

Autumn 2020, Volume 7, Issue 1

The effect of Roy Adaptation Model on maternal resilience of 7-19 year old children with thalassemia in Gonbadkavous city

Zeinab Rashki¹, Hamid Hojjati^{2*}

1- MSc, department of pediatric Nursing, Ali Abad Katoul Branch, Islamic Azad University, Ali Abad Katoul, Iran

2- Assistant Professor, Department of Nursing, Ali Abad Katol Branch, Islamic Azad University, Ali Abad Katol, Iran (Corresponding author)

Email: h_hojjati@aliabadiu.ac.ir

Received: 26 July 2019

Accepted: 13 Sep 2019

Abstract

Introduction: Thalassemia is one of the most common chronic diseases and causes many adverse effects on the life of the child and parents, especially the mother. Additionally, maternal compatibility can help to cope with these problems and ability to deal with challenges. One of the practical patterns in nursing is Roy Adaption Model. The purpose of this study was to investigate the effect of Roy Adaption Model on the resilience of mothers of children with thalassemia.

Methods: In a clinical trial study at Taleghani Pediatric Hospital of Gonbadkavous, 54 mothers with children with thalassemia were selected by convenience sampling method and randomly assigned into two intervention and control groups. Training was conducted based on the ROY adaptation pattern in 8 sessions in two months. Data were gathered using a Demographic and Connor Davidson Resiliency Questionnaire. Results: There was no significant difference between the two groups before intervention ($P = 0.14$). There was a significant difference in test group before and after the intervention ($p < 0.01$). also after elimination the pre-test effect There was a significant difference between the experimental and control groups ($p < 0.01$).

Conclusions: Education based on Roy Adaption Model has a positive effect on the resilience of mothers of children with thalassemia, therefore it is recommended that attention be paid to the needs of parents in child care programs. This will increase the mother's resilience to the disadvantages and, consequently, the child. It is suggested that the impact of this model on children is also assessed.

Key words: Thalassemia, Resilience, Roy Adaptation Model.

تاثیر مدل سازگاری روی بر تاب آوری مادران کودکان تالاسمی ۱۹تا۷ سال در گنبد کاووس

زینب راشکی^۱، حمید حجتی^{۲*}

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد علی آباد کتول، ایران.

۲- استادیار، گروه پرستاری، واحد علی آباد کتول، دانشگاه آزاد اسلامی، علی ابادکتول، ایران (نویسنده مسئول)
ایمیل: h_hojjati@aliabadiu.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۶/۲۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۵/۵

چکیده

مقدمه: تالاسمی یکی از شایعترین بیماری های مزمن می باشد و موجب اثرات نامطلوب زیادی بر زندگی کودک و والدین، خصوصا مادر می شود. از طرفی سازگاری مادر می تواند در مقابله با این مشکلات و توانایی برخورد با چالشها کمک کند. یکی از الگوهای کاربردی در پرستاری الگوی سازگاری روی می باشد. این مطالعه با هدف تاثیر الگوی سازگاری روی بر تاب آوری مادران کودکان تالاسمی انجام شد.

روش کار: در یک مطالعه کارآزمایی بالینی در بیمارستان کودکان طالقانی گنبد، ۵۴ مادر با کودک مبتلا به تالاسمی با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به طور تخصیص تصادفی در دو گروه مداخله و شاهد قرار گرفتند. آموزش بر اساس الگوی سازگاری روی در ۸ جلسه طی دو ماه انجام شد. داده ها با استفاده از پرسشنامه جمعیت شناختی و تاب آوری کونور دیویدسون جمع آوری گردید.

یافته ها: از مومن آماری قبل از مداخله در دو گروه مداخله و شاهد اختلاف معنی داری را نشان نداد ($P=0/14$) ولی بعد از مداخله در گروه آزمون اختلاف معنی داری را نشان داد ($p<0/01$). همچنین بعد حذف اثرپیش آزمون بین گروه آزمون و کنترل اختلاف معنی داری نشان داده شد ($p<0/01$).

نتیجه گیری: آموزش بر اساس الگوی سازگاری روی بر تاب آوری مادران کودکان تالاسمی تاثیر مثبت دارد لذا توصیه می شود در برنامه های مراقبتی برای کودکان به نیازهای والدین نیز توجه شود. این امر سبب ارتقا تاب آوری مادر در برابر ناملایمات و بالطبع آن کودک خواهد شد. پیشنهاد می شود تاثیر این الگو بر کودکان نیز سنجیده شود.
کلیدواژه ها: تالاسمی، تاب آوری، الگوی سازگاری روی.

مقدمه

تالاسمی ماژور شدیدترین فرم تالاسمی می باشد (۱). این افراد دچار کم خونی همولیتیک پیشرونده و شدید می باشند که ادامه حیات آنها وابسته به ترانسفوزیون مکرر خون می باشد (۲). شیوع این نوع تالاسمی در کشورهای مدیترانه، آسیای مرکزی، خاورمیانه، هندوستان، جنوب چین، در طول ساحل شمالی آفریقا و جنوب آن می باشد (۳). ایران یکی از مهمترین کشورها با شیوع بالای بتا تالاسمی ماژور می باشد (۴). فراوانی ناقلین در برخی مناطق کشور تا ۱۰٪ می رسد که شمال و جنوب کشور از شیوع بالاتری برخوردار هستند (۵). علی رغم اقدامات درمانی انجام شده برای مبتلایان به تالاسمی ماژور، باز هم علائم و تظاهرات بالینی آن مانند هر بیماری مزمن

دیگر، جنبه های مختلف زندگی فرد و خانواده را تحت تاثیر قرار داده و تاثیرات نامطلوب بر سلامت جسمانی، روانی و زندگی بیمار و خانواده او خواهد داشت (۶). عملکرد خانواده نقش مهمی در یک زندگی سالم دارد، به خصوص در مواقعی که یکی از اعضای خانواده نیازمند به کمک بیشتر جهت سازگاری با محیط می باشد (۷). زمانی که والدین، به خصوص مادر بتواند در شرایط بحران احساس توانمندی کند، می تواند کودک بیمار خود را هم مورد حمایت قرار دهد و بهبود روند درمان را برای او امکان پذیر سازد (۸). یکی از متغیرهای قابل توجه در چگونگی رویارویی با چالش های زندگی تاب آوری می باشد که تمایل فردی جهت کنار آمدن با استرس و شرایط بسیار سخت می باشد (۹). تاب آوری مفهومی مهم در فهم فرایند انطباق و یادگیری روش های سازگاری در مبتلایان به بیماری های مزمن

سال در گنبد کاووس انجام شد.

روش کار

این مطالعه یک کارآزمایی بالینی موازی با دو گروه مداخله و شاهد می باشد که بر روی کلیه والدین کودکان مبتلا به تالاسمی مراجعه کننده به بیمارستان طالقانی گنبد در استان گلستان در سال ۱۳۹۷ انجام گرفت. پژوهشگر واحدهای پژوهش را به صورت در دسترس از کلیه مراجعه کنندگان ۷ تا ۱۹ سال به بخش تالاسمی بیمارستان طالقانی گنبد انتخاب نمود، سپس با استفاده از روش تصادفی ساده (پرتاب سکه) در دو گروه مداخله و شاهد قرار گرفتند (۲۰). تعداد ۵۴ نفر از والدین کودکان مبتلا به تالاسمی (۲۷ نفر در گروه مداخله و ۲۷ نفر در گروه شاهد) در پژوهش شرکت نمودند که حجم نمونه این پژوهش براساس مطالعه شاملی و حسنی (۱۳۹۶) با اندازه اثر ۰/۰۵ و آلفا کرونباخ ۰/۰۵ و فاصله اثر ۹۵٪ توسط نرم افزار G*POWER برای هر گروه ۲۴ نفر برآورد شد که با توجه به احتمال ریزش نمونه ۲۷ نفر برای هر گروه انتخاب شد (۲۱). معیارهای مورد پذیرش آن ها در پژوهش داشتن حداقل یک کودک تالاسمی، تمایل به شرکت در پژوهش و نداشتن مشکلات جسمی و روانی می باشد. معیار خروج نیز شامل عدم شرکت در دو جلسه از ۸ جلسه آموزشی، عدم همکاری، به هم ریختن جلسات تعیین شد. پژوهش حاضر پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود به شماره IR.IAU.SHAHROOD.REC.1397.039 و اخذ معرفی نامه و کسب اجازه از مسئولین محترم بیمارستان طالقانی، رضایت کلیه واحدهای پژوهش بعد از دادن اطلاعات کافی جلب شد و فرم رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش کتبا اخذ شد. به واحدهای پژوهش حق انتخاب جهت شرکت یا عدم شرکت در پژوهش داده شد و کلیه اطلاعات واحدهای پژوهش بصورت محرمانه حفظ شد. همچنین به واحدهای پژوهش اطمینان داده شد که کلیه اطلاعات آنها بصورت محرمانه باقی خواهد ماند و درباره خروج از پژوهش اختیار کافی داده شد. نتیجه پژوهش نیز پس از اتمام کار در اختیار نمونه های پژوهش قرار گرفت. جمع آوری داده ها با استفاده از پرسشنامه ی دو قسمتی انجام گرفت. بخش اول شامل اطلاعات جمعیت شناختی مادر و کودک می باشد. این پرسشنامه دارای ۱۴ سوال درباره وضعیت تحصیلی مادر و پدر، سن مادر و پدر، تعداد فرزند مبتلا، وضعیت مالی و... می باشد. بخش دوم شامل پرسشنامه ۲۵ سوالی تاب آوری CD-RIS کونور و

است، به بیان دیگر انطباق موفقیت آمیز با شرایط چالش برانگیز در زندگی تاب آوری نامیده می شود (۱۰). استرس والدین می تواند تاثیر منفی بر کودک و رابطه بین والدین و کودک داشته باشد لذا هرنوع مداخله ای که به والدین آموزش دهد که چگونه با استرس خود مقابله کنند، می تواند به آنان کمک شایانی نماید (۱۱). پژوهش حسینی قمی و سلیمی (۱۳۹۱) نشان داد که آموزش تاب آوری تاثیر معنا دار در کاهش استرس و افزایش تاب آوری مادران با کودک مبتلا به سرطان داشته است (۱۲). اصغری نکاح و همکاران (۱۳۹۴) به این حقیقت دست یافتند که بین تاب آوری مادران و استرس، افسردگی و اضطراب والدین اثر عکس وجود دارد و هرچه تاب آوری مادر بالاتر باشد میزان استرس آنان کمتر می شود (۱۳). مطالعات نشان می دهد آموزش تاب آوری سبب کاهش استرس و افزایش تاب آوری و رضایت زناشویی در والدین کودکان با ناتوانی یادگیری می شود (۱۴). تاب آوری عامل مهمی در کیفیت سازگاری انسان است (۱۰) به بیان دیگر تاب آوری، سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است (۱۵).

دست یابی به سلامتی در بیماری مزمن، با برقراری سازگاری در ابعاد گوناگون وجود بیمار، امکان پذیر است. بدیهی است که سازگاری مناسب فیزیولوژیک و روانشناختی بیمار با بیماری می تواند به کاهش عوارض کمک کند (۱۶).

با استفاده از مدل های پرستاری در مراقبت از بیمار می توان امید داشت که استانداردهای مراقبتی بیماران بهبود یافته، هزینه های مراقبت پرستاری کاهش یابد و کیفیت زندگی آنان اصلاح گردد، به کارگیری یک مدل پرستاری مشخص، موجب درک و عملکرد مشترک پرستاران در حوزه های گوناگون در مورد انسان و نیازهای مرتبط با سلامتی او شده، مراقبت های پرستاری منسجم و بهتری را ارائه می کند (۱۷). الگوی پرستاری که به صورت گسترده و عمیق به مسأله سازگاری در ابعاد جسمی و روانی - اجتماعی در بیماری های مزمن پرداخته، الگوی سازگاری روی می باشد (۱۸). اجرای مراقبت ها بر اساس تئوری های پرستاری به لحاظ جامعیت می تواند منجر به نتایج اثر بخش در ابعاد جسمی و روانی گردد (۱۹). مطالعات زیادی تاثیر الگوی روی بر بیماری های مختلف را سنجیده اند، علی محمدی و همکاران تاثیر این الگو بر بیماران سکته مغزی را بررسی نمودند که بیانگر افزایش سازگاری در ابعاد روانی - اجتماعی این بیماران می باشد (۱۸). این مطالعه با هدف تاثیر مدل سازگاری روی بر تاب آوری مادران کودکان تالاسمی ۱۹ تا ۷

نمود، والدین علاوه بر پاسخگویی به سوالات پرسشنامه با یکدیگر آشنا شدند و به آنها فرصت داده شد که درباره اهم مشکلات خود صحبت کرده، تبادل تجربه و اطلاعات نمایند و از تجربیات مشابه یکدیگر بهره برند. جلسه دوم توضیحی درباره بیماری تالاسمی، شیوع آن در ایران، اهمیت نقش خانواده در حمایت از بیماران، تاثیر بیماری تالاسمی بر خانواده و راههای پیشگیری از آن داده شد. جلسه سوم در رابطه با نیازهای فیزیولوژیک از جمله نوع تغذیه، خواب، نیازهای تکاملی، جذب و دفع اطلاعات به مادران داده شد. جلسه چهارم مختص بعد خودپنداره بود که در این جلسه در رابطه با اهمیت تصویر ذهنی مادر از خود، واقعیت وجودی زندگی و مفهوم خود باوری و زندگی شاد صحبت شد. جلسه پنجم بعد ایفای نقش و کمک در جهت بهبود نقش ها: مادری-فرزندی-همسری و نقش های اجتماعی توضیح داده شد، جلسه ششم در رابطه با بعد وابستگی و درک و کنترل صحیح احساسات و عواطف منفی و کاهش آن و تقویت احساسات مثبت نسبت به مشکل کودک خود به صورت گروهی برگزار شد. محتوای آموزش به صورت سخنرانی، پرسش و پاسخ، بحث گروهی، نمایش اسلاید و فیلم بوده و در پایان جلسات جزوه آموزشی و CD به همراهان داده شد. جلسه هفتم نیز به صورت تک تک و انفرادی آموزش انجام شد. جلسه هشتم که با حضور هر دو گروه انجام شد پس از آزمون (پرسشنامه تاب آوری کونور دیویدسون) در اختیار هر دو گروه قرار گرفته و با کمک پژوهشگر تکمیل شد (جدول ۱).

دیویدسون می باشد. دارای ۲۵ سؤال و طیف پاسخگویی به آن از نوع لیکرت بوده و شامل امتیاز صفر تا ۴ (از کاملاً غلط، تا محدودی غلط، نظری ندارم، تا محدودی و کاملاً درست) می باشد. نحوه نمره گذاری این پرسشنامه از ۱۰۰-۰ می باشد، هرچه این امتیاز بیشتر باشد تاب آوری فرد بالاتر است بنابراین میانگین نمره ۵۰ می باشد پژوهش حق رنجبر و همکاران (۱۳۹۰) پایایی این پرسشنامه براساس آلفای کرونباخ ۰/۸۴- محاسبه گردید. بنابراین این ابزار از پایایی خوبی برخوردار است.

قبل از شروع مداخله، در هر دو گروه مداخله و شاهد، پرسشنامه ها توسط مادران با کمک پژوهشگر تکمیل شد گروه شاهد ۸ هفته بعد مجدد پرسشنامه ها را تکمیل نمود اما در گروه مداخله آموزش ها مجموعاً ۸ جلسه ۴۵-۶۰ دقیقه ای به مدت ۸ هفته برگزار شد. شش جلسه آموزش گروهی و یک جلسه آموزش فردی به صورت چهره به چهره بر اساس محرک ها و رفتارهای ناسازگار غیر مشترک برگزار شد جلسه آخر نیز پرسشنامه ها مجدد پر شد. گروه ها به صورت ۵ تا ۶ نفره تنظیم شدند. پروتکل اجرایی جلسات به تایید استاد راهنما رسیده و ضمیمه شد. جلسات بر اساس محورهای ابعاد سازگاری روی شامل بعد فیزیولوژیک، خودپنداره، ایفای نقش و وابستگی طراحی و از طریق بحث گروهی با هدایت پژوهشگر اداره شد. جلسه اول پژوهشگر پس از معرفی خود و اهداف پژوهش، به والدین اطمینان داد شرکت یا عدم شرکت در پژوهش هیچ تغییری در روند درمان آنان نداشته و پس از توضیح فواید و قوانین پرسشنامه ها را بین هر دو گروه آزمون و کنترل تقسیم

جدول ۱: خلاصه ای از محتوای جلسات آموزشی

جلسات	هدف	محتوای جلسه
اول هر دو گروه	آشنایی	اخذ رضایت آگاهانه، آشنایی و تبادل اطلاعات، تکمیل پرسشنامه، تعیین تصادفی گروه مداخله و آزمون
دوم فقط گروه آزمون	ماهیت بیماری	توضیح بیمار، شیوع آن، نحوه انتقال، راههای پیشگیری، تاثیر بیماری بر خانواده و نقش خانواده در حمایت از کودک
سوم	بعد فیزیولوژیک	نیازهای فیزیولوژیک (تغذیه، خواب، نیازهای تکاملی و جذب و دفع)
چهارم	بعد خودپنداره	اهمیت تصویر ذهنی مادر از خود، واقعیت وجودی، مفهوم خودباوری و زندگی شاد
پنجم	بعد ایفای نقش	کمک جهت بهبود نقش ها شامل نقش مادری، همسری و نقش های اجتماعی
ششم	بعد وابستگی	درک و کنترل صحیح احساسات و عواطف منفی، کاهش آن و تقویت احساسات مثبت نسبت به بیماری کودک
هفتم		محتوای آموزش به صورت پکیج در اختیار بیماران قرار گرفت، به صورت انفرادی با افرادی که در ابعاد خاص مشکل دارند جلسه انفرادی برگزار شد
هشتم هر دو گروه	تقدیر و تشکر از شرکت کنندگان، پاسخ به سوالات، تکمیل پرسشنامه ها، و در انتهای جلسه پکیج آموزشی در اختیار گروه کنترل نیز قرار گرفت.	

یافته ها

نتایج مطالعه در مقایسه دو گروه مداخله و شاهد از نظر جمعیت شناختی توسط آزمون دقیق فیشر بین سن مادر ($p=0/09$)، شغل مادر ($p=0/12$)، سن پدر ($p=0/6$)، سن کودک ($p=0/08$) اختلاف معناداری را نشان نداد، آزمون کای اسکور نیز بین تحصیلات مادر ($p=0/06$)، جنسیت فرزند ($p=0/33$)، و وضعیت اقتصادی ($p=0/35$) اختلاف معنی داری نشان نداد (جدول ۲).

داده‌های جمع‌آوری شده پس از کدگذاری وارد نرم‌افزار SPSS 16 شده و با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (کای اسکور و فیشر) برای مقایسه مشخصات جمعیت شناختی در دو گروه مداخله و شاهد و همچنین آزمون تی زوج برای مقایسه قبل و بعد مداخله در هر گروه و آزمون تی مستقل برای مقایسه دو گروه استفاده شد، به منظور دسته‌بندی و خلاصه نمودن داده‌ها از آمار توصیفی مانند جدول توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی (تی زوج، تی مستقل و آنالیز کواریانس) استفاده شد.

جدول ۲: مشخصات جمعیت شناختی واحدهای پژوهش

p.value	آزمون (فراوانی-درصد)	کنترل (فراوانی-درصد)	مشخصات دموگرافیک	
	۰	۱(۳/۶٪)	زیر ۲۰	
P=0/09	۹(۳۳/۳٪)	۴(۱۵/۴٪)	۳۰-۲۰	سن مادر
	۱۵(۵۵/۶٪)	۱۳(۵۰٪)	۴۰-۳۰	
	۳(۱۱/۱٪)	۸(۳۰/۸٪)	۵۰-۴۰	
P=0/06	۶(۲۲/۲٪)	۱۰(۳۸/۵٪)	بیسواد	تحصیلات مادر
	۱۳(۴۸/۱٪)	۱۲(۴۶/۲٪)	زیردیپلم	
	۴(۱۴/۸٪)	۴(۱۵/۴٪)	دیپلم	
	۴(۱۴/۸٪)	۸(۳۰/۸٪)	لیسانس	
P=0/12	۲۲(۸۱/۵٪)	۱۶(۵۹/۲٪)	خانه‌دار	شغل مادر
	۱۳(۴۸/۱٪)	۷(۲۶/۹٪)	کارگر	
	۱(۳/۷٪)	۰	کارمند	
	۱(۳/۷٪)	۱(۳/۷٪)	آزاد	
	۱(۳/۷٪)	۲(۷/۷٪)	زیر ۲۰	
P=0/6	۶(۲۲/۲٪)	۳(۱۱/۵٪)	۳۰-۲۰	سن پدر
	۱۱(۴۰/۷٪)	۱۱(۴۲/۳٪)	۴۰-۳۰	
	۷(۲۵/۶٪)	۷(۲۶/۹٪)	۵۰-۴۰	
	۲(۷/۴٪)	۳(۱۱/۵٪)	بالای ۵۰	
P=0/01	۱(۳/۷٪)	۱۲(۴۶/۲٪)	بیکار	شغل پدر
	۲(۷/۴٪)	۳(۱۱/۵٪)	بازنشسته	
	۴(۱۴/۸٪)	۰	کارمند	
	۷(۲۵/۶٪)	۴(۱۴/۸٪)	آزاد	
	۱۳(۴۸/۱٪)	۸(۳۰/۸٪)	کارگر	
P=0/28	۵(۱۸/۵٪)	۷(۲۶/۹٪)	بیسواد	تحصیلات پدر
	۱۵(۵۵/۶٪)	۱۵(۵۷/۷٪)	زیردیپلم	
	۶(۲۲/۲٪)	۴(۱۵/۴٪)	دیپلم	
	۱(۳/۷٪)	۸(۳۰/۸٪)	لیسانس	

P=۰/۳۵	ضعیف	۳۱ (۸۰/۸٪)	۱۹ (۷۰/۴٪)
	متوسط	۵ (۱۹/۲٪)	۸ (۲۹/۶٪)
P=۰/۳۳	دختر	۱۰ (۳۸/۵٪)	۱۴ (۵۱/۹٪)
	پسر	۱۶ (۶۱/۵٪)	۱۳ (۴۸/۱٪)

جدول ۳: تاثیر الگوی سازگاری روی بر تاب آوری مادران تالاسمی

گروه	مداخله	شاهد	p-value
قبل از مداخله	۵۴/۲۲ + ۱۴/۴۲	۵۸/۰۲ + ۱۴/۵	P=۰/۱۴
بعد از مداخله	۶۱/۹۶ + ۱۰/۹۲	۶۰/۹۲ + ۱۳/۳۱	P=۰/۷۵
p-value	P<۰/۰۱	P=۰/۱۸	

در گروه شاهد ۶۰/۹۲ + ۱۳/۳۱ بود که آزمون تی مستقل اختلاف معناداری را نشان نداد (P=۰/۷۵). آزمون تی زوج در گروه شاهد قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی داری نشان نداد (P=۰/۱۸) ولی در گروه مداخله اختلاف معنی داری مشاهده شد (P<۰/۰۱). طوری که میزان تاب آوری در گروه مداخله بعد از مداخله افزایش پیدا کرد (جدول ۳). آزمون انکوا با حذف اثر پیش آزمون با (P<۰/۰۱) و Eta=۰/۲۲ اختلاف معنی داری نشان داد، طوری که ۲۲ درصد تغییرات متغیر وابسته می تواند در ارتباط با الگوی سازگاری روی باشد (جدول ۴).

آزمون تی مستقل بین گروه مداخله و شاهد قبل از مداخله اختلاف معنی داری را نشان نداد (P=۰/۱۴) ولی بعد از مداخله اختلاف معنی داری را نشان نداد. آزمون تی زوج در گروه مداخله قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی داری را نشان داد (p<۰/۰۱) در گروه شاهد نیز اختلاف معنی داری را نشان نداد (P=۰/۱۸).

نتایج مطالعه میانگین تاب آوری را قبل از مداخله در گروه مداخله ۵۴/۲۲ + ۱۴/۴۲ و در گروه شاهد ۵۸/۰۲ + ۱۴/۵ نشان داد که آزمون تی مستقل بین گروه مداخله و شاهد قبل از مداخله اختلاف معنی داری را نشان نداد (P=۰/۱۴). بعد از مداخله میزان تاب آوری در گروه مداخله ۶۱/۹۶ + ۱۰/۹۲ و

جدول ۴: تاثیر الگوی سازگاری روی بر تاب آوری مادران کودکان تالاسمی شهر گنبدکاووس در سال ۱۳۹۷

منبع واریانس	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معنی داری	Eta
مدل اصلاح شده	۶۱۰۴/۱۵	۲	۳۵۰/۵۷	۱۰۵/۶	P<۰/۰۱	۰/۸۹
جداکننده پس آزمون	۸۴۵/۰۱	۱	۶۰۶۶/۸۳	۲۱۰/۰۷	P<۰/۰۱	۰/۸۰
گروه	۳۸۸/۵۱	۱	۳۸۸/۵۰	۲۸/۸۸	P<۰/۰۱	۰/۲۲
خطا	۱۴۴۳/۸۵	۵۰	۱۴۴۳/۱۵			
جمع	۱۷۱۹۸	۵۳				
کل	۱۶۴۲/۰۷	۲				

آزمون و بعد از مداخله تفاوت معناداری داشت که نشان دهنده اثربخش بودن مداخلات می باشد. Bekhet (۲۰۱۲) در مطالعه خود پیشنهاد داد با توجه به اهمیت تاب آوری، مداخلات پرستاری باید برای افزایش تاب آوری در میان والدین کودکان توسعه یابد و مدیریت استرس والدین و افزایش رفاه روانی آنان می تواند بر علائم کودک نیز تاثیر بگذارد (۲۴). Rossman (۲۰۱۷) در پژوهش خود نشان داد که مادران نوزادان با وزن بسیار کم هنگام تولد توانایی

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد آموزش بر اساس الگوی سازگاری روی موجب بهبود و ارتقاء تاب آوری می شود که نتایج مطالعه حاضر در زمینه تاثیر آموزش بر اساس الگوی سازگاری روی بر تاب آوری مادران کودکان با پژوهش حاتمی (۲۲) و بذرافشان (۲۳) همسو می باشد. در این پژوهش ها نمره تاب آوری قبل از مداخله در گروه

مفهومی و گاید لاین پرستاری در مراقبت از بیمار می باشد که تمرکز بر انطباق فرد با محیط متغیر و هدایت وی جهت سازگاری بهتر می باشد (۳۸). محدودیت های این پژوهش این بود که اغلب بیماران از روستاهای اطراف مراجعه می کردند و جهت رفت و آمد مشکل داشتند، علاوه بر آن فصل برداشت محصولات و زمان کار آنان بود، حجم نمونه نیز جهت بررسی میزان تاب آوری مادران کم بود و از آنجا که پدر نیز در امر مراقبت کودکان درگیر می باشد لذا پیشنهاد می شود مطالعه در حجم نمونه بیشتر، در هر دو والد و در سایر بیماری های مزمن نیز بررسی شود. همچنین با توجه به اینکه مراقبت بر اساس الگوی روی هزینه ای در بر نداشته و اثربخشی آن نیز با مطالعات متعدد تایید شده است این مطالعه بر روی کودکان تالاسمی نیز انجام شود.

نتیجه گیری

در اکثر برنامه های مراقبتی تاکید بر کودک بیمار می باشد و بیشتر به خود فرد اهمیت داده می شود ولی از آنجا که این کودکان نیاز به مراقبت مادام العمر دارند و مادران بیشتر در امر مراقبت از کودک درگیر می باشند، با توجه به نتایج مطالعه استفاده از الگوی سازگاری روی می تواند سبب بهبود تاب آوری و بالطبع آن سلامت روانی مادر گردد که در بهبود علائم و مشکلات کودک نیز موثر می باشد. افراد تاب آور با دید مثبت با مشکلات مواجه می شوند و توانایی غلبه بر مشکلات را دارند و در بیشتر موارد خدا را پشتیبان خود در امور روزانه می دانند.

سیاسگزار

این مقاله برگرفته از پایان نامه خانم زینب راشکی با کد اخلاق IR.IAU.SHAHROOD.REC.1397.039 و کد IRCT IRCT2019043285N1 می باشد. نویسندگان از کلیه پرسنل، مادران کودکان تالاسمی و کلیه مسئولین بیمارستان طالقانی گنبد، علی الخصوص مسئول بخش تالاسمی و منشی بخش که کلیه هماهنگی ها جهت برگزاری جلسات را انجام دادند و ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند تشکر و قدردانی می نمایند.

تضاد منافع

این مطالعه تضاد منافع ندارد.

انعطاف پذیری بالایی دارند و از تاب آوری و قدرت خود برای انجام هر کاری که سبب ارتقاء سلامتی نوزادشان شود، استفاده می کنند (۲۵). Priyanka (۲۰۱۷) نیاز به درک متقابل جهت چگونگی تولید تاب آوری و ارتقاء آن را از نقطه نظر والدین در کودکان با بیماری مزمن نشان می دهد، درواقع تعامل بین ویژگی های فردی، خانوادگی و اجتماعی سبب سازگاری مثبت در برابر بیماری ها می شود (۲۶). البته گروهی از دانشمندان معتقدند تاب آوری، استرس را محدود و مشکلات را از زندگی پاک نمی کند بلکه به افراد قدرت می دهد تا با مشکلات پیش رو مقابله سالم داشته باشد و بر سختی ها فائق آمده و با جریان زندگی حرکت کند (۲۷). تاب آوری یک وضعیت ثابت نیست، افراد می توانند تاب آوری کمتر یا بیشتر داشته باشند زیرا منابع افراد در طول زمان تغییر می کند (۲۸) سلیمی امید درمانی و تاب آوری در مادران اوتیسم و تاثیر آن بر تاب آوری بیماران مبتلا به سرطان را بررسی کرد که امید درمانی سبب افزایش تاب آوری شده بود (۲۹). Satici (۲۰۱۶) نیز معتقد است امید به طور کامل بر تاب آوری موثر است (۳۰) البته Alschuler (۲۰۱۶) در مطالعه خود بیان داشت، تاب آوری نقش مهمی در سلامت روان افراد دارد اما درد مزمن و شدید در سرطان سبب کاهش تاب آوری و آسیب پذیری فرد می شود (۳۱). اما تاب آوری غیر ذاتی و قابل یادگیری است و به کمک آموزش و تجربه افزایش می یابد (۳۲) کنعانی (۱۳۹۵) معتقد است معنا درمانی اسلامی بر بهبود سازگاری اجتماعی و تاب آوری مادران کودکان عقب مانده ذهنی تاثیر مثبت دارد (۳۳). رحمتی (۱۳۹۶) نیز تاثیر مداخلات مذهبی و معنوی را بر تاب آوری والدین بیماران در بخش مراقبت های ویژه بررسی نمود که نمرات آزمون قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی داری نشان داد (۳۴). تاب آوری بهترین پیش بینی کننده سلامت روانی است و با سلامت روان رابطه مستقیم دارد (۳۵). هرچه مادر تاب آوری بالاتر و شادکامی بیشتر داشته باشد مشکلات عاطفی، رفتاری، اضطرابی کودک کمتر می شود (۳۶). به کار گیری برنامه مراقبتی بر اساس الگوی سازگاری روی با توجه به اینکه یک مداخله غیر تهاجمی و بدون هزینه می باشد می تواند در بیماران مزمن مفید و موثر باشد به عنوان مثال در مادرانی که تحت سزارین قرار گرفته اند مداخله بر اساس الگوی روی سبب کاهش مشکلات مادر بعد از زایمان شد (۳۷). الگوی پرستاری روی یکی از مفیدترین چهارچوب های

Reference

1. Vafaie M, Azad M, Shiargar P, Kazemi H, B. Assessment quality of life in patients with thalassemia referred to Buali hospital in 91-92. *Journal of Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran Medical Branch.* 2015;25(4):305-10.
2. Fathi A, Amani F, Khoshbaf E. Effect of Hydroxy Urea in treatment of patients with thalassemia Intermedia. *The Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences.* 2014;22(5):1455-63.
3. Galanello R, Origa R. Beta-thalassemia. *Orphanet journal of rare diseases.* 2010;5(1):11. <https://doi.org/10.1186/1750-1172-5-11>
4. Mashayekhi F, Jozdani RH, Chamak MN, Mehni S. Caregiver Burden and Social Support in Mothers with β -Thalassemia Children. *Global Journal of Health Science.* 2016;8(12):206. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n12p206>
5. Shiri R, Mahdih N. An overview on thalassemia: genetics of beta thalassemia in Iran. *Koomesh.* 2015;17(1):1-17.
6. Arazi S, Alae Karheroody F, Rohani C, Purhoseingholi A, Vasli P. Evaluating the Effect of Health Promoting Education plan on Adolescents' Lifestyle in patients with Thalassemia Major. *2 Journal of Nursing Education.* 2017;6(1):16-22.
7. Dortaj F, Mohammadi A. Comparison of the Performance of Children with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder in the Family of Children Without Hyperactivity Disorder. *Quarterly Journal of Family Studies.* 2010;6(22):211-26.
8. Ghamari M. The Comparison of Family Functioning Dimensions and Quality of Life and their Relationships among Addicted and Non-Addicted Persons. *Research on Addiction.* 2011;5(18):55-68.
9. Zare H, Mehmannaavaz A. The Effectiveness of Encouragement Training on Promotion of General Self-Efficacy and Resiliency of Female-Headed Households. *JOURNAL OF WOMAN AND FAMILY STUDIES.* 2015;3(1):37-57.
10. Derakhshanrad S, Ghoochani BZ, Taghizadeh Z, Zahedi E, Sharifi AG. A Descriptive Analysis of Resiliency Trait and its Role in Adaptation Process of Diabetic Clients Who Referred to Diabetes Association in Shiraz. *Sadra Medical Sciences Journal.* 2017;4(4):245 To 54.
11. Jadidian A, Solgi M. Effectiveness of Resilience Training on Reduction of Parental Stress of Autistic Childrens Mothers. *www.sjimu.medilam.ac.ir.* 2015;23(4):95-105.
12. Hosseini Ghomi T, Salimi Bijestani H. The Effectiveness of Resilient Education on the Stress of Mothers with Cancer Children in Imam Khomeini Hospital, Tehran. *Quarterly journal of health psychology.* 2013;4(1):97-109.
13. Asghari-Nekah, Jansouz F, Kamali F, Taherinia S. The Resiliency Status and Emotional Distress in Mothers of Children with Cancer. *Journal of Clinical Psychology.* 2015;7(1):15-26.
14. Kaveh M, Alizadeh H, Delavare A, A B. Developing program to increase resilience to stress and efficiency on the components of quality of life of parents of children with mild mental retardation *Journal of Exceptional children.* 2011;11(24):40-119.
15. Mortazavi NS, Yarolahi NA. Meta-analysis of the relationship between resilience and mental health. *Journal of Fundamentals of Mental Health.* 2015;17(3):103-8.
16. Maleki F, hemmati maslakpa M, khalkhali H. study the effect of performance Roy adaption model on intensity and effects of fatigue in multiple sclerosis patient. *Journal Urmia Nursing Midwifery Fac.* 2016;14(6):571-759.
17. Valizadeh S, Zamanzadeh V, Ebrahimi H, Jasemi M, Mohamadi M, Saiadi L. Assessment of nurses' perceptions of nursing power based on King Model. *Quarterly Journal of Nursing Management.* 2013;1(4):28-35.
18. Alimohammadi N, Maleki B, Shahriari M, Chitsaz A. Effect of a care plan based on Roy adaptation model biological dimension on stroke patients' physiologic adaptation level. *Iranian journal of nursing and midwifery research.* 2015;20(2):275. <https://doi.org/10.4103/1735-9066.160996>
19. Hemmati M, Massume; Maleki F. the effect of performance care plan based on the roy adaption model on fatigue in multiple sclerosis patients. *SCI J Hamedan Nurse midwifery fac.* 2016;24(3):184-92. <https://doi.org/10.21859/nmj-24036>
20. Mohammadi M, Janani L. Randomization in randomized clinical trials: From theory to practice. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery.* 2016;22(2):102-14.
21. Shameli R, Hasani H. The effectiveness of

- reality therapy on resilience in mothers with children afflicted by cancer. *Thought & Behavior in Clinical Psychology*. 2017;11(43):77-8.
22. Hatami F, Hojjati H, Mirbehbahani NB. The Effect of ROY Compatibility Model on Care Resiliency in Mothers of Children Treated with Chemotherapy. 2018.
 23. Bazrafshan A, Hojjati H. The Effect of ROY Adaptation Theory on the Resilience of Mothers of Children with Intellectual Disability in GonbadKavos City in 1396. 2019.
 24. Bekhet AK, Johnson NL, Zauszniewski JA. Resilience in family members of persons with autism spectrum disorder: A review of the literature. *Issues in mental health nursing*. 2012;33(10):650-6. <https://doi.org/10.3109/01612840.2012.671441>
 25. Rossman B, Greene MM, Kratovil AL, Meier PP. Resilience in mothers of very-low-birth-weight infants hospitalized in the NICU. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2017;46(3):434-45. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2016.11.016>
 26. Padhy P, Kumar N. Understanding resilience in chronically ill children: Parental perspectives on strengths, difficulties and fostering resilience in children with thalassemia major. *Indian Journal of Health and Wellbeing*. 588-93:(7)8;2017 .
 27. Chinaveh M, Daghilavi R. The Resiliency as a Mediator for Attachment Styles and Perceived Stress. *Journal of Research Methods and Psychological Models*. 2017;7(26):19-34.
 28. Thetford C, Bennett KM, Hodge S, Knox PC, Robinson J. Resilience and vision impairment in older people. *Journal of aging studies*. 2015;35:37-48. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2015.07.007>
 29. Salimi A, Abbasi A, Zaharakar K, Tameh B, Davarniya R. The Effect of Group Based Hope Therapy on Resiliency of Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder. *Armaghane danesh*. 2017;22(3):350-63
 30. Satici SA. Psychological vulnerability, resilience, and subjective well-being: The mediating role of hope. *Personality and Individual Differences*. 2016;102:68-73. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.06.057>
 31. Alschuler KN, Kratz AL, Ehde DM. Resilience and vulnerability in individuals with chronic pain and physical disability. *Rehabilitation psychology*. 2016;61(1):7. <https://doi.org/10.1037/rep0000055>
 32. Kazemi E. Comparing the Self Esteem and Resilience among Blind and Sighted Subjects in Isfahan. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 103-10:(4)17;2017 .
 33. Kanaani K, Godarzi M. Investigating the Effect of Islamic logo Therapy on the Improvement of Social adaptation and Resiliency in the Mothers of Mentally Retarded Children. *Community Health Journal*. 2017;10(1):52-62.
 34. Rahmati M, Khaledi B, Salari N, Bazrafshan M-R, Haydarian A. The effects of religious and spiritual interventions on the resilience of family members of patients in the ICU. *Shiraz E-Medical Journal*. 2017;18(11).
 35. Sadeghi M, Rahimpour T. The effect of resilience and psychological hardiness on mental health of mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2017;18(1):30-7.
 36. Amini s, Khoshouei ms. Relationship Resiliency and happiness of parents of primary school children with behavior problems. *Quarterly of Psychology of Exceptional Individuals Allameh Tabataba'i University*. 2017;7(26):159-76.
 37. Apay SE, Pasinlioglu T. Using Roy's Model to Evaluate the Care Given to Postpartum Women Following Caesarean Delivery. *Open Journal of Nursing*. 2014;4(11):784.
 38. Saini N, Sharma V, Arora S, Khan F. Roy's Adaptation Model: Effect of Care on Pediatric Patients. *Int J Nurs Midwif Res*. 2017;4:1.