

Effect of Family-Centered Empowerment Model Training on the Life Expectancy of Children with Cancer: A Semi-Experimental Study

Ahmadreza Fallahfaragheh^{1,2}, Zahra Pourmovahed³, Mohammad Taqi Sareban Hassanabadi³, Fatemeh Sadr⁴, Zahra Sarostad⁵, Fatemeh Fathi⁶, Zahra Namjou^{*7}

1. BS in Nursing, Department of Nursing, Research Center for Nursing and Midwifery Care, Non-communicable Diseases Research Institute, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran. ORCID ID: 0000-0002-3304-2907

2. MSc Student of Psychiatric Nursing, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Iran. ORCID ID: 0000-0002-3304-2907

3. Assistant Professor, Department of Nursing, Research Center for Nursing and Midwifery Care, Non-communicable Diseases Research Institute, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran, ORCID ID: 0000-0002-6512-2768

3. Assistant Professor, Department of Nursing, Research Center for Nursing and Midwifery Care, Non-communicable Diseases Research Institute, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran, ORCID ID: 0000-0001-7837-0974

4. MSc Student of Medical surgical Nursing, Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Rafsanjan University of Medical Sciences, Iran. ORCID ID: 0000-0002-1526-3482

5. MSc Student of Medical surgical Nursing, Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. ORCID ID: 0009-0009-8489-9925

6. MSc Student of Critical Care Nursing, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Iran, ORCID ID: 0000-0001-7115-2595

7. MSc in Pediatric Nursing, Department of Nursing, Research Center for Nursing and Midwifery Care, Non-communicable Diseases Research Institute, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran. (Corresponding Author), ORCID ID: 0000-0001-7115-8807, Email: az.namjou@gmail.com, Tel: +983538241751

ABSTRACT

Background and Aim: In families with a child with cancer due to the changes that occur in the family structure and the role of its members following their child's illness; Mental and physical condition as well as life expectancy should be given more attention than other factors. Therefore, in order to maintain and improve life expectancy as well as better control of chronic diseases such as cancer that can affect the patient, his family and even the society for a long time, it is necessary that in addition to the patient's ability, his family should also be empowered. Therefore, this study was conducted with the aim of determining the effect of the family-centered empowerment model training on the life expectancy of children with cancer in 2023.

Material and Methods: This study was semi-experimental. 60 children with cancer hospitalized in Shahid Sadoughi Hospital of Yazd were selected by the available sampling method and divided into two test and control groups by random assignment. Intervention was performed in the experimental group, and the control group received routine training from the department. The data collection tool in this study was a two-part questionnaire, including Miller's demographic and life expectancy questionnaires, which were completed before and after the intervention. Data analysis was performed using SPSS V20 software.

Results: The results showed that the average score of life expectancy in the test group increased significantly compared with the control group after the intervention (P-value < 0.05).

Conclusion: In children with cancer and their family members, due to the chronic nature of the disease and the problems arising from it, with the passage of time, a feeling of hopelessness may appear in them. It greatly improved their life expectancy.

Keywords: Cancer, Children, Family-Centered Empowerment, Life Expectancy, Nursing.

Received: Mar 1, 2024

Accepted: Oct 20, 2024

How to cite the article: Ahmadreza Fallahfaragheh, Zahra Pourmovahed, Mohammad Taqi Sareban Hassanabadi, Fatemeh Sadr, Zahra Sarostad, Fatemeh Fathi, Zahra Namjou. Effect of Family-Centered Empowerment Model Training on the Life Expectancy of Children with Cancer: A Semi-Experimental Study. SJKU 2025;30(4):83-95. DOI: [10.22034/30.4.66](https://doi.org/10.22034/30.4.66)

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBYNC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal

تأثیر آموزش الگوی توانمندسازی خانواده محور بر امید به زندگی کودکان مبتلابه سرطان: مطالعه‌ای نیمه تجربی

احمد رضا فلاح فراغه^{۱،۲}، دکتر زهرا پورموحّد^۳، دکتر محمدتقی ساربان حسن آبادی^۴، فاطمه صدر^۵، زهرا سر استاد^۶، فاطمه فتحی^۱، زهرا نامجو^۷

۱. کارشناس پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، پژوهشکده بیماری‌های غیر واگیر، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد روان پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. کد ارکید: ۲۹۰۷-۳۳۰۴-۰۰۰۲-۰۰۰۰
۳. استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، پژوهشکده بیماری‌های غیر واگیر، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران. کد ارکید: ۲۷۶۸-۶۵۱۲-۰۰۰۲-۰۰۰۰
۳. استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، پژوهشکده بیماری‌های غیر واگیر، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران. کد ارکید: ۰۹۷۴-۷۸۳۷-۰۰۰۱-۰۰۰۰
۴. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران. کد ارکید: ۳۴۸۲-۱۵۲۶-۰۰۰۲-۰۰۰۰
۵. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. کد ارکید: ۹۹۲۵-۸۴۸۹-۰۰۰۹-۰۰۰۰
۶. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. کد ارکید: ۲۵۹۵-۷۱۱۵-۰۰۰۱-۰۰۰۰
۷. هیئت علمی پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، پژوهشکده بیماری‌های غیر واگیر، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران. کد ارکید: ۸۸۰۷-۷۱۱۵-۰۰۰۱-۰۰۰۰ (نویسنده مسئول: یزد/ خیابان تیمسار فلاحی/ خیابان بوعلی/ دانشکده پرستاری و مامایی) تلفن: ۰۳۵۳۸۲۴۱۷۵۱. پست الکترونیکی: az.namjou@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: در خانواده‌های دارای کودک مبتلابه سرطان جهت حفظ و بهبود امید به زندگی و همچنین کنترل بهتر بیماری‌های مزمنی همچون سرطان که مدت زمان طولانی می‌تواند بیمار، خانواده او و حتی جامعه را درگیر کنند و به دلیل تغییراتی که به دنبال بیماری کودکان در ساختار خانواده و نقش اعضای آن به وجود می‌آید، نیاز است که علاوه بر توانمندی بیمار، خانواده وی نیز توانمند شوند. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش الگوی توانمندسازی خانواده محور بر امید به زندگی کودکان مبتلابه سرطان در سال ۱۴۰۲ انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه نیمه تجربی بود. ۶۰ نفر از کودکان مبتلابه سرطان بستری در بیمارستان شهید صدوقی یزد با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تخصیص تصادفی به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم شدند. مداخله برای گروه آزمون انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها فرم اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه امید به زندگی میلر بود که به صورت قبل و بعد از مداخله تکمیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که میانگین نمره امید به زندگی در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل بعد از مداخله، به طور معناداری افزایش پیدا کرده است ($P\text{-value} < 0/05$).

