

Research Paper

The Effect of Spiritual Self-care Training on the Suffering of Mothers of Newborns Admitted to the Intensive Care Unit of Sari Hospitals



Somayeh Hashemzadeh¹ , *Golbahar Akhoundzadeh¹ , Anahid Mozaffari¹

1. Department Nursing, Faculty of Medical Sciences, Aliabad Katoul Branch, Islamic Azad University, Aliabad-e-Katul, Iran.



Citation: Hashemzadeh S, Akhoundzadeh G, Mozaffari A. [The Effect of Spiritual Self-care Training on the Suffering of Mothers of Neonates Admitted to the Respiratory Intensive Care Unit of Hospitals in Sari (Persian)]. *Complementary Medicine Journal*. 2020; 10(3):284-295. <https://doi.org/10.32598/cmja.10.3.1021.1>

<https://doi.org/10.32598/cmja.10.3.1021.1>



Article Info:

Received: 04 Apr 2020

Accepted: 10 Sep 2020

Available Online: 01 Oct 2020

Key words:

Spiritual self-care,
Caring suffering,
Mothers, Intensive
care unit, Newborns

ABSTRACT

Objective Infant hospitalization in the Intensive Care Unit (ICU) may cause many challenges for the family, especially the mother, and cause psychological problems and shock. Self-care, as a prominent factor in physical and mental health and effective in mothers' adaptation to their child's illness. Therefore, this study aimed to investigate the effect of spiritual self-care education on mothers of newborns admitted to the ICU of the hospitals in Sari City.

Methods This experimental study was performed on 64 mothers of newborns hospitalized with informed written consent in the hospitals' respiratory ICU in Sari City in 2019. Sampling was done by an available method and simple random sampling in two groups: Experimental (n=32) and control (n=32). The experimental group received a spiritual self-care training program in 6 sessions of 60 minutes every day. Data were collected using a demographic questionnaire and a 22-item scale of suffering (CBC) and entered into SPSS V. 25 software, then performed using independent statistical tests, Chi-square, Fisher, and ANCOVA (analysis of covariance).

Results The mean of the pre-intervention care range in the experimental and control groups was 65.46 ± 4.51 and 62.68 ± 7.29 , respectively, but the paired t-test did not show a significant difference ($P=0.07$). According to the paired t-test, the $\text{Mean} \pm \text{SD}$ care range after the intervention was 43.47 ± 6.47 and 60.59 ± 6.73 , respectively, which led to a significant difference ($P < 0.01$).

Conclusion The results of this study showed that spiritual self-care education reduces maternal care suffering. Therefore, its use is recommended for all caregivers

Extended Abstract

1. Introduction

A Healthy baby's birth is the best divine gift; however, encountering a premature baby creates a severe psychological crisis for parents. Parents often suffer from a lack of knowledge about the cause and method of treatment and care, the economic consequences of the

child's illness, separation from the child, the future of the disease, changes in the patient's physical condition, and other complications. However, in practice, professional caregivers pay more attention to patients' health and are less aware of family experiences and forget about them. Also, people with the lowest level of education tolerate the most suffering from exposure to the disease.

* Corresponding Author:

Golbahar Akhoundzadeh, PhD.

Address: Department Nursing, Faculty of Medical Sciences, Aliabad Katoul Branch, Islamic Azad University, Aliabad-e-Katul, Iran.

Tel: +98 (911) 8240624

E-mail: g_akhoundzadeh@aliabadiu.ac.ir

Religious beliefs, as an activity, help patients reduce their feelings of suffering. As one of the essential aspects of human existence, spirituality has a necessary relationship with people’s health. Thus, the spiritual experience can help a person become more adaptable to the stressful conditions of his life and take steps to improve the situation by creating meaning and concept in life and a sense of belonging to God.

Considering the undeniable role of spiritual care in patients’ health and the importance of mothers’ attitudes in using this care and considering the prevalence of culture and religious principles in child care in Iran, this study investigates the effect of spiritual self-care on mothers’ care of newborns. The intensive care unit of Sari hospitals was performed. This study was conducted in intensive care units of the hospitals of Sari City.

2. Materials and Methods

This experimental study was performed on 64 mothers of neonates hospitalized with informed written consent in the respiratory intensive care unit of Sari city hospitals in 2019. Sampling was done by the available method and simple random sampling in two experimental groups (n=32) and control (n=32). The experimental group received a spiritual self-care training program in 6 sessions of 60 minutes on

alternate days (Session 1: Familiarity with the work process and goals of the group, familiarity with the mothers under study, and establishing communication and mutual trust between the researcher and the mothers. The questionnaires were distributed between both “experimental” and “control” groups, and the parents got to know each other and answer the questionnaire.

They were allowed to talk about their main problems and exchange experiences and information; Session 2: Determining the test and control group by the researcher and getting acquainted with the methods of spiritual self-care with the focus on topics such as trust in God, patience, altruism, and heavenly rewards; Session 3: Familiarity with the concepts of spirituality, spiritual methods, and its effects; Session 4: Familiarity with spiritual practices such as writing diaries, talking with others, reading books, and listening to music; Session 5: Familiarity with sports methods such as hiking and yoga; Session 6: Completion of the questionnaires by both groups, two months after the intervention). Data were collected using a demographic questionnaire and a 22-item suffering scale (CBC) and entered into SPSS V. 25 software, then implemented using independent t-tests, Chi-square, Fisher, and covariance (ANCOVA) statistical tests.

Table 1. Comparison of the suffering of mothers of infants admitted to the neonatal intensive care unit

| Time | Group | Mean±SD | | P |
|---------------------|-------|--------------------|---------------------|-------|
| | | Control | Experimental | |
| Before intervention | | 62.8±7.29 | 65.46±4.51 | =0.07 |
| After intervention | | 60.59±6.76 | 43.47±6.47 | <0.01 |
| P | | <0.01 Mean=2.09 | <0.01 Mean=22.03 | |

Table 2. Effect of spiritual self-care education on the suffering of mothers of neonates admitted to the intensive care unit (ANCOVA test)

| Variables | Total Squares | Degrees of Freedom | Mean Squares | F | Sig. | Eta |
|---------------------|---------------|--------------------|--------------|--------|--------|------|
| Modified model | 5450.75 | 2 | 2725 | 87.95 | P<0.01 | 0.73 |
| Post-test separator | 741.38 | 1 | 741.38 | 23.91 | P=0.02 | 0.28 |
| Group | 5530.88 | 1 | 5330.8 | 172.12 | P<0.01 | 0.74 |
| Error | 1890.21 | 61 | 30.98 | | | |
| Sum | 180501 | 63 | | | | |
| Total | 7340.98 | 64 | | | | |

3. Results

The results showed that 58% of the neonates were girls, and 42% were boys. Based on the results, the two experimental and control groups in terms of mother's age ($P=0.15$), mother's occupation ($P=0.30$), mother's education ($P=0.15$), father's occupation ($P=0.10$), infant age ($P=0.06$), infant sex ($P=0.31$), number of children ($P=0.80$), and income ($P=0.06$), no statistically significant difference was observed (Table 1).

The Mean \pm SD of pre-test/post-test scores in the two experimental and control groups are presented in Table 1. Also, by eliminating the effect of the pre-test, the ANCOVA test showed a significant difference in the amount of maternal care suffering between the two groups ($P<0.01$, $\eta^2=0.74$), which 74% of post-test changes could be due to the effect of training (Table 2).

4. Conclusion

This study showed a significant difference between mothers who received the intervention and mothers who did not receive the intervention in terms of the amount of care suffering. According to the results of this study, the intervention significantly reduced the care suffering of mothers of premature infants in the post-test stage. Comparison of the mean of this variable after the intervention on maternal care suffering showed a significant difference. Thus, by using spiritual self-care, mothers will acquire the ability to withstand many psychological pressures. Also, for mothers affected by spiritual care, by strengthening and activating their spiritual beliefs, their lifestyle takes on a spiritual color.

According to the results of this study, it can be concluded that spiritual care education as an influential factor can reduce the suffering of care in stressful situations such as childhood illness. The limitation of this study was the reluctance of some mothers to participate in the study. Since the above restriction may adversely affect the results' generalizability and limit them, it is suggested that a larger sample size be used in future research.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the Ethics Committee of Aliabad Katoul Branch, Islamic Azad University (Code: IR.IAU.CHALUS.REC.1399.003).

Funding

The present paper was extracted from the MSc. thesis of the first author, Department Nursing, Faculty of Medical Sciences, Aliabad Katoul Branch, Islamic Azad University, Aliabad-e-Katul.

Authors' contributions

Conceptualization, methodology, data collection, data analysis: Sambeh Hashemzadeh; Writing – original draft, and writing – review & editing, supervision: Golbahar Akhondzadeh; Investigation and methodology, funding acquisition and resources, data analysis: Anahid Mozafarinia.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

تأثیر آموزش خودمراقبتی معنوی بر رنج مراقبتی مادران نوزادان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه تنفسی بیمارستان‌های شهر ساری

سمیه هاشم‌زاده^۱، گلپهار آخوندزاده^{۱*}، اناهید مظفری‌نیا^۱

۱. گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، واحد علی آباد کتول، دانشگاه آزاد اسلامی، علی آباد کتول، ایران.

اطلاعات مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۶ فروردین ۱۳۹۹

تاریخ پذیرش: ۲۰ شهریور ۱۳۹۹

تاریخ انتشار: ۱۰ مهر ۱۳۹۹

چکیده

مقدمه: بستری نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه ممکن است خانواده، خصوصاً مادر را با چالش‌های زیادی روبه‌رو کند؛ طوری که خانواده در مواجهه با آن دچار ضربه و شوک شود. خودمراقبتی به عنوان یک فاکتور بارز در سلامت جسم و روان، در تطابق مادران با بیماری فرزندشان مؤثر است؛ بنابراین این مطالعه با هدف بررسی تأثیر آموزش خودمراقبتی معنوی بر رنج مراقبتی مادران نوزادان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه تنفسی بیمارستان‌های شهر ساری انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع تجربی، روی ۶۴ نفر از مادران نوزادان بستری که رضایت‌نامه کتبی را آگاهانه امضا کرده بودند، در بخش مراقبت‌های ویژه تنفسی بیمارستان‌های شهر ساری در سال ۱۳۹۸ انجام شده است. نمونه‌گیری به شیوه در دسترس و به صورت تصادفی ساده بود و نمونه‌ها به دو گروه آزمایش (۳۲ نفر) و کنترل (۳۲ نفر) تقسیم شدند. گروه آزمایش برنامه آموزش خودمراقبتی معنوی را در طی شش جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت یک روز در میان دریافت کردند. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی و مقیاس ۲۲ سوالی رنج (CBC) جمع‌آوری و در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ وارد شد. سپس از آزمون‌های آماری تی مستقل، کای‌اسکوئر، فیشر و تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین رنج مراقبتی قبل از مداخله در گروه آزمایش و کنترل به ترتیب $۶۵/۴۶ \pm ۴/۵۱$ و $۶۷/۶۸ \pm ۷/۲۹$ بود که آزمون تی زوجی اختلاف معنی‌داری را نشان نداد ($P=۰/۰۷$). میانگین رنج مراقبتی بعد از مداخله به ترتیب $۴۳/۴۷ \pm ۶/۴۷$ و $۶۰/۵۹ \pm ۶/۷۳$ بود که آزمون تی زوجی اختلاف معنی‌داری را نشان داد ($P<۰/۰۱$).

