

بررسی تأثیر اجرای برنامه مراقبتی بر اساس الگوی سازگاری روی بر عزت‌نفس سالمندان خانه‌های سالمندان ارومیه

اسماعیل مقصودی^۱، معصومه همتی مسلک پاک^{۲*}، سیامک شیخی^۳، حمیدرضا خلخالی^۴

تاریخ دریافت ۱۳۹۳/۰۷/۰۱ تاریخ پذیرش ۱۳۹۳/۰۹/۰۳

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: افزایش روزافزون جمعیت سالمندان، مستلزم توجه هر چه بیشتر به سازگاری مثبت با این دوره حساس از زندگی می‌باشد. بهره‌گیری از نظریه‌های پرستاری به‌ویژه الگوی سازگاری روی در تبدیل رفتارهای ناسازگار به رفتارهای سازگار و نهایتاً ارتقاء عزت‌نفس سالمندان، می‌تواند مؤثر باشد. مطالعه حاضر جهت تعیین تأثیر اجرای برنامه مراقبتی بر اساس الگوی سازگاری روی بر عزت‌نفس سالمندان خانه‌های سالمندان ارومیه انجام شده است.

مواد و روش کار: پژوهش حاضر، مطالعه‌ای تجربی از نوع قبل و بعد می‌باشد. ۶۰ نفر از سالمندان که شرایط ورود به مطالعه را داشتند به‌صورت در دسترس انتخاب شدند و به‌طور تصادفی به دو گروه کنترل (۳۰ نفر) و مداخله (۳۰ نفر) تخصیص داده شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه عزت‌نفس روزنبرگ بود که قبل و بعد از مداخله در دو گروه تکمیل شد. برنامه مراقبتی بر اساس نتایج حاصل از فرم بررسی و شناخت روی، طراحی و در گروه مداخله به‌صورت دو جلسه آموزش عمومی سالمندان و چهار جلسه انفرادی در جهت دست‌کاری محرک‌های اصلی در طول ۱/۵ ماه اجرا و ۱ ماه پیگیری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها به‌وسیله نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۱۶ و با استفاده از آزمون‌های آمار توصیفی و استنباطی انجام شد.

یافته‌ها: نتایج این مطالعه بیانگر آن بود که میانگین نمرات عزت‌نفس سالمندان بعد از مداخله در دو گروه تفاوت آماری معنی‌دار دارد ($P < 0/001$). میانگین نمرات عزت‌نفس سالمندان در گروه مداخله بعد از اجرای برنامه مراقبتی افزایش یافت که آزمون آماری تی زوج این افزایش را معنادار نشان داد ($P < 0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری: اجرای برنامه مراقبتی بر اساس الگوی سازگاری روی تأثیر مثبتی در افزایش عزت‌نفس سالمندان داشت؛ بنابراین توصیه می‌شود ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و پرستاران با تقویت سازگاری در سالمندان بر اساس تئوری‌های پرستاری و برنامه‌ریزی مراقبتی باعث بهبود عزت‌نفس سالمندان خانه‌های سالمندان شوند.

کلیدواژه‌ها: الگوی سازگاری روی، عزت‌نفس، سالمندی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دوازدهم، شماره دهم، پی‌درپی ۶۳، دی ۱۳۹۳، ص ۹۳۴-۹۲۶

Email: hemmatma@yahoo.com

آدرس مکانبه: دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، تلفن: ۰۴۴۳۲۷۵۴۹۶۱

مقدمه

درصد به جمعیت جهان افزوده می‌شود، این در حالی است که افزایش جمعیت ۶۵ سال و بالاتر به میزان ۲/۵ درصد است. طبق آخرین آمار وزارت بهداشت (سال ۱۳۹۰) ۸/۲ درصد از جمعیت ایران را افراد بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دهد و تخمین زده می‌شود که این نسبت در سال ۲۰۲۵ به ۱۰/۵ درصد و در سال ۲۰۵۰ به ۲۱/۷ درصد خواهد رسید (۳). با ورود به مرحله سالمندی، اختلال عملکرد جسمانی بیشتر می‌شود و اثر منفی آن بر توانایی حفظ استقلال، نیاز به کمک را افزایش می‌دهد (۴).

پدیده سالمندی مطابق تعریف سازمان بهداشت جهانی از ۶۰ سالگی به بعد اطلاق می‌شود که نتیجه سیر طبیعی زمان بوده و منجر به تغییرات فیزیولوژیکی، روانی و اجتماعی در سالمندان می‌شود (۱). پیشرفت‌های پزشکی و بهداشتی در قرن اخیر باعث افزایش نسبی طول عمر انسان‌ها گردیده است. با توجه به پیشرفت‌های پزشکی و بهداشتی و توسعه اجتماعی، جمعیت سالمندان در تمام دنیا حتی در کشورهای درحال توسعه و به‌تبع آن در ایران نیز رو به افزایش است (۲). هر سال ۱/۷

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۲ استادیار پرستاری، مرکز تحقیقات چاقی مادر و کودک، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی، ارومیه، ایران

^۴ استادیار آمار حیاتی، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

و مؤثر در پرستاری که در حوزه سازگاری ارائه شده است، الگوی سازگاری روی^۲ می‌باشد (۱۵،۱۶).

بر اساس الگوی سازگاری روی فرد برای دستیابی به سازگاری، باید به سازگاری جسمی (بعد فیزیولوژیک) و ابعاد مختلف روان‌شناختی (درک از خود، ایفای نقش، استقلال و وابستگی) دست یابد (۱۵،۱۷،۱۸). بر اساس الگوی روی، سازگاری از مجموع سه نوع محرک اصلی، زمینه‌ای و باقی‌مانده متأثر می‌شود که دست‌کاری این محرک‌ها طی برنامه مراقبتی، باعث افزایش میزان سازگاری می‌شود (۱۵،۱۹). بررسی دقیقی که این مدل در ابعاد مختلف فیزیولوژیک، درک از خود، ایفای نقش و استقلال و وابستگی مددجو انجام می‌دهد، می‌تواند منجر به شناسایی علل ناشناخته (محرک اصلی، زمینه‌ای و باقی‌مانده) رفتارهای ناسازگار در مددجو شود و در نتیجه برنامه دقیق‌تری را جهت ایجاد رفتارهای سالم در فرد، طراحی کند (۲۰،۲۱). مسلماً سازگاری در ابعاد فیزیولوژیک و روان‌شناختی افراد سالمند باعث ارتقاء سطح سلامتی آن‌ها و کاهش عوارض ناتوان‌کننده سالمندی و افزایش عزت‌نفس افراد سالمند خواهد شد (۱۴،۲۲). استفاده از روش‌های سازگاری استاندارد مانند الگوی سازگاری روی که روشی ایمن، غیرتهاجمی، غیردارویی و کم‌هزینه در ارتقاء سازگاری فرد در ابعاد جسمی و روان‌شناختی است و به‌راحتی قابل‌آموزش به مددجو می‌باشد، ضروری به نظر می‌رسد (۲۲). نظر به اهمیت نکات فوق این مطالعه جهت تعیین تأثیر اجرای برنامه مراقبتی بر اساس الگوی سازگاری روی بر عزت‌نفس سالمندان خانه‌های سالمندان ارومیه انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه تجربی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. تمام سالمندان ساکن در خانه‌های سالمندان الزهرا، خانه سبز، آرا و فردوس که شرایط شرکت در مطالعه از جمله تمایل به شرکت در پژوهش، سن ۶۰ سال و بالاتر، عدم وجود مشکلات شنوایی و گفتاری، آگاهی نسبت به مکان، زمان، اشیاء و اشخاص، عدم سابقه بستری در بیمارستان روانی، عدم سابقه درمان روانی و تجربه سوگ در ۶ ماه گذشته، عدم دریافت هرگونه درمانی که در توانایی ذهنی، حافظه یا تفکر اختلال ایجاد کند را داشتند پس از تکمیل فرم رضایت‌نامه به‌صورت در دسترس وارد مطالعه شدند که شامل ۶۰ نفر واجد شرایط بودند. معیارهای خروج شامل غیبت در ۲ جلسه پشت سر هم و اتفاق افتادن حادثه مهم برای شرکت‌کنندگان بود. پس از

یافته‌های تحقیقات حاکی از آن است که ۵۸ درصد افراد سالمند بالای ۶۵ سال برای انجام فعالیت‌های روزانه خود نیازمند کمک می‌باشند (۵،۶). در روند درمان و مراقبت از سالمندان باید به عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی آن‌ها توجه شود و زمانی روش‌های مراقبتی، درمانی مفید واقع می‌شوند که باعث ارتقاء عزت‌نفس و متعاقب آن کیفیت زندگی سالمندان شوند (۵). هدف حمایت از سالمندان نباید فقط افزایش امید به زندگی (طول عمر) در آنان باشد بلکه امروزه در جهان، مفهوم سالمندی پویا مطرح است یعنی با افزایش کمیت جمعیت سالمند، کیفیت زندگی آن‌ها نیز باید موردتوجه قرار گیرد (۵،۷).

یکی از مؤلفه‌هایی که امروزه کانون توجه مجامع و سازمان‌های بین‌المللی از جمله سازمان بهداشت جهانی قرار گرفته است، کیفیت زندگی می‌باشد. با افزایش قابل‌توجه سالمندان، گرایش بین‌المللی برای افزایش کیفیت زندگی این گروه ایجاد شده است (۴،۸). کیفیت زندگی دارای ابعادی مشتمل بر سه حیطه جسمی، روانی و اجتماعی می‌باشد که این ابعاد در ارتباطی تنگاتنگ هستند (۹). فریرا دا کوستا^۱ و همکاران حیطه روانی را به‌عنوان حیطه تأثیرگذار بر دو حیطه دیگر دانسته‌اند که این حیطه از مفاهیمی همچون افسردگی، استرس، خشم، سعادت، شادکامی و عزت‌نفس تشکیل شده است (۱۰). عزت‌نفس یکی از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر سلامت روانی افراد می‌باشد (۱۱). تعریف روزنبرگ از عزت‌نفس به‌صورت ارزیابی شخص نسبت به خود و بیانگر نحوه برخورد فرد در تأیید یا عدم تأیید خود، بوده است (۱۲). نظر به اینکه عزت‌نفس یکی از جوانب مهم سازگاری فرد در دوره‌های مختلف زندگی می‌باشد، می‌تواند بر سلامت روان بخصوص در دوره سالمندی به‌صورت تأثیر بر سازگاری عاطفی، هیجانی، اجتماعی و روان‌شناختی تأثیر بسزایی دارد. افرادی که دارای عزت‌نفس بالا هستند از سطح رضایت بالاتری از زندگی برخوردارند و دارای کیفیت زندگی بالایی هستند (۱۰،۱۳). مشکلات جسمی و روانی دوره سالمندی باعث کاهش عزت‌نفس افراد سالمند و بالطبع سازگاری نامطلوب با دوره سالمندی که به‌صورت رفتارهای ناسالم و ناسازگار بروز می‌یابد، می‌شود (۱۴). جهت ایجاد سازگاری و تبدیل رفتارهای ناسازگار و ناسالم به رفتارهای سالم و سازگار نیاز به برنامه مراقبتی با برنامه‌ریزی منسجم بر اساس الگویی ویژه هست (۱۵). در زمینه نظریه‌های پرستاری، الگوهای متعدد و ویژه‌ای ارائه شده است که بر اساس مطالعات انجام شده یکی از الگوهای کاربردی

² Roy's Adaptation Model

¹ Ferreira da Costa

در بقیه جلسات که شامل ۴ جلسه یک ساعت و نیمه مداخله انفرادی برای هر کدام از سالمندان گروه مداخله بود که در این جلسات به دست‌کاری محرک‌های اصلی و زمینه‌ای رفتارهای ناسازگار استخراج‌شده از فرم بررسی روی پرداخته شد، پژوهشگر با حضور در مراکز مذکور با تک‌تک مددجویان گروه‌های مداخله به‌صورت عملی کار کرده و در برطرف کردن محرک‌های رفتارهای ناسازگار به آن‌ها کمک نمود، به‌عنوان مثال سالمندی که مشکل ضعف عضلانی و کاهش تحرک داشت همراه مددجو تمرینات ورزشی و حتی‌الامکان پیاده‌روی انجام شد و یا با مددجو در اتاق ورزش مراکز ورزش‌های مفید آموزش و نیز انجام داده می‌شد، به سالمندی که مشکل بی‌بوست داشت میوه‌جات، سبزی‌ها و مایعات داده و تشویق به انجام فعالیت فیزیکی شد. سالمندانی که در ابعاد مفهوم خود و روابط متقابل و ایفای نقش دچار رفتار ناسازگار بودند توسط استاد مشاور روانشناسی که با محقق در مراکز حضور داشتند مشاوره داده می‌شد و توصیه‌های ارائه شده در راستای اصلاح رفتارهای ناسازگار ابعاد روان‌شناختی به اجرا درآمدند.

پس از اتمام جلسات آموزش و مداخله محقق به مدت ۱ ماه روند اجرای برنامه مراقبتی توسط سالمندان از طریق حضور در مراکز پیگیری کرد. پس از مدت تعیین‌شده محقق مجدداً پرسشنامه عزت‌نفس روزنبرگ را در اختیار کلیه سالمندان قرار داده و تکمیل نمود. داده‌های جمع‌آوری‌شده با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ و آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی (آزمون‌های آماری تی مستقل، تی زوجی و کای دو) تجزیه و تحلیل شدند. در این پژوهش پس از مداخله به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، برنامه مراقبتی تدوین شده جهت اجرا برای نمونه‌های شرکت‌کننده در گروه‌های کنترل در اختیار مسئولین و پرسنل مراقبتی مراکز قرار داده شد.

یافته‌ها

یکی از سالمندان گروه مداخله در مرکز فردوس فوت نمودند و از مطالعه خارج شدند؛ بنابراین تعداد نمونه‌های گروه‌های مداخله به ۲۹ نفر تقلیل یافت. یافته‌های مطالعه نشانگر این است که بیشتر سالمندان گروه کنترل (۹۳/۳۴ درصد) و گروه مداخله (۹۶/۵۵ درصد) را زنان تشکیل داده‌اند. میانگین سن شرکت‌کنندگان در پژوهش در گروه کنترل $4/95 \pm 70/1$ و در گروه مداخله $7/03 \pm 69/58$ بود. نتایج آزمون‌های آماری تی مستقل و کای دو نشان داد که در دو گروه کنترل و مداخله از نظر متغیرهای سن، مدت‌زمان اقامت و تعداد فرزندان، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، وضعیت

کسب رضایت آگاهانه مکتوب از سالمندان، آن‌ها به‌صورت تصادفی به دو گروه (۳۰ نفر) مداخله و (۳۰ نفر) کنترل به‌وسیله نرم‌افزار تخصیص تصادفی تخصیص داده شدند.

پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی و پرسشنامه عزت‌نفس روزنبرگ به‌صورت مصاحبه حضوری با سالمندان تکمیل گردید. پرسشنامه عزت‌نفس روزنبرگ یک پرسشنامه روا و پایا است و دربرگیرنده ۱۰ جمله یا اظهارنظری است که احساس واقعی افراد درباره هر یک از جملات، در یکی از چهار گزینه خیلی موافق، موافق، مخالف و خیلی مخالف با علامت ضربدر در مقابل هر جمله با نمرات ۱ تا ۴ مشخص می‌شود نمره کل حاصل مجموع نمرات ۱۰ سؤال است. نمره ۱۰ نشان‌دهنده حداقل و نمره ۴۰ نشان‌دهنده حداکثر عزت‌نفس می‌باشد. شهبازادگان و همکاران پایایی این پرسشنامه را در جمعیت سالمندان ساکن در خانه سالمندان ۰/۸۵ گزارش کردند (۲۳). حجتی و همکاران ضریب آلفای ۰/۷۸ گزارش نموده‌اند (۱۳).

برای تدوین برنامه مراقبتی در گروه‌های مداخله در هر یک از مراکز از فرم‌های بررسی و شناخت الگوی سازگاری روی (فرم بررسی رفتارهای ناسازگار در چهار بعد فیزیولوژیک، درک از خود، ایفای نقش و استقلال و وابستگی مددجو و محرک اصلی، زمینه‌ای و باقی‌مانده این رفتارهای ناسازگار) برای همه سالمندان گروه مداخله استفاده شد. سپس برای هر یک از نمونه‌ها بر اساس فرم‌های تکمیل‌شده، رفتارهای ناسازگار و محرک‌های اصلی، زمینه‌ای و باقیمانده رفتارهای ناسازگار هر مددجو تعیین شد. پس از انجام این روند به مرحله انجام مداخله که بر اساس منابع و مطالعات گذشته و نیز فرم‌های بررسی و شناخت الگوی سازگاری روی پرداخته شد.

مداخله پژوهش پیش رو شامل ۶ جلسه بود که شامل ۲ جلسه دوساعته آموزش عمومی سالمندان، حول ۴ بعد فیزیولوژیک، مفهوم خود، روابط متقابل و ایفای نقش، به‌عنوان مثال آموزش‌های بعد فیزیولوژیک به‌صورت آموزش تغذیه مناسب، آموزش میزان تحرک موردنیاز و ورزش‌ها و حرکات مناسب، آموزش عوامل مؤثر بر خواب و آموزش درباره دیگر نیازهای بعد فیزیولوژیک که در مرحله بررسی و شناخت مشخص شده بودند، بود. در بعد مفهوم خود، آموزش در جهت ایجاد تغییر مثبت در تصویر ذهنی، خود ایدئال و در بعد روابط متقابل، آموزش ارتباط با همسالان، شرکت در بحث‌ها و مراسم‌های مذهبی و آموزش در حیطه دیگر عوامل مؤثر بر بعد روابط متقابل که در مرحله بررسی و شناخت مشخص شده بودند، بود. در بعد ایفای نقش، واگذاری بعضی از امور مراکز به سالمندان، آموزش شرکت در مراسم جشن تولد فرزندان یا جشن عروسی فرزندان، تشکیل گروه‌ها و تیم‌های ورزشی و نیز عوامل مؤثر دیگر بود.

اشتغال، منبع درآمد و وضعیت پوشش بیمه‌ای از نظر آماری اختلاف معنی‌داری وجود ندارد (جدول ۱).

جدول (۱): مقایسه مشخصات جمعیت شناختی افراد در دو گروه کنترل و مداخله

نتیجه آزمون‌تی مستقل	گروه کنترل		متغیرهای کمی
	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	
P= ۰/۷۷۸	۶۹/۵۸ ± ۷/۰۳	۷۰/۱۰ ± ۴/۹۵	سن
P= ۰/۶۱۷	۵/۷۹ ± ۲/۱۱	۵/۵۰ ± ۲/۳۵	مدت‌زمان اقامت
P= ۰/۶۴۷	۳/۶۲ ± ۱/۹۸	۳/۸۳ ± ۱/۵۳	تعداد فرزندان
نتیجه آزمون کای دو	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	متغیرهای کیفی
X ² = ۰/۳۱۶ d.f= ۱	۲۸(۹۶/۵۵)	۲۸(۹۳/۳۴)	زن
P= ۰/۵۷۴	۱(۳/۴۵)	۲(۶/۶۶)	مرد
X ² = ۳/۶۵۱ d.f= ۳	۸(۲۷/۵۹)	۶(۲۰)	متأهل
P= ۰/۳۰۲	۲(۶/۹۰)	۰(۰)	مجرد
	۰(۰)	۱(۳/۳۴)	طلاق گرفته
	۱۹(۶۵/۵۰)	۲۳(۷۶/۶۶)	فوت همسر
X ² = ۰/۱۲۶ d.f= ۳	۱۶(۵۵/۱۶)	۱۶(۵۳/۳۴)	خانه سبز
P= ۰/۹۸۹	۷(۲۴/۱۶)	۷(۲۳/۳۴)	الزهرا
	۳(۱۰/۳۴)	۴(۱۳/۳۲)	فردوس
	۳(۱۰/۳۴)	۳(۱۰)	آراء
X ² = ۰/۲۶۹ d.f= ۲	۱۹(۶۵/۵۰)	۱۸(۶۰)	بی‌سواد
P= ۰/۸۷۴	۸(۲۷/۶۰)	۹(۳۰)	زیر دیپلم
	۲(۶/۹۰)	۳(۱۰)	دیپلم و بالاتر از دیپلم
X ² = ۱/۲۸۴ d.f= ۲	۱۶(۵۵/۱۶)	۱۹(۶۳/۳۰)	خانه‌دار
P= ۰/۵۲۶	۱۲(۴۱/۴۰)	۱۱(۳۶/۷۰)	بیکار
	۱(۳/۴۵)	۰(۰)	بازنشسته
X ² = ۳/۹۱۳ d.f= ۴	۶(۲۰/۶۰)	۵(۱۶/۶۰)	کمیت‌ه امداد
P= ۰/۴۱۸	۸(۲۷/۶۰)	۸(۲۶/۷۰)	خانواده
	۱۵(۵۱/۸۰)	۱۷(۵۶/۷۰)	خود فرد
X ² = ۰/۵۷۶ d.f= ۱	۲۳(۷۹/۳۰)	۲۶(۸۶/۷۰)	دارد
P= ۰/۴۵۱	۶(۲۰/۷۰)	۴(۱۳/۳۰)	ندارد

نمرات عزت‌نفس و همچنین میانگین تغییر نمره عزت‌نفس بین دو گروه کنترل و مداخله تفاوت آماری معنی‌دار دارد ($P < ۰/۰۰۱$). (جدول شماره ۲).

نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین نمرات عزت‌نفس بین دو گروه کنترل و مداخله قبل از اجرای برنامه مراقبتی بر اساس الگوی سازگاری روی تفاوت آماری معنی‌دار نداشت ($P= ۰/۱۶۴$). نتیجه آزمون آماری تی مستقل مبین آن بود که بعد از مداخله میانگین

جدول (۲): مقایسه میانگین نمرات عزت‌نفس بین دو گروه کنترل و مداخله قبل و بعد از اجرای برنامه مراقبتی بر اساس الگوی سازگاری روی

عزت‌نفس	گروه کنترل		گروه مداخله		نتیجه آزمونی مستقل
	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	تفاضل کنترل- مداخله	
قبل از مداخله	۲۴/۹۰ ± ۱/۱۸	۲۴/۴۱ ± ۱/۴۵	-۰/۴۹ ± ۰/۳۴	P= ۰/۱۶۴	
بعد از مداخله	۲۴/۴۳ ± ۱/۰۱	۲۸/۰۰ ± ۱/۳۶	۳/۵۷ ± ۰/۳۱	P< ۰/۰۰۱	
تفاضل بعد از قبل	-۰/۴۷ ± ۱/۳۱	۳/۵۹ ± ۱/۰۹	۴/۰۶ ± ۰/۳۱	P< ۰/۰۰۱	

نتایج این پژوهش نشان داد که میانگین نمرات عزت‌نفس در گروه کنترل قبل از اجرای برنامه مراقبتی بر اساس الگوی سازگاری روی ۲۴/۹۰ با انحراف معیار ۱/۱۸ بود که پس از مداخله به ۲۴/۴۳ با انحراف معیار ۱/۰۱ کاهش یافت. نتایج آزمون آماری تی زوج مبین آن است که در گروه کنترل میانگین نمرات عزت‌نفس قبل و بعد از

مداخله تفاوت آماری معنی‌دار ندارد (P= ۰/۰۶). در گروه مداخله میانگین نمرات عزت‌نفس قبل از مداخله ۲۴/۴۱ با انحراف معیار ۱/۴۵ بود که پس از مداخله به ۲۸/۰۰ با انحراف معیار ۱/۳۶ افزایش یافت. نتایج آزمون آماری تی زوجی مبین معنی‌دار بودن این افزایش است (P < ۰/۰۰۱) (جدول شماره ۳).

جدول (۳): مقایسه میانگین نمرات عزت‌نفس در درون دو گروه کنترل و مداخله قبل و بعد از اجرای برنامه مراقبتی بر اساس الگوی سازگاری روی

عزت‌نفس	قبل از مداخله		بعد از مداخله		نتیجه آزمونی زوج
	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	تفاضل بعد- قبل	
گروه کنترل	۲۴/۹۰ ± ۱/۱۸	۲۴/۴۳ ± ۱/۰۱	-۰/۴۷ ± ۱/۳۱	P= ۰/۰۶	
گروه مداخله	۲۴/۴۱ ± ۱/۴۵	۲۸/۰۰ ± ۱/۳۶	۳/۵۷ ± ۱/۰۹	P< ۰/۰۰۱	

سازگاری روی به تغییر مثبت در ابعاد وجودی فرد سالمند مانند بهبود شرایط فیزیولوژیک و درک از خود و استقلال که از شامل بهبود عزت‌نفس نیز می‌شوند، یک ارتباط مثبت قوی وجود دارد (۱۴). همتی و همکاران در مطالعه‌ای تحت عنوان بررسی تأثیر اجرای برنامه خودمراقبتی اورم بر عزت‌نفس سالمندان ساکن خانه‌های سالمندان ارومیه نشان داد که اجرای برنامه خودمراقبتی اورم تأثیر مثبتی در افزایش عزت‌نفس سالمندان دارد (۲۴). در مطالعه‌ای دیگر همتی و همکاران نیز با هدف تعیین تأثیر خاطره‌گویی بر عزت‌نفس سالمندان ساکن خانه‌های سالمندان انجام دادند که نتایج حاصل از این مطالعه بیانگر افزایش نمرات عزت‌نفس در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل پس از مداخله می‌باشد. این نتایج نشان‌دهنده تأثیر مثبت خاطره‌گویی بر عزت‌نفس سالمندان است (۲۵). به نظر می‌رسد که مداخلات جهت ارتقای عزت‌نفس و تقویت برداشت از خود در سالمندان، می‌تواند باعث سازگاری و بروز رفتارهای سالم و سازگار بیشتر در سالمندی شود (۲۶). هم‌چنین سازگاری با دوره‌ای جدید مانند سالمندی و بروز رفتارهای سالم و سازگار متناسب با آن می‌تواند باعث افزایش عزت‌نفس و بهبود برداشت از خود شود. تقویت و حمایت روانی افراد باعث افزایش عزت‌نفس می‌شود، عزت‌نفس نیز یک نیروی درونی قوی ایجاد

بحث و نتیجه‌گیری

نظر به این که یکی از مهم‌ترین نیازهای مرتبط با دوره با ارزش سالمندی و متعاقب آن سالمندان، احساس باارزش بودن و نیل به بالاترین سطح نیازها یعنی خودشکوفایی می‌باشد که این هدف در اثر تقویت نقاط مثبت و برآوردن نیازهای سطوح پایین‌تر از جمله تقویت حس ارزشمند بودن، نیاز به فعالیت، نیاز به کفایت، نیاز به مهارت، نیاز به شایستگی، صلاحیت و نیاز به استقلال به دست آورده می‌شود (۱۴، ۱۹). یکی از مسئولیت‌های خطیر گروه‌های بهداشتی و درمانی، به‌خصوص پرستاران شناخت این نیازها و کمک و یاری سالمندان در راستای برآوردن این نیازها می‌باشد (۶). یافته‌های این مطالعه بیانگر تأثیر اجرای برنامه مراقبتی بر اساس الگوی سازگاری روی بر عزت‌نفس سالمندان خانه‌های سالمندان بود. در تأیید این مطالعه یافته‌های مطالعه فریرا دا کوستا بر روی افراد سالمند نشان داد که رابطه مثبتی میان مفهوم خود و از زیرمجموعه‌های آن، عزت‌نفس و استفاده از مکانیسم‌های سازگاری در سازگاری بیشتر با سالمندی وجود دارد (۱۰). هم‌چنین نتایج مطالعه راجرز با هدف بررسی تأثیر الگوی سازگاری روی بر ارتقاء فعالیت بدنی سالمندان نشان داد، انجام فعالیت‌های فیزیکی بر اساس تمرینات ورزش‌های تمرکزی مانند یوگا، مطابق معیارهای مدل

پژوهش می‌توان به زمان بر بودن هماهنگی با مراکز سالمندان اشاره نمود.

نظر به این‌که اجرای برنامه‌های مراقبتی بر اساس تئوری‌های پرستاری به لحاظ جامعیت می‌تواند باعث نتایج مثبت و اثربخش در ابعاد جسمی و روانی شخص گیرنده مراقبت گردد. با توجه به نتایج این پژوهش، استفاده از برنامه مراقبتی بر اساس الگوی سازگاری روی در ارتقای عزت‌نفس سالمندان تأثیر مثبت دارد. از این‌رو به نظر می‌رسد بتوان از اثرات مثبت این الگوی در سازگاری و کنترل بهتر شرایط زندگی سالمندان بهره برد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود با استفاده از الگوی سازگاری روی جهت تدوین برنامه مراقبتی، همچنین تشویق ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و پرستاران به تقویت سازگاری در سالمندان بر اساس تئوری‌های پرستاری و برنامه‌ریزی مراقبتی باعث بهبود عزت‌نفس سالمندان خانه‌های سالمندان شویم.

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه دانشجویی مصوب معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آذربایجان غربی می‌باشد. بدین‌وسیله در اینجا از همه سالمندان محترم و مسئولین محترم مراکز سالمندان سطح شهر ارومیه که همکاری لازم را در اجرای این مطالعه داشتند، تشکر می‌گردد.

References:

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). World Population Ageing 2013. ST/ESA/SER.A/348.
2. Mirzaiee M, Shams-ghahfarokhi M. The Aged demographic Information based on 1956-2006 censuses in Iran. Iran J Elderly 2007;2(5):326-31.(Persian)
3. Taheri P. Aging population report. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2013.3:26-46.(Persian)
4. Hasan-poordehbokri A, Masoodi R, Naderipoor A, Pormirza-kalhor R. The effects of exercise on

می‌کند که افراد به‌طور مؤثرتری با مشکلات زندگی روبرو می‌شود (۲۴). نتایج مطالعه شهپاززادگان و همکاران که با هدف بررسی تأثیر تحرک بدنی و ورزش بر افزایش عزت‌نفس سالمندان انجام داده بودند، تأثیر مثبت مداخله را گزارش نموده‌اند (۲۳).

نتایج مطالعه مک ویلیام و همکاران مغایر با نتایج پژوهش حاضر است. در مطالعه مک ویلیام که با هدف مداخلات ارتقاء سلامتی برای بهبود وضعیت عملکرد سالمندان با بیماری‌های مزمن انجام دادند، نتایج اختلاف معنی‌داری از نظر عزت‌نفس نشان نداد (۲۷). تفاوت در نتایج مطالعه مذکور با مطالعه حاضر ممکن است به علت تفاوت در جمعیت مورد مطالعه و طول مدت مداخله باشد. چون نمونه‌های آن مطالعه در منزل شخصی زندگی می‌کردند و نمونه‌های این مطالعه سالمندان مراکز سالمندان هستند. ساکنین خانه‌های سالمندان معمولاً از نظر انجام فعالیت‌های روزمره وابسته هستند، بنابراین ممکن است از عزت‌نفس پایین‌تری برخوردار باشند و بیشتر تحت تأثیر اجرای انواع برنامه‌های مراقبتی قرار بگیرند.

نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین نمرات عزت‌نفس در گروه کنترل بعد از مداخله کاهش یافت. از علل این کاهش می‌توان به زندگی یکنواخت و تکراری آسایشگاهی، عدم وجود محرک‌های انگیزشی، بروز رفتارهای ناسازگار در ابعاد روان‌شناختی سالمندان، عدم برقراری ارتباط فعال و دوستانه به‌صورت گروهی، عدم وجود نظام پاداش و تقویت احساسات درونی، تقویت نقاط قوت، پی بردن به توانایی‌ها و افزایش عزت‌نفس اشاره کرد (۲۸). از مشکلات این

quality of life of elderly people in Shahrekord city. Iran J elderly 2007;2(6):437-44. (Persian)

5. Hutchinson A, Rasekaba TM, Graco M, Berlowitz DJ, Hawthorne G, Lim WK. Relationship between health-related quality of life, and acute care re-admissions and survival in older adults with chronic illness. Health Qual Life Outcomes 2013;11(136):1-8.
6. Lynne CG, Graeme H, Maria C. Health-related Quality of Life among hospitalized older people awaiting residential aged care. Health Qual Life Outcomes 2009;7(71):13-24.
7. Ajh N, Mehrtash B, Javadi A, editors. Effect of education and social support on quality of life

- among elderly living in nursing homes 2012.5(3):25-34.(Persian)
8. Group. WQoL. WHOQOL-BREF Introduction, Administration and scoring, Field Trial version. Geneva: World Health Organization; 1996. P.23-36.
 9. King CR, Hinds PS. Quality of Life from Nursing and Patient Perspective. Massachusetts: Jones and Bartlett publishers; 2003.P. 50-83.
 10. Tatiana FdC, Kamila NSL, Smalyanna SdCA, Sérgio Rds, Kátia Neyla dFMC, Kaisy PM. Self-Concept Analysis Of Elderly In Light Of The Model Of Adaptation Of Roy: The "I Physical And The I Personal". J Nurs UFPE on line 2013; 7(5):1421-6.
 11. Robins RW, Trzesniewski KH, Tracy JL. Global self-esteem across the life span. J Psychology Aging 2002;17(3):423-34.
 12. Fathi-ashtiani A, Tavallaei SA, Azizabadi FM, Moghani LM. Association of Psychological Symptoms and Self Esteem in Chemical warfare agent Exposed Veterans. J Military Medicine 2008;9(4):273-82. (Persian)
 13. Hojjati H, Sharifnia H, Hassanlipour S, Akhondzade G, Asayesh H. The effect of reminiscence on the amount of group self-esteem and life satisfaction of the elderly. J Urmia Nursing Midwifery 2011;9(5):350-6. (Persian)
 14. Carol ER, Colleen K, Linda KL, Barbara EA. A Randomized Controlled Trial to Determine the Efficacy of Sign Chi Do Exercise on Adaptation to Aging. Res Gerontolog Nur 2012;5(2):101-13.
 15. Gholamzadeh S, Hazrati M. The Application of Adaptation model on patient care. 1th ed. Tehran: 2005.P.144. (Persian)
 16. Chiou CP. A meta-analysis of the interrelationship between the modes in Roy's adaptation model. Nurs Sci Quarterly 2001;13(3):252-8.
 17. Fiona R. Roy's Adaptation Model of Nursing. Learning Disability Nursing. Birmingham: 2010. •p. 16.
 18. Roy C. The Roy Adaptation Model. Upper Saddle River: Pearson; 2009.P. 11-81.
 19. Elizabeth LD. Community Health Nursing Practice and the Roy Adaptation Model. Public Health Nursing 1999;16(4):290-300.
 20. Scollan-Koliopoulos M. Theory-guided intervention for preventing diabetes-related amputations in African Americans. J Vasc Nurs 2004;22(4):126-33.
 21. Morgan PD, Gaston-Johansson F, Mock V. Spiritual well-being, religious coping, and the quality of life of African American breast cancer treatment: a pilot study. ABNF J 2006;17(2):73-7.
 22. Hay CG. Predictors of quality of life of elderly end-stage renal disease patients: an application of Roy's model. Georgia State: Georgia State University; 2005.P. 20-82.
 23. Shahbazzadgan B, Frmanbr R, Ghanbari A ,Atrkar Z, Adib M. The effect of regular exercise on self-esteem in elderly residents in nursing homes. J Ardabil Univ Med Sci 2009;4(8):387-93. (Persian)
 24. Hemmati MM, Hashemlo L, Khalkhali HR. The effect of implementing orem's self-care model on the self- esteem of elderlies resident of nursing home in Urmia. Medical - Surgical Nurs J 2012;1(1):18-23. (Persian)
 25. Hemmati MM, Musavi M, Sheikhi S. The effect of reminiscence therapy on the self-esteem among residents of a nursing home in Uromie. Iran J Psychiatric Nurs 2013;1(2):30-7. (Persian)
 26. Patton D. An analysis of Roy's Adaptation Model of Nursing as used within acute psychiatric nursing. J Psychiatr Ment Health Nurs 2004;11(2):221-8.
 27. McWilliam CL, Stewart M, Brown JB, McNair S, Donner A, Desal K. Home-based health promotion

- for chronically ill older persons: Results of a randomized controlled trail of a critical reflection approach. *J Health Promotion Int* 1999;14(1):27-41.
28. Ghasemi H, Harirchi M, Rahgozar M, Akbarian M. Comparing the quality of life of elderly nursing home residents and their families in Isfahan. *Quarterly J Social Welfare* 2010;10(39):177-200. (Persian)

THE EFFECT OF CARE PLAN APPLICATION BASED ON ROY ADAPTATION MODEL ON THE SELF-ESTEEM IN ELDERLY PEOPLE IN URMIA NURSING HOMES

Maghsoodi E¹, Hemmati Maslampak M^{2*}, Sheikhi S³, Khalkhali HR⁴

Received: 23 Sep, 2014; Accepted: 24 Nov, 2014

Abstract

Background & Aim: Increasing elderly population requires more attention to positive adaptation with this critical period of life. Applying nursing theories, particularly the Roy adaptation model can be effective in converting maladaptive into adaptive behavior, and ultimately enhancing the self-esteem of the elderly. This study tries to evaluate the effect of implementing care plan application based on Roy Adaptation Model on the self-esteem of the elderly people in Urmia nursing homes.

Materials & Methods: The present study is an experimental pre and post test one. 60 elderly people who have inclusion criteria were selected through available sampling and were randomly divided into two groups of control (30) and intervention (30). Data collection tool was Rosenberg Self-esteem questionnaire that was completed before and after the intervention. The care plan was designed based on results that obtained from Roy assessment forms and was implemented as two sessions of the Elderly's General Education and four individual sessions in order to manipulate the principal stimulants during a month and a half and was followed for a month. The data were analyzed via SPSS software v. 16, using descriptive and inferential statistical testes.

Results: Results showed that after intervention, the mean score of self-esteem in elderly were statistically significant between the two groups ($P < 0.001$). Elderly's mean score of self-esteem in the intervention group after implementing care plan was increased. The Paired t-test showed a significant increase ($P < 0.001$).

Conclusion: Implementing care plan based on Roy adaptation model had a positive influence on improving self-esteem of the elderly people. Therefore, nurses and other eldercare providers are suggested to reinforce adaptation in elderly, according to the nursing theories and health care programs, to improve self-esteem in the elderly in nursing homes.

Keywords: Roy Adaptation Model, Self-Esteem, Elderly

Address: Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran
Tel:(+98)4432754961

Email: hemmatma@yahoo.com

¹ MS Student Nursing, School of Nursing and Midwifery University of Medical Sciences, Urmia, Iran

² Assistant Professor of Nursing, Maternal and Childhood Obesity Research Center, School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding author)

³ Assistant Professor of Clinical Psychology, Institute of Social Factors Affecting Health, University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁴ Assistant Professor of Biostatistics, University of Medical Sciences, Urmia, Iran