

Explaining the Concept of Self-esteem in Patients with Chronic Conditions Based on the Family-Centered Empowerment Model: A Directed Content Analysis

Fatemeh Ebrahimi Belil ¹, Fatemeh Alhani ^{2,*}, Abbas Ebadi ³, Anooshirvan Kazemnejad ⁴

¹ PhD Student, Nursing Department, Faculty of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

² Associate Professor, Nursing Department, Faculty of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

³ Associate Professor, Behavioral Sciences Research Center, Nursing Faculty, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Nursing Faculty, Tehran, Iran

⁴ Professor, Biostatistics Department, Faculty of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

* **Corresponding author:** Alhani Fatemeh, Associate Professor, Nursing Department, Faculty of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. E-mail: alhani_f@modares.ac.ir

Received: 05 Dec 2016

Accepted: 06 Jun 2017

Abstract

Introduction: Given the prevalence of chronic diseases and their consequences, supporting and empowering patients with such diseases and their families seems necessary. Family-centered support is one of the recent trends to change the role of families in giving care to patients. One aspect of the family-centered empowerment model is self-esteem. The aim of this study was to determine different aspects and characteristics of self-esteem in chronically ill patients.

Methods: This qualitative study was conducted in two university hospitals located in Ardabil and Khalkhal, northwest of Iran, from May 2015 to March 2016. Data were collected through holding personal semi-structured interviews with eighteen participants including chronically-ill patients, family caregivers, and nurses. Data analysis was performed concurrently with data collection through the directed qualitative content analysis.

Results: After analysis of the data, 239 codes about self-esteem of patients with chronic diseases that is a dimension of the family-centered empowerment model were extracted. Then, these codes were included in the subcategories of resilience, supportive family, and supportive society.

Conclusions: The findings of this study show the dimensions of self-esteem in patients with chronic conditions that according to these dimensions, with planning and selecting effective ways to promote these dimensions, a key step can be taken to empower the chronically ill patients.

Keywords: Chronic Illness, Self-Esteem, Family-Centered Empowerment Model, Empowerment, Home Caregivers, Directed Content Analysis

تبیین مفهوم عزت نفس بیماران مزمن مبتنی بر الگوی توانمند سازی خانواده محور: آنالیز محتوای هدایت شده

فاطمه ابراهیمی بلیل^۱، فاطمه الحانی^{۲*}، عباس عبادی^۳، انوشیروان کاظم نژاد^۴

^۱ دانشجوی دکترا، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

^۲ دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

^۳ دانشیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه بقیه الله، تهران، ایران

^۴ استاد، گروه آمار زیستی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: فاطمه الحانی، دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. ایمیل: alhani_f@modares.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۳/۱۶

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۹/۱۵

چکیده

مقدمه: با توجه به شیوع بیماریهای مزمن، عوارض و مشکلات ناشی از آنها برای بیمار و خانواده، حمایت و توانمندسازی این بیماران ضروری به نظر می‌رسد. حمایت خانواده محور یکی از گرایش‌های جدید در پی تغییر نقش خانواده‌ها در مسئولیت پذیری مراقبت از بیماران می‌باشد. عزت نفس یکی از ابعاد الگوی توانمند سازی خانواده محور مطرح می‌باشد. لذا این مطالعه با هدف تعیین ابعاد و ویژگی‌های عزت نفس بیماران مزمن انجام گردید.

روش کار: پژوهش کیفی حاضر در زمینه عزت نفس بیماران مزمن و بر اساس تجربه آنان از نوع تحلیل محتوای هدایت شده در فاصله زمانی خردادماه ۱۳۹۴ تا فروردین ۱۳۹۵ و در بیمارستانهای وابسته به علوم پزشکی شهرهای اردبیل و خلخال در شمال غرب ایران انجام گرفت. داده‌ها به صورت مصاحبه‌ی فردی و نیمه ساختارمند از ۱۸ بیمار مزمن، مراقب خانگی و پرستار به دست آمد. آنالیز داده‌ها هم زمان با جمع آوری آن‌ها با استفاده از روش آنالیز محتوا کیفی هدایت شده صورت گرفت.

یافته‌ها: از تحلیل داده‌ها تعداد ۲۳۹ کد اولیه در زمینه عزت نفس بیماران مزمن که یکی از ابعاد الگوی توانمند سازی خانواده محور می‌باشد استخراج گردید. که این کدها پس از تحلیل در زیر طبقات تاب آوری، خانواده حامی و اجتماع حامی قرار گرفتند.

نتیجه گیری: یافته‌های مطالعه حاضر نشان دهنده ابعاد عزت نفس بیماران مزمن می‌باشد که با توجه به ابعاد حاصله برای عزت نفس، می‌توان با برنامه ریزی و انتخاب روش‌های مؤثرتر برای ارتقای این ابعاد، گامی برای توانمند سازی بیماران مزمن برداشت.

واژگان کلیدی: بیماران مزمن، عزت نفس، الگوی توانمند سازی خانواده محور، توانمند سازی، مراقبین خانگی، تحلیل محتوای هدایت شده

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

امروزه بیماریهای مزمن به علت پدیده نوسازی جوامع، صنعتی شدن، پیشرفت فن آوری و تراکم جمعیت در مناطق شهری، تغییر سبک و شیوه زندگی و گرایش افراد به عادات نامناسب شیوع گسترده‌ای پیدا نموده‌اند (۱). و مشکلات عمده سلامتی به بیماری‌های مزمن مربوط است (۲). بیماری مزمن به وضعیت‌های پزشکی، مشکلات سلامت یا ناتوانی‌هایی که به مدیریت طولانی مدت (سه ماه یا بیشتر) نیاز دارند، اطلاق می‌شود (۳). این بیماریها به علت داشتن ماهیت مزمن، مشکلات روانی و اجتماعی زیادی برای فرد ایجاد می‌کنند. از جمله اینکه، زندگی طولانی مدت با علائم بیماری و ناتوانی، هویت فرد را به خطر می‌اندازد و موجب تغییر نقش فرد می‌شود. هم چنین تشدید کننده ناتوانی بیمار بوده و به شیوه زندگی او آسیب وارد می‌کند (۴).

که ماحصل آن عدم توانایی بیمار در برآوردن نیازهای خود است (۴). این بیماران برای غلبه بر مشکلات عدیده به وجود آمده در اثر بیماری باید تحت حمایت قرار بگیرند، که می‌تواند شخصی، اجتماعی و خانوادگی باشد. اما با توجه به اهمیت و مسئولیتی که خانواده در تدارک و هماهنگی در ارائه برنامه مراقبتی به بیمار و اطرافیان وی دارد (۵) و هم چنین از آنجائیکه تأمین کننده حمایت مالی، عاطفی افراد خانواده بوده (۶) و دخالت مستقیم در امر مداوای بیمار خود دارد (۷)، حمایت خانوادگی و به تبع آن توانمند سازی خانواده‌ها (فرد بیمار و سایر اعضای خانواده) یک اولویت به شماررفته و ضروری به نظر می‌رسد. مفهوم توانمندسازی مفهومی است که در سال‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته است (۸). این مفهوم دارای سطوح و الگوهای مختلفی می‌باشد که یکی

را در طراحی برنامه‌های مداخله‌ای توانمند سازی ایفای نماید. بنابراین، پژوهش‌هایی که بتوانند با تکیه بر شرایط و نیازهای واقعی افراد برنامه‌هایی برای افزایش عزت نفس و توانمندی آنها ارائه دهند؛ از جمله اولویت‌های بهداشتی جامعه‌ی امروز می‌باشند. و روش‌های کیفی برای جمع آوری داده‌های عمیق به منظور کمک به توسعه این درک ایده آل هستند. به طوری که می‌توان از نتایج این تحقیقات در زمینه‌های آموزش، ارتقای سلامتی، پیش بینی، پیش گویی، افزایش و تغییر رفتار، کیفیت زندگی و خود مراقبتی و ارزیابی عزت نفس بیماران توسط پرستاران در مراکز بهداشتی درمانی استفاده نمود (۲۴-۲۷). بنابراین با توجه به ضرورت شناخت تجارب بیماران مزمن، مراقبین خانگی و پرستاران در مورد فرایند توانمند شدن در مراقبت از بیماری و دستیابی به بهبودی مبتنی بر الگوی توانمند سازی خانواده محور با رویکرد پژوهش کیفی، این مطالعه با هدف تبیین یا ادراک ابعاد عزت نفس بیماران مزمن، مراقبین خانگی و پرستاران مبتنی بر الگوی توانمند سازی خانواده محور طراحی و اجرا شد.

روش کار

این مطالعه با استفاده از رویکرد کیفی تحلیل محتوای هدایت شده مبتنی بر الگو از خردادماه ۱۳۹۴ تا فروردین ۱۳۹۵ در بخش‌های داخلی مردان و زنان، نورولوژی و دیالیز بیمارستان‌های علوی و امام خمینی اردبیل و خلخال واقع در شمال غرب ایران انجام گرفت. مشارکت کنندگان شامل ۱۲ بیمار غنی از اطلاعات، ۳ پرستار و ۳ مراقب بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمندبیشترین تنوع (از نظر جنس، سن، سطح تحصیلات، شغل و نوع بیماری انتخاب شدند. جمع آوری داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختارمند و عمیق با استفاده از سازه‌های الگوی توانمند سازی خانواده محور انجام گردید. و تا اشباع داده‌ها ادامه یافت، محور اصلی گفتگو در این مصاحبه‌ها تجارب مشارکت‌کنندگان از عزت نفسشان در زمینه بیماری و توانمندی‌هایشان بود. مکان مصاحبه با کمک سر پرستاران بخش‌های داخلی مردان و زنان و قلب و دیالیز بیمارستان امام اردبیل و خلخال و بوعلی اردبیل تعیین گردید که اتاقی بدون سرو صدا و نزدیک بخش بود. روز مصاحبه پس از آماده سازی بیمار و اطاق مصاحبه و کسب اجازه مجدد جهت ضبط صدا از بیمار و سلام و احوالپرسی و سؤالات دموگرافیک، مصاحبه با بیماران با سؤالات عمومی مثل حالتون امروز چطوره؟ چند روزه که بستری هستین؟ شروع شده و با سؤال محوری لطفاً در مورد روند بیماری تون برام توضیح دهید، چطور متوجه شدید بیمار هستید و از وقتی فهمیدی بیمار هستی چه کارهایی کردی؟ از چه کسانی کمک گرفتی؟ به چه جاهایی مراجعه کردی؟ و.. ادامه یافته و به دنبال دریافت پاسخ‌های سؤالات فوق، سؤالات اکتشافی و عمق دهنده در این رابطه مثل می‌توانید بیشتر توضیح دهید؟ یعنی چه؟ و چرا؟ پرسیده شد. پس از ضبط، بلافاصله به شکل متن نوشته شدند و سپس با استفاده از روش تحلیل محتوای کیفی هدایت شده (Directed Content Analysis) مورد تحلیل قرار گرفتند. هدف تحلیل محتوای هدایت شده، اعتبار بخشی و یا احتمالاً توسعه ضمنی یک چارچوب مفهومی یا تئوری قبلی می‌باشد. تئوری مورد انتخاب در این نوع مطالعه می‌تواند به تمرکز سؤال پژوهش کمک نماید. از طرفی، تئوری می‌تواند پیرامون پیش بینی متغیرهای

از گرایشات آن، توانمندسازی خانواده است (۹) و در این میان، یکی از جامع ترین و پرکار بردترین الگوهای موجود، الگوی توانمند سازی خانواده محور می‌باشد (۱۰). این الگو با تاکید بر مؤثر بودن نقش فرد و سایر اعضای خانواده در ابعاد انگیزشی، عملکردی و روانشناختی طراحی شده است. هدف اصلی این الگو، توانمند شدن سیستم خانواده (بیمار و عضو فعال خانواده به نمایندگی از کل خانواده) در جهت ارتقاء سطح سلامت آنان می‌باشد. و دارای چهارگام است که عبارتند از: گام اول تهدید درک شده از طریق بحث گروهی، گام دوم ارتقای خودکارآمدی از طریق حل مساله گروهی و انجام مراحل خودکارآمدی به صورت نمایش عملی، گام سوم افزایش عزت نفس (خودباوری) از طریق مشارکت آموزشی و خود کنترلی، گام چهارم ارزشیابی است (۱۰، ۱۱). به طور کلی استفاده از چارچوب نظری یا الگو در اجرای مداخلات به پژوهشگران در شناخت و توجه به جنبه‌های مختلف مفهوم کمک می‌کند و تاثیرات بهتری نسبت به مداخلات بدون مبنای تئوری ایجاد می‌کند (۸). به طوری که نتایج بسیاری از مطالعات نیز بیانگر این است که کاربرد این الگو دارای اثراتی همچون اعتماد به نفس مثبت، توانایی رسیدن به هدف، داشتن احساس کنترل بر زندگی و فرآیندهای تغییر، احساس امیدواری به آینده، افزایش خود مراقبتی و خود سودمندی، و بهبود کیفیت زندگی بیماران مزمن می‌باشد (۱۲-۱۵).

همان طور که گفته شد الگوی توانمند سازی خانواده محور دارای ابعادی است که یکی از مهمترین و مستعدکننده ترین مؤلفه‌های آن برای توانمند شدن، (عزت نفس) می‌باشد. مطالعات انجام شده در زمینه توانمند سازی همگی نشان دهنده ارتقای عزت نفس به موازات توانمند شدن افراد بوده است (۱۳، ۱۶-۱۸). عزت نفس جزئی از خود پنداره فرد است که شامل جنبه‌های شناختی، رفتاری و عاطفی می‌باشد و عبارت است از اینکه فرد چگونه درباره خودش فکر می‌کند و یا چگونه خودش را ارزشیابی می‌کند (۱۹). و در واقع درجه تصویب، تأیید و ارزشی است که شخص نسبت به خود احساس می‌کند و یا قضاوتی که فرد نسبت به ارزش خود دارد. (۲۰). مطالعات در بیماران مزمن نشان می‌دهد که طی دوران ابتلا به بیماری‌های مزمن، بیماران به دلیل احساس از دست دادن کنترل بر بسیاری از امور مربوط به سلامتی خود و عوارض ناشی از بیماری در معرض کاهش سطح عزت نفس می‌باشند، که این مسئله نیز می‌تواند منجر به کاهش رضایت از زندگی، افزایش شیوع افسردگی و سایر بیماری‌های جسمی می‌شود. از طرف دیگر استرس شدید مرتبط با بیماری‌های مزمن می‌تواند به طور قابل توجهی عزت نفس فرد را کاهش دهد، این در حالی است که افراد برخوردار از عزت نفس بالا معمولاً در حوزه‌های مختلف زندگی خشنود و شادکام هستند، احساس توانمندی و ارزشمندی در آنها بالاست و مطمئن هستند که کوشش‌هایشان نتیجه خواهد داد و بیشتر جنبه‌های خوب مسائل را می‌بینند و نهایت تلاش خود را می‌کنند تا زمام بیماری را در دست بگیرند و بر آن فائق آیند (۲۱). هم چنین مرور مطالعات موید این نکته است که اشخاصی که از عزت نفس بیشتری برخوردار هستند، در مقایسه با اشخاص با عزت نفس کم، در برابر مسائل زندگی و مشکلات و فشارهای روانی مقاومت بیشتری کرده و در نتیجه احتمال موفقیتشان در انجام کارها بیشتر است (۲۰، ۲۲، ۲۳) لذا شناخت عزت نفس به عنوان یک بعد از ابعاد الگوی توانمند سازی به ویژه از نگاه افرادی که دارای تجربیات مستقیم در این زمینه هستند نقش مهمی

تحصیلات، و شغل استفاده شود. به منظور رعایت اصول اخلاقی مطالعه و حق مشارکت کنندگان پس از اخذ مجوز انجام پژوهش از کمیته اخلاق پژوهش از دانشگاه تربیت مدرس (IR.TMU.REC.1394.79) با طی مراحل قانونی، ارائه معرفی نامه و کسب اجازه از مسئولین بیمارستانها مشارکت کنندگان واجد شرایط شناسایی گردیدند و رضایت آگاهانه از آنها اخذ گردید. به علاوه حق کناره گیری از مطالعه در زمان دلخواه، حفظ بی نامی و محرمانه نگهداشتن اطلاعات توسط پژوهشگر مورد تاکید قرار گرفت.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۱۸ مشارکت کننده که ۱۲ بیمار مزمن شامل (بیماران قلبی، تنفسی، روماتیسم، کلیوی، ام-اس و دیابت)، ۳ مراقب بیمار و ۳ پرستار بودند مورد مصاحبه قرار گرفتند. ۵۸ درصد مشارکت کنندگان زن و ۴۲ درصد مرد بودند. میانگین و دامنه سنی مشارکت کنندگان ۴۹/۵ و ۶۴-۲۹ بود. مشارکت کنندگان از بیماران بستری، در حال ترخیص و سرپایی انتخاب شده بودند. در زمینه‌ی عزت نفس بیماران مزمن، تحلیل داده‌ها منجر به استخراج تعداد ۲۳۹ کد اولیه شده و تمام آن‌ها در ۳ زیرطبقه ی تاب آوری، خانواده حامی واجتماع حامی قرار گرفتند (جدول ۱ و ۲).

جالب و یا روابط بین متغیرها کمک کند. این روش در سال ۲۰۰۵ توسط Shannon و Hsieh ارائه گردید (۲۸). تحلیل محتوای قیاسی دارای سه مرحله ی آماده سازی، سازمان دهی و گزارش دهی است (۲۹). در مرحله آماده سازی پس از تبدیل مصاحبه‌ها به متن، هر متن چندین بار خوانده شد تا غوطه ور شدن در داده‌ها رخ دهد. سپس در مرحله سازمان دهی محققین برای تحلیل، ماتریسی غیرتحمیلی را شکل دادند، تا بدین ترتیب اجازه آشکار شدن طبقات اصلی جدید داده شود (۲۹) داده ها چندین بار برای یافتن محتوایی که با طبقات از قبل مشخص شده مطابقت داشتند و یا می توانستند مثالی برای آن‌ها باشند مرور، و کدهای اولیه به آن‌ها اختصاص داده شد. به این ترتیب کدهای به واحدهای معنایی دیگر که با طبقات اصلی مرتبط نبوده ولی با عزت نفس مرتبط بودند نیز صورت گرفت. و سپس بر اساس ارتباط مفهومی و منطقی امکان جایگذاری این طبقات در طبقات اصلی موجود در ماتریس، و یا شکل گیری طبقات اصلی جدید بررسی شد (۲۹). برای اطمینان از اعتبار یافته‌ها، از Member check، روش درگیری دائمی و مستمر با موضوع پژوهش استفاده گردید. برای تأمین قابلیت تأییدپذیری یا عینیت از روش باز نگری ناظرین استفاده گردید. برای تأمین قابلیت انتقال در این مطالعه سعی شد از تنوع مشارکت کنندگان از نظر جنس، نوع بیماری، سن،

جدول ۱: نمونه‌ای از کدگذاری صحبت‌های مشارکت کنندگان، قرارگیری آن در زیر طبقه و طبقه الگو

نقل قول	کد اولیه	طبقه فرعی	زیر طبقه	طبقه
خوشبختانه پدرم حمایت می‌کند در خرید دارو.	حمایت مالی پدر	حمایت خانواده	خانواده حامی	عزت نفس
خانواده‌ام مرا حمایت کردند و مادرم کمک کرد که بچه‌ها را بزرگ کردیم.	حمایت والدین در امور زندگی	حمایت خانواده	خانواده حامی	عزت نفس
در منزل کارهایمان را پسرانم و عروسهایم انجام می‌دهند.	حمایت خانواده در انجام امور روز مره	حمایت خانواده	خانواده حامی	عزت نفس
خانمم به عنوان یک پرستار به داروهایم رسیدگی می‌کند و دلسوزاست.	حمایت خانواده در امور درمان	حمایت خانواده	خانواده حامی	عزت نفس

تاب آوری

قبول کرده‌ام که بیمارم و طمعم را کم کرده‌ام و به کارهای سبک می‌پردازم.

ب) مسئولیت پذیری: مسئولیت پذیری فرد در قبال سلامتی خود جزء لاینفک و ضروری هر برنامه مراقبتی است، لذا انجام امور روزمره و بر عهده گرفتن مسئولیت زندگی در قبالان امور و حتی خانواده خود علی رغم بیماری و درگیری با مشکلات ناشی از ان نشان دهنده صلاحیت این بیماران در سازگاری با بیماری و پیامدهای ان می‌باشد. مشارکت کننده (م ۷): با وجود مشکلات راه آب و هوا سعی می‌کنم تا همیشه به موقع برای دیالیز مراجعه کنم تا مشکلی برایم پیش نیاید.

ج) امیدواری: امید نیرویی هیجانی است که تخیل را به سمت موارد مثبت هدایت می‌کند. امید، به انسان‌ها انرژی می‌دهد و آنها را مجهز می‌کند تا برای کار و فعالیت آماده شوند به طوریکه بیماران مزمن نیز نشان دادند که در فرایند تاب آوری خود هم به روند رو بهبود درمان امیدوار هستند وهم در راستای زندگی خود احساس امیدواری می‌کنند.

از تجارب مشارکت کنندگان استنباط می‌شود که تاب آوری از نظر انان عبارت است از مهارت یا توانمندی آنها در پذیرش تشخیص و پیامدهای بیماری که منجر به مسئولیت پذیری در قبال امور روزمره و خانواده شده و موجب می‌گردد تا فرد بیمار با امیدواری در راستای زندگی و روند رو به بهبود درمان با روند بیماری خود کنار بیاید.

الف) پذیرش بیماری: اولین قدم در روند سازگاری با بیماری و تاب آوری پذیرش و قبول بیماری است. به طوری که نتایج مشارکت کنندگان نیز نشان می‌دهد که بیماران مزمن ضمن پذیرش تشخیص بیماری، عوارض ناشی از ان و حتی کنار آمدن با ناتوانی‌های ناشی از ان، زندگی خود را طبق روال ادامه داده، در روند زندگی خود تاب آوری نموده و عزت نفس خود را بالا می‌برند.

مشارکت کننده ۹: من قبل از بیماری‌ام می‌توانستم کل یک ساختمان را لوله کشی کنم ولی بعد از بیمار شدنم برای تعمیرات جزئی می‌روم.

خاطر خانمم توانستم حفظ کنم.

مشارکت کننده (م ۱): احساسم آینه که تو این ۶ ماه حتماً این بیماری خاموش میشه چون تو خودم این روحیه رو به خاطر خودم هم نشده به

جدول ۲: طبقه و زیر طبقه عزت نفس بیماران مزمن مبتنی بر الگوی توانمند سازی خانواده محور

طبقه	زیر طبقه	طبقه فرعی	زیر طبقه فرعی
عزت نفس			
	تاب آوری		
		پذیرش بیماری	
		پذیرش تشخیص بیماری	
		کنار آمدن با روند بیماری	
		پذیرش پیامدهای بیماری	
		مسئولیت پذیری	
		مسئولیت پذیری در قبال امور روزمره	
		مسئولیت پذیری در قبال خانواده	
		امیدواری	
		امیدواری در راستای زندگی	
		امیدواری به روند رو به بهبود درمان	
	خانواده حامی		
		پذیرش خانواده	
		مقبولیت بیمار در خانواده	
		پذیرش بیماری از طرف خانواده	
		حمایت خانواده	
		حمایت بیمار در فعالیتهای روزمره	
		حمایت از روند درمان	
		حمایت مالی	
		حمایت عاطفی	
	اجتماع حامی		
		حمایت اجتماعی	
		حمایت ارگانهای اجتماعی	
		حمایت اطرافیان	
		جایگاه شغلی	
		جایگاه شغلی مناسب	
		استرس شغلی	
		ارتباط با دیگران	
		ارتباط با خانواده هسته ای	
		ارتباط با خانواده گسترده	
		احترام گذاشتن به دیگران	
		مورد احترام دیگران واقع شدن	
		ارتباط با انجمن های مربوط به بیماری	

خانواده حامی

رساندن بیماران به توانمندی های لازم در راستای ارتقای سلامت، هدفی است که خانواده با نقش چند بعدی خود، عنصر کلیدی در رسیدن به این هدف به شمار می رود. تجارب مشارکت کنندگان نیز نشان داده که، رسیدن به این توانمندی در سایه احساس ارزشمندی است که در فرد

بیمار به دنبال پذیرفته شدن در خانواده و برخورداری از حمایت آنها ایجاد می شود.

۲-الف) پذیرش خانواده: یکی از عوامل مؤثر در افزایش عزت نفس بیماران مزمن مقبولیت و پذیرش بیمار در خانواده است که او را در فرایند پذیرش سریع بیماری، سازگاری با بیماری و پیامدهایش کمک

عزت نفس یعنی احساس ارزشمندی که فرد نسبت به خود دارد. این حس از مجموع افکار، احساس‌ها، عواطف و تجربیات در طول زندگی ناشی می‌شود (۲۱، ۳۰). عزت نفس مفهومی است دارای ویژگی چند وجهی که ابعاد گوناگون آن با هم تعامل دارند و سنجش آن می‌تواند ابزار مطمئنی برای پیش بینی احتمال تکوین رفتار توانمندی در اختیار قرار دهد (۱۷). کاوش عزت نفس مشارکت کنندگان نشان داد که عزت نفس مفهومی تک بعدی نبوده بلکه دارای ابعادی است که مشارکت کنندگان توانمند به همه ابعاد آن توجه دارند. تاب آوری، خانواده حامی و حمایت اجتماعی نشانگر ویژگی‌های عزت نفس می‌باشند که از تجارب مشارکت کنندگان با عزت نفس بالا در پذیرش بیماری و سازگاری با آن استحصال گردید. Waller تاب آوری را سازگاری مثبت فرد در واکنش به شرایط ناگوار می‌داند. کانر و دیویدسون تاب آوری را در حوزه‌های اجتماعی مورد مطالعه قرار داده اند و معتقدند تاب آوری، تنها پایداری در برابر آسیبها یا شرایط تهدیدکننده نیست، بلکه شرکت فعال و سازنده فرد در محیط است. آن‌ها تاب آوری را توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی-روانی در شرایط خطرناک می‌دانند (۳۱). پذیرش بیماری اولین طبقه فرعی تاب آوری که از تجارب مشارکت کنندگان حاصل شد. تجارب مشارکت کنندگان حاکی از آن است که آنها که تلاش خود را برای سازگاری و پذیرش بیماری، پیامدها و عوارض ناشی از آن انجام داده و همواره در انجام امور روزمره و امور مربوط به درمان خود کوشا بوده و با امیدواری در راستای زندگی تاب آوری می‌نمایند. که با تعریف کامپفر مبنی بر، بازگشت به تعادل اولیه یا رسیدن به تعادل سطح بالاتر در شرایط تهدیدکننده و رسیدن به سازگاری موفق در زندگی، هم سو می‌باشد (۳۱).

مسئولیت پذیری یکی از طبقات فرعی دیگر تاب آوری است که از تجارب مشارکت کنندگان حاصل شد در مطالعه گالاتیک و همکاران تمامی مشارکت کنندگان معتقد بودند که برای تغییر شرایط، مسئولیت پذیری فرد در قبال سلامتی خود جزء لاینفک و ضروری هر برنامه تغییر است. این یافته با یافته مطالعه واحدیان و همکاران ۲۰۱۰ هم سو می‌باشد که با کمی دقت می‌توان نکته کلیدی الگوی توانمندسازی خانواده محور را که مسئولیت پذیری است رادک نمود (۱).

امید واری سومین طبقه فرعی تاب آوری است. Frieson در این خصوص می‌نویسد امید و عزت نفس به عنوان نمادی از بعد روحی اغلب با نتایج گزارش شده از سلامت جسمی و روحی همراه بوده و باید به این نکته توجه داشت که امید تحت تأثیر عزت نفس می‌باشد و کمک به بالا بردن عزت نفس باعث ارتقای سطح امیدواری می‌شود (۳۲). که با نتایج مطالعه حاضر مبنی بر اینکه بیماران با عزت نفس در راستای زندگی امیدوارانه تلاش می‌کردند مطابقت دارد. امید، به افراد، انعطاف پذیری نشاط و توانایی خلاصی از ضرباتی می‌دهد که زندگی تحمیل می‌کند و باعث افزایش رضایت از زندگی می‌شود. تجارب مشارکت کنندگان نشان داد که از طریق امیدوار بودن توانسته‌اند بر ناتوانی‌های ناشی از بیماری و عوارض آنها در راستای زندگی خود غلبه نموده و با آنها سازگار شوند. Bailey and , Parker & Elt Snyder معتقدند که امید یک حالت انگیزش مثبت با در نظر گرفتن اهداف روشن برای زندگی است. در امید، از یک سو انگیزه‌ی خواستن به اراده برای حرکت به سوی اهداف و از طرف دیگر، بررسی راههای مناسب برای حصول اهداف نهفته است (۳۳). که در راستای هدف تاب

می‌نماید. این پذیرش براساس احترام و درک متقابل، ارزش گذاشتن به یکدیگر و داشتن جایگاه در خانواده میسر می‌شود.

مشارکت کننده: (م ۳) همسر مرا با بیماری‌ام قبول کرد و گفت برایم مهم نیست و مشکل عظیمی نیست.

۲-ب) حمایت خانواده: خانواده‌ها ضمن قبول بیمار و بیماریش، آن‌ها را در امور مربوط به زندگی و فعالیتهای روزمره، امور مالی و اخلاقی، هم چنین از نظر عاطفی، احساسی و حتی در امور مربوط به روند درمان حمایت می‌کنند.

مشارکت کننده (م ۳): "خانواده‌ام مرا حمایت کردند و مادرم کمک کرد که بچه‌هایم را بزرگ کردیم."

اجتماع حامی

تجارب مشارکت کنندگان در خصوص اجتماع حامی گویای این است که اجتماع حامی جامعه‌ای است که قادر باشد ضمن حمایت اجتماعی از بیمار، جایگاه شغلی مناسب را برای وی فراهم کند تا بیمار بتواند احساس ارزشمندی نماید.

۳-الف) حمایت اجتماعی: حمایت اجتماعی مفهومی چند بعدی است و به عنوان میزان برخورداری از محبت، همراهی، مراقبت، احترام، توجه، و کمک دریافت شده توسط فرد از سوی افراد یا گروه‌های دیگر نظیر اعضای خانواده، دوستان، و دیگران تعریف شده است. به طوریکه مشارکت کنندگان نیز عنوان کرده‌اند که از سوی نهادهای اجتماعی مثل کمیته امداد، سازمان بهزیستی و توانبخشی، نهاد ریاست جمهوری، همسایه‌ها و کادر سلامت قرار گرفته‌اند.