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که آموزش خودمراقبتی معنوی موجب کاهش رنج مراقبتی مادران می‌شود؛ بنابراین کاربرد آن برای همه مراقبین پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها:

خودمراقبتی معنوی، رنج مراقبتی، مادران، بخش مراقبت‌های ویژه، نوزاد

مقدمه

۱۹۰۰ به بیش از ۵۰ درصد در سال ۱۹۲۱ رسید [۵]. مدت بستری این نوزادان به طور متوسط بین ۱۵ تا ۶۰ روز است که از یک طرف می‌تواند باعث ایجاد مشکلات روانی و اقتصادی در خانواده‌ها شود و از سوی دیگر به ایجاد اشغال طولانی‌مدت تخت در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بینجامد [۶].

بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان، بخشی برای مراقبت از نوزادان نارس است که ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی آموزش‌دیده و متخصص در آن، جهت حفظ نوزادان نارس حضور دارند [۷]. یکی از مشکلات نوزادان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه، سندرم دیسترس تنفسی است. به طوری که این سندرم به‌تنهایی یکی از مهم‌ترین دلایل مرگ‌ومیر در نوزادان نارس است [۸].

طبق گزارش یونیسف میزان مرگ‌ومیر نوزادان در جهان از ۳۶

تولد نوزاد سالم بهترین هدیه الهی است و این در حالی است که مواجه شدن با یک نوزاد نارس بحران روحی شدیدی را برای والدین ایجاد می‌کند [۱]. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، نوزادانی که زودتر از هفته سی‌وهفتم، از اولین روز آخرین قاعدگی به دنیا می‌آیند نارس در نظر گرفته می‌شوند [۲].

تولد نوزاد نارس به عنوان عامل خطر در ۵۰ درصد مرگ‌ومیرهای نوزادی نقش دارد [۳]. با وجود این، امروزه مرگ‌ومیر این نوزادان به دنبال پیشرفت در علم و تکنولوژی به‌خصوص در کشورهای پیشرفته کاهش قابل توجهی داشته است [۴]. البته قبل از انقلاب صنعتی، در خانه از نوزادان نارس مراقبت می‌شد. اما با احداث بیمارستان، شانس زنده ماندن این نوزادان از ۵ درصد در سال

* نویسنده مسئول:

دکتر گلپهار آخوندزاده

نشانی: علی آباد کتول، واحد علی آباد کتول، دانشکده علوم پزشکی، گروه پرستاری.

تلفن: ۰۲۴۰۸۲۴۰۶۲۴ (۹۱۱) ۹۸+

پست الکترونیکی: g_akhoundzadeh@aliabadiu.ac.ir

از جنبه‌های مهم از وجود آدمی ارتباط مهمی با سلامتی افراد دارد [۱۸]. ایجاد ارتباط معنوی با قدرت بیکران به شخص این اطمینان را می‌دهد که نیرویی قوی همیشه او را حمایت می‌کند. این افراد حوادث را با تکیه بر ایمان و اعتقاد خود راحت‌تر تجربه می‌کنند، کمتر دستخوش استرس و اضطراب می‌شوند و در نتیجه انتظار این افراد از آینده امیدوارانه‌تر و خوشبینانه‌تر است [۱۹].

خودمراقبتی جزء مهم درمان بیماری‌های مزمن است و دربرگیرنده تمام ابعاد جسمی، ذهنی و عاطفی بیمار است. درک بیماران از نقش خودمراقبتی معنوی می‌تواند سبب مدیریت بیماری‌های مزمن شود [۲۰]. خودمراقبتی معنوی به عنوان مجموعه‌ای از تمرینات مبتنی بر معنویت جهت ارتقای بهبودی در زمان‌های بیماری و سلامت تعریف شده است؛ به عنوان مثال می‌تواند شامل گوش دادن به موسیقی الهام‌بخش، مراقبه، یوگا، حضور در مراسم مذهبی، خواندن کتب مقدس و پیاده‌روی جهت لذت بردن از طبیعت باشد. مردم می‌توانند کیفیت زندگی و سلامت معنوی خود را با شرکت در فعالیت‌های خودمراقبتی معنوی افزایش دهند [۲۱]. درآموزش‌های معنوی سعی می‌شود از ظرفیت وجودی، گرایش‌ها، انگیزه‌های الهی و فضیلت‌های اخلاقی در درمان اختلال‌ها استفاده شود. در این شیوه محتوای آموزش، جنبه معناگرایانه آن است که در قالب عبادت تجلی می‌یابد. این آموزش‌ها می‌توانند جنبه رفتاری، شناختی، عاطفی و اخلاقی داشته باشند و در مفاهیم دینی همچون توکل، صبر، نماز، دعا، نیایش، مراقبه و غیره تجلی یابند [۲۲]. بنابراین تجربه معنوی می‌تواند با ایجاد معنا و مفهوم در زندگی و احساس تعلق به خداوند، به فرد کمک کند تا با شرایط استرس‌زای زندگی خود سازگاری بیشتری پیدا کند و در جهت بهبود شرایط گام بردارد [۲۳]. با توجه به نقش غیر قابل انکار مراقبت معنوی در سلامت بیماران و اهمیت نگرش مادران در به‌کارگیری این مراقبت و با توجه به حاکمیت فرهنگ و اصول مذهبی در مراقبت از کودکان در کشور ایران و اینکه سلامت معنوی به عنوان یک عامل محافظتی در مراقبین بیماران عمل می‌کند، این مطالعه با هدف تأثیر خودمراقبتی معنوی بر رنج مراقبتی مادران نوزادان بخش مراقبت‌های ویژه تنفسی انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و در دو گروه آزمایش و کنترل انجام شد. محیط پژوهش بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان‌های شهر ساری بود. نمونه‌گیری به شیوه دردسترس (آسان) بود و تخصیص واحدهای پژوهش به دو گروه آزمایش و کنترل به صورت تصادفی (بر اساس جدول اعداد تصادفی) انجام گرفت. جامعه موردنظر در این پژوهش شامل مادران نوزادان بستری بود که پژوهشگران با همکاری واحد اسناد و بایگانی بیمارستان، پرونده‌هایی را انتخاب کردند. معیارهای ورود به پژوهش برای مادران شامل تمایل به شرکت

مرگ در هر هزار تولد زنده در سال ۱۹۹۰ به ۱۹ مرگ در هر هزار تولد زنده در سال ۲۰۱۵ کاهش یافته است. از این رو مراقبت از نوزادان در بخش‌های مراقبت ویژه دارای اهمیت فراوانی است [۹]؛ به طوری که سالانه بیش از ۱۵ درصد از نوزادان زنده متولدشده در دنیا، در این بخش بستری می‌شوند که اکثر آن‌ها نارس یا دچار کاهش وزن هستند. بنابراین تولد این نوزادان نه تنها سلامت نوزاد مبتلا را تهدید می‌کند، بلکه رفاه و سلامت اعضای خانواده را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱۰].

