

The Effect of Collaborative Care Model on Social Support and General Self-Efficacy of the Elderly

Milad Borji¹, Minoo Motaghi^{2,*}

¹ MSc Student in Community Health Nursing, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

² Nursing Department, Faculty of nursing and Midwifery, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

* **Corresponding author:** Nursing Department, Faculty of nursing and Midwifery, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran. Email: minoo534@yahoo.com

Received: 14 Dec 2016

Accepted: 10 Feb 2017

Abstract

Introduction: Worldwide increase in life expectancy and decrease in birth rate has turned population aging into a global phenomenon. Aging changes the person's need for social support and their general self-efficacy. This study measured the effect of collaborative care model on social support and general self-efficacy of the elderly in the city of Ilam.

Methods: This quasi-experimental study was conducted in 2016 with control and intervention groups consisting of the elderly residing in Ilam. For this purpose, 80 subjects selected by simple random sampling, were assigned to one control group (n = 40) and one intervention group (n = 40). For the intervention group, five 60- to 90-minute education sessions based on collaborative care model were held over the course of 3 months. Collaborative care model consists of the stages of motivation, preparation, engagement, and evaluation. Measurements were made before the intervention, and one, two and three months after the intervention, using the Duke Social Support Scale and the General Self-Efficacy Scale. Data analysis was performed using the SPSS 20 software.

Results: Before the intervention, there was no significant difference between social support and general self-efficacy scores of control and intervention groups ($P > 0.5$); however, after the intervention, the intervention group showed an increased social support score during months 2 and 3 and an increased general self-efficacy score during months 1, 2, and 3 post intervention ($P < 0.5$). Also, none of the measurements made before and after the intervention showed a statically significant difference between social support and general self-efficacy in the control group ($P > 0.5$).

Conclusions: Given the positive effect of collaborative care model on social support and general self-efficacy of elderly, the use of such nursing interventions in the clinical care of the elderly is recommended.

Keywords: Collaborative Care Model, Elderly, Social Support, General Self-Efficacy

بررسی تأثیر مدل مراقبت مشارکتی بر حمایت اجتماعی و خودکارآمدی عمومی سالمندان

میلاذ برجی^۱، مینو متقی^{۲*}

^۱ دانشجوی ارشد پرستاری سلامت جامعه، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
^۲ دکترای پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
 * نویسنده مسئول: مینو متقی، دکترای پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران. ایمیل: minoo534@gmail.com و minoo534@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۱۱/۲۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۹/۲۴

چکیده

مقدمه: سالمندی در قرن حاضر به دلیل افزایش امید به زندگی و کم شدن میزان تولد در دنیا، به یک پدیده مهم و جهانی تبدیل شده است. سالمندی باعث تغییراتی در میزان حمایت اجتماعی و خودکارآمدی عمومی می‌شود. به همین دلیل پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر مدل مراقبت مشارکتی بر حمایت اجتماعی و خودکارآمدی عمومی سالمندان شهر ایلام انجام شد.

روش کار: کارآزمایی بالینی تصادفی سازی شده حاضر با داشتن گروه‌های آزمون و کنترل در فاصله‌های زمانی اندازه‌گیری قبل از مداخله، یک، دو و سه ماه بعد از انجام مداخله بر روی سالمندان شهر ایلام در سال ۱۳۹۵ انجام شد. تعداد ۸۰ نفر از سالمندان به روش تخصیص تصادفی در دو گروه آزمون (۴۰ نفر) و شاهد (۴۰ نفر) قرار داده شدند. سپس آموزش‌های مبتنی بر مدل مراقبت مشارکتی در ۵ جلسه ۶۰-۹۰ دقیقه‌ای و در ۳ ماه اجرا گردید. مدل مراقبت مشارکتی شامل مراحل انگیزش، آماده سازی، درگیری سازی و ارزشیابی می‌باشد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه حمایت اجتماعی دوک (Duke Social Support Scale) و پرسشنامه استاندارد خودکارآمدی عمومی (GSE) جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS20 انجام گردید.

یافته‌ها: یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که قبل از مداخله بین حمایت اجتماعی و خودکارآمدی عمومی سالمندان گروه آزمون و کنترل تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نشد ($P > 0/5$) اما بعد از اجرای مداخله، سالمندان گروه آزمون در ماه‌های دوم و سوم بعد از انجام مداخله از حمایت اجتماعی بالاتر و در ماه‌های اول تا سوم بعد از انجام مداخله از خودکارآمدی عمومی بالاتری برخوردار بودند ($P < 0/5$). همچنین در هیچ کدام از ماه‌های اندازه‌گیری قبل و بعد از انجام مداخله، بین حمایت اجتماعی و خودکارآمدی عمومی سالمندان گروه کنترل تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نشد ($P > 0/5$).

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه اجرای مدل مراقبت مشارکتی باعث افزایش میزان حمایت اجتماعی و خودکارآمدی عمومی سالمندان شده بود، بنابراین اجرای این مداخله پرستاری در ارائه مراقبت‌های بالینی به سالمندان توصیه می‌گردد.

