Research Paper

The Effect of Spiritual Self-Care Education on the Care Burden of Mothers With Children Hospitalized in Intensive Care Units for Open Heart Surgery

Maryam Dalir, *Soheila Mashouf, Simin Esmailpourzanjani

1. Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran Medical Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Abstract

Objective Spiritual health of caregivers has association with the patients’ health, but less attention has been paid to spiritual self-care education in health programs. This study aimed to assess the effect of spiritual self-care education on the care burden of mothers with children hospitalized in Intensive Care Units (ICUs) for open heart surgery.

Method This quasi-experimental study was conducted on 60 mothers of children hospitalized in ICUs of Shahid Modarres Hospital in Tehran, Iran. They were selected randomly from among those gave informed consent to participate in the study. The data collection tools were a demographic form and Zarit Burden Interview which were completed before and after intervention. The spiritual self-care education was presented using the teaching aids in four 45-min sessions, twice a week. Collected data were analyzed in SPSS V. 24 software using descriptive (frequency, percentage) and inferential (paired t-test) statistics at a significance level of P<0.05.

Result Before the intervention, 72.3% of the samples had a severe care burden and 24.5% had a very severe care burden, which decreased after the intervention such that only 32.7% had a severe care burden. The mean and standard deviation of mothers’ care burden also decreased after the educational intervention (from 62.3±7.6 to 42.1±3.8). The results of paired t-test showed that this difference was statistically significant (P<0.001).

Conclusion Spiritual self-care education can reduce the care burden of caregivers; hence, planning and implementing appropriate programs to increase self-care knowledge of caregivers (especially the mothers of children with heart problems) and medical staff and paying more attention to mothers’ education are recommended.

Extended Abstract

1. Introduction

Congenital heart disease is one of the most important disorders and its prevalence is about 8 in 1000 in European countries. Congenital anomalies and congenital heart disease are the leading causes of child mortality in the world [1]. About 1-2% of babies are usually born with heart problems. According to global statistics, for every 1,000 births in the world, 8-9 babies have congenital heart disease, mild to severe [1, 2]. Caring for children with heart problems is a major psychological crisis for parents, especially mothers; it causes disability in the child and puts a high stress on the mother [3]. The results of Gray et
al.’s showed that mothers with this type of children tolerate higher levels of anxiety and psychological problems than mothers with normal children [3].

Patients with heart problems and their caregivers, due to the consequences of disease and treatment, face with changes in their needs and require self-care to overcome their problems [4]. Adherence to self-care behaviors is important. Self-care education can improve patients’ functional abilities and disease processes. One type of self-care is spiritual self-care. According to studies, spiritual self-care may affect maternal care performance due to the lack of education in mothers prior to and during the care period. Studies emphasizes that in order for the mother to be able to understand the patient’s spirituality and meet her spiritual needs, it is necessary to determine and expand the mothers’ self-care knowledge [5, 6]. In this regard, this study aimed to determine the effect of spiritual self-care education on the care burden of mothers of children hospitalized in Intensive Care Units (ICUs) for open heart surgery.

### 2. Materials and Methods

This quasi-experimental study was performed on 60 mothers of children hospitalized in ICUs for open heart surgery in a hospital affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences. After explaining the study method and obtaining informed consent from all of them, they were asked to complete a demographic form and Zarit Burden Interview (ZBI). In the next step, the spiritual self-care education was presented through slide show, movie, and booklet for two weeks, four sessions each for 45 minutes. The sessions were held in the presence of the mothers and with the title of “helping yourself and the child with self-care education”. After one month, the questionnaires were completed again by the mothers and the information was collected. They were analyzed in SPSS V. 24 software using descriptive (frequency, percentage) and inferential (paired t-test) statistics at a significance level of P<0.05.

