

## تأثیر مداخله مبتنی بر مدل سازگاری "روی" بر درک از خود شخصی در زنان نخست باردار

علی محمد پور<sup>۱</sup>، سمانه نجفی<sup>۲\*</sup>، جهانشیر توکلی زاده<sup>۳</sup>، فاطمه محمدزاده<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> دانشیار، دکترای پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.  
<sup>۲</sup> مربی، کارشناس ارشد آموزش پرستاری، گروه پرستاری داخلی-جراحی و اطفال، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.

<sup>۳</sup> دانشیار، دکترای روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.

<sup>۴</sup> مربی، کارشناس ارشد آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.

\* نشانی نویسنده مسئول: گناباد، حاشیه جاده آسیایی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران، سمانه نجفی

E-mail: s.najafi2012@yahoo.com

وصول: ۹۳/۱۲/۲۵، اصلاح: ۹۴/۲/۳، پذیرش: ۹۴/۶/۱۵

### چکیده

**زمینه و هدف:** در دوران بارداری، مادران تغییرات بسیاری از نظر روانی تجربه می‌کنند. درک از خود به عنوان یکی از عوامل مؤثر بر حالات روانی، در مراقبت‌های فعلی بارداری کم‌تر مورد توجه واقع می‌شود. مطالعه حاضر نیز جهت بررسی تأثیر مداخله مبتنی بر این مدل بر درک از خود شخصی در زنان نخست‌باردار اجرا گردیده است.

**مواد و روش‌ها:** در این کارآزمایی در عرصه شاهددار تصادفی، نمونه پژوهش شامل ۸۳ زن نخست‌باردار بوده که به شیوه نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب و با روش بلوک‌های جایگشتی در دو گروه آزمون (۴۲ نفر) و کنترل (۴۱ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمون مداخله آموزشی-حمایتی شامل جلسات آموزشی و مشاوره روانشناسی مبتنی بر مدل را دریافت و طی ۴ هفته پیگیری شدند. داده‌ها با استفاده از ابزار روا و پایا شده بررسی سطح سازگاری در بعد درک از خود شخصی، جمع‌آوری و به کمک نرم‌افزار SPSS، آمار توصیفی و آزمون‌های آمار تحلیلی تحلیل شد.  $P < 0/05$  معنادار لحاظ شد.

**یافته‌ها:** نمرات سازگاری در بعد درک از خود شخصی در دو گروه قبل از مداخله به ترتیب  $38/26 \pm 7/56$  و  $40/73 \pm 8/21$  بوده و مقایسه آن‌ها تفاوت آماری معناداری نداشت؛ اما پس از مداخله، نمرات در دو گروه به ترتیب  $30/69 \pm 4/46$  و  $41/29 \pm 8/40$  بود که مقایسه آن‌ها به‌طور معناداری تفاوت داشت.

**نتیجه‌گیری:** استفاده از برنامه طراحی‌شده مبتنی بر مدل "روی"، به عنوان یک مداخله اثربخش و کم‌هزینه، قادر است سازگاری زنان نخست‌باردار را در بعد درک از خود شخصی افزایش دهد. بنابراین، به‌کارگیری این الگو در این دوران، پیشنهاد می‌شود.

**واژه‌های کلیدی:** مدل سازگاری "روی"، درک از خود شخصی، زنان، نخست‌باردار.

## مقدمه

بارداری تجربه‌ای منحصر به فرد است. در این دوران، مادران تغییرات بسیاری از نظر جسمی و روانی تجربه می‌کنند. بیشتر زنان باردار به دنبال این تغییرات، تحریک پذیر و عصبی می‌شوند و تغییراتی را در احساسات و ارتباطات تجربه می‌کنند. این تغییرات زنان را از نظر روانی آسیب‌پذیر کرده و یک منبع استرس برای آنان به شمار می‌رود، به خصوص اگر اولین تجربه بارداری برای مادر باشد (۱). بنابراین، درک نامناسب از خود، عدم تطابق و سازگاری لازم و به تبع آن استرس بالا در دوران بارداری می‌تواند پیامدهای درازمدت برای جنین و نیز برای مادر داشته باشد (۲). آموزش راهکار مناسب برخورد با موقعیت‌های استرس‌زای دوران بارداری، می‌تواند بهداشت روانی را در این دوران بهبود ببخشد (۳). با وجود این‌که در دوران بارداری زنان انگیزه بالایی به منظور بهبود رفتار دارند، آموزش صحیح می‌تواند نقش مؤثری در ارتقای سلامت مادر و نوزاد داشته باشد (۴)؛ ولی، متأسفانه کارکنان تیم سلامت، تأکید کم‌تری بر ابعاد روانی می‌نمایند (۵). با توجه به برنامه مراقبتی ارایه شده در مراکز بهداشتی درمانی کشور، محتوای آموزشی فعلی، بیشتر ابعاد جسمی زنان باردار را مورد تأکید قرار می‌دهد و آموزش در خصوص ابعاد روانی در این دوران بسیار کم‌رنگ می‌باشد. از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر حالات جسمی و روانی مادر باردار، درک او از خود به عنوان یک شخص است، که در تحقیقات کم‌تر به آن پرداخته شده است. با توجه به این‌که در دوران بارداری ماهیت درک از خود در معرض اختلال می‌باشد (۶)، این دوران می‌تواند فرصتی مناسب در جهت کاهش حساسیت زنان نسبت به مفهوم خود، کاهش اضطراب و نگرانی‌ها باشد و دوره ای توأم با آرامش برایشان به ارمغان آورد (۷).

"کالیستا روی (Callista Roy) (یکی از نظریه-پردازان پرستاری) معتقد است، پرستاری بر ارتقای سطح سازگاری متمرکز شده و نقش مثبتی در سلامت و کیفیت

زندگی افراد دارد (۸). این الگو هدف اقدامات پرستاری را ارتقای پاسخ‌های سازگاری در هر یک از ابعاد چهارگانه فیزیولوژیک (Physiological Mode)، درک از خود (Self-Concept Mode)، استقلال و وابستگی (Interdependence Mode) و ایفای نقش (Role Function Mode) می‌داند (۹). مبتنی بر این مدل، محرک‌های اصلی (Focal stimuli)، زمینه‌ای (Contextual stimuli) و باقی مانده (Residual stimuli) سه مفهوم کلیدی هستند که بر سازگاری مؤثرند. نقش پرستار شناسایی افزایش محدوده سازگاری و مداخله در این محرک‌هاست که بر رفتار اثر می‌گذارد. محرک اصلی، محرک‌هایی هستند که بیشترین نقش را در ناسازگاری ایفا می‌کند. محرک زمینه‌ای، محرک‌هایی می‌باشند که طی بررسی وضعیت سلامتی بیمار غربالگری محیطی می‌شوند. محرک باقی مانده، اعتقادات و باورهای افراد هستند که در ارتباط با محرک اصلی و زمینه‌ای وجود دارند (۱۰). بر این اساس، بارداری به عنوان یک محرک اصلی در زنان می‌تواند رفتارهای غیرمؤثر ایجاد کند و سازگار نمودن آن‌ها از طریق مداخله و تغییر در محدوده سازگاری، تطابق مؤثرتر زنان باردار و در نتیجه درک منطقی از خود و شرایط به وجود آمده را سبب می‌شود که به یقین تأثیر چشمگیری بر سلامت مادر و جنین خواهد داشت؛ به‌ویژه اگر این مداخلات و آموزش‌ها علمی و مبتنی بر یک الگوی جامع نگر باشند (۸). درک از خود، ترکیبی از عقاید و احساساتی است که فرد نسبت به خود دارد. درک از خود شخصی (Personal self)، درک شخص از خود به عنوان یک شخص است (۱۱). این موضوع بیشتر مربوط به معنویات، اخلاقیات و ایده-هاست. مواردی از قبیل احساس خجالت، شرم و اضطراب، پرستار را متوجه اشکال در این محدوده می‌کند. درک از خود شخصی شامل ابعاد خود معنوی- اخلاقی، ثبات خود و خود ایده‌آل و مورد انتظار می‌باشد. خود معنوی- اخلاقی و روحانی، شخصیتی است که فرد در

پژوهش به روش تصادفی ساده، با توجه به لیست زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی، افراد با لحاظ معیارهای ورود انتخاب شده و با استفاده از بلوک-های جایگشتی ۴ تایی به دو گروه آزمون و کنترل اختصاص یافتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل (۱) سن حاملگی ۲۴ تا ۲۸ هفته (علت انتخاب این بازه زمانی این است که، نوسانات خلقی و روانی همچون گریه کردن بدون دلیل و حملات اضطراب در دوران بارداری از هنگام لقاح به بعد شایع هستند؛ اما، بیشتر به طور مشخص در سه ماهه سوم بارداری ظاهر می شوند (۱۶)). علاوه بر این، تغییرات جسمی و ظاهری که به نوعی وضعیت روانشناختی را تحت تأثیر قرار می دهند، با پیشرفت بارداری و در اواخر آن تشدید می گردند. از دیگر سو، این دوره، بهترین مرحله برای آموزش های دوران پری ناتال می باشد (۱۱، ۲) داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، (۳) نخست باردار بودن، (۴) عدم ابتلا به عوارض و بیماری های دوران بارداری نظیر اکلامپسی، پره-اکلامپسی و دیابت بارداری، (۵) عدم تجربه رویداد استرس زا طی ۶ ماه اخیر، (۶) زندگی با همسر، (۷) عدم ابتلا به اختلالات روانی مسجل شده، (۸) عدم دریافت برنامه آموزشی یا مراقبتی دیگر مرتبط با بعد درک از خود در طول مطالعه بوده و معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل (۱) عدم شرکت در آموزش ها به طور مرتب، (۲) وقوع عوارضی نظیر پره اکلامپسی، خونریزی، پاره شدن ممبران ها و پره ترم لیبر و (۳) بروز رویداد استرس زا برای نمونه ها طی مطالعه بود. ابزار پژوهش پرسشنامه ای شامل سه بخش بود. بخش اول مربوط به اطلاعات دموگرافیکی همچون سن تقویمی و بارداری، سطح درآمد، تحصیلات و شغل بود. بخش دوم نیز شامل ۱۸ سؤال در ارتباط با میزان آگاهی از اقدامات لازم در زمینه شکایات شایع دوران بارداری و بخش سوم، جهت بررسی میزان سازگاری در بعد درک از خود شخصی مبتنی بر الگوی سازگاری "روی" مشتمل بر سه حیطه "خود معنوی-

بطن خود دارد. ثبات خود، شخصیت ثابتی است که فرد دارد. خود ایده آل و مورد انتظار، شخصیتی که فرد دوست دارد داشته باشد (۸). الگوی سازگاری "روی" به طور گسترده و دقیق به بررسی بعد درک از خود می پردازد. اغلب مطالعات انجام شده در زمینه به کارگیری الگوی "روی"، تأثیر مثبت این الگو را بر کنترل بیماری و افزایش پاسخ های سازگار در بیماری های مزمن نظیر نارسایی قلبی، دیابت، مراحل انتهایی بیماری کلیوی نشان داده (۱۴-۱۲) و جهت بهبود وضعیت روانشناختی زنان باردار، ارابه مداخلات آموزشی حمایتی در کنار مراقبت های معمول، در این دوران ضروری می باشد. از طرفی خلأ پژوهشی در رابطه با به کارگیری این الگو در زمینه مراقبت های پری ناتال در بعد درک از خود زنان باردار، اهمیت و ضرورت مطالعه حاضر را قطعی تر می نماید. بنابراین، مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر مداخله طراحی شده بر اساس مدل سازگاری "روی" بر درک از خود شخصی در زنان نخست باردار انجام گرفت.

## مواد و روش ها

پژوهش حاضر یک کارآزمایی در عرصه شاهددار تصادفی می باشد که بر روی ۸۳ زن نخست باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان گناباد در سال ۱۳۹۳ انجام گرفت. حجم نمونه با استفاده از پژوهش مشابه (۱۵) و با در نظر گرفتن فاصله اطمینان ۹۵٪ و توان ۸۰٪، ۳۴ نفر برای هر گروه محاسبه شد که با در نظر گرفتن احتمال ریزش، ۴۴ نفر در هر گروه انتخاب شدند. در نهایت ۲ نفر از گروه آزمون (یک نفر به علت پره ترم لیبر و دیگری به علت عدم شرکت منظم در جلسات) و ۳ نفر در گروه کنترل (یک نفر به علت پره اکلامپسی، یک نفر به علت پره ترم لیبر و دیگری به علت PROM) (Premature Rupture Of Membranes) از مطالعه حذف شدند. در مجموع، ۴۲ و ۴۱ نفر به ترتیب در گروه های آزمون و کنترل باقی ماندند. پس از انتخاب واحدهای

