

Original Article



Effect of the Family-Centered Empowerment Model on the Resilience of Parents of Children with Mental Retardation

Saeideh Mazidi¹, Mohammad-Ali Jahani², Seyed-Amir Soltani³, Golbahar Akhoundzadeh^{1*}

1. Deptment. of Pediatric Nursing, Islamic Azad University, Aliabad Katul Branch, Aliabad Katul, Iran
2. Research Center for Social Factors Affecting Health, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran
3. Research Center for Social Factors Affecting Health, Health Research Institute, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

Article history:

Received: 14 June 2024

Revised: 09 August 2024

Accepted: 28 September 2024

ePublished: 19 March 2025

*Corresponding author:

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

Email:

g_akhoondzadeh@yahoo.com



Abstract

Background and Objective: A significant number of children with intellectual disability and mental retardation are added to the country's population annually causing a lot of psychological pressure on the family. The present study aimed to determine the effect of the family-centered empowerment model on the resilience of parents of children with mental retardation.

Materials and Methods: This clinical trial study was conducted in 2021 in Aliabad-e katul, Iran, on the parents of mentally retarded children in two groups of test group and control group (24 people in each group) by conducting pre- and post-test through simple random sampling. Six sessions were held for the test group. In the control group, training and routine care were performed. The Connor and Davidson's Resilience Questionnaire was used as data collection tool. The collected data was analyzed in SPSS software (version 23).

Results: In terms of the mean resilience score, a significant difference was observed between the test group before and after the intervention ($P < 0.001$). Additionally, by removing the pre-test effect, a significant difference was seen between the test and control groups ($P < 0.001$, $\eta^2 = 0.48$); therefore, 29% of the changes in the average score of parents' resilience were caused by the effect of the family-centered empowerment model.

Conclusion: Considering the effectiveness of the family-centered empowerment model on parents' resilience and the importance of parents' role in caring for mentally retarded children, this low-cost and effective treatment method can be used in caring for and empowering parents.

Keywords: Empowerment, Family-centered, Mental retardation, Resilience



Extended Abstract

Background and Objective

Mental retardation is a complex and challenging issue affecting children and adolescents, persisting into adulthood. These children need special education and training and may suffer from learning disabilities, mental disabilities, physical disabilities or emotional problems. Resilience is a person's ability to maintain biological, psychological and spiritual balance against dangerous conditions. The present study was conducted to investigate the effect of the family-centered empowerment model on the resilience of parents of children with mental retardation. This study can provide nurses and other members of the health team with a suitable approach to improve the resilience of parents to ultimately lead to the improvement of health and recovery in the family.

Materials and Methods

This research is a controlled clinical trial conducted in 2021, involving two groups: a test group and a control group, with pre- and post-test assessments. The research community consisted of the parents of mentally retarded children who referred to Aliabad-e katol Exceptional School affiliated with Education Department in Golestan Province, Iran. The sample size of this study was determined based on G power statistical software and a study by Aghaei et al. (2016) with an effect size of 1.07 and a 95% test power at a significance level of 0.5 on 48 people. The data collection tool was Connor and Davidson's Standard Resilience Questionnaire. Connor and Davidson's Resilience Questionnaire has 25 items that are scored on a Likert Scale between zero and four. A written informed consent form based on the intervention method, the right to enter and exit the intervention, and the confidentiality of the data was provided to the parents participating in the research. After explaining the objectives of the research, before starting the intervention in the test and control groups, the standard questionnaire of Connor and Davidson was completed by the parents, then in the test group, the parents were subjected to the independent variable of education during Six 60-minutes-long sessions. The collected data was entered into SPSS software (version 23). Descriptive statistics were reported for quantitative variables with Mean and SD and for qualitative variables with frequency and percentage. To investigate the relationship between qualitative variables, t-test and ANCOVA were used to compare the results of the two groups. A *P*-value of less than 0.05 was considered statistically significant.

Results

The average age of mothers in this study in the test group was 36.27 ± 8.07 years and the average age of children was 11.04 ± 2.88 years. In terms of gender (58.33%), 14 children were girls and 7% (29.16) of people lived in the city and 17 (61.84%) people lived in the village, and according to their parents' education, 36 (48.00%) people had a diploma, 8 (16.66%) people had a diploma and 4 (8.34%) people had university education. The results of this study in comparing the demographic characteristics of the test and control groups showed no significant difference between the age of the mother ($P=0.43$), the age of the child ($P=0.22$), and the gender of the child in the two groups ($P=0.73$). Moreover, no significant difference was observed in terms of parents' residence ($P=0.54$). There was no significant difference between the two groups in terms of mother's education ($P=0.68$) and father's education ($P=0.88$). Although the paired t-test showed a significant difference between the test group before and after the intervention ($P<0.01$), no significant difference was observed in the control group ($P=0.23$). The covariance test showed a significant difference between the test and control groups after accounting for the pre-test effect ($P<0.01$, $\eta^2=0.29$). This result indicates that 29% of the observed difference in the post-test mean resilience scores between the two groups was attributable to the intervention of the family empowerment model.

Conclusion

The family-centered empowerment model has been shown to positively impact the resilience of parents of mentally retarded children. Therefore, any action aimed at improving the quality of care for these children will not only alleviate emotional and economic burdens on society but also contribute to a brighter future for the families involved. Health policy makers should prioritize educational programs based on the family-centered empowerment model in their policies and planning. By offering standardized and up-to-date educational classes for families with mentally retarded children, they can provide more effective services to prevent physical and mental complications for both the patients and their families, ultimately reducing excessive costs in the healthcare system. Considering the effectiveness of the family-centered empowerment model and the crucial role parents play in caring for mentally retarded children, this cost-effective treatment method can be used in supporting and empowering parents.

Please cite this article as follows: Mazidi S, Jahani MA, Soltani A, Akhoundzadeh G. Effect of the Family-Centered Empowerment Model on the Resilience of Parents of Children with Mental Retardation *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2025; 33(1): 82-91 DOI: 10.32592/ajnm.33.1.82

تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده‌محور بر تاب‌آوری والدین دارای کودکان مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی

سعیده مزیدی^۱ ID، محمد علی جهانی^۲، سید امیر سلطانی^۳، گلپهار آخوندزاده^{۱*} ID

۱. گروه آموزشی پرستاری کودکان، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علی‌آباد کتول، علی‌آباد کتول، ایران
۲. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
۳. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

چکیده

سابقه و هدف: سالانه تعداد قابل توجهی کودک با ناتوانی هوشی و عقب‌ماندگی ذهنی به جمعیت کشور افزوده می‌شود که موجب تحمیل فشارهای روحی - روانی زیادی بر خانواده می‌شود؛ بنابراین، این مطالعه با هدف تعیین تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده‌محور بر تاب‌آوری والدین کودکان مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه کارآزمایی بالینی در سال ۱۴۰۰ در شهرستان علی‌آباد کتول بر روی والدین کودکان عقب‌مانده ذهنی در دو گروه (۲۴ نفر گروه آزمون و ۲۴ نفر گروه کنترل) با انجام پیش‌آزمون و پس‌آزمون و به صورت تصادفی ساده انجام شده است. در گروه آزمون ۶ جلسه توانمندسازی خانواده‌محور برگزار شد. در گروه کنترل نیز آموزش‌ها و مراقبت‌های معمول صورت گرفت. ابزار گردآوری اطلاعات در این مطالعه پرسش‌نامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون بوده است. برای تجزیه و تحلیل از نرم‌افزار SPSS v23 و در سطح معنا داری ۰/۰۵ استفاده شده است.

