۲۰/۰	۱۰۰/۰	
	سال ۷	۹	۳۰/۰	Independent t-test P=۰/۲۱
	سال ۸	۲	۶/۷	
سن کودک	سال ۹	۶	۲۰/۰	
	سال ۱۰	۶	۲۰/۰	
	سال ۱۱	۵	۱۶/۷	
	سال ۱۲	۲	۶/۷	
	سال ۷	۲	۶/۷	
	سال ۸	۴	۱۳/۳	
	سال ۹	۹	۳۰/۰	
	سال ۱۰	۸	۲۶/۷	
	سال ۱۱	۴	۱۳/۳	
	سال ۱۲	۳	۱۰/۰	
رتبه فرزند	اول	۴	۱۳/۳	Chi-square test P=۰/۵۱
	دوم	۱۰	۳۳/۳	
	سوم	۴	۱۳/۳	
	تک‌فرزند	۱۲	۴۰/۰	
	اول	۵	۱۶/۷	
	دوم	۱۲	۴۰/۰	
	سوم	۳	۱۰/۰	
	تک‌فرزند	۱۰	۳۳/۳	

جدول ۴. نتایج آماری و توصیفی مؤلفه‌های سلامت معنوی پیش و پس از آموزش مراقبت معنوی در گروه‌های آزمون و کنترل (n=۶۰)

متغیر وابسته	آزمون آماری	آماره F	df اثر/خطا	p-value	میانگین و انحراف معیار پیش آزمون گروه کنترل	میانگین و انحراف معیار پیش آزمون گروه آزمون	تغییر	میانگین و انحراف معیار پس آزمون گروه کنترل	میانگین و انحراف معیار پس آزمون گروه آزمون	تغییر آزمون
سلامت مذهبی	لوین	۱/۰۴۶	۵۸/۱	۰/۳۱۱	± ۳۸/۲۳ ۵/۵۷۵	± ۳۸/۹۳ ۵/۷۷۷	۰/۷۰+	± ۳۷/۶۷ ۵/۶۴۷	± ۴/۵۶۰ ± ۵۰/۹۷	۱۳/۳۰+
	اثرات بین‌آزمودنی	۷۳/۹۳۳	۵۷/۱	۰/۰۰۱	± ۳۸/۲۳ ۵/۵۷۵	± ۳۸/۹۳ ۵/۷۷۷	۰/۷۰+	± ۳۷/۶۷ ۵/۶۴۷	± ۴/۵۶۰ ± ۵۰/۹۷	۱۳/۳۰+
سلامت وجودی	لوین	۰/۰۷۹	۵۸/۱	۰/۷۸۰	± ۳۸/۶۰ ۶/۳۰۱	± ۳۹/۸۰ ۵/۶۴۱	۱/۲۰+	± ۳۷/۶۳ ۵/۰۲۱	± ۵/۰۶۳ ± ۴۹/۴۷	۱۱/۸۴+
	اثرات بین‌آزمودنی	۴۶/۱۲۳	۵۷/۱	۰/۰۰۱	± ۳۸/۶۰ ۶/۳۰۱	± ۳۹/۸۰ ۵/۶۴۱	۱/۲۰+	± ۳۷/۶۳ ۵/۰۲۱	± ۵/۰۶۳ ± ۴۹/۴۷	۱۱/۸۴+
سلامت معنوی کل	لوین	۱/۲۳۰	۵۸/۱	۰/۲۷۲	± ۷۶/۸۳ ۹/۰۷۵	± ۷۸/۷۳ ۹/۶۷۴	۱/۹۰+	± ۷۵/۳۰ ۸/۹۵۶	± ۱۰۰/۴۳ ۸/۳۵۳	۲۵/۱۳+
	اثرات بین‌آزمودنی	۸۰/۰۱۳	۵۷/۱	۰/۰۰۱	± ۷۶/۸۳ ۹/۰۷۵	± ۷۸/۷۳ ۹/۶۷۴	۱/۹۰+	± ۷۵/۳۰ ۸/۹۵۶	± ۱۰۰/۴۳ ۸/۳۵۳	۲۵/۱۳+

بحث

این مطالعه با هدف، تعیین تأثیر آموزش مراقبت معنوی بر سلامت معنوی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی -نقص توجه مراجعه‌کننده به بیمارستان آیت‌الله طالقانی شهر گرگان اجرا شد. نتایج مطالعه نشان داد تفاوت آماری معناداری بعد از اجرای مداخله بین گروه آزمون و کنترل در ابعاد سلامت معنوی شامل سلامت مذهبی، سلامت وجودی و نمره کل سلامت معنوی مشاهده شد. این نتایج حاکی از آن است که آموزش مراقبت معنوی موجب ارتقای معنادار سلامت معنوی مادران گروه آزمون شده است.