نتیجه‌گیری: در کودکان مبتلابه سرطان و اعضای خانواده‌شان با گذشت زمان ممکن است احساس ناامیدی در آن‌ها بروز کند که می‌توان با استفاده از به کارگیری الگوی توانمندسازی خانواده محور به میزان زیادی امید به زندگی آن‌ها را ارتقا داد.

کلمات کلیدی: امید به زندگی، پرستاری، توانمندسازی خانواده محور، سرطان، کودکان.

وصول مقاله: ۱۴۰۲/۱۲/۱۱ اصلاحیه نهایی: ۱۴۰۳/۰۷/۱۵ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۷/۲۹

مقدمه

سرطان بیماری است که در آن رشد و تقسیم سلول‌ها دچار اختلال شده و به صورت کنترل نشده تکثیر می‌یابند که می‌تواند در هر بافتی از بدن اتفاق افتاده و همچنین سلول‌های سرطانی می‌توانند از طریق جریان خون یا لنف به سایر نقاط بدن گسترش یابند (۱). این بیماری اگر در کودکان کمتر از ۱۵ سال تشخیص داده شود، سرطان کودکان اطلاق می‌شود (۲)؛ و بر اساس تحقیقات انجام شده سرطان دومین علت مرگ و میر، سومین علت شایع مرگ و میر در کودکان (۳، ۴) و همچنین دومین دلیل مرگ و میر در کودکان ۱۴-۵ سال در کشورهای پیشرفته است (۵). همچنین میزان بروز سرطان‌های دوران کودکی در دختران و پسران ایرانی به ترتیب برابر با ۴۸ الی ۱۱۲ و ۵۱ الی ۱۴۱ مورد در هر یک میلیون نفر گزارش شده است (۶).

سرطان وضعیت تهدیدکننده‌ای برای زندگی بیماران مبتلا فراهم می‌کند و تغییرات بنیادی و اساسی را در کودک و خانواده وی به وجود می‌آورد (۷). کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان اغلب در طول تشخیص و دوره درمان در بیمارستان بستری می‌شوند که در یک سوم موارد، بستری شدن در بیمارستان می‌تواند چندین هفته طول بکشد یا در طول یک سال، چندین ماه به دلیل عوارض بیماری به آن اضافه شود (۸). لذا بعد از بروز بیماری و گذشت زمان، امید به زندگی در بیماران کاسته شده و باعث می‌شود تا بیماران برای بهبودی و تغییر در وضعیت روحی و جسمی خویش تلاش زیادی نکنند، نسبت به دستورات و توصیه‌های پزشکان بی‌اهمیت باشند و آن‌ها را جدی نگیرند، درواقع با این کار شرایط سلامتی خود را بدتر می‌کنند اما فرد امیدوار، حتی اگر در مراحل پیشرفته بیماری باشد از فرصت‌های باقی مانده بهره‌مند می‌شود و از وقت خود برای گذراندن با خانواده استفاده می‌کند، خودش را در برابر امور و حوادث زندگی توانا و مسلط می‌بیند، وضعیت زندگی خود را همیشگی و غیرقابل تغییر نمی‌داند؛ از این رو به دلیل اینکه به

آینده امیدوار است و آن را روشن می‌بیند خواستار زندگی خود و مصمم به حفظ و ادامه دادن به آن است (۹).

کودکان مبتلا به سرطان نسبت به کودکان عادی، سطح بالایی از فشار روانی و ناامیدی و کاهش امید به زندگی را متحمل می‌شوند بنابراین مداخلات برای افزایش امید به زندگی نیز می‌تواند مؤثر باشد (۱۰). امید، منبع اصلی سازگاری بیماران مزمن برای بقای آن‌هاست و بر نگرش و شرایط سلامتی آن‌ها در آینده تأثیر می‌گذارد و به بیماران کمک می‌کند تا از نظر فیزیولوژیکی و عاطفی، بیماری‌ها را تحمل کنند (۱۱). همانطور که بنسون وارد (Banson ward) (۲۰۰۶) هم در مرور مطالعات در حوزه امید می‌نویسد میزان امید با سلامت جسمی، سلامت روان‌شناختی، خود ارزشی بالا، نگرش مثبت و روابط اجتماعی رابطه مستقیم دارد و با کاهش درماندگی و ناامیدی می‌توان به رفع اختلالات روحی و روانی کمک کرد (۱۳)، (۱۲).

بنابراین برای حفظ و بهبود امید به زندگی و همچنین کنترل بهتر بیماری‌های مزمنی همچون سرطان که مدت زمان طولانی می‌توانند بیمار، خانواده او و حتی جامعه را درگیر کنند نیاز است که علاوه بر توانمندی بیمار، خانواده وی نیز توانمند بشود. توانمندسازی و مراقبت خانواده محور به عنوان یک برنامه مراقبتی است که به همراه آموزش به بیمار و خانواده، مهم‌ترین بخش از ارائه مراقبت‌های پرستاری به شمار می‌رود. درواقع اهمیت واحد خانواده به عنوان نقطه تمرکز اصلی در تمام مراقبت‌های بهداشتی، توسط توانمندسازی و مراقبت خانواده محور به رسمیت شناخته می‌شود (۱۴).

صاحب‌نظران بر این باور هستند که توانمندسازی مفهومی است که به امکانات و توانایی‌های افراد و اطرافیان آن‌ها، به منظور شناسایی مشکلات، نارسایی‌ها و مداخله اشاره می‌کند و همچنین توانمندی فرآیندی ساده، پویا، تعاملی و اجتماعی است که در ارتباط با دیگران شکل می‌گیرد (۱۶)، (۱۵). لذا با توجه به تعریف توانمندسازی و تأثیر آن بر ابعاد

مختلف روحی و جسمی بیمار و اطرافیان او، یکی از روش‌های بهبود مراقبت و در نتیجه ارتقای سطح امید به زندگی، آموزش باهدف افزایش توانمندی بیمار و خانواده او است (۱۴) الگوی توانمندسازی خانواده محور (FCEM: Family Centered Empowerment Model) توسط الحانی و همکاران (۲۰۱۸-۲۰۱۶) با تأکید بر موثر بودن نقش فرد و سایر اعضای خانواده در سه بعد انگیزشی، روان‌شناختی و ویژگی‌های خود مشکل‌طراحی و ساخته شده است (دیاگرام شماره ۱). هدف اصلی این الگو توانمند کردن واحد خانواده (بیمار و سایر اعضای خانواده) به منظور ارتقا و بهبود مراقبت و همچنین افزایش سطح سلامت است (۱۷، ۱۸).