یافته‌ها: از نظر میانگین نمره تاب‌آوری بین گروه آزمون قبل و بعد از مداخله اختلاف معناداری مشاهده شد ($P < 0.001$). همچنین، با حذف اثر پیش‌آزمون بین گروه آزمون و کنترل اختلاف معناداری دیده شد ($P < 0.001$). ($\eta^2 = 0.48$)، به طوری که ۴۹ درصد از تغییرات میانگین نمره تاب‌آوری والدین ناشی از اثر الگوی توانمندسازی خانواده‌محور بوده است.

نتیجه‌گیری: با توجه به مؤثر بودن الگوی توانمندسازی خانواده‌محور بر تاب‌آوری والدین و اهمیت نقش والدین در مراقبت از کودکان عقب‌مانده ذهنی توصیه می‌شود از این روش درمانی کم‌هزینه و مؤثر در مراقبت و توانمندسازی والدین استفاده شود.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۳/۲۵
تاریخ ویرایش مقاله: ۱۴۰۳/۰۵/۱۹
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۷/۰۷
تاریخ انتشار مقاله: ۱۴۰۳/۱۲/۲۹

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

* نویسنده مسئول: گلپهار آخوندزاده، گروه پرستاری، واحد علی‌آباد کتول، دانشگاه آزاد اسلامی، علی‌آباد کتول، ایران
ایمیل: g_akhoondzadeh@yahoo.com

واژگان کلیدی: توانمندسازی، خانواده‌محور، تاب‌آوری، عقب‌ماندگی ذهنی

استناد: مزیدی، سعیده؛ جهانی، محمدعلی؛ سلطانی کنتانی، سیدامیر؛ آخوندزاده، گلپهار. تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده‌محور بر تاب‌آوری والدین دارای کودکان مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا، زمستان ۱۴۰۳؛ ۳۳(۱): ۸۲-۹۱

مقدمه

۴. در ایران نیز مطابق با آمار دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی سالانه حدود ۲۴ هزار کودک با ناتوانی هوشی و عقب‌ماندگی ذهنی به جمعیت کشور افزوده می‌شود [۵، ۶]. عقب‌ماندگی ذهنی علاوه بر شیوع قابل توجه، با نقصان رشد در ابعاد مختلف جسمانی، روانی، تکاملی، اجتماعی و تربیتی همراه بوده و می‌تواند تأثیرات نامطلوبی را بر ساختار و عملکرد خانواده داشته باشد [۱].

عقب‌ماندگی ذهنی یکی از عمده‌ترین و پیچیده‌ترین مسائل و مشکلات در کودکان و نوجوانان بوده که تا سن بزرگسالی باقی می‌ماند [۱]. این کودکان نیازمند تربیت و آموزش ویژه هستند و ممکن است به ناتوانی یادگیری و کم‌توانی ذهنی دچار شوند [۲]. مطالعات آماری در آمریکا بیانگر این است که ۳/۰ درصد از جمعیت کل کشور افراد با ضریب هوشی بیشتر از ۲ انحراف معیار کمتر از میانگین هستند [۳].

[۱۷، ۱۹]. نکته قابل تامل آن است که علی‌رغم بررسی تاثیر آموزش بر تاب‌آوری والدین کودک عقب‌مانده ذهنی، نتایج این مطالعات پراکنده بوده و مشخص نیست که تاثیر ادغام‌شده اجرای الگوی توانمندسازی خانواده‌محور بر تاب‌آوری والدین کودک عقب‌مانده ذهنی چگونه است؟ به عبارتی، آیا اجرای الگوی توانمندسازی خانواده‌محور توانسته است که تاب‌آوری والدین کودک عقب‌مانده ذهنی را ارتقا دهد یا خیر؟ بنابراین، انجام مداخلاتی در جهت افزایش و تقویت تاب‌آوری والدین کودک عقب‌مانده ذهنی، امری ضروری به نظر می‌رسد. پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر الگوی توانمندسازی خانواده‌محور بر تاب‌آوری والدین کودکان مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی انجام شده است. این مطالعه می‌تواند رویکرد مناسبی برای ارتقای تاب‌آوری والدین به پرستاران و سایر اعضای تیم سلامت عرضه کند تا در نهایت منجر به ارتقای سلامت و بهبودی در خانواده شود.

روش کار

محیط پژوهش و شرکت‌کنندگان

این پژوهش یک مطالعه کارآزمایی بالینی شاهددار بوده که در سال ۱۴۰۰ به صورت دو گروه آزمون و کنترل (۲۴ نفر گروه آزمون و ۲۴ نفر گروه کنترل) با انجام پیش‌آزمون و پس‌آزمون انجام شده است. جامعه پژوهش، والدین کودکان عقب‌مانده ذهنی که به مدرسه استثنایی علی‌آباد کتول وابسته به آموزش و پرورش استان گلستان، مراجعه می‌کرده‌اند، بوده است.

حجم نمونه این مطالعه براساس نرم‌افزار آماری G power و مقاله آقای و همکاران (۱۳۹۶) با اندازه اثر ۱/۰۷ و سطح اطمینان و توان آزمون ۹۵٪ با تعداد ۴۸ نفر (۲۴ نفر گروه آزمون و ۲۴ نفر گروه کنترل) بوده است [۲۰]. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بوده‌اند از: والدینی که دارای حداقل یک کودک عقب‌مانده ذهنی بوده و تمایل به شرکت در مطالعه را داشته‌اند و توانایی خواندن و نوشتن را دارا بوده و مشکلات جسمانی و روانی نداشته‌اند و معیارهای خروج از مطالعه شامل غیبت در کلاس‌های آموزشی و تمایل نداشتن به ادامه همکاری در مطالعه بوده است.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها

ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل سن کودک، جنس کودک، رتبه تولد، جنس والد، سن والد، تعداد فرزندان، شغل، سطح تحصیلات، درآمد ماهیانه، محل سکونت و وجود هر نوع بیماری در فرزندان دیگر و بستگان درجه یک و پرسش‌نامه استاندارد تاب‌آوری کونور و دیویدسون بوده است. پرسش‌نامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون ۲۵ گویه دارد که در طیف لیکرت بین صفر و چهار نمره‌گذاری شده است. در پرسش‌نامه تاب‌آوری، نمره بالا در مقیاس نشان‌دهنده تاب‌آوری بالا و نمره پایین، نشان‌دهنده تاب‌آوری پایین است. پایایی پرسش‌نامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون از طریق آلفای کرونباخ محاسبه شد و ۰/۸۷ به دست آمد [۲۱]. بیگدلی و همکاران، همسانی درونی این مقیاس را بر اساس

مراقبت کودک از وظایف والدین کودک است، اما این نقش در کودکان با محدودیت عملکردی و وابستگی طولانی‌مدت متفاوت است [۷]. بدین ترتیب ناتوانی کودک نه تنها زندگی کودک را تحت تاثیر قرار می‌دهد، بلکه می‌تواند نیروی خانواده را بر خود متمرکز کند [۱]. والدین کودکان با ناتوانی برای مدت طولانی در معرض انبوهی از عوامل استرس‌زا قرار می‌گیرند و این مسئله آن‌ها را تحت فشار زیادی قرار می‌دهد [۸، ۹]. تاب‌آوری به این مسئله می‌پردازد که فرد علی‌رغم قرار گرفتن در معرض فشارهای شدید و عوامل خطر می‌تواند عملکرد اجتماعی خود را بهبود داده و بر مشکلات غلبه کند [۱۰]. به عبارت دیگر، تاب‌آوری قابلیت فرد در برقراری تعادل زیستی، روانی و معنوی در برابر شرایط مخاطره‌آمیز است [۱۱]. از سوی دیگر، تاب‌آوری در زندگی با بیماری و شرایطی که سلامت را به خطر می‌اندازد در ارتباط است [۱۲].

مراقبت خانواده‌محور یکی از اساسی‌ترین مفاهیم پرستاری است که باعث حفظ و یکپارچگی خانواده و ارتقای سلامت کودک و خانواده خواهد شد [۱۳]. الگوها و نظریه‌های آموزش و ارتقای سلامت مختلفی مانند مدل آموزشی رفتاری-شناختی، مدل تعامل والد-کودک، مدل مراقبت‌های حمایتی، الگوی اعتقاد بهداشتی، نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده و ... جهت حفظ و ارتقای سلامت وجود دارد و در این باره یکی از الگوهای بومی مبتنی بر فرهنگ و ساختار جامعه ایرانی اسلامی، الگوی توانمندسازی خانواده‌محور است [۱۴]. توانمندی خانواده‌محور به عنوان مفهومی در سطح فردی و سطح ارتباط با بیماری، منجر به رضایت شخصی، خودکارآمدی، مفهوم مثبت از خود، داشتن توان برای کمک به دیگران، احساس تسلط، تاب‌آوری، بهبود کیفیت زندگی و رشد شده و تحت تاثیر حمایت، تصمیم‌گیری مشارکتی، آموزش و مشاوره قرار دارد [۱۴]. مطالعات ابراهیمی و همکاران درباره آموزش والدین نشان داده است که آموزش مهارت‌های خانواده در کاهش اضطراب و افسردگی کودکان موثر بوده است [۱۵]. مطالعه سلیمی و همکاران (۱۳۹۷) درباره توانمندسازی والدین کودکان مبتلا به اوتیسم نشان داده است که آموزش والدین منجر به شناخت‌درمانی و افزایش تاب‌آوری در والدین می‌شود [۱۶]. در مطالعه ماردیه (Mardhiyah) و همکاران (۲۰۲۲) که درباره اثرات روانی توانمندسازی والدین دارای کودک مبتلا به بیماری مزمن انجام شده بیان شده است که آموزش والدین با توانمندسازی خانواده‌محور منجر به کاهش استرس و اضطراب و افزایش تاب‌آوری در والدین و کودکان آن‌ها می‌شود [۱۷]. از نظر لوتانز (Luthans) (۲۰۱۲) سرمایه روان‌شناختی، سازه‌ای ترکیبی و به‌هم‌پیوسته است که چهار مولفه ادراکی-شناختی یعنی امید، خوش‌بینی، خودکارآمدی و تاب‌آوری را در بر دارد [۱۸]. نتایج مشترک پژوهش‌ها موید تاثیرات مثبت و سازنده تاب‌آوری در مقابله موفق و انطباق رشدیافته با شرایط خاص و استرس‌زا است [۹، ۱۷].

مطالعات مختلفی درباره آموزش به بیمار و والدین دارای فرزند مبتلا به بیماری‌های مزمن صورت گرفته است و نتایج ارزشمندی در جهت افزایش تاب‌آوری در والدین و بیماران به دست آمده است

آلفای کرونباخ ۰/۹ گزارش کرده‌اند [۲۲]. روایی سازه مقیاس جدید تاب‌آوری بر اساس تحلیل عاملی تاییدی برای هر ده سوال بار عاملی بین ۴۴ تا ۹۳ درصد بارگذاری شده است که این نشان‌دهنده روایی سازه مطلوب و قابل قبول برای این مقیاس است.

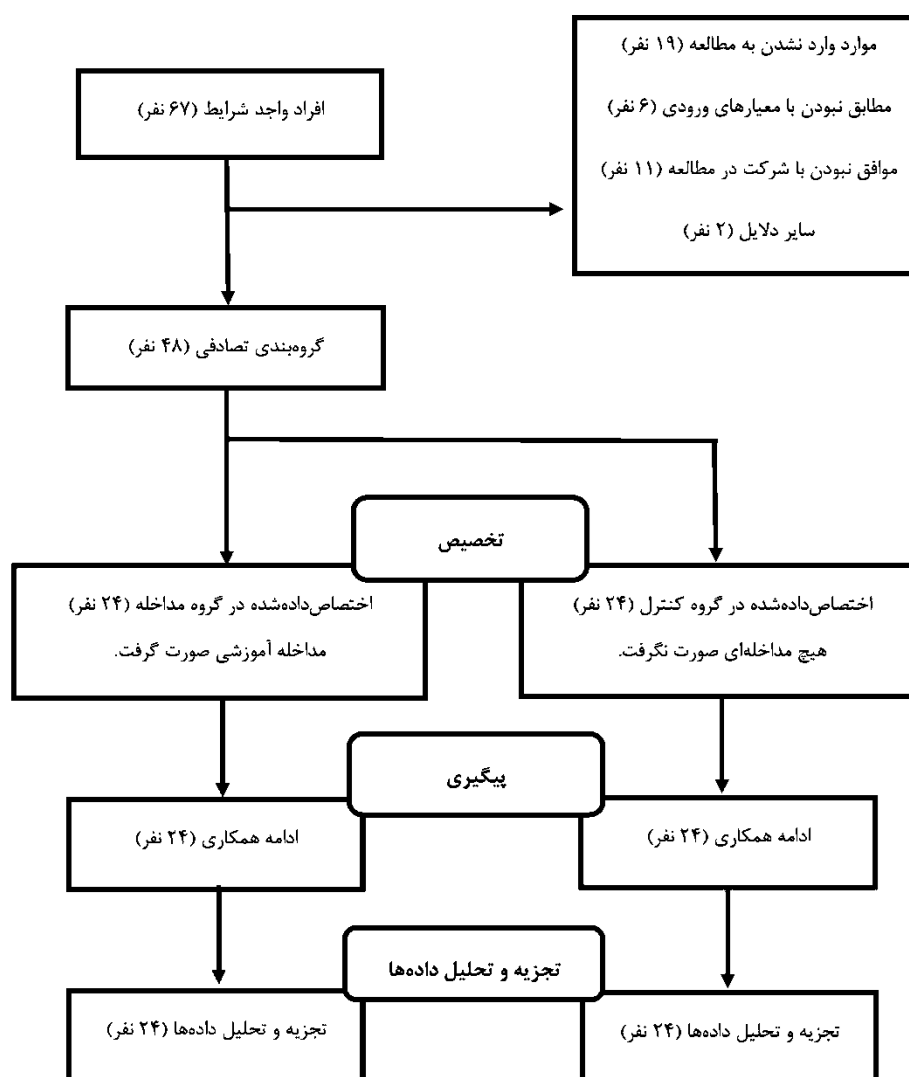
پس از دریافت معرفی‌نامه از مسئولان آموزش و پرورش و کسب اجازه از مسئولان مدرسه و ارائه اطلاعات و اهداف پژوهش به مدیر و معاون و معلمان مدرسه و گرفتن اجازه از آن‌ها، جامعه پژوهش شامل والدین کودکان دارای عقب‌ماندگی ذهنی تعیین شد. در مجموع، ۴۸ نفر از والدین دارای کودک عقب‌مانده ذهنی با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. پس از انتخاب والدین واجد شرایط، افراد نمونه به صورت تصادفی با استفاده از جدول اعداد تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند؛ به طوری که هر گروه شامل ۲۴ نفر بوده است. این فرایند تخصیص تصادفی ساده به منظور کاهش سوگیری و افزایش قابلیت تعمیم‌پذیری نتایج استفاده شده است. فرم رضایت آگاهانه کتبی مبتنی بر چگونگی مداخله، حق ورود و خروج از مداخله و محرمانه بودن داده‌ها در اختیار والدین شرکت‌کننده در پژوهش قرار داده شد و در صورت تمایل آنان به شرکت در مطالعه، مصاحبه‌گر فرم مشخصات فردی واحدهای پژوهش را تکمیل کرد.

جمع‌آوری داده‌ها

پس از توضیح درباره اهداف پژوهش، قبل از شروع مداخله، والدین در گروه آزمون و کنترل پرسش‌نامه استاندارد تاب‌آوری کونور و دیویدسون را تکمیل کردند، سپس در گروه آزمون والدین به صورت فردی طی ۶ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای ۱ جلسه شامل ابعاد آشنایی، درک تهدید، ارتقای خودکارآمدی و افزایش اعتماد به نفس، تحت آموزش قرار گرفتند و ارزشیابی فرایند و ارزشیابی نهایی نیز صورت پذیرفت [۱۲]. شیوه‌نامه اجرایی جلسه به تایید استاد مشاور رسیده بود و پژوهشگر با کمک کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی مداخله آموزشی را انجام داد. در این مدت برای گروه کنترل مداخله‌ای صورت نگرفت و تنها پیش‌آزمون از آن‌ها گرفته شد. سپس ۲ ماه بعد از پایان آموزش توانمندسازی خانواده‌محور، پرسش‌نامه استاندارد تاب‌آوری توسط والدین گروه آزمون و کنترل به عنوان پس‌آزمون تکمیل شد [۱۲]. در پایان مطالعه جهت رعایت اخلاق در پژوهش، جهت افزایش آگاهی والدین کودکان عقب‌مانده ذهنی در گروه شاهد، بسته آموزشی شامل کتابچه و CD آموزشی در اختیار آنان نیز قرار گرفت (جدول ۱).

جدول ۱. شرح جلسه آموزشی در گروه آزمون کودکان مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی [۱۲]

روز جلسات	زمان	ابعاد	محتوای آموزش
اولین جلسه	۶۰ دقیقه	آشنایی	پرسش‌نامه‌ها بین هر دو گروه آزمون و کنترل تقسیم شد و والدین علاوه بر پاسخگویی به سوالات پرسش‌نامه با یکدیگر آشنا شدند. به آن‌ها فرصت داده می‌شود که درباره اهم مشکلات خود صحبت کنند و تبادل تجربه و اطلاعات کنند و از تجربیات مشابه یکدیگر بهره ببرند.
تعیین گروه آزمون و کنترل توسط پژوهشگر			
دومین جلسه	۶۰ دقیقه	درک تهدید (افزایش دانش)	اولین مرحله در الگوی توانمندسازی خانواده‌محور افزایش تهدید درک‌شده (شدت و حساسیت) والدین از طریق جلسات بحث گروهی برای افزایش دانش، نگرش و آگاهی بوده است. عنوان‌های جلسه شامل مباحث تعریف مشکل، تشخیص، سبب‌شناسی، انواع، پیشگیری، مشکلات هیجانی و رفتاری بوده است.
سومین جلسه	۶۰ دقیقه	ارتقای خودکارآمدی	برای ارتقای سطح خودکارآمدی، از روش بحث گروهی و نمایش عملی در گروه‌های ۷-۸ نفره والدین کودکان عقب‌مانده ذهنی استفاده شد. مهارت‌های مورد نیاز شامل مهارت‌های تغییر سبک زندگی، مهارت نحوه مراقبت بیمار عقب‌مانده ذهنی، مهارت کار کردن با دستگاه تنفس، مهارت تنظیم برنامه دارویی برای کودک عقب‌مانده ذهنی بوده است که پس از توضیح مهارت به صورت عملی نیز نشان داده شد. همچنین شرکت‌کنندگان در جلسه آموزشی تجربیات خود را در اختیار یکدیگر قرار دادند.
چهارمین جلسه	۶۰ دقیقه	افزایش اعتماد به نفس (خودباوری)	در این مرحله از والدین خواسته شد که در آموزش به عضو خانواده خود در مسائل مرتبط با عقب‌ماندگی ذهنی مشارکت کنند و آن‌ها را در کمک به کودک عقب‌مانده ذهنی خود ترغیب کنند؛ به این صورت که مطالب بحث‌شده در جلسات قبلی را که بر اساس مشارکت آموزشی با کارت‌های آموزشی، پمفلت، و آنچه از طریق بحث گروهی و کار عملی طی جلسه خودکارآمدی می‌آموزد به عضو فعال خانواده خود انتقال دهد.
پنجمین جلسه	۶۰ دقیقه	ارزشیابی فرایند	در ارزشیابی فرایند طی جلسات مداخله توانمندی به صورت پرسش و پاسخ و بحث گروهی، درباره مفهوم بیماری عقب‌ماندگی ذهنی، فیزیولوژی، علایم و ماهیت بیماری، عوامل خطر، طبقه‌بندی بیماری، درمان دارویی و غیردارویی و سبک زندگی بیمار مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی سوالات و ابهامات مطرح می‌شود. والدین در پرسش و پاسخ و بحث گروهی حضور فعالی داشته‌اند و این روند تا رفع ابهام جلسه ادامه داشته است.
در پایان جلسه پنجم بسته آموزشی شامل کتابچه و CD آموزشی جهت تثبیت مطالب در اختیار مادران قرار گرفت.			
ششمین جلسه	۶۰ دقیقه	ارزشیابی نهایی	تکمیل پرسش‌نامه‌ها دو ماه بعد از مداخله توسط دو گروه آزمون و کنترل



شکل ۱. نمودار کانسورت روند انتخاب، ارزیابی و پیگیری مشارکت‌کنندگان

تجزیه و تحلیل داده‌ها

پس از جمع‌آوری داده‌های به‌دست‌آمده، در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ وارد شد. آمار توصیفی برای متغیرهای کمی با میانگین و انحراف معیار و برای متغیرهای کیفی با فراوانی و درصد گزارش شد. برای بررسی ارتباط متغیرهای کیفی از آزمون‌های آماری t-test و ANCOVA برای مقایسه دو گروه استفاده شد. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

میانگین سن مادران در این مطالعه در گروه آزمون $36/27 \pm 1/07$ ، میانگین سن کودک $11/04 \pm 2/88$ ، از نظر جنسیت $36/27$ (۳۶/۲۷)، کودک دختر بوده‌اند و $14(58/33)$ (۱۴/۵۸/۳۳) نفر ساکن شهر و $17(61/84)$ (۱۷/۶۱/۸۴) نفر ساکن روستا بوده‌اند و از نظر تحصیلات والدین $36(48/00)$ (۳۶/۴۸/۰۰) نفر زیر دیپلم، $8(16/66)$ (۸/۱۶/۶۶) نفر دیپلم و $4(8/34)$ (۴/۰۸/۳۴) نفر تحصیلات دانشگاهی داشتند. نتایج این مطالعه در مقایسه

مشخصات جمعیت‌شناختی در مقایسه دو گروه آزمون و کنترل بین سن مادر ($p=0/43$)، سن کودک ($p=0/22$) و بین جنسیت کودک در دو گروه اختلاف معناداری مشاهده نشد ($p=0/73$)، همچنین از نظر محل سکونت والدین ($p=0/54$) اختلاف معناداری دیده نشد. بین دو گروه از نظر تحصیلات مادر ($p=0/68$) و تحصیلات پدر ($p=0/88$) اختلاف معناداری دیده نشد (جدول ۲). آزمون تی مستقل بین دو گروه قبل از مداخله از نظر تاب‌آوری اختلاف معناداری را نشان نداده است ($p=0/85$)، ولی بعد از مداخله بین دو گروه اختلاف معناداری را نشان داد ($p=0/04$). آزمون تی زوج بین گروه آزمون قبل و بعد از مداخله اختلاف معناداری را نشان داد ($p<0/01$) ولی در گروه کنترل اختلاف معناداری مشاهده نشد ($p=0/23$). آزمون تی زوج بین گروه آزمون قبل و بعد از مداخله معناداری را نشان داد ($p<0/01$)، ولی در گروه کنترل اختلاف معناداری مشاهده نشد ($p=0/23$).

تاب‌آوری گروه آزمون و کنترل در پس‌آزمون، ناشی از اثر مداخله الگوی توانمندسازی خانواده بوده است (جدول ۴).

آزمون کواریانس با حذف اثر پیش‌آزمون بین دوگروه آزمون و کنترل اختلاف معناداری را نشان داد ($P < 0/01$ و $\text{Eta} = 0/29$)، به طوری که ۲۹ درصد از تفاوت مشاهده‌شده در میانگین نمره

جدول ۲. مقایسه مشخصات جمعیت‌شناختی والدین کودکان مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی شهرستان علی‌آباد کتول در سال ۱۴۰۰ در گروه آزمون و کنترل

گروه	آزمون (n=۲۴)	کنترل (n=۲۴)	p-value ^a
جمعیت‌شناختی			
سن مادر (سال)	۸/۰۷ ± ۲۷/۳۶	۵/۱۲ ± ۸۳/۳۴	۰/۴۳۳
سن کودک (سال)	۲/۸۸ ± ۰۴/۱۱	۱/۹۴ ± ۱۶/۱۰	۰/۲۲۱
محل سکونت	شهر روستا	۷(۲۹/۱۶) ۱۵(۶۲/۵۰)	۰/۵۴۲
جنسیت کودک	دختر پسر	۱۴(۵۸/۳۳) ۱۱(۴۵/۸۴)	۰/۷۳۳
سطح تحصیلات مادر	زیر دیپلم دیپلم دانشگاهی	۱۷(۷۰/۸۳) ۴(۱۶/۶۷) ۳(۱۲/۵۰)	۰/۶۸۵
سطح تحصیلات پدر	زیر دیپلم دیپلم دانشگاهی	۱۷(۷۰/۸۳) ۸(۳۳/۳۴) ۱(۴/۱۶)	۰/۸۸۱

a= t-test

جدول ۳. مقایسه تاب‌آوری در گروه آزمون و کنترل والدین کودکان مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی شهرستان علی‌آباد کتول در سال ۱۴۰۰ قبل و بعد از مداخله

گروه	آزمون (n=۲۴)	کنترل (n=۲۴)	p-value ^b
زمان			
قبل از مداخله	۵۸/۵۴ ± ۲۲/۳۳	۵۷/۳۷ ± ۲۰/۷۶	P = ۰/۸۵۲
بعد از مداخله	۷۴/۹۵ ± ۲۱/۲۵	۵۶/۹۱ ± ۱۹/۸۷	P = ۰/۰۴۱
	P < ۰/۰۰۱	P = ۰/۲۳۳	

a= independent t-test

b= paired t-test

جدول ۴. تاثیر الگوی توانمندسازی خانواده‌محور بر تاب‌آوری والدین کودکان مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی شهرستان علی‌آباد کتول در سال ۱۴۰۰

پس‌آزمون	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	p-value ^a	Eta
گروه	۱۱۳۷/۱۹	۱	۳۱۵۱/۹۹	۱۷/۰۹	P < ۰/۰۰۱	۰/۲۷
خطا	۸۳۹۶۶/۵۹	۴۵	۱۱۳۷۶/۱۹	۶۱/۷	P < ۰/۰۰۱	۰/۲۹
کل	۲۳۵۷۶/۸۶	۴۷	۱۸۴/۳۶			

a= ANCOVA

بحث

جمعیت‌شناختی، نشان‌دهنده‌ی بی‌تاثیر بودن آن‌ها در تغییرات تاب‌آوری والدین دارای کودک عقب‌مانده ذهنی در گروه آزمون و کنترل بوده است. از نظر تاب‌آوری بین گروه آزمون قبل و بعد از مداخله اختلاف معناداری مشاهده شد، همچنین پس از ارائه آموزش به گروه مداخله، میزان تاب‌آوری والدین بیماران مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی بین گروه آزمون و کنترل اختلاف معناداری مشاهده شد؛ به طوری که ۲۸ درصد تغییر در تاب‌آوری با اثرگذاری این الگو اتفاق افتاده است.

این پژوهش با هدف تعیین تاثیر الگوی توانمندسازی خانواده‌محور بر تاب‌آوری والدین کودکان مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی انجام شده است. همان‌طور که در جدول‌های مربوط به اطلاعات جمعیت‌شناختی ملاحظه شد، همه اطلاعات جمعیت‌شناختی بیماران در دو گروه آزمون و کنترل همسان بوده‌اند و تفاوت معنادار آماری بین دو گروه مشاهده نشده است؛ بنابراین، نبود اختلاف معنادار در هریک از متغیرهای

نتایج مطالعه نشان داده است که از نظر تاب‌آوری والدین بین گروه آزمون قبل و بعد از مداخله اختلاف معناداری مشاهده شده است، در حالی که در مطالعه جعفری و همکاران (۱۴۰۱) با عنوان بررسی وضعیت تاب‌آوری در مادران کودکان تحت دیالیز که به بیمارستان‌های منتخب مراجعه می‌کرده‌اند، میانگین تاب‌آوری مادران در سطح قوی قرار داشته است [۲۳].

