

## آموزش رفتارهای ارتقادهنده سلامتی مبتنی بر مدل پندر بر بهزیستی روان شناختی به بیماران تحت همودیالیز

سامره اقتدار<sup>۱</sup>، زهرا چالاک<sup>۲</sup>، ناصر پریزاد<sup>\*</sup>، وحید علی نژاد<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت ۱۴۰۱/۰۶/۰۸ تاریخ پذیرش ۱۴۰۱/۰۸/۰۸

### چکیده

**پیش زمینه و هدف:** همودیالیز یکی از روش های درمانی موفق و رایج در کنترل نارسایی مزمن کلیه است. با این حال بیماران وابسته به همودیالیز، علاوه بر تغییرات متعدد فیزیولوژیکی با مشکلات روانی بسیاری نیز مواجه هستند. لذا وجود مداخله روان شناختی در درمان این بیماران ضروری است. هدف این پژوهش تعیین تأثیر آموزش رفتارهای ارتقادهنده سلامتی مبتنی بر مدل پندر بر بهزیستی روان شناختی بیماران تحت همودیالیز بود.

**مواد و روش کار:** در این پژوهش نیمه تجربی، ۹۰ نفر از بیماران تحت همودیالیز به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمون تخصیص داده شدند. بیماران پرسشنامه دموگرافیکی و فرم ۵۴ سؤالی پرسشنامه بهزیستی روان شناختی ریف را قبل و یک ماه بعد از مداخله تکمیل کردند. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS 21 در سطح معنی داری  $p < 0/05$  تجزیه و تحلیل شد.

**یافته ها:** نتایج نشان دهنده تأثیر مثبت آموزش رفتارهای ارتقادهنده سلامت مبتنی بر مدل پندر بر بهزیستی روان شناختی بود. در ابعاد پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط و رشد شخصی اختلاف آماری معنی دار بود ( $p < 0/05$ ). ولی این اختلاف در ابعاد هدفمندی در زندگی و خودمختاری بین دو گروه بعد از مداخله معنی دار نیست ( $p > 0/05$ ).

**بحث و نتیجه گیری:** با توجه به نتایج به دست آمده توصیه می شود از این روش اثربخش و مقرون به صرفه در برنامه ریزی های مراقبتی بیماران مزمن به منظور بهبود بهزیستی روان شناختی آنان استفاده گردد.

**کلیدواژه ها:** همودیالیز، بهزیستی روان شناختی، ارتقای سلامت، مدل ارتقای سلامت پندر

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیستم، شماره چهارم، پی در پی ۱۵۳، تیر ۱۴۰۱، ص ۳۴۴-۳۵۸

آدرس مکاتبه: ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن: ۰۹۱۴۱۸۴۴۶۸۴

Email: parizad.n@umsu.ac.ir

### مقدمه

در سراسر جهان تبدیل شود که یکی از بزرگترین افزایش های پیش بینی شده در بین هر علت اصلی مرگ است (۴). مرحله ی آخر نارسایی کلیه<sup>۱</sup> شکل شدید این بیماری است که به عنوان کاهش برگشتناپذیر عملکرد کلیه تعریف می شود و در سراسر جهان نیاز به درمان جایگزین مانند دیالیز و پیوند کلیه دارد (۵). شیوع مرحله ی آخر نارسایی کلیه بالا است و سالیانه حدود ۸ درصد در آمریکا و تقریباً ۱۵ درصد در ایران به این میزان افزوده می شود. همودیالیز<sup>۲</sup> یکی از روش های موفق و رایج در کنترل این بیماری است؛ در ایران، در حال حاضر ۴۸ درصد از بیماران مرحله انتهایی نارسایی کلیوی

بیماری مزمن شامل مفهومی از یک شرایط طولانی مدت است که زندگی روزمره را تحت تأثیر قرار می دهد و نیاز به مدیریت مداوم دارد (۱). رسیدگی به بیماری های مزمن یک چالش بزرگ برای سیستم های مراقبت بهداشتی در سراسر جهان است (۲). نارسایی مزمن کلیه از جمله بیماری های مزمنی است که با سیر پیش رونده و غیر قابل بازگشت خود اغلب موجب ناتوانی مبتلایان می شود (۳). بار جهانی نارسایی مزمن کلیوی قابل توجه و در حال رشد است. تخمین زده می شود تا سال ۲۰۴۰، این بیماری به پنجمین علت مرگومیر

<sup>۱</sup> استادیار گروه آموزشی داخلی جراحی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

<sup>۲</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت های ویژه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

<sup>۳</sup> استادیار گروه آموزشی پرستاری مراقبت های ویژه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۴</sup> استادیار آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

<sup>1</sup> End Stage Renal Disease

<sup>2</sup> Hemodialysis

از همودالیز استفاده می‌کنند (۶، ۷). بیماران تحت درمان با همودالیز، علاوه بر تغییرات متعدد فیزیولوژیکی با مشکلات روانی بسیاری روبه‌رو می‌شوند. این بیماران از یک‌سو با توجه به آگاهی نسبت به وخامت بیماری خود مجبور به تحمل استرس‌های مربوط به اقدامات درمانی طاقت‌فرسا از جمله دیالیز هستند و از سوی دیگر با طولانی شدن مدت بیماری، عملکرد روانی-اجتماعی آن‌ها به شدت تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۸). تحقیقات انجام‌شده نشان می‌دهد که همودالیز بر وضعیت سلامت روان بیماران تأثیر منفی داشته است (۹، ۱۰). لذا وجود مداخله روان‌شناختی به‌عنوان یک عنصر اساسی در درمان این بیماران ضروری است (۱۱). مطالعات نشان داده که اجرای مداخله‌های روان‌شناختی نه‌تنها پیامدهای عاطفی بیماری‌های مزمن را تخفیف می‌بخشد، بلکه به افزایش سطح پایبندی به توصیه‌های درمانی نیز کمک می‌نماید (۱۴-۱۲). یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های روان‌شناختی درگیر با ادراک بیماری و درد، بهزیستی روان‌شناختی<sup>۳</sup> است (۱۵). نتایج مطالعه‌ی الله‌وردی پور و همکاران بیانگر تأثیر منفی بیماری‌های مزمن بر بهزیستی روان‌شناختی بود (۱۶). همچنین نتایج مطالعه‌ی سانتوس<sup>۴</sup> و همکاران بر روی نوجوانان دارای بیماری مزمن نشان داد که این افراد از نظر بهزیستی روان‌شناختی در معرض خطر می‌باشند (۱۷). بهزیستی روان‌شناختی شامل افکار و احساسات مثبتی است که افراد برای ارزیابی مطلوب زندگی خود استفاده می‌کنند (۱۸). ریف<sup>۵</sup> بهزیستی روان‌شناختی را تلاش برای کمال در جهت توانایی‌های بالقوه واقعی فرد در نظر گرفت و این به معنای قابلیت یافتن استعدادهاى فرد است (۱۹). بهزیستی روان‌شناختی در مدل ریف از شش مؤلفه تشکیل شده است: پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران<sup>۷</sup>، خودمختاری<sup>۸</sup>، زندگی هدفمند<sup>۹</sup>، رشد شخصی<sup>۱۰</sup> و تسلط بر محیط<sup>۱۱</sup>. مؤلفه‌های این الگو، معیارهای بهداشت روانی مثبت است و این ابعاد کمک می‌کند تا سطح بهزیستی و کارکرد مثبت شخص را اندازه‌گیری کرد (۲۰).