حال از آنجایی که آموزش تنوری به‌تنهایی نمی‌تواند عملکرد و توانایی افراد را تغییر دهد به همین دلیل در سال‌های اخیر در پژوهش‌های پرستاری، مفهوم توانمندسازی بیمار و خانواده و بکار بردن آن‌ها به‌عنوان ضرورت در حرفه پرستاری نام‌برده شده است (۱۹). لذا این مطالعه باهدف تعیین تأثیر آموزش الگوی توانمندسازی خانواده محور بر امید به زندگی کودکان مبتلابه سرطان بستری در بیمارستان شهید صدوقی یزد در سال ۱۴۰۲ انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع نیمه تجربی و دارای دو گروه کنترل و آزمون بود که در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در سال ۱۴۰۲ انجام شد. نمونه‌های این مطالعه، با استفاده از فرمول اختلاف میانگین (Z) با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ و ریزش ۱۰ درصد، ۶۰ نفر از کودکان مبتلابه سرطان بستری در بیمارستان شهید صدوقی یزد تعیین شد (با استفاده از نرم‌افزار Statistic and Sample Size تعداد نمونه‌ها تعیین شدند).

بعد از کسب کد اخلاق (IR.SSU.RSI.REC.1399.006) از کمیته اخلاق و اجازه ورود به بیمارستان از دفتر پرستاری بیمارستان،

پژوهشگران به بخش انکولوژی اطفال بیمارستان شهید صدوقی مراجعه کردند و با روش نمونه‌گیری در دسترس از کودکان مبتلابه سرطان که معیارهای ورود به مطالعه (شامل: عدم وقوع رخداد تنش‌زا و مرگ نزدیکان در شش ماه اخیر، داشتن حداقل ۷ سال و حداکثر ۱۵ سال، گذشتن حداقل ۳ ماه از زمان تشخیص، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی، قادر بودن والدین به خواندن و نوشتن و پدر و مادر باهم زندگی کنند) (۷) را داشتند، نمونه‌گیری انجام شد و همچنین معیار خروج این مطالعه، هرگونه شرایط وخیم پزشکی بود و شرکت‌کنندگان در طول پژوهش در صورت عدم تمایل به ادامه می‌توانستند از مطالعه خارج شوند. بعد از نمونه‌گیری در بیمارستان، نمونه‌ها را به‌صورت تخصیص تصادفی ساده با استفاده از نرم‌افزار random allocation در دو گروه آزمون و کنترل قرار داده شدند. سپس به نمونه‌های مورد مطالعه اهداف مطالعه و نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها شرح داده شد از تمام نمونه‌های پژوهش یا ولی آن‌ها، رضایت کتبی آگاهانه جهت شرکت در مطالعه اخذ شد. همچنین جهت جلوگیری از تبادل اطلاعات بین گروه آزمون و کنترل، از بلوک زمانی استفاده شد. به‌گونه‌ای که در روزهای فرد هفته نمونه‌گیری گروه آزمون و در روزهای فرد هفته نمونه‌گیری گروه کنترل انجام شد؛ و با انجام قرعه‌کشی مشخص شد اولین گروه نمونه‌گیری گروه کنترل باشد. ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه ۲ بخشی شامل: فرم اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه امید به زندگی میلر بود.

مراحل مطالعه:

مرحله اول: در این مرحله پژوهشگر پس از معرفی خود و بیان اهداف پژوهش به واحدهای پژوهش و جلب مشارکت آن‌ها و دریافت فرم رضایت کتبی، پرسشنامه‌های پژوهش را (در هر دو گروه فرم اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه امید به زندگی تکمیل شد) به بیمار (در صورت داشتن سواد) و عضو فعال خانواده (کودکانی که سواد

نداشتند) وی می‌داد و در طی تکمیل پرسشنامه‌ها به عنوان تسهیل‌گر کودکان، خانواده‌شان را راهنمایی می‌کرد.

مرحله دوم: مرحله مداخله (اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور) فقط برای گروه آزمون انجام شد و گروه کنترل آموزش‌های روتین بخش را دریافت کرد. مراحلی اجرایی الگو شامل ۳ گام بود (شکل ۲) که عبارت‌اند از **گام اول:** تهدید درک شده از طریق بحث گروهی: مرحله اول که شامل دو مفهوم شدت درک شده و حساسیت درک شده است. درواقع در این مرحله به مشارکت‌کنندگان مطالبی که دربرگیرنده تعریف و فیزیولوژی بیماری، علائم، عوارض، پیش‌آگهی، عوامل تشدیدکننده بیماری، کنترل و درمان بیماری، نحوه نوشتن برنامه مراقبتی، تغذیه، فعالیت، درمان دارویی است، توسط پژوهشگر در طی ۷-۵ جلسه ۳۰ تا ۴۵ دقیقه‌ای در بیمارستان، آموزش داده شد.

گام دوم: ارتقای خودکارآمدی از طریق حل مسئله گروهی و مراحل خودکارآمدی به صورت نمایش عملی است. برای این منظور جلسات حل مسئله به روش گروهی در گروه‌های ۲ تا ۴ نفره برای بیماران برگزار شد و بیماران و خانواده‌شان عملاً با مشکلاتشان و فرآیند حل مشکل مواجه شدند. مراقب و بیماران با یکدیگر در طی ۷-۵ جلسه (همچنین یک جلسه اضافه جهت بروز مشکلات جدید) و تحت نظارت مستمر و مستقیم پژوهشگر و با کسب اجازه از فوق تخصص، با ذکر مثال‌های عینی از وضعیت خود و این که برای بهبود مشکل مشابه با دیگران چه اقدامی انجام داده‌اند به بحث و گفت‌وگو پرداختند. به این ترتیب در انتخاب راه‌حل‌ها عملاً به صورت گروهی تبادل افکار و تجارب نمودند.

گام سوم، افزایش خودباوری (عزت‌نفس) از طریق مشارکت آموزشی: به گونه‌ای که در این مرحله از کودک و عضو فعال خانواده خواسته خواهد شد که در آموزش سایر اعضای خانواده خود در زمینه شناخت مسائل مرتبط با بیماری مشارکت کنند و آن‌ها را برای کمک به خود ترغیب نمایند، به این ترتیب که مطالب بحث شده در هر جلسه را به سایر اعضای خانواده خود منتقل کنند و همچنین کتابچه آموزشی در مورد مطالب هر جلسه به مشارکت‌کننده‌ها داده شد تا به سایر اعضای خانواده تحویل دهند تا آن را مطالعه کنند.

مرحله سوم: ارزشیابی الگوی توانمندسازی خانواده محور و یا **گام چهارم** بوده که شامل دو نوع ارزشیابی فرآیندی و ارزشیابی نهایی است. ارزشیابی فرآیندی در فرآیند و سرتاسر اجرای الگو دخیل بوده و بیمار و عضو فعال خانواده وی در طول انجام مداخله ارزشیابی شدند. بعد از اتمام آموزش‌ها و جلسات، ۱/۵ ماه به این بیماران فرصت داده شد تا مهارت‌های آموخته‌شده را تمرین کنند. همچنین مرحله پس از مداخله در گروه آزمون یک ماه و نیم پس از مداخله و در گروه کنترل یک ماه و نیم پس از پیش‌آزمون انجام شد. به این ترتیب که مجدداً پرسشنامه امید به زندگی توسط نمونه‌های پژوهش و خانواده‌شان برای انجام پس‌آزمون تکمیل شدند (مرحله سوم مداخله درواقع همان گام چهارم الگوی توانمندسازی بود (۲۱، ۲۰)).

به لحاظ رعایت مسائل اخلاقی پژوهش پس از اتمام مطالعه تمامی محتوی آموزشی به بیماران و خانواده‌های آن‌ها در گروه کنترل، به صورت ارسال فایل و محتوا در فضای مجازی در اختیار آن‌ها قرار گرفت. در گروه کنترل طی مدت پژوهش مداخله‌ای صورت گرفت و تنها پرسشنامه امید به زندگی و فرم اطلاعات جمعیت شناختی را قبل و بعد از مداخله تکمیل کردند (۲۱، ۲۰).



شکل ۲: مراحل الگوی توانمندسازی خانواده محور (۲۱)

ابزارهای جمع آوری داده:

فرم اطلاعات جمعیت شناختی: شامل سن، جنسیت، توانایی در پرداخت هزینه‌های درمان، میزان تحصیلات پدر، میزان تحصیلات مادر، محیط زندگی (بومی و غیربومی)، مدت زمان شروع درمان، نوع دارو، نوع درمان، نوع سرطان، تعداد دفعات بستری شدن کودک، مدت زمان بستری بودن کودک و سن مراقب. پرسشنامه امید به زندگی میلر: شامل ۴۸ جنبه از حالت‌های امیدواری و درماندگی است. این پرسشنامه در طیف لیکرت از بسیار مخالف (۱ نمره) تا بسیار موافق (۵ نمره) نمره‌گذاری می‌شود. ۱۴ سؤال نیز به صورت وارونه نمره‌گذاری شد (نمره‌گذاری وارونه: سوالات ۱۱-۱۳-۱۶-۱۸-۲۵-۲۷-۲۸-۳۱-۳۳-۳۴-۳۸-۳۹-۴۷-۴۸). نمره هر فرد بین ۴۸ تا ۲۴۰ بود؛ و هر چه نمره فرد بالاتر باشد امیدواری بیشتری دارد (۱). حسینی (۱۳۸۵) روایی آزمون امید به زندگی میلر را تأیید کرد و همچنین برای تعیین پایایی پرسشنامه از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده کرد که به این ترتیب ضرایب آن ۰/۹۰ و ۰/۸۹ است (۲۲).

یافته‌ها

در این مطالعه ۶۸ کودک مبتلا به سرطان شرکت کردند که ۸ نفر از آن‌ها به دلیل عدم حضور کامل در جلسات آموزشی و تکمیل پرسشنامه‌ها، از مطالعه خارج شدند و به طور کلی ۶۰ نفر در دو گروه آزمون و کنترل (هر گروه ۳۰ نفر) شرکت کردند (شکل ۱) و در هر گروه ۱۳ دختر و ۱۷ پسر حضور داشتند. طبق جدول شماره ۱، نتایج نشان داد که برای اطلاعات جمعیت شناختی (سن، جنسیت، تحصیلات پدر و مادر، وضعیت اقتصادی خانواده، مدت زمان بستری، محل زندگی، نوع درمان، مدت درمان، توانای پرداخت هزینه‌های درمان، نسبت خانوادگی مراقب با بیمار، سن مراقب، تحصیلات مراقب) رابطه معناداری بین دو گروه وجود نداشت ($P\text{-value} > 0/05$). این بدین معناست که دو گروه از نظر این متغیرها همگن می‌باشند. طبق جدول شماره ۱، از بین تمام شرکت‌کنندگان در این مطالعه، ۳۱ نفر (۵۱/۷٪) در رده سنی ۸ تا ۱۲ سال بودند و ۵۴ نفر (۵۶/۷٪) از آن‌ها پسر بودند؛ و ۲۲ نفر (۳۶/۷٪) نیز

کمر از یک سال از شروع درمانشان گذشته بود؛ و همچنین ۴۳ نفر (۷۱/۶٪) با شیمی‌درمانی به‌تنهایی درمان می‌شدند. ۳۲ نفر (۵۳/۳٪) از این کودکان، خانواده‌هایشان توانایی پرداخت هزینه‌های درمانی را نداشتند و نیازمند به کمک مالی بودند. ۴۹ نفر (۸۱/۶٪) مبتلا به ALL بودند.

