

# Effect of Peer Education on Health Promoting Lifestyle among Volunteer Health Care Communicators

Monireh Rastegar Yadaki <sup>1,\*</sup>, Hamid Reza Zendehtalab <sup>2</sup>, Seyed Reza Mazlom <sup>3</sup>, Mehri Yavari <sup>2</sup>

<sup>1</sup> MSc, Department of Nursing, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

<sup>2</sup> Faculty Member, Department of Health Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

<sup>3</sup> Faculty Member, Department of Medical and Surgical Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

\* **Corresponding author:** Monireh Rastegar Yadaki, MSc, Department of Nursing, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran. E-mail: monir.rastegar68@gmail.com

Received: 01 Feb 2016

Accepted: 31 Aug 2016

## Abstract

**Introduction:** Unhealthy lifestyle causes complications and requires greater attention towards education and health promotion programs among various social groups. Therefore, this study was conducted to determine the effectiveness of peer education on health-promoting lifestyle in health volunteers.

**Methods:** In this quasi-experimental study, firstly, through the convenience sampling method, 59 cases from four subset health centers of Mashhad were selected based on the results of a pilot study. Next, through random assignment, 2 centers were devoted to the experimental group (29 individuals) and 2 other centers to the control group (30 individuals). In the experimental group, after selection of peer educators, an educational intervention was performed in 6 sessions. Overall, 45 to 60 minutes was assigned for each session in the form of small groups and cooperative learning. Common application of centers was organized for the control group. In both groups, lifestyle norm questionnaire was filled out before and 4 weeks after the intervention. Data Analysis was done using SPSS V.16 as well as t test, Mann-Whitney U, Wilcoxon, and Chi-Square Test.

**Results:** After the intervention, mean scores of health promoting lifestyle showed a significant increase in the experimental group in all aspects compared with before the intervention ( $P < 0.001$ ). However, the control group showed no significant increase in all aspects except health responsibility ( $P > 0.05$ ). Difference of mean scores in all aspects of lifestyle in the experimental group was statistically significant compared with the control group ( $P < 0.001$ ).

**Conclusions:** Peer education is effective in improving the lifestyle of health volunteers. Therefore, the use of peer education is recommended in health volunteers training.

**Keywords:** Peer Education, Lifestyle, Health Promotion, Health Volunteers

## اثربخشی آموزش همتا بر سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت در رابطین بهداشت

منیره رستگار یدکی<sup>۱\*</sup>، حمیدرضا زنده طلب<sup>۲</sup>، سید رضا مظلوم<sup>۳</sup>، مهری یآوری<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

<sup>۲</sup> عضو هیات علمی، گروه بهداشت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

<sup>۳</sup> عضو هیات علمی، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

\* نویسنده مسئول: منیره رستگار یدکی، کارشناس ارشد، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. ایمیل:

monir.rastegar68@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۶/۱۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۱۱/۱۲

### چکیده

**مقدمه:** سبک زندگی ناسالم و مشکلات ناشی از آن، توجه بیشتر به برنامه‌های آموزش و ارتقاء سلامت را در میان گروه‌های مختلف جامعه ایجاد می‌نماید. بنابراین، این مطالعه با هدف اثربخشی آموزش همتا بر سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت در رابطین بهداشت انجام شد.

**روش کار:** در این مطالعه نیمه تجربی، ابتدا با نمونه گیری در دسترس، ۵۹ واحد پژوهش از ۴ مرکز تحت پوشش مرکز بهداشت شماره ۳ مشهد براساس نتایج مطالعه مقدماتی انتخاب شدند. سپس به طور تصادفی، ۲ مرکز به گروه آزمون (۲۹ نفر) و ۲ مرکز دیگر به گروه شاهد (۳۰ نفر) اختصاص داده شد. در گروه آزمون بعد از انتخاب آموزش دهندگان همتا، مداخله آموزشی طی ۶ جلسه ۴۵-۶۰ دقیقه‌ای در قالب گروه‌های کوچک و آموزش مشارکتی اجرا شد. در گروه شاهد برنامه متداول مراکز انجام شد. در هر دو گروه، پرسشنامه استاندارد سبک زندگی قبل و ۴ هفته بعد از مداخله تکمیل شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم افزار SPSS-۱۶ و آزمونهای تی، من ویتنی، ویلکاکسون و مجذور کای انجام شد.

**یافته‌ها:** بعد از مداخله، میانگین نمرات سبک زندگی در گروه آزمون در مقایسه با قبل از مداخله در تمامی ابعاد افزایش معنی داری داشت ( $P < 0/001$ )، در حالی که در گروه شاهد در تمامی ابعاد به جز مسئولیت‌پذیری سلامتی افزایش معنی داری مشاهده نشد ( $P > 0/001$ ). تفاوت میانگین نمرات تمامی ابعاد سبک زندگی در گروه آزمون در مقایسه با گروه شاهد افزایش آماری معنی داری داشت ( $P < 0/001$ ).

**نتیجه گیری:** آموزش همتا در ارتقاء سبک زندگی رابطین بهداشت مؤثر است، بنابراین بکارگیری آموزش همتا در برنامه آموزشی رابطین بهداشت توصیه می‌گردد.

**کلیدواژه‌ها:** آموزش همتا، سبک زندگی، ارتقای سلامت، رابطین بهداشت

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

### مقدمه

در بروز آن‌ها ایفا می‌کند (۲) به گونه‌ای که بیش از ۷۰ درصد این بیماریها با سبک زندگی افراد مرتبط است (۳). سازمان بهداشت جهانی ۸۰-۷۰ درصد از میرایی کشورهای توسعه یافته و ۵۰-۴۰ درصد از میرایی کشورهای در حال توسعه را به علت بیماریهای مرتبط با سبک زندگی می‌داند و طبق پیش بینی‌های صورت گرفته تا سال ۲۰۲۰ علت ۷ مورد از ۱۰ مورد مرگ در کشورهای در حال توسعه را بیماریهای غیر واگیر وابسته به سبