

بررسی تأثیر آموزش "برنامه خود مدیریتی پنج-آ" بر سلامت عمومی مادران دارای کودکان فلج مغزی

اصغر دالوندی^{۱*}، تابان نعمتی فرد^۲، فیروزه ساجدی^۳، کیان نوروزی^۱، مهدی رهگذر^۱، مینا مرادی^۴

^۱ دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
^۲ کارشناسی ارشد پرستاری کودکان، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، ایران.

^۳ استاد، مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

^۴ دانشجوی دکترای پرستاری، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: اصغر دالوندی، دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران. ایمیل: uswr.ac.ir@dalvandi

DOI: 10.21859/jhpm-05047

چکیده

مقدمه: فلج مغزی شایع‌ترین ناتوانی حرکتی مزمن در کودکان است که می‌تواند تأثیری منفی بر سلامت عمومی مادران داشته باشد. پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش "برنامه خود مدیریتی پنج-آ" بر سلامت عمومی مادران دارای کودکان فلج مغزی انجام شده است.

روش کار: در این مطالعه که به صورت نیمه تجربی در سال ۹۵-۹۴ انجام شد، ۴۷ مادر دارای کودک فلج مغزی ۴ تا ۱۲ سال ساکن استان کردستان و به شیوه تمام شماری انتخاب شدند که در مرحله بعد از مداخله به علت ریزش نمونه‌ها، ۲۳ مادر در گروه مداخله و ۱۶ مادر در گروه کنترل قرار گرفتند. داده‌ها با پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی مادر و کودک و "فرم کوتاه ۳۶ سؤالی بررسی سلامت" (Short Form 36 Health Survey) (با روایی و پایایی)، توسط مادران در دو مرحله قبل و بعد از آموزش "برنامه خود مدیریتی پنج-آ" کامل شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۲۲ مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین سن مادران در مطالعه حاضر ۳۳/۵ و میانگین سن کودکان ۶/۲ سال بود. در مرحله قبل از مداخله میانگین سلامت عمومی مادران در گروه مداخله ۲۷/۶۰ و گروه کنترل ۲۶/۲۵ بود و دو گروه اختلاف معنی داری نداشتند ($P = ۰/۸۰۴$)، اما در مرحله بعد از مداخله میانگین سلامت عمومی مادران در گروه کنترل بدون تغییر و در گروه مداخله به ۳۸/۲۶ رسید و دارای سطح معنادار ($P = ۰/۰۰۹$) بود.

نتیجه‌گیری: سلامت عمومی مادران کودکان فلج مغزی در سطح ضعیفی است و آموزش "برنامه خود مدیریتی پنج-آ" براساس نیاز مادران سبب تسهیل مراقبت از کودک و به دنبال آن ارتقا سلامت عمومی مادران شد. پیشنهاد می‌شود آموزش به مادران در راستای ارائه مراقبت صحیح به منظور بهبود شرایط سلامتی مراقبین کودکان فلج مغزی و تسهیل مراقبت از این کودکان با توجه به نیازها انجام شود.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۱۲/۰۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۵/۰۵

واژگان کلیدی:

فلج مغزی

برنامه خود مدیریتی پنج-آ

سلامت عمومی

مراقبین خانوادگی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

و همکاران [۶]، یک بیماری مزمن است که اطلاعات کمی در رابطه با وضعیت دراز مدت و ثبات اختلال و همچنین عوامل مؤثر بر سلامت آن‌ها شناخته شده است. از نظر پیش آگهی این اختلال درمان‌پذیر نیست [۷] و نیازمند خدمات وسیع توانبخشی به صورت طولانی مدت است [۸].

افراد مبتلا به فلج مغزی، در فعالیت‌های روزانه مرتبط با زندگی از جمله: غذا خوردن، لباس پوشیدن، حمام دچار محدودیت هستند که منجر به مراقبت طولانی فراتر از نیاز رشد طبیعی کودک خواهد شد. همچنین کودکان علاوه بر مشکلات جسمی، با اختلالات روانی - اجتماعی مانند عدم

فلج مغزی شایع‌ترین ناتوانی حرکتی مزمن و عوارض عصب شناختی در کودکان است که در نتیجه ضایعه به مغز در حال رشد، در مرحله قبل، حین و بعد از تولد ایجاد می‌شود. این بیماری اغلب با اختلالات حسی، حرکتی، شناختی، ارتباطی، رفتاری و همچنین سرعت و مشکلات عضلانی - اسکلتی همراه است که باعث محدودیت و کاهش مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی می‌شود [۱، ۲]. در ایالات متحده به ازای ۳۰۳ کودک یک مورد به فلج مغزی مبتلا است [۳]. در ایران آمار ۲/۰۶ در هزار گزارش شده است [۴، ۵] فلج مغزی از نظر McCullough

و کودک و همچنین والدین با یکدیگر را تقویت کرد. از طرف دیگر، محیط منزل یک محیط گرم است که در آن والدین خود مسؤولیت انجام اقدامات مراقبتی را به عهده می‌گیرند و خانه یک محیط امن و سالم و آرام است که می‌توان فعالیت‌ها را در قالب بازی به کودک آموزش داد و والدین زمان بیشتری جهت انجام مراقبت از کودک در منزل دارند [۲۵-۲۷].

آموزش "برنامه خودمدیریتی پنج-ا"، یک برنامه مبتنی بر شواهد است که طیف وسیعی از تغییر رفتارها در شرایط و موقعیت مختلف سلامتی در مراقبت اولیه از بیماری مزمن است [۲۸]. این برنامه شامل پنج مرحله است که ابتدا؛ ارزیابی سطح رفتاری بیماران اعتقادات و انگیزه‌ها است. در این مرحله بررسی اولیه یا شرح وضعیت ثبت خواهد شد. در مرحله دوم راهنمایی و هدایت بیمار در مورد بهداشت شخصی است که فرد را از عواملی که موجب آسیب‌های خطرناک به علت رفتارهای ناسالم خواهد شد آگاه می‌شود. مرحله سوم توافق با بیمار در مورد انتخاب واقعی اهداف عینی و برآورد موانع و پیش‌بینی آن می‌باشد. در مرحله چهارم تدوین برنامه عملی و برنامه آموزشی در راستا اهداف تعیین شده است و در مرحله آخر پیگیری و پشتیبانی و تنظیم برنامه با استفاده از پیگیری تلفنی و ویزیت در منزل انجام خواهد شد [۲۹-۳۱].

"برنامه خودمدیریتی پنج-ا" یک برنامه جدید خودمدیریتی در اختلالات مزمن است و در ایران تا کنون پژوهشی با این عنوان در کودکان فلج مغزی و خانواده‌های آن‌ها انجام نشده، و سایر مطالعات توسط گروه کاردرمانی و فیزیوتراپی انجام شده و پرستاران نقش کمتری در کمک به این کودکان و والدین آن‌ها داشته‌اند، طوری که در کشور ایران، هیچ برنامه مدونی توسط پرستاران برای کودکان مبتلا به فلج مغزی ارائه نشده است [۲۸]. با توجه به اهمیت این موضوع و مطالعات اندک که به ارزیابی پیامدهای مداخلات آموزشی - درمانی در منزل بر کودک و خانواده پرداخته شده [۳۲] و مزایای بسیار مراقبت در منزل [۲۵-۲۷]، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش "برنامه خودمدیریتی پنج-ا" بر سلامت عمومی مادران دارای کودکان فلج مغزی انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک پژوهش نیمه تجربی بوده که در استان کردستان بر اساس تأثیرآموزش "برنامه خودمدیریتی

پذیرش همسالان، افسردگی، عصبانیت و اضطراب و نظایر آن نیز مواجه هستند [۹]. ناتوانی کودک علاوه بر زندگی او، بر زندگی سایر افراد خانواده و مراقبین نیز تأثیر دارد [۲-۱۰]، و می‌تواند تمام توانایی اعضا به ویژه مادر را بر خود متمرکز کند [۹]. با توجه به عضویت مادر در تیم توانبخشی و خدمات کمک‌رسانی به کودک، آن‌ها مشکلات اجتماعی، عاطفی زیادی متحمل می‌شوند که بر سلامتی آن‌ها تأثیرگذار است [۱۱-۱۳]. زیرا مراقبت از یک کودک فلج مغزی به مراتب متفاوت و سنگین‌تر از مراقبت از یک کودک سالم است [۱۴]. با حضور بیماری جدی در خانواده اثری عمیق بر روی ساختار نقشی و عملکرد ایجاد خواهد شد [۱۵]. مطالعات نشان می‌دهد که روابط خانوادگی در چنین خانواده‌هایی، رو به اضمحلال گذارده است. از طرف دیگر، مشاهده شده است که با مراقبت از این کودکان، خانواده فشارها و تنش‌های بیشتری را نسبت به خانواده‌های دارای کودکان عادی تجربه می‌کنند [۱۶] که با گذر زمان والدین ممکن است به بی‌تفاوتی و بی‌اعتنایی نسبت به کشمکش‌ها و تنش‌های خانواده سوق یابند [۱۷-۱۹]. مراقبت در منزل مستلزم صبر و شکیبایی و فدا نمودن اهداف شخصی از جانب والدین است که موجب غفلت از پرداختن به زندگی شخصی و رسیدگی به سایر فرزندان می‌شود. به این ترتیب سلامت و بهداشت روانی خانواده‌های دارای کودکان کم‌توان ذهنی به شدت در معرض خطر قرار می‌گیرد [۱۳].

نتایج مطالعه‌ای که توسط Houng و همکاران [۲۰] انجام شد نشان داد که ۴۴ درصد والدین دارای کودکان مبتلا به ناتوانی‌های جسمی از اختلالات روانپزشکی رنج می‌برند [۲۰]. در مطالعه دیگر، ۴۱/۸ درصد مادران دارای کودک فلج مغزی در خطر عوارض روانی بودند [۲۱]. همچنین مطالعات نشان می‌دهد که والدین کودکان معلول در برابر تنش و فشار آسیب‌پذیر هستند. در مطالعه‌ای که توسط Emerson & Llewellyn انجام شد [۲۲] میزان بالایی از تنش‌های روانی در ۲۳ درصد مادرها گزارش شد که در بین پدرها شیوع بالایی نداشت.

با توجه به اهمیت این موضوع انجام مداخلاتی به منظور بالابردن سطح رضایت و سلامت یا به عبارت دیگر، ارتقا سطح کیفیت زندگی مراقبین کودک، می‌تواند برای مراقبین و کودکان سودمند باشد. اگر مراقبت از این کودکان با اتخاذ روش‌های مراقبتی مناسب باشد، انجام این امر تسهیل خواهد شد [۲۳، ۲۴]. یک راه حل مناسب، مراقبت به شیوه مناسب و صحیح در منزل است. با این روش می‌توان تعاملات بین مادر

جمعیت شناختی کودک شامل سن، جنس، مدت معلولیت، مدت توانبخشی و مشکلات همراه بود که مورد استفاده قرار گرفت. به منظور شناخت کامل تر نیازهای مادران در مراقبت از کودکان فلج مغزی و بهبود شرایط زندگی آنان، علاوه بر پرسشنامه‌های موجود، با مادران جهت تهیه بسته آموزشی بر اساس "برنامه خود مدیریتی پنج-ا" با مادران مصاحبه شد. سؤالات موجود جهت مصاحبه، هفت مورد بود که شامل: "توصیف وضعیت موجود از دید مادر، بیان مشکلات در رابطه با وجود کودک ناتوان، نحوه دریافت کمک، آموزش‌های قبلی در رابطه با مسئله، نیازهای آموزشی فعلی، نحوه برقراری ارتباط با کودک و خانواده هنگام بروز مشکل چگونه مشکلات خود را حل می‌کند.

این فرم توسط مدرسین گروه پرستاری و مرکز توانبخشی اعصاب در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. سؤالات به صورت باز پاسخ توسط مادران پاسخ داده شد و مورد بررسی قرار گرفت. "فرم کوتاه ۳۶ سؤالی بررسی سلامت" بطور اختصاصی به منظور سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت طراحی و در سطح جهانی مطرح می‌باشد. این پرسشنامه سلامت را در دو بعد کلی سلامت جسمانی و سلامت روانی ارزیابی می‌کند [۱۴]. در این مطالعه سلامت عمومی مادران که زیر مقیاس سلامت جسمی است مورد بررسی قرار گرفته است. هرچه میانگین نمرات به صفر نزدیکتر باشد، نشان دهنده وضعیت سلامتی نامطلوب و هرچه میانگین نمرات به صد نزدیکتر باشد، نشان دهنده وضعیت سلامتی مطلوبتری است [۳۴، ۳۵]. "فرم کوتاه ۳۶ سؤالی بررسی سلامت" توسط منتظری و همکاران در سال ۱۳۸۴ برای جمعیت ایرانی ترجمه و از نظر روایی و پایایی در ایران بررسی شد و از روایی و پایایی لازم برخوردار است [۳۴].

مداخله انجام شده در این مطالعه، آموزش بسته گردآوری شده بر طبق نیاز مادران و بر اساس "برنامه خود مدیریتی پنج-ا" می‌باشد. این برنامه شامل پنج مرحله است که بسته آموزشی طبق این مراحل تدوین شد. ابتدا با استفاده از بررسی پرسشنامه‌ها در مرحله قبل از مداخله و همچنین مصاحبه با مادران مرحله بررسی کردن جهت تعیین نیاز انجام شد و سپس در مرحله دوم یا راهنمایی فقط گروه مداخله حضور داشتند و مادران از خطرات احتمالی در مراقبت آگاه شدند. در مرحله سوم یا توافق به همراه مادران بر اهداف رفتاری جهت تعیین اهداف تمرکز

پنج-ا" بر سلامت عمومی مادران دارای کودکان فلج مغزی در سال ۹۵-۹۴ انجام شد. کلیه خانواده‌ها به روش تمام شماری وارد مطالعه شدند. نمونه‌ها شامل ۲۷ خانواده از شهر سنندج جهت گروه آزمون و ۲۰ خانواده از یکی شهرستان اطراف سنندج با خصوصیات معیارهای ورود به مطالعه جهت گروه کنترل انتخاب شدند. معیار ورود شامل: خانواده‌های ساکن استان کردستان در دو شهر سنندج و سقز، دارای هر دو والد (خانواده هسته‌ای)، مادران دارای سلامت جسمی و دارای یک فرزند فلج مغزی در محدوده سنی (۴ تا ۱۲) ساله، عدم شرکت والدین در مطالعه مشابه، برخورداری خانواده از سلامت نسبی جسمی و روانی (فقدان معلولیت در سایر اعضا خانواده)، عدم نگهداری کودک فلج مغزی در مراکز بهزیستی و کودک طبق "نظام طبقه بندی عملکرد حرکتی درشت" (Gross Motor Function Classification System) نمره ۳ تا ۵ را به خود اختصاص دهد. این نظام جهت درجه بندی شدت فلج مغزی است و ناتوانی کودک را از سطح یک تا پنج طبقه بندی می‌کند، سطح ۱ کودکان با حداقل ناتوانی و سطح ۵ کودکان با حداکثر ناتوانی و نیاز به کمک هستند. "نظام طبقه بندی عملکرد حرکتی درشت" یک نظام طبقه بندی استاندارد مشاهده‌ای است که توسط دهقان و همکاران در سال ۱۳۸۸ [۳۳] در ایران ترجمه فارسی و روایی و پایایی آن بررسی شد. ۲۰۲ نفر از افراد فلج مغزی توسط ایشان انتخاب شدند و در ابتدا پژوهشگر افراد را طبقه بندی کرده بود و سپس نسخه فارسی را جهت تکرار پذیری در اختیار ۵ آزمونگر به فاصله یک ساعت تا یک هفته گذاشت تا افراد را از نظر شدت فلج مغزی طبقه بندی کنند سپس با آزمون غیر پارامتریک مک نمار و کوکران تجزیه و تحلیل انجام شد، آزمون کوکران که جهت بررسی تکرار پذیری نسخه فارسی "نظام طبقه بندی عملکرد حرکتی درشت" بکار رفته بود $P < 0/05$ عدم تفاوت بین آزمونگران را نشان داد و بنابراین، "نظام طبقه بندی عملکرد حرکتی درشت" از پایایی کافی برخوردار است [۳۳].

پرسشنامه‌ها جهت جمع آوری اطلاعات، شامل چهار بخش اطلاعات جمعیت شناختی مربوط به مادر، اطلاعات جمعیت شناختی مربوط به کودک، فرم مصاحبه با مادر و "فرم کوتاه ۳۶ سؤالی بررسی سلامت" (Short Form 36 Health Survey) بود. بخش اطلاعات جمعیت شناختی سوالاتی در مورد سن، تأهل، سطح تحصیلات برای مادرو سطح درآمد خانواده بود و اطلاعات

شرکت کنندگان پس از تکمیل نمودن فرم رضایت آگاهانه قبل از مشارکت، با رضایت کامل در پژوهش شرکت نمودند و محرمانه بودن اطلاعات و بدون نام بودن پرسشنامه‌ها، رعایت اخلاق در جمع آوری داده‌ها و تحلیل و ارائه گزارش و ارائه نتایج مبتنی بر واقعیت از دیگر ملاحظات اخلاقی این پژوهش بود همچنین در پایان مطالعه با توجه به نتیجه حاصل از پژوهش، بسته آموزشی در اختیار گروه کنترل نیز قرار داده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه پس از ریزش داده‌ها ۳۹ مادر و کودک فلج مغزی شرکت داشتند. ابتدا داده‌های دموگرافیک مربوط به مشخصات سنی بررسی و مقایسه شد، میانگین سنی مادران در گروه مداخله ۳۳/۹ و در گروه کنترل ۳۵/۰۶ بود و میانگین سنی کودکان در گروه مداخله ۵/۹ و در گروه کنترل ۶/۵ بود و دو گروه اختلاف معنا داری نداشتند. (جدول ۲).

شدو در مرحله چهارم با دایر کردن کلاس‌های آموزشی برای مادران گروه مداخله در هفت جلسه در سازمان بهزیستی به آن‌ها آموزش داده شد و برای مادرانی که به هر علت امکان حضور در کلاس را نداشتند، پژوهشگر با مراجعه به منزل به آن‌ها آموزش داد و بسته آموزشی در اختیار گروه مداخله قرار داده شد. یک جلسه از کلاس به ملاقات حضوری با پدران جهت آگاه کردن آن‌ها از وضعیت سلامتی همسر و ارتقا مشارکت آن‌ها در مراقبت دایر شد. در مرحله پنجم پیگیری به شکل ملاقات در منزل و پیگیری تلفنی جهت هدایت برنامه مداخله‌ای و پاسخگویی به سؤالات انجام شد (جدول ۱).

سپس پرسشنامه‌ها در مرحله قبل و بعد از مداخله توسط مادران کامل شد و داده‌ها به روش کای اسکور، تی یا من ویتنی، کلمو-گرف-اسمیرنف، تی زوجی یا آزمون علامت ویلکسون، تحلیل چند متغیره، تحلیل کوواریانس با استفاده از نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول ۱: طرح کلاس‌های آموزشی	
مرحله بررسی و شناخت	عضو تیم حمایتی آموزش دهنده: پرستار
هدف کلی: آشنایی با مادران و بیان هدف از اجرای کلاس آموزشی، دادن طرح اولیه آموزش به مادران که شامل (آشنایی با مراقبت از کودک بیمار، مدیریت زمان، مدیریت تنش، مقابله با بحران، راه کارهای ارتقا اعتماد به نفس، آموزش حل مسئله، حمایت خانواده از مادران) می‌باشد.	جلسه اول
هدف: آشنایی با مراقبت از کودک فلج مغزی. محورهای آموزش: ایاب و ذهاب کودک، غذا دادن به کودک و کنترل آبریزش از دهان، لباس پوشیدن، استحمام و دستشویی رفتن، مراقبت و کنترل تشنج کودک در منزل و	جلسه دوم
آموزش جهت مدیریت زمان	جلسه سوم
هدف: مدیریت تنش در مادران. محورهای آموزش: مهارت آگاهی از تنش (آیا این مسئله یک تنش است؟)، مهارت پذیرش تنش، مهارت برخورد با تنش، مهارت عملی (روش‌های آرام سازی)	جلسه چهارم
هدف: مقابله با بحران و روش‌های کنار آمدن با مشکل، ارائه راه کار جهت ارتقا اعتماد به نفس در مادران	جلسه پنجم
هدف: آموزش روش حل مسئله بر طبق مراحل شش گانه حل مسئله شامل: تعریف مسئله، تجزیه و تحلیل علل مؤثر، یافتن راه حل‌های احتمالی، انتخاب بهترین راه حل، تدوین برنامه عملیاتی، اجرای راه حل و ارزیابی پیشرفت کار.	جلسه ششم
هدف: آموزش به پدران جهت حمایت بیشتر از مادران. یادگیرندگان: پدران. اهداف کلی آموزش در این هفت جلسه: افزایش سازگاری خانواده با این اختلال می‌باشد.	جلسه هفتم

جدول ۲: توزیع سنی کودک و مادر خانواده‌های دارای کودکان فلج مغزی در گروه‌های کنترل و مداخله		
P value	کنترل	مداخله
۰/۱۲۱	۳۵/۰۶ ± ۶/۶۱	۳۱/۹۶ ± ۵/۵۷
۰/۴۱۱	۶/۵۰ ± ۲/۵۳	۵/۹۱ ± ۱/۸۸

اطلاعات در جدول به صورت میانگین ± انحراف معیار آمده است.

در بررسی مشخصات جمعیت شناختی مربوط به مادران، تحصیلات در دو گروه بررسی شد، ۵۱/۳ درصد تحصیلات دیپلم یا دیپلم به بالا داشتند و ۸۴/۶ درصد از آنان خانه دار بودند و دو گروه از نظر این دو متغیر اختلاف معناداری نداشتند.

همچنین خانواده کودکان فلج مغزی از نظر داده‌های جمعیت شناختی بررسی شدند. در بیشتر خانواده‌ها وضعیت اقتصادی ۶۶/۸ درصد، متوسط بود. همچنین نمونه‌ها از نظر ارتباط خویشاوندی بررسی شدند و ۶۴/۱ درصد فاقد نسبت فامیلی بودند. مقایسه بین دو گروه نشان داد که دو گروه کنترل و مداخله با هم اختلاف معناداری ندارند ($P=0.341$) (جدول ۳).

همچنین داده‌های جمعیت شناختی مربوط به کودک، مادرو خانواده بررسی شد. ۶۴/۱ درصد از نمونه‌ها پسر و ۳۵/۹ درصد دختر بودند، از نظر رتبه تولد بررسی شدند که ۴۳/۶ درصد فرزند دوم بودند، همچنین نمونه‌ها از نظر مدت زمان معلولیت و مدت توانبخشی مورد بررسی و تحلیل آماری قرار گرفتند، ۵۱/۳ درصد از آنان به مدت ۳ تا ۶ سال بود که دچار ناتوانی بودند و ۴۶/۲ درصد به مدت ۳ تا ۶ سال بود که جهت توانبخشی به کلینیک مراجعه می‌کردند. دو گروه مداخله و کنترل از نظر متغیرهای مربوط به مشخصات کودک با هم اختلاف معناداری نداشتند.

جدول ۳: توزیع مشخصات جمعیت شناختی در گروه‌های کنترل و مداخله						
جنس	مداخله	کنترل	کل	درجه آزادی	آماره	P value
رتبه تولد				۱	۱۰۳۰	* ۰/۵۶۳
پسر	۱۵ (۶۵/۲)	۱۰ (۶۲/۵)	۲۵ (۶۴/۱)			
دختر	۸ (۳۴/۸)	۶ (۳۷/۵)	۱۴ (۳۵/۹)			
مدت معلولیت				۲	۱/۸۶۲	۰/۳۹۴
۱	۹ (۳۹/۱)	۳ (۱۸/۸)	۱۲ (۳۰/۸)			
۲	۹ (۳۹/۱)	۸ (۵۰)	۱۷ (۴۳/۶)			
۳	۵ (۲۱/۷)	۵ (۳۱/۲)	۱۰ (۲۵/۶)			
مدت توانبخشی، سال				۲	۱/۷۷۲	۰/۴۱۲
۳-۶	۱۱ (۴۷/۸)	۹ (۵۶/۲)	۲۰ (۵۱/۳)			
۹-۱۲	۱۰ (۴۳/۵)	۴ (۲۵)	۱۴ (۳۵/۹)			
۱۲-۹	۲ (۸/۷)	۳ (۱۸/۸)	۵ (۱۲/۸)			
وضعیت تحصیلی مادر				۳	۱/۵۴۵	۰/۶۷۲
بی سواد	۰ (۰)	۲ (۱۲/۵)	۲ (۵/۱)			
نهضت و ابتدایی	۲ (۸/۷)	۱ (۶/۲)	۳ (۷/۷)			
راهنمایی	۱۰ (۴۳/۵)	۴ (۲۵)	۱۴ (۳۵/۹)			
دیپلم و بالاتر	۱۱ (۴۷/۸)	۹ (۵۶/۲)	۲۰ (۵۱/۳)			
شغل مادر				۱	۰/۲۳۶	* ۰/۶۷۴
خانه دار	۲۰ (۸۷)	۱۳ (۸۱/۲)	۳۳ (۸۴/۶)			
شاغل	۳ (۱۳)	۳ (۱۸/۸)	۶ (۱۵/۴)			
وضعیت اقتصادی خانواده				۲	۰/۱۵۵۸	۰/۶۵۱
مرفه	۲ (۸/۷)	۱ (۶/۲)	۳ (۷/۷)			
متوسط	۱۴ (۶۰/۹)	۱۲ (۷۵)	۲۶ (۶۶/۸)			
ضعیف	۷ (۳۰/۴)	۳ (۱۸/۸)	۱۰ (۲۵/۶)			
نسبت فامیلی پدر و مادر				۱	۰/۲۱۲	* ۰/۵۶۳
بلی	۸ (۳۴/۸)	۶ (۳۷/۵)	۱۴ (۳۵/۹)			
خیر	۱۵ (۶۵/۲)	۱۰ (۶۲/۵)	۲۵ (۶۴/۱)			

* آزمون دقیق فیشر.

اطلاعات در جدول به صورت تعداد (درصد) آمده است.

جدول ۴: مقایسه میانگین سلامت عمومی قبل و بعد از مداخله در گروه‌های کنترل و مداخله				
تعداد میانگین انحراف معیار آزمون برابری واریانس لون		آزمون برابری میانگین T مستقل		
آماره F	مقدار احتمال	آماره t	درجه آزادی	مقدار احتمال
۰/۲۴۱	۰/۶۲۷	-۰/۲۴۹	۳۷	۰/۸۰۴
سلامت عمومی (قبل مداخله)				
	۲۳	۲۷/۶۰	۱۶/۹۸	
	۱۶	۲۶/۲۵	۱۶/۳۸	
سلامت عمومی (بعد از مداخله)				
۳/۶۵۷	۰/۰۶۴	-۲/۷۶۱	۳۷	۰/۰۰۹
مداخله				
	۲۳	۳۸/۲۶	۱۱/۰۴	
	۱۶	۲۶/۲۵	۱۶/۱۸	
کنترل				

رفاه جسمانی، رفاه هیجانی و روانی، اعتماد بنفس و آزادی و رفاه خانواده تأثیر گذاشته و اغلب والدین خود را فاقد حمایت تصور می‌کنند. همچنین علایی و همکاران [۳۷] در بررسی تجربه والدین از مراقبت کودک مبتلا به فلج مغزی؛ یافته‌ها حاصل از پژوهش سه طبقه زندگی؛ (توام با سختی، در ابهام بودن، نیاز به حمایت شدن) را آشکار نمود و توصیه به مداخلاتی به منظور حمایت از والدین مراقبت کننده از کودکان و بکارگیری راهکارهای کاهش فشار جسمی و روانی و آموزش در راستای غنی‌تر کردن اطلاعات در رابطه با ناتوانی کودک [۳۷] ضروری است. در مطالعه Terra و همکاران [۳۸] مادران دارای کودکان فلج مغزی از نظر ابعاد سلامتی فقیر تر از مادران دارای کودکان سالم بودند و نیازمند اجرای مداخله جهت ارتقا وضعیت سلامتی بودند. Byrne و همکاران [۳۹] در بررسی وضعیت سلامتی مراقبان کودکان فلج مغزی دریافتند که، با کاهش استقلال کودک در انجام فعالیت‌ها، مادران دردهای بدنی بیشتری را تجربه کرده و از سطح سلامت پایین‌تری برخوردارند که همسو با داده‌های این مطالعه است.

در سایر مطالعات، انجام مراقبت ویژه بر تمامی ابعاد کیفیت زندگی مادران (سلامت جسمانی و روانی) تأثیر مثبت داشته و سبب ارتقا آن شده است [۲۳]. مردانی شهر بابک، در بررسی آموزش به والدین در زمینه مراقبت و استفاده از وسایل کمکی در دو حیطه سلامت جسمانی و روانی و هشت زیر مقیاس آن تأثیر مثبت داشته و سبب ارتقا سطح سلامتی و کیفیت زندگی شده [۹] که این نتیجه بایافته‌های پژوهش حاضر هم سو است. در مطالعه خانجانی و همکاران [۲۴] هر چند با توانبخشی،

با توجه به نتایج حاصل از جدول ۳، دو گروه از نظر داده‌های جمعیت شناختی مربوط به کودک، مادر و خانواده ارتباط معناداری نداشتند. در بررسی یافته‌های اصلی پژوهش، در جدول ۴، میانگین نمرات افراد مورد مطالعه در ابعاد مختلف سلامت عمومی قبل و بعد از مداخله ارائه شده است. سلامت عمومی در دو گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله بررسی و مقایسه شد. میانگین سلامت عمومی در گروه مداخله قبل از مداخله ۲۷/۶۰ و در گروه کنترل ۲۶/۲۵ بود و دو گروه اختلاف معناداری نداشتند. در مرحله بعد از مداخله دو گروه بررسی شدند. میانگین سلامت عمومی در گروه مداخله ۳۸/۲۶ و گروه کنترل بدون تغییر بود و در مرحله بعد از مداخله با توجه به احتمال ($P = 0/009$) مداخله دارای تأثیر معنادار بود و سطح سلامت عمومی مادران در گروه مداخله ارتقا یافت.

با توجه به داده‌های جمعیت شناختی مربوط به کودک، مادر و خانواده، گروه مداخله و کنترل ارتباط معناداری نداشتند، اما در مرحله بعد از مداخله سطح سلامتی مادران ارتقا یافت که تأثیر آموزش "برنامه خود مدیریتی پنج-آ" را نشان می‌دهد.

بحث

در این مطالعه مادران کودکان فلج مغزی نقش اصلی را در مراقبت از کودک بر عهده داشتند. تجربه آنان طی نگره داری از کودک نشان داد که مراقبت از فرزند، بر سلامت عمومی آنان تأثیر گذار است. در بررسی سلامت عمومی، در مرحله قبل از مداخله سطح سلامتی مادران پایین بود. Davis و همکاران [۳۶] مراقبت از کودک فلج مغزی بر

عمومی در ابعاد مختلف را نشان می‌دهد. آموزش "برنامه خود مدیریتی پنج-آ" گامی مثبت جهت کمک به ارتقا توانمندی مادران جهت مدیریت مشکلات کودک و مراقبت اصولی‌تر با هزینه کمتر و در راستا برنامه‌های درمانی و توانبخشی بوده که در نهایت سبب ارتقا سطح سلامت عمومی مادران شده است. از مهمترین محدودیت‌های این پژوهش، مدت زمان اندک (هفت جلسه جهت آموزش بسته آموزشی) بود، زیرا بسیاری از مطالب آموزشی و بخصوص تکنیک‌های حل مسئله نیازمند تکرار و تمرین است. بعلاوه، نبود کاردرمان ماهر در کنار پرستار در زمان ارائه آموزش‌های مراقبت از کودک از دیگر محدودیت‌هاست، زیرا وجود چند تخصص در کنار هم به درک بهتر مفاهیم و آموزش تخصصی به یادگیرندگان کمک می‌کند. پیشنهاد می‌شود آموزش به مادران در راستای ارائه مراقبت صحیح به منظور بهبود شرایط سلامتی مراقبین کودکان فلج مغزی و تسهیل مراقبت از این کودکان با توجه به نیازها انجام شود.

سپاسگزاری

این مطالعه بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد تابان نعمتی فرد به راهنمایی آقای دکتر دالوندی در گروه پرستاری در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران می‌باشد. از کلیه مشارکت کنندگان که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند والدین محترم که با صرف وقت در انجام این پژوهش یاری رساندند، کمال تشکر و قدردانی را به عمل می‌آید.

تضاد منافع

هیچگونه تضاد منافی برای نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

وضعیت حرکتی کودکان فلج مغزی بهبود یافته، اما بر وضعیت سلامتی و زندگی مادران تاثیری نداشته. در همین راستا علاوه بر توجه به نیازهای کودک، مداخلاتی به منظور ارتقا سلامتی مادران باید انجام شود و لزوم یک برنامه حمایتی سلامت محور که مادران را در مدیریت نیازهای خود و کودک توانمند سازد ضروری است [۲۴].

"برنامه خود مدیریتی پنج-آ" یکی از این روش‌هاست. در مطالعه حاضر پس از اجرای آموزش "برنامه خود مدیریتی پنج-آ"، سطح سلامتی مادران در گروه مداخله ارتقا یافت. در مطالعه کفعمی و همکاران [۴۰]، برنامه خود مدیریتی موجب بهبود ابعاد مختلف سلامت در افراد درگیر با اختلال مزمن شد. در پژوهش احمدی و پورمنصوری [۴۱] برنامه خود مدیریتی بر مقیاس انرژی و خستگی که بخشی از سلامتی است نقش مؤثری داشت که همسو با داده‌های این پژوهش است. با توجه با نتایج حاصل از مطالعات فوق و همچنین نتایج این پژوهش، آموزش "برنامه خود مدیریتی پنج-آ" که یک برنامه جدید خود مدیریتی در افراد درگیر با اختلال مزمن است و بسته آموزشی گردآوری شده طبق این برنامه، سبب ارتقا سطح سلامت عمومی مادران دارای کودکان فلج مغزی شده است.

نتیجه گیری

با توجه به نتایج به دست آمده مشخص شد که سلامت عمومی بیشتر مادران کودکان مبتلا به فلج مغزی در سطحضعیفی است و مادران از مشکلات سلامتی رنج می‌برند که بر نحوه مراقبت از خود و کودک تاثیرگذار است، بنابراین، ضرورت اجرای برنامه ریزی مناسب برای بهبود سلامت

REFERENCES

1. Law M, Darrach J, Pollock N, Rosenbaum P, Russell D, Walter SD, et al. Focus on Function - a randomized controlled trial comparing two rehabilitation interventions for young children with cerebral palsy. *BMC Pediatr.* 2007;7:31. DOI: 10.1186/1471-2431-7-31 PMID: 17900362
2. Prudente CO, Barbosa MA, Porto CC. Relation between quality of life of mothers of children with cerebral palsy and the children's motor functioning, after ten months of rehabilitation. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2010;18(2):149-55. PMID: 20549111
3. Chen YP, Pope S, Tyler D, Warren GL. Effectiveness of constraint-induced movement therapy on upper-extremity function in children with cerebral palsy: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Rehabil.* 2014;28(10):939-53. DOI: 10.1177/0269215514544982 PMID: 25125440
4. Sajedi F, Soleimani F, Ahmadi M. [Cerebral palsy in children]. *J Health Care.* 2013;15(2):88-97.
5. Joghataei MT, Mohammad K, Rahgozar M, Siadati S. [Prevalence of some paralysis and limb amputation disabilities in Iran national epidemiological survey]. *J Rehabil.* 2002;3(1):7-16.
6. McCullough N, Parkes J, Kerr C, McDowell BC. The health of children and young people with cerebral palsy: a longitudinal, population-based study. *Int J Nurs Stud.* 2013;50(6):747-56. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2011.01.011 PMID: 21329925
7. Bower E. Handling. In: Bower E, editor. *Finnie's Handling the Young Child with Cerebral Palsy at Home.* 4th ed. Oxford, UK: Butterworth-Heinemann Limited; 2009. p. 119-36.
8. Babaei M, Rassafiani M, Ghahari S, Hoseini M, Fatoureyeh S. [Rehabilitation Experiences of people with cerebral palsy: A Literature Review]. *J Res Rehabil Sci.* 2014;9(7):1309-22.
9. Mardani Shahrabak B, Jalili N, Mirkhani SM, Reza Soltani P. [The effect of using the assistive devices on quality of life in mothers of children with cerebral palsy]. *J Res Rehabil Sci.* 2013;1(1):1103-12.
10. Maher F. [Mental Retardation]. 6th ed. Tehran: Publications Center of Astan Quds Razavi; 2009.
11. Kiani F, Poodineh Z. [The comparative survey of life quality between mothers of mentally retarded, cerebral palsy and healthy children]. *Zahedan J Res Med Sci.* 2011;13(1):15.

12. Schieve LA, Blumberg SJ, Rice C, Visser SN, Boyle C. The relationship between autism and parenting stress. *Pediatrics*. 2007;119 Suppl 1:S114-21. DOI: [10.1542/peds.2006-2089Q](https://doi.org/10.1542/peds.2006-2089Q) PMID: [17272578](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17272578/)
13. Khayatzadeh M. [A comparative study about quality of life in mothers of children with cerebral palsy, mental retardation and mothers of normal children]. *Shahed J Sys*. 2009;17(83):49-58.
14. Jalili N, Godarzi M, Rassafiani M, Haghgoo H, Dalvand H, Farzi M. [The influenced factors on quality of life of mothers of children with severe cerebral palsy: A survey study]. *J Modern Rehabil*. 2013;7(3):40-7.
15. Javam F. [The effect of family-center rehabilitation program on the Apgar score and the performance of families with children educable mentally retarded Rey city]. Tehran: University of Welfare and Rehabilitation Science; 2011.
16. Arjmandnia A, Afrouz Q, Nami M. [Comparing the stress and marital satisfaction and perceived social support Parents of mentally retarded children and normal children in Golestan Province]. *J Except Edu*. 2013;3(116):5-15.
17. Sajedi F, Vameghi R, Ali-Zad V, Malek-Khosravi G, Karimlou M, Ravarian A, et al. [Is Anxiety More Common in Mothers of Children with Cerebral Palsy?]. *J Rehabil*. 2011;11(2):15-20.
18. van den Borne HW, van Hooren RH, van Gestel M, Rienmeijer P, Fryns JP, Curfs LM. Psychosocial problems, coping strategies, and the need for information of parents of children with Prader-Willi syndrome and Angelman syndrome. *Patient Educ Couns*. 1999;38(3):205-16. PMID: [10865686](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10865686/)
19. Hendriks AH, De Moor JM, Oud JH, Savelberg MM. Perceived changes in well-being of parents with a child in a therapeutic toddler class. *Res Dev Disabil*. 2000;21(6):455-68. PMID: [11153829](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11153829/)
20. Hung JW, Wu YH, Chiang YC, Wu WC, Yeh CH. Mental health of parents having children with physical disabilities. *Chang Gung Med J*. 2010;33(1):82-91. PMID: [20184799](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20184799/)
21. Dehghan L. [Explain the process of achieving health in mothers of children with cerebral palsy]. Tehran: University of Welfare and Rehabilitation Sciences; 2014.
22. Emerson E, Llewellyn G. The mental health of Australian mothers and fathers of young children at risk of disability. *Aust N Z J Public Health*. 2008;32(1):53-9. DOI: [10.1111/j.1753-6405.2008.00166.x](https://doi.org/10.1111/j.1753-6405.2008.00166.x) PMID: [18290914](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18290914/)
23. Jalili N, Rassafiani M, Dalvand H, Haghgoo HA, Farzi M. The effectiveness of handling training on stress and quality of life among mothers of children with cerebral palsy aged 4-12 years old. *J Res Rehabil Sci*. 2013;9(1):48-58.
24. Khanjani M, Hatamizade NH, M., Rahgozar M, Arjmand M. [Learning how to take care of children with cerebral palsy effect on quality of life of family caregivers]. *J Uni Welfare Rehabil Sci*. 2008;10(3):38-42.
25. Bilde PE, Kliim-Due M, Rasmussen B, Petersen LZ, Petersen TH, Nielsen JB. Individualized, home-based interactive training of cerebral palsy children delivered through the Internet. *BMC Neurol*. 2011;11:32. DOI: [10.1186/1471-2377-11-32](https://doi.org/10.1186/1471-2377-11-32) PMID: [21392370](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21392370/)
26. Barati A, Janati A, Tourani S, Khalesi N, Gholizadeh M. [Iranian professional's perception about advantages of developing home health care system in Iran]. *Hakim Res J*. 2010;13(2):71-9.
27. Jafarzadeh A. [Investigate the effect of family-centered rehabilitation on performance Apgar families with children cerebral palsy who refer to rehabilitation center in Shirvan]. Tehran: University of social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2003.
28. Ghobadi A, Moatari M, Pishdad Q, Beygi P, Majidipour P. [The impact of "Self-Management S-A Program on health beliefs require insulin for diabetic patients referred to Nader Kazemi Clinic in Shiraz"]. *J Clin Care*. 2014;1(1):33-9.
29. Serdula MK, Khan LK, Dietz WH. Weight loss counseling revisited. *JAMA*. 2003;289(14):1747-50. DOI: [10.1001/jama.289.14.1747](https://doi.org/10.1001/jama.289.14.1747) PMID: [12684339](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12684339/)
30. Evidence-based care guideline for Chronic Care: Self-Management: Cincinatti Children's Hospital Medical Centre; 2007.
31. Goldstein MG, Whitlock EP, DePue J, Planning Committee of the Addressing Multiple Behavioral Risk Factors in Primary Care P. Multiple behavioral risk factor interventions in primary care. Summary of research evidence. *Am J Prev Med*. 2004;27(2 Suppl):61-79. DOI: [10.1016/j.amepre.2004.04.023](https://doi.org/10.1016/j.amepre.2004.04.023) PMID: [15275675](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15275675/)
32. Ghorbanpour-Kalkhoran Z, Vameghi R, Hosseini SA, Rassafiani M, Dalvand H, Reza-Soltani P. [The Effect of Home Adaptation, on Development level of 15-60 Months Old Cerebral Palsy Children]. *J Rehabil*. 2014;14(6):107-14.
33. Dalvand H, Dehghan L, Hadian MR, Feizy A, Hosseini SA. Relationship between gross motor and intellectual function in children with cerebral palsy: a cross-sectional study. *Arch Phys Med Rehabil*. 2012;93(3):480-4. DOI: [10.1016/j.apmr.2011.10.019](https://doi.org/10.1016/j.apmr.2011.10.019) PMID: [22265344](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22265344/)
34. Montazeri A, Gashtasebi A, Vahdaninia M. [Translation, Persian instrument reliability and validity of the standard SF-36]. *Payesh J*. 2004;5(1):49-56.
35. SF-36 Health Survey by Medical Outcomes Trust and Quality Metric Incorporated. USA: 2002.
36. Davis E, Shelly A, Waters E, Boyd R, Cook K, Davern M, et al. The impact of caring for a child with cerebral palsy: quality of life for mothers and fathers. *Child Care Health Dev*. 2010;36(1):63-73. DOI: [10.1111/j.1365-2214.2009.00989.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2009.00989.x) PMID: [19702639](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19702639/)
37. Alaei N, Mohammadi-Shahboulaghi F, Khankeh HR, Mohammad Khan Kermanshahi S. [Voiceless shout: Parents' experience of caring for child with cerebral palsy]. *J Hayat*. 2013;19(2):51-66.
38. Terra VC, Cysneiros RM, Schwartzman JS, Teixeira MC, Arida RM, Cavalheiro EA, et al. Mothers of children with cerebral palsy with or without epilepsy: a quality of life perspective. *Disabil Rehabil*. 2011;33(5):384-8. DOI: [10.3109/09638281003611052](https://doi.org/10.3109/09638281003611052) PMID: [21142651](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21142651/)
39. Byrne MB, Hurley DA, Daly L, Cunningham CG. Health status of caregivers of children with cerebral palsy. *Child Care Health Dev*. 2010;36(5):696-702. DOI: [10.1111/j.1365-2214.2009.01047.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2009.01047.x) PMID: [20074250](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20074250/)
40. Kafami F, Mohammadi F, Norouzi K, Rahgozar M. [The effect of self-management program on the health status of multiple sclerosis patients]. *J Res Nurs Midwif*. 2012;9(1):24-38.
41. Ahmadi M, Poormansouri S. [Effectiveness of self-management educational program on fatigue in sickle cell patients]. *J Clin Nurs Midwif*. 2015;4(2):29-42.

Effect of Education "Self-Management -5A's Program" on the General Health of Mothers of Children with Cerebral Palsy

Asghar Dalvandi ^{1,*}, Taban Nematifard ², Firoozeh Sajedi ³, Kian Norouzi ¹, Mahdi Rahgozar ¹, Mina Moradi ⁴

¹ Associate Professor, Department of nursing, University of welfare and rehabilitation, Tehran, Iran

² Master of Pediatric Nursing, Department of Nursing, University of Welfare and Rehabilitation, Tehran, Iran

³ Professor, Pediatric Neurorehabilitation Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

⁴ Ph.D. Student in Nursing, Department of Nursing, University of Welfare and Rehabilitation, Tehran, Iran

* Corresponding author: Asghar Dalvandi, Associate Professor, Department of nursing, University of welfare and rehabilitation, Tehran, Iran. E-mail: dalvandi@uswr.ac.ir

DOI: 10.21859/jhpm-05047

Received: 02.22.2016

Accepted: 07.26.2016

Keywords:

Cerebral Palsy

Self-management -5A's Program

General Health

Family Caregivers

© 2016 Iranian Nursing Scientific Association

Abstract

Introduction: Cerebral palsy is one of the most common chronic motion disability in children that can have a negative impact on the general health of mothers. This study is aimed to determine the effect of education "Self-Management 5-A's Program" on the general health of mothers of children with cerebral palsy.

Methods: This quasi-experimental study was conducted between 2015 and 2016. In total, 47 mothers of children between age of 4 and 12 years with cerebral palsy in Kurdistan province were selected using census-sampling method. After intervention stage the final sample was reduced to 23 mothers in intervention group and 16 in the control group. Data was collected by the demographic questionnaire of mothers and children and the "Short Form 36 Health Survey" (with confirmed validity and reliability). Questionnaires were completed by mothers before and after learning the "Self-Management 5-A's program". Data were analyzed using SPSS/22.

Results: The mean of mothers' age in this study was 33.5 and the average age of children was 6.2 years. At the pre-intervention stage the mean of general health of mothers in intervention group was 27.60 and the control group was 26.25. No significant differences were identified between two groups ($P = 0.804$). However, after intervention the mean of general health of mothers did not change in control group. This value in intervention group was 38.26 which was significant ($P = 0.009$).

Conclusions: The general health of mothers of children with cerebral palsy is weak. While, educating mothers with the "Self-Management 5-A's program" can facilitate and enhance their health, it is suggested to consider and align education programs based on the mother's needs.