جدول ۱: مقایسه ویژگی‌های جمعیت شناختی در هر دو گروه

متغیر	تعداد		درصد		سطح معناداری
	گروه کنترل	گروه آزمون	گروه کنترل	گروه آزمون	
سن	۶-۸	۱۵	۵۰/۰	۴۶/۶	۰/۳۳۰
	۸-۱۲	۱۵	۵۰/۰	۵۳/۴	
جنسیت	دختر	۱۳	۴۳/۳	۴۳/۳	۱/۰۰
	پسر	۱۷	۵۶/۷	۵۶/۷	
تحصیلات پدر	ابتدایی	۱۲	۴۰/۰	۳۰/۰	۰/۶۶۴
	متوسطه	۱۰	۳۳/۳	۴۳/۳	
	دانشگاهی	۸	۲۶/۷	۲۶/۷	
تحصیلات مادر	ابتدایی	۸	۲۶/۷	۳۶/۷	۰/۶۹۱
	متوسطه	۱۲	۴۰/۰	۳۶/۷	
	دانشگاهی	۱۰	۳۳/۳	۲۶/۷	
وضعیت اقتصادی خانواده	ضعیف	۷	۲۳/۳	۱۶/۷	۰/۸۲۳
	متوسط	۱۷	۵۶/۷	۶۰/۰	
	خوب	۶	۲۰/۰	۲۳/۳	
مدت درمان	کمتر از ۱ سال	۱۱	۳۶/۷	۳۶/۷	۰/۰۶
	بین ۱ تا ۳ سال	۱۸	۶۰/۰	۳۳/۳	
	بیشتر از ۳ سال	۱	۳/۳	۳۰/۰	
مدت زمان بستری در هر بار بستری شدن	کمتر از ۲ هفته	۱۰	۳۳/۳	۳۶/۷	۰/۷۴۶
	بین ۲ هفته تا ۱ ماه	۱۵	۵۰/۰	۵۳/۳	
	بیشتر از ۱ ماه	۵	۱۶/۷	۱۰/۰	
محل زندگی	بومی	۱۶	۵۳/۳	۴۶/۷	۰/۶۰۶
	غیربومی	۱۴	۴۶/۷	۵۳/۳	
نوع درمان	شیمی‌درمانی	۲۰	۶۶/۷	۷۶/۷	۰/۳۹۰
	شیمی‌درمانی و رادیوتراپی	۱۰	۳۳/۳	۳۳/۳	
توانایی پرداخت هزینه‌های درمان	دارد	۷	۲۳/۳	۲۶/۷	۰/۸۷۴
	ندارد	۶	۲۰/۰	۲۳/۳	
	نیاز به کمک	۱۷	۵۶/۷	۵۰/۰	
نوع سرطان	ALL	۱۹	۶۳/۳	۶۶/۷	۰/۰۵
	AML	۳	۱۰/۰	۶/۷	
	Solid tumors	۳	۱۰/۰	۱۰/۰	

			۵	۵	Lymphoma	
	۱۶/۶	۱۶/۳	۵	۵		
نسبت خانوادگی مراقب با بیمار	۶۰/۰	۶۵/۵	۱۸	۱۹	مادر	
	۳۰/۰	۲۷/۶	۹	۸	پدر	۰/۸۷۴
	۱۰/۰	۶/۹	۳	۲	خواهر	
سن مراقب	۴۳/۳	۳۰/۰	۱۳	۹	<۳۰	
	۲۶/۷	۳۶/۳	۸	۱۰	۳۰-۳۵	۰/۵۶۳
	۳۰/۰	۳۳/۷	۹	۱۱	>۳۵	
تحصیلات مراقب	۳/۳	۰/۰	۱	۰	ابتدایی	
	۳/۳	۳/۳	۱	۱	متوسطه	۰/۴۹۶
	۹۳/۴	۹۶/۷	۲۸	۲۹	دانشگاهی	

*بررسی ارتباط داده‌های کمی با استفاده از آزمون T-test و بررسی ارتباط داده‌های کیفی با استفاده از آزمون Chi-Square

طبق جدول شماره ۲ نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد

که میانگین نمره امید به زندگی در گروه آزمون علیرغم

افزایش آن بعد از مداخله، رابطه معناداری بین قبل و بعد از مداخله (۱۷۹/۱۸±۱۶/۹۳) و بعد (۱۸۵/۵۰±۱۸/۳۰) از مداخله یافت نشد (P-value > ۰/۰۵)

جدول ۲: مقایسه میانگین نمره کل امید به زندگی در گروه آزمون، قبل و بعد از مداخله

متغیر	قبل از مداخله		بعد از مداخله		سطح معناداری
	میانگین نمره	انحراف معیار	میانگین نمره	انحراف معیار	
نمره کل امید به زندگی	۱۷۹/۱۶	۱۸/۹۳	۱۸۵/۵۰	۱۸/۳۰	۰/۱۱۹

*یافتن ارتباط بین میانگین نمره متغیرهای فوق بین در یک گروه، قبل و بعد از مداخله با استفاده از آزمون T-test Pairs

طبق جدول شماره ۳ نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد

که میانگین نمره امید به زندگی قبل از مداخله

نسبت به بعد از مداخله (۱۷۴/۱۴±۹۳/۱۰) و بعد از مداخله (۱۷۳/۱۳±۸۳/۹۹) در گروه کنترل رابطه معناداری نداشت (P-value > ۰/۰۵)

جدول ۳: مقایسه میانگین نمره کل امید به زندگی در گروه کنترل، قبل و بعد از مداخله

متغیر	قبل از مداخله		بعد از مداخله		سطح معناداری
	میانگین نمره	انحراف معیار	میانگین نمره	انحراف معیار	
نمره کل امید به زندگی	۱۷۴/۹۳	۱۴/۱۰	۱۷۳/۸۳	۱۳/۹۹	۰/۶۱۳

*یافتن ارتباط بین میانگین نمره متغیرهای فوق بین در یک گروه، قبل و بعد از مداخله با استفاده از آزمون T-test Pairs

طبق جدول شماره ۴ نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که

میانگین نمره امید به زندگی در گروه آزمون (۱۸/۳۰)