تحقیقات نشان داده آموزش خانواده‌محور در شناخت‌درمانی و افزایش تاب‌آوری و کاهش اضطراب و افسردگی خانواده و بیماران موثر بوده است [۲۴]. مطالعه واحدیان و همکاران (۱۳۹۸) نشان‌دهنده اثرگذاری مثبت اجرای آموزش مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده‌محور در کیفیت زندگی مراقبت بیماری‌های مزمن است [۱۴]. مطالعه صادقی و همکاران (۱۳۹۳) نشان‌دهنده اثرگذاری مثبت اجرای آموزش مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده‌محور در جهت کنترل و مراقبت بیماری‌های مزمن است [۲۵]. همچنین در نتایج مطالعه سلیمی و همکاران (۱۳۹۷) آشکار شد که آموزش امید‌درمانی بر تاب‌آوری مادران کودکان مبتلا به اوتیسم موثر بوده است [۱۶]. در مطالعه ماردیه (Mardhiyah) و همکاران (۲۰۲۲) بیان شد که اجرای الگوی توانمندسازی خانواده‌محور در افزایش کیفیت زندگی کودکان سن مدرسه مبتلا به بیماری‌های مزمن تاثیر مثبتی داشته است [۱۷]. همچنین در مطالعه کنعانی و گودرزی (۱۳۹۷) برنامه آموزش مادران منجر به بهبود بخشیدن کنترل استرس مادران دارای کودک عقب‌مانده ذهنی شد [۲]. در مطالعه کنعانی و گودرزی (۱۳۹۷) نتایج مطالعه نشان داد که برنامه آموزشی معنادارمانی اسلامی منجر به بهبود بخشیدن تاب‌آوری مادران عقب‌مانده ذهنی می‌شود [۲] و در مطالعه احمدی و همکاران (۲۰۱۲) نشان داده شد که بین کیفیت دلبستگی به خدا با تاب‌آوری در والدین کودکان عقب‌مانده ذهنی ارتباط معناداری وجود دارد و این کیفیت در بعد ایمن، ارتباط مثبتی را نشان داده است؛ به طوری که با تغییر کیفیت دلبستگی والدین کودکان عقب‌مانده ذهنی به خدا، تاب‌آوری آنان را نیز بهبود بخشیده است [۲۶]. در مطالعه مریمی و احمدیان (۱۳۹۵) نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش بیان شد که آموزش تاب‌آوری بر شادکامی مادران گروه آزمون در مرحله پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل افزایش معناداری داشته است؛ بنابراین، می‌توان گفت آموزش تاب‌آوری در جهت افزایش شادکامی والدین کودکان عقب‌مانده ذهنی موثر است [۲۷]. در تحقیق تیموری و همکاران (۱۳۹۷) الگوی توانمندسازی خانواده‌محور بر کیفیت زندگی کودکان مبتلا به آسم بعد از مداخلات اختلاف معنادار نسبت به قبل از مداخله در جهت افزایش کیفیت زندگی وجود داشته است [۱۲] و در تحقیق مسعودی و همکاران (۱۳۹۰) الگوی توانمندسازی خانواده‌محور بر خودکارآمدی مراقبان بیماران مولتیپل اسکروزیس موثر بوده است [۲۸] و در تحقیق دیگری از ثنایی و همکاران (۱۳۹۴) نتایج مطالعه نشان داده که الگوی توانمندسازی

خانواده‌محور منجر به افزایش همکاری خانواده در مراقبت از بیماران تحت جراحی با تبعیت از رژیم درمانی شده است [۲۹]. در تحقیق تیموری و همکاران (۱۳۹۷) الگوی توانمندسازی خانواده‌محور بر کیفیت زندگی کودکان مبتلا به آسم بعد از مداخلات اختلاف معنادار نسبت به قبل از مداخله در جهت افزایش کیفیت زندگی وجود داشته است [۱۲] و در تحقیق داورپناه و همکاران (۱۳۹۷) الگوی توانمندسازی خانواده‌محور بر خودکارآمدی مراقبان بیماران لوسمی موثر بوده است [۳۰]. صالحی و همکاران (۱۳۹۰) در مطالعه خود به این نتیجه رسیده‌اند که حمایت و افزایش دانش اعضای خانواده در زمینه نیازهای خودمراقبتی بیماران مزمن بهترین منبع برای حمایت بیمار و تقویت سازگاری آن با شرایط موجود و حفظ کیفیت زندگی آن‌هاست [۳۱]. تمام این مطالعات نشان داده‌اند که توانمندسازی خانواده‌محور تاثیرات مثبتی بر روی بیماران مزمن و مراقبان آن‌ها دارد که همسو با مطالعه پیش روست، در مطالعه حاضر نیز نشان داده شد که تاب‌آوری والدین دارای کودک عقب‌مانده ذهنی با استفاده از الگوی توانمندسازی خانواده‌محور افزایش یافته است؛ بنابراین، می‌توان گفت آموزش از طریق توانمندسازی خانواده‌محور در جهت افزایش تاب‌آوری والدین کودکان عقب‌مانده ذهنی موثر است.

نتایج مطالعه حاضر نشان داده است که پس از ارائه آموزش به گروه مداخله، میزان تاب‌آوری در زندگی والدین بیماران مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی افزایش یافته است. همسو با این نتایج، حسینی قمی و جهان‌بخشی (۱۴۰۱) نیز دریافته‌اند که آموزش تاب‌آوری موجب بهبود وضعیت سلامت روان و کاهش سطح استرس مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی می‌شود [۳۲]. طباطبایی و چلبیانلو (۱۴۰۰) نیز نشان داده‌اند که آموزش تاب‌آوری در کاهش پریشانی روان‌شناختی مادران دارای کودک مبتلا به بیش‌فعالی موثر است [۳۳]. براساس نتایج مطالعه اوپرا (Oupra) و همکاران (۲۰۱۰) مداخله حمایتی برای خانواده بیماران سبب افزایش کیفیت زندگی بیمار و خانواده او و همچنین کاهش احساس فشار در مراقبت از بیمار می‌شود، این مطلب با روند آموزشی مطالعه حاضر که همراه با آموزش‌های قابل فهم در چند جلسه برای خانواده با پیگیری بوده است هم‌خوانی داشته است [۳۴]. همچنین نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه دانبر (Dunbar) (۲۰۰۵) که به بررسی نتایج آموزش توانمندسازی خانواده‌محور روی رژیم بیماران نارسایی قلبی پرداخته‌اند که در زمینه مدت زمان آموزش و تعداد جلسات با این مطالعه مشابه و همسو بوده است [۳۵]. در هر دو مطالعه اختلاف معنادار با تاثیر مثبت بعد از آموزش مشاهده شده است. مطالعه برزو و همکاران (۱۴۰۰) موید پژوهش حاضر است. آنان در مطالعه خود بعد از طراحی و اجرای برنامه مداخله توانمندی ۳ هفته‌ای در سالمندان نشان داده‌اند که میزان خودکارآمدی و تاب‌آوری در آنان به طور معناداری افزایش یافته است. آنان بیان کرده‌اند که برنامه‌های توانمندی که دربرگیرنده فعالیت‌های جسمی،