### 3. Results

The majority of participants (40%) had age between 36-45 years; 93% were married; 44.2% were employed; 41% had a high school diploma; 73.8% had monthly income between 1-2 million Tomans; 60.2% were living in their own house; 67.2% had 2-3 children and 47.2% had 3 children; and 100% had no history of childcare in cardiac ICUs. Before the intervention, 24.5% of mothers had very severe, 72.3% severe, and 3.2% had moderate care burden. After the intervention, this rate changed and only 32.5% had a severe care burden and 57.7% had a moderate care burden (Table 1). The Mean±SD of mothers’ care burden score before and after educational intervention were 62.3±7.6 and 42.1±3.8, respectively which indicates a significant decrease after the intervention. The results of the t-test showed a statistically significant difference between the mean pre-test and post-test scores of care burden (P<0.001) (Table 2).

| Table 1. The statistics of care burden in mothers before and after intervention based on its severity |
|-----------------------------------------------|
| Care Burden               | No. (%) | Pre-test | Post-test |
|----------------------------|---------|----------|-----------|
| Low (0-20)                | 0 (0)   |           | 6 (9.8)   |
| Moderate (21-40)          | 2 (3.2) | 35 (57.5) |           |
| Severe (41-60)            | 44 (72.3)| 20 (32.7) |           |
| Very severe (61-88)       | 15 (24.5)| 0 (0)    |           |
| Total                     | 61 (100)|           | 61 (100)  |

| Table 2. Comparing the mean of care burden in mothers before and after intervention |
|-----------------------------------------------|
| Stage              | Mean±SD | t   | P     |
|-------------------|---------|-----|-------|
| Before intervention| 62.3±7.6|    | ≥0.001|
| After intervention| 42.1±3.8|    |       |
4. Discussion

The results showed that 72.3% of mothers had a severe care burden before the intervention (62.3±7.6). Khalifehzadeh et al. [7] in a study reported a moderate level of maternal care burden before the intervention (55.5±10.4), which was lower and better than the mean value reported in our study. Haghgoo et al. [8] also reported the moderate burden on family caregivers of patients with mental disorders. The reasons for the high level of care burden in the present study can be the low literacy, occupation (worker), and lack of caring for children with heart problems in the majority of the study samples and most importantly, a mother cannot adapt quickly to the birth of a child with congenital heart disease. Being in such a situation creates a heavy care burden in a mother.

Spore [9] examined care burden of mothers in two control and intervention groups. His results showed that the mother cannot spend enough time with the family due to the high care needs of her sick child, which causes a high care burden. In his study, the average maternal care burden was between 35 and 45. This discrepancy can be due to the appropriate approaches to welfare and social services in the developed countries where both the government and the family members free the mothers from other tasks and responsibilities to take care of the child with all her power and time.

Heydari et al. [10] in studying the effect of family-centered care on the burden of family caregivers in patients with epilepsy showed that the mean of care burden in the caregivers before the intervention was 37.24±13.5, which is in the moderate level and is not consistent with our result. It can be due to the type of disease. Epilepsy is a chronic and transient disease and mothers are often the primary caregivers of these patients at home; the risk of dying in epileptic patients is lower than in patients with congenital heart disease. Talebi et al. [11] in examining the effect of mindfulness-based education on the care burden and psychological capital of the parents of children with attention deficit hyperactivity disorder reported their severe care burden (93.46±61.15) before the intervention which is in agreement with our result.

After determining the amount of care burden and in order to improve its condition, educational intervention was performed for spiritual self-care. After the intervention, their burden was reduced from 62.3±7.6 to 42.1±3.8, and most of mothers (57.7%) showed a moderate care burden. Consistent with this result, Amakali et al. [12] in a study on 65 rural parents of children with heart diseases in Namibia who received the empowerment strategies for dealing with feelings of inability to care during 6 sessions showed that the ability to manage problems enables parents to provide quality care and facilitate optimal performance for children. Our result is also consistent with the results of Khalifehzadeh et al. [7] who showed that the amount of care burden after training was significantly reduced.

5. Conclusion

Spiritual self-care education can reduce the care burden of mothers with children hospitalized in ICUs for open heart surgery. It can prepare mothers for the role of caregiver and proper management of the care process.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This article ethically approved by the ethics Committee (Code: IR.IAU.TMU.REC.1397.082).

Funding

This article has extracted from the Master thesis of the first author, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran Medical Branch, Islamic Azad University.

Authors’ contributions

All authors contributed equally in preparing this paper.

Conflicts of interest

The authors declare no conflict of interest

Acknowledgements

The authors would like to thank staffs and administration of Islamic Azad University for their cooperation and providing data for conducting this research.
تاثیر آموزش خودمراقبتی معنوی بر بار مراقبتی مادران کودکان بستری در بخش‌های مراقبت‌های ویژه جراحی قلب با ز.
خانواده خاصاً مادران است. تاثیر ابتلا به بیماری، ابعتماد جسمانی و روانی، اجتماعی و معنوی و همچنین کیفیت فشار ناشی از مدیریت و کاهش سلامتی بیماران بار مدیریتی است که به شدت ابعتاد سلامت مدیریت بیماران خاصاً مادر را تحت تاثیر قرار می‌دهد. در این راستا، درمان بیماران تحت تأثیر قرار می‌گیرد.

در مرحله بیمارستانی کودکان بار مدیریتی، بار مدیریتی هر دو باعث کاهش بار مدیریتی می‌شود. بار مدیریتی یکی از برخورداری‌های بار مدیریتی است. به دنبال آموزش خودمدیریتی معنوی بر بار مدیریتی مادران کودکان بستری در بخش‌های مراقبت ویژه جراحی قلب بیمارستان در تهران، امروزه فشار بار مدیریتی برای خانواده‌هایی که دارای کودکان ایجاد می‌شود. بار مدیریتی یکی از برخورداری‌های بار مدیریتی است که به شدت ابعتاد سلامت مدیریت بیماران وی خاصاً مادر را تحت تاثیر قرار می‌دهد. بار بیمار، ابعتماد جسمانی و روانی، اجتماعی و معنوی و همچنین کیفیت فشار ناشی از مدیریت در بار مدیریت بیماران با بار مدیریتی و کاهش سلامت جسمی و روانی افزایش می‌یابد. در این راستا، درمان بیماران تحت تأثیر قرار می‌گیرد. در این راستا، درمان بیماران تحت تأثیر قرار می‌گیرد.

نتایج مطالعه بارمان و همکاران نشان داده است که با توجه به تمام دسته‌های آماری، بار مدیریتی بیماران خاصاً مادران آن‌ها افزایش یافته است. این افزایش بار مدیریتی مادران آن‌ها باعث کاهش سلامتی بیماران وی خاصاً مادران آن‌ها شده است. نتایج مطالعه بارمان و همکاران نشان داده است که با توجه به تمام دسته‌های آماری، بار مدیریتی بیماران خاصاً مادران آن‌ها افزایش یافته است. این افزایش بار مدیریتی مادران آن‌ها باعث کاهش سلامتی بیماران وی خاصاً مادران آن‌ها شده است.

نتایج مطالعه بارمان و همکاران نشان داده است که با توجه به تمام دسته‌های آماری، بار مدیریتی بیماران خاصاً مادران آن‌ها افزایش یافته است. این افزایش بار مدیریتی مادران آن‌ها باعث کاهش سلامتی بیماران وی خاصاً مادران آن‌ها شده است. نتایج مطالعه بارمان و همکاران نشان داده است که با توجه به تمام دسته‌های آماری، بار مدیریتی بیماران خاصاً مادران آن‌ها افزایش یافته است. این افزایش بار مدیریتی مادران آن‌ها باعث کاهش سلامتی بیماران وی خاصاً مادران آن‌ها شده است. نتایج مطالعه بارمان و همکاران نشان داده است که با توجه به تمام دسته‌های آماری، بار مدیریتی بیماران خاصاً مادران آن‌ها افزایش یافته است. این افزایش بار مدیریتی مادران آن‌ها باعث کاهش سلامتی بیماران وی خاصاً مادران آن‌ها شده است. نتایج مطالعه بارمان و همکاران نشان داده است که با توجه به تمام دسته‌های آماری، بار مدیریتی بیماران خاصاً مادران آن‌ها افزایش یافته است. این افزایش بار مدیریتی مادران آن‌ها باعث کاهش سلامتی بیماران وی خاصاً مادران آن‌ها شده است.
نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که اکثریت واحدهای نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند. پژوهشگر ضمیمه بیمارستان، افرادی را که می‌توانند مورد بررسی قرار گیرند. پس از ارائه معرفی نامه به رئیس و مدیران دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران به بیمارستان و دریافت کد اخلاق، با در دست داشتن معرفی نامه از ریاست بودن ابزار است. همچنین پرسش نامه اطلاعات جمعیتی و همچنین پرسشنامه اطلاعات جمعیتی شناختی و همدیجی پرسشنامه نامی را با آن ثبت نمودند.

پرسشنامه‌های پیشنهادی در مطالعه شامل انصراف یا خروج از مطالعه قبل از اتمام پژوهش و خروج از مطالعه در مراحل مختلف، با توجه به روش‌های مختلف دریافت اطلاعات متداوم برای هرگونه اصلاح می‌شود و در مطالعه در بیمارستان آزاد اسلامی تهران به مصداق اماکن و مراحل مطالعه کارگری، خصوصاً در زمینه‌های مختلف، انجام می‌پذیرد.

به‌طور کلی، پاسخ‌ها و اظهارات بهبود‌آموزش در نوبت اول در میانگین صفر تا دو امتیاز و در نوبت دوم در میانگین صفر تا چهار امتیاز بود. این امر از نظر پژوهشگر در حالت کلی برای مطالعه و بهبود زمینه‌ها بهبودی حاصل خواهد کرد.

1. Niklou
جدول 1: توزیع فراوانی مطلق و نسبی متغیرهای جامعه‌شناسی

| متغیر          | فراوانی مطلق | فراوانی نسبی |
|----------------|--------------|--------------|
| سن             |              |              |
| 0-16 سال       | 38           | 0.20         |
| 16-26 سال      | 18           | 0.10         |
| بیش از 26 سال  | 0            | 0.00         |
| تعلیم          |              |              |
| متوسط         | 6            | 0.03         |
| بیشتر          | 8            | 0.04         |
| مطلق          | 2            | 0.01         |
| تعلیم          |              |              |
| ابتدایی        | 15           | 0.09         |
| رفاهی          | 10           | 0.06         |
| تحصیلات        |              |              |
| البته           | 0            | 0.00         |
| نیازمند        | 0            | 0.00         |
| نوع مسکن        |              |              |
| نوع مسکن        |              |              |
| میلیون تومان   |              |              |
| 1-2 میلیون    | 33           | 0.18         |
| بیش از 2 میلیون | 6           | 0.03         |
| میزان مالی     |              |              |
| میلیون تومان    |              |              |
| 1-2 میلیون    | 10           | 0.06         |
| بیش از 2 میلیون | 0           | 0.00         |
| تعداد افراد خانواده |          |              |
| 2-3 نفر       | 31           | 0.18         |
| بیش از 3 نفر  | 40           | 0.24         |
| شماره فرزند    |              |              |
| شماره فرزند    |              |              |
| 1             | 16           | 0.09         |
| 2             | 8            | 0.05         |
| بیش از 2      | 0            | 0.00         |
| ساختار عضویت |              |              |
| نیازمند        | 0            | 0.00         |
| نیازمند        | 0            | 0.00         |
| جمع کل         | 48           | 0.28         |
| تعداد         |              |              |
| 1             | 16           | 0.09         |
| 2             | 8            | 0.05         |
| 3             | 0            | 0.00         |
| 4             | 0            | 0.00         |
| فروع         |              |              |
| نیازمند        | 0            | 0.00         |
| نیازمند        | 0            | 0.00         |
| نیازمند        | 0            | 0.00         |
| جمع کل         | 48           | 0.28         |
| شماره فرزند    |              |              |
| شماره فرزند    |              |              |
| 1             | 16           | 0.09         |
| 2             | 8            | 0.05         |
| 3             | 0            | 0.00         |
| 4             | 0            | 0.00         |
| ساختار عضویت |              |              |
| نیازمند        | 0            | 0.00         |
| نیازمند        | 0            | 0.00         |
| نیازمند        | 0            | 0.00         |
| جمع کل         | 48           | 0.28         |
| شماره فرزند    |              |              |
| شماره فرزند    |              |              |
| 1             | 16           | 0.09         |
| 2             | 8            | 0.05         |
| 3             | 0            | 0.00         |
| 4             | 0            | 0.00         |
| ساختار عضویت |              |              |
| نیازمند        | 0            | 0.00         |
| نیازمند        | 0            | 0.00         |
| نیازمند        | 0            | 0.00         |
| جمع کل         | 48           | 0.28         |
| شماره فرزند    |              |              |
| شماره فرزند    |              |              |
| 1             | 16           | 0.09         |
| 2             | 8            | 0.05         |
| 3             | 0            | 0.00         |
| 4             | 0            | 0.00         |
محصول 2. توزیع فرآیند مطالعه و نسبی انتخاب پار مرقابی مادران قبل و بعد از مداخله آموزشی