واژگان کلیدی: مدل مراقبت مشارکتی، سالمند، حمایت اجتماعی، خودکارآمدی عمومی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

می‌رود که تا سال ۲۰۵۰، به ۲۱٪ افزایش یابد (۳). در کشور ایران نیز، سالمندان حدود ۸٪ جمعیت کل کشور را تشکیل می‌دهند (۴). دوره سالمندی باعث تغییراتی در میزان حمایت اجتماعی و خودباوری فرد سالمند می‌شود. حمایت اجتماعی به عنوان معرفتی بیان می‌شود که باعث شده فرد سالمند باور کند که مورد احترام دیگران، ارزشمند و دارای منزلت است (۵). در واقع به عنوان شبکه‌ای از ارتباطات توصیف می‌شود که همکاری، رفاقت و تقویت احساسی را برای فرد فراهم کرده و موجب تسهیل رفتارهای ارتقاء سلامتی می‌شود (۶). حمایت اجتماعی با بهبود مکانیسم‌های سازگاری باعث می‌شود که سالمند در شرایط

سالمندی در قرن حاضر به دلیل افزایش امید به زندگی و کم شدن میزان تولد در دنیا، به یک پدیده مهم و جهانی تبدیل شده است. سالمندی، تغییراتی بیولوژیکی و زیستی محسوب می‌شود که با کاهش قابلیت انطباق و توان زندگی فرد در برابر تغییر و تحولات ناگهانی همراه است (۱). سالمندی یک روند طبیعی می‌باشد که در پیش روی همه انسان‌ها وجود دارد (۲) و جمعیت سالمندان روز به روز در حال افزوده شدن است به طوری که افزایش جمعیت سالمندان یکی از مهمترین چالش‌های قرن حاضر محسوب می‌شود (۲). میزان جمعیت سالمندان از ۹٪ در سال ۱۹۹۴ به ۱۲٪ در سال ۲۰۱۴ رسیده است و احتمال

سه ماه بعد از مداخله بر روی سالمندان شهر ایلام در سال ۱۳۹۵ انجام شد. تعداد ۸۰ نفر از سالمندان به روش تصادفی ساده در دو گروه آزمون (۴۰ نفر) و شاهد (۴۰ نفر) قرار داده شدند. سالمندان به روش نمونه گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای و به صورت تخصیص تصادفی انتخاب شدند. بدین ترتیب هر کدام از ۱۰ درمانگاه‌های سطح شهر ایلام به عنوان یک خوشه در نظر گرفته شدند و از هر درمانگاه با استفاده از روش تصادفی، ۴ سالمند به گروه آزمون و ۴ سالمند به گروه کنترل تخصیص داده شد. بدین صورت کارتهایی که بر روی آنها کلمات C و P نوشته شده بود، تهیه شد و از هر کدام از سالمندان شرکت کننده در این پژوهش خواسته شد تا یک کارت را به تصادف انتخاب کند. سپس سالمندانی را که دارای کارت با حرف C (اول حرف Control) بودند در گروه کنترل و سالمندانی که دارای کارت با حرف P (اول عبارت Partnership Care Model) بودند در گروه آزمون قرار داده شدند. معیار ورود به مطالعه شامل داشتن سن حداقل ۶۵ سال و بالاتر، سکونت در شهر ایلام، توانایی برقراری ارتباط کلامی و داشتن مراقب رسمی (اعضای خانواده) در خانواده برای فرد سالمند و سالم بودن فرد سالمند بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل غیبت بیش از ۳ جلسه آموزشی، داشتن مشکلات حاد بینایی و یا ابتلا به اختلالات روانی و تمایل به خروج از مطالعه در هر هنگام از انجام پژوهش بود. برای سنجش حمایت اجتماعی از پرسشنامه حمایت اجتماعی دوک (Duke Social Support Scale) استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۱۲ سؤال در ابعاد حمایت خانوادگی (۶ سؤال) و حمایت غیر خانوادگی (۴ سؤال) می‌باشد و به صورت لیکرت ۳ نمره‌ای از هیچ میزان و یا هیچ شخصی وجود ندارد (نمره صفر)، کم (نمره ۱) و زیاد (نمره ۲) نمره گذاری می‌شوند. در آخر این پرسشنامه دو سؤال به صورت بله (نمره ۲) و خیر (نمره صفر) وجود دارد که وجود فرد حمایت کننده را در زندگی فرد سالمند به طور مستقیم مورد سؤال قرار می‌دهد (۵، ۳۱).

پرسشنامه استاندارد خودکارآمدی عمومی (GSE: General self – Efficacy Scale) دارای ۲۰ گویه با دو خرده مقیاس جداگانه خودکارآمدی عمومی و خودکارآمدی اجتماعی بود که در سال ۱۹۸۱ به یک مقیاس ۱۰ گویه‌ای کاهش یافت و تاکنون به ۲۸ زبان زنده دنیا ترجمه شده است. خودکارآمدی عمومی با امتیاز یک تا چهار دسته بندی شد که کمترین و بیشترین آن ۱۰ و ۴۰ می‌باشد. ضریب آلفا کرونباخ این پرسشنامه در مطالعه معینی و همکاران ۰/۸۱ و در مطالعه رجیبی و همکاران ۰/۸۲ بدست آمد. در این پرسشنامه افرادی که نمره بالاتر از ۲۵ را کسب می‌کردند در گروه خودکارآمدی بالا و افراد دارای نمره کمتر از ۲۵ در گروه خودکارآمدی پایین قرار گرفتند (۳۲، ۳۳). مداخله مبتنی بر روش مدل مراقبت مشارکتی (Partnership Care Model) در طی ۵ ویزیت و در طی ۳ ماه برای گروه آزمون برگزار گردید. بدین صورت که ابتدا جلسه آموزش مراقبت مشارکتی در طی سه هفته و هفته‌ای یک جلسه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای در حضور سالمندان، پرستار، پزشک و یک نفر از اعضای خانواده بیماران انجام گردید. سپس به سالمندان و مراقبین آنها گفته شد که برای پیگیری آموزش‌های داده شده به درمانگاه تحت پوشش مراجعه کنند. ضمناً شماره تماس پژوهشگر در اختیار همه آنها قرار داده شد. در ویزیت اول که "انگیزش" بود، آگاه سازی افراد نسبت به وضعیت سلامتی، رفتارهای مرتبط با سلامت و پیامدهای آن در یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و در طول هفته اول

استرس را احساس آرامش و امنیت را داشته باشد (۷) و نقش بسیار مهمی در کاهش آثار منفی استرس‌های ناشی از محیط و جامعه و در نتیجه حفظ سلامتی افراد دارد. افزایش حمایت اجتماعی باعث کاهش مرگ و میر افراد و بروز ناخوشی‌های جسمی و روانی می‌شود (۸، ۹). خودکارآمدی نیز به میزان اعتماد و اطمینان فرد در توانایی انجام کارهای مربوط به خود مراقبتی، به طور مطلوب گفته می‌شود (۱۰). بنابراین باورهای خودکارآمدی با تأثیر بر رفتارهای مرتبط با سلامتی فرد، بر فرآیند بهبود افراد تأثیر می‌گذارد (۱۱). ارتقاء وضعیت خودکارآمدی موجب افزایش امید به زندگی (۱۰)، ارتقاء رفتارهای سلامتی (۱۲) و ارتقاء اثرات روانی اجتماعی بیماری‌های مزمن (۱۳) می‌شود. از طرفی کاهش میزان خودکارآمدی باعث کاهش توانایی بیماران و خانواده‌های بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن می‌شود (۱۴). سالمندان به دلیل وجود بیماری‌ها در آنها و همچنین محدودیت‌هایی که به دلیل این بیماری‌های مزمن دارند، به حمایت‌های اجتماعی زیادی نیاز دارند. منزوی شدن سالمندان تأثیر زیادی بر فرد سالمند دارد به طوری که حمایت‌های اجتماعی، می‌تواند تأثیر مثبتی را در مدیریت بیماری‌های مزمن آنها داشته باشد (۱۵). نتایج مطالعات مختلف نشان داد که حمایت اجتماعی نقش بسیار مهمی در سلامت افراد جامعه ایفا می‌کند و نبود آن به بیماری منجر می‌شود (۱۶-۲۰). طبق آمارهای بهداشت جهانی ۲۸ درصد افراد بالای ۶۵ سال که تنها زندگی می‌کنند، معمولاً بازنشسته بوده و به همین علت احتمال می‌رود که مشکلات جسمی و روانی واحساسات منفی نسبت به زندگی در آنها وجود داشته باشد (۲۱). از طرفی خودکارآمدی یکی از عواملی است که می‌تواند موجب ارتقاء سلامتی افراد شود، به همین دلیل پیشنهاد راهکارهای مناسب برای ارتقاء خودکارآمدی افراد، بسیار مهم می‌باشد (۲۲) و می‌توان با اجرای مداخلات مؤثر خودکارآمدی افراد را ارتقاء داد (۲۳، ۲۴).

یکی از راه‌های ارتقاء سلامتی افراد، استفاده از مدل‌های پرستاری می‌باشد. یکی از مدل‌های مراقبتی پرستاری مدل مراقبتی مشارکتی می‌باشد که توسط محمدی و همکاران (۱۳۸۰) برای کنترل فشار خون بالا طراحی و تدوین شده است (۲۵، ۲۶) و دارای چهار مرحله انگیزش، آماده سازی، درگیر سازی و ارزشیابی می‌باشد (۲۷). در مدل مراقبت مشارکتی کیفیت و نوع رابطه‌ای که بین دو طرف پژوهش در فرآیند مراقبت وجود دارد، مهم و اساسی می‌باشد به طوری که نقش مشارکتی بیماران در فرآیند درمان، از نقش فردی و مستقل افراد مهم‌تر می‌باشد (۲۸). از طرفی به کارگیری مدل مناسب با فرهنگ افراد بسیار مهم و نقش اساسی در بهبود سلامت افراد را دارد (۲۹) و موجب برقراری ارتباط مفید بین بیماران و پرستاران و بهبود کیفیت مراقبت‌ها می‌شود (۳۰). لذا با توجه به عدم وجود مطالعه‌ای در این زمینه و همچنین باتوجه به اینکه نتایج مطالعات مختلف نشان دهنده عدم وجود حمایت اجتماعی و خودکارآمدی عمومی مناسب در سالمندان است، به همین دلیل پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر مدل مراقبت مشارکتی بر حمایت اجتماعی و خودکارآمدی عمومی سالمندان شهر ایلام انجام شد.

روش کار

کارآزمایی بالینی تصادفی سازی شده حاضر با داشتن گروه‌های آزمون و کنترل، در فاصله‌های زمانی اندازه گیری قبل از مداخله، یک، دو و

مداخله تکمیل گردید. در طول اجرای پژوهش برای گروه کنترل فقط مراقب‌های روتین دریافت شده قبلی انجام شد اما بعد از اجرای پژوهش به منظور رعایت اصول اخلاق در پژوهش، آموزش‌های داده شده به گروه آزمون برای گروه کنترل هم آموزش داده شد.

برای در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی، پژوهشگر پس از کسب تاییده شورای اخلاق در پژوهش به شماره IR.MUI.REC.1395.4.056 از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) اقدام به اجرای این پژوهش نمود. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش شامل توجیه شرکت کنندگان در خصوص جلسات آموزشی، عدم تحمیل هزینه بر سالمندان، اخذ رضایت نامه آگاهانه از شرکت کنندگان، محرمانه ماندن اطلاعات افراد، تخصیص تصادفی گروه آزمون و کنترل، رعایت مفاد بیانه هلسینکی و بلمونت و خروج از مطالعه در هر زمان از انجام پژوهش بود. به علت اندازه گیری مکرر از میزان حمایت اجتماعی و خودکارآمدی عمومی بیماران در طی چند ماه متوالی از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری (Repeated Measure) استفاده گردید. همچنین برای آنالیز داده‌ها از آزمون‌های کای دو، تی مستقل و دقیق فیشر با استفاده از نرم افزار SPSS 20 در سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ استفاده گردید.

یافته‌ها

مشخصات دموگرافیکی سالمندان مورد پژوهش در [جدول ۱](#) نشان داده شده است. طبق جدول بین مشخصات دموگرافیکی سالمندان گروه آزمون و کنترل تفاوت آماری معنی داری وجود نداشته است (۰/۵ > P) ([جدول ۱](#)).

اجرا شد. در ویزیت دوم که "آماده سازی" بود، طی یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در مورد اهداف مدل مراقبت مشارکتی، زمان بندی برنامه، ماهیت ویزیت‌ها، زمان لازم برای انجام هر ویزیت و اهداف ویزیت‌ها بحث گردید. در این مرحله یک فاصله دو هفته‌ای برای هر ویزیت تعیین شد. در مرحله سوم که "درگیر سازی" بود، جلسات آموزشی در قالب ویزیت‌های مشارکت آموزشی و مشارکت پیگیر برای گروه آزمون انجام شد. آموزش‌های داده شده در این مرحله شامل تعریف سالمندی، فیزیولوژی، اتیولوژی، علایم و نشانه‌های سالمندی، نیازهای روحی و روانی افراد سالمند، تفاوت روان شناختی سالمندان و سایر گروه‌ها، لزوم توجه و حمایت از سالمندان بود. پس از برگزاری ۳ جلسه آموزشی انگیزش، آماده سازی و درگیر سازی، تعداد ۳ ویزیت مشارکت پیگیر به فاصله دو هفته یک بار و به هنگام مراجعه سالمندان و مراقبین خانوادگی آنها به درمانگاه شروع شد. در این مرحله به افزایش حمایت اجتماعی و خودکارآمدی عمومی سالمندان به مراقبین خانوادگی آنها توصیه می‌شد و برای افزایش مشارکت و انگیزش سالمندان اهمیت حمایت اجتماعی و خودکارآمدی عمومی در هر ویزیت به سالمند و مراقبین آنها یادآوری گردید. در این ویزیت‌ها نتایج آموزش‌های قبلی داده شده به سالمندان مورد بررسی قرار گرفت و در صورتی که سالمندان و یا مراقبین آنها سواالی را در ارتباط با انجام پژوهش داشتند به آنها پاسخ داده می‌شد. در مرحله آخر که "ارزشیابی" می‌باشد و پرسشنامه حمایت اجتماعی و خودکارآمدی عمومی مجدداً توسط سالمندان گروه آزمون و کنترل تکمیل گردید. پرسشنامه‌ها در ماه‌های قبل از مداخله و بعد از مداخله در فاصله زمانی یک، دو و سه ماه بعد از

جدول ۱: مشخصات دموگرافیکی سالمندانگروه آزمون و کنترل

P	تعداد (درصد)		متغیرهای دموگرافیکی و زیر مجموعه‌ها
	آزمون	کنترل	
۰/۸۲	۲۰ (۵۰)	۲۱ (۵۲/۵)	جنسیت
	۲۰ (۵۰)	۱۹ (۴۷/۵)	مرد زن
۰/۷۹	۱۶ (۴۰)	۱۶ (۴۰)	وضعیت تأهل
	۲۴ (۶۰)	۲۴ (۶۰)	بدون همسر دارای همسر
۰/۵۳	۱۸ (۴۵)	۱۶ (۴۰)	سن
	۸ (۲۰)	۸ (۲۰)	۶۵-۷۰ سال
	۴ (۱۰)	۲ (۵)	۷۱-۷۵ سال
	۱۰ (۲۵)	۱۴ (۳۵)	۷۶-۸۰ سال ۸۱-۸۵ سال
۰/۷۹	۱۳ (۳۲/۵)	۱۱ (۲۷/۵)	میزان تحصیلات
	۹ (۲۲/۵)	۱۰ (۲۵)	بی سواد
	۱۶ (۴۰)	۱۷ (۴۴/۵)	ابتدایی
	۲ (۵)	۲ (۵)	دیپلم و زیر دیپلم دانشگاهی
۰/۶۷	۱۶ (۱۸/۶)	۱۳ (۳۲/۵)	میزان درآمد در ماه (هزار تومان در ماه)
	۱۴ (۳۵)	۷ (۴۲/۵)	کمتر از ۱۰۰
	۱۰ (۲۵)	۱۰ (۲۵)	بین ۱۰۰ تا ۵۰۰ بیش از ۵۰۰
۰/۵۷	۳۱ (۷۷/۵)	۲۸ (۷۰)	وضعیت رفتار مواد مخدر مانند سیگار و
	۹ (۲۲/۵)	۱۲ (۳۰)	بله خیر

جدول ۲: میانگین نمرات حمایت اجتماعی از قبل از انجام مداخله تا سه ماه بعد از مداخله در گروه آزمون و کنترل

ماه‌های قبل و بعد از مداخله		مدل مراقبت مشارکتی		گروه کنترل	
انحراف معیار ±		مقایسه P در مقایسه		انحراف معیار ±	
میانگین		با ماه قبل از مداخله		میانگین	
		مقایسه P در مقایسه		مقایسه P در مقایسه	
		با ماه قبل از مداخله		با ماه قبل از مداخله	
قبل از مداخله	۸/۰۷ ± ۲/۲۵	-	۸/۰۲ ± ۲/۶۱	-	-
یک ماه بعد از مداخله	۸/۴۰ ± ۲/۴۰	۰/۱۴	۸/۰۵ ± ۲/۶۳	۰/۸۳	۰/۸۳
دو ماه بعد از مداخله	۱۰/۳۷ ± ۴/۱۱	۰/۰۰۲	۸/۰۲ ± ۲/۵۵	۰/۷۱	۰/۷۱
سه ماه بعد از مداخله	۱۲/۷۰ ± ۳/۶۹	۰/۰۰۰	۸/۰۰ ± ۲/۶۰	۰/۷۱	۰/۷۱
df = ۳, F = ۱۰/۳۷, P = ۰/۰۰۰					
آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری					

جدول ۳: میانگین نمرات خودکارآمدی از قبل از انجام مداخله تا سه ماه بعد از مداخله در گروه آزمون و کنترل

ماه‌های قبل و بعد از مداخله		مدل مراقبت مشارکتی		گروه کنترل	
انحراف معیار ±		مقایسه P در مقایسه		انحراف معیار ±	
میانگین		با ماه قبل از مداخله		میانگین	
		مقایسه P در مقایسه		مقایسه P در مقایسه	
		با ماه قبل از مداخله		با ماه قبل از مداخله	
قبل از مداخله	۲۰/۰۲ ± ۷/۹۵	-	۲۰/۶۳ ± ۶/۰۶	-	-
یک ماه بعد از مداخله	۲۵/۸۷ ± ۶/۶۴	۰/۰۰۰	۲۰/۷۸ ± ۵/۹۸	۰/۱۸	۰/۱۸
دو ماه بعد از مداخله	۲۸/۱۰ ± ۶/۵۷	۰/۰۲	۲۰/۸۴ ± ۵/۹۷	۰/۳۲	۰/۳۲
سه ماه بعد از مداخله	۲۹/۸۰ ± ۶/۲۸	۰/۰۰۵	۲۰/۹۲ ± ۶/۰۲	۰/۷۸	۰/۷۸
df = ۳, F = ۱۴/۷۷, P = ۰/۰۰۰					
آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری					

می‌رسد که مراجعه به مراکز توانبخشی باعث تأثیر بر حمایت اجتماعی سالمندان شده است. یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که اجرای مدل مراقبت مشارکتی باعث ارتقاء وضعیت حمایت اجتماعی دریافت شده و خودکارآمدی عمومی سالمندان شده بود. در مطالعه ثنائی و همکاران (۱۳۹۰) که اجرای مدل مراقبت مشارکتی بر خودکارآمدی و خودباوری مراقبین خانوادگی انجام شده بود یافته‌های نشان داد که اجرای این مدل باعث ارتقاء خودکارآمدی و خودباوری مراقبین و در نتیجه آن افزایش مشارکت آنها در ارائه مراقبت کارآمد شده بود که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد (۳۵). در مطالعه آمینی مریدانی و همکارانکه تأثیر مداخله آموزشی خانواده محور بر حمایت اجتماعی سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو را سنجیده بود، یافته‌ها نشان داد که برنامه آموزشی بر اساس تئوری شناختی اجتماعی که دارای مراحل دانش و درک موقعیت، انتظار پیامد، خودکارآمدی، خودمدیریتی، خودکنترلی بود باعث ارتقاء وضعیت حمایت اجتماعی سالمندان شده بود (۱۵) که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد.

یافته‌های مطالعه مختلف نشان داد که اجرای مدل مراقبت مشارکتی بر سلامت روانی بیماران تأثیر داشته که همسو با نتایج پژوهش حاضر می‌باشد، به طوری که در مطالعه رضا پور و همکاران (۱۳۹۴) اجرای این مدل بر استرس، اضطراب و افسردگی بیماران پس از آنژیوپلاستی عروق کرونر سنجیده شده بود، یافته‌ها نشان داد که اجرای این مدل باعث کاهش استرس، اضطراب و افسردگی بیماران شده بود (۲۸). در مطالعه پروینیان نسب و همکاران اجرای مدل مراقبت مشارکتی باعث کاهش افسردگی نوجوانان مبتلا به بتانالاسمی ماژور شده بود (۳۶) که با نتایج پژوهش حاضر که اجرای این مدل باعث ارتقاء وضعیت حمایت اجتماعی و خودکارآمدی سالمندان شده بود همخوانی دارد. در

در ارتباط با مقایسه میزان حمایت اجتماعی سالمندان مورد پژوهش قبل و بعد از انجام مداخله، آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری و مقایسه دو به دو نمرات حمایت اجتماعی بین ماه‌ها نشان داد که بین قبل از انجام مداخله و ماه‌های دوم و سوم (بعد از انجام مداخله) در گروه آزمون اختلاف آماری معنی داری وجود داشت ($P < ۰/۰۵$) اما در گروه کنترل در هیچ کدام از ماه‌های اندازه گیری (قبل و بعد از انجام مداخله) تفاوتی در حمایت اجتماعی سالمندان مشاهده نگردید ($P > ۰/۰۵$).

در ارتباط با مقایسه میزان خودکارآمدی عمومی سالمندان مورد پژوهش قبل و بعد از انجام مداخله، آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری و مقایسه دو به دو نمرات حمایت اجتماعی بین ماه‌ها نشان داد که بین قبل از انجام مداخله و ماه‌های اول، دوم و سوم (بعد از انجام مداخله) در گروه آزمون اختلاف آماری معنی داری وجود داشت ($P < ۰/۰۵$) اما در گروه کنترل در هیچ کدام از ماه‌های اندازه گیری (قبل و بعد از انجام مداخله) تفاوتی در خودکارآمدی سالمندان مشاهده نگردید ($P > ۰/۰۵$) (جدول ۳).

بحث

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که بیشتر سالمندان شرکت کننده در این پژوهش از میزان حمایت اجتماعی پایینی قرار داشت که با نتایج مطالعه با مطالعه ایزدی و همکاران (۳۴) که این میزان بالاتر از حد متوسط بود همخوانی ندارد. از علل تفاوت نتایج پژوهش حاضر با مطالعه ایزدی و همکاران (۳۴) می‌توان به نحوه انتخاب سالمندان مورد پژوهش اشاره کرد، به طوری که در مطالعه حاضر سالمندان ساکن جامعه مورد بررسی قرار گرفته‌اند در حالی که در مطالعه ذکر شده (۳۴) سالمندان مراجعه کننده به مراکز توانبخشی مورد بررسی قرار گرفته‌اند. به نظر

بهتری را نسبت به گروه کنترل داشتند (۳۰) که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد. در مطالعه محمدی و همکاران که اجرای این مدل بر وضعیت فعالیت‌های روزمره و فیزیکی بیماران مبتلا به بیماری مزمن قلب سنجیده شده است، یافته‌ها نشان داد که اجرای این مدل باعث ارتقاء وضعیت فعالیت‌های روزمره زندگی بیماران می‌باشد (۴۰) که با نتایج پژوهش حاضر مبنی بر مثبت بودن تأثیر اجرای مدل مراقبت مشارکتی در ارتقاء وضعیت سلامتی بیماران همخوانی دارد.

نتیجه گیری

طبق نتایج این مطالعه، اگرچه امکان کنترل همه متغیرهای موجود در پژوهش میسر نبود اما یافته‌ها نشان داد که اجرای مدل مراقبت مشارکتی باعث افزایش حمایت اجتماعی و خودکارآمدی سالمندان شده است. به همین دلیل اجرای مدل مراقبت مشارکتی برای ارتقاء سلامت سالمندان توصیه می‌گردد.

سپاسگزاری

نتایج این مقاله بخشی از مقالات استخراج شده از پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری سلامت جامعه دانشگاه آزاد اصفهان (خوراسگان) با کد اخلاق در پژوهش IR.MUI.REC.1395.4.056 می‌باشد. محققین از کلیه سالمندان گرمی و خانواده‌های محترم آنها به خاطر صبر و حوصله‌ای که برای شرکت در این مطالعه داشته‌اند، تقدیر و تشکر می‌نمایند.

تضاد منافع

هیچ گونه تضاد منافی برای نویسندگان در این مقاله وجود ندارد.

References

- Chehrehnegar N, Keshavarzi F, Rahnamaee N, Aghajafari Z. The Relationship between Visual Constructive Abilities and Activity of Daily Living in Home Dwelling Elderly Population. *Salmand*. 2016;11(2):220-5. DOI: 10.21859/sija-1102220
- Ghaffari F, Dehghan-Nayeri N, Navabi N, Seylani K. Evaluation of the Master's curriculum for elderly nursing: a qualitative study. *Clin Interv Aging*. 2016;11:1333-42. DOI: 10.2147/CIA.S109004 PMID: 27713624
- Fernández-Ballesteros R, Caprara M, García L. Vivir con vitalidad-M@: Un programa europeo multimedia Vivir con vitalidad-M@: An european multimedia program. *Psycho Interv*. 2004;13(1):63-84.
- Karakiewicz PI, Sun M, Azizi M. Comparative effectiveness of transurethral resection of bladder tumors and office fulguration for recurrent bladder tumors. *J Comp Eff Res*. 2014;3(2):131-3. DOI: 10.2217/ceer.13.92 PMID: 24645686
- Zarifnejad G, Saberi Noghabi E, Delshad Noghabi A, Koshyar H. [The Relationship between social support and morale of elderly people in Mashhad in 2012]. *J Rafsanjan Univ Med Sci*. 2014;13(1):3-12.
- Kwong EW, Kwan AY. Stress-management methods of the community-dwelling elderly in Hong Kong: implications for tailoring a stress-reduction program.

مطالعات انجام شده که تأثیر مدل مراقبت مشارکتی را بر روی کیفیت زندگی سنجیده‌اند، یافته‌ها موید تأثیر مثبت اجرای این مدل بر ارتقاء کیفیت زندگی می‌باشد به طوری که در مطالعه دانشی و همکاران (۱۳۹۱) که تأثیر اجرای این مدل را بر کیفیت زندگی بزرگسالان مبتلا به آسم را سنجیده بود، میانگین نمره کیفیت زندگی در گروه آزمون پس از مداخله افزایش یافت و بین تمامی ابعاد آن در دو گروه آزمون و کنترل تفاوت آماری معنی داری مشاهده شد (۳۷). در مطالعه علیجانی و همکاران اجرای این مدل باعث ارتقاء کیفیت زندگی کودکان مبتلا به تالاسمی ماژور شده بود (۳۸). در مطالعه برهانی و همکاران که با هدف تأثیر مدل مراقبت مشارکتی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام شده بود، یافته‌ها نشان داد که اجرای این مدل باعث افزایش کیفیت زندگی در تمامی بعدهای جسمی، روحی روانی و اجتماعی اقتصادی می‌شود (۲۹). در مطالعه آزادی و محمدی اجرای این مدل باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران شریان کرونری شده بود که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد (۳۹).

در ارتباط با سایر مطالعاتی که اجرای مدل مراقبت مشارکتی در آنها مورد بررسی قرار گرفته است می‌توان به مطالعه مطالعه مامنه و همکاران (۱۳۹۲) که تأثیر آموزش مبتنی بر مدل مراقبت مشارکتی بر رفتار تغذیه‌ای اعضای خانواده بیماران مبتلا به دیابت نوع دو را مورد بررسی قرار داده بودند اشاره کرد. به طوری که یافته‌ها نشان داد که برای گروه آزمون بعد از اجرای مدل مراقبت مشارکتی در قسمت‌های مربوط به فست فود، مصرف میوه و سبزی، شیرینی، کنسروها، روغن نباتی جامد، سوسیس و کالباس، خوردن شامل سنگین و دیر وقت و روش معمول پخت غذا، اعضای خانواده مبتلا به دیابت نوع دو، عملکرد

- Geriatr Nurs. 2004;25(2):102-6. DOI: 10.1016/j.geri_nurse.2004.02.007 PMID: 15107793
- Yoo YG. [Perceived Social Support and Morale of the Elderly Staying at Home]. *J Korean Acad Nurs*. 2004;34(2):297. DOI: 10.4040/jkan.2004.34.2.297
- Alipour A. [The relationship of social support with immune parameters in healthy individuals: Assessment of the main effect model]. *Iranian J Psychiatr Clin Psychol*. 2006;12(2):134-9.
- Nabavi S, Alipour F, Hejazi A, Rabani Z, Rashedi V. [Relationship between social support and mental health in older adults]. *Med J Mashhad Univ Med Sci*. 2014;57(7):841-6.
- Marks R, Allegrante JP, Lorig K. A review and synthesis of research evidence for self-efficacy-enhancing interventions for reducing chronic disability: implications for health education practice (part II). *Health Promot Pract*. 2005;6(2):148-56. DOI: 10.1177/15248399042666792 PMID: 15855284
- Najafi M, Foadjang M. [The relationship between self-efficacy and mental health among high school students]. *Daneshvar*. 2007;22(14):69-81.
- Ogedegbe G, Mancuso CA, Allegrante JP, Charlson ME. Development and evaluation of a medication adherence self-efficacy scale in hypertensive African-American patients. *J Clin Epidemiol*. 2003;56(6):520-9. PMID: 12873646

13. Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med.* 2003;26(1):1-7. [PMID: 12867348](#)
14. McCarley P. Patient empowerment and motivational interviewing: engaging patients to self-manage their own care. *Nephrol Nurs J.* 2009;36(4):409-13. [PMID: 19715108](#)
15. Amini Moridani M, Tol A, Sadeghi R, Mohebbi B, Azam K. [Assessing the Effect of Family-based Intervention Education Program on Perceived Social Support among Older Adults with Type 2 Diabetes: Application of Social Cognitive Theory]. *J Nurs Educ.* 2015;4(3):30-40.
16. Avlund K, Damsgaard MT, Holstein BE. Social relations and mortality. An eleven year follow-up study of 70-year-old men and women in Denmark. *Soc Sci Med.* 1998;47(5):635-43. [PMID: 9690846](#)
17. Brummett BH, Babyak MA, Barefoot JC, Bosworth HB, Clapp-Channing NE, Siegler IC, et al. Social support and hostility as predictors of depressive symptoms in cardiac patients one month after hospitalization: a prospective study. *Psychosom Med.* 1998;60(6):707-13. [PMID: 9847029](#)
18. Majercsik E, Haller J. Interactions between anxiety, social support, health status and buspirone efficacy in elderly patients. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2004;28(7):1161-9. [DOI: 10.1016/j.pnpbp.2004.06.007](#) [PMID: 15610929](#)
19. Rashedi V, Gharib M, Rezaei M, Yazdani AA. [Social support and anxiety in the elderly of Hamedan, Iran]. *J Rehabil.* 2013;14(2):110-5.
20. Cheraghi M, Salavati M, Moghimbeigi A. [Association between Perceived Social Support and Quality of Life in Patients with heart failure]. *Iran J Nurs.* 2012;25(75):21-31.
21. Bagheri-Nesami M, Sohrabi M, Heidari-Fard J, Yanj J, Golchinmehr S. [The relationship between life satisfaction with social support and self-efficacy in community-dwelling Elderly in Sari, Iran, 2012]. *J Mazandaran Univ Med Sci.* 2013;23(101):38-47.
22. Wingo BC, Desmond RA, Brantley P, Appel L, Svetkey L, Stevens VJ, et al. Self-efficacy as a predictor of weight change and behavior change in the PREMIER trial. *J Nutr Educ Behav.* 2013;45(4):314-21. [DOI: 10.1016/j.jneb.2012.12.004](#) [PMID: 23433966](#)
23. Farrell K, Wicks MN, Martin JC. Chronic disease self-management improved with enhanced self-efficacy. *Clin Nurs Res.* 2004;13(4):289-308. [DOI: 10.1177/1054773804267878](#) [PMID: 15448281](#)
24. Katch H. The role of self-efficacy in cardiovascular disease self-management: a review of effective programs. *Patient Intell.* 2010;33. [DOI: 10.2147/pi.s12624](#)
25. Azadi F, Mohammadi E. [Evaluation of partnership care model on quality of life in patients with coronary disease]. *Nurs Survey J.* 2007;1(2):23-9.
26. Mohammadi E, Abedi HA, Jalali F, Gofranipour F, Kazemnejad A. Evaluation of 'partnership care model' in the control of hypertension. *Int J Nurs Pract.* 2006;12(3):153-9. [DOI: 10.1111/j.1440-172X.2006.00563.x](#) [PMID: 16674782](#)
27. Chahkhoie M, Shariati A, Majdi Nasab N, Asadizaker M, Latifi M, Chahkhoie F, et al. [Collaborative Care Model effect on Multiple Sclerosis (MS) patients' lifestyle]. *Jundishapur J Chron Dis Care.* 2013;2(3):47-56.
28. Parastoo R, Shahriari A, Moieni A, Sanei H. [Evaluation of the effect of collaborative care on depression, anxiety and stress of patients after coronary angioplasty]. *Med-Surg Nurs J.* 2016;5(2):59-66.
29. Borhani F, Khoshab H, Abbaszadeh A, Rashidinejad H, Mohammadi E. [Study of the effect of partnership care model on the quality of life in patients with heart failure]. *J Crit Care Nurs.* 2012;5(1):43-8.
30. Mamene M, Lakdizaji S, Rahmani A, Behshid M. [The effect of education based on the collaborative care model on the nutritional behaviors of family members of patients with type II diabetes]. *Med-Surg Nurs J.* 2014;3(2):99-106.
31. Parkerson GR, Jr., Broadhead WE, Tse CK. Validation of the Duke Social Support and Stress Scale. *Fam Med.* 1991;23(5):357-60. [PMID: 1884930](#)
32. Rajabi G. [Reliability and validity of the general self-efficacy beliefs scale (gse-10) comparing the psychology students of shahid chamrin university and azad university of marvdasht]. *New Thoughts Educ.* 2006;2(1-2):111-22.
33. Moeini B, Shafii F, Hidarnia A, Babaii GR, Birashk B, Allahverdiipour H. Perceived Stress, Self-Efficacy and Its Relations to Psychological Well-Being Status in Iranian Male High School Students. *Social Behavior and Personality: an international journal.* 2008;36(2):257-66. [DOI: 10.2224/sbp.2008.36.2.257](#)
34. Izadi S, Khomehvar A, Aram SS, Yazdanpanah Nozari A. [Social support and quality of life of elderly people admitted to rehabilitation centers]. *J Mazandaran Univ Med Sci.* 2013;23(105):101-9.
35. Sanaie N, Alhani F, Zolfaghari M. The effect of education with the partnership approach on the self-efficacy and self-esteem of family caregivers of patients undergoing coronary artery bypass graft (cabg). *Med-Surg Nurs J.* 2015;4(3):21-8.
36. Parviniannasab A, Rosta S, Vojdani M, Dehghani A, Keshtkaran Z, Shamsizade M, et al. [The effect of partnership care Model on depression of adolescents with β -thalassemia]. *Iranian J Psychiatr Nurs.* 2014;1(4):25-35.
37. Daneshi F, Sabzevari S, Pooraboli B, ShojaeiShahrokhhababdi M. [The effect of partnership care model on the quality of life of adults with Asthma]. *Iran J Nurs.* 2014;27(88):1-10.
38. Alijany-Renany H, Tamaddoni A, Haghhighy-zadeh M, Pourhosein S. [The effect of using partnership care

- model on the quality of life in the school-age children with β -thalassemia]. J Shahrekord Univ Med Sci. 2012;14(1):41-9.
39. Azadi F, Mohammadi I. Effects Of Partnership Care Model On Quality Of Life Of Coronary Artery Disease Patients. Med Surg Nurs. 2006;1(2):1-10.
40. Mohammadi E, Khoshab H, Kazemnejad A. Activities of daily living for patients with chronic heart failure: a partnership care model evaluation. Appl Nurs Res. 2016;30:261-7. DOI: [10.1016/j.apnr.2015.01.008](https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.01.008) PMID: [27091288](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27091288/)