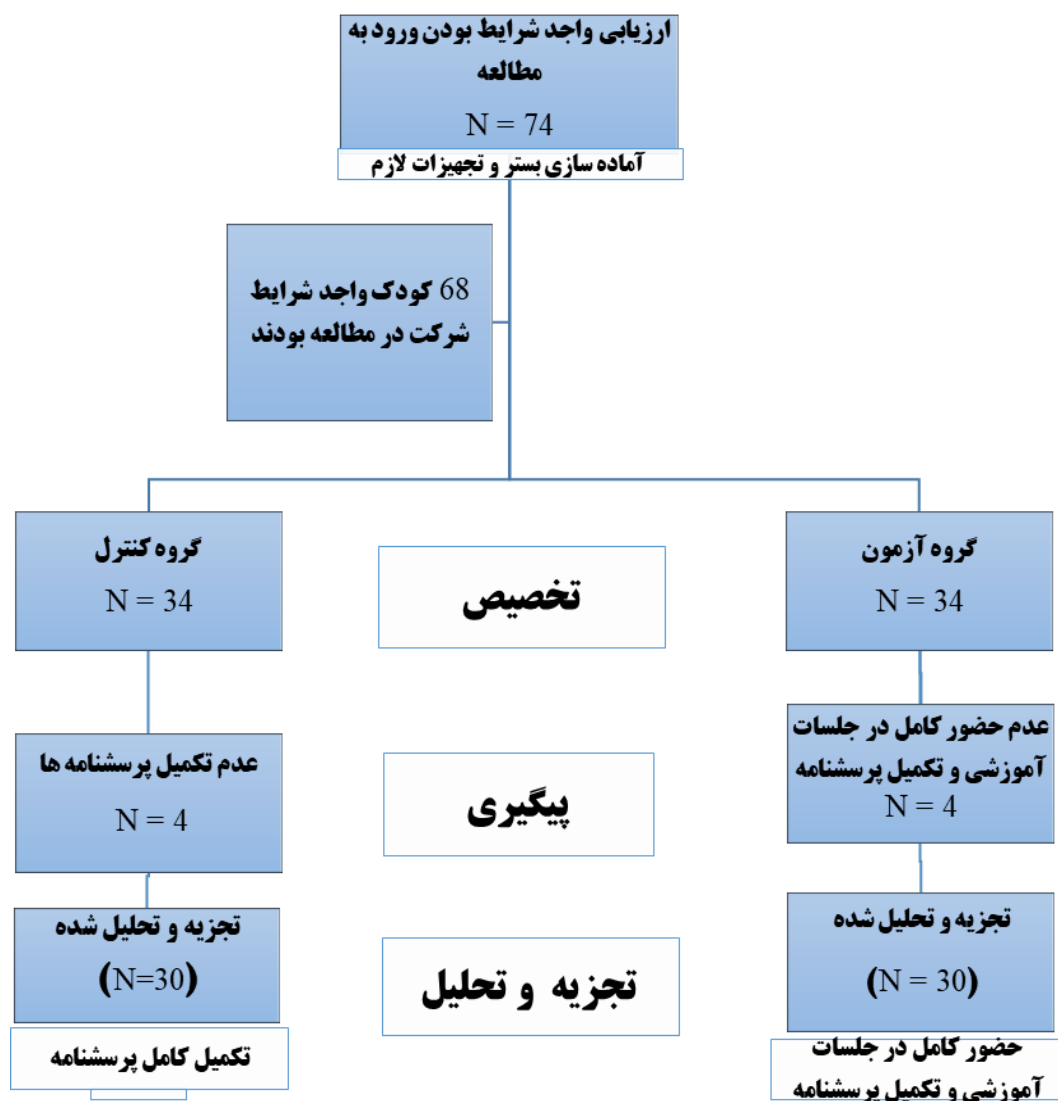
($\pm 50/185$) نسبت به گروه کنترل ($173/83 \pm 13/99$) بعد از (<).

مداخله، به طور معناداری افزایش پیدا کرد (P-value ۰/۰۵)

جدول ۴: مقایسه میانگین نمره کل امید به زندگی در هر دو گروه، بعد از مداخله

متغیر	گروه کنترل		گروه آزمون		سطح معناداری
	میانگین نمره	انحراف معیار	میانگین نمره	انحراف معیار	
نمره کل امید به زندگی	۱۷۳/۸۳	۱۳/۹۹	۱۸۵/۵۰	۱۸/۳۰	۰/۰۰۰۷

* یافتن ارتباط بین میانگین نمره متغیرهای فوق بین دو گروه با استفاده از آزمون T-test



شکل ۱: دیاگرام کنسورت (Consort) برای انجام مراحل مطالعه

بحث

این مطالعه با هدف تعیین تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر امید به زندگی کودکان مبتلابه سرطان بیمارستان شهید صدوقی شهر یزد انجام شد. نتایج به گونه ای نشان داد

که هر دو گروه آزمون و کنترل از نظر متغیرهای جمعیت شناختی همگن بودند. در ادامه، نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که میانگین نمره امید به زندگی در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل بعد از مداخله، به طور معناداری

افزایش پیدا کرد و شایان ذکر است که میانگین نمره امید به زندگی در گروه آزمون بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله افزایش پیدا کرده بود اما رابطه معناداری بین آنها یافت نشد. لذا نتایج نشان از تأثیرگذاری الگوی توانمندسازی خانواده محور بر امید به زندگی کودکان مبتلابه سرطان در این مطالعه است. در توضیح این یافته با توجه به جستجوهای فراوان، در زمینه تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر امید به زندگی تحقیقات زیادی انجام نگردیده است و هیچ مطالعه‌ای یافت نشد که تأثیر این الگو را بر امید به زندگی کودکان مبتلابه سرطان بررسی کرده باشد. این مسئله سبب می‌گردد که مقایسه پژوهش حاضر با تحقیقات دیگر کمتر قابل بررسی باشد؛ اما با این وجود در مطالعاتی که به امید به زندگی توجه کرده بودند همسو با این پژوهش، دهقانی و همکارانش (۲۰۲۰) در مطالعه خود در شهر اصفهان به این نتیجه رسیدند که گوش دادن فعال بر میزان امید به زندگی مادران دارای کودک مبتلابه سرطان تأثیر داشته است (۲۳). همچنین در مطالعه باقری زنجانی اصل منفرد و همکاران (۲۰۱۶) که در آن به بررسی اثر امید درمانی گروهی بر تاب‌آوری و امید به زندگی در بیماران مبتلابه سرطان پستان شهر زنجان انجام شده است، یافته‌ها نشان دادند که امید درمانی به شیوه گروهی سبب افزایش تاب‌آوری و امید به زندگی بیماران مبتلابه سرطان پستان شده است (۲۴). همچنین در مطالعه شیخ اکبری و همکاران (۲۰۱۲) اثربخشی امید درمانی گروهی بر امید به زندگی و افسردگی مادران دارای فرزند مبتلابه سرطان در شهر تهران مورد بررسی قرار دادند که در نهایت باعث افزایش میزان امید و کاهش میزان افسردگی در این افراد شد (۲۵). نتایج این تحقیق نیز با مطالعه حاضر همسو است که در تبیین این نتایج نیز می‌توان گفت مداخلات متفاوت مانند امید درمانی گروهی و گوش دادن فعال می‌توانند هم‌راستا و پوشاننده گام دوم الگوی توانمندسازی خانواده محور باشد. در گام دوم این الگو به ارتقای خودکارآمدی از طریق حل مسئله گروهی و مراحل