رفتارهای بهداشتی با بهزیستی مرتبط است. به‌گونه‌ای که سلامت روانی خوب، که با ترکیبات چندگانه از جمله بهزیستی تعریف می‌شود، در میان افرادی که ورزش می‌کردند، سیگار نمی‌کشیدند، به‌طور منظم در فعالیتهای مذهبی شرکت می‌کردند و تماس مکرر با دوستان داشتند، بیشترین میزان را داشت (۲۱). به‌منظور برنامه‌ریزی برای تغییر رفتارهای غیربهداشتی و ارتقاء سلامت و نیز ارتقاء سطح بهزیستی روان‌شناختی بیماران مزمن نظریه‌های

مختلفی وجود دارد که یکی از آن‌ها مدل ارتقاء سلامت پندر<sup>۱۲</sup> است (۲۲). این مدل یک چارچوب نظری را برای کشف عوامل مؤثر بر رفتارهای ارتقادهنده سلامت فراهم می‌کند و یک راهنما برای کاربرد فرآیندهای زیستی-روانی-اجتماعی پیچیده است که افراد را به سمت افزایش رفتارهای سلامتی سوق می‌دهد (۲۳). مدل پندر به‌عنوان یک مدل شایستگی گرا شناخته می‌شود که بر ارزش‌های مثبت به‌عنوان منبع انگیزه تمرکز دارد و عوامل منفی را حذف می‌کند (۲۴). این الگو سعی در توضیح رفتارهایی دارد که بهزیستی را بهبود می‌بخشد و پتانسیل رفتارهای ارتقادهنده سلامت انسان را توسعه می‌دهند (۲۵). سازه‌های این مدل سه دسته از مفاهیم را شامل می‌شود؛ مفهوم اول تجربیات و خصوصیات فردی که این مفهوم خود دارای دو سازه‌ی رفتارهای مرتبط قبلی و عوامل شخصی است. مفهوم دوم احساسات و شناخت‌های اختصاصی افراد است که بیانگر مهم‌ترین و اصلی‌ترین انگیزه‌های رفتاری است. این طبقه از متغیرها در مدل ارتقاء سلامت، هسته‌ی اصلی مداخلات را تشکیل می‌دهند زیرا موضوعاتی را در بر می‌گیرد که از طریق مداخلات، اصلاح و تغییر می‌یابند و مفهوم سوم نتایج رفتاری است که هدف نهایی مدل ارتقاء سلامت است (۲۶). تمرین رفتارهای ارتقادهنده سلامت یکی از بهترین رویکردها برای حفظ سلامت است (۲۷). این رفتارها شامل فعالیت‌های مثبتی است که به افزایش بهزیستی، خود شکوفایی و تکامل افراد منجر می‌شوند (۲۸). رفتارهای ارتقادهنده سلامت پیشنهادشده توسط پندر شامل شش مؤلفه‌ی خودشکوفایی (رشد معنوی)، مسئولیت‌پذیری سلامت، فعالیت بدنی، تغذیه، روابط بین فردی (حمایت اجتماعی) و مدیریت استرس بیان شده است (۲۹). با افزایش میزان سلامتی از طریق رفتارهای ارتقادهنده سلامت در زندگی افراد، میزان بهزیستی روان‌شناختی افزایش می‌یابد (۳۰). در سال‌های اخیر کارایی الگوی ارتقای سلامت پندر در بهبود بسیاری از مشکلات روان‌شناختی در جمعیت‌های بالینی و بیماران مزمن پزشکی به تأیید تجربی رسیده است؛ چنانکه نتایج مطالعه‌ی مسعودی و همکاران بیانگر تأثیر مثبت این مدل در ارتقای رفتارهای خودکارآمدی و پایبندی به درمان بیماران تحت همودالیز بود (۳۱). نتایج مطالعه‌ی نامداری و همکاران در اجرای مدل پندر بر روی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ نشان داد که میانگین نمره‌ی بهزیستی روان‌شناختی گروه آزمون بعد از مداخله به‌طور معناداری نسبت به گروه کنترل افزایش یافت (۲۶). همچنین نتایج مطالعه‌ی مریم رادمهر و همکاران نشان‌دهنده اثربخشی الگوی پندر بر ارتقای

8 Autonomy

9 Purpose in life

10 Personal growth

11 Environmental mastery

12 Pender's Health Promotion Model

3 Psychological well-being

4 Santos

5 Ryff

6 Self-Acceptance

7 Positive Relationship

سطح سلامت بیماران وسواس جبری بود (۳۲). نتایج مطالعه‌ی خداوینی و همکاران نیز نشان داد که آموزش مبتنی بر مدل پندر باعث بهبود رفتار تغذیه‌ای و برخی سازه‌های این مدل در زنان با اضافه‌وزن و چاقی شد (۲۷). در مطالعه‌ی کارناش<sup>۱۳</sup> نیز نتایج بیانگر مؤثر بودن این الگو در افزایش رفتار ورزشی بیماران شریان کرونری بود (۳۳). امروزه در تمام دنیا به‌جای آنکه تنها تمرکز بر استراتژی‌های درمانی داشته باشند، سعی دارند با برنامه‌ریزی و آموزش رفتارهای ارتقادهنده سلامت به مردم جامعه، سلامتی را گسترش دهند (۳۴). آموزش موجب توانمندی بیمار در پیشگیری، حفظ و ارتقای سلامتی و تعدیل بیماری می‌شود (۳۵). با توجه به آمار بالا و رو به رشد بیماران همودیالیزی و ماهیت مزمن و ناتوان‌کننده‌ی این بیماری و عوارض و مشکلات روانی-اجتماعی این بیماران و تأثیر منفی کاهش سلامت روان بر ابعاد مختلف زندگی بیماران تحت همودیالیز و توجه به این مهم که هدف زندگی مبتلایان به بیماری‌های مزمن، فقط عمر طولانی و زنده‌بودن نیست، بلکه نوع و سبک و کیفیت زندگی آن‌ها نیز مهم است؛ لزوم اجرای مداخلاتی در جهت ارتقا و تغییر مثبت رفتارهای سلامتی در این بیماران ضروری به نظر می‌رسد. با این وجود هنوز هیچ برنامه جامع و منسجمی بر اساس یک مدل آموزشی خاص برای آموزش بیماران دیالیزی وجود ندارد. در مرور مطالعات نیز مطالعه‌ی مستقلی که تأثیر برنامه‌ی آموزشی مبتنی بر مدل پندر بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران همودیالیزی را بررسی کند یافت نشد؛ لذا این مطالعه باهدف تعیین تأثیر برنامه‌ی آموزش رفتارهای ارتقادهنده سلامت مبتنی بر مدل پندر بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران همودیالیزی صورت گرفت.

## مواد و روش کار

مطالعه‌ی حاضر یک مطالعه‌ی مداخله‌ای نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون همراه با گروه کنترل می‌باشد که در سال ۱۴۰۰ بر روی بیماران تحت همودیالیز مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهید دکتر قلی پور بوکان و امام خمینی مهاباد انجام شد. حجم نمونه برای این مطالعه به کمک مطالعه‌ی نامداری و همکاران (۲۶) با فاصله اطمینان ۹۵ درصد و سطح معنی‌داری ۰/۰۵ به تعداد ۴۲ نفر تعیین گردید که در نهایت با احتمال ریزش ۵ درصد در هر گروه ۴۵ نفر وارد مطالعه شدند.

نمونه‌گیری به‌صورت تصادفی ساده و با استفاده از جدول اعداد تصادفی انجام گرفت و سپس نمونه‌ها به روش قرعه‌کشی در دو گروه آزمون و کنترل ( $n=45$ ) قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه

شامل سن بالای ۱۸ سال، دارا بودن گوشه هوشمند و نرم‌افزار واتساپ و توانمندی کار با این اپلیکیشن، تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه، دارا بودن حداقل سواد خواندن و نوشتن، عدم ابتلا به بیماری روحی روانی مزمن و مصرف داروهای روان‌گردان (با بررسی پرونده پزشکی بیمار)، سابقه همودیالیز حداقل ۶ ماه و انجام همودیالیز ۲ تا ۳ بار در هفته بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل جابجایی بیمار به یک مرکز دیگر، عدم شرکت در یکی از جلسات آموزشی، وخامت حال بیمار و بستری شدن، عدم تمایل به همکاری و انجام پیوند کلیه و خارج شدن از لیست افراد واجد شرایط بود. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه جمعیت شناختی و پرسشنامه‌ی استاندارد ۶ قسمتی بهزیستی روان‌شناختی ریف می‌باشد. این پرسشنامه دارای ۵۴ سؤال می‌باشد و دارای ۶ مؤلفه‌ی خودمختاری، هدفمندی در زندگی، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران و پذیرش خود است. هر یک از این ۶ مؤلفه با ۹ سؤال مجزا بررسی می‌شوند. سؤالات هر حیطه به‌صورت مجزا مشخص است. پاسخ‌دهی به سؤالات این مقیاس از نوع ۶ درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالف (۱)، مخالف (۲)، تا حدودی مخالف (۳)، تا حدودی موافق (۴)، موافق (۵) و کاملاً موافق (۶) را در بر می‌گیرد. برخی از سؤالات در این پرسشنامه به شکل مستقیم و برخی به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. در نهایت امتیاز به‌دست‌آمده از پاسخ‌دهی به این سؤالات برای هر حیطه به‌صورت مجزا و همچنین به‌صورت کلی جمع بسته می‌شود و امتیاز به‌دست‌آمده نشان‌دهنده‌ی نمره‌ی بهزیستی روان‌شناختی است. در این پرسشنامه هر چه فرد نمره بالاتری بگیرد، بیانگر بهزیستی روان‌شناختی بالاتر می‌باشد. حداقل و حداکثر امتیازات برای هر موضوع به ترتیب ۵۴ و ۳۲۴ است. این مقیاس توسط کارول ریف در سال ۱۹۸۹ ساخته شد و در سال ۲۰۰۲ اصلاح گردید. فرم اصلی این پرسشنامه دارای ۱۲۰ ماده می‌باشد ولی در بررسی‌های بعدی فرم‌های کوتاه‌تر ۸۴ ماده‌ای، ۵۴ ماده‌ای و ۱۸ ماده‌ای نیز پیشنهاد گردید. ریف همسانی درونی این ابزار را با آلفای کرونباخ بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۲ عالی گزارش کرد (۳۶). در ایران، خانجانی و همکاران پایایی مقیاس را با استفاده از روش همسانی درونی با آلفای کرونباخ ۰/۸۹ خوب گزارش کردند. در مطالعه‌ی خانجانی آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های پذیرش خود، تسلط بر محیط، رابطه مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، رشد شخصی و استقلال به ترتیب برابر با ۰/۸۰، ۰/۷۹، ۰/۸۲، ۰/۸۱، ۰/۸۲، ۰/۸۰، ۰/۸۰ گزارش شده است (۳۷). روایی سازه ابزار در مطالعه‌ی میکائیلی منبع تأیید شده است (۳۸). در مطالعه‌ی حاضر روایی محتوی با روش صوری توسط اساتید

<sup>13</sup> Kartas

راهنما و مشاور، پرستاران بخش دیالیز، دانشجویان پرستاری کارآموز در بخش دیالیز و پنج نفر از بیماران و همراهان آن‌ها که آگاه‌تر بودند تأیید شد.

در اجرای این مطالعه پژوهشگر بعد از دریافت کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، جهت جمع‌آوری نمونه‌ها از معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی نامه معرفی به محیط‌های پژوهش اخذ و به واحدهای مورد نظر مراجعه نمود. محقق پس از کسب اجازه از ریاست بیمارستان‌ها و مسئولین بخش‌های همودیالیز و معرفی خود و بیان اهداف و نحوه انجام پژوهش از واحدهای پژوهش دعوت به همکاری نمود و قبل از امضای فرم رضایت‌نامه کتبی، در مورد اهداف و روش مطالعه، داوطلبانه بودن مشارکت در پژوهش، خروج از مطالعه در صورت عدم تمایل، اطمینان به این‌که مطالعه‌ی حاضر با روند درمانی بیماران تداخلی نخواهد داشت، رعایت اصل محرمانه بودن اطلاعات و اعلام نتایج به صورت کلی، به بیماران توضیح داده شد. لازم به ذکر است که با توجه به پاندمی کووید ۱۹ و پرخطر بودن بیماران همودیالیز از نظر ابتلا به این ویروس، جلسه‌ی معارفه و دعوت از بیماران جهت شرکت در مطالعه با رعایت پروتکل‌های بهداشتی بر بالین بیماران در بخش دیالیز و در گروه‌های کوچک دو الی سه نفره انجام شد ولی جلسات مداخله و سایر پیگیری‌ها به صورت مجازی با استفاده از پیام‌رسان واتساپ اجرا شد. پس از تکمیل فرم رضایت‌نامه کتبی، هر دو گروه، ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف را به‌عنوان پیش‌آزمون تکمیل کردند و به سؤالات و ابهامات آن‌ها پاسخ داده شد. در همان روز شماره تماس واحدهای پژوهش اخذ شده و شماره تماس پژوهشگر نیز در اختیار بیماران قرار داده شد. بعد از تجزیه و تحلیل اطلاعات دریافتی از پرسشنامه‌ها، افراد گروه آزمون و کنترل به صورت آگاهانه به عضویت گروه واتساپ تشکیل شده توسط محقق درآمدند. در گروه آزمون، جهت راحتی بیماران با توجه به انجام دیالیز افراد در روزهای زوج و فرد، دو گروه واتساپ تشکیل شد که یک گروه روزهای فرد و گروه دیگر روزهای زوج (طبق ترجیح افراد شرکت‌کننده) تحت آموزش قرار گرفتند. لازم به ذکر است که برای گروه کنترل فقط مراقبت‌های روتین شامل مراقبت از محل فیستول بعد از دیالیز و کنترل از نظر خونریزی ارائه شد و آموزشی دریافت

نکردند. آموزش در گروه آزمون در دو قسمت آموزش گروهی و فردی انجام شد. در قسمت آموزش گروهی ۶ جلسه‌ی آموزش ۳۰ دقیقه‌ای بر اساس مدل ارتقاء سلامت پندر به تناسب ابعاد رفتارهای ارتقادهنده سلامتی حاوی مباحث رژیم غذایی، فعالیت فیزیکی، احساس مسئولیت در قبال سلامت فردی، توجه به رشد معنوی، روابط بین فردی و مدیریت استرس (هر مبحث در یک جلسه) ارائه شد. مطالب آموزشی به صورت پادکست (فایل‌های صوتی) با صدای پژوهشگر و فیلم‌های آموزشی که توسط پژوهشگر و با همکاری پرستاران با تجربه‌ی شاغل در بخش دیالیز تدوین گردیده بود، در اختیار شرکت‌کنندگان گذاشته شد. محتوای آموزشی هر جلسه، از قبل تهیه شده بود (جدول ۱).

در مرحله آموزش انفرادی با توجه به نیازهای انفرادی بیماران آموزش‌هایی داده شد و به سؤالات آن‌ها بر اساس تجربیات قبلی، سطح تحصیلات و موقعیت اجتماعی پاسخ داده شد. بیشتر سؤالات بیماران در زمینه‌ی رژیم غذایی، مصرف داروها و محدودیت مایعات بود که به سؤالات آنان پاسخ داده شد. همچنین با توجه به اظهارات بیماران مبنی بر وجود سایر بیماری‌های زمینه‌ای در پرسشنامه دموگرافیک، در جلسات جداگانه آموزش‌هایی ارائه شد. در پایان جلسات مرحله آموزشی از افراد خواسته شد تا برنامه‌های تغییر رفتار را با توجه به موارد گفته شده رعایت نمایند و به واحدهای پژوهش یک ماه فرصت داده شد تا آموزش‌های تدریس شده را مرور نموده و در فعالیت‌های روزمره به کارگیرند. پیگیری (از طریق واتساپ) نیز در طول این یک ماه به فاصله زمانی هفته‌ای دو بار جهت پیگیری عمل به توصیه‌ها و رفع اشکالات واحدها انجام شد. یک ماه بعد از اتمام جلسات آموزشی پرسشنامه مجدداً توسط واحدهای پژوهش تکمیل گردید. بعد از جمع‌آوری اطلاعات و بررسی پرسشنامه‌های تکمیل شده توسط دو گروه و رفع نواقص، جلسات آموزشی برای گروه کنترل نیز در قالب گروه واتساپ ارائه شد و به سؤالات آنان نیز پاسخ داده شد. لازم به ذکر است که دو نفر از گروه آزمون و یک نفر از گروه کنترل بنا به دلایل شخصی از مطالعه خارج شدند و آنالیز نهایی داده‌ها با ۸۷ نفر انجام گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با آمار توصیفی (جدول، میانگین و انحراف معیار) و روش‌های آمار استنباطی با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ انجام شد.

#### جدول (۱): خلاصه‌ای از محتوای جلسات آموزشی مبتنی بر مدل ارتقای سلامت پندر

جلسه اول	آموزش الگوها و رفتارهای مربوط به تغذیه مناسب و رعایت رژیم غذایی در بیماران تحت همودیالیز، سعی در تغییر
(تغذیه)	نگرش و باورهای بهداشتی و متقاعدسازی افراد گروه آزمون به حذف عادات غیربهداشتی

