pISSN:2345-5020
eISSN:2423-5571

مقاله اصیل پژوهشی

بررسی تاثیر برنامه‌ی آموزشی مبتنی بر مدل پندر بر بهزیستی رونشناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

علی رضا نامداری[۱]، **زهرا قضاوی [۲*]**، فخری صبوحی[۱]، رضوان صالحی دوست[۳]

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی اصفهان، دانشکده پرستاری ومامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲. مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری ومامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۳. استادیار، مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده مسئول: زهرا قضاوی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان **zahra_ghazavi@nm.mui.ac.ir**

چکیده

مقدمه و هدف: دیابت یکی از پرهزینه‌ترین بیماری‌های مزمن برای فرد مبتلا و دولت‌هاست. این بیماران دارای مشکلاتی نظیر اختلالات عملکردی فیزیکی و جسمی، وضعیت روانی، ارتباطات بین فردی هستند که مشکلات اختلال عملکرد روانی از مهمترین آن هاست. ماهیت مزمن دیابت بر جسم، روان و عملکرد فردی و اجتماعی و در واقع بهزیستی روانشناختی تاثیر گذاشته و از این رو یک منبع استرس برای بیماران محسوب می‌شود. به منظور برنامه‌ریزی برای ارتقاء سلامت این بیماران نظریه‌های مختلفی وجود دارد که یکی از آنها مدل پندر است. از این رو این مطالعه با هدف تعیین تاثیر برنامه‌ی آموزشی مبتنی بر مدل پندر بر بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو اجرا گردید.

مواد و روش ها: مطالعه‌ی حاضر یک کار آزمایی بالینی است که بر روی ۷۲ نفر از بیماران مبتلا به دیابت نوع دو ۳۶ نفر در گروه آزمون و ۳۶ نفر در گروه کنترل انجام شد. نمونه‌گیری به صورت تصادفی ساده از بین تمام بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به مرکز دیابت حضرت صدیقه ی طاهره(س)که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند انجام شده سپس پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف توسط هر دو گروه با نظارت پرسشگر تکمیل شد. داده‌ها با آزمون‌های تی مستقل، کای اسکوئر، من ویتنی، آنالیز واریانس با نرم افزار Spps ۱۸ تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: نتایج آزمون‌های آماری نشان داد که میانگین نمره‌ی بهزیستی روانشناختی قبل، بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله در گروه کنترل تفاوت معناداری نداشته($P > ۰/۰۵$) اما در گروه آزمون در این سه زمان تفاوت معناداری مشاهده شد($P < ۰/۰۵$) و در مقایسه‌ی میانگین نمره‌ی بهزیستی روانشناختی قبل، بلافاصله ویک بعد از مداخله بین دو گروه آزمون و کنترل تفاوت معناداری مشاهده شد. ($P <۰/۰۵$). آزمون تعقیبی LSD نشان داد که در گروه آزمون میانگین نمره بهزیستی روانشناختی قبل از مداخله به طور معناداری بیشتر از بلافاصله ($P = ۰/۰۰۴$) و یکماه بعد از مداخله ($P = ۰/۰۰۷$) بود.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به تاثیر برنامه آموزشی مبتنی بر مدل پندر بر بهزیستی رواشناختی بیماران دیابتی نوع دو استفاده از این روش به عنوان روشی سودمند و اثربخش و از لحاظ اقتصادی مقرون به صرفه ، توصیه می‌گردد.

واژه های کلیدی: برنامه‌ی آموزشی مبتنی بر مدل پندر، مدل پندر، بهزیستی روانشناختی،دیابت نوع ۲، کارآزمایی بالینی

Access This Article Online	
Quick Response Code:	Website: www.zbmu.ac.ir/jdn
	How to site this article: Namdari A R, Ghazavi Z, Sabohi F, Salehidoost R. An Evaluation on the Impacts of Pender Model-based Educational Programs on the Psychological Well-being of Patients with Type II Diabetes Mellitus. J Diabetes Nurs. 2018; 6 (2) :463-471

تاریخ دریافت: ۹۶/۱۲/۱۴
تاریخ پذیرش: ۹۷/۲/۲۹

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.2.2.5]

