

بررسی تأثیر آموزش « نحوه مراقبت از کودکان مبتلا به فلج مغزی » بر کیفیت زندگی مراقبین خانوادگی آنها

*محمد سعید خانجانی^۱، نیکتا حاتمی زاده^۲، محمد علی حسینی^۳، مهدی رهگذر^۴، منوچهر ارجمند^۵

چکیده

هدف: نظر به اینکه وجود فرزند مبتلا به فلج مغزی زندگی خانواده و به ویژه مراقب خانوادگی کودک را متأثر می‌سازد، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش نحوه مراقبت از کودکان مبتلا به فلج مغزی بر کیفیت زندگی مراقبین خانوادگی این کودکان انجام شده است.

روش بررسی: در این مطالعه مداخله‌ای و شبه‌تجربی، ۲۵ نفر از مراقبین اصلی خانواده‌های دارای کودک مبتلا به فلج مغزی اسپاستیک تحت پوشش بهزیستی شهرستان بابلسر که حداقل سواد خواندن و نوشتن داشتند، به روش تمام‌شمار و با رعایت معیارهای لازم انتخاب و مورد آموزش قرار گرفتند. قبل و سه‌ماه پس از آموزش، میزان مهارت مراقبین در مراقبت از کودک مبتلا به فلج مغزی بر اساس فرم جمع‌آوری اطلاعات نحوه مراقبت از کودکان فلج مغزی و کیفیت زندگی مراقبین با پرسشنامه فرم کوتاه بررسی وضعیت سلامت (SF36) مورد سنجش قرار گرفت. آموزش به صورت عملی و با حضور مراقب و کودک مبتلا در طی ۶ تا ۸ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای انجام پذیرفت. داده‌های حاصل با استفاده از آزمون تی زوجی و آزمون ناپارامتری ویلکاکسون تحلیل شد.

یافته‌ها: نمرات کیفیت زندگی مراقبین ۳ ماه پس از پایان آموزش نسبت به قبل از دریافت آموزش در تمامی ۸ قلمرو، ۲ حیطه کلی سلامت ذهنی و سلامت جسمانی و کیفیت زندگی کل به میزان معناداری افزایش یافت ($P < 0/001$). از میان قلمروهای هشت‌گانه، کمترین میانگین افزایش در قلمرو سلامت ذهنی ($11/36 \pm 13/54$) و بیشترین آن در قلمرو نقش عاطفی ($50/66 \pm 78/24$) مشاهده شد. میزان این تغییر در نمره کلی کیفیت زندگی ($23/18 \pm 15/83$) بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به ارتقاء کیفیت زندگی والدین به دنبال گذراندن دوره آموزشی درباره نحوه صحیح مراقبت از کودکان مبتلا به فلج مغزی، اهمیت آموزش والدین بیش از گذشته معلوم شده و به نظر می‌رسد در ارزیابی اثربخشی برنامه‌های توانبخشی کودکان، می‌بایست آثاری که این برنامه‌ها بر سایر اعضای خانواده دارد نیز همواره مورد توجه قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی / مراقب خانوادگی / فلج مغزی

- ۱- کارشناس ارشد مدیریت توانبخشی
- ۲- متخصص اطفال، MPH، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- ۳- دکترای مدیریت آموزش عالی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- ۴- دکترای آمار زیستی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- ۵- پزشک عمومی، MPH

تاریخ دریافت مقاله: ۸۷/۸/۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۸/۸/۲۵

*آدرس نویسنده مسئول:

تهران، اوین، بلوار دانشجو، بن‌بست کودکان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه مدیریت توانبخشی
تلفن: ۲۲۱۸۰۰۳۴

*E-mail: saeedkh76@yahoo.com



مقدمه

فلج مغزی معلولیتی حرکتی است که در اثر صدمه دیدن مغز در حال تکامل در دوران قبل از تولد، حین تولد و یا چند سال اول عمر ایجاد می‌شود (۱، ۲). میزان شیوع فلج مغزی در کشورهای مختلف ۶/۰ تا ۹/۵ در هر هزار تولد زنده و در ایران ۲ در هزار برآورد شده است (۳، ۴). کودکان مبتلا به فلج مغزی نیازمند دوره‌های طولانی مدت توانبخشی هستند (۵). از آنجا که معلولیت کودک در درون سیستمی به نام خانواده به وقوع می‌پیوندد، آثار نامطلوبی بر عملکرد خانواده و کیفیت زندگی اعضا بر جا می‌گذارد. تشخیص معلولیت یکی از فرزندان در بدو امر نظم معمول زندگی اعضای خانواده را بر هم می‌زند و به بروز آشفتگی‌ها و مشکلات زیادی می‌انجامد (۶، ۷). از سوی دیگر تحقیقات بسیاری گویای این واقعیتند که مادران دارای کودک معلول نسبت به مادران کودکان عادی وظایف مراقبتی بیشتری بر عهده داشته، استرس بیشتری را در زندگی تجربه کرده و از سلامت جسمی و روانی کمتری برخوردارند، زیرا نیازهای مراقبتی، مشکلات رفتاری و عملکرد کودک بر سلامت مراقبین تأثیر منفی می‌گذارد (۸). همانگونه که معلولیت کودک بر خانواده تأثیر می‌گذارد، متقابلاً سلامت فیزیکی و عاطفی خانواده نیز بر سلامت، رفاه و موفقیت توانبخشی کودک مبتلا تأثیر دارد (۹). به این ترتیب انجام مداخلاتی به منظور بالا بردن سطح سلامت و رضایت و یا به عبارت دیگر ارتقاء کیفیت زندگی مراقبین کودک می‌تواند برای مراقبین و کودکان سودمند باشد. مراقبت از کودک مبتلا به فلج مغزی نسبت به کودک عادی دشوارتر است، اما چنانچه از شیوه مناسبی بهره جسته شود، انجام این امر تسهیل می‌یابد (۱۰، ۹، ۵). در سالهای اخیر علاوه بر توجه به وضعیت زندگی کودکان معلول، کیفیت زندگی والدین این کودکان نیز مورد توجه قرار گرفته است و مطالعاتی در زمینه کیفیت زندگی مراقبین کودکان مبتلا به معلولیت انجام شده است. نتایج این تحقیقات نشان داده است که کیفیت زندگی مراقبین کودکان مبتلا به معلولیت نسبت به افرادی که از بچه‌های سالم مراقبت می‌کنند، پایین‌تر است (۱۱-۱۳). برای رفع این مشکل مداخلاتی پیشنهاد شده که از آن جمله می‌توان به توسعه سرویس‌های حمایتی جامع برای خانواده‌ها اشاره کرد که دربرگیرنده برنامه‌های آموزشی مناسب، برنامه مراقبت در منزل و برنامه‌های حمایتی مناسب باشد (۱۴، ۱۵). تا کنون تعدادی از پژوهش‌ها برخی از اثرات آموزش شیوه صحیح مراقبت از کودک معلول را بر والدین و کودکان مورد بررسی قرار داده‌اند. از جمله وارما با انجام پژوهش خود به این نتیجه دست یافت که آموزش مادران در زمینه نحوه مراقبت از کودکان مبتلا به عقب‌مانده‌ذهنی شان در منزل سبب

بهبود نگرش آنها نسبت به کودک و همچنین افزایش سازگاری آنها نسبت به قبل از آموزش می‌گردد (۱۶). همچنین نتایج پژوهش جعفرزاده در مورد تأثیر برنامه‌های مراقبت در منزل بر آپیگار (تطابق - همکاری و مشارکت - رشد - وضعیت عاطفی و حل مشکلات) خانواده‌های دارای کودک مبتلا به فلج مغزی نشان داد که میزان آپیگار خانواده‌ها پس از مداخله افزایش یافت (۱۷). اما پژوهشی که اثر ارائه چنین آموزش‌هایی را بر کیفیت زندگی مراقبین خانوادگی (که عمدتاً والدین هستند) نشان دهد، انجام نشده است، لذا این پژوهش با هدف بررسی تأثیر آموزش نحوه مراقبت از کودکان مبتلا به فلج مغزی بر کیفیت زندگی مراقبین خانوادگی آنها انجام شده است. تأکید این آموزش بر فعالیت‌های روزمره شامل حمل و نقل کودک، وضعیت دهی صحیح کودک، لباس پوشیدن و درآوردن، غذا خوردن و دستشویی رفتن بوده که به مراقبین خانوادگی کودکان مبتلا به فلج مغزی آموزش داده شد.