| پار مرقابی | قبل از مداخله | بعد از مداخله |
|------------|--------------|---------------|
| مطلق     | مطلق (درصد) | مطلق (درصد) |
| مادران     | کم (1-3)     | متوسط (4-10) |
| متوسط     | 768          | 768           |
| کم         | 6            | 6             |
| کم (1-3)   | 777          | 2             |
| متوسط (4-10) | 777       | 33            |
| پس از مرقد (11-20) | 777     | 0             |
| کم (1-3)   | 15           | 15            |
| متوسط (4-10) | 15           | 0             |
| کم (1-3)   | 71           | 71            |
| متوسط (4-10) | 71           | 0             |
| کم (1-3)   | 100          | 100           |
| متوسط (4-10) | 100         | 0             |
| کم (1-3)   | 0            | 0             |
| متوسط (4-10) | 0           | 0             |
| کم (1-3)   | 0            | 0             |
| متوسط (4-10) | 0           | 0             |

جلوه 3. مقایسه میزان نمره پار مرقابی مادران قبل و بعد از مداخله

جدول شماره 1

| نمادان | متوسط | انحراف معیار |
|--------|--------|--------------|
| قبل از مداخله | 777 | 777 |
| بعد از مداخله | 777 | 777 |

بحث

مطالعه حاضر به هدف تبیین میزان پار مرقابی مادران کودک که مادر بچه های مراقبت‌های زیاد، جراحی کلی و پس از مراقبت مادران قبل از مداخله آموزشی کمتر از مادران بعد از مداخله آموزشی بوده است. در مطالعه حاضر، میزان پار مرقابی مادران قبل از مداخله 777 و بعد از مداخله 777 بوده است. این نتایج نشان داد که میزان پار مرقابی مادران بعد از مداخله آموزشی کمتر از مادران قبل از مداخله بوده است. میزان القایی این میزان در مادران 777 و مادران بعد از مداخله 777 بوده است. نتایج نشان داد که میزان پار مرقابی مادران بعد از مداخله آموزشی کمتر از مادران قبل از مداخله بوده است. نتایج بیشتر نشان داد که در مادران بعد از مداخله آموزشی کمتر از مادران قبل از مداخله بوده است.
Quaternion می‌تواند تحت عمل جراحی قلب در دو گروه آزمایش و منجر به افزایش بار مراقبتی مادران شودیت عمومی‌بیماران بیماری قلبی باشد.

نتیجه‌گیری

در مطالعه حیاتی و همکاران در درآمدهای عاطفی بیماران نشان دادند که میانگین نمره بار مراقبتی مادران با استفاده از آزمون یک‌زبان صورت گرفت که میانگین نمره بار مراقبتی در دو گروه آزمایش و آزمایش طی شش ماه به مراجعه به وظایف و مسئولیت دیگر رها کرده‌اند. این نتایج با توجه به مطالعه خلیفه‌زاده اسفهانی و همکاران [22] که نشان دادن میزان بار مراقبتی بیماران بعد از آموزش کلیه مادران، راهنمایی به طوری که نتایج آزمایش بیماران در واحد مطالعه در 18/65 مثبت بودند.

مطالعه با توجه به میزان ارتباط آموزش خودمراقبتی معنوی با بار مراقبتی مادران کودکان تحت عمل جراحی قلب در دو گروه آزمایش و منجر به افزایش بار مراقبتی مادران شودیت عمومی‌بیماران بیماری قلبی باشد.

نتیجه‌گیری

در مطالعه حیاتی و همکاران در درآمدهای عاطفی بیماران نشان دادند که میانگین نمره بار مراقبتی مادران با استفاده از آزمون یک‌زبان صورت گرفت که میانگین نمره بار مراقبتی در دو گروه آزمایش و آزمایش طی شش ماه به مراجعه به وظایف و مسئولیت دیگر رها کرده‌اند. این نتایج با توجه به مطالعه خلیفه‌زاده اسفهانی و همکاران [22] که نشان دادن میزان بار مراقبتی بیماران بعد از آموزش کلیه مادران، راهنمایی به طوری که نتایج آزمایش بیماران در واحد مطالعه در 18/65 مثبت بودند.

مطالعه با توجه به میزان ارتباط آموزش خودمراقبتی معنوی با بار مراقبتی مادران کودکان تحت عمل جراحی قلب در دو گروه آزمایش و منجر به افزایش بار مراقبتی مادران شودیت عمومی‌بیماران بیماری قلبی باشد.

نتیجه‌گیری

در مطالعه حیاتی و همکاران در درآمدهای عاطفی بیماران نشان دادند که میانگین نمره بار مراقبتی مادران با استفاده از آزمون یک‌زبان صورت گرفت که میانگین نمره بار مراقبتی در دو گروه آزمایش و آزمایش طی شش ماه به مراجعه به وظایف و مسئولیت دیگر رها کرده‌اند. این نتایج با توجه به مطالعه خلیفه‌زاده اسفهانی و همکاران [22] که نشان دادن میزان بار مراقبتی بیماران بعد از آموزش کلیه مادران، راهنمایی به طوری که نتایج آزمایش بیماران در واحد مطالعه در 18/65 مثبت بودند.

مطالعه با توجه به میزان ارتباط آموزش خودمراقبتی معنوی با بار مراقبتی مادران کودکان تحت عمل جراحی قلب در دو گروه آزمایش و منجر به افزایش بار مراقبتی مادران شودیت عمومی‌بیماران بیماری قلبی باشد.

نتیجه‌گیری

در مطالعه حیاتی و همکاران در درآمدهای عاطفی بیماران نشان دادند که میانگین نمره بار مراقبتی مادران با استفاده از آزمون یک‌زبان صورت گرفت که میانگین نمره بار مراقبتی در دو گروه آزمایش و آزمایش طی شش ماه به مراجعه به وظایف و مسئولیت دیگر رها کرده‌اند. این نتایج با توجه به مطالعه خلیفه‌زاده اسفهانی و همکاران [22] که نشان دادن میزان بار مراقبتی بیماران بعد از آموزش کلیه مادران، راهنمایی به طوری که نتایج آزمایش بیماران در واحد مطالعه در 18/65 مثبت بودند.
حوزه درمان و پیشگیری می‌تواند کاربرد داشته باشد. لیکن، پیشنهاد می‌شود تحصیلات حاضر آغازگر تحصیلات کمتر به چیزی که به جامعه و نمونه آماری بیشتر در بین گروه‌ها و مراقبین مختلف چهت پویایی و رشد دانش پرستی باشد.

ملاحظات اخلاقی

یکی از اصول اخلاق بیوه‌شی

این مطالعه طراحی کد اخلاق به شماره

است. IR.IAU.TMU. REC.1397.082

حمایت مالی

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد تلویسندگان اول، خانم مریم ناظری گروه پرستاری، دانشگاه پرستاری و مامایی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی است.

مشارکت‌تویسندگان

تمام تلویسندگان در نگارش مقاله مشارکت داشتند.

تعارض منافع

بنابر اظهار تلویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

تلویسندگان از دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران به دلیل حمایت مالی، مدیریت و کادر پزشکی بیمارستان مرتبه که تلویسندگان را در انجام این پژوهش باری کردن، کمال تشکر و قدردانی را طلبده.
References

[1] Keshavars M, Eskandani N, Jahdi F, Asahiari F, Hoseini F, Kalani M. The effect of holy Quran recitation on physiological responses of premature infant (Persian). Koomesh. 2010; 11(3):169-77. http://koomeshjournal.semums.ac.ir/article-1-730-en.html

[2] Michelaesi HI, Prakash SK, Della Corte A, Bissell MM, Anawark N, Mathieu P, et al. Bicuspid aortic valve: Identifying knowledge gaps and rising to the challenge from the International Bicuspid Aortic Valve Consortium (BAVCon). Circulation. 2014; 129(25):2691-704. [DOI:10.1161/CIRCULATIONAHA.113.007851] [PMID] [PMCID]

[3] Gray PM, Edwards DM, O’Callaghan MJ, Cusíkei M, Gibbons K. Parenting stress in mothers of very preterm infants – influence of development, temperament and maternal depression. Early Human Development. 2013; 89(9):625-9. [DOI:10.1016/j.earlhudev.2013.04.005] [PMID]

[4] Mohamadi Shabahlaghi F. [Self-efficacy and caregiver strain in Alzheimer’s caregivers (Persian)]. Saldam: Iranian Journal of Ageing. 2006; 1(1):26-33. http://saldamdj.uswr.ac.ir/article-1-29-en.html

[5] Mastropietro CW, Davalos MC, Seshadri Sh, Walters HL, Delius RE. Woda A, Belknap RA, Haglund K, Sebern M, Lawrence A. Factors in Building spiritual care in nursing: An overview of Ku’s spiritual studies in Taiwan. Journal of Christian Nursing. 2017; 34(2):E26-E30. [DOI:10.1097/14651858.CD010442.pub2] [PMID] [PMCID]

[6] Nair J, Lakshminrusimha S. Update on PPHN: Mechanisms and treatment. Seminars in Perinatology. 2014; 38(2):78-91. [DOI:10.1053/j.semperi.2013.11.004] [PMID] [PMCID]

[7] Nwulia E. Spiritual care may impact mental health and medication adherence in HIV+ populations. HIV/AIDS (Auckland, NZ). 2017; 9:101-9. [DOI:10.2147/HIVS126309] [PMID] [PMCID]

[8] Ojji VU, Hung LC, Abbagholizadeh R, Terrell Hamilton F, Essien EJ, Nwulia E. Spiritual care may impact mental health and medication adherence in HIV+ populations. [MS thesis. Sari: Mazandaran University of Medical Sciences; 2018. http://eprints.mazums.ac.ir/id/eprint/4590]

[9] Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK, Reiler N. Improving the spiritual dimension of whole person care: Reaching national and international consensus. Journal of Palliative Medicine. 2014; 17(6):642-56. [DOI:10.1089/jpnm.2014.09427] [PMID] [PMCID]

[10] Talebi S. The effect of spiritual self-care education on the burden care of mothers. CMJA. 2020; 10(1):34-45. [PMID] [PMCID]

[11] Büssing A, Waßermann U, Hvidt NC, Längler A, Thiel M. Spiritual needs of mothers with sick new born or premature infants—a cross sectional survey among German mothers. Women and Birth. 2015; 44(1):33-8. [DOI:10.1016/j.wombi.2017.08.002] [PMID] [PMCID]

[12] Fryer CE, Luker JA, McDonnell MN, Hillier SL. Self management programmes for quality of life in people with stroke. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016; 2016(8):CD010442. [DOI:10.1002/14651858.CD010442.pub2] [PMID] [PMCID]

[13] Ojji VU, Hung LC, Abbagholizadeh R, Terrell Hamilton F, Essien EJ, Nwulia E. Spiritual care may impact mental health and medication adherence in HIV+ populations. HIV/AIDS (Auckland, NZ). 2017; 9:101-9. [DOI:10.2147/HIVS126309] [PMID] [PMCID]