در میان اعضای خانواده، مادر نخستین شخصیتی است که با کودک نه تنها در دوران جنینی، بلکه در این جهان رابطه مستقیم و تنگاتنگ دارد [۱۱]. کودکان جهت انجام مراقبت‌ها به خانواده وابسته‌اند و نقش عضو فعال در مراقبت از کودک در خانواده در روند درمان و بهبود کودک بسیار مؤثر است. در اکثر خانواده‌ها مادر نقش اصلی مراقبت از کودک را بر عهده دارد. واکنش‌های روانی از قبیل اضطراب، افسردگی، انکار، عصبانیت، کاهش اعتمادبه‌نفس که در مراقبت‌کننده مشاهده می‌شود به دلیل ترس از عود بیماری و آینده کودک است. والدین خصوصاً مادران به عنوان مهم‌ترین افراد در سیستم حمایتی کودک می‌توانند تنش و اضطراب را به کودک منتقل کنند. والدین اغلب به دلیل ناآگاهی، از علت و نحوه انجام روش‌های درمانی و مراقبتی، پیامدهای اقتصادی ناشی از بیماری فرزند، جدایی از کودک، ناآگاهی از آینده بیماری، تغییر ایجادشده در وضعیت جسمی کودک بیمار و پیدایش عوارض ناشی از بیماری و درمان رنج می‌برند [۱۲]. رنج مراقبتی به صورت سختی دائمی، استرس یا تجارب منفی ناشی از مراقبت در فرد مراقبت‌کننده مشخص می‌شود [۱۳].

در ارتباط با آثار بیماری اعتقاد بر این است که آنچه انسان‌ها را از پای درمی‌آورد، رنج نیست، بلکه بی‌معنا شدن زندگی مصیبت‌بار است. اگر رنج شجاعانه پذیرفته شود زندگی تا واپسین دم معنا خواهد داشت و معنای زندگی می‌تواند حتی معنای بالقوه درد و رنج را نیز دربر گیرد. خانواده یک نظام اجتماعی است و فرزند بیمار یکی از اعضای این نظام و این دو نه تنها بر یکدیگر تأثیر متقابل دارند، بلکه سایر اعضای این نظام را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهند. والدین از داشتن چنین فرزند و دیدن ضعف و ناتوانی‌اش رنج می‌برند. اما در عمل مراقبت‌کنندگان حرفه‌ای بیشتر بر سلامت بیمارانتوجه دارند و آگاهی چندانی از تجارب خانواده نداشته و آن‌ها را فراموش می‌کنند [۱۴]. همچنین افراد با کمترین سطح آموزشی بیشترین سطح رنج مراقبتی را در مقابل بیماری از خود نشان داده‌اند [۱۵]. بنابراین اعتقادات مذهبی بیماران و دعا و نماز به عنوان یک فعالیت مذهبی به بیماران کمک می‌کند تا احساس رنج خود را کاهش دهند [۱۶]. در مطالعه‌های مختلفی ثابت شده است که افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن، معنویت را به عنوان یک روش برای کنار آمدن و سازگاری با بیماری، برای به وجود آوردن حس معنی و هدف در زندگی و نیز کاستن احساس رنج ناشی از بیماری به کار می‌برند [۱۷]. معنویت به عنوان یکی

به‌ندرت، بعضی اوقات و بیشتر اوقات (نمره ۱ تا ۴) داده می‌شود. بر این اساس، مجموع نمرات حاصل از ۲۲ تا ۸۸ متغیر بود. نمره پایین‌تر، نشان‌دهنده رنج مراقبتی پایین بود. در پژوهش مشابهی و همکاران، پایایی این ابزار بر اساس ضریب همبستگی درونی و با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمده است [۱۳]. همچنین در مطالعه حاضر، پایایی ابزار نیز توسط آلفای کرونباخ مورد سنجش قرار گرفت که عدد آن ۰/۸۹ به دست آمد.

برنامه مداخله برای گروه آزمایش، آموزش توسط پژوهشگر و طی شش جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت یک روز در میان انجام گرفت که برنامه مداخله در جدول شماره ۱ آمده است. همچنین پمفلت‌های آموزشی در اختیار گروه آزمایش قرار گرفت و گروه کنترل تنها آموزش‌های روتین بیمارستان شامل چند پمفلت حاوی مطالب مختصر درباره بیماری و مراقبت را دریافت کردند. جهت رعایت مسائل اخلاقی، پس از جمع‌آوری اطلاعات، پمفلت‌های آموزشی در اختیار گروه کنترل قرار داده شد.

این مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد چالوس با کد اخلاق IR.IAU.CHALUS.REC.1399.003 به تصویب رسیده است. سایر ملاحظات اخلاقی از جمله رضایت آگاهانه کتبی، اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات، آزاد بودن شرکت در جلسات و امکان ترک مطالعه در هر مرحله‌ای از پژوهش مورد توجه قرار گرفتند. تحلیل داده‌ها با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ و با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و

در مطالعه، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، مسلمان بودن، ایرانی بودن، حداقل سن نوزاد نارس بستری، ۳۲ هفته، نداشتن مشکل روحی و روانی، عدم مصرف داروی ضدافسردگی و هرگونه ماده مخدر و روان‌گردان و نوزاد بستری به مدت حداقل ۱۴ روز در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بود. همچنین معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه، عدم شرکت در یک جلسه از چهار جلسه آموزشی، فوت نوزاد و ترخیص زودتر از ۱۴ روز نوزاد بودند. حجم نمونه این پژوهش بر اساس نرم افزار G*POWER و مطالعه ریحانی و همکاران [۳۴] با اندازه اثر ۰/۹۳، توان آزمون ۹۵ درصد، در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ و فاصله اطمینان ۹۵ درصد به میزان ۶۴ نفر (دو نفر در هر گروه) در نظر گرفته شد.

جهت گردآوری داده‌ها از فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی مادر و نوزاد که شامل سن مادر، سن نوزاد، تعداد فرزند، جنسیت نوزاد، رتبه فرزند، شغل مادر، شغل پدر، تحصیلات مادر و میزان درآمد بود و پرسش‌نامه رنج مراقبتی^۱ استفاده شد.

پرسش‌نامه ۲۲ سؤالی رنج توسط امستا و همکاران طراحی شده است [۲۵]. این ابزار سنجش رنج مراقبتی، شامل ۲۲ سؤال است و برای هر سؤال ۴ جواب در نظر گرفته شده است. به هر یک از سؤالات پرسش‌نامه به ترتیب، جواب‌های هرگز،

1. Caregiver Burden Scale (CBC)

جدول ۱. جلسات آموزشی

| روز جلسات | مدت‌زمان | محتوای آموزش |
|---------------------------------------|----------------------------------|--|
| اولین جلسه | ۶۰ دقیقه | آشنایی با روند کار و اهداف گروه و آشنایی با مادران مورد مطالعه، جهت ایجاد ارتباط و اعتماد متقابل بین پژوهشگر و مادران مورد پژوهش. پرسش‌نامه‌ها بین هر دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم می‌شود و والدین علاوه بر پاسخ‌گویی به سؤالات پرسش‌نامه با یکدیگر آشنا می‌شوند. به آن‌ها فرصت داده می‌شود که درباره اهم مشکلات خود صحبت و تبادل تجربه و اطلاعات کنند. |
| دومین جلسه | ۶۰ دقیقه | آشنایی با روش‌های خودمراقبتی معنوی با محوریت مباحثی چون توکل، صبر، نوع‌دوستی و پاداش اخروی |
| سومین جلسه | ۶۰ دقیقه | آشنایی با مفاهیم معنویت، روش‌های معنوی و اثرات آن |
| تعیین گروه آزمون و کنترل توسط پژوهشگر | ۶۰ دقیقه | آشنایی با روش‌های معنوی نظیر خاطره‌نویسی، صحبت کردن و کتاب خواندن، گوش دادن به موسیقی |
| چهارمین جلسه | ۶۰ دقیقه | آشنایی با روش‌های ورزشی مثل پیاده‌روی و یوگا |
| پنجمین جلسه | ۶۰ دقیقه | در پایان جلسه پنجم پکیج آموزشی شامل کتابچه و CD آموزشی جهت تثبیت مطالب در اختیار مادران قرار می‌گیرد |
| ششمین جلسه | دو ماه بعد از مداخله ۶۰ دقیقه‌ای | تکمیل پرسش‌نامه ها دو ماه بعد از مداخله توسط دو گروه آزمایش و کنترل |

در جدول شماره ۳ ارائه شده است. همچنین آزمون کوواریانس با حذف اثر پیش‌آزمون، اختلاف معنی‌داری را در میزان رنج مراقبتی مادران بین دو گروه نشان داد ($P < 0.01$, $\eta^2 = 0.74$). ۷۴ درصد تغییرات پس‌آزمون می‌تواند به دلیل تأثیر آموزش باشد (جدول شماره ۴).

بحث

با توجه به اهمیت رنج مراقبتی، به‌ویژه برای خانواده‌های

انحراف معیار) و استنباطی (آزمون‌های تی مستقل، کای‌اسکوئر، فیشر و تحلیل کوواریانس) انجام شد.

یافته‌ها

نتایج نشان داد که از نظر جنسیت ۵۸ درصد نوزادان، دختر و ۴۲ درصد پسر بودند. همچنین سایر مشخصات جمعیت‌شناختی در جدول شماره ۲ آورده شده است. میانگین و انحراف معیار نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش و کنترل

جدول ۲. مقایسه مشخصات جمعیت‌شناختی واحدهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل

| P | فراوانی (درصد) | | مشخصات جمعیت‌شناختی |
|---------|----------------|------------|---------------------|
| | کنترل | آزمایش | |
| ۰/۳۱* | ۲۰ (۶۲) | ۱۷ (۵۳) | دختر |
| | ۱۲ (۳۸) | ۱۵ (۴۷) | پسر |
| ۰/۵۶*** | ۹ (۲۷) | ۳ (۹) | کارمند |
| | ۲۰ (۹۲) | ۲۸ (۸۷) | خانه‌دار |
| | ۳ (۹) | ۱ (۳) | آزاد |
| | ۹ (۲۸) | ۸ (۲۵) | کارمند |
| ۰/۱** | ۱۰ (۳۰) | ۱۰ (۳۰) | بیکار |
| | ۳ (۹) | ۱۲ (۳۷) | آزاد |
| | ۹ (۲۸) | ۲ (۷) | سایر |
| | ۱۰ (۳۱) | ۳ (۹) | زیر دیپلم |
| ۰/۱۵** | ۱۲ (۳۷) | ۱۵ (۴۶) | دیپلم |
| | ۷ (۲۲) | ۱۲ (۳۷) | کارشناسی |
| | ۳ (۹) | ۲ (۶) | ارشد |
| | ۴ (۱۲) | ۹ (۲۸) | زیر ۲ میلیون |
| ۰/۰۶*** | ۲۳ (۷۱) | ۲۱ (۶۵) | ۲-۴ میلیون |
| | ۱ (۳) | ۱ (۳) | ۴-۶ میلیون |
| | ۴ (۱۲) | ۱ (۳) | بالای ۶ میلیون |
| | ۳۰/۵۱±۶/۷۱ | ۲۸/۴۱±۴/۸۷ | سن مادران |
| ۰/۰۶*** | ۳۳/۳۷±۱/۱۵ | ۳۳/۸۷±۰/۹ | سن نوزادان |
| ۰/۱۸*** | ۱/۵۹±۰/۴۹ | ۱/۵۶±۰/۵ | تعداد فرزندان |
| ۰/۳۶*** | ۱/۸۱±۰/۵۸ | ۲/۰۳±۱/۰۳ | رتبه فرزند |

* آزمون کای‌اسکوئر؛ ** آزمون فیشر؛ *** آزمون تی مستقل.

جدول ۳. مقایسه میزان رنج مادران نوزادان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان

| P | میانگین \pm انحراف معیار | | گروه | زمان |
|-------|----------------------------|------------------|------|---------------|
| | آزمایش | کنترل | | |
| =۰/۰۷ | ۶۵/۴۶ \pm ۴/۵۱ | ۶۲/۶۸ \pm ۷/۲۹ | | قبل از مداخله |
| <۰/۰۱ | ۳۳/۴۷ \pm ۶/۳۷ | ۶۰/۵۹ \pm ۶/۷۶ | | بعد از مداخله |
| | P<۰/۰۱ | P<۰/۰۱ | | P |
| | Mean = ۲۲/۰۳ | Mean = ۲/۰۹ | | |



جدول ۴. تأثیر آموزش خودمراقبتی معنوی بر رنج مراقبتی مادران نوزادان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه (آزمون کوواریانس)

| Eta | سطح معنی داری | F | میانگین مجذورات | درجه آزادی | مجموع مجذورات | |
|------|---------------|--------|-----------------|------------|---------------|-------------------------|
| ۰/۷۳ | P<۰/۰۱ | ۸۷/۹۵ | ۲۷۲۵ | ۲ | ۵۴۵۰/۷۷ | مدل اصلاح شده |
| ۰/۲۸ | P=۰/۰۲ | ۲۳/۹۱ | ۷۴۱/۲۸ | ۱ | ۷۴۱/۲۸ | جدداً کننده پس از آزمون |
| ۰/۷۴ | P<۰/۰۱ | ۱۷۲/۱۲ | ۵۳۳۰/۸ | ۱ | ۵۵۲۰/۸۸ | گروه |
| | | | ۳۰/۹۸ | ۶۱ | ۱۸۹۰/۲۱ | خطا |
| | | | | ۶۳ | ۱۸۰۵۰۱ | جمع |
| | | | | ۶۴ | ۷۳۴۰/۹۸ | کل |



تأثیر مراقبت معنوی بر بهبود شرایط و تحمل این افراد در مواقع پرتنش باشد. این مطالعه از نظر نوع مداخله تا حدودی با مطالعه حاضر مشابه بود. در این راستا ثنائی و همکاران معتقدند محتوای معنوی و مذهبی به دلیل پیامدهای زیادی که دارند باعث ایجاد نگرش مثبت به خود و محیط و آینده می‌شوند که در نتیجه افراد خود را آسیب‌پذیر تلقی نکرده و در محیط احساس آرامش می‌کنند [۲۸]. همچنین معنویت، با هدف قرار دادن باورهای فرد به او کمک می‌کند تا وقایع منفی را به شیوه‌ای بهتر ارزیابی کند و حس قوی‌تری از کنترل شرایط موجود داشته باشد. همچنین احساس کنترل، افراد را در کنار آمدن با شرایط زندگی به شدت قدرتمند می‌کند و به دنبال آن باعث ارتقای سلامت روانی آن‌ها و کاهش تنیدگی می‌شود [۲۴].

یافته‌های فلاح و همکاران بیان‌کننده تأثیر مداخله معنوی بر کاهش تنش و اضطراب این افراد بود و در مجموع سلامت عمومی آن‌ها را افزایش داد [۲۹]. این مطالعه که با مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد می‌تواند به دلیل وجود شباهت در برنامه آموزش خودمراقبتی معنوی و یکسان بودن فرهنگ دو جامعه باشد که باعث شده مراقبت معنوی به عنوان یک مکانیسم دفاعی مؤثر و به صورت یک سپر ضربه‌گیر عرضه شود و به این ترتیب تسلط بر تنیدگی آنان را ارتقا بخشد. ریحانی و همکاران در مطالعه خود به بررسی تأثیر آموزش خودمراقبتی معنوی بر تحمل پریشانی مادران نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان

دارای فرزند بیمار، پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش خودمراقبتی معنوی بر رنج مراقبتی مادران نوزادان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه تنفسی بیمارستان‌های شهر ساری انجام شد. یافته‌های این مطالعه نشان داد، بین مادرانی که مداخله را دریافت کرده بودند و مادرانی که مداخله را دریافت نکرده بودند، از نظر میزان رنج مراقبتی تفاوت معنی‌داری وجود داشت. طبق نتایج تحلیل کوواریانس، مداخله به طور معنی‌داری باعث کاهش رنج مراقبتی مادران نوزادان نارس در مرحله پس از آزمون شده بود. مقایسه میانگین این متغیر پس از انجام مداخله بر رنج مراقبتی مادران تفاوت معنی‌داری را نشان می‌دهد ($P<۰/۰۱$). بنابراین مادران با استفاده از خودمراقبتی معنوی، این توانایی را به دست خواهند آورد تا در برابر بسیاری از فشارهای روان‌شناختی مقاومت کنند. در واقع می‌توان با توجه به نتایج پژوهش به این نتیجه رسید که آموزش می‌تواند عاملی برای کاهش رنج مراقبتی در شرایط استرس‌زا و پرتنش همچون بیماری کودکان شود.

سخاوت‌پور و همکاران در پژوهش خود با بررسی تأثیر آموزش خودمراقبتی معنوی بر احساس آرامش مادران نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان نشان دادند آموزش خودمراقبتی معنوی احساس آرامش مادران دارای نوزاد نارس در بخش مراقبت ویژه نوزادان را افزایش می‌دهد [۲۶]. یافته‌های بوالهروی و همکاران نشان داد مداخله معنوی باعث کاهش استرس، تنش و افسردگی بیماران شد [۲۷] که علت آن می‌تواند

پرداختند. آن‌ها نشان دادند تحمل پریشانی پس از آموزش خودمراقبتی معنوی به مادران، نسبت به قبل از مداخله افزایش معنی‌داری داشت [۳۴]. دلیر و همکاران در پژوهش خود با بررسی تأثیر آموزش خودمراقبتی معنوی بر بار مراقبتی مادران کودکان بستری در بخش‌های مراقبت‌های ویژه جراحی قلب باز نشان دادند بار مراقبتی مادران بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله به صورت محسوسی کاهش یافت [۳۰] با نتایج مطالعه حاضر همسوست.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه، برنامه مراقبت معنوی، رنج مراقبتی مادران را کاهش داده است. با توجه به اینکه وجود اضطراب و تنش به عنوان یک عامل خطرزا می‌تواند زمینه بروز بیماری‌های جسمی و مشکلات متعدد بهداشت روان را فراهم کند، معنویت به انسان کمک می‌کند تا هیجانات منفی خود را کاهش داده، از تنش و اضطراب خود بکاهد؛ بنابراین مادرانی که تحت تأثیر معنویت قرار می‌گیرند با تقویت و فعال‌سازی باورهای معنوی، سبک زندگی‌شان رنگ و بوی معنوی می‌گیرد. محدودیت این پژوهش عدم تمایل به همکاری بعضی از مادران برای شرکت در پژوهش بود. از آنجا که ممکن است محدودیت مذکور بر تعمیم‌پذیری یافته‌ها اثر سوء بگذارد و یافته‌ها را محدود کند، از لحاظ پژوهشی پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی از حجم نمونه بزرگ‌تر استفاده شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مقاله با شناسه اخلاق IR.IAU.CHALUS.REC.1399.003 در دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علی‌آباد کتول تصویب شده است.

حامی مالی

مقاله حاضر از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول، در گروه پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علی‌آباد کتول استخراج شده است.

مشارکت نویسندگان

مفهوم سازی، روش شناسی، جمع آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل داده‌ها: سمیه هاشم‌زاده؛ نوشتن - پیش‌نویس اولیه، و نگارش - بررسی و ویرایش، و نظارت: گلپهار آخوندزاده؛ تحقیق، جمع آوری منابع مالی و تجزیه و تحلیل داده‌ها: اناهد مظفری‌نیا.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

References

- [1] Milan M, Nasimi F. [The effect of family-centered care educational program on anxiety of mothers of premature infants hospitalized in neonatal intensive care unit (Persian)]. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2018; 13(3):49-54. <http://ijnr.ir/article-1-2006-fa.html>
- [2] Zeraati H, Behnam Vashani H, Rezaeian A, Abrishami M, Reihani T, Shoebani N, et al. [Effect of multisensory stimulation on oxygen saturation in premature infants during eye examination (Persian)]. *Evidence Based Care*. 2014; 4(4):7-16. [DOI: 10.22038/EBCJ.2014.3655]
- [3] Blencowe H, Cousens S, Chou D, Oestergaard M, Say L, Moller A-B, et al. Born too soon: The global epidemiology of 15 million preterm births. *Reproductive Health*. 2013; 10(Suppl 1):S2. [DOI:10.1186/742-4755-10-s1-s2] [PMID] [PMCID]
- [4] Lawn JE, Davidge R, Paul VK, von Xylander S, de Graft Johnson J, Costello A, et al. Born too soon: Care for the preterm baby. *Reproductive Health*. 2013; 10(Suppl 1):S5. [DOI:10.1186/742-4755-10-s1-s5.] [PMID] [PMCID]
- [5] Zolkowitz P, Feeley N, Shrier I, Stremmer R, Westreich R, Dunkley D, et al. The Cues and Care Trial: A randomized controlled trial of an intervention to reduce maternal anxiety and improve developmental outcomes in very low birthweight infants. *BMC Pediatrics*. 2008; 8:38. [DOI:10.1186/471-2431-8-38.] [PMID] [PMCID]
- [6] mokaberian M, Sheikh M, Noripour S, Kashani Vm. [Effects of one period of tactile kinetic stimulations of preterm neonates on state anxiety of their mothers (Persian)]. *Koomesh*. 2016; 17(4):821-8. <http://koomeshjournal.semums.ac.ir/article-1-2774-en.html>
- [7] Brandão S, Figueiredo B. Fathers' emotional involvement with the neonate: Impact of the umbilical cord cutting experience. *Journal of Advanced Nursing*. 2012; 68(12):2730-9. [DOI:10.1111/j.365-2648.012.05978.x.] [PMID]
- [8] Mansoori M, Janani S, Chavoshi D, Mohaghegh P, Hemmatpour S, Fatolahpour A, et al. [Evaluation of the Side Effects and mortality of Surfactant therapy with mechanical ventilation comprise with manual ventilation in Neonates Admitted to NICU ward of Besat hospital of Sannandaj in 2012-2013 (Persian)]. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2017; 24(155):66-72. <http://rjms.iums.ac.ir/article-1-4054-en.html>
- [9] Ghavami SR, Borimnejad L, Seyedfatemi N, Haghani H. [The effect of parental role training on stress in the parents of hospitalized newborns in a neonatal intensive care unit (Persian)]. *Journal of Hayat*. 2017; 23(3):243-53. <http://hayat.tums.ac.ir/article-1-2002-en.html>
- [10] Mirjalili M, Azzade forouzi M, Sabzevari S, heidarzadeh A, Hagh-dost A. [Assess the admission needs of the mothers of hospitalized in the neonatal intensive care unit (Persian)]. *Journal of Pediatric Nursing*. 2015; 2(2):1-9. <http://jpen.ir/article-1-128-en.html>
- [11] Hoseini Ghomi T, Salimi Bajestani H. [Effectiveness of resilience training on stress of mothers whose children, suffer from cancer in imam khomeini hospital of Tehran (Persian)]. *Journal of Health Psychology*. 2012; 1(4):97-109. http://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_444_en.html
- [12] Elahi Asgar Abad H, Behnam Vashani H, Heshmati Nabavi F, Badiei Z. [The effect of caregivers on the children with cancer under going chemotherapy to prevention gastrointestinal side effects of chemotherapy (Persian)]. *The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2016; 14(1):39-46. <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-2583-en.html>
- [13] Mashayekhi F, Rfati Sh, Rfati F, Pilehvarzadeh M, Mohamadi Sardo MR. [Assessment of caregiver burden in mothers of children with major thalassemia in Jiroft city (Persian)]. *Modern Care Journal*. 2014; 11(3):229-35. <https://www.sid.ir/en/Journal/ViewPaper.aspx?ID=435736>
- [14] Pouraboli B, Abedi H, Abbaszadeh A, Kazemi M. [Silent Screams: Experiences of caregiver suffering by parents of children with thalassemia: A qualitative study (Persian)]. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 2014; 3(3):281-91. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=430302>
- [15] Adeosun II. Correlates of caregiver burden among family members of patients with schizophrenia in Iagos, Nigeria. *Schizophrenia Research and Treatment*. 2013; 2013:353809. [DOI:10.1155/2013/.] [PMID] [PMCID]
- [16] Pirasteh Motlagh AK, Nikmanesh Z. [The relationship of spirituality with the pain and quality of life in patients with HIV/AIDS (Persian)]. *Armaghane-Danesh*. 2012; 17(4):337-48. <http://armaghani.jums.ac.ir/article-1-247-en.html>
- [17] Krause N, Bastida E. Religion, suffering, and health among older Mexican Americans. *Journal of Aging Studies*. 2009; 23(2):114-23. [DOI:10.1016/j.jaging.2008.11.002] [PMID] [PMCID]
- [18] Bagheri F, Akbarzadeh F, Hatami H. The relationship between nurses' spiritual intelligence and happiness in Iran. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2010; 5:1556-61. [DOI:10.1016/j.sbspro.2010.07.325]
- [19] Asgari P, Roushani K, Mohri AM. [The Relationship between religious belief, optimism and spiritual well being among college students of Islamic Azad University. (Persian)]. *Journal of Social Psychology (New Findings in Psychology)*. 2009; 4(10):27-39. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=194385>
- [20] Salimi T, Tavangar H, Shokripour S, Ashrafi H. [The effect of spiritual self-care group therapy on life expectancy in patients with coronary artery disease: An educational trial (Persian)]. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2017; 15(10):917-28. <http://journal.rums.ac.ir/article-1-3337-en.html>
- [21] White ML. Spirituality self-care practices as a mediator between quality of life and depression. *Religions*. 2016; 7(5):54. [DOI:10.3390/rel7050054.]
- [22] Iri Z, Hojjati H, Akhoundzadeh G. [The impact of spiritual self-care education on self-efficacy in adolescents with thalassemia in children's taleghani hospital of Gonbadkavoos, Golestan 2017-2018 (Persian)]. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2019; 14(1):8-13. <http://ijnr.ir/article-1-2177-en.html>
- [23] Valikhani A, Yarmohammadi-Vasel M. [The relationship between attachment styles and death anxiety among cardiovascular patients (Persian)]. *Journal of Kerman University of Medical Sciences*. 2014; 21(4):355-67. http://jkmu.kmu.ac.ir/article_16205.html
- [24] Rihani T, Sekhavatpour Z, Heydarzadeh M, Mousavi SM, Mazloom SR. [Investigating the effects of spiritual self-care training on psychological stress of mothers with preterm infants admitted in neonatal intensive care unit (Persian)]. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 2014; 17(97):18-28. [DOI:10.22038/IJOGI.2014.2826]
- [25] Elmståhl S, Malmberg B, Annerstedt L. Caregiver's burden of patients 3 years after stroke assessed by a novel caregiver burden scale. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1996; 77(2):177-82. [DOI:10.1016/s0003-9993(96)90164-1]
- [26] Reyhani T, Sekhavat Pour Z, Heidarzadeh M, Mousavi SM, Mazloom SR. [Investigating the effects of spiritual self-care training on psychological stress of mothers with preterm infants admitted in neonatal intensive care unit (Persian)]. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2014; 17(97):18-27. [DOI:10.22038/ijogi.2014.2826]

- [27] Bolahri G, Nazari GH, Zamaniyan S. [Effective therapeutic spirituality to reduce the amount of intellectual depression, anxiety and stress in women with breast cancer (Persian)]. *Sociol of Women*. 2012; 3(9):85-115. http://jzvj.miau.ac.ir/article_1177_en.html
- [28] Sanaei B, Nasiri H. [The effect of cognitive-spiritual group therapy in reducing depression and anxiety in patients with mood disorders in Isfahan Noor Medical Center (Persian)]. *Counseling Research and Development*. 2011; 2(7-8):89-97.
- [29] Fallah R, Gilzari M, Dstani M, Zahirodin A, Mosavi SM, Smaeeli Akbari M. [Effectiveness of spiritual intervention on increasing hope and mental health of women suffering from breast cancer (Persian)]. *Journal of Thought and Behavior in Clinical Psychology*. 2011; 5(19):65-76. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=208295>
- [30] Dalir M, Mashouf S, Esmailpourzanjani S. [The effect of spiritual self-care education on the care burden of mothers with children hospitalized in intensive care units for open heart surgery (Persian)]. *Complementary Medicine Journal*. 2020; 10(1):34-45. [DOI:10.32598/cmja.10.1.866.1.]

This Page Intentionally Left Blank