جلسه دوم (فعالیت بدنی)	آموزش فعالیت‌های جسمانی و ورزشی مناسب برای بیماران تحت همودبالیز، سعی در تغییر نگرش و باورهای اشتباه در مورد ورزش کردن - بررسی مشکلات ناشی از عدم توجه به فعالیت بدنی - متقاعدسازی افراد به انجام فعالیت‌های جسمانی مناسب
جلسه سوم (خودشکوفایی و رشد معنوی)	تعریف خودشکوفایی، آموزش مفاهیم و راه‌های افزایش رشد روانی و خودشکوفایی - تشویق به داشتن هدف در زندگی - ایجاد احساس آرامش و امیدواری به آینده - تشویق بیمار جهت انجام نیایش و اعمال عبادی جهت تقویت بعد معنوی - آموزش فواید رشد معنوی و خودشکوفایی
جلسه چهارم (مسئولیت‌پذیری سلامتی)	تعریف مسئولیت‌پذیری سلامتی، آموزش راه‌های افزایش مسئولیت‌پذیری سلامتی در همودبالیز - کمک به پذیرش نقش مسئولیت خود در قبال وضعیت سلامتی - آموزش مراقبت بهداشت فردی، مراقبت از پوست و همچنین مراقبت از فیستول - انجام آزمایشات دوره‌ای و مراجعه به پزشک - آموزش پایبندی به رژیم‌درمانی
جلسه پنجم (روابط بین فردی/حمایت اجتماعی)	آموزش مفهوم ارتباط، روش‌های برقرار کردن ارتباط کلامی و غیرکلامی، آموزش سبک حل مسئله و تعارض در تعاملات اجتماعی - ایجاد توانایی بیان نگرانی‌ها و مشکلات - آموزش مهارت کنترل خشم - آموزش فواید مرتبط با داشتن روابط بین فردی مناسب و برخورداری از حمایت اجتماعی
جلسه ششم (مدیریت استرس)	آموزش مفاهیم استرس و راه‌های مقابله با آن، شناسایی عوامل فشارزای زندگی - آموزش روش‌های آرام‌سازی، حل مسئله - آموزش فواید مرتبط با مدیریت بهینه‌ی استرس

## یافته‌ها

۴۲/۱۱ ماه و گروه کنترل  $6/78 \pm 60/15$  ماه را داشتند. ۳۴/۹ درصد بیماران گروه آزمون و ۳۸/۶ درصد بیماران گروه کنترل از نظر اشتغال بیکار بودند و ۵۵/۸ درصد گروه آزمون و ۴۷/۷ درصد بیماران گروه کنترل میزان درآمد ماهانه‌ی ناکافی داشتند. ۷۶/۷ درصد از بیماران گروه آزمون و ۹۰/۹ درصد از بیماران گروه کنترل سابقه‌ی ابتلا به بیماری مزمن را ذکر نموده‌اند و بیماری فشارخون بالا با ۵۳/۵ درصد در گروه آزمون و ۶۳/۶ درصد در گروه کنترل شایع‌ترین بیماری زمینهای در این بیماران می‌باشد (جدول ۲).

با توجه به جدول ۲، بر اساس آزمون کولموگروف-اسمیرنوف داده‌های دو گروه کنترل و آزمون از نظر مشخصات دموگرافیکی توزیع نرمال داشتند و نتایج آزمون‌های آماری تی مستقل، کای اسکوئر و تست دقیق فیشر نشان داد که دو گروه در این زمینه‌ها همگن بوده و اختلاف آماری معناداری نداشتند ( $p > 0.05$ ). با توجه به نتایج به‌دست‌آمده در این جدول میانگین سنی بیماران گروه آزمون  $11/70 \pm 52/23$  و در گروه کنترل  $15/62 \pm 47/70$  سال بود. از نظر مدت‌زمان ابتلا به بیماری گروه آزمون میانگین  $5/83 \pm$

## جدول (۲): مشخصات دموگرافیکی

متغیر	آزمون		کنترل	
	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار
سن (سال)	$11/70 \pm 52/23$	$15/62 \pm 47/70$	تی مستقل $t=1/865$ $p=0/066$	
مدت‌زمان ابتلا به بیماری (ماه)	$5/83 \pm 42/11$	$6/78 \pm 60/15$	تی مستقل $t=1/62$ $p=0/109$	
	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد		

جنسیت	زن	۱۶ (۳۷/۲)	۱۹ (۴۳/۲)	آزمون کای اسکوتر	
	مرد	۲۷ (۶۲/۸)	۲۵ (۵۶/۸)	$\chi^2=1/0.57$	$p=0/59$
وضعیت	مجرد	۳ (۷/۰)	۱۱ (۲۵/۸)	آزمون دقیق فیشر	
	متأهل	۳۲ (۷۴/۴)	۲۹ (۶۵/۹)	$p=0/0.66$	
تأهل	بیوه	۷ (۱۶/۳)	۴ (۹/۱)	$F=6/396$	
	مطلقه	۱ (۲/۳)	۰ (۰)		
سطح تحصیلات	خواندن و نوشتن	۲۱ (۴۸/۸)	۱۶ (۳۶/۴)	آزمون دقیق فیشر	
	زیر دیپلم	۱۴ (۳۲/۶)	۱۷ (۳۸/۶)	$p=0/767$	
	دیپلم	۳ (۷/۰)	۶ (۱۳/۶)	$F=2/224$	
	فوق دیپلم	۱ (۲/۳)	۱ (۲/۳)		
	لیسانس	۴ (۹/۳)	۴ (۹/۱)		
شغل	کارمند	۴ (۹/۳)	۱ (۲/۳)	آزمون دقیق فیشر	
	بازنشسته	۷ (۱۶/۳)	۱۲ (۲۷/۳)	$p=0/417$	
	خانه‌دار	۱۰ (۲۳/۳)	۱۰ (۲۲/۷)	$F=3/887$	
	بیکار	۱۵ (۳۴/۹)	۱۷ (۳۸/۶)		
	آزاد	۷ (۱۶/۳)	۴ (۹/۱)		
میزان درآمد	ناکافی	۲۴ (۵۵/۸)	۲۱ (۴۷/۷)	آزمون کای اسکوتر	
	تاحدی کافی	۱۶ (۳۷/۲)	۱۶ (۳۶/۴)	$p=0/444$	
	کافی	۳ (۷/۰)	۷ (۱۵/۹)	$\chi^2=1/789$	
محل سکونت	شهر	۳۹ (۹۰/۷)	۳۶ (۸۱/۸)	آزمون کای اسکوتر	
	روستا	۴ (۹/۳)	۸ (۱۸/۲)	$\chi^2=1/442$	$p=0/23$
وضعیت همزیستی	همسر و فرزندان	۳۱ (۷۲/۱)	۲۶ (۵۹/۱)	آزمون دقیق فیشر	
	والدین	۳ (۷/۰)	۹ (۲۰/۵)	$p=0/292$	
	تنها	۲ (۴/۷)	۱ (۲/۳)	$F=3/843$	
	سایر	۷ (۱۶/۳)	۸ (۱۸/۲)		
تعداد همودیالیز در هفته	دوبار	۶ (۱۴/۰)	۵ (۱۱/۴)	آزمون کای اسکوتر	
	سه بار	۳۷ (۸۶/۰)	۳۹ (۸۸/۶)	$p=0/716$	
				$\chi^2=0/132$	
سابقه ابتلا به بیماری مزمن	بلی	۳۳ (۷۶/۷)	۴۰ (۹۰/۹)	آزمون کای اسکوتر	
	خیر	۱۰ (۲۳/۳)	۴ (۹/۱)	$p=0/072$	
				$\chi^2=3/232$	
بیماری	فشارخون	۲۳ (۵۳/۵)	۲۸ (۶۳/۶)	$\chi^2=0/923$	$p=0/337$
	دیابت	۱۱ (۲۵/۶)	۱۴ (۳۱/۸)	$\chi^2=0/413$	$p=0/52$
زمینه‌ای	بیماری قلبی	۶ (۱۴)	۵ (۱۱/۴)	$\chi^2=0/132$	$p=0/716$
	چربی بالا	۱۶ (۳۷/۲)	۱۲ (۲۷/۳)	$\chi^2=0/984$	$p=0/321$

مورد تمام ابعاد متغیر در دو گروه، قبل و بعد از آزمون نرمال است ( $p > 0/05$ )؛ بنابراین برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های پارامتریک تی مستقل و تی زوجی استفاده شد.

در مورد متغیر وابسته‌ی این پژوهش (بهزیستی روان‌شناختی) نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که توزیع داده‌ها در

استفاده از آزمون تی زوجی نشان داد که تفاوت از زمان پیش آزمون به زمان پس آزمون معنی دار بود ( $p=0/001$ ). در گروه کنترل این تفاوت از زمان پیش آزمون به زمان پس آزمون معنی دار نبود ( $p=0/495$ ) (جدول ۳).