مشارکت کننده ۵: "عضو انجمن دیابت هستم که از نظر اطلاعاتی و معرفی دکتر ویا گاهی از نظر مالی کمک می‌کند."

۳-ب) جایگاه شغلی: عزت نفس در زندگی شغلی اشخاص تأثیر گذار بوده و وجود آن منجر به افزایش انگیزه و علاقه در فرد برای پیشرفت خواهد شد. فرد دارای عزت نفس از عهده همه کارها برآمده و تصور می‌کند که توانایی انجام هر کاری را دارد. به طوریکه مشارکت کنندگان نیز اشاره کردند که علی رغم بیماری به کار و شغل خود ادامه داده و موقعیت مطلوب خود را حفظ کرده و استرس زیاد ناشی از بیماری در حدی که مانع انجام امور شغلی بشود را به خود راه نمی‌دهند.

مشارکت کننده ۳: "من الان در کلاس نهضت تدریس می‌کنم و موقعیت خوبی دارم."

۳-ج) ارتباط با دیگران: برقراری ارتباط اولین ضرورت یک زندگی اجتماعی است. مهارت ارتباط عبارت است از توانایی برقراری ارتباط به طور مؤثر و کارآمد با دیگران به طوری که مهارت ارتباطی خوب به ما کمک می‌کند روابط سالم و رضایت بخشی را با دیگران داشته باشیم و بدین وسیله توان مقابله با مشکلات ناشی از بیماری افزایش و آسیب پذیری کاهش یابد. مشارکت کنندگان دارای عزت نفس نیز نشان دادند که ضمن برقراری ارتباط مناسب با خانواده هسته‌ای و گسترده اعم از فرزندان و سایر افراد فامیل و با احترام گذاشتن به دیگران، مورد احترام دیگران نیز واقع می‌شوند.

مشارکت کننده ۶: "منزل برادر شوهرم نزدیک است به خانه آنها به آنها و خانه دخترانم سر می‌زنم ولی همه به خانه‌ی ما سر می‌زنند."

بحث

و می‌تواند در سازگاری بیمار با بیماریش نقش تعیین کننده داشته باشد (۳۸). که با نتایج مطالعه حاضر مبنی بر دریافت انواع حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی توسط مشارکت کنندگان در کنار آمدن با بیماری و پیامدهای ناشی از آن هم سو می‌باشد. پژوهش‌های متعددی ثابت کرده اند که هر چه میزان حمایت اجتماعی افزایش یابد، سطح سلامتی نیز افزایش پیدا می‌کند و بالعکس (۴۰، ۴۱). که در مطالعه حاضر نیز تجارب مشارکت کنندگان حاکی از آن است که مشارکت کنندگان با عزت نفس از منابع حمایتی همچون خانواده هسته‌ای، خانواده گسترده، کارکنان سلامت، نهادهای اجتماعی مثل کمیته امداد و سازمان بهزیستی برخوردار بودند. از طرفی حمایت اجتماعی در بیماران مزمن باعث افزایش پیوند با اجتماع و مقابله با احساس تنهایی، بهبود وضعیت اقتصادی، توانایی حل مشکل و حفظ احساس همسانی اجتماعی می‌گردد (۴۲) که در تجارب مشارکت کنندگان بیانگران است که آنها با عزت نفس، در امور شغلی خود دارای جایگاه مناسبی بوده و همواره ارتباط مناسبی با خانواده هسته‌ای و گسترده خود داشته، که احترام متقابل به یکدیگر را سرلوحه خود قرار می‌دهند و با انجمن‌های مربوط به بیماری خود نیز ارتباط مناسبی را برقرار می‌کنند.

نتیجه گیری

در کل می‌توان گفت که عزت نفس یکی از مهمترین ابعاد توانمندی می‌باشد که در سایه برخورداری از تاب آوری، خانواده حامی و اجتماع حامی، افزایش یافته و نیل به هدف ارتقای سلامتی را که هدف همه جوامع و خانواده‌ها و افراد می‌باشد را میسر می‌سازد. به این ترتیب که تاب آوری ناشی از پذیرش بیماری، مسئولیت پذیری و امیدواری بوده و برخورداری از خانواده حامی، ارتقای ارزش، احترام و جایگاه خود در خانواده را به دنبال داشته و کسب حمایت اجتماعی در کل موجب داشتن جایگاه شغلی مناسب بدون استرس شغلی، بهبود ارتباط با خانواده هسته‌ای و گسترده، احترام گذاشتن به دیگران، مورد احترام دیگران واقع شدن و ارتباط با انجمن‌های مربوط به بیماری می‌شود. بنابر این می‌توان با عنایت به عزت نفس و بالا بردن احساس ارزشمندی، بیماران را در سطح فردی، خانوادگی و اجتماعی برای رسیدن به توانمندی که هدف سیستم‌های بهداشتی درمانی می‌باشد یاری نمود.

تضاد منافع

در این مقاله هیچ گونه تضاد منافی بین نویسندگان وجود ندارد.

سپاسگزاری

این مطالعه بخشی از کار پایان نامه دکترای دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس مصوب در شورای تخصصی پژوهش و کمیته اخلاق پزشکی تاریخ ۱۳۹۴/۶/۱۱ به شماره ۵۲ د/۳۷۴۲، دانشجوی فاطمه ابراهیمی بلبل و به راهنمایی خانم دکتر فاطمه الحان و مشاوره آقای دکتر انوشیروان کاظم نژاد و آقای دکتر عباس عبادی بوده است. بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس به خاطر تأمین مالی پژوهش و همه مشارکت کنندگان محترم شهرستان اردبیل و خلخال که انجام پژوهش حاضر را امکان پذیر ساختند، کمال تشکر و قدردانی می‌شود.

آوری و ارتقای سلامت، بیماران همواره برای روند رو به بهبود درمان خود تلاش کرده‌اند. که این نکته از مزایای توانمند سازی خانواده محور نیز می‌باشد که منجر به افزایش احساس امیدواری، توانایی دستیابی بهتر به نتیجه و احساس کنترل بر وضعیت خود می‌شود (۳۴، ۳۵).

خانواده حامی

دومین زیر طبقه حاصل از تجارب مشارکت کنندگان در زمینه عزت نفس خانواده حامی می‌باشد. خانواده‌ها منبع اولیه مراقبت بوده و حمایت مالی، عاطفی و خدمات بهداشتی را برای بستگان بیمار خود تأمین میکنند در امر مداوای بیمار خود مستقیماً دخالت دارند (۳۶). بیماری مزمن با اثرات قابل توجهی خانواده را درگیر وظایف متعدد، مسئولیت، نگرانی، تحمیل هزینه خدماتی و رسیدگی، انزوای اجتماعی، از دست دادن فرصت‌های اجتماعی، غیبت از کار، مشکلات جسمی و عاطفی می‌کند. برای مقابله با این مشکلات، خانواده‌ها باید هم در تأمین حمایت مالی، عاطفی و هم در فرایند درمان حامی بیماران خود باشند، و موجب افزایش عزت نفس بیماران خودگردند چرا که مشارکت در امر حمایت از بیمار و تأمین عزت نفس، از اصول کلیدی توانمندسازی خانواده محور است (۳۷). و در مطالعه حاضر نیز بیماران مزمن اذعان کردند که به دنبال پذیرش بیماری و مقبولیت از طرف خانواده، آن‌ها از حمایت‌های خانواده در فعالیتهای روزمره زندگی، روند درمان، مالی و عاطفی برخوردار شدند که به سبب آن عزت نفسشان افزایش یافته و توانسته‌اند از عهده مشکلات ناشی از بیماری و روندان بر آیند.

اجتماع حامی

سومین زیر طبقه حاصل از تجارب مشارکت کنندگان در زمینه عزت نفس، حمایت اجتماعی است. حمایت اجتماعی به عنوان قوی‌ترین نیروی مقابله‌ای برای رویارویی موفقیت آمیز و آسان افراد در زمان درگیری با شرایط تنش زا شناخته شده است که تحمل مشکلات را برای بیماران تسهیل می‌کند (۳۸). که با یافته‌های این مطالعه مبنی بر امکان تحمل مشکلات بخش با حضور پرستاران حامی هم سو می‌باشد. Barrera و همکاران در بررسی حمایت اجتماعی دو مفهوم حمایت را مطرح کردند: ۱- حمایت دریافت شده منظور میزان برخورداری فرد از حمایت‌های آشکار همچون کمک و مساعدت عینی از سوی خانواده و دوستان است که می‌توان آن را با اندازه گیری تعداد حامیان و میزان دسترسی و برخورداری فرد از انواع حمایت اجتماعی تعیین کرد که در مطالعه حاضر نیز مشارکت کنندگان به مواردی مثل کمک‌های مالی از طرف فرزندان، انجمن‌های بیماری مربوطه و خیرین، هم چنین کمک اطرافیان در انجام امور روزمره اشاره کردند (۳۹).

۲- حمایت درک شده. منظور ادراک قابلیت دسترسی و کفایت انواع مختلف حمایت می‌باشد، یا به عبارتی احساس پذیرش در یک گروه، یک احساس پایدار از تعامل دو طرفه که در یک دوره زمانی ویژه اتفاق می‌افتد. که با بیانات مشارکت کنندگان مبنی بر ارتباط با همسایه‌ها و مراجعه به آنها در صورت لزوم مطابقت دارد.

حمایت اجتماعی علاوه بر تسهیل رفتارهای ارتقاء سلامت، حوادث تنش زای زندگی را کاهش و نیل به اهداف شخصی را تشویق می‌کند