و عزت نفس، شیوه های شاد زیستن، تشویق مادران به بیان احساساتشان در رابطه با دوران بارداری و پس از آن بود. محتوای آموزشی و روانشناسی، در ۵ جلسه ۹۰ دقیقه ای (۶۰ دقیقه آموزش و بحث گروهی و ۳۰ دقیقه پاسخ به سؤالات شرکت کنندگان) طی ۵ هفته (که با هماهنگی با واحدهای پژوهش، هر هفته یک جلسه برگزار گردید) به روش سخنرانی، بحث گروهی و پرسش و پاسخ برای گروه آزمون ارائه گردید. در طول مطالعه، هر دو گروه مراقبت‌های معمول دوران بارداری را دریافت نمودند. در پایان مداخله ابزارها برای بار دوم توسط دو گروه تکمیل شد. دوره مداخله ۹ هفته به طول انجامید که شامل ۵ هفته اجرای مداخله به صورت دستکاری محرک‌ها و گسترش محدوده سازگاری افراد و ۴ هفته پیگیری و حمایت شامل مشاوره‌های حضوری و تلفنی جهت اطمینان از رعایت توصیه‌ها، پیروی از برنامه آموزشی، پاسخ به سؤالات افراد و ایجاد حس حمایت و پشتیبانی در آن‌ها بود. این مطالعه توسط کمیته منطقه ای اخلاق (با شماره GMU.REC.1393.7) تأیید شد و با کد IRCT2014052217800N1 در مرکز ثبت کارآزمایی‌های بالینی ایران ثبت گردید. در پایان پس از جمع آوری کامل داده‌ها، به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، تمامی آموزش‌های ارائه شده به گروه آزمون، در قالب یک بسته آموزشی در اختیار گروه کنترل قرار گرفت. در نهایت، داده‌ها به کمک نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ تجزیه و تحلیل شد. جهت آنالیز داده‌ها از آزمون‌های آمار توصیفی (شاخص‌های مرکزی و پراکندگی) و آمار تحلیلی (آزمون  $t$  مستقل و زوجی، من ویتنی و رتبه علامت دار ویلکاکسون، کای اسکور، ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز واریانس یکطرفه) استفاده شد. مقادیر به دست آمده  $P$  در سطح کم‌تر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

میانگین سنی زنان شرکت کننده در پژوهش در

اخلاقی (Spiritual-Ethical self) (۷ سؤال)، "ثبات خود (Self consistency) (۶ سؤال)" و "خود ایده آل و مورد انتظار (Self idealand) (۹ سؤال)" و در مجموع دارای ۲۲ سؤال که با مقیاس لیکرت به صورت "اصلاً" تا "خیلی زیاد" و با نمرات ۴-۱ رتبه بندی گردید. به منظور تعیین روایی ابزار از شیوه روایی محتوا استفاده شد. بدین منظور ابزار طراحی شده در اختیار ۱۰ نفر از استادان مرتبط و افراد خبره بالینی مانند متخصصین زنان، زایمان و مامایی و آشنا و مسلط بر مراقبت‌های دوران بارداری، استادان مسلط بر تئوری‌های پرستاری از جمله مدل "روی" و همچنین آشنا با شیوه‌های ابزارسازی قرار داده شد و نظرات آنان در جهت اصلاح و تکمیل ابزار اعمال گردید. جهت بررسی پایایی از ضریب آلفای کرونباخ و همچنین روش آزمون- باز آزمون (Test re-test) استفاده شد. نتیجه آزمون با ضریب همبستگی پیرسون  $r=0/87$  و نیز با ضریب آلفای کرونباخ  $r=0/88$  پایایی ابزار را تأیید کرد. قبل از شروع مداخله، پژوهشگر پس از جلب رضایت افراد برای شرکت در پژوهش، فرم رضایت کتبی آگاهانه را از آنان می‌گرفت. سپس ابزارها در هر دو گروه و به شیوه خوداظهاری تکمیل گردید. پس از آن، محرک‌های (اصلی، زمینه‌ای و باقیمانده) ایجادکننده رفتارهای غیرمؤثر تعیین گردید. چارچوب مداخله مبتنی بر رفتارهای غیرمؤثر و محرک‌های شناسایی شده مشترک بین افراد شرکت‌کننده، تدوین شد. این برنامه شامل ۲ جلسه آموزشی توسط یک پرستار و ۳ جلسه روانشناسی توسط یک مشاور و روانشناس بالینی بود. محتوای آموزشی جلسات شامل شکایات شایع دوران بارداری و توصیه‌های لازم در رابطه با آن‌ها، استرس و تأثیر آن بر مادر و جنین، آشنایی با زایمان طبیعی و فواید آن، مراقبت از نوزاد، بارداری در اسلام و توصیه‌های دینی در این دوران و محتوای روانشناسی مطرح شده نیز شامل راهکارهای ارتباط مؤثر با همسر و دیگران، شیوه‌های کنترل استرس و خشم، راهکارهای تقویت اعتماد به نفس

جدول ۱: مقایسه سطح سازگاری در بعد درک از خود شخصی بین دو گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله

سطح معنی داری	بعد از مداخله		سطح معنی داری	قبل از مداخله		ابعاد درک از خود شخصی
	کنترل	آزمون		کنترل	آزمون	
	انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین		انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین	
P=۰/۰۰۰	۱۴/۱۲±۳/۸۲	۱۰/۰۷±۲/۴۳	P=۰/۰۰۸	۱۴/۰۲±۳/۷۲	۱۲/۶۳±۳/۶۳	خود معنوی اخلاقی
P=۰/۰۰۸	۹/۱۵±۳/۲۹	۷/۳۸±۱/۵۷	P=۰/۰۷۰	۹/۱۷±۳/۳۹	۸/۶۹±۲/۸۲	ثبات خود
P=۰/۰۰۰	۱۸/۰۲±۳/۸۸	۱۳/۲۳±۲/۳۵	P=۰/۰۵۰	۱۷/۵۴±۳/۸۲	۱۶/۹۵±۴/۰۳	خود ایده آل و مورد انتظار
t مستقل P=۰/۰۰۰	۴۱/۲۹±۸/۴۰	۳۰/۶۹±۴/۴۶	t مستقل P=۰/۰۱۵	۴۰/۷۳±۸/۲۱	۳۸/۲۶±۷/۵۶	درک از خود شخصی

۱-۴

از مداخله بین دو گروه وجود ندارد؛ اما، پس از مداخله تفاوت آماری معنادار گردید (جدول ۱).

مقایسه میانگین نمرات سازگاری در دو گروه، قبل از مداخله، تفاوت آماری معناداری نشان نداد، اما پس از مداخله، تفاوت آماری معنادار بود ( $P < ۰/۰۰۰$ ).

یافته‌های حاصل از مقایسه درون گروهی نشان می‌دهد، تفاوت آماری معناداری در بعد درک از خود شخصی قبل و پس از مداخله در تمامی حیطه‌های آن برای گروه آزمون وجود دارد ( $P < ۰/۰۰۱$ ). در گروه کنترل نیز در بعد درک از خود شخصی و حیطه خود ایده‌آل و مورد انتظار قبل و پس از مداخله، تفاوت معنادار وجود داشت؛ بدین صورت که تفاوت آماری معنادار در این گروه با افزایش نمرات (پایین آمدن سطح سازگاری) همراه است. اما، در مقایسه نمرات حیطه‌های خود معنوی اخلاقی و ثبات خود، قبل و پس از مداخله در گروه کنترل تفاوت آماری معنادار نشد.

### بحث

نتایج پژوهش حاضر حاکی از تأثیر مثبت به کارگیری الگوی سازگاری "روی" بر میزان تطابق و سازگاری زنان نخست‌باردار در بعد درک از خود شخصی است. بر اساس یافته‌ها، نمرات سازگاری زنان باردار پس از مداخله در گروه آزمون در مقایسه با گروه کنترل، تفاوت آماری معناداری نشان داد ( $P < ۰/۰۰۵$ ). در این راستا نتایج مطالعه‌ای در زمینه تأثیر آموزش دوران پری ناتال بر

گروه آزمون  $۲۷/۹۸ \pm ۲/۵۰$  و در گروه کنترل  $۳۰/۳۷ \pm ۶/۰۷$  سال بود. نزدیک به نیمی از آنان تحصیلات دانشگاهی ( $۵۹/۰۳$  درصد) داشتند. سن بارداری افراد قبل از مداخله بین ۲۴ تا ۲۸ هفته بوده و پس از مداخله به ۳۳ تا ۳۷ هفته رسید. بیشتر زنان شرکت‌کننده، خانه دار بوده ( $۸۱/۹۲$  درصد) و مابقی نیز به ترتیب کارمند و شغل آزاد داشتند. مقایسه مشخصات دموگرافیک زنان در دو گروه، نشان دهنده همسان بودن آن‌ها بود ( $P > ۰/۰۰۵$ ). میانگین سنی همسر زنان باردار شرکت‌کننده در پژوهش در گروه آزمون  $۲۷/۹۸ \pm ۲/۵۰$  و در گروه کنترل  $۳۰/۳۷ \pm ۶/۰۷$  سال بود. نزدیک به نیمی از همسران ( $۴۸/۲$ ٪)، تحصیلات دانشگاهی داشتند.  $۶۳/۹$ ٪ از همسران نیز شغل آزاد داشته و مابقی آنان کارمند و بیکار (به ترتیب  $۳۲/۵$ ٪ و  $۳/۶$ ٪) بودند. میزان درآمد خانواده در بیشتر افراد (۷۱ نفر) در حد کفاف گزارش شد. نتایج در بخش سنجش آگاهی نشان داد، میانگین نمره افراد قبل از مداخله در گروه کنترل  $۹/۵۹ \pm ۳/۶۶$  و در گروه آزمون  $۱۰/۷۹ \pm ۴/۱۸$  بوده و پس از مداخله این میزان به ترتیب در گروه‌های کنترل و آزمون،  $۱۶/۱۲ \pm ۱/۶۱$  و  $۹/۸۳ \pm ۳/۶۸$  بود. مقایسه نمرات دو گروه قبل از مداخله تفاوت آماری معناداری نداشت ( $P = ۰/۰۱۶$ )؛ اما، پس از مداخله تفاوت آماری معناداری مشاهده شد ( $P < ۰/۰۰۱$ ).

یافته‌های حاصل از مقایسه سطح سازگاری در بعد درک از خود شخصی در دو گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله، نشان می‌دهد، تفاوت آماری معناداری قبل

سالمندان (۲۱)، بیماران دیابتی (۲۲ و ۲۳)، سرطان پستان (۲۴)، درد قفسه سینه (۲۵) و نارسایی قلبی (۱۳) نتایج مشابه با یافته‌های مطالعه حاضر داشته است.

متأسفانه مطالعات بسیار محدودی در خصوص تأثیر مداخله مبتنی بر الگوی "روی" در دوران بارداری انجام شده است و با توجه به موارد در دسترس، کم‌تر مطالعه‌ای به چشم می‌خورد که به بررسی دقیق و جزئی بعد درک از خود و حیطه‌های آن (خود معنوی اخلاقی، ثبات خود و خود ایده آل و مورد انتظار) بپردازد. در بسیاری از موارد، نتایج مطالعه حاضر با مطالعات مذکور مشابه و حاکی از اثر مثبت مدل "روی" در افزایش سازگاری و ارتقای کیفیت زندگی افراد می‌باشد. لازم به یادآوری است که با توجه به مشکلات مختلف در دوران بارداری، سایر ابعاد این مدل شامل ابعاد فیزیولوژیک، ایفای نقش و استقلال و وابستگی، هر یک نیازمند مطالعه-ای جداگانه می‌باشد. در نهایت با توجه به جایگاه سلامت مادر و جنین در دوران بارداری که بارها مورد تأکید سیستم‌های ارائه دهنده خدمات سلامت بوده است، کاربرد مدل سازگاری "روی" در جهت مراقبت از زنان نخست باردار به منظور افزایش سطح سازگاری روانشناختی به ویژه در بعد درک از خود شخصی در این دوران، نتایج موفقی را نشان داد. با توجه به نتایج مطالعه می‌توان از اثرات مفید این مدل در برهه مهم و حساس بارداری بهره برد. بنابراین، این الگو می‌تواند به عنوان راهنمایی برای پیشرفت برنامه‌های آموزشی-مراقبتی دوران پری‌ناتال و به خصوص در زنان نخست باردار که با مشکلات بیشتری در زمینه تطابق با این تجربه جدید مواجهند، به کار گرفته شود، گرچه انجام مطالعات تکمیلی در این زمینه ضرورت داشته و پیشنهاد می‌گردد.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان تشکر و سپاس بی دریغ خود را از معاونت محترم آموزشی، بهداشتی، تحقیقات و فناوری

سازگاری با دوران قبل و پس از زایمان، با نتیجه مطالعه حاضر همخوانی داشته و نتایج حاکی از آن است، آموزش بر سازگاری با دوران قبل از زایمان مؤثر بوده اما، بر سازگاری با دوران پس از زایمان تأثیری ندارد (۱۵). اکبرزاده آرانی و همکاران نیز، نتایج آموزش در همه ابعاد الگوی "روی" از جمله بعد درک از خود را مثبت گزارش کرده‌اند (۱۰). آموزش و حمایت باعث می‌شود که مادران، شناخت بیشتری از خود پیدا کنند، نقاط قوت و ضعف خود را بشناسند و بدین ترتیب به حدی از خودشناسی نایل شوند که در جهت اصلاح نقاط ضعف و تقویت نقاط مثبت خود گام بردارند. همچنین، مشاوره و آموزش حمایتی مبتنی بر یک الگوی مؤثر می‌تواند به افراد کمک کند تا احساسات منفی خود را در مسیر صحیح قرار داده، تا موجب تعاملات سازنده شوند (۱۷). یافته‌های تحقیق حاضر، در بعد درک از خود با نتایج پژوهش بارلو (Barlow) و همکاران (۱۸) همخوانی دارد. سالاری و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که کسب دانش و آگاهی در فرد ایجاد حس کنترل می‌نماید و باعث می‌شود که فرد از شیوه‌های مقابله‌ای مؤثر و سازگار کمک بگیرد (۱۹). یافته‌های حاصل از مطالعه هامیلتون (Hamilton) و همکارانش در این خصوص با نتیجه مطالعه ما متفاوت بوده و بیانگر آن است شش ساعت آموزش فردی، یک ماه قبل از زایمان هیچ تأثیری بر سازگاری دوران پری‌ناتال ندارد (۲۰). این اختلاف می‌تواند به علت تفاوت در روش، محتوا، الگوی مورد استفاده و نیز تفاوت در دوره مداخله ما با مطالعه مذکور باشد که زمان مداخله در مطالعه حاضر مبتنی بر الگوی "روی" طولانی‌تر بوده و از هفته ۲۴ تا ۲۸ بارداری شروع شده، ۵ هفته ادامه داشته و ۴ هفته نیز پیگیری شد. شاید علت دیگر این اختلاف، تفاوت در جامعه هدف باشد. زیرا، تمرکز مطالعه حاضر بر زنان نخست باردار است؛ اما، مطالعه مذکور تمام زنان باردار را مورد بررسی قرار داده است.

کاربرد الگوی "روی" در دیگر مددجویان نظیر

دانشگاه علوم پزشکی گناباد، کارکنان مراکز بهداشتی درمانی شهرستان و پرسنل معزز واحد مادران مراکز بهداشت که با حمایت‌های لازم 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

1. Aghayosefi A, Moradi K, Safari N, Ghazi SH, Amiri F. The study of relationship between marital satisfaction with physical problems during pregnancy and the related factors in pregnant women of khorramabad city. Quarterly research journal of lorestan university of medical sciences. 2011; 13(1):125-34. [Persian]
2. Solchany JE. Promoting maternal mental health during pregnancy. Theory, practice & intervention. Washington: NCAST-AVENUW Publication Seattle.sss.2003.
3. Bastani F, Heidarnia A, Kazemnejad A, Kashanian M. Effect of relaxation training based on self-efficacy in mental health of pregnant women. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 2007;12(2):109-16. [Persian]
4. Bahadoran P, Delaram M, Hasan zahraie R. Comparison of three methods of prenatal care on awareness of pregnant women that Referred to health centers in Shahrekord city. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 1998;8:14-6. [Persian]
5. Mossallanejad L, Ashkani H. Motherhood and mental health. 1<sup>st</sup> edition. Tehran: RoshanKetab. 2005. [Persian]
6. Huang HC, Wang SY, Chen CH. Body image, maternal-fetal attachment, and choice of infant feeding method: a study in Taiwan. Birth 2004;31(3):183-8.
7. Younesi SJ, Salajegheh A. Body image in fertile and infertile woman. Med J Reprod Infertil. 2001;2(8):14-21. [Persian]
8. Memarian R. Application of nursing concepts and theories. 2<sup>nd</sup> edition. Tarbiat Modares University Press. 2011:59. [Persian]
9. Aliakbarzadeh-Arani Z, Taghavi T, Sharifi N, Noghani F, Faghihzade 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. [Persian]
10. Hekari D, MohammadZade R. Investigation of women adaptation with coronary artery diseases according to 4 modes: Physiological, Self-Concept, Role function and Interdependence in Tabriz city, 2005-2006. Med Sci J Islamic Azad Univ. 2006;18(3):187-93. [Persian]
11. Zolfaghari M, Asadi Noghabi A. Maternal newborn nursing. 3th ed. Hakim Hidegi pub. 2011:10-55. [Persian]
12. Ellen B, Henessy H. Empowering adolescents with asthma to take control through adaptation. J Pediatr Health Car. 1999;13:273-7.
13. Bakan G, Akyol AD. Theory guided intervention for adaptation to heart failure. J Adv Nurs. 2008;61(6):596-608.
14. 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 Univ Sci. 2011;1(1):77-90. [Persian]
15. Sercekus P, Mete S. Effects of antenatal education on maternal prenatal and postpartum adaptation. J Adv Nurs. 2010;66(5):999-1010.
16. Kabirian M, Karimi A, PourShirazi M, Seddighi E. Safe pregnancy and childbirth (Prenatal, delivery and postpartum care guide). Young Nurses Publication. 2012;1(1):35-52. [Persian]
17. Malekpoor M, Farahani H, Aghaei A, Bahrami A. Effect life skill education on decrease stress in mothers of mental retardation and usual children. Res Except Child. 2006;20(2):661-76.
18. Barlow JH, Powell LA, Gilchrist M, Fotiadou M. The effectiveness of the Training and Support Program for parents of children with disabilities: a randomized controlled trial. J Psychosom Res. 2008;64(1):55-62.
19. Salari M, Kashaninia Z, Davachi A, Zoladl M, Babaei Gh. Effect of education on coping strategies of mothers who have educable mentally retarded children. Armaghane-danesh. 2001;6(23):1-9. [Persian]
20. Hamilton-Dodd C, Kawamoto T, Clark F, Burke JP, Fanchiang SP. The Effects of a maternal preparation program on mother-infant pairs: a pilot study. Am J Occup Ther. 1989;43:513-21.