مقدمه و هدف

ابتلا به یک بیماری مزمن موجب تحمیل هزینه‌های فراوان بر بیمار و خانواده می‌شود؛ یکی از بیماری‌های مزمن شایع که از دسته‌ی اختلالات متابولیک محسوب می‌شود و توجه پزشکان و روان شناسان را به خود جلب کرده، بیماری دیابت شیرین[1] است که به عنوان ششمین یا هفتمین عامل مرگ و میر در آمریکا مصرفی شده است شیوع آن در جهان بین ۷/۸ تا ۱۵/۵ درصد در گروه‌های نژادی مختلف گزارش شده است (۱) و بیش از ۹۰ درصد بیماران دیابتی مبتلا به دیابت نوع دو هستند (۲) این میزان شیوع طبق برآورد سازمان بهداشت جهانی تا سال ۲۰۲۵ به ۳۳۳ میلیون نفر در جهان خواهد رسید و کشورهای آسیای میانه یکی از مراکز رشد اپیدمیک سریع دیابت در جهان می‌باشد. (۳و۴) و نیز بیش از ۳ میلیون نفر بیمار مبتلا به دیابت در ایران زندگی می‌کنند (۵) این مشکل توجه سیستم‌های پزشکی را به خود جلب کرده است (۶) بیماری دیابت بر عملکرد فیزیکی، وضعیت روانی، ارتباطات بین فردی، خانوادگی، اجتماعی و به طور کلی روی سلامت عمومی و بهزیستی و روانشناختی تأثیر منفی دارد (۷) و می‌تواند علاوه بر ایجاد عوارض فیزیکی و جسمی، علائم روانپزشکی متعددی را نیز ایجاد نماید (۸) و حتی احتمال ابتلا به اختلالات روانی را نیز افزایش دهد (۹) تحقیقات انجام شده نشان می‌دهد که میزان شیوع اختلالات روانی در بین بیماران دیابتی بیشتر از آزمودنی‌های غیر دیابتی است (۱۰) به منظور برنامه‌ریزی برای تغییر رفتارهای غیر بهداشتی و ارتقاء سلامت و نیز ارتقاء سطح بهزیستی روانشناختی این بیماران نظریه‌های مختلفی وجود دارد که یکی از آنها مدل ارتقاء سلامت پندر است مدل ارتقای سلامت پندر یکی از مدل‌های توصیفی پرستاری است که رفتارهای بهداشتی را پیش‌بینی می‌کند (۱۱). این مدل با تأکید بر ارتقاء سلامت و توانمندسازی افراد برای دستیابی به سلامتی ارائه شده است و افزایش خوب زیستن را مستلزم تغییر در شیوه‌ی زندگی می‌داند. این مدل یک راهنما برای کاربرد فرآیندهای زیستی- روانی – اجتماعی پیچیده است که افراد را وادار می‌کند در رفتارهایی که آنها را به سمت ارتقاء سلامت سوق می‌دهد درگیر شوند (۱۲). مدل پندر یک الگوی جامع و پیشگویی کننده در رفتار های ارتقا دهنده سلامت است و چارچوبی نظری برای کشف عوامل موثر در رفتار های ارتقاء سلامت (HPM) ایجاد می نماید (۱۳) خانم پندر الگوی ارتقاء سلامت را در سال۱۹۸۲ در دانشگاه میشیگان طراحی کرد و آن را به عنوان یک الگوی جامع برای پیش بینی رفتار های ارتقاء دهنده ی سلامت معرفی کرده است. در سال۱۹۹۶ این الگو مورد بازنگری قرار گرفت (۱۴). ارتقاء سلامت عبارت اند از فرآیند توانمند سازی افراد برای کنترل و بهبود سلامت خویشتن، پندر ارتقاء سلامت را فرایندی پویا، و مثبت می داند تا صرفاً اجتناب از رفتار های بیمار گونه. مفهوم ارتقاء سلامت شامل رفتار سبک زندگی سالم نیز می شود (۱۵). طبق نظریه ی پندر رفتار ارتقاء دهنده ی سلامت هر گونه اقدامی است که در جهت افزایش یا نگه داری سطح سلامتی و خودشکوفایی فرد یا گروه صورت می گیرد (۱۶).

محمدیان به نقل ازادنل (odonnell) بهبود سلامت را علم و هنری که به افراد کمک می کند تا سبک زندگی خود را برای کسب سلامت مطلوب تغییر دهند تعریف کرده است و هدف بهبود سلامت این است که مردم بتوانند سلامت خویش را کنترل کنند تا از حداکثر ظرفیت سلامت لذت ببرند و سبک زندگی سالم را تداوم بخشند. پندر رفتار سبک زندگی را الگوی فعالیت های داوطلبانه ی روزمره ی زندگی می داند که تأثیر مهم بر وضعیت سلامت فرد داشته و از عوامل جمعیت شناختی، محیطی و اجتماعی نشات گرفته است (۱۵).

[1] Mellitus Diabetes

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.2.2.5]

مدل ارتقاء سلامت شامل سه دسته از عوامل شامل تجربیات و خصوصیات فردی[2] که این مفهوم خود دارای دوسازه ی رفتار های مرتبط قبلی و عوامل شخصی است. مفهوم دوم احساسات و شناخت های اختصاصی افراد[3] است که بیانگر مهم ترین و اصلی ترین انگیزه های رفتاری می باشد. این طبقه از متغییر ها در مدل ارتقاء سلامت، هسته ی اصلی مداخلات را تشکیل می دهند زیرا موضوعاتی را در بر می گرد که از طریق مداخلات، اصلاح و تغییر می یابند و مفهوم سوم نتایج رفتاری[4] است که هدف نهایی مدل ارتقاء سلامت می باشد (۱۵).

قدرت تئوری پندر در تعریف سلامت، محدود نکردن پرستاران و سایر افراد تیم بهداشت جهت مداخلاتی در زمینه ی کاهش خطر بیماری است. این مدل به پرستاران فرصت های بیشتری در بررسی افراد، خانواده ها و جوامع می دهد تا در جهت بهبود سلامت، ارتقاء توانایی عملکردی و کیفیت زندگی بهتر تلاش کنند. زیرا تغییر در شیوه های زندگی باید در کنار سایر درمان ها به عنوان یک عامل اساسی در کاهش عوارض و بهبود علائم مورد توجه قرار گیرد (۱۷).

مطالعات زیادی به صورت گسترده اثربخشی مدل ارتقای سلامت پندر را بررسی کرده است. یافته‌های مطالعه‌ی رادمهر و همکاران نشان داد که برنامه ی آموزشی مبتنی بر مدل پندر پس از دو جلسه‌ی آموزشی بر ارتقای سلامت بیماران و سواس جبری موثر بود (۱۷) یافته های مطالعه ی صفا بخش و معطری نشان داد که برنامه های آموزشی بر اساس نظریه ی پندر پس از ۳ جلسه آموزش شیوه ی زندگی سالم و ۳ ماه پیگیری موجب افزایش معنا دار نمرات سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت بیماران پس از جراحی های بای پاس کرونری در گروه آزمایش شد (۱۸). در مطالعه ی کرمان ساروی و همکاران نیز که درباره کاربرد مدل آموزشی پندر بر رفتار های بهداشتی کارگران بود تفاوت معنا داری در نمرات شیوه ی زندگی گروه مداخله مشاهده شد. این تفاوت ها در همه ابعاد ارتقاء سلامت معنی دار بود (۱۹) در مطالعه ی کارنو و همکاران نیز مداخله آموزشی مبتنی بر مدل پندر منجر به ارتقاء شیوه زندگی گروه مداخله بعد از آموزش و افزایش آن در همه ابعاد شد (۲۰). با این وجود مطالعه‌ی مستقلی که تاثیر برنامه‌ی آموزشی مبتنی بر مدل پندر بر بهزیستی روانشناختی بیماران دیابتی نوع دو را بررسی کند یافت نشد؛ لذا این مطالعه با هدف تعیین تاثیر برنامه‌ی آموزش مبتنی بر مدل پندر بر بهزیستی رواشناختی بیماران دیابتی نوع صورت گرفت.

مواد و روش ها

این مطالعه یک پژوهش کارآزمایی بالینی دو گروهی با گروه آزمون و کنترل و پیش آزمون و پس آزمون بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله در هر دو گروه بود. که در سال ۹۵ بر روی بیماران با تشخیص دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به مرکز دیابت حضرت صدیقه‌ی طاهره (س) در شهر اصفهان انجام گرفت. در این پژوهش حجم نمونه‌ها ۷۲ نفر بود؛ نمونه‌گیری به صورت تصادفی ساده و با استفاده از جدول اعداد تصادفی انجام گرفت. و نمونه‌ها به صورت تصادفی در گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند. معیارهای ورودی به این پژوهش شامل بیماران دیابتی نوع ۲ بالای ۱۸ سال که تشخیص دیابت توسط متخصصین مربوطه در آنها تایید شده باشد و توانایی خواندن و نوشتن، تمایل به شرکت در مطالعه و عدم اعتیاد به موارد روانگردان و مخدر و دارای پرونده‌های پزشکی در مرکز مورد نظر باشند هم چنین خود اظهاری واحدهای مورد پژوهش مبنی بر داشتن توانایی جسمی و روحی لازم برای شرکت در مطالعه و عدم شرکت واحدهای مورد پژوهش به طور همزمان در مطالعه‌ی مشابه

[2] individual characteristics and experiences
[3] Bihavior specific cognitions and effect
[4] Behavior out comes

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.2.2.5]

دیگری از معیارهای ورود بود. معیارهای حذف از مطالعه نیز عدم تمایل به ادامه‌ی همکاری و غیبت در دو جلسه بود.

ابزار این پژوهش پرسشنامه‌ی استاندارد ۶ قسمتی بهزیستی روانشناختی ریف می‌باشد. این پرسشنامه دارای ۸۴ سوال می‌باشد و دارای ۶ مولفه‌ی خود مختاری، هدفمندی در زندگی، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران و پذیرش خود است هر یک از این ۶ مولفه با ۱۴ سوال مجزا بررسی می‌شوند. سوالات هر حیطه به صورت مجزا مشخص است. و در نهایت امتیاز بدست آمده از پاسخ دهی به این سوالات برای هر حیطه به صورت مجزا و هم چنین به صورت کلی جمع بسته می‌شود و امتیاز بدست آمده نشان دهنده‌ی نمره‌ی بهزیستی روانشناختی است. پاسخ دهی به این سوالات مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت از کاملا مخالف (۶) تا حدی مخالف(۵) مخالف (۴) موافق (۳) تا حدی موافق (۲) و کاملا موافق (۱) را در بر می‌گیرد. برخی از سوالات به شکل مستقیم و برخی به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند که این سوالات به صورت مجزا مشخص شده‌اند و بر این اساس نمره‌گذاری می‌شوند. نمرات آزمون بهزیستی روانشناختی قبل، بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله در یکی از زیرمجموعه‌های خیلی خوب (۱۸۹-۸۴) خوب (۲۹۴-۱۹۰) متوسط (۳۹۹-۲۹۵) پایین (۵۰۴-۴۰۰) قرار داده می‌شوند و بر این اساس افراد گروه مداخله و آزمون قبل، بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله مقایسه می‌شوند در نهایت نمرات بالاتر نشان دهنده‌ی بهزیستی روانشناختی پایین‌تر و نمرات پایین تر نشان دهنده‌ی میزان بهزیستی روانشناختی بالاتر است. این پرسشنامه در آغاز بر روی یک نمونه‌ی ۳۲۱ نفری اجرا و ضریب هماهنگی بین مقیاس‌های ۸۶ تا ۹۳ درصد و ضریب پایایی با زآزمائی پس از شش هفته بر روی نمونه‌ی ۱۱۷ نفری بین ۸۱ تا ۸۶ درصد به دست آمد. پایایی و همسانی درونی پرسشنامه از طریق روش آزمون آلفای کرونباخ انجام شد. نتایج حاصل برای تسلط بر محیط ۷۷ درصد، ارتباط مثبت با دیگران ۷۷ درصد، رشد شخصی ۷۸ درصد، پذیرش خود۷۱ درصد، هدفمندی در زندگی ۷۰ درصد و خودمختاری ۸۲ درصد بدست آمد (۲۱).

در اجرای این مطالعه پژوهشگر بعد از تایید و تصویب طرح پژوهش با کد 395896 در شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و دریافت تایید کمیته‌ی اخلاق که مصوب شد و با دریافت معرفی نامه از دانشگاه به مرکز دیابت حضرت صدیقه طاهره(س) مراجعه کرد و با توضیح هدف از اجرای طرح و کسب اجازه از مسئول مرکز پس از عقد قرارداد با مرکز اقدام به نمونه‌گیری کرد و پس از کسب رضایت کتبی آگاهانه از نمونه‌ها برای شرکت در مطالعه و تخصیص تصادفی آنها در گروه آزمون و کنترل شروع به انجام کارکرد؛ در ابتدا قبل از شروع مداخله پس از مشخص شدن گروه آزمون و کنترل پرسشنامه در اختیار اعضای گروه کنترل و آزمون قرار گرفت و با نظارت پرسشگر توسط اعضا تکمیل گردید. برای گروه کنترل یک جلسه به صورت برقراری ارتباط، شنیدن مشکلات بیماران، صحبت کردن با بیماران توسط پژوهشگر به صورت گروهی انجام گرفت و برای گروه آزمون ۶ جلسه‌ی آموزش ۶۰ دقیقه‌ای بر اساس ایجاد مدل ارتقاء سلامت بندر در راستای شش بعد مسئولیت پذیری سلامتی، رشد معنوی، ارتباط بین فردی، مدیریت استرس، فعالیت فیزیکی و تغذیه‌ای، هر بعد در یک جلسه برگزار شد و محتوای آموزشی هر جلسه از قبل طبق منابع معتبر تهیه شده بود و به تایید صاحب نظران این حیطه رسیده بود این جلسات همراه با پخش کلیپ آموزشی، ارائه‌ی کتابچه در همان جلسه، معرفی کتاب، مشاوره و راهنمائی بوده و در پایان نیز کتابچه‌ی خلاصه‌ی تمام جلسات در اختیار اعضای گروه آزمون قرار گرفت بعد از انجام ۶ جلسه هر هفته ۲ جلسه که سه هفته به طول انجامیدو یک ماه بعد از مداخله پرسشنامه با نظارت پرسشگر توسط واحدهای پژوهش مجددا تکمیل گردید و

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.2.2.5]

اطلاعات بعد از جمع آوری و وارد شدن به نرم افزار آماری Spss نسخه۱۸، توسط آمار توصیفی (جدول، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی با فاصله اطمینان ۹۵ درصد و سطح معناداری ۵ درصد تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

نتایج آزمون های آماری نشان داد که۵۳ درصد افراد مورد مطالعه را زن و ۴۷ درصد را مرد تشکیل داده است. ۳۷ درصد از افراد مورد مطالعه شاغل و ۷۰ درصد متاهل بودند. نتایج آزمون کای اسکوئر نشان داد که توزیع فراوانی جنس و وضعیت اشتغال بیماران بین دو گروه یکسان است و آزمون کای اسکوئر با نسبت درست نمایی نشان داد که توزیع فراوانی وضعیت تاهل نیز بین دو گروه یکسان است آزمون من و یتنی نشان داد که سطح تحصیلات بیماران نیز بین دو گروه همگن است و از نظر سن میانگین گروه آزمون ۴۱ سال و گروه کنترل نیز ۴۱ سال بود. از نظر مدت ابتلا به بیماری ، میانگین مدت ابتلای گروه آزمون ۲۷ سال و گروه کنترل ۲۸ سال بود نتایج آزمون t مستقل نشان داد که هر دو گروه از نظر سن و مدت ابتلا به بیماری، همگن بودند.

نتایج آزمون t مستقل نشان داد که میانگین نمره‌ی بهزیستی روانشناختی قبل از مداخله بین دو گروه آزمون و کنترل اختلاف معنا دار نداشت و (P > ۰/۰۵) اما بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله در گروه آزمون به طور معناداری تغییر یافته بود.نتایج آزمون آنالیز و واریانس با تکرار مشاهدات نیز نشان داد که میانگین نمره‌ی بهزیستی روانشناختی در گروه کنترل بین سه زمان اختلاف معنا دار نداشت. (P > ۰/۰۵) اما در گروه آزمون بین سه زمان تفاوت معنادار وجود داشت. (P<۰/۰۵) آزمون تعقیبی LSD نیز نشان داد که درگروه آزمون میانگین نمره‌ی بهزیستی روانشناختی قبل از مداخله به طور معناداری بیشتر از بلافاصله (P=/۰۰۴) و یک ماه بعد از مداخله (P=۰/۰۰۷) بود اما بین بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله اختلاف معنادار مشاهده نشد. (p =۰/۲۵)

جدول شماره ۱: مقایسه میانگین نمره اختلال در بهزیستی روانشناختی بین زمان‌های مختلف در هر گروه

زمان	گروه آزمون		گروه کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
قبل از مداخله	۳۲۴/۶۶	۶۶/۸۸	۳۳۸/۸۱	۶۳/۲۲
بلافاصله بعد از مداخله	۲۹۸/۹۴	۶۸/۳۸	۳۲۱/۴۷	۶۶/۵۸
یکماه بعد از مداخله	۳۰۲/۹۴	۶۹/۷۸	۳۴۵/۷۸	۹۱/۳۷
F	۴/۸۳		۱/۱۱	
P	۰/۰۱		۰/۳۴	

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.2.2.5]

آزمون آنالیز واریانس با تکرار مشاهدات نشان داد که میانگین نمره اختلال در بهزیستی روانشناختی در گروه کنترل بین سه زمان اختلاف معنادار نداشت (P > ۰/۰۵) اما درگروه آزمون بین سه زمان تفاوت معنادار وجود داشت(P < ۰/۰۵). آزمون تعقیبی LSD نشان داد که در گروه آزمون میانگین نمره اختلال در بهزیستی روانشناختی قبل از مداخله به طور معناداری بیشتراز بلافاصله (۰/۰۰۴ = P) و یکماه بعد از مداخله (P= ۰/۰۰۷) بود اما بین بلافاصله ویکماه بعد از مداخله اختلاف معنادار مشاهده نشد(P = ۰/۲۵).

بحث و نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین نمره ی بهزیستی روانشناختی گروه آزمون بعد از مداخله به طور معناداری نسبت به گروه کنترل افزایش یافته بود. این افزایش در همه ی ابعاد بهزیستی روان شناختی شامل ابعاد مسئولیت پذیری سلامتی، کنترل استرس، سلامت معنوی، تغذیه، فعالیت فیزیکی، پذیرش خود را شامل می شود. بنابراین نتایج این مطالعه نشان دهنده ی اثر مثبت برنامه ی آموزشی مبتنی بر مدل پندر بر بهزیستی روان شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بود. در راستای این مطالعه، تیموری و همکاران گزارش کرده اند که مدل پندر با ایجاد درک در زمینه ی اصلاح رفتار و تقویت خودکارآمدی و الگوهای رفتاری موجب ارتقا فعالیت جسمانی دانش آموزان می شود (۲۲) در مطالعه‌ی رادمهر و همکاران تحت عنوان تاثیر اجرای برنامه‌ی آموزشی بر ارتقای سلامت بیماران وسواس جبری بر پایه‌ی الگوی پندر که برای یک گروه با پیش و پس آزمون اجرا شده بود نمرات قبل و بعد از مداخله تفاوت معناداری داشت (۱۷). شاین و همکاران در مطالعه ای به بررسی الگوی مراقبت سلامت پندر بر وضعیت سلامت زنان سالمند کم درآمد پرداختند. نتایج این مطالعه نشان داد استفاده از مدل پندر موجب ۷۳ درصد تغییر در قبل و بعد از مداخله در ارتقا ابعاد بیولوژیکی، روانی، روحی، اجتماعی، شناختی و فرهنگی و افزایش درآمد سالمندان می شود (۲۳).

محمدی و همکاران کاربرد الگوی پندر را موجب افزایش خودکارآمدی نشان دادند که دلیل آن را، آگاهی از موانع و راهکارها و به موجب آن افزایش انگیزه و درک حمایت های اجتماعی گزارش کردند (۲۴) مک الیگوت و همکارانش در مطالعه ای با هدف بررسی اثر برنامه مدل مراقبت مشارکتی و گسترش برنامه مراقبت از خود بر روی رفتار های ارتقاء دهنده سلامت پرستاران، نشان دادند که این مدل موجب ارتقای سبک زندگی پرستاران می شود و ابعاد سبک زندگی برنامه های آموزشی موجب افزایش معناداری در وضعیت تغذیه، ارتباط بین فردی و رشد معنوی پرستاران گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل شدند (۲۵).

محمدی پور و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند که مداخله‌ی آموزشی مبتنی بر مدل پندر بر شیوه‌ی زندگی بیماران دیابتی نوع موثر است (۲۶) در مطالعه‌ی کریمی و همکاران نیز تاثیر برنامه‌ی آموزشی مبتنی بر مدل پندر بر فعالیت فیزیکی دانشجویان معنادار شد بدین معنا که برنامه‌ی آموزشی مبتنی بر مدل پندر می‌تواند موجب ارتقاء فعالیت فیزیکی در دانشجویان شود (۲۷) در مطالعه‌ی دیگری مولائی و همکاران کیفیت زندگی را بر اساس مولفه‌های بهزیستی روانشناختی پیش‌بینی کردند و نتایج مطالعه نشان داد که می‌توان کیفیت زندگی و همچنین رضایت از زندگی را با بهبود شاخص‌های بهزیستی روانشناختی ارتقاء داد (۲۸) در مطالعه‌ی دیگری که بیانی و همکاران با عنوان بررسی رابطه‌ی ابعاد بهزیستی روانشناختی و سلامت عمومی انجام دادند، نشان داده شد که بین سلامت عمومی و ابعاد بهزیستی روانشناختی رابطه‌ی معناداری وجود دارد بدین معنا که با افزایش سطح بهزیستی روانشناختی سلامت عمومی بهتر می‌شود. (۲۱) با توجه به پژوهش‌های مطرح شده و نتایج مطالعه ی حاضرکه در راستای این مطالعات است می‌توان گفت مدل

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.2.2.5]

پندر در ارتقای سلامت بیماران مزمن تاثیر و کاربرد دارد که مهمترین اثر آن تقویت روابط بین فردی، افزایش انگیزه و رشد فردی، نفوذ بر شخصیت فرد،جلب مشارکت و افزایش خودکارآمدی بیماران است که موجب ارتقای سبک زندگی بیماران مزمن می‌شود (۳۰و۲۹و۲۴) لذا تغییر در شیوه‌ی زندگی باید در کنار سایر درمان‌ها به عنوان یک عامل اساسی در کاهش عوارض و بهبود علائم مورد توجه قرار گیرد. در همین راستا پرستاران می‌توانند از این روش استفاده نموده و در تماس مداوم و مکرری که با افراد و بیماران دارند، آنان را در تغییر عادات بهداشت فردی یا استفاده از خدمات بهداشتی یاری نمایند (۲۹و۱۷) نتایج این پژوهش نشان داد که برنامه‌ی آموزشی مبتنی بر مدل پندربه شیوه‌ای ساده با صرف حداقل هزینه توسط پرستاران می‌تواند موجب بهبود بهزیستی رواشناختی در بیماران دیابتی نوع دو شود. لذا با توجه به نتایج این پژوهش پیشنهاد می گردد. مطالعاتی در زمینه‌ی تاثیر این مدل آموزشی بر بیماران دیگر و تاثیر سایر مدل‌های آموزشی بر سایر بیماران صورت پذیرد.

تشکر و قدردانی

در خاتمه پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که از همکاری و مساعدت مسئول مرکز غدد متابولیسم حضرت صدیقه طاهره (س) سرکار خانم دکتر امین الرعایا وهمکاران ایشان، سرکارخانم کلانتری و تمامی واحدهای پژوهش که در اجرای این طرح ما را یاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی را به عمل آوردند.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.2.2.5]

References

1. kasper D, Braunwald E, Fauci S, Hauser S, Longo D, Jemeson J. Harrisons principles of internal medicine, 16 thed. New York: MsGraw-Hill. 2005: 2152-80.

2. Barnard kd, Peyrot M, Holtri. Psychoscial support for people with diabetes: past, present futhre.Diabetes Med. 2012:99(11):1382-60.

3. Amos A, MecartyD, Zimmet P. The sising global burden of diabetes and its complications: estimates and projections to the year 2010. Piabet Med. 1997:14(5):5-7.

4. King H, Aubert R, Herman W. Golbad burden of diabetes, 1992-2022: preralenee, numerical estimates and projections. Diabetes Care. 1998:21(9):1414-31.

5. NooriTajer M , Heydari SH. Life style assessment in type 2 diabetic patient-clients of oromieh diabetes clinics in 2005. Abstracts book of 9 th Iranian Natrition congress. Tabriz: Tabriz Medical sciences and Heatth service university: 2006. P.77.

6. Felseisen SE, Tuker KL. Nutritonal strategies in the prevention and treatment of metabolic syndrome.Apple PhysiolNurtMetab. 2007;32(1):46-60.

7. Skandarian R, Pashidipour A, Ghorbani R, Malek M. Epidemiology of diabetes and impaired fasting glucose in adults of Semnan province. Iranian Kournal of Diabetes & Lipid. 2009;8(4):375-82. [Persian]

8. Sadock B, Sadock V. Synopsis of psychiatry. 10thed. Philadelphia:lipincott Williams &wilkins. 2007: 179-85.

9. Norouzinajhad GH, Boustani H, Nematpoor S. Behroozian F. Comparison of the depression in diabetic and nondiabetic patients. Sci Med J. 2006;5(1):390-96. [Persian]

10. Jimenez- Garcia R, Martinez Huedo MA, Hernandez – Barrera V, Andres AL, Martinez D, Jimenez-Trujillo I, et al. Psychological distress and mental disorders among Spanish diabetic adults: A case-control study. Primary Care Diabetes. 2010;6(2):149-56.

11. Bahmanpour K, Nori R, Ndryan H, Salehi B. Stractural model of health promation oral health Marivan high school student. Journal of School Health and Health Reserch Institute. 2011;9(2):93-103. [Persian]

12. Narayan KM, Gregg EW, Fagot – Campagna A, Engelgau MM, VinicorF.Diabetes : A common , growing , serious , costly , and potentially preventable public health problem. Diabetes Res ClinPract. 2000;50(2):77-84.

13. Noroozi A, Tahmasebi R, Ghofranipour F, Hydarnia A. Effect of Health Promotion Model(HPM) Based Education on Physical Activity in Diabetic Women. Iranian Journal of Endocrinology Metabolism. 2011;13(4): 361-7.[Persian]

14. Mohseni SM, Darawad M. Patients Adherenc to Healthy Behavior in Coronary Heart Disease: Risk Factor Management Among jordanian Patients. J Cardiovasc Nurs. 2015;30(6):471-8.

15. Mohamadiyan H, Eftekhar Ardebili H, Rahimi Froushani A, Taghdisi M,Shojaiezade D. Evaluation of Penders Health Promotion Model for Predicting Adolescent Girls Quality of Lifa. Journal of school of Public Health and Institute of Public Health Research. 2011;8(4):1-13. [Persian]

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.2.2.5]

16. FallahiTaher Pazir E, Zeighami Mohammadi S,Fahidy F. Perception of Patiemnts With Cardiovascular Disesase About Barriers and Benefits of Health Promotion Behavoirs. J Cardiovasc Nurs. 2012;1(1):16-23

17. Radmehr M, Ashktora T, Neisi L. Effectiveness of educational programs based on Pender's theory on the health and symptoms in patients with obscssive-compulsive disorder . Life Sci J. 2012;9(4):2174-80. [Persian]

18. Safabakhsh L, Moatary M. Examination of education protocal based on pender theory on lifestly of patients after Bypass cronery [Masters Thesis Nursing]. Shiraz: Shiraz Science of Medicine University; 2004. [Persian]

19. Carreno J, Vyhmeister G, Grau L, Ivanovic D. A health promotion programme in Adventist and non-Adventist women based on Penders model: a pilot study. Public Health.2006;120(4):346-55.

20. Kerman Saravi F, Rakhshani F, Sharakhipoor M. Appling Penders Educational Model in promotion of Health Behavior of Workers. Journal of Guilan University of Medical Scinces. 2006;15(58):54-60. [Persian]

21. Baiani A, Godarzi H, Kochaki A. Reliability and Validity of LifeSatis faction scale. Iraniaan Psychologist Journal.1998;3(11):259-65. [Persian]

22. Teymori P, Niknami S, Berry T, Ghofrani pour F, Kazemnejad A. Application of The Health Promotion Model to Predict Stages of exercise behaviour in Iranian adolescents. East Mediterr Heakth J. 2009:15(5):1215-25.

23. Shin KR,Kang Y, Park HJ, Cho MO, Heitkemper M. Testing and developing the health promation model in predicting construction workers use of hearing protection. Res Nurs Health .2006:29(1):3-17.

24. Ronis DL, Hong O,Luesk SL. Comparison of the orginal and revised structures of the Health promotion model in prdictingconstraction workers use of hearing protection. Res Nurs Health. 2006;29(1):3-17.

25. McELLIgott D, Capitulo Kl, Morris Dl, Click ER. The effect of a holistic program on health promoting bahaviors in hospital registered nurses. J Holist Nurs.2010:28(3):175-83.

26. Mohammadi Pour F, IzadiTameh A,Sepahvand F, Naderi Far M. The Impact of an Educational Intervention Based on the life styl of Patients with TypeII Diabetes. Zabol University of Nursing Journal. 2015; 2(14):25-32. [Persian]

27. karimi M, Eshrati B.Penders health promotion model of eduction based on student physical activity]. Kermanshah University of Medical Scienses. 2012;16(3):192-202. [Persian]

28. Molaei H, Borjali A, Molaei M, Fadacar P. Quality of life stayle Forecast on The Ryfemodel. UniversityAllameTabatabity of Psychotherapy Journal. 2016;4(13):7-17.[Persian]

29. Ho AY, Berggren I, Dahlborg – LyckhageE . Diabetes empowerment related to Pender's Health Promotion Model: a meta – synthesis. Nurs Health Sci. 2010;12(2):259-67.

30. Andouz Z, Dolatshahi B, Moshtagh N, Dadkhah A. The efficacy of metacognitive therapy on patients suffering from pure

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.2.2.5]

obsession. Iran J Psychiatry. 2012;7(1):11-21.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.2.2.5]

Journal of Diabetes Nursing
pISSN: 2345-5020
eISSN: 2423-5571

Received: 5/3/2018
Accepted: 19/5/2018
Volume **6** Number **2: p:472-482**

An Evaluation on the Impacts of Pender Model-based Educational Programs on the Psychological Well-being of Patients with Type II Diabetes

Namdari Ali Reza[1], **Ghazavi Zahra** [2], Sabohi Fakhri [1], Salehidoost Rezvan [3]

1. MSc Student, Nursing and Midwifery Care Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
2. Nursing and Midwifery Care Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
3. Assistant professor, Isfahan Endocrine and Metabolism Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

***Corresponding author:** Zahra Ghazavi , Isfahan University of Medical Sciences, **Email**: zahra_ghazavi@nm.mui.ac.ir

Abstract

Introduction: Diabetes mellitus is one of the most expensive chronic illnesses for both patients and governments, which faces the patients with a lot of problems. The chronic nature of diabetes affects the patient's physical, psychological, personal, and interpersonal performance, as well as psychological well-being. As a result, this disease is regarded as a stressor for the patients. There are different managerial theories to improve the health status of diabetic patients, one of which is Pender model. Regarding this, the present study was performed to determine the impacts of an educational program based on Pender model on the psychological well-being of type II diabetic patients.

Materials and Methods: This clinical trial was conducted on 72 patients with type II diabetes mellitus referring to Hazrat Sedighe Tahere Diabetes Center. The study population was selected through simple random sampling method, and then assigned into two groups of control (n=36) and intervention (n=36). The Reef psychological well-being scale was filled out by both groups under the researcher's supervision. The data were analyzed by independent t-test, Q-square, Man Whitney U test, and ANOVA in SPSS software (version 18).

Results: According to the results, the control group showed no significant difference in the psychological well-being mean score before, immediately after, and one month after the intervention (P>0.05). However, this difference was statistically significant in the intervention group (P<0.05). There was a significant difference between the intervention and control groups in terms of psychological well-being mean score at the three stages of the intervention (P<0.05). The results of the LSD test revealed that the intervention group had a significantly higher psychological well-being mean score before the intervention, compared to immediately after (P=0.004) and one month after the intervention (P=0.007).

Conclusion: Given the effect of Pender model-based educational program on the psychological well-being of the type II diabetic patients, it is recommended to apply this method as an effective, useful, and cost-efficient approach.

Keywords: Pender model-based educational programs; Pender model; Psychological well-being; Diabetes Type II, Clinical trial

Access This Article Online	
Quick Response Code:	Website: www.zbmu.ac.ir/jdn
	How to site this article: Namdari A R, Ghazavi Z, Sabohi F, Salehidoost R. An Evaluation on the Impacts of Pender Model-based Educational Programs on the Psychological Well-being of Patients with Type II Diabetes Mellitus. J Diabetes Nurs. 2018; 6 (2) :463-471

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.2.2.5]