خودکارآمدی به صورت نمایش عملی می‌باشد که هدف از آن این است که شخص اعتقاد داشته باشد که می‌تواند کار خاصی را انجام دهد؛ به عبارتی خودکارآمدی به انتظار فرد از خودش و توان انجام کار و در نتیجه تأثیر بر امید به زندگی اشاره دارد. پرورشان و همکاران (۲۰۱۸) نیز در مطالعه‌ای نشان داد که خودکارآمدی، اعتماد به نفس افراد را افزایش می‌دهد در نتیجه آن‌ها می‌توانند وظایف خود را بهتر انجام دهند و احساس استقلال در انجام امور شخصی خود کنند (۲۶). بر همین اساس شاید بتوان به این نکته اشاره کرد که گام دوم الگوی توانمندسازی خانواده محور همچون روش‌هایی مثل گوش دادن فعال و امید درمانی گروهی می‌تواند در کل بر سلامت روان و مؤلفه‌های آن مؤثر باشد. به طوری که بیماران به همراه مراقب اصلی خود به بحث و ارائه راه‌حل در مورد مشکلات و چالش‌های مشابه می‌پردازند و بهترین فرصت برای بیان داستان‌های زندگی‌شان شده و در این میان پژوهشگر می‌تواند دیدگاه‌های امیدوارکننده را برجسته کند و از این طریق هم باعث انتقال تجربه به یکدیگر شده و هم باعث افزایش سطح امید و باور نسبت به خودشان در انجام امور و حل مشکلات می‌شود. علاوه بر این‌ها، آکوان (Akgun Kostak) (۲۰۱۳) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که والدین کودکان مبتلابه سرطان با مشکلات روحی و روانی فراوانی روبرو هستند؛ و تشویق فعال خانواده‌ها به استفاده از منابع حمایتی از آن‌ها بر سطوح افسردگی و ناامیدی والدین کودکان مبتلابه سرطان تأثیر مثبت خواهد داشت (۲۷). اکبری و همکارانش (۲۰۲۱) نیز در استفاده از الگوی توانمندسازی خانواده محور به این نتیجه رسیدند که الگوی توانمندسازی خانواده محور می‌تواند گام مهمی در جهت بهبود اضطراب مادران کودکان مبتلابه سرطان باشد؛ لذا با توجه به کم‌هزینه و ایمن بودن و تأثیرگذاری الگوی توانمندسازی خانواده محور پیشنهاد می‌گردد از این الگو در کاهش اضطراب و بهبود امیدواری مادران دارای کودک مبتلابه سرطان استفاده گردد (۲۸). در اینجا نیز باید گفت

الگوی توانمندسازی خانواده محور دارای چهار بعد آموزش، ارتقاء خودکارآمدی، افزایش خودباوری و ارزشیابی بوده و با ارتقاء ابعاد ذکرشده به طور هدفمند، مراقب و بیمار را به سمت وضعیت مطلوب جسمی و روانی سوق می‌دهد (۲۹). در نتیجه می‌توان گفت الگوی توانمندسازی خانواده محور می‌تواند به صورت جامع دربرگیرنده انواع مداخلات شناختی برای بهبود عواملی همچون اضطراب، خودکارآمدی، عزت نفس و امید به زندگی در بین بیماران مبتلا به سرطان و اعضای خانواده آن‌ها باشد.

به طور کلی نتایج این تحقیق حاکی از آن است که کودکان مبتلا به سرطان دلیل ماهیت مزمن بیماری‌شان و مشکلات و مسائل ناشی از آن و همچنین علاوه بر این، با ابتلای کودک یک خانواده به سرطان، سایر اعضا ممکن احساس ناامیدی در آن‌ها بروز کند و با گذشت زمان و طی کردن مراحل مختلف درمان و ندیدن نتیجه مطلوب، این احساس به کودک نیز القا بشود لذا محدودیت‌ها از یک طرف اثرات مجزا و خاص خود را دارند و از طرف دیگر اثرات هم‌افزایی دوجندانی از طرف حس ناامیدی و عدم درمان به بیماران مبتلا ایفاء می‌شود که می‌توان با استفاده از به کارگیری الگوی توانمندسازی خانواده محور تا حدودی امید به زندگی آن‌ها را ارتقاء و بهبود بخشید (۲۷، ۲۵).

نتیجه‌گیری:

با توجه به نتایج این مطالعه که تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور را بر امید به زندگی کودکان مبتلا به سرطان را

سنجید، این الگو می‌تواند برای ارتقاء و بهبود امید به زندگی این بیماران مؤثر واقع شود؛ و از آنجا که بیماری سرطان علاوه بر کودک، اعضای خانواده را نیز درگیر می‌کند، بنابراین، مشارکت آن‌ها در کنترل بیماری حائز اهمیت است. اجرای یک برنامه توانمندسازی با هدف افزایش دانش، انگیزه، عزت نفس و خودکارآمدی به خودکنترلی و رفتارهای پیشگیرانه منجر می‌شود که برای ارتقاء امید به زندگی و کیفیت زندگی لازم است؛ و همچنین این نوع مراقبت، بیمار و افراد خانواده را توانمند می‌کند تا کمبودهایشان را بشناسند و قدرت کافی داشته باشند تا موقعیت‌هایشان را تغییر دهند.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل از طرح پژوهشی به شماره ثبت ۷۴۳۳ در مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، پژوهشکده بیماری‌های غیر واگیر دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد با کد اخلاق (IR.SSU.RSI.REC.1399.006) بوده است. نویسندگان مراتب تشکر و سپاس خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، بیمارستان شهید صدوقی و یزد که در انجام مطالعه نقش مهمی داشته‌اند و همچنین از بیماران و خانواده ایشان که در مطالعه مشارکت داشتند، بابت همکاری صمیمانه در این طرح اعلام می‌دارند. همچنین نویسندگان این مطالعه اعلام می‌دارند که این پژوهش هیچ گونه تضاد منافی ندارد.