در هزینه‌های عاطفی و اقتصادی جامعه خواهد بود، بلکه آینده روشن‌تری برای کل جامعه فراهم خواهد آورد. سیاست‌گذاران سلامت می‌توانند برنامه‌های آموزشی با مدل توانمندسازی خانواده‌محور را در راس سیاست‌ها و برنامه‌ریزی‌های خود قرار دهند و با برگزاری کلاس‌های آموزشی مدون و به‌روز جهت خانواده‌های دارای فرزند عقب‌مانده ذهنی، خدمات ارزشمندتری را به منظور پیشگیری از عوارض جسمی و روحی بیماران و خانواده آن‌ها و کاهش هزینه‌های گزاف در بخش بهداشت و درمان ارائه کنند. با توجه به اثربخشی الگوی توانمندسازی خانواده‌محور و اهمیت نقش والدین در مراقبت از کودکان عقب‌مانده ذهنی می‌توان از این روش درمانی کم‌هزینه و اثربخش در مراقبت و توانمندسازی والدین استفاده کرد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه در قالب طرح تحقیقاتی (شماره ۳۷۸۶۰) با کد اخلاق IR.IAU.CHALUS.REC. ۱۳۹۸/۰۱۷ مصوب دانشگاه آزاد اسلامی و کد کارآزمایی بالینی ۱ N ۴۵۹۳۴ ۲۰۱۹۱۲۲۹۰۴۵۹۳۴ IRCT انجام شده است. نگارندگان تقدیر و تشکر خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی شهرستان علی‌آباد کنترل که ما را در اجرا و تکمیل این پژوهش یاری کرده‌اند، اعلام می‌کنند.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که تعارض منافع نداشته‌اند.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه در قالب طرح تحقیقاتی (شماره ۳۷۸۶۰) با کد اخلاق IR.IAU.CHALUS.REC. ۱۳۹۸/۰۱۷ مصوب دانشگاه آزاد اسلامی و کد کارآزمایی بالینی ۱ N ۴۵۹۳۴ ۲۰۱۹۱۲۲۹۰۴۵۹۳۴ IRCT انجام شد. فرم رضایت آگاهانه کتبی مبتنی بر چگونگی مداخله، حق ورود و خروج از مداخله و محرمانه بودن داده‌ها در اختیار والدین شرکت‌کننده در پژوهش قرار داده شد و تکمیل شد.

سهم نویسندگان

همه نویسندگان در طراحی، اجرا، تحلیل، جمع‌بندی و همچنین، نگارش مقاله همکاری کرده‌اند.

حمایت مالی

معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی شهرستان علی‌آباد کنترل منابع مالی این پژوهش را تامین کرده است.

خانواده‌محور و جامعه‌محور باشد، به طور معناداری به خودکارآمدی و توانمندی سالمند کمک خواهد کرد [۳۶]. نتایج پژوهش‌های بیان شده با نتایج پژوهش حاضر همسو است. این نتایج نشان می‌دهد به منظور حفظ سلامت روانی و جسمی والدین دارای کودک عقب‌مانده ذهنی و مراقبت بهتر از آن‌ها، توسعه تاب‌آوری والدین یک عامل حیاتی است. ارائه الگوی توانمندسازی به خانواده دارای کودک عقب‌مانده ذهنی در قالب الگوی توانمندسازی خانواده‌محور، می‌تواند باعث افزایش تاب‌آوری والدین این بیماران شود. با توجه به اینکه بسیاری از تنش‌ها و مسائل در بخش‌های مختلفی از زندگی ما روی می‌دهد، مهارت تاب‌آوری به فرد کمک می‌کند که در برابر مسائل از لحاظ روانی پایدارتر باشد و این مداخله توانمندسازی با افزایش تاب‌آوری به والدین کمک می‌کند که در مواجهه با بحران‌های زندگی به معنی و هدفی در زندگی خود دست یابند و والدین را به سمت زندگی پایدارتر و سالم‌تر سوق می‌دهد؛ بنابراین، می‌توان گفت با توجه به همسو بودن نوع مداخله در پژوهش حاضر با مداخلات مطالعات گذشته، مداخله آموزشی در این مطالعه در افزایش تاب‌آوری والدین کودکان مبتلا به عقب‌مانده ذهنی موفق بوده است. این نوع از مداخله برای کاربرد در سایر بیماری‌های مزمن نیز به عنوان استراتژی مناسب جهت ارتقای تاب‌آوری این دسته از بیماران پیشنهاد می‌شود. همچنین در ارزیابی این مطالعه فقط به متغیر تاب‌آوری پرداخته شد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی به متغیرهای دیگری از جمله کیفیت زندگی، سلامت معنوی، سازگاری اجتماعی و ... والدین کودکان عقب‌مانده ذهنی پرداخته شود.

از محدودیت‌های این مطالعه، نبود ارزیابی نتایج در مرحله پیگیری بوده است که تصمیم‌گیری درباره پایداری نتایج را با محدودیت مواجه می‌سازد. از دیگر محدودیت‌ها، احساسات مداخله‌گر والدین در پاسخ به سوال‌ها بوده است.

نتیجه‌گیری

به طور کلی نتایج مطالعه نشان می‌دهد که الگوی توانمندسازی خانواده‌محور بر تاب‌آوری والدین کودکان عقب‌مانده ذهنی تاثیر مثبت داشته است و از این رو هر گونه اقدامی در جهت بهبود کیفیت مراقبت کودکان عقب‌مانده ذهنی، نه تنها باعث صرفه‌جویی

REFERENCES

- Mazurek D, Wyka J. Down syndrome--genetic and nutritional aspects of accompanying disorders. *Rocz Panstw Zakl Hig.* 2015;66(3):189-94. PMID: 26400113
- Kanaani K, Godarzi M. Investigating the Effect of Islamic logo Therapy on the Improvement of Social adaptation and Resiliency in the Mothers of Mentally Retarded Children. *Community Health J.* 2017;10(1):52-62. Link
- Azari Z, Aminimanesh S, Mozafari M, Omidvar B. The efficacy of mindfulness-based life skill training on parent-child relationship among parents of children with mild intellectual disability. *J Psychologicalsci.* 2022;21(115):1427-1442. DOI:
- Kirk S, Galager J, Kolman M, Anastazio N. Education of Exceptional Children, Translate by Alireza Kakavand, Mahyas Sahimi. Tehran: Sarafraz Publication. 2011:124-129.
- Rostami C, Ardalan A, Ahmadian H, Moradi M. The Effect of Resilience Skills on Life Expectancy and Stress of Mothers with Mentally Retarded children in Kamyaran. *Zanko J Med Sci.* 2019;20(66):35-45. Link
- Afroz GA. Introduction to psychology and education of exceptional children. Tehran: University of Tehran Publication. 2010. Link
- Nikrouz L, Alhani F, Ebadi A, Kazemnejad A. The