[14] Batcheller J, Davis J, Yoder-Wise PS. Hope for the future: Intensifying spirituality in the workplace. Nursing Administration Quarterly. 2013; 37(4):309-16. [DOI:10.1097/NAQ.0b013e3182a2f5ae] [PMID] [PMCID]

[15] Martinez-Rodriguez S, Ortiz-Marqués N, Iraqui I, Carrasco M, Miguel JJ. Adaptation and analysis of psychometric features of the caregiver risk screen: A tool for detecting the risk of burden in family caregiv- ers. International Psychogeriatrics. 2013; 25(5):755-64. [DOI:10.1017/S1041610212002426] [PMID]

[16] Chiao CY, Wu HS, Hsiao CY. Caregiver burden for informal caregivers of patients with dementia: A systematic review. International Nursing Review. 2015; 62(3):340-50. [DOI:10.1111/inn.12194] [PMID]

[17] Cheng JF, Huang XY, Lin MJ, Wang YH, Yeh TP. The influence of a mental health home visit service partnership intervention on the caregivers’ home visit satisfaction and care burden. Journal of Clinical Nursing. 2018; 27(3-4):e668-e77. [DOI:10.1111/jocn.14123] [PMID]

[18] Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK, Reiler N. Improving the spiritual dimension of whole person care: Reaching national and international consensus. Journal of Palliative Medicine. 2014; 17(6):642-56. [DOI:10.1089/jpnm.2014.09427] [PMID] [PMCID]

[19] Bommer C, Heesemann E, Sagalova V, Manne-Goehler J, Atun R, Bärnighausen T, et al. The global economic burden of diabetes in adults aged 20-79 years: A cost-of-illness study. The Lancet Diabetes & Endocrinology. 2017; 5(6):423-30. [DOI:10.1016/S2213-8587(17)30097-9]

[20] Pahlavanzadeh S, Navidian A, Yazdani M. [The effect of psycho-education on depression, anxiety and stress in family caregivers of patients with mental disorders (Persian)]. Journal of Kermanshah University of Medical Sciences. 2010; 14(3):228-36. https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?ID=119161

[21] Bagherbeik Tabrizi L, Navab E, Farokhnazhad Afspar P, Asadi Noghahi AA, Haghani H. [Effect of cognitive-behavioral intervention on burden of family caregivers of patients with Alzheimer’s disease (Persian)]. Hayat. 2015; 21(1):94-102. http://hayat.tums.ac.ir/article-1-1058-en.html

[22] Khalifehzadeh A, Gheisarian Z, Bigdelian H. [The effect of care program on care giving burden of mothers of children undergoing congenital heart disease surgery (Persian)]. Iranian Journal of Pediatric Nursing. 2018; 4(3):41-6. http://ipn.ir/article-1-266-en.html

[23] Haghgoo A, Zoladi M, Afroughi S, Rahimian H, Mirzaee MS. [Assessment of the burden on family caregivers of patients with mental disorders hospitalized in Shahid Rajai Hospital in Yasuj, 2016 (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2017; 5(2):39-44. [In Persian] [DOI:10.21859/jpn.05026]

[24] Spore E. The quality of life primary caregivers of children with chronic conditions [PhD. dissertation]. Chicago: University of Illinois at Chicago; 2012. https://indigo.uic.edu/articles/The_Quality_of_Life_of_Caregivers_of_Children_with_Chronic_Conditions/10809086/files/19319504. pdf

[25] Heidari M, Etemadi Far Sh, Masoudi R, Kheyri S, Jivad N. The effect of care program and psychological capital of parents of children with epilepsy (Persian)]. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2018; 7(2):146-57. http://jcnm.skums.ac.ir/article-1-768-en.html

[26] Talebi S. [The effect of mindfulness-based education on the burden of care and psychological capital of parents of children with ADHD (Persian)] [MS thesis. Sari: Mazandaran University of Medical Sciences; 2018. http://eprints.mazums.ac.ir/id/eprint/4590]

[27] Amakali K, Small LF. Empowerment of the rural parents/caregivers of children with heart diseases in Namibia to facilitate coping with the demands of caring at home. Global Journal of Health Science. 2013; 5(2):74-83. [DOI:10.5539/ghs.v5n2p74]