منابع

1. Borjali M, Abbasi M, Asadian A, Ayadi N. Effectiveness of group logo therapy on the anxiety of death and life expectancy of patients with stomach cancer. Jundishapur Scientific Medical Journal. 2017 Jan 20;15(6):635-464.
2. Jadidi R, Hekmatpou D, Eghbali A, Memari F, Anbari Z. "Parents a dead end life": The main experiences of parents of children with leukemia. Iranian journal of nursing and midwifery research. 2014 Nov 1;19(6):600-6.

3. Paryab S, Hojjati H, Hekmatipour N. The Effect of Johnson Behavioral Theory on the Self-efficacy of Mothers of Children with Cancer. *Pajouhan Scientific Journal*. 2022 May 10;20(2):87-94. doi:10.61186/psj.20.2.87
4. Jahansha M, zeinab sh. Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (STDP) on Enhancement of Hope and Happiness in patients with Cancer. *Journal of Health Psychology*. 2018;7(27):131-51.
5. Noursina S, Kiani Q. The moderating role of self-compassion in the relationship between caregiver burden and depression among parents of children with cancer. *Nursing and Midwifery Journal*. 2023 Oct 10;21(7):558-74. doi:10.61186/unmf.21.7.558
6. Chaharsoughi NT. Legacy-Making in Palliative Care of Pediatric Cancer. *Iranian Journal of Cancer Care (IJCA) Original Article*. 2023;1.(۴)
7. Rahimi S, Fadakar Soghe R, Tabri R. Related factors with quality of life among preschool children with cancer. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*. 2014;24(1):30-9.
8. Vollmer TC, Koppen G. The parent-child patient unit (PCPU): Evidence-based patient room design and parental distress in pediatric cancer centers. *International journal of environmental research and public health*. 2021 Sep 23;18(19):9993. doi:10.3390/ijerph18199993
9. Soroush M, Hejazi E, Shoakazemi M, Gheranpayeh L. Body Image Psychological Characteristics and Hope in Women with Breast Cancer. *Iranian Quarterly Journal of Breast Diseases*. 2015;7(4):52-63.
10. Aghakhani S, Bahari F. Research Paper The Effectiveness of Nerve Planning Group-Languages Cognitive Expectancy and Quality of Life for Children With Cancer. *Iranian Journal of*. 2018;24(3). doi:10.32598/ijpcp.24.3.256
11. Rafiee Z, Karami J, Rezaei M. The effectiveness of self-compassion group training on raising hope in diabetics. *International Journal of Behavioral Sciences*. 2019 Apr 1;13(1):40-5.
12. Kazemi, Momeni. The relationship between quality of life and life expectancy in cancer patients after surgery. *Journal of Breast Diseases*. 2009;2(3):20-7.
13. A A, M N, P D, S S. The relationship between social support and hope in cancer patients. *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences*. 2022;9(3):80-8.
14. Sanaie N, Nejati S, Zolfaghari M, Alhani F, Kazemnezhad 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):27-19.
15. Vahedian-Azimi A, Rahimi Bashar F, Amini H, Salesi 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. *Hayat*. 2018 Jul 10;24(2):152-73.
16. Shojaezadeh D, Tol A, Sharifirad G, Alhani F. Effect of education program based on empowerment model in promoting self-care among type 2 diabetic patients in Isfahan.
17. Rakhshan M, Ghanbari A. The effect of family-centered empowerment model on the illness perception in heart failure patients: a randomized controlled clinical trial. *Journal of Caring Sciences*. 2018 Dec 1;7(4):189.
18. Vahedian-Azimi A, Miller AC, Hajiesmaeli M, Kangasniemi M, Alhani F, Jelvehmoghaddam H, Fathi M, Farzanegan B, Ardehali SH, Hatamian S, Gahremani M. Cardiac rehabilitation using the Family-Centered Empowerment Model versus home-based cardiac rehabilitation in patients with myocardial infarction: a randomised controlled trial. *Open heart*. 2016 Apr 19;3(1). doi:10.1136/openhrt-2015-000349

19. Azimi AV, fatemeh alhani. Iran J Crit Care Nurs. 2010 Feb 15;2(4):1-2 .Effect of family-centered empowerment model on the life style of myocardial infarction patients.
20. Rajabi R, Sabzevari S, Borhani F, Haghdoost AA, Bazargan N. The effect of family-centered Empowerment Model on quality of life school age children with asthma. Journal of Health promotion management. 2013 Oct 15;2(4):7-15.
- 21 Vahedian-Azimi A, Alhani F, Goharimogaddam K, Madani SJ, Naderi A, Hajiesmaeili M. Effect of family-centered empowerment model on the quality of life in patients with myocardial infarction: A clinical trial study. Journal of Nursing Education. 2015 May 10;4(1):8-22.
- 22 Hosseini M. The Relationship between Life Expectancy and Psychological Hardiness in Students (Girl and Boy) [MSc Psychological]: Islamic Azad University of Gachsaran Branch; 1385.
- 23 Dehghani F, Sadeghi N, Azarbarzin M. Effect of active listening on life expectancy of mothers who has children with cancer. Iranian Journal of Cancer Care (IJCA). 2022 Sep 10;1(3):53-9.
- 24 Bagheri Zanjani Asl Monfared L, Entesar Foumany G. The effectiveness of group based hope-therapy on increasing resilience and hope in life expectancy in patients with breast cancer. Journal of Health Promotion Management. 2016 Aug 10;5(4):58-64.
- 25 Shekarabi-Ahari G, Younesi J, Borjali A, Ansari-Damavandi S. The effectiveness of group hope therapy on hope and depression of mothers with children suffering from cancer in Tehran. Iranian Journal of Cancer Prevention. 2012;5(4):183.
26. Parvareshan S, Shamsalinia AB, Jahanshahi ME, Hajiahmadi MA. Impact of family-based empowering model on the per-ceived threat and self-efficacy of families of diabetic elderly at risk of falling. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2018 Jan 1;7(2):96-107.
27. Kostak MA, Avci G. Hopelessness and depression levels of parents of children with cancer. Asian Pacific journal of cancer prevention. 2013;14(11):6833-8. doi:10.7314/apjcp.2013.14.11.6833
28. Akbari A, Ahmadi F, Zandi H, Talebi-Ghane E, Yadollahifar S, Jalili E. The Effect of Family-Centered Empowerment Model on Anxiety of Mothers of Children with Cancer. Journal of Health and Care. 2021;22(4):295-305. doi:10.52547/jhc.22.4.295
29. Alhani F. The effect of Family Centered Empowerment Model on mothers' QOL of girls under six years old with UTI.