در همین زمینه، زارعی و همکاران (۱۴۰۳) نشان دادند معنویت‌درمانی در مقایسه با درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، تأثیر بیشتری بر انعطاف‌پذیری روانی مادران کودکان دارای معلولیت جسمی-حرکتی دارد و این ارتقا ناشی از افزایش انسجام معنایی و ارتباط با خداوند، مشابه مکانیسم‌های مداخله حاضر است [۱۲]. نتایج مطالعه حاضر با یافته‌های صادقی و همکاران (۲۰۲۴) نیز هم‌خوان است که در قالب مشاوره معنوی مبتنی‌بر مدل «قلب سلیم» توانستند شایستگی والدگری مادران دارای کودک با ناتوانی ذهنی را افزایش دهند [۱]. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت محتوای جلسات معنویت درمانی که بر توکل، پذیرش الهی و تمرینات دعا و مراقبه استوار است، موجب ارتقای نگرش معنوی و پذیرش بهتر شرایط دشوار می‌شود؛ عواملی که در بهبود ابعاد وجودی و مذهبی سلامت معنوی سهم مستقیم دارند.

همچنین یافته‌های مطالعه حاضر با نتایج مطالعه شیخ ذکریایی و همکاران (۱۴۰۲) نیز مشابهت دارد. آنان گزارش کردند که اجرای شش جلسه مداخله معنوی برای مادران کودکان مبتلا به سرطان، نه تنها موجب ارتقای سازگاری هیجانی، بلکه باعث بهبود عزت‌نفس شد، که بخش مهمی از سلامت وجودی را تشکیل می‌دهد [۳۴]. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت مداخلات مبتنی‌بر حمایت اجتماعی نقش بسیار مهمی در مدیریت استرس در مادران دارند و به مادران احساس تعلق، پذیرش و معنا در شرایط دشوار می‌دهد و علاوه بر کاهش حس انزوا سبب ارتقای سلامت روانی و معنوی آنان می‌شود.

مطالعه مرادی و همکاران (۱۴۰۱) نیز شواهد مستقیمی را برای هم‌بستگی بین آموزش روانی-شناختی و ارتقاء سلامت معنوی ارائه داد [۱۷]. صف‌آرا و همکاران (۱۳۹۹) نیز نشان دادند آموزش مهارت‌های معنوی باعث افزایش کیفیت زندگی و امید به زندگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی می‌شود؛ دو شاخصی که به‌طور مستقیم با سلامت معنوی در ارتباط هستند [۳۵]. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت بُعد معنوی سلامت یکی از ابعاد بنیادین الگوی سلامت محسوب می‌شود و غفلت از جنبه معنوی سلامت می‌تواند بر روند بهبودی بیماران و سازگاری آنان با بیماری‌ها یا بحران‌های زندگی اثرات منفی بر جای گذارد؛ ازاین‌رو، ادغام

رویکردهای معنوی در مداخلات بالینی و خدمات سلامت فردی و اجتماعی ضروری به نظر می‌رسد.

در میان مطالعات خارجی جورج (George) و همکاران (۲۰۲۴) در یافته‌های خود استفاده از مقابله مذهبی و بازنگری مثبت را از راهبردهای مهم مادران کودکان ADHD برای حفظ تعادل روان‌شناختی و معنوی معرفی کردند [۳۶]. نتایج مطالعه ویت‌هانا (Vithana) و همکاران (۲۰۲۴) نیز نشان داد مادران کودکان مبتلا به نقص‌توجه/بیش‌فعالی از روش‌های مختلف تمرینات مذهبی متناسب با فرهنگ خود استفاده می‌کنند، که به‌طور مؤثری بر بهبود سلامت روانی آن‌ها تأثیر داشته است [۹]. مرور نظام‌مند آگاروال (Aggarwal) و همکاران (۲۰۲۴) نیز نشان داد مداخلات مبتنی‌بر معنویت و باورهای دینی، اثر محافظتی در برابر اختلالات روانی مانند افسردگی و اضطراب دارند و می‌توانند سلامت معنوی را تقویت کنند [۳۷]. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت معنویت و دین‌داری از عوامل محافظتی مهم برابر بسیاری از بحران‌ها و اختلالات روان‌شناختی هستند و فقدان آن ممکن است افراد را در برابر آسیب‌پذیری‌های روانی و اجتماعی قرار دهد.

یافته‌های چنگ (Cheng) و همکاران (۲۰۲۵) نیز به‌طور خاص نشان داد سلامت معنوی والدین از طریق خودتنظیمی، توان مقابله با شرایط دشوار را ارتقا می‌دهد [۳۸]. همچنین، احمد (Ahmad) و همکاران (۲۰۲۲) در مطالعه خود گزارش کردند مادران کودکان ADHD سطح بالاتری از معنویت را نسبت به مادران کودکان عادی تجربه می‌کنند و همین موضوع اهمیت مداخلاتی مانند آموزش مراقبت معنوی برای پیشینه‌سازی اثرات مثبت معنویت بر سلامت معنوی را برجسته می‌سازد [۳۹]. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت افراد با سطح بالاتری از معنویت و باورهای مذهبی، سلامت روانی و جسمی بهتری را تجربه می‌کنند. معنویت به‌عنوان یک منبع الهام‌بخش، می‌تواند قدرت مقابله با مشکلات، کاهش اضطراب و افزایش امید به زندگی را در افراد تقویت کند.

در ارتباط با ابعاد سلامت معنوی، نتایج مطالعه خلیفی و همکاران (۱۳۹۷) نشان داد بین نمره کل و ابعاد سلامت مذهبی و وجودی در دو گروه مداخله و کنترل بعد از مداخله اختلاف معنادار آماری مشاهده شد که با نتایج مطالعه حاضر هم‌سو است [۴۰]. برخلاف آن، نتایج مطالعه قربانی و همکاران (۱۴۰۳) که با هدف تعیین تأثیر آموزش مراقبت معنوی مذهبی بر توانمندی و سلامت معنوی مراقبین خانوادگی سالمندان در پاندمی ویروس کرونا انجام شد، نشان داد مداخله معنوی مذهبی بر بعد وجودی سلامت معنوی و سلامت معنوی کل مؤثر و بر بعد مذهبی سلامت معنوی مؤثر نبود [۴۱] که با مطالعه حاضر در بعد سلامت مذهبی هم‌خوانی ندارد. در تبیین تفاوت تأثیرگذار نبودن مداخله معنوی مذهبی در مطالعه قربانی و همکاران بر بعد سلامت مذهبی را تا اندازه‌ای می‌توان به بار مراقبتی مراقبین جامعه پژوهش و همچنین زمان شرایط کرونا اشاره کرد.

والدین از بروز فرسودگی مراقبتی در آنها جلوگیری کنند.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران تقدیر و تشکر خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علی‌آباد کتول، که در اجرا و تکمیل این پژوهش همکاری کردند، اعلام می‌دارند. همچنین از همهٔ آزمودنی‌های عزیز صمیمانه قدردانی می‌کنیم.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافع ندارند.

ملاحظات اخلاقی

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری کودکان از دانشگاه آزاد اسلامی واحد علی‌آباد کتول با کد اخلاق به شماره IR.GOUMS.REC.1404.131 مصوب کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی گلستان و کد کارآزمایی بالینی IRCT20250610066N1 است. اهداف پژوهش به همهٔ شرکت‌کنندگان گفته و سپس، رضایت‌نامه کتبی آگاهانه گرفته شد. به آنان اطمینان داده شد که همهٔ اطلاعات دریافت‌شده محرمانه خواهد ماند.

سهم نویسندگان

همهٔ نویسندگان در طراحی مطالعه، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری و نگارش نسخه نهایی مقاله مشارکت داشته‌اند و مسئولیت کامل محتوا را بر عهده می‌گیرند. فرایند تدوین و بازنگری با توافق جمعی انجام شده است.

حمایت مالی

این پژوهش بدون دریافت کمک مالی مستقیم از نهادهای بیرونی یا سازمان‌های حامی انجام شده است و تمامی هزینه‌های مرتبط را تیم پژوهش تأمین کرده است.

درمجموع، همگرایی نتایج مطالعات داخلی و خارجی با یافته‌های مطالعه حاضر، نشان‌دهنده آن است که آموزش مراقبت معنوی می‌تواند با ارتقای پیوندهای معنوی، معنابخشی به تجربه‌های زندگی و فراهم کردن چهارچوبی برای پذیرش و آرامش در شرایط پرتنش، سلامت معنوی مادران را به شکل پایدار بهبود بخشد.

یکی از محدودیت‌های این مطالعه، انجام آن روی جمعیت نسبتاً کوچک و در یک منطقه جغرافیایی مشخص بود که تعمیم نتایج به سایر جوامع را محدود می‌کند. علاوه بر این، شرکت‌کنندگان همگی از یک گروه فرهنگی-مذهبی مشابه بودند که ممکن است بر میزان پذیرش و اثربخشی مداخله تأثیر گذاشته باشد. دیگر محدودیت، کوتاه بودن دوره پیگیری پس از مداخله بود؛ بنابراین، امکان بررسی ماندگاری اثرات آموزش مراقبت معنوی در بلندمدت فراهم نشد. همچنین، اثرات احتمالی سایر متغیرهای مداخله‌گر، مانند حمایت اجتماعی خارج از مطالعه یا تغییرات شرایط خانوادگی، به‌طور کامل کنترل نشد. بنابراین پیشنهاد می‌شود مطالعات مشابه در حجم نمونه بیشتر و با دوره پیگیری طولانی‌تر و بررسی تأثیر وضعیت فرهنگی به‌عنوان متغیر مداخله‌گر انجام شود.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد آموزش مراقبت معنوی می‌تواند سلامت معنوی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه را به میزان قابل توجهی ارتقا دهد. این ارتقا در ابعاد معناجویی، ارتباط با خود برتر و آرامش ذهنی مشاهده شد و بیانگر نقش مداخلات معنوی در بهبود سازگاری روانی-اجتماعی مادران این گروه است. بنابراین نتایج مطالعه حاضر بر ضرورت توجه هم‌زمان به ابعاد سلامت معنوی در برنامه‌های مراقبتی تأکید دارد. همچنین یافته‌های این مطالعه می‌تواند در محیط‌های بالینی و مراکز مشاوره، به‌عنوان بخشی از مداخلات روانی-اجتماعی برای خانواده‌های دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه به‌کار رود. پرستاران، روان‌شناسان و مشاوران می‌توانند با بهره‌گیری از اصول مراقبت معنوی، علاوه بر ارتقای سلامت روانی و معنوی

REFERENCES

- Sadeghi Z, Badipeyma Z, Hojjat M. Investigating the effect of spiritual care based on Sound-Heart model on pain, fatigue and life expectancy of hemodialysis patients (a clinical trial study protocol). *Educ Ethics Nurs*. 2024;13(special issue):148-55. (Persian) DOI: 10.22034/ethic.2024.2043799.1136
- Papalia DE, Martorell G. Experience human development. 13th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2014. Link
- Emam-Jomezadeh SV, Manshaei G. The effectiveness of mindfulness-based therapy on self-esteem of mothers with children with attention deficit/hyperactivity disorder. *J Faculty Med Mashhad Univ Med Sci*. 2022;65(6): 2586-96. (Persian) DOI:10.22038/mjms.2022.66661.3936
- Sharifdaramadi M. The effect of virtual English language learning on language learning motivation and symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder in students with attention deficit/hyperactivity disorder. *Educ Tech Learn*. 2024;7(25):183-203. DOI:10.22054/jti.2024.81771.1506
- Abdi S, Bayesteh S, Darabi M. Examining the Effectiveness of Therapy Based on the Quality of Life on Improving the Psychological Wellbeing and Happiness of Mothers with Exceptional Children. *Middle East J Disabil Stud*. 2023;13:38-38. (Persian) Link
- Rostampour Berenjestanaki M, Abbasi G, Mirzaei B. The effectiveness of positive psychology on caregiver burden and self-criticism in mothers of children with mild intellectual disabilities. *J Child Ment Health*. 2022;9(1):119-140. (Persian) DOI: 10.52547/jcmh.9.1.9
- Hajbabay Ravandi A, Tajali P, Ghanbaripناه A, Shahriari Ahmadi M. The effectiveness of a positive parenting program on the general health and marital