- concept of self-control in the family caregivers of patients with chronic disease based on the family-centered empowerment model: A qualitative directed content analysis. *J Hayat*. 2020;**26**(2):218-237. [Link](#)
8. Ros R, Graziano PA, Hart KC. Parental homework completion and treatment knowledge during group parent-child interaction therapy. *J Early Intervention*. 2017;**39**(4):299-320. [DOI:10.1177/1053815117718491](#)
 9. Williamson D, Johnston C. Maternal ADHD Symptoms and Parenting Stress: The Roles of Parenting Self-Efficacy Beliefs and Neuroticism. *J Atten Disord*. 2019;**23**(5):493-505. [PMID: 28201945](#)
[DOI: 10.1177/1087054717693373](#)
 10. Ajayi FA, Udeh CA. Review of crew resilience and mental health practices in the marine industry: Pathways to improvement. *Magna Scientia Advanced Biology and Pharmacy*. 2024;**11**(2):033-049. [DOI:10.30574/msabp.2024.11.2.0021](#)
 11. Al-Shehari FMA, Jakaria G, Papri A, Akter A, Khokon M. Status of the Psychological Resilience among the University Students. *Eur J Med Health Sci*. 2024;**6**(1), 30-43. [DOI: 10.34104/ejmhs.024.030043](#)
 12. Teymouri F, Alhani F, Kazemnejad A. The effect of family-centered empowerment model on self-efficacy and self-esteem of the children with asthma. *PCNM*. 2017;**7**(1): 18-26. [Link](#)
 13. Çimke S, Gürkan DY, Polat S. Research on Family-Centered Care in pediatric patients: A Bibliometric Analysis. *J Pediatr Nurs*. 2024;**76**:199-206. [PMID: 38479074](#) [DOI: 10.1016/j.pedn.2024.02.017](#)
 14. Vahedian-Azimi A, Rahimi Bashar F, Amini H, Salehi M, Alhani F. Effect of family-centered empowerment model on quality of life in adults with chronic diseases: A systematic review and meta-analysis study. *J Hayat*. 2018;**24**(2):152-173. [Link](#)
 15. Ebrahimi M, Karami G, Barazandeh Choghaee S, Bagiyani Kulehmarz MJ. An intervention in social adjustment and reducing impulsive behaviors of male students with mathematical learning disabilities: Efficiency and effectiveness of parents with Adlerian approach. *J Learn Disabilit*. 2015;**5**(1):7-31. [Link](#)
 16. Salimi A, Abbasi A, Zaharakar K, Tameh B, Davarniya R. The effect of group based hope therapy on resiliency of mothers of children with autism spectrum disorder. *Armaghane Danesh*. 2017;**22**(3):350-363. [Link](#)
 17. Mardhiyah A, Panduragan SL, Mediani HS. Reducing Psychological Impacts on Children with Chronic Disease via Family Empowerment: A Scoping Review. *Healthcare(Basel)*. 2022;**10**(10):2034. [PMID: 36292480](#)
[DOI: 10.3390/healthcare10102034](#)
 18. Luthans F. Psychological capital: Implications for HRD, retrospective analysis, and future directions. *Human Resource Development Quarterly*. 2012;**23**(1):1-8. [DOI:10.1002/hrdq.21119](#)
 19. Etemadifar S, Heidari M, Jivad N, Masoudi R. Effects of family-centered empowerment intervention on stress, anxiety, and depression among family caregivers of patients with epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2018;**88**:106-112. [PMID: 30243109](#) [DOI: 10.1016/j.yebeh.2018.08.030](#)
 20. Aghaei S, Yousefi Z. The effectiveness of quality of life therapy on psychological capitals and its dimensions among mothers of children with intellectual disability. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2017;**4**(2):49-59. [Link](#)
 21. Koopmeiners L, Post-White J, Gutknecht S, Ceronisky C, Nickelson K, Drew D, et al. How healthcare professionals contribute to hope in patients with cancer. *Oncol Nurs Forum*. 1997;**24**(9):1507-1513. [PMID: 9348591](#)
 22. Bigdeli I, Najafy M, Rostami M. The relation of attachment styles, emotion regulation, and resilience to well-being among students of medical sciences. *Iranian J Med Educ*. 2013;**13**(9):721-729. [Link](#)
 23. Jafari Z, Abdollah Zargar S, Abdolreza Gharebagh Z. Investigation of resilience status among mothers of children undergoing dialysis referred to selected hospitals of medical sciences universities of Tehran. *Med Sci J Islamic Azad Univ*. 2022;**32**(1):83-91. [DOI:10.52547/iau.32.1.83](#)
 24. Gengler AM. "He's Doing Fine": Hope Work and Emotional Threat Management Among Families of Seriously Ill Children. *Symbolic Interaction*. 2015;**38**(4):611-630. [DOI:10.1002/symb.195](#)
 25. Sadeghi M, Pedram RS, Nikbakht NA, Ebrahimi H, Kazemnejad A. Comparison of the impact of education based on the empowerment model and family-center empowerment model on knowledge and metabolic control of patients with type 2 diabetes mellitus. *J Nurs Educ*. 2013;**2**(3):18-27. [Link](#)
 26. Ahmadi K, Sheikh M, Sarabandi H. The role of attachment to god in resilience and mental health of the parents of trainable mentally retarded children. *J Res Psychol Health*. 2012;**6**(1):1-9. [Link](#)
 27. Maryami N, Ahmadian H. The Effectiveness of Resilient Education on the Happiness of Mothers with Mental Disabilities City of Ghorveh. *Qual J Psychol Educ Sci*. 2015;**1**(1):32-42. [Link](#)
 28. Masoodi R, Alhani F, Moghadassi J, Ghorbani M. The effect of family-centered empowerment model on skill, attitude, and knowledge of multiple sclerosis caregivers. *J Birjand Univ Med Sci*. 2010;**17**(2):87-97. [Link](#)
 29. Sanaei N, Nejati S, Zolfaghari M, Alhani F, Kazemnejad A. The effects of family-based empowerment on family cooperation in following patient treatment regime after coroner arteries bypass surgery. *Modern Care Journal*. 2014;**11**(1):19-27. [Link](#)
 30. Davarpanah M, Fayazi S, Shariati A, Mirhosseini SD. The effect of family-centered empowerment model on the quality of life of patients with leukemia. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*. 2016;**6**(1): e36441. [DOI:10.17795/jjcdc-36441](#)
 31. Salahi S, Javanbakhtian R, Hasheminia A, Habibzadeh H. The effect of family-centered empowerment model on quality of life of hemodialysis patients. *Nurs Midwif J*. 2012;**10**(1). [Link](#)
 32. Hosseini Ghomi T, Jahanbakhshi Z. Effectiveness of resilience training on stress and mental health of mothers whose have children suffering mental retardation. *Counseling Culture Psychother*. 2021;**12**(46):205-228. [DOI:10.22054/gccpc.2020.50262.2327](#)
 33. Tabatabaei SM, Chalabainloo G. The Effectiveness of Resilience Training on Positive and Negative Affect and Reduction of Psychological Distress in Mothers of Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *J Arak Uni Med Sci*. 2020;**23**(4):438-449. [DOI:10.32598/jams.23.4.1224.5](#)
 34. Oupra R, Griffiths R, Pryor J, Mott S. Effectiveness of Supportive Educative Learning programme on the level of strain experienced by caregivers of stroke patients in Thailand. *Health Soc Care Community*. 2010;**18**(1):10-20. [PMID: 19519873](#) [DOI: 10.1111/j.1365-2524.2009.00865.x](#)
 35. Dunbar SB, Clark PC, Deaton C, Smith AL, De AK, O'Brien MC. Family education and support interventions in heart failure: a pilot study. *Nurs Res*. 2005;**54**(3):158-166. [PMID: 15897791](#) [DOI: 10.1097/00006199-200505000-00003](#)
 36. Borzou SR, Shadi D, Kalvandi N, Afshari A, Tapak L. The effect of spiritual care education on hope in the elderly residents of nursing homes in Hamadan province in 2018. *J Hayat*. 2020;**26**(2):192-204. [Link](#)