روش بررسی

در این مطالعه مداخله‌ای - نیمه تجربی، کودکان مبتلا به فلج مغزی ۲ تا ۷ ساله تحت پوشش اداره بهزیستی بابلسر و مراقبین این کودکان در خانواده مورد بررسی قرار گرفتند. روش نمونه‌گیری از نوع تمام‌شماری بوده و تعداد کل مراقبین واجد معیارهای ورود به پژوهش بالغ بر ۳۴ زوج بود. معیار ورود مراقبین به پژوهش عبارت بود از سواد خواندن و نوشتن، برعهده داشتن مسئولیت اصلی مراقبت از کودک فلج مغزی در خانواده و اینکه تنها از یک کودک معلول مراقبت نماید. معیار خروج، بی‌سواد بودن مراقبین و مراقبت از بیش از یک کودک معلول در خانواده بوده است. از همه مراقبین پس از ارائه توضیح درباره پژوهش دعوت به همکاری شد که از این میان ۲۵ مراقب برای شرکت در پژوهش تمایل نشان داده و رضایت نامه کتبی را امضا نمودند. قبل از شروع آموزش کیفیت زندگی مراقبین با استفاده از ابزار فرم کوتاه بررسی وضعیت سلامت با ۳۶ سؤال^۱ (SF36) مورد سنجش قرار گرفت. این پرسشنامه یکی از ابزارهای سنجش کیفیت زندگی عمومی مرتبط با سلامت است که در ایالات متحده ساخته شده و در ایران ترجمه شده که پایایی و روایی آن با میانگین ضریب آلفای ۰.۷۹ تأیید شده است. این پرسشنامه کیفیت زندگی فرد را در ۸ قلمرو عملکرد جسمی^۲، نقش فیزیکی^۳، درد جسمانی^۴، سلامت عمومی^۵، سرزندگی^۶، عملکرد اجتماعی^۷،

1- Short form of health survey with 36 questions (SF36)
2- Physical Function
3- Physical Role
4- Body Pain
5- General Health
6- Vitality
7- Social Function



بررسی تأثیر آموزش «نحوه مراقبت از کودکان مبتلا به فلج مغزی»...

یافته‌ها

۲۰ نفر از مراقبین مورد مطالعه زن (۸۰ درصد) و ۵ نفر (۲۰ درصد) مرد بودند. سن آنها بین ۲۵ تا ۵۰ سال و به طور متوسط $37/5 \pm 7/2$ سال بود. ۱۹ نفر از مراقبین مادر، ۴ نفر پدر و ۲ نفر خواهر یا برادر کودک مبتلا بودند. میزان تحصیلات ۲۸ درصد (۷ نفر) از مراقبین شرکت‌کننده در پژوهش ابتدایی، ۴۴ درصد (۱۱ نفر) راهنمایی و دبیرستان و ۲۸ درصد (۷ نفر) دیپلم و بالاتر بود. از جمع ۲۵ کودک مورد مطالعه براساس معیار طبقه‌بندی معلولیت جسمی سازمان بهداشتی کشور ۳۲ درصد (۸ نفر) دچار معلولیت شدید و ۶۸ درصد (۱۷ نفر) دچار معلولیت متوسط و خفیف بودند.

جدول ۱- تعداد محورهای آموزشی مورد نیاز مراقبین خانوادگی کودکان مبتلا به فلج مغزی مورد مطالعه

تعداد محورهای آموزشی مورد نیاز مراقبین	فراوانی مطلق تعداد مراقبین	فراوانی نسبی درصد
۵	۱۵	۶۰
۴	۶	۲۴
۳	۲	۸
۲	۲	۸
۱	-	-
۰	-	-

* محورهای شامل: ۱- حمل و نقل ۲- نحوه صحیح فرار دادن کودک ۳- لباس پوشاندن و درآوردن ۴- غذا دادن ۵- توالت بردن می‌باشد.

همانگونه که جدول (۱) نشان می‌دهد، بیش از نیمی از مراقبین در هر ۵ محور ضعف داشته و به طور کلی تمامی مراقبین در ۲ حیطه یا بیشتر نیازمند آموزش بودند.

نقش عاطفی^۱ و سلامت ذهنی^۲ و همچنین ۲ حیطه کلی سلامت جسمی و سلامت ذهنی و نیز نمره کل کیفیت زندگی مورد ارزیابی قرار می‌دهد. مهارت مراقبین در کمک به کودک برای انجام فعالیتهای روزمره زندگی در ۵ حیطه حمل و نقل کودک، وضعیت‌دهی صحیح کودک، لباس پوشیدن و درآوردن، غذا خوردن و دستشویی رفتن به صورت عملی و بر اساس فرم جمع‌آوری اطلاعات نحوه مراقبت از کودک مبتلا به فلج مغزی مورد ارزیابی قرار گرفت و نیازهای آموزشی هر یک از مراقبین در زمینه ۵ حیطه مراقبتی مشخص گردید. سپس نحوه صحیح مراقبت از کودک مبتلا به فلج مغزی براساس راهنمای آموزشی تدوین شده که شامل آموزش ۵ حیطه مراقبتی فوق بود طی ۶ تا ۸ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای طی ۴ هفته به مراقبین آموزش داده شد. به این ترتیب که در هر جلسه آموزشی که با حضور فردی از اعضای خانواده که وظیفه مراقبت از کودک را به عهده داشت و همچنین کودک تحت مراقبت او برگزار می‌شد، ابتدا با توضیح مهارت مورد نظر، عملاً آنچه مراقب باید انجام دهد به او آموزش داده شده و سپس از فرد خواسته می‌شد فعالیت را انجام دهد و تا حصول اطمینان از فراگیری مهارت مورد نظر جلسات ادامه می‌یافت. آموزشها به طوری بود، چهره‌به‌چهره و عملی بود. ۳ ماه پس از پایان آموزش، کیفیت زندگی مراقبین مجدداً با استفاده از پرسشنامه SF36 مورد سنجش قرار گرفت. میانگین نمرات کیفیت زندگی قبل و بعد از آموزش در مواردی که میانگین نمرات از منحنی نرمال تبعیت می‌کردند، با استفاده از آزمون تی زوجی و در مواردی که پراکندگی نمرات نرمال نبود با آزمون ناپارامتری ویلکاکسون مقایسه شد.

جدول ۲- مقایسه نمرات ۸ قلمرو کیفیت زندگی مراقبین کودکان مبتلا به فلج مغزی قبل و بعد از آموزش

متغیر	قبل از آموزش		بعد از آموزش		اختلاف نمرات	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
عمکرد جسمی	۶۵/۲۰	۱۸/۶۷	۱۲/۵۱	۷۸/۴۰	۱۳/۲۰	۱۲/۴۹
نقش فیزیکی	۳۲	۲۷/۵	۲۶/۱۴	۶۳	۳۱	۲۶/۲۹
درد جسمانی	۴۸/۵۲	۱۹/۶۹	۶۳/۰۸	۱۹/۱۰	۱۴/۵۶	۱۵/۵۵
سلامت عمومی	۲۹/۷۲	۱۷/۷۵	۴۴/۶۴	۱۷/۳۹	۱۴/۹۲	۱۵/۷۶
سرزندگی	۳۸	۱۶/۶۴	۵۱/۲	۱۳/۳۲	۱۳/۲	۱۲/۴۹
عملکرد اجتماعی	۵۲/۵	۲۲/۲۴	۶۶/۵	۱۶/۸۱	۱۴	۱۵/۸۶
*نقش عاطفی	۲۲/۶۶	۲۱/۵۵	۷۳/۳۳	۷۴/۳۶	۵۰/۶۶	۷۸/۲۴
سلامت ذهنی	۴۶/۷۲	۱۷/۹۱	۵۸/۰۸	۱۳/۱۷	۱۱/۳۶	۱۳/۵۴

* پراکندگی متغیر نقش عاطفی نرمال نبود، از این رو از آزمون ناپارامتری ویلکاکسون و در سایر موارد آزمون تی زوجی استفاده شد.



نیز در همین سه قلمرو از همه حیطه‌ها بیشتر بود، به نحوی که این تغییر در قلمرو نقش عاطفی و نقش فیزیکی بسیار برجسته ($P < 0/001$) و به ترتیب در قلمروهای نقش عاطفی ($50/66 \pm 78/24$) و نقش فیزیکی ($31 \pm 26/30$) نمره) بود.

جدول ۲، ۳ و ۴ میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی قبل و بعد از آموزش را به ترتیب در ۸ قلمرو، ۲ حیطه و کیفیت زندگی کل نشان می‌دهد. همانگونه که ملاحظه می‌شود قبل از مداخله، کیفیت زندگی مراقبین در قلمروهای نقش عاطفی، سلامت عمومی و نقش فیزیکی بدتر از سایر قلمروها بوده است و تغییر ایجاد شده در اثر مداخله

جدول ۳- مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی در دو حیطه سلامت جسمی و سلامت ذهنی مراقبین خانوادگی کودکان مبتلا به فلج مغزی قبل و بعد از آموزش

متغیر	قبل از آموزش		بعد از آموزش		اختلاف نمرات		مقدار احتمال
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
سلامت جسمی	۴۲/۷۰	۱۶/۷۹	۶۰/۰۶	۱۴/۴۵	۱۹/۸۹	۱۷/۰۲	<0/001
سلامت ذهنی	۳۸/۷۲	۱۶/۴۴	۵۸/۰۸	۱۳/۱۷	۱۹/۳۵	۱۸/۱۸	<0/001

همانطور که ملاحظه می‌شود، در هر دو حیطه سلامت جسمانی و سلامت ذهنی بعد از انجام مداخله نمرات کیفیت زندگی مراقبین افزایش معناداری نسبت به قبل از مداخله داشته است که این افزایش

جدول ۴- مقایسه میانگین نمره کلی کیفیت زندگی مراقبین کودکان مبتلا به فلج مغزی قبل و بعد از آموزش

متغیر	قبل از آموزش		بعد از آموزش		اختلاف نمرات		مقدار احتمال
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
کیفیت زندگی (SF36)	۴۲/۳۹	۱۶/۵۷	۶۲/۷۸	۱۴/۳۴	۲۳/۱۸	۱۵/۸۳	<0/001

و بالاخره جدول شماره (۴) نشان می‌دهد بعد از انجام مداخله میانگین نمرات کل کیفیت زندگی مراقبین افزایش معناداری نسبت به قبل از مداخله داشته است ($23/18 \pm 15/83$, $P < 0/001$).

بحث

نتایج پژوهش نشان داد آموزش عملی نحوه مراقبت از کودک مبتلا به فلج مغزی اسپاستیک به مراقبین خانوادگی آنها می‌تواند منجر به ارتقاء چشمگیر (به‌طور متوسط حدود بیست نمره در مقیاس ۱۰۰ نمره‌ای SF36) کیفیت زندگی آنها شود.

با توجه به اینکه کودکان مبتلا به فلج مغزی مورد مطالعه در این پژوهش تحت پوشش برنامه‌های توانبخشی سازمان بهزیستی بوده‌اند و قاعدتاً در حین ارائه خدمات توانبخشی به آنها درمورد نحوه مراقبت از کودک نیز توضیحاتی ارائه می‌شد، اما به والدین و مراقبین این کودکان آموزشی مدون و با چارچوب مشخص در زمینه نحوه مراقبت از کودک مبتلا به فلج مغزی ارائه نشده بود. نتایج ارزیابی انجام شده از میزان مهارت و دانش مراقبین درباره نحوه مراقبت از کودکان مبتلا به فلج مغزی قبل از شروع مداخله حاکی از خلاء اطلاعاتی در بسیاری از محورها بود، به‌طوری که ۸۴٪ از کل مراقبین شرکت‌کننده در پژوهش در بیش از چهار محور از پنج محور مراقبتی کودک و در مجموع تمامی مراقبین

شرکت‌کننده حداقل در ۲ محور نیاز به آموزش داشتند.

در مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی مراقبین، قبل از آموزش و ۳ ماه پس از پایان آموزش، ارتقاء کیفیت زندگی مراقبین در تمامی ۸ قلمرو و ۲ حیطه کلی سلامت ذهنی و سلامت جسمانی و نمره کل کیفیت زندگی مشهود بود. مطالعات زیادی به اثر نامطلوب وجود فرزند معلول در خانواده بر کیفیت زندگی و سلامت فیزیکی و روانی والدین و مراقبین پرداخته‌اند. از جمله در مطالعه هاکان تونا در زمینه سنجش کیفیت زندگی مراقبین اصلی کودکان مبتلا به فلج مغزی با پرسشنامه SF36، این مراقبین نسبت به مراقبین کودکان سالم از کیفیت زندگی پایین تری در تمام قلمروها برخوردار بودند (۱۱). مطالعه پیترو رزن بوم نشان داد والدینی که از کودکان مبتلا به فلج مغزی مراقبت می‌کنند، از سلامت فیزیکی و روانی کمتری برخوردار بودند (۸). پژوهش‌های معدودی بررسی اثر مداخلات آموزشی را بر مراقبین کودکان دچار معلولیت مدنظر قرار داده‌اند. از آن جمله می‌توان به پژوهش‌های وارما (۱۶)، جولی بارلو (۱۸)، اکرم جعفرزاده (۱۷) و فاطمه ابراهیمی



بیشتر پیشنهاد می‌گردد. همچنین با توجه به اثر متقابل کودک معلول و خانواده بر یکدیگر، پیشنهاد می‌گردد مدیران و اعضای تیم‌های توانبخشی برای ارتقاء کیفیت زندگی خانواده‌های دارای کودک معلول برنامه‌ای منسجم تدوین نمایند.

نتیجه‌گیری

آموزش نحوه مراقبت صحیح از کودکان مبتلا به فلج مغزی براساس راهنمای آموزشی مراقبت از کودکان مبتلا به فلج مغزی و طبق پروتکل انجام شده در پژوهش، باعث ارتقاء معنادار کیفیت زندگی در همه قلمروها، حیطه‌ها و نمره کل کیفیت زندگی مراقبین می‌شود. با توجه به نتیجه به دست آمده در این پژوهش، افزودن برنامه مدون آموزشی در زمینه نحوه مراقبت از کودک فلج مغزی به بسته توانبخشی این خانواده‌ها ضروری به نظر می‌رسد، زیرا زندگی والدین و سلامت ایشان نه تنها به خودی خود حائز اهمیت است، بلکه سلامت و رضایت آنها از زندگی، در توانبخشی مؤثر کودک نقشی غیرقابل انکار دارد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از کودکان و خانواده‌های شرکت‌کننده در پژوهش و همکاری واحد توانبخشی بهزیستی شهرستان بابلسر تشکر می‌شود.

(۱۹) اشاره کرد که نتایج این پژوهش‌ها مانند پژوهش حاضر حاکی از بروز آثاری مثبت در مراقبین بود. مطالعه وارما نشان داد که آموزش مادران برای مراقبت از کودکان عقب‌مانده ذهنی، سبب بهبود نگرش و افزایش سازگاری آنها نسبت به قبل از آموزش گردید. جولی بارلو با بررسی اثر اجرای یک برنامه آموزشی در زمینه ماساژ کودک مبتلا به فلج مغزی برای والدین به بررسی اثر این آموزش بر روی والدین و کودک آنها پرداخت. ۴ ماه پس از ارائه این آموزش به والدین، علاوه بر تأثیر مثبت این ماساژ بر کودک فلج مغزی، اضطراب و استرس والدین نیز کاهش یافته و رضایت والدین از زندگی افزایش یافت. جعفرزاده با اجرای برنامه‌های آموزشی مراقبت در منزل و تأثیر آن بر آپیگار خانواده‌های دارای کودک مبتلا به فلج مغزی نشان داد که میزان آپیگار خانواده‌ها دو ماه پس از مداخله افزایش یافت. فاطمه ابراهیمی باغبان با اجرای برنامه آموزش مهارت‌های زندگی برای مادران دارای فرزند عقب‌مانده ذهنی نشان داد که این آموزش‌ها باعث افزایش سازگاری اجتماعی این مادران شده است. پژوهش حاضر نیز نشان داده است که آموزش نحوه صحیح مراقبت از کودک مبتلا به فلج مغزی بر زندگی مراقب تأثیر گذار است. قابل ذکر است که در این پژوهش چون تعداد کل نمونه‌های قابل بررسی پایین بود، به همین خاطر امکان استفاده از گروه کنترل وجود نداشت. لذا انجام پژوهش مشابه با تعداد نمونه‌های

منابع:

- 1-Tachdian M.O. Pediatric orthopedics. Second edition. Philadelphia. Saunders Company; 1990, PP: 216-231.
- 2- Wilson M, Elaine M. Cerebral palsy: Introduction and diagnosis. Pediatric Health Care 2007; 21 (3): 146-152.
- 3- Karimzadeh P. [Elevation of children with cerebral palsy for purposes of aetiology , kind of associated disorders (Persian)]. A project in university of social welfare and rehabilitation sciences; 1995, pp: 20-35.
- 4-Terry canal S. Campbell's operative orthopedics. 9th edition. Mosby-year book; 1998, PP: 220-255.
- 5- Joghatai M , Golmohammadi H. [Children with cerebral palsy (Persian)]. First edition. Tehran. University of social welfare and rehabilitation sciences; 1998, PP: 35-55.
- 6-Huber T, Jill D. A community health information needs assessment of Texas families who have children with chronic illnesses and disabilities and their care providers. Med Liber Assoc 2005; 93 (2): 278-281.
- 7- Rosenbaum P. Cerebral palsy: What parents and doctors what to know. BMJ 2003; 32 (7): 870-974.
- 8- Riana P, Rosenbaum P, et al. The Health and well-Being of caregivers of children with cerebral palsy. Pediatrics 2005; (6): 626-645.
- 9 - Won lime J, Zebrack B. Caring for family members will chronic physical illness. Health Qual Life Outcomes 2004; 2 (50): 84-98.
- 10-karen M, Plant R. Reducing problem behavior during care-giving in families of preschool aged children with developmental disabilities. Res in Dev Disabil 2007; 28 (4): 362-385 .
- 11- Tuna T, Unalan H. Quality of life of primary caregivers of children with cerebral palsy. Deve Med Child Neurol 2007; 46 (9): 647-649.
- 12- Alike H, Larsson J. Health-related quality of life in parents of school-age children with Asperger syndrome or high functioning autism. Health Qual Life Outcomes 2006; 4 (1): 64-79.
- 13- Tzoufi M, Mantas C.H. The impact of childhood chronic neurological diseases on families. Health and Development 2005; 31 (1):109-115.
- 14- Arshadi bostanabadi M. [Evaluation of managers, nurses and students idea who work in rehabilitation centers about nursing role in various reaches of rehabilitation (Persian)]. Thesis for master of science in nursing. Tehran university of medical sciences; 2002, pp: 45-52.
- 15- King S, Teplicky R. Family- Centered service for children with cerebral palsy and their family. Semin Pediatr Neurol 2006; 11 (1): 78-86.
- 16-Varma P. Evaluation of a home care program for the mentally retarded children through training of the mother. Health Care for Children 2003; 46 (9): 86-94.
- 17- Jafarzadeh A. [Effect of home care on apgar of cerebral palsied child's family who refer to rehabilitation center in shirvan (Persian)]. Thesis for master of science in nursing. University of social welfare and rehabilitation sciences; 2003, pp: 35-67.
- 18- Barlow J, Powell L. The training and support program or parents of children with cerebral palsy. Body Work and Movement Therapies 2007; 17 (11): 44-53.
- 19- Ebrahimi baghban F. [Effect of life skills education on social compatibility of mothers who care from child with mental retardation in Isfahan city (Persian)]. Thesis for master of science in psychology. University of social welfare and rehabilitation of sciences; 2007, pp: 34-50.