References

1. Vahedian Azimi A, Alhani F, Ahmadi F, Kazemnejad A. [Effect of family-centered empowerment model on the life style of myocardial infarction patients.]. *Iranian J Crit Care Nurs*. 2010;4(2):127-32.
2. Azad H. *Health Psychology (Mental Health)*. 1 ed. Tehran: Besat Publications; 2010.
3. Razzazan N, Ravanipour M, Gharibi T, Motamed N, Zarei A. [Effect of self-management empowering model on the quality of life in adolescents and youths with major thalassemia]. *Nurs Educ*. 2014;3(2):48-58.
4. Vahedian-Azimi A, Alhani F, Goharimogaddam K, Madani S, Naderi A, Hajjesmaeili M. Effect of family - centered empowerment model on the quality of life in patients with myocardial infarction: A clinical trial study. *Iranian J Med Educ*. 2015;11(4):8-22.
5. Park M, Chesla CK. Understanding complexity of Asian American family care practices. *Arch Psychiatr Nurs*. 2010;24(3):189-201. DOI: [10.1016/j.apnu.2009.06.005](https://doi.org/10.1016/j.apnu.2009.06.005) PMID: 20488345
6. Pickett-Schenk SA, Cook JA, Laris A. Journey of Hope program outcomes. *Commun Ment Health J*. 2000;36(4):413-24. PMID: 10917275
7. Bland R, Darlington Y. The nature and sources of hope: perspectives of family caregivers of people with serious mental illness. *Perspect Psychiatr Care*. 2002;38(2):61-8. PMID: 12132632
8. Fotoukian Z, Mohammadi Shahboulaghi F, Fallahi Khoshknab M. [Analytical on empowerment interventions in older people with chronic disease: A review literature]. *Health Prom Manag*. 2013;2(4):65-77.
9. Hockenberry M, Wilson D. *Wong' nursing care of infants & children*. Canada: Elsevier Mosby; 2011.
10. Alhani F. [Evaluating of family center empowerment model on preventing iron deficiency anemia]. Tehran: Tarbiat Modares 2003.
11. Ghasemi A, Rahimi Foroshani A, Kheibar N, Latifi M, Khanjani N, Eshagh Afkari M, et al. [Effects of Family-Centered Empowerment Model Based Education Program on Quality of Life in Methamphetamine Users and Their Families]. *Iran Red Crescent Med J*. 2014;16(3):13375.
12. Salehi S, Javanbakhtian R, Hasheminia A, Habibzadeh H. [The Effect of Family-centered Empowerment Model on Quality of life of Hemodialysis Patients]. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2012 10(1):61-7.
13. Teymouri F, Alhani F, Kazemnejad A. [The effect of the family-centered empowerment model on the quality of life in parents of children with asthma]. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac* 2014;22(3):5-14.
14. Vahedian-azimi A, Miller AC, Hajjesmaeili M, Kangasniemi M, Alhani F, Jelvehmoghaddam H, et al. 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.
15. Nematollah Roshan FS, Navipor H, Alhani F. [Effect of Family-Centered Empowerment Model (FCEM) on quality of life of mothers having teenagers with iron deficiency anemia]. *J Nurs Educ*. 2014;3(2):27-40.
16. Royani Z, Rayyani M, Vatanparast M, Mahdaviifar M, Goleij J. [The relationship between self-care and self - efficacy with empowerment in patients undergoing hemodialysis]. *J Mil Health Care*. 1393;2:116-22.
17. Sanaie N, Nejati S, Zolfaghari M, Alhani F. [The Effect of Family-Centered Empowerment in Self Efficacy and Self Esteem in Patients Undergoing Coronary Bypass Graft Surgery]. *J Res Dev Nurs Midwifery*. Autumn & Winter 2013-2014;11(2):44-53.
18. 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.
19. Aydna B, Volkan Sarb S. Internet addiction among adolescents: the role of self-esteem
Betül Ayd. *Procedia Soc Behav Sci*. 2011;15 3500-5.
20. Salmalian Z, Kazemnezhad Leili E. [Correlation between self-concept and academic achievement of students]. *Holistic Nurs Midwifery*. 2013;71(24):40-7.
21. Soheylizad M, Yahaghi Amjad E, Gholamalinee B. [Relationship between self-esteem, resilience and quality of life in patients with type 2 diabetes in Hamadan in 2015]. *Pajouhan Sci J*. 2016;1(15):1-8.
22. Fekrat F, Ebrahiminejad G, Razavi Nematollahi V. [The Relationship of Body Image and Self-esteem with Marital Adjustment: A study on Female Employees of Kerman University of Medical Sciences in 2012-2013]. *J Health Dev* 2015;3(4).
23. Hosseini M, Dejkam M, Mirlashari J. [Correlation between Academic Achievement and Self-esteem in Rehabilitation Students in Tehran University of Social Welfare & Rehabilitation]. *Iranian J Med Educ*. 2007 7(1): 137-41.
24. Ebrahimia H, Sadeghib M, Amanpour F, Vahedid H. [Evaluation of empowerment model on indicators of metabolic control in patients with type2 diabetes,a randomized clinical trial study]. *Prim Care Diabetes Eur*. 2016;10:129-35.
25. Baghaei M, Rahimi S, Adib M, Kazemnejad Leili E, Monfared A. [Predictive Personal factors of quality of life in hemodialysis patients]. *Holistic Nurs Midwifery*. 1393;74:9-19.
26. Morowatisharifabad M, Rohani N, Baghyani MH. [Predictors of care in diabetic patients referred to Yazd diabetes research center developed based on the health belief model]. *Univ Med Sci Health Serv Health Yazd*. 1386;85 (3):85-96.
27. Mohamadinejad F, pedram Razi S, Aliasgharpour M, Tabari F. [Effect of patient education program on self-efficacy in patients with diabetes]. *Iranian J Nurs Res*. Spring 2015;10(1).

28. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Q Health Res.* 2005;15(9):1277-88. [DOI: 10.1177/1049732305276687](#) [PMID: 16204405](#)
29. Elo S, Kyngas H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs.* 2008;62(1):107-15. [DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x](#) [PMID: 18352969](#)
30. Chia H. Relationship between attachment style and self-concept clarity: the mediation effect of self-esteem. Philadelphia: Lippincott; 2010.
31. Shakerinia I, Mohammadpour M. [The relationship between job stress and resiliency with burnout among nurses]. *J Kermanshah Univ Med Sci.* 1389;2(14):161-9.
32. Pourghaznein T, Ghaffari F. [The relationship between hope and self-esteem in patients receiving a kidney transplant in Imam Reza (AS) in Mashhad in 1381- 82]. *Yazd Sadoughi Int J Health Serv* 1384;13(1):57-61.
33. Bahadory Jahanshahi J, hashemi T. [The relationship between hope and resilience in students with psychological well-being]. *Thought Behav Clin Psychol.* 2012;22(6):41-50.
34. Sadeghi M, Pedram Razi S, Nikbakht Nasrabadi A, 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.
35. Karimi Monaghi H, Haresabadi M, Froghipor M, Zarifnegad G, Mazlom S, alhany F. [The Effect of Family-Centered Empowerment Model on the Quality of Life of Patient with Multiple Sclerosis]. *J Mashhad Sch Nurs Midwifery.* 2009;9(3):175-82.
36. Masoodi R, Soleimani M, Alhani F, Rabiei L, BahramiN, Esmaeili SA. [Effects of family-centered empowerment model on perceived satisfaction and self concept of multiple sclerosis patients caregivers]. *Koomesh.* 2013;2(14):240-8.
37. Zafar Ramazanian Z, Alhani F, Anoosheh M. [The effect of Family Centered Empowerment Model on mothers' QOL of girls under six years old with UTI]. *J Health Prom Manag.* 2014;3(3):7-15.
38. Hooshmandi R, Akabarian S, Bahreini M, Mirzaee K. [The Relationship between Social Support and Depression in Patients with Thalassemia Major in Bushehr, Iran]. *J Vulner Group Nurs.* 2015;4(2):1-14.
39. Barrera J, Toobert D, Angell K, Glasgow R, MacKinnon D. [Social support and sociaecological resources as mediators of lifestyle intervention effects for type 2 diabetes]. *J Health Psychol.* 2006;11(3):483-95.
40. Ismail Riahi m, Aliverdinia A, Pourhoseini SZ. [The relationship between social support and mental health]. *Q J Soc Welf.* 1389;39(10):85-121.
41. Godsi A. [A Sociological Study of the relationship between social support and depression]. Tehran: Tarbiat modares; 2003.
42. Lotfi-Kashani F, Vaziri S, Esmaeil Akbari M, Kazemi-Zanjani N, Shamkoeayan L. [Predicting Post Traumatic Growth Based upon Self-Efficacy and Perceived Social Support in Cancer Patients]. *Iranian J Cancer Prev.* Summer 2014;7(3).