- adjustment of mothers with children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Couns Psychother*. (Persian) 2022;13(51):207-30. DOI:10.22054/qccpc.2022.65898.2881
8. Besharatipoor M. The effects of spiritual intelligence training on resiliency in mothers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Except Child*. 2018;18(1):109-18. (Persian) [Link](#)
 9. Vithana KVGSG, Asurakkody TA. Spiritual practices as coping with mothers of children with attention-deficit hyperactivity disorder: a qualitative explorative study. *BMC Psychol*. 2025;3(1):3. PMID: 39748375 DOI: 10.1186/s40359-024-02331-2
 10. Elaleem AEDMHA, Osman ZAEH, El-Fatah WOA. Effect of a nursing educational program on competency and parenting practices among parents having children with attention deficit hyperactivity disorder: a randomized controlled trial. *Middle East Curr Psychiatry*. 2024;31:54. DOI:10.1186/s43045-024-00443-4
 11. Öztürk FO, Ekinci M. The effect of psycho-education given to mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder on mother-child interaction and family functionality. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2023;36(4):299-306. PMID: 37357505 DOI:10.1111/jcap.12432
 12. Zarei F, Hojjatkah SM, Zabet M, Taheri S. Comparing the effectiveness of therapy based on acceptance and commitment and spiritual therapy on increasing resilience and psychological flexibility of mothers of children with physical and motor disabilities. *J Mod Psychol Res*. 2024;19(73):108-18. (Persian) DOI:10.22034/jmpr.2024.59270.5935
 13. Shaghaghi L. Evaluate the effectiveness of the solution to the mothers of children with attention deficit hyperactivity and improve quality of life. *J Pediatr Nurs*. 2021;7(11):1-15. (Persian) [Link](#)
 14. Hossein Alizadeh M, Taherabadi S. Investigating the role of cognitive emotion regulation strategies in predicting psychological tolerance and perceived social distress in mothers of children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Middle East J Disabil Stud*. 2022;12:60. (Persian) DOI: 10.29252/mejds.0.0.182
 15. Koosha M, Naghipour S, Fallahi Khesht Masjedi M. The relationship between emotional intelligence and parenting stress in mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Guilan Univ Med Sci*. 2021;30(2):98-107. DOI: 10.32598/JGUMS.30.2.735.2
 16. Sedighi Z, Namjou Z, Pourmovahed Z. Effect of spiritual care training on self-efficacy of mothers with premature infants in neonatal intensive care units: a randomized clinical trial study. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2024;32(3):196-205. DOI: 10.32592/ajnm.32.3.196
 17. Moradi F. Lived experiences of mothers' resilience in adverse life events (research proposal). Tehran: Research Ethics Committee, Allameh Tabataba'i University; 2024. [Link](#)
 18. Shadi B, Azmoudeh M, Kashefimehr B, Mesrabadi J. Effectiveness of positive resilience training on emotional self-regulation, psychological distress and parent-child interaction among mothers of mentally retarded children. *Toloo Beh (TB)*. 2023;22(5):89-106. DOI: 10.18502/tbj.v22i5.14756
 19. Rezaei Fard A. The role of resilience and parenting styles in predicting parental stress in mothers of students with ADHD/attention deficit hyperactivity disorder. *J Sch Educ Psychol*. 2022;10(4):73-85. (Persian) DOI: 10.22098/jsp.2022.1454
 20. Ghadampour E, Hamid M, Bazi M, Hanifi M. Comparison of reflective capacity, emotion regulation and resilience in mothers of children with and without attention deficit hyperactivity disorder. *J New Adv Behav Sci*. 2020;8(56):472-83. (Persian) [Link](#)
 21. Bennett C, Perry D, Lawrence G. Mindfulness-based interventions for parents of children with attention deficit hyperactivity disorder: A systematic review. *J Atten Disord*. 2022;26(10):1308-1320.
 22. Adibsereshki N, Nesayan A, Benjak T. The impact of parent support groups on psychological outcomes of mothers of children with ADHD. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2023;54(2):327-338.
 23. Dehghani F, Alavi SMK, Dastjani Farahani R. Anthropological analysis of spiritual health based on the components of the educational system in the Holy Quran. *Educ Doctrines Quran Hadith*. 2023;8(2):43-65. [Link](#)