21. Rogers C, Keller C. Roy's Adaptation Model to promote physical activity among sedentary older adults. *Geriatr Nurs*. 2009; 30(2): 21-6.
22. Sadeghnejad M, Vanaki Z, Memarian R. Effect of care plan based on the psychological adaptation of patients with type II diabetes. *J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2012;10(5):6-8. [Persian]
23. 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.
24. 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.
25. Ingram L. Roy's adaptation model and accident and emergency nursing. *Journal of Accident and Emergency Nursing*. 1995;3(3):150-3.

# The effect of intervention based on "Roy" adaptation model on personal self- concept in primi- gravida women

**Ali Mohammad Pour,**

Associate professor, PhD in nursing, School of nursing and midwifery, Research center of Social Determinants of Health, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran.

**\*Samane Najafi,**

Lecturer, MSc. in nursing education, Department of medical-surgical and pediatric nursing, Social Development and Health Promotion Research Center, School of nursing and midwifery, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran.

**Jahanshir Tavakkoli Zadeh,**

Associate professor, PhD in clinical psychology, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran.

**Fatemeh Mohammad Zadeh,**

Lecturer, MSC in biostatistics, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran.

Received:16/03/2015, Revised:23/04/2015, Accepted:06/09/2015

## Corresponding author:

Samane Najafi,  
Gonabad, Next to the Asian road,  
Gonabad University of Medical  
Sciences, Gonabad, Iran.  
E-Mail: S.Najafi2012@yahoo.com

## Abstract

**Background:** In pregnancy period, mothers experience many changes psychologically. Self-concept as one of the factors affecting the mental states, in present cares of pregnancy becomes less than attention. Present study was implemented in order to the effect of intervention this model on personal self-concept in primi gravida women.

**Materials and Methods:** In this randomized controlled field trial, Research Sample consisted of 83 primi gravida women that were selected by simple random sampling and were assigned in groups of intervention (42 persons) and control (41persons) through block permutation method. Intervention group received the educational supportive intervention consisted of training sessions and psychological counseling planned based on model over 4 weeks. For assessing the level of adaptation in personal self-concept mode, a valid and reliable questionnaire was used. Data was analyzed by means of SPSS software and using descriptive statistics and tests of analytic statistics were analyzed.  $P < 0/05$  was considered significant.

**Results:** Adaptation scores in personal self-mode in both groups before intervention respectively were  $38.26 \pm 7.56$  and  $40.73 \pm 8.21$  and their comparison had not significant statistically difference while after intervention scores in two groups respectively were  $30.69 \pm 4.46$  and  $41.29 \pm 8.40$  that their comparison showed a significant difference.

**Conclusion:** Using of designed program based on "Roy" model, as an effective and low cost intervention, can increase prim - gravida women's adaptation in self- concept mode. Therefore the implementation of this pattern besides in this period is recommended.

**Keywords:** Roy adaptation model, Personal self-concept, Women, Primi gravida.