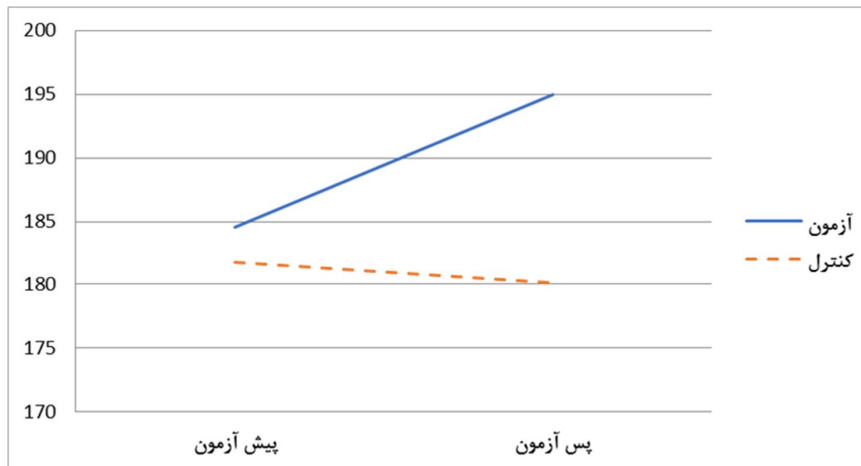
نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که میانگین نمرات بهزیستی روان شناختی قبل از مداخله در دو گروه کنترل و آزمون تفاوت معناداری نداشتند ( $p=0/251$ ). اما یک ماه بعد از مداخله بر اساس آزمون تی مستقل این تفاوت در دو گروه معنی دار بود ( $p=0/001$ ). مقایسه میانگین نمرات بهزیستی روان شناختی در گروه آزمون با

**جدول (۳):** مقایسه میانگین نمرات بهزیستی روان شناختی قبل و بعد از اجرای برنامه‌ی آموزش رفتارهای ارتقادهنده سلامت مبتنی بر مدل ارتقای سلامت پندر در بیماران تحت همودپالیز

نتیجه آزمون (آزمون تی زوجی)	یک ماه بعد از مداخله		قبل از مداخله		گروه	
	t	p	انحراف معیار	میانگین		انحراف معیار
آزمون	۴/۹۶	۰/۰۰۱	۱۰/۴۱	۱۹۴/۹۵	۱۲/۱۹	۱۸۴/۵۳
کنترل	۰/۶۸۸	۰/۴۹۵	۱۱/۷۰	۱۸۰/۱۱	۱۰/۵۸	۱۸۱/۷۰
				۰/۰۰۱	۰/۲۵۱	p (آزمون تی مستقل)
				۶/۲۴	۱/۱۵	t

( $p=0/001$ ). با توجه به اندازه اثر، می‌توان گفت که ۳۰ درصد تغییرات متغیر وابسته در پس آزمون، ناشی از مداخله می‌باشد (نمودار ۱).

نتایج نشان داد که پس از کنترل آماری تفاوت میانگین گروه‌ها در پیش آزمون، مداخله مربوطه بر میانگین نمره بهزیستی روان شناختی بیماران مورد مطالعه پس آزمون اثرگذار بوده است



**نمودار (۱):** روند تغییر میانگین نمره بهزیستی روان شناختی در بیماران تحت همودپالیز قبل و یک ماه بعد از مداخله

در ابعاد هدفمندی در زندگی ( $p=0/167$ ) و استقلال / خودمختاری ( $p=0/505$ ) تفاوت معنی دار نبود. مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد بهزیستی روان شناختی در گروه آزمون با استفاده از آزمون تی زوجی نشان داد که تفاوت از زمان پیش آزمون به زمان پس آزمون در مورد ابعاد پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، تسلط

بر اساس آزمون تی مستقل بین میانگین و انحراف معیار تمام ابعاد بهزیستی روان شناختی قبل از مداخله دو گروه تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت ( $p>0/05$ ). یک ماه بعد از مداخله این تفاوت بین دو گروه در مورد ابعاد پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط و رشد شخصی معنی دار بود ( $p<0/05$ ) و

بر محیط و رشد شخصی معنی‌دار بود ( $p < 0.05$ ) ولی این تفاوت در مورد ابعاد هدفمندی در زندگی ( $p = 0.054$ ) و استقلال / خودمختاری ( $p = 0.052$ ) معنی‌دار نبود. در گروه کنترل این تفاوت

**جدول (۴):** مقایسه میانگین نمرات ابعاد بهزیستی روان‌شناختی قبل و بعد از اجرای برنامه‌ی آموزش رفتارهای ارتقادهنده سلامت مبتنی بر مدل ارتقای سلامت پندر در بیماران تحت همودیلیز

نتیجه آزمون		یک ماه بعد از مداخله		قبل از مداخله		گروه
t	p**	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	پذیرش خود
۴/۹۶	۰/۰۰۱	۴/۶۱	۳۳/۰۹	۴/۴۲	۳۰/۲۵	آزمون
۰/۹۴۹	۰/۳۴۸	۳/۹۰	۲۹/۵۲	۳/۴۴	۳۰/۲۹	کنترل
			۰/۰۰۱	۰/۹۶۳		p×
			۳/۸۹	۰/۰۴۷		t
نتیجه آزمون		یک ماه بعد از مداخله		قبل از مداخله		گروه
t	p**	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	روابط مثبت با دیگران
۲/۰۹	۰/۰۴۲	۴/۴۹	۳۳/۱۳	۴/۱۲	۳۱/۲۵	آزمون
۰/۰۹۶	۰/۹۲۴	۴/۵۰	۳۰/۴۷	۴/۷۲	۳۰/۵۶	کنترل
			۰/۰۰۷	۰/۴۷۲		p×
			۲/۷۵	۰/۷۲۲		t
نتیجه آزمون		یک ماه بعد از مداخله		قبل از مداخله		گروه
t	p**	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	هدفمندی در زندگی
۱/۹۸	۰/۰۵۴	۳/۱۳	۲۹/۲۳	۴/۵۲	۳۰/۹۵	آزمون
۱/۰۸	۰/۳۸۲	۳/۶۴	۳۰/۲۵	۳/۳۵	۲۹/۵۲	کنترل
			۰/۱۶۷	۰/۰۹۷		p×
			۱/۳۹	۱/۶۷		t
نتیجه آزمون		یک ماه بعد از مداخله		قبل از مداخله		گروه
t	p**	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	تسلط بر محیط
۲/۷۲	۰/۰۰۹	۳/۵۰	۳۳/۷۲	۳/۹۶	۳۱/۶۵	آزمون
۱/۵۷	۰/۱۲۲	۳/۶۳	۳۰/۱۵	۴/۲۲	۳۱/۵۹	کنترل
			۰/۰۰۱	۰/۹۴۵		p×
			۴/۶۵	۰/۰۶۹		t
نتیجه آزمون		یک ماه بعد از مداخله		قبل از مداخله		گروه
t	p**	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	استقلال / خودمختاری
۱/۹۹	۰/۰۵۲	۴/۵۲	۳۱/۷۴	۴/۳۲	۲۹/۸۶	آزمون
۱/۳۴	۰/۱۸۵	۴/۲۵	۳۱/۱۱	۴/۲۸	۳۰/۰۴	کنترل
			۰/۵۰۵	۰/۸۴۲		p×
			۰/۶۷	۰/۲۰۱		t
نتیجه آزمون		یک ماه بعد از مداخله		قبل از مداخله		گروه
t	p**	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	رشد شخصی
۳/۶۹	۰/۰۰۱	۴/۹۵	۳۴/۰۲	۴/۲۸	۳۰/۵۵	آزمون
۱/۱۸	۰/۲۴۴	۳/۹۸	۲۸/۵۹	۴/۳۱	۲۹/۶۸	کنترل



۰/۰۰۱	۰/۳۴۴	p×
۵/۶۳	۰/۹۵۱	t

× نتایج آزمون تی مستقل، ×× نتایج آزمون تی زوجی

## بحث

مسعودی و همکاران این بود که برنامه‌ی آموزشی مبتنی بر مدل ارتقای سلامت پندر موفقیت رفتار (خودکارآمدی و پایبندی به درمان) بیماران همودیالیزی را به دنبال داشت (۳۱). رضایی منش و همکاران در مطالعه‌ی خود اعلام نمودند که برنامه طراحی شده مبتنی بر مدل ارتقای سلامت پندر با تغییر الگوهای رفتاری و ذهنی، استرس را در بیماران دیابتی تحت مطالعه به‌طور قابل توجهی کاهش داد و باعث مدیریت بیشتر بیماری و دیسترس در آن‌ها شد (۴۲). نتایج مطالعه‌ی آرگون<sup>۱</sup> و سوینج<sup>۲</sup> در کشور ترکیه حاکی از تأثیر مثبت برنامه‌ی آموزشی مبتنی بر مدل پندر بر سطح خودکارآمدی بیماران گروه مداخله بود و همچنین ظرفیت عملکردی آنان بهبود یافت (۴۳). همچنین نتایج مطالعه‌ی مریم رادمهر و همکاران نشان‌دهنده اثربخشی الگوی پندر بر ارتقای سطح سلامت بیماران وسواس جبری بود (۳۲). در مطالعه‌ی کارتاب نیز نتایج بیانگر مؤثر بودن این الگو در افزایش رفتار ورزشی بیماران شریان کرونری بود (۳۳).

یکی از یافته‌های پژوهش حاضر عدم تأثیر آموزش بر حس استقلال/خودمختاری بیماران بود که با توجه به شرایط عمومی بیماران دیالیزی، این یافته دور از انتظار نبود؛ چنانچه نتایج تحقیق جانسن<sup>۳</sup> و همکاران نیز نشان می‌دهد که این بیماران به دلیل وضعیت سلامتی خود یا موارد دیگر احساس خودمختاری کمتری دارند و به بیان آن‌ها این بیماران به‌شدت به درمان وابسته هستند و خود درمان - به ویژه دیالیز - نیازهای رفتاری و روانی اجتماعی قابل توجهی را برای بیمار ایجاد می‌کند (۴۴). بر اساس نظریه خود تعیینی<sup>۴</sup> استقلال یکی از نیازهای اساسی روان‌شناختی برای عملکرد مطلوب است و تغییرات در تحقق آن به‌طور مستقل تغییرپذیری در بهزیستی را پیش‌بینی می‌کند (۴۵). به نظر می‌رسد استقلال و خودمختاری بیماران تحت تأثیر مجموعه عوامل دیگری قرار می‌گیرد و بر اساس مدل پندر عواملی فراتر از عوامل پیش‌بینی کننده‌ی رفتارهای ارتقای سلامت در این زمینه دخیل‌اند. جانسن در مقاله‌ی پژوهشی خود عوامل اجتماعی - جمعیت شناختی (مانند سن، سطح آموزشی)، عوامل پزشکی (مانند شدت وضعیت بیماری، نوع درمان) و عوامل روانی به ویژه نحوه نگرش بیماران به بیماری و درمان خود را فاکتورهای مؤثر بر حس استقلال بیماران دیالیزی

ابتلا به بیماری نارسایی مزمن کلیوی و انجام روش‌های درمانی ازجمله همودیالیز، منجر به تغییر در شیوه زندگی، وضعیت سلامت جسمی و روانی و ایفای نقش اجتماعی فرد می‌شود. هرچند همودیالیز باعث افزایش طول عمر بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه می‌شود، اما باید دقت داشت که همودیالیز فرایندی استرس زا است و باعث فشارهای روحی و مشکلات روانی - اجتماعی زیادی در فرد می‌شود (۳۹). کسب دانش و آگاهی افراد، تغییر نگرش آن‌ها از طریق آشنایی با سبک زندگی سالم که به‌صورت داوطلبانه خواهد بود تأثیر مهمی بر وضعیت سلامت بیماران دارد. در این راستا پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش رفتارهای ارتقادهنده سلامت مبتنی بر مدل پندر بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران تحت همودیالیز انجام شد. بر اساس یافته‌های به دست آمده اجرای ۶ جلسه مداخله‌ی آموزش رفتارهای ارتقادهنده سلامت مبتنی بر مدل ارتقای سلامت پندر در ارتقای بهزیستی روان‌شناختی بیماران تحت همودیالیز مؤثر بوده است. در این مطالعه میانگین نمرات بهزیستی روان‌شناختی قبل و یک ماه بعد از مداخله در گروه آزمون در ۴ بعد پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط و رشد شخصی تفاوت آماری معنی‌داری در جهت مثبت داشت اما در ابعاد استقلال/خودمختاری و هدمندی در زندگی این تفاوت معنی‌دار نبود. در گروه کنترل میانگین نمرات قبل و یک ماه بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری نداشت.

نتایج این پژوهش با مطالعه‌ی نامداری و همکاران همسو می‌باشد. این محققین در مطالعه‌ی خود تأثیر اجرای برنامه‌ی آموزشی مبتنی بر مدل پندر را بر بهزیستی روان‌شناختی و ابعاد آن در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو را مؤثر دانسته و همچنین طبق گزارش آنان اثرات مداخله تا یک ماه بعد هم ماندگار بود (۲۶). بیژنی و همکاران نیز در مطالعه‌ی خود گزارش نمودند که استفاده از مداخلات آموزشی مبتنی بر مدل پندر می‌تواند خودکارآمدی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس را ارتقا داده و در مدیریت استرس به آنان کمک نماید (۴۰). همچنین در مطالعه‌ی صادق زاده مفرد و همکاران نتایج نشان داد که آموزش ارتقای سبک زندگی سالم به شیوه شناختی - رفتاری می‌تواند بر خودکارآمدی و بهزیستی روان‌شناختی مبتلایان به سرطان مؤثر باشد (۴۱). از نتایج مطالعه‌ی

<sup>3</sup> Jansen

<sup>4</sup>Self-determination theory (SDT)

<sup>1</sup> Argon

<sup>2</sup>Sevinc

در نظر گرفته نشده است و لازم است هم در این زمینه مطالعات بیشتر با دوره‌های پیگیری متعدد ۳، ۶ و ۱۲ ماهه انجام گردد.

### نتیجه‌گیری

با توجه به پژوهش‌های مطرح شده و نتایج مطالعه حاضر که در راستای این مطالعات است می‌توان گفت مدل پندر در ارتقای سلامت بیماران مزمن تأثیر و کاربرد دارد. این بدین معنی است که استفاده از این طرح درمانی به‌عنوان یکی از مداخلات غیردارویی و غیرتجاری پرستاری ساده، ارزان، قابل‌اجرا و مؤثر می‌تواند در ارتقای بهزیستی روان‌شناختی بیماران تحت همودیالیز مفید واقع شود. با وجود اینکه آموزش مراقبت از خود در تمام جلسات به این بیماران داده می‌شود اما به نظر می‌رسد که کافی نبوده و باید هم‌زمان با بهره‌مندی از مدل‌های پرستاری مورد استفاده قرار گیرد. مدل‌های پرستاری تابلوهای راهنما برای انجام مراقبت‌های پرستاری هستند؛ به کارگیری این مدل‌ها، مخصوصاً مدل‌هایی که با فرهنگ جامعه سنخیت داشته باشند می‌تواند در انجام مراقبت‌های پرستاری و از طرفی تداوم در مراقبت‌ها مؤثر بوده و همچنین تضادهای احتمالی در انجام مراقبت را کنترل نمایند. لذا بهره‌گیری از آن‌ها در حرفه‌ی پرستاری ضروری به نظر می‌رسد.

از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر تلاقی آن با زمان همه-گیری بیماری کرونا بود؛ بنابراین توصیه می‌شود مطالعه‌ای مشابه در زمانی غیر زمان شیوع بیماری کرونا با حذف این عامل استرس‌زا انجام گیرد. همچنین از آنجا که بسیاری از تغییرات در رفتارهای ارتقادهنده سلامت بیماران در بلندمدت انجام می‌گیرد و مطالعه حاضر دوره پیگیری نداشت لذا توصیه می‌شود مطالعات مشابه با دوره‌های پیگیری طولانی انجام گردد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مراقبت ویژه به تصویب رسیده با کد IR.UMSU. REC. 1400. 301 از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارومیه به تاریخ ۱۴۰۰/۸/۲۲ می‌باشد. بدین وسیله پژوهشگر بر خود واجب می‌داند که از همکاری و مساعدت سرپرستاران و پرستاران بخش‌های دیالیز بیمارستان‌های شهید قلی پور بوکان و امام خمینی مهاباد و تمامی بیماران عزیز تحت همودیالیز شهرستان‌های بوکان و مهاباد که علیرغم درد و رنج بسیار در اجرای این طرح همکاری صمیمانه داشتند، تشکر و سپاسگزاری نماید.

عنوان نموده است (۴۴). اما به‌صورت ناهمسو با این یافته، در مطالعه صادق زاده مفرد و همکاران مداخله‌ی آموزشی بر بعد استقلال و خودمختاری بیماران مبتلا به کانسر مؤثر بود (۴۱). گروه هدف، نحوه‌ی انجام مداخله و تعداد جلسات می‌تواند از دلایل تفاوت در نتایج باشد و به نظر می‌رسد که برای تأیید یا رد این فرضیه نیاز به مطالعات بیشتری می‌باشد.

همچنین از نتایج مطالعه حاضر عدم تأثیر آموزش بر بعد هدفمندی در زندگی بود. بیماران همودیالیز اغلب با تجارب ناخوشایندی در زندگی خود مواجه هستند که این عوامل باعث درماندگی این بیماران و کاهش کیفیت زندگی و امید به زندگی آن‌ها می‌شود (۴۶، ۴۷). این افراد با وقوع بیماری چون اهدافی را که در گذشته برای آینده‌ی خود برنامه‌ریزی کرده بودند از دست رفته می‌بینند، دچار ناکامی و ناامیدی برای زندگی هدفمند می‌شوند، در نتیجه هیچ‌گاه برای مدت طولانی برنامه‌ریزی نمی‌کنند و سعی در رؤیا پردازی برای آینده‌های دور خود ندارند (۴۸). آن‌ها غالباً نگران آینده غیرقابل پیش‌بینی بیماری خود هستند (۴۹). در مطالعه‌ی حسنی و همکاران، بیماران زندگی با همودیالیز را بی‌ارزش و فاقد معنی توصیف کردند (۵۰). همچنین نتایج مطالعه‌ی خانی و همکاران نیز بیانگر نمره‌ی پایین هدفمندی در زندگی در جمعیت مورد مطالعه‌شان بود (۵۱). هدفمندی به معنای داشتن غایت‌ها و اهدافی است که به زندگی فرد جهت و معنا می‌بخشد. باورهای فرد درباره داشتن هدف و معنای زندگی از مهم‌ترین مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی به شمار می‌رود (۵۲). احساس هدفمندی را می‌توان از منابع متعددی پرورش داد، از جمله پیگیری اهداف یا برنامه‌های شخصی، مشارکت ساختارمند در جامعه، اتخاذ نقش‌های اجتماعی معنادار و مشارکت در فعالیت‌هایی که حس موفقیت را ایجاد می‌کند یا احساس سودمندی را تسهیل می‌کنند (۵۳). همچنانکه نتایج مطالعه‌ی ره‌گوی نشان داد که مشارکت دادن بیماران همودیالیزی در امر مراقبت و درمان با افزایش حس هدفمندی در زندگی و بهزیستی روان‌شناختی کلی همراه بود (۵۴). به نظر می‌رسد این بیماران با کسب اطلاع از سبک زندگی ارتقادهنده و شناخت و پیش‌بینی رفتارهایی که می‌توانند به وضعیت روان‌شناختی آنان کمک کنند توانسته‌اند بر جنبه‌های مختلفی از زندگی و بیماری خود اثر گذاشته و موارد زیادی را اصلاح نمایند اما در مورد هدفمندی این اثرات کمتر نمایان شده است. از نظر محقق با توجه به این که هدف و معنا در زندگی هم‌کلی‌تر و هم‌نیازمند تلاش‌های بلندمدت است کمتر تغییر کرده است، یا زمان کافی برای تغییر آن در دوره پیگیری

### References

1. Dale MT, Elkins MR. Chronic disease. *J Physiother* 2021;67(2):84-6.
2. Reynolds R, Dennis S, Hasan I, Slewa J, Chen W, Tian D, Bobba S, Zwar N. A systematic review of chronic disease management interventions in primary care. *BMC Fam Pract* 2018;19(1):11.
3. Baghaie LM. Predictive Factors of Self- Efficacy in Patients Receiving Hemodialysis. *J Health Care* 2016;18(2):101-10. (Persian)
4. Kalantar-Zadeh K, Jafar TH, Nitsch D, Neuen BL, Perkovic V. Chronic kidney disease. *Lancet* 2021; 398(10302):786-802. (Persian)
5. Semaan V, Noureddine S, Farhood L. Prevalence of Depression and Anxiety in End-Stage Renal Disease: A Survey of Patients Undergoing Hemodialysis. *Appl Nurs Res* 2018;43:80-85.
6. Sadeghian Z, Shahgholian N, and Dashti D.A. Perspective of Hemodialysis Patients and Nurses in Relation with Caring Behaviors. *J Urmia Univ Med Sci* 2017;28:659-66. (Persian)
7. Ghazanfari S, Jamali J, Saki A, Noras M, Salari R, Khorsand Vakilzade A, Sharifipour F. Assessment of quality of life in hemodialysis patients with uremic pruritus from Iranian Medicine view. *J Dermatol Cosmetic* 2019;10(3):170-80.(Persian)
8. Shirazi M, Khosravani E. Effectiveness of Psychological Rehabilitation, Using Dohsa-Hou, on Hemodialysis Patients' Depression, Anxiety, and Stress in Zahdan city. *J Birjand Univ Med Sci* 2016; 23(2):130-40. (Persian)
9. Shafipour V, Alhani F, Kazemnejad A. A survey of the quality of life in patients undergoing hemodialysis and its association with depression, anxiety and stress. *J Nurs Midwifery Sci* 2015;2(2):29-35.
10. Bayat A, Kazemi R, Toghiani A, Mohebi B, Tabatabaee MN, Adibi N. Psychological evaluation in hemodialysis patients. *J Pak Med Assoc* 2012;62(3 Suppl 2):S1-5.
11. Akbari V, et al. Relationship between Cognitive Deficits and Self-care Instrumental Activities Daily Living in Schizophrenic Patients in Qom's Psychiatric Ward. *Qom Univ Med Sci J* 2012;6(2):10-4. (Persian)
12. Martinez K, Frazer SF, Dempster M, Hamill A, Fleming H, McCorry NK. Psychological factors associated with diabetes self-management among adolescents with Type 1 diabetes: A systematic review. *J Health Psychol* 2018;23(13):1749-65.
13. Mosayebi E, Sharifi M, Abedi A. Meta-analysis of Effectiveness of Psychological and Sport Interventions on Control of Meta-Analysis of Effectiveness of Psychological and Sport Interventions on Control of Glycosylated Haemoglobin in Patients with Diabetes. *Iran J Diabet Metabol* 2016; 15(4):201-16. (Persian)
14. Arabshahi A, et al. Effect of Educational Intervention based on Social Support Received by the Spouse on Promoting Adherence to Treatment Regimen in Hypertensive Patients. *J Educ Community Health* 2020;7(3):153-60.(Persian)
15. Barghoun R, Demheri F, Azizi M. Investigating the Effectiveness of Mindfulness Therapy on Psychological Well-Being and Reducing Pain Symptoms in Children with Chronic Diseases. *J Thought Behav Clin Psychol* 2020;14(56):37-46. (Persian)
16. Allahverdipour H, Karimzadeh Z, Alizadeh N, Asghari Jafarabadi M, Javadivala Z. Psychological Well-Being and Happiness among Middle-Aged Women: A Cross-Sectional Study. *Health Care Women Int* 2021;42(1):28-42. (Persian)
17. Santos T, de Matos MG, Simões C, Machado MD. Psychological well-being and chronic condition in Portuguese adolescents. *Int J Adoles Youth* 2015;20(3)334-45.
18. Kubzansky LD, Huffman JC, Boehm JK, Hernandez R, Kim ES, Koga HK, Feig EH, Lloyd-Jones DM, Seligman ME, Labarthe DR. Positive psychological

- well-being and cardiovascular disease: *J Am Coll Cardiol* 2018;72(12):1382-96.
19. Taghipour Javan A, Hassan Nattaj F, Shoostari M. Comparison of Dimensions of Psychological Well-Being of Mothers of Mentally Handicapped, Gifted and Normal Children. *J Cognit Behav Sci* 2015;4(2):73-88.(Persian)
  20. Yasaei Sekeh M, Shafiabadi A, Farzad V. Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on Psychological Well-Bing and Its Components in Hemodialysis Patients. *Educ Res* 2018;13(55):149-62. (Persian)
  21. Ryff CD. Psychological Well-Being Revisited: Advances in the Science and Practice of Eudaimonia. *Psychother Psychosom* 2014;83(1):10-28.
  22. Mansourizadeh M, Anoosheh M, KazemNejad A. The Effect of Physical Activity Program Based on Pender Health Promotion Model on Type 2 Diabetic Middle-Aged Women's Mental Health. *Iran J Health Educ Health Promot* 2018; 6(2):159-67. (Persian)
  23. Sabooteh S, Feizi A, Shekarchizadeh P, Shahnazi H, Mostafavi F. Designing and Evaluation of E-health Educational Intervention on Students' Physical Activity: An Application of Pender's Health Promotion Model. *BMC Public Health* 2021; 21(1):1-10. (Persian)
  24. Keegan JP, Chan F, Ditchman N, Chiu CY. Predictive ability of pender's health promotion model for physical activity and exercise in people with spinal cord injuries: A hierarchical regression analysis. *Rehab Counsel Bull* 2012;56(1):34-47.
  25. Heydari A, Khorashadizadeh F. Pender's health promotion model in medical research. *J Pak Med Assoc* 2014;41(59):1067-74.
  26. Namdari A.R, et al. 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):472-82. (Persian)
  27. Khodaveisi M.P, et al. The Effect of Pender's Health Promotion Model in Improving the Nutritional Behavior of Overweight and Obese Women. *Int J community Based Nurs Midwifery* 2017;5(2):165-74. (Persian)
  28. Kheirjoo E, et al. Comparison of Health Promoting Lifestyle of Female Rheumatoid Arthritis Patients with Healthy Women and it's Relationship with Demographic Factors. *Knowl Res App Psychol* 2013;12(4):61-4. (Persian)
  29. Heydari A, Khorashadizadeh F. Pender's Health Promotion Model in Medical Research. *JPMA. J Pak Med Ass* 2014;64(9):1067-74.
  30. Karimian N. Comparison of Psychological Well-Being and Health-Promoting Lifestyle in Female Dormitory and Non-Dormitory Female Students of Tehran University. 2nd Sociology & Social Sciences Conference 2015; <https://civilica.com/doc/348841>.
  31. Masoudi R, Lotfizade M, Gheysarieha MR, Rabiei L. Evaluating the effect of Pender's health promotion model on self-efficacy and treatment adherence behaviors among patients undergoing hemodialysis. *J Educ Health Prom* 2020; 9(1):197.
  32. Radmehr M, Ashktorab T, Neisi L. Effectiveness of Educational Programs based on Pender's Theory on the Health and Symptoms in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Life Sci J* 2012;9(4):2174-80. (Persian)
  33. Karataş T, Polat Ü. Effect of Nurse-Led Program on the Exercise Behavior of Coronary Artery Patients: Pender's Health Promotion Model. *Pat Educ Counsel* 2021;104(5):1183-92.
  34. Fathi A. Effect of Health-promoting Lifestyle and Psychological Well-being on Anxiety Induced by Coronavirus Disease 2019 in Non-medical Students. *J Arak Uni Med Sci* 2020; 23(5):698-709. (Persian)
  35. Bastable S.B. Nurse as Educator: Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice. Jones & Bartlett Learning 2013;98.

36. Ryff CD. Happiness is Everything, or is it? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *J Personal Soc Psychol* 1989;57(6):1069-81.
37. Khanjani M, Shahidi S, Fathabadi J, Mazaheri MA, Shokri O. Factor structure and psychometric properties of the Ryff's scale of Psychological well-being, short form (18-item) among male and female students. *Thought Behav Clin Psychol* 2014;9(32):27-36. (Persian)
38. Michaeli Manee F. The Study of Ryff Psychological Well-Being Scale Factorial Structure between Urmia University Students. *J Modern Psychol Res* 2010;5(18):143-65. (Persian)
39. Khoshkhatti N, Bazzazian S, Yazdinezhad A. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Symptoms of Anxiety, Depression and Stress in Renal Patients Under Hemodialysis. *Iran J Nurs Res* 2020;14(6):9-17. (Persian)
40. Bijani M, Niknam M, Karimi S, Naderi Z, Dehghan A. The effect of peer education based on Pender's health promotion model on quality of life, stress management and self-efficacy of patients with multiple sclerosis: a randomized controlled clinical trial. *BMC Neur* 2022;22(1):1-9. (Persian)
41. Sadeghzadeh Mofrad Z, Dortaj F, Ghaemi F, Farrokhi N. The Effectiveness of Healthy Lifestyle Promotion Training Based on Cognitive-Behavioral Therapy on Self-Efficacy and Psychological Well-Being of Cancer Patients. *Comm Health J* 2022;16(1):53-64. (Persian)
42. Rezaeemanesh M, Solhi M, Ebadifard Azar F, Javaheri J, Alaghemand A. The Effect of Educational Intervention Based on Pender's Health Promotion Model for Distress Management in Patients with Type 2 Diabetes. *Pak J Med Health Sci* 2020;14(3):969-75.
43. Argon G, Sevinc S. Application of Pender's Health Promotyon Model to Post-Myocard Infarction Patients in Turkey. *Int J Care Sci* 2018;11(1):409-18.
44. Jansen DL, Grootendorst DC, Rijken M, Heijmans M, Kaptein AA, Boeschoten EW, Dekker FW. Pre-Dialysis Patients' Perceived Autonomy, Self-Esteem and Labor Participation: Associations with Illness Perceptions and Treatment Perceptions. A Cross-Sectional Study. *BMC Nephrol* 2010;11(1):1-10.
45. Shelton-Strong SJ. Advising in language learning and the support of learners' basic psychological needs: A self-determination theory perspective. *Lang Teach Res* 2022;26(5):963-85.
46. Sacedi M, Ghafarzadeghan R, Hekmatpou D. Perception of Illness in Patients Undergoing Hemodialysis: A Qualitative Study. *Iran J Nurs* 2017;30(108):60-71. (Persian)
47. Seyedghasemi N.S, et al. Estimating the Loss in Expectation of Life and Relative Survival Rate among Hemodialysis Patients in Iran. *J Res Health Sci* 2020;20(3):p.e00487.
48. Cheraghi M, Nasri S. The Comparison between Coping Styles and Psychological Well-Being among Patients with Multiple Sclerosis and Normal People. *Know Res Appl Psychol* 2016;17(2):55-61. (Persian)
49. Oshvandi K, Salavati M, Ahmadi F, Soltanian A. The effect of Training on Hemodialysis Patients' Lifestyle Promotion. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac* 2018;26(3):165-72. (Persian)
50. Hasani P, Otaghi M, Zagheri TM, Nikbakhat NA. The Meaning of Transition to Hemodialysis: qualitative study. *Iran J Crit Care Nurs* 2013;6(2):69-76. (Persian)
51. Khani F, et al. Study of Health Promotion Lifestyle and Psychological Well-being in Women Attending the Health Centers of Arak City in 2019. *J Arak Uni Med Sci* 2021;24(5):730-47. (Persian)
52. Mikacili F, Nourizad N, Hashemi S. Investigation of the Relationship between after life Beliefs, Purpose in Life, Hope, Academic Motivations and Academic Performance of Undergraduate Students. *J Modern Psychol Res* 2015;9(36):181-207. (Persian)

53. Owen R, Berry K, Brown L.J. Enhancing Older Adults' Well-Being and Quality of Life Through Purposeful Activity: A Systematic Review of Intervention Studies. *The Gerontologist* 2022;62(6):317-27.
54. Rahgoi A, Fallahi-Khoshknab Fallahi-Khoshknab M, Vahedi M. The effect of partnership care model on psychological-wellbeing of hemodialysis patients at Imam Reza Hospital of Amol city 2020. *Iran J Nurs Res* 2022;17(1):0.(Persian)

## TRAINING HEALTH-PROMOTING BEHAVIORS BASED ON PENDER'S MODEL ON PSYCHOLOGICAL WELL-BEING TO HEMODIALYSIS PATIENTS

Samere Eghtedar<sup>1</sup>, Zahra Chalak<sup>2</sup>, Naser Parizad\*<sup>3</sup>, Vahid Alinezhad<sup>4</sup>

Received: 30 August, 2022; Accepted: 30 October, 2022

### Abstract

**Background & Aims:** Hemodialysis is one of the successful and common treatment methods in controlling chronic kidney failure; however, hemodialysis-dependent patients face many psychological problems along with numerous physiological changes. Therefore, psychological intervention in the treatment of these patients is necessary. The purpose of this research was to determine the effect of teaching health-promoting behaviors based on Pender's model on the psychological well-being of hemodialysis patients.

**Materials & Methods:** In this semi-experimental study, 90 patients undergoing hemodialysis were assigned randomly to control and intervention groups. The patients completed the demographic questionnaire as well as the 54-question form of the Ryff psychological well-being questionnaire before and one month after the intervention. The data was analyzed using SPSS 21 statistical software at a significant level of  $p < 0.05$ .

**Results:** The results showed the positive effect of teaching health-promoting behaviors based on Pender's model on psychological well-being. There were statistically significant differences in the dimensions of self-acceptance, positive relationships with others, environmental mastery, and personal growth ( $p < 0.05$ ), but there were not significant differences in the dimensions of purpose in life and autonomy between the two groups after the intervention ( $p > 0.05$ ).

**Conclusion:** According to the obtained results, it is recommended to use this effective and affordable method in the care planning of chronic patients in order to improve their psychological well-being.

**Keywords:** Hemodialysis, Psychological Well-Being, Health-Promotion, Pender's Health Promotion Model

**Address:** Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

**Tel:** +989141844684

**Email:** parizad.n@umsu.ac.ir

Copyright © 2022 Nursing and Midwifery Journal

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

<sup>1</sup> Assistant Professor, Department of Internal Surgery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

<sup>2</sup> Master's student in intensive care nursing, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

<sup>3</sup> Assistant Professor of Special Care Nursing Education Department, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

<sup>4</sup> Assistant Professor of Biostatistics, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran