



# The Effect of ROY Adaptation Theory on the Resilience of Mothers of Children with Intellectual Disability in GonbadKavos City in 1396

Atefeh Bazrafshan <sup>1</sup>, Hamid Hojjati <sup>2,\*</sup>

<sup>1</sup> MSc, Department of Pediatric Nursing, Ali Abad Katoul Branch, Islamic Azad University, Ali Abad Katoul, Iran

<sup>2</sup> Assistant Professor, Department of Nursing, Ali Abad Katoul Branch, Islamic Azad University, Ali Abad Katoul, Iran

\* **Corresponding author:** Hamid Hojjati, Assistant Professor, Department of Nursing, Ali Abad Katoul Branch, Islamic Azad University, Ali Abad Katoul, Iran. E-mail: h\_hojjati@aliabadiu.ac.ir

**Received:** 23 Jan 2018

**Accepted:** 24 Feb 2018

## Abstract

**Introduction:** Intellectual disability is one of the problems faced by families in different societies. The presence of a child with intellectual disability can endanger the physical and mental health of the family. The purpose of this study was to investigate the effect of ROY adaptation model on the resilience of mothers of children with intellectual disability.

**Methods:** This experimental study was carried out on 50 mothers of children with intellectual disability of 6-14 years old in Gonbad-Kavoos city in 2017. Sampling was done by random allocation method. The mothers were assigned to two groups of intervention and control. Demographic data questionnaire and CD-RIS resiliency questionnaire were completed. The intervention group completed five training sessions of 45 minutes. Two months later, both groups completed the questionnaires again. Data analysis was done by using independent t-test, paired t-test and covariance test using SPSS 21 software.

**Results:** The pre-interventional resiliency in the control group was  $67/16 \pm 12/54$  and after the intervention was  $65/56 \pm 11/68$ . In the experimental group, before the intervention,  $72.32 \pm 17.37$  and after the intervention  $82.72 \pm 12.92$ . Independent t-test between the intervention and control groups before and after the intervention showed no significant difference ( $p = 0.12$ ), but after intervention, there was a significant difference ( $P < 0.01$ ). Also, the paired t-test before and after the intervention in the test group showed a significant difference in the test group ( $P = 0.004$ ) and control group ( $P = 0.01$ ). Also, covariance test showed a significant difference between pretest and control groups before and after the intervention ( $P < 0.01$ ). The coefficient of ITA 39.0 indicated that the effect of intervention was 39% on the level of restraint.

**Conclusions:** Using Roy adaptation theory, as an effective and low-cost intervention can improve the resilience of mothers of children with intellectual disability.

**Keywords:** ROY Adaptation Theory, Resilience, Mothers, Intellectual Disability



# تأثیر تئوری سازگاری ROY بر تاب آوری مادران کودکان کم توان ذهنی شهرستان گنبد کاووس در سال ۹۶

عاطفه بذرافشان<sup>۱</sup>، حمید حجتی<sup>۲\*</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه پرستاری کودکان، واحد علی آباد کتول، دانشگاه آزاد اسلامی، علی آباد کتول، ایران  
<sup>۲</sup> استادیار، گروه پرستاری، واحد علی آباد کتول، دانشگاه آزاد اسلامی، علی آباد کتول، ایران  
 \* نویسنده مسئول: حمید حجتی، استادیار، دکترای آموزش پرستاری، گروه پرستاری، واحد علی آباد کتول، دانشگاه آزاد اسلامی، علی آباد کتول، ایران. ایمیل: h\_hojjati@aliabadiu.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۱۲/۰۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۱۱/۰۳

## چکیده

**مقدمه:** کم توانی ذهنی از جمله مشکلاتی است که خانواده‌ها در جوامع مختلف با آن مواجه هستند. حضور کودک کم توان، سلامت جسمی و روانی خانواده را به خطر می‌اندازد. مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر تئوری سازگاری Roy بر تاب آوری مادران کودکان کم توان ذهنی اجرا گردید.

**روش کار:** پژوهش تجربی حاضر بر روی ۵۰ مادر دارای کودک کم توان ذهنی ۱۴-۶ سال شهرستان گنبد کاووس در سال ۹۶ انجام گرفت. نمونه‌گیری بصورت تصادفی انجام شد. مادران در دو گروه مداخله و کنترل به تکمیل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و تاب آوری CD-RIS پرداختند. گروه مداخله پنج جلسه آموزشی ۴۵ دقیقه‌ای را گذراند. دو ماه بعد دو گروه در پس آزمون شرکت کردند. آنالیز داده‌ها با کمک آزمون‌های آماری تی مستقل، تی زوجی و کواریانس، توسط نرم افزار SPSS 21 انجام شد.

**یافته‌ها:** میزان تاب آوری قبل از مداخله در گروه کنترل  $12/54 \pm 67/16$  و بعد از مداخله  $11/68 \pm 65/56$ ، در گروه آزمون قبل از مداخله  $17/37 \pm 72/32$  و بعد از مداخله  $12/92 \pm 82/72$  بود. آزمون تی مستقل بین دو گروه قبل از مداخله اختلاف معنی داری نشان نداد ( $P = 0/12$ ) اما بعد از مداخله اختلاف معنی دار بود ( $P < 0/01$ ). آزمون تی زوج قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون  $0/04 = P$  و کنترل  $0/01 = P$  اختلاف معنی داری را نشان داد. آزمون کواریانس با حذف اثر پیش آزمون بین گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی داری نشان داد ( $P < 0/01$ ). ضریب ایتم  $0/39$  میزان اثر مداخله را  $39\%$  دانست.

**نتیجه گیری:** تئوری سازگاری Roy به عنوان مداخله‌ای اثربخش، تاب آوری مادران کودکان کم توان ذهنی را بهبود می‌بخشد.

**کلیدواژه‌ها:** تئوری سازگاری Roy، مادران، کم توان ذهنی، تاب آوری

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

## مقدمه

پیچیدگی‌های فراوانی را به همراه دارد که در فرهنگ‌های مختلف بصورت‌های گوناگون خود را نشان می‌دهد [۱]. در ایالات متحده آمریکا، ۶-۲ درصد بچه‌های زیر سه سال، ۵-۲ درصد از بچه‌ها در سنین ۳-۵ سال و ۱۲-۴ درصد از افراد جوان و نوجوان در سنین ۲۱-۶ سال، کم توان ذهنی هستند [۲]. طبق آمار سال ۱۳۹۱ در ایران از جمعیت دو میلیون و ۸ هزار معلول موجود در کشور، ۲۸۷۹۵ نفر آنان را معلولان ذهنی تشکیل می‌دهند [۳].

کم توانی ذهنی به کارکرد هوش عمومی اطلاق می‌گردد که به‌طور قابل ملاحظه‌ای زیر متوسط است و منجر به اختلالاتی در رفتار انطباقی شده یا با چنین اختلالاتی همراه است و در جریان دوره تحول ظاهر می‌شود [۱]. حضور بیش از یک میلیارد انسان دارای کم توانی در جهان که حدود ۱۵ درصد افراد دنیا را تشکیل می‌دهند، موضوع کم توانی را به مسئله مهمی در جوامع تبدیل کرده است. اگر خانواده‌های این قشر را به این تعداد اضافه کنیم، بیش از دو میلیارد نفر در جهان با این مشکل دست به گریبان هستند. معلولیت با گستره بسیار وسیع خود،

کاربرد تئوری بر روی خانواده‌ها بعنوان مددجو بررسی نشده است. محقق بر آن شد تا به بررسی تأثیر این تئوری در مادران کودکان کم‌توان ذهنی بپردازد.

## روش کار

پژوهش حاضر از نوع تجربی با طراحی پیش‌آزمون - پس‌آزمون و دو گروهی (آزمون و کنترل) در سال ۱۳۹۶ در شهرستان گنبدکاووس انجام گرفته است. جامعه پژوهش در این مطالعه کلیه مادران کودکان کم‌توان ذهنی ۱۴-۶ سال بودند که کودکانشان در نیمه اول سال تحصیلی ۹۶-۹۷ در مدارس استثنایی مشغول به تحصیل یا مددجوی مراکز آموزشی سازمان بهزیستی در سطح شهرستان گنبدکاووس بودند. طبق نظر محقق و اساتید مربوطه معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن حداقل یک کودک کم‌توان ذهنی، اعلام تمایل به شرکت در پژوهش، نداشتن مشکلات جسمی و روانی، توان شرکت در کلاس آموزشی و یادگیری مطالب بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز عدم شرکت در چهار جلسه از جلسه آ و اعلام انصراف مادر از ادامه شرکت در کلاس بود. این پژوهش پس از دریافت کد اخلاق به شماره IR.IAU.CHALUS.REC.1395.9 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد چالوس اجرا گردید. پژوهشگر پس از اخذ مجوزهای لازم به اداره بهزیستی شهرستان مراجعه نموده و دو مدرسه استثنایی و یک مرکز توانبخشی به عنوان محیط پژوهش انتخاب شدند. نمونه‌گیری ابتدا از بین مراکز و مدارس به صورت نمونه‌گیری مبتنی بر هدف (مراکز و مدرسه‌ای که کودکان ۶-۱۴ سال را شامل می‌شد) و سپس از بین والدین بصورت تصادفی انجام شد. حجم نمونه این مطالعه براساس مطالعه علی‌اکبرزاده و همکاران (۱۳۹۱) با اندازه اثر ۰/۷۷، سطح معنی‌داری ۰/۰۵ و توان آزمون ۸۰٪ توسط نرم افزار G\*POWER به تعداد ۵۰ نفر در دو گروه ۲۵ نفر آزمون و ۲۵ نفر کنترل انتخاب شد [۴].

بعد از مراجعه ضمن ارائه معرفی‌نامه، اهداف پژوهش و روش کار توضیح داده شد و مشارکت مدیران و دست‌اندرکاران جلب گردید. سپس با حضور در جلسه اولیا و مربیان پژوهش مختصراً به ایشان توضیح داده شد و تعداد ۶۰ نفر از مادرانی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند انتخاب شدند. این مادران با استفاده از روش تصادفی ساده در دو گروه A (کنترل) و گروه B (گروه مداخله) قرار گرفتند. به این صورت که لیست مادرانی که اعلام آمادگی نموده بودند تهیه و شماره‌گذاری شد. سپس شماره‌های زوج گروه آزمون و شماره‌های فرد گروه کنترل در نظر گرفته شدند. در دو روز مختلف از دو گروه خواسته شد برای شرکت در جلسه حضوری تشریف بیاورند که طی جلسه، پژوهش برای آنان تشریح و رضایت آنها را به طور کتبی و شفاهی برای شرکت در پژوهش اخذ شد. پرسشنامه‌ها در اختیار دو گروه قرار گرفت.

پرسشنامه‌ها شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک که توسط محقق طراحی گردید و با نظر سنجی از ۱۰ استاد محترم دانشکده پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد علی‌آباد کنترل سنجیده شد و با اعمال نظرات ایشان تنظیم نهایی گردید. این پرسشنامه ۱۵ سوالی و شامل اطلاعات دموگرافیک مادر و کودک، سن بروز کم‌توانی، سطح تحصیلات مادر، تعداد فرزندان سالم و کم‌توان و شدت کم‌توانی کودک بود. پرسشنامه اصلی مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RISC یا Connor-

تعداد قابل توجهی از خانواده‌های ایرانی، از اثرات ناخوشایند داشتن یک کودک معلول، همچنین از بار مراقبتی بسیار زیاد و فشارهای روانی، اجتماعی و مالی ناشی از داشتن چنین کودکی رنج می‌برند [۵]. والدین کودکان با ناتوانی‌های رشدی نسبت به دیگر والدین، سطح بالایی از فشار روانی را تجربه می‌کنند [۶، ۷] و سلامت روانی والدین این کودکان از سلامت روانی والدین کودکان عادی پایین‌تر است [۸]. مطالعات نشان داده‌اند که وجود کودک با محدودیت عملکردی و وابستگی طولانی، نیازمند مراقبت ویژه و حمایت متفاوت است و تمام نیروی مادر را بر خود متمرکز می‌کند. مادر نمی‌تواند به ابعاد دیگر زندگی رسیدگی کند و سلامت مادر و خانواده به خطر می‌افتد [۹]. بنابراین مدیریت یک کودک کم‌توان ذهنی و تکاملی هم‌چون سایر وضعیت‌های مزمن، نباید تنها متمرکز بر کودک و مشکلاتش باشد، بلکه باید خانواده وی نیز در نظر گرفته شود [۱۰].

علی‌رغم اینکه تولد یک کودک کم‌توان ذهنی به عنوان یک بحران، می‌تواند به شکل عمیق بر ارتباطات و کنش خانواده تأثیر بگذارد، خانواده‌ها می‌توانند با این بحران به خوبی سازگار شوند، به شرطی که روابط باز، مؤثر و دایمی داشته و در نقش‌هایشان انعطاف‌پذیر باشند [۱۱]. از طرفی، مطالعاتی نیز وجود دارد که نشان از وجود تاب‌آوری در خانواده‌ها و والدین این کودکان دارد بنابراین شناخت مسائل و مشکلات روحی و جسمی والدین کودکان کم‌توان ذهنی در جهت اقدام صحیح و حمایت از این افراد، با هدف ارتقا سطح تاب‌آوری ملاک مهمی می‌باشد [۱۲]. تاب‌آوری بدین معنی است که افراد چگونه می‌توانند مشکلات زندگی خود را در عین داشتن استرس و فشار با موفقیت سپری کنند [۱۳]. افراد با تاب‌آوری بالا رویدادها را قابل کنترل می‌بینند، نگرش‌های خوش‌بینانه این افراد، پردازش اطلاعات را مؤثرتر می‌سازد، راهبردهای مقابله فعال بیشتری را به کار می‌گیرند و توان کنار آمدن با شرایط دشوار در آنها بالاتر است. بنابراین تاب‌آوری، انعطاف‌پذیری افراد را افزایش می‌دهد و این ویژگی باعث افزایش سازگاری افراد با شرایط مختلف می‌گردد [۱۴] جهت ایجاد سازگاری باید از شیوه‌های مناسب استفاده شود [۴]. تئوری سازگاری Roy در مراقبت از بیمار در بعد فیزیولوژیک، درک از خود، ایفای نقش و بُعد وابستگی به منظور ارائه مراقبت جامع ارائه شده است (۱۵). با بکارگیری برنامه مراقبتی بر اساس الگوی سازگاری Roy، رفتارهای سازگار (سالم) در ابعاد جسمی و روانشناختی در بیماران با بیماری‌های مزمن افزایش می‌یابد و می‌تواند به سازگاری مناسب روانشناختی بیمار با بیماری، کنترل مناسب بیماری و کاهش عوارض کمک کند [۱۵]. مطالعات انجام شده توسط آلن، باکان و فاضل عسکرپور در زمینه به کارگیری الگوی Roy، تأثیر مثبت این الگو را بر کنترل بیماری و افزایش پاسخ‌های سازگار در بیماری‌های مزمن نظیر نارسایی قلبی، دیابت و مراحل انتهایی بیماری کلیوی نشان داده است [۱۶-۱۸]. تئوری سودمندی خود را در بررسی بیماران سالمند، کودکان، بیماران قلبی، بیمارانی که صدمات ارگانیک مغزی دارند، بیماران بعد از زایمان و پدران که همسرشان عمل زایمان سزارین داشته‌اند، نشان داده است. در مراقبت از نوزادان نیز مفید بوده است، در افسردگی و رضایت از زندگی در میان گروهی از افراد بازنشسته و برای بیمارانی که بیماری روانی حادی دارند نیز مفید بوده است [۱۹-۲۱]. اما با توجه به اینکه تابحال به کاربرد این تئوری در زمینه پرستاری کودکان با مشکلات جسمی و روحی پرداخته نشده است و هم‌چنین

گروه B (مداخله) پنج جلسه آموزشی به مدت ۴۵ دقیقه (مجموعاً ۲۲۵ دقیقه) با محتوای چهار بعد تئوری سازگاری Roy را در مدت پنج هفته گذراند. مطالب آموزشی بر اساس اطلاعات استخراج شده از فرم ((بررسی و شناخت Roy)) طراحی و بعد از تأیید توسط استاد راهنما و ده نفر از متخصصین مربوطه به واحدهای مورد پژوهش ارائه شد. در ارائه آموزشها علاوه بر خود پژوهشگر، یک کارشناس تغذیه و رژیم درمانی، یک روانشناس بالینی و یک کارشناس تربیت بدنی نیز به ارائه مطالب آموزشی بر اساس برنامه آموزشی پرداختند. جلسات آموزشی از تاریخ ۱۳۹۶/۰۷/۱۵ تا ۱۳۹۶/۰۹/۱۵ به طول انجامید.

Davidson Resilience Scale) بود. این پرسشنامه دارای ۲۵ سؤال و طیف پاسخگویی به آن از نوع لیکرت بوده و شامل امتیاز صفر تا ۴ (از کاملاً غلط، تا حدودی غلط، نظری ندارم، تا کاملاً درست) می‌باشد. نحوه نمره‌گذاری این پرسشنامه از ۰-۱۰۰ بود. در پژوهش حق رنجبر و همکاران (۱۳۹۰) نیز پایایی این پرسشنامه براساس آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه گردید. بنابراین این ابزار از پایایی خوبی برخوردار است [۲۲]. ابتدا در مرحله پیش‌آزمون، پرسشنامه‌های مذکور توسط دو گروه آزمون و کنترل تکمیل شد. جهت پس آزمون گروه A (کنترل) دو ماه بعد مجدد پرسشنامه‌های مذکور را تکمیل نمود اما

جدول ۱: خلاصه‌ای از محتوای جلسات آموزشی بر اساس الگوی سازگاری Roy

روز	ابعاد	محتوای آموزش
اولین جلسه	آشنایی	تکمیل پرسشنامه‌ها - پاسخگویی به سؤالات مادران، آشنایی مادران با یکدیگر- تعیین گروه آزمون و کنترل
جلسه دوم و سوم	بعد فیزیولوژیک	آموزش نحوه فعالیت استراحت و خواب و تغذیه کافی - اکسیژناسیون و گردش خون - مایعات و الکترولیتها - دفع و اجابت مزاج درست - ورزش - پیشگیری از بیماریها
جلسه چهارم	بعد مفهوم خود	خود فیزیکی - خود ذهنی - خود در رابطه با دیگران - اعتقادات و ارزشها - ابراز احساسات - راهکارهای حل مسئله - کنترل خشم
جلسه پنجم	بعد ایفای نقش	نحوه پاسخ به توقعات اطرافیان - کنترل استرس - تناسب انتظارات با تواناییها
جلسه ششم	بعد وابستگی	ارتباط و اهمیت خانواده - روابط خانوادگی صحیح - تاثیر گروه و فعالیتهای گروهی بر شخص
		در پایان جلسه ششم پکیج آموزشی شامل کتابچه و CD آموزشی به مادران تحویل گردید
جلسه هفتم	مرور	مرور ابعاد و پاسخ به سؤالات مطرح شده مادران
جلسه هشتم	یک ماه بعد	تکمیل مجدد پرسشنامه‌ها

هم‌چنین میزان تاب آوری قبل از مداخله در گروه کنترل  $12/54 \pm$  و  $67/16$  و بعد از مداخله  $11/68 \pm 65/56$  بود. در گروه آزمون نیز قبل از مداخله  $17/37 \pm 72/32$  و بعد از مداخله  $12/92 \pm 82/72$  نشان داده شد. آزمون تی مستقل بین گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله  $P = 0/12$  اختلاف معنی‌داری را نشان نداد ولی بعد از مداخله اختلاف معنی‌داری را نشان داد ( $P < 0/01$ ) هم‌چنین آزمون تی زوج قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون  $P = 0/04$  و گروه کنترل  $P = 0/01$  اختلاف معنی‌داری را نشان داد. هم‌چنین آزمون کواریانس با حذف اثر پیش آزمون بین گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی‌داری را نشان داد ( $P < 0/01$ ) که ضریب این نشان داد که احتمالاً ۳۹ درصد تغییرات پس از آزمون بدلیل متغیر مستقل می‌باشد.

### بحث

در مطالعه حاضر تاب آوری مادران کودکان کم‌توان ذهنی در هر دو گروه قبل از مداخله در سطح قابل قبولی قرار داشت و با اجرای مداخله نیز افزایش چشمگیری را نشان داد. در مقیاس تاب آوری کونور و دیویدسون نمره بالاتر نشان‌دهنده تاب‌آوری بالاتر است. ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه خوب برآورد شده است و افزایش نمره در این مقیاس در درمان، نشان‌دهنده بهبود کلی بیمار می‌باشد [۲۲]. در مطالعه حسن زاده و حجتی (۱۳۹۵) میزان تاب‌آوری والدین کودکان کم توان ذهنی استان گلستان با میانگین  $51/86 \pm 17/40$  گزارش گردید [۲۳]. این نتایج با مطالعه حاضر اختلاف زیادی دارد. در مطالعه حاضر میزان تاب آوری مادران قبل از مداخله در گروه کنترل  $67/16 \pm 12/54$  و در گروه آزمون  $72/32 \pm 17/37$  گزارش گردید. بنابراین از آنجا که مقادیر بیشتر بیانگر تاب آوری بیشتر است می‌تواند نشانگر دو نکته باشد. اول اینکه تاب‌آوری مادران کودکان کم‌توان ذهنی از میانگین تاب آوری هر دو والد (در مطالعه حسن زاده و حجتی) بالاتر

هم‌چنین در طول پژوهش، پیگیری تلفنی بصورت روزانه به منظور رفع ابهامات، اشکالات و پاسخ به سؤالات مادران صورت گرفت دو ماه بعد از تاریخ تکمیل اولین پرسشنامه‌ها، هم‌زمان هر دو گروه آزمون و کنترل در جلسه پس‌آزمون شرکت و به تکمیل مجدد پرسشنامه‌ها اقدام پرداختند. پس از پایان فرایند جمع‌آوری داده‌ها جهت محرمانه ماندن اطلاعات پرسشنامه‌ها با اعداد کدگذاری گردید و فرم‌های رضایت آگاهانه که حاوی اسم و امضا مادران بود از پرسشنامه اصلی و دموگرافیک جدا گردید. سپس تجزیه و تحلیل داده‌ها و نتیجه‌گیری از آنها انجام گرفت. یافته‌های پژوهش برحسب نوع متغیرها، کمی و کیفی بودند جهت تجزیه و تحلیل، داده‌های جمع‌آوری شده وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ شده و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به منظور دسته‌بندی و خلاصه نمودن داده‌ها از آمار توصیفی مانند جدول توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. جهت ملاحظات اخلاقی بعد از اتمام پژوهش سی دی و پمفلت‌های مطالب آموزشی در اختیار گروه کنترل نیز قرار گرفت.

### یافته‌ها

طبق نتایج حاصله از پژوهش از نظر سن، بیشترین درصد واحدهای پژوهش در گروه آزمون ۵۲ درصد (۱۳ نفر) و در گروه کنترل ۴۴ درصد (۱۱ نفر) بین ۴۰-۵۰ سال بودند. از نظر تحصیلات در گروه آزمون ۴۸ درصد (۱۲ نفر) و در گروه کنترل ۶۸ درصد (۱۷ نفر) زیر دیپلم، از نظر تعداد فرزندان در گروه آزمون ۴۰ درصد (۱۰ نفر) و در گروه کنترل ۶۰ درصد (۱۵ نفر) بیش از ۲ فرزند داشتند. از نظر سن کودکان در گروه آزمون ۴۴ درصد (۱۱ نفر) و در گروه کنترل ۴۳ درصد (۱۱ نفر) بین ۶-۸ سال سن داشتند و از نظر شدت کم توانی ذهنی گروه آزمون ۳۶ درصد (۹ نفر) کم توانی متوسط و گروه کنترل ۳۲ درصد (۸ نفر) کم توانی شدید داشتند.

سطح تحصیلی، تفاوت سنی کمتر، میزان تاب‌آوری والدین بیشتر می‌شد. والدین معتاد دارای تاب‌آوری کمتری در مقایسه با والدین سالم هستند و والدینی که در خانواده آنها سابقه بیماری روانی و سابقه جدایی وجود دارد، تاب‌آوری کمتری دارند [۲۴].

است یا اینکه میانگین تاب‌آوری مادران شهرستان گنبد کاووس از میانگین آن در استان بالاتر است. خاک‌پور و مهرافرید (۱۳۹۲) به این نتیجه دست یافتند که تفاوت سنی، اعتیاد، سابقه بیماری روانی و سابقه جدایی، رابطه معنی‌داری با میزان تاب‌آوری والدین دارد به عبارت دیگر، با افزایش سن، با بهبود وضعیت اقتصادی، تعداد کم فرزندان، افزایش

جدول ۲: مشخصات دموگرافیک واحدهای پژوهش

دموگرافیک	کنترل فراوانی (درصد)	آزمون فراوانی (درصد)	P-value
سن مادر			
۲۰-۲۹ سال	(۲۰)۵	(۲۲)۶	P = ۰/۳۷
۳۰-۳۹ سال	(۴۴)۱۱	(۵۲)۱۳	
۴۰-۴۹ سال	(۲۴)۶	(۲۰)۵	
۵۰ سال به بالا	(۱۲)۳	(۴)۱	
تحصیلات			
بی سواد	(۱۶)۴	(۲۰)۵	P = ۰/۱۳
زیر دیپلم	(۴۸)۱۲	(۶۸)۱۷	
دیپلم	(۲۸)۷	(۸)۲	
کارشناسی	(۸)۲	(۴)۱	
تعداد فرزند			
۱ فرزند	(۱۶)۴	(۲۳)۶	P = ۰/۱۸
۲ فرزند	(۲۴)۶	(۳۶)۹	
۳ فرزند	(۶۰)۱۵	(۴۰)۱۰	
سن کودک			
۶-۷ سال	(۴۳)۱۱	(۴۴)۱۱	P = ۰/۵۹
۸-۹ سال	(۱۶)۴	(۸)۲	
۱۰-۱۱ سال	(۲۸)۷	(۲۴)۶	
۱۲-۱۴ سال	(۱۲)۳	(۲۴)۶	
شدت کم توانی			
عمیق	(۸)۲	(۰)۰	P = ۰/۴۹
شدید	(۳۲)۸	(۳۲)۸	
متوسط	(۳۲)۸	(۳۶)۹	
خفیف	(۲۸)۷	(۳۲)۸	

جدول ۳: مقایسه تاب‌آوری مادران کودکان کم‌توان ذهنی قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون و کنترل در سال ۹۶

گروه	قبل از مداخله	بعد از مداخله	P-value
کنترل	میانگین و انحراف معیار ۶۷/۱۶ ± ۱۲/۵۴	میانگین و انحراف معیار ۶۵/۵۶ ± ۱۱/۶۸	P = ۰/۰۱ P = ۰/۰۰۴
آزمون	میانگین و انحراف معیار ۷۲/۳۲ ± ۱۷/۳۷	میانگین و انحراف معیار ۸۲/۷۲ ± ۱۲/۱۹	
P-value	t = -۱/۲ P = ۰/۲۳	t = -۵/۰۸ P < ۰/۰۱	

انجام شده بود نشان داد اجرای الگوی سازگاری Roy، شدت خستگی افراد مبتلا به ام اس را کاهش داد، میانگین نمرات شدت خستگی بعد از اجرای برنامه مراقبتی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل کاهش یافت [۲۸]. نتایج پژوهش حاضر هم راستا با پژوهش مقصودی و همکاران (۱۳۹۴) می‌باشد که نشان دادند اجرای برنامه مراقبتی بر اساس الگوی سازگاری Roy تأثیر مثبتی در افزایش عزت‌نفس سالمندان دارد [۲۹]. در پژوهش فاضل اصغر پور و همکاران (۱۳۹۰) روی بیماران همودیالیزی قبل از مداخله بر اساس تئوری Roy بین دو گروه اختلاف معنی‌داری در فعالیت‌های روزانه زندگی وجود نداشت. درحالی‌که بعد از مداخله تفاوت دو گروه معنی‌دار گردید. توانایی بیماران گروه آزمون در انجام فعالیت‌های روزانه بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله افزایش معنی‌داری را نشان داد. در حالی که در گروه

شجاعی و همکاران، گزارش کرده اند که بین تاب‌آوری و بهزیستی روانی خواهان و برادران افراد با کم‌توانی ذهنی رابطه مثبت معنادار و با درماندگی روانی رابطه منفی معنادار وجود دارد [۲۵]. هم‌سو با یافته‌های یاد شده، کاوه و همکاران (۱۳۹۰) مشاهده کردند که اجرای برنامه تاب‌آوری با رویکرد مقابله با استرس برای مادران و پدران دارای کودک با کم‌توانی ذهنی، توانسته است بهزیستی روانی آنها را افزایش دهد [۲۶]. علیزاده (۱۳۹۱) نیز با طراحی و اجرای برنامه تاب‌آوری بر روی دختران و پسران با اختلالات رفتاری درون‌نمود و برون‌نمود، نتیجه مشابهی را با مطالعه حاضر گزارش کرده بود [۲۷]. بدین معنا که طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی می‌تواند باعث ارتقای تاب‌آوری در افراد و خانواده‌های آسیب‌پذیر شود. نتایج مطالعه ملکی و همکاران (۲۰۱۵) بر روی خستگی بیماران مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس

### نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش به نظر می‌رسد که اگر به کاربرد تئوری‌های پرستاری در امر مراقبت، درمان و آموزش مدجویان و بیماران توجه بیشتری شود و این تئوری‌ها از حالت انتزاعی بیرون آمده و بصورت عملی و کاربردی در روند مراقبت‌های پرستاری قرار گیرند می‌توان شاهد بهبود شرایط جسمی و روحی در همه افراد جامعه خصوصاً اقشار آسیب پذیر مانند مادران کودکان کم توان ذهنی بود.

### سپاسگزاری

مطالعه حاضر برگرفته از پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد رشته پرستاری کودکان، خانم عاطفه بذرافشان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علی آباد کتول می‌باشد. بدین وسیله نویسندگان تشکر و سپاس بی دریغ خود را از معاونت محترم آموزشی پزشکی و پژوهشی دانشگاه آزاد واحد علی‌آباد کتول، کارکنان مرکز آموزش استثنایی "بهار" و مدارس "شهید باهنر" و "برادران شهید فرقانی" شهرستان گنبد کاووس که با حمایت‌های لازم و همکاری بی دریغ خود امکان اجرای این طرح را محقق نمودند، ابراز می‌دارند. هم‌چنین از تمامی مادران مشارکت کننده در طرح و خانواده‌هایشان که در اجرای پژوهش حاضر مساعدت فرمودند، کمال تشکر را دارند.

### References

- Schalock RL, Luckasson R. What's at stake in the lives of people with intellectual disability? Part I: The power of naming, defining, diagnosing, classifying, and planning supports. *Intellect Dev Disabil*. 2013;51(2):86-93. doi: 10.1352/1934-9556-51.2.086 pmid: 23537354
- Soltanifar M, Eftekhari P. Portrayal of disability in feature films, based on disability models. *J Cult Man*. 2013;7(21):77-94.
- Vakili R, Eshraghi P, Mottaghi H, Molkara S. Evaluation of clinical manifestations of Noonan Syndrome in IRAN. *Med J Mashhad Univ Med Sci*. 2014;57(3):555-61.
- Aliakbarzadeh-Arani Z, Taghavi T, Sharifi N, Noghani F, Faghizade S, Khari-Arani M. Impact of training on social adaptation in mothers of educable mentally-retarded children based on Roy adaptation theory. *Feyz*. 2012;16(2):128-34.
- Khakpour M, Mehrafarid M. Comparison of Mental Disorders and Resiliency in Couples with Normal & Exceptional Children (First Child) in Faruj city. *J North Khorasan Univ Med Sci* 2013;4(4):571-83. doi: 10.29252/jnkums.4.4.571
- Baxter C, Cummins RA, Yiolitis L. Parental stress attributed to family members with and without disability: A longitudinal study. *J Intellect Dev Disabil*. 2009;25(2):105-18. doi: 10.1080/13269780050033526
- 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. doi: 10.1016/s0891-4222(00)00058-5 pmid: 11153829
- Narimani M, Agha Mohammadian H, Rajabi S. Comparison between mothers of exceptional children with mothers of mental health children. *Child Principles Men Health J*. 2007;33(34):15-24.
- 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 Mod Rehabil* 2013;7(3):40-7.
- Alao MJ, Ayivi B, Lacombe D. Management of children with intellectual and developmental disability in an African setting. *Latest Findings in Intellectual and Developmental Disabilities Research: InTech*; 2012. p. 45-76.
- Frey KS, Greenberg MT, Fewell RR. Stress and coping among parents of handicapped children: A multidimensional approach. *Am J Ment Retard* 1989;94(5):240-9.
- Mashayekhi F, Rafati S, Rafati F, Pilehvarzadeh M, Mohammadi-Sardo M. A study of caregiver burden in mothers with thalassemia children in Jiroft, 2013. *Mod Care J* 2014;11(3):229-35.
- Gitterman A, Germain C. *The life model of social work practice*. 3rd ed. New York Colum Uni Pr; 2008.
- Maryami N, Ahmadian H. The Effectiveness of Resilient Education on the Happiness of Mothers with Mental Disabilities City of Ghorveh. *Qual J Psychol Educ Sci*. 2015;1(1):32-42.
- Sadeghnezhad Forotaghe M, Vanaki Z, Memarian R. The effect of nursing care plan based on "Roy Adaptation model" on psychological adaptation in patients with diabetes type II. *Evid Based Care*. 2011;1(1):5-20.
- Hennessy-Harstad EB. Empowering adolescent with asthma to take control through adaptation. *J Pediatr Health Care*. 1999;13(6):273-7. doi: 10.1016/s0891-5245(99)90019-6

17. Bakan G, Akyol AD. Theory-guided interventions for adaptation to heart failure. *J Adv Nurs*. 2008;61(6):596-608. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04489.x pmid: 18302601
18. Fazel Asgar Pour A, Amini Z, Zeraati A, Esmaeeli H. [The Effect of care plan based on Roy adaptation pattern on fatigue in hemodialysis patients]. *J Mashhad Med Uni Sci*. 2011;1(1):77-90.
19. Dehghan Nayyeri N, Jalalinia F. Theory Development and nursing theories. Shahrab: Hakim hidjie; 2014.
20. Gurgel Ede P, Rolim KM, Galvao MT, Caetano JA. [Care delivery to newborns with myelomeningocele according to Roy's Adaptation Model]. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(3):702-7. pmid: 20964047
21. da Costa CPV, Luz MHBA, Bezerra AKF, da Rocha SS. Application of the nursing theory of Callista Roy to the patient with cerebral vascular accident. *J Nurs UFPE online*. 2016;10(1):352-60.
22. Ranjbar F, Kakavand A, Borjali A, Barmas H. Resilience and quality of life of mothers with mentally retarded children. *QJ Health Psychol*. 2011;1(1):77-87.
23. Hassanzadeh F, Hojjati H. The Relationship between Resilience and Care Burden among Parents of Students with Intellectual Disability in Golestan Province, Iran, in 2016. *J Res Rehabil Sci*. 2016;12(5):252-8.
24. Khakpour M, Mehrafarid M. Comparison of Mental Disorders and Resiliency in Couples with Normal & Exceptional Children (First Child) in Faruj city. *J North Khorasan Univ Med Sci*. 2013;4(4):571-83. doi: 10.29252/jnkums.4.4.571
25. Shojaee S, Beh-Pajooh A, Shokoohi Yekta M, Ghobari Bonab B. Predictive of general mental health symptoms on base of resilience in adolescents siblings of students with intellectual disability in Shiraz city. *J Qual Psychol Ex Ind*. 2012;2(6):21-46.
26. Kaveh M, Alizadeh H, Delaware A, Bardjali A. Creating a Resilience Exercise Against Stress and Impact of Education on Quality of Life Components of Parents with Mild Mental Disabilities. *Iran Season Child Except*. 2011;143(2):11.
27. Alizadeh H. [Development of a resilience fostering program and investigating its effect on well-being of adolescents with externalize and internalize disorders]. Tehran: Iranian Speculation and Education Organization Research Center of Exceptional Children; 2012.
28. Maleki F, Hemmati Maslakpak M, Khalkhali H. Study the effect of performance Roy adaption model on intensity and effects of fatigue in multiple sclerosis patient. *J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2016;14(6):571-9.
29. Maghsoodi E, Hemmati M, Sheikhi S, Khalkhali H. The effect of care plan application based on Roy adaptation model on the self-esteem in elderly people in Urmia nursing homes. *J Nurs Midwifery Urmia Univ Med Sci*. 2015;12(10):926-34.
30. Rogers C, Keller C. Roy's adaptation model to promote physical activity among sedentary older adults. *Geriatr Nurs*. 2009;30(2 Suppl):21-6. doi: 10.1016/j.gerinurse.2009.02.002 pmid: 19345860
31. Whittemore R, Jaser S, Guo J, Grey M. A conceptual model of childhood adaptation to type 1 diabetes. *Nurs Outlook*. 2010;58(5):242-51. doi: 10.1016/j.outlook.2010.05.001 pmid: 20934079
32. Gökçe İşbir G, Mete S. Hemşirelik bakımında model kullanımına bir örnek: Bulantı kusma sorunu olan bir gebenin Roy Uyum Modeli'ne göre incelenmesi. *DEUHYO ED*. 2009;2(2):75-86.
33. Samarel N, Tulman L, Fawcett J. Effects of two types of social support and education on adaptation to early-stage breast cancer. *Res Nurs Health*. 2002;25(6):459-70. doi: 10.1002/nur.10061 pmid: 12424783
34. Ingram L. Roy's adaptation model and accidentand emergency nursing. *Accid Emerg Nurs* 1995;3(3):150-3. doi: 10.1016/s0965-2302(95)80010-7