 24. Alavi A. Investigating the Relationship between Spiritual Health and Ethical Sensitivity of Nursing Students. *Health Spiritual Med Ethics*. 2024;11(4):211-6. DOI: 10.32598/hsmej.11.4.606.1
 25. Ebrahimi F, Jafarjalal E, Najafi Ghezleche T, Haghani S. Assessing the Spiritual Care Competence of Nurses in the Special Care Units for COVID-19 in Teaching Hospitals in Arak, Iran. *Iran J Nurs*. 2023;36(141):66-79. DOI:10.32598/ijn.36.141.3175
 26. Rasouli M, Salmani N. Needs assessment and development of educational goals for the program of providing spiritual care for nurses. *Med Spiritual Cult*. 2018;27(1):67-82. (Persian) [Link](#)
 27. Khoramirad A, Abedini Z, Ahmaritehran H, Khalajinia Z, Shojaei S, Heidari A, et al. Educational Needs Assessment of Spiritual Care in Nurses in Iran in 2021: Using Delphi Technique. *Health Spiritual Med Ethics*. 2021;8(4):201-8. DOI: 10.32598/hsmej.8.4.1
 28. Boujmehrani R, Izadipour E, Fekri N, Rad M. The effect of spiritual care on death anxiety levels among the elderly in day care centers of Neyshabur and Madar nursing home in Sabzevar: a clinical trial. *J Sabzevar Univ Med Sci*. 2023;32(2):123-33. DOI: 10.30468/jsums.2024.7884.3125
 29. Richards PS, Bergin AE. A spiritual strategy for counseling and psychotherapy. 2nd ed. American Psychological Association; 2005. DOI:10.1037/11214-000
 30. Ahmari Tehran H, Khalajinia Z, Heidari A, Heidari M. Explaining the perception of spiritual care from the perspective of hospitalized patients: a qualitative study. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2024;32(1):69-79. DOI: 10.32592/ajnm.32.1.69
 31. Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment. 3rd ed. Guilford Press; 2006. [Link](#)
 32. Paloutzian RF, Ellison CW. Loneliness, spiritual well-being, and the quality of life. In: Peplau LA, Perlman D, editors. Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy. New York: Wiley; 1982. P. 224-37. [Link](#)
 33. Seyedfateh M, Abdollahi M, Sadeghi M. Psychometric properties of the Persian version of the Spiritual Well-Being Scale in patients with cancer. *Journal of Religion and Health*. 2016;55(2):509-21. doi:10.1007/s10943-015-0101-y.
 34. Sheikhzakaryaie N, Azizi A, Moradi S, Khaledian N, Salawati Ghasemi S. The effect of spiritual intervention on self-esteem and emotional adjustment of mothers with children with cancer. *J Pediatr Nurs*. 2023;9(4):10-18. DOI: 10.22034/JPEN.9.4.10
 35. Safara M, Khanbabaie M, Khanbabaie M. The efficacy of Spiritual skills training in promoting quality of life and life hope of mothers Having Child with intellectual disability. *Psychol Except Individ*. 2020;10(37):161-80. DOI: 10.22054/jpe.2020.43806.2009
 36. George B, Dangroo A, Sahu K, Arun P. Stress, coping, and resilience among mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Indian J Psychiatr Soc Work*. 2024;15(1):17-27. DOI: 10.29120/ijpsw.2024.v15.i1.614
 37. Aggarwal S, Wright J, Morgan A, et al. Religiosity and spirituality in the prevention and management of depression and anxiety in young people: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2023;23:729. PMID: 37817143 DOI: 10.1186/s12888-023-05091-2

38. Cheng S, Li X, Hu X. The resilience of parents of children with developmental disabilities: an effort in self-regulation and spiritual well-being. *Child Fam Soc Work*. 2025;**0**:1-10. DOI: [10.1111/cfs.70018](https://doi.org/10.1111/cfs.70018)
39. Rahman M, Hussain A. Spirituality and resilience among mothers of ADHD children. *Shodh Sanchar Bulletin*. 2020;**10**(38):190-4. [Link](#)
40. Khalifi T, Seyedfatemi N, Mardani Hamooleh M, Haghani H. The Effect of Spiritual Education on Spiritual Health of Nursing Students: A Quasi-Experimental study. *Iran J Med Ethics His Med*. 2018;**11**:152-64. [Link](#)
41. Ghorbani A, Pouladi S, Farhadi A, Bagherzadeh R, Shokrian M. The impact of religious spiritual care training on the empowerment and spiritual well-being of family caregivers of the elderly during the coronavirus pandemic: a field trial study. *Iran South Med J*. 2024;**27**(1):80-98. (Persian) DOI: [10.61186/ismj.27.1.80](https://doi.org/10.61186/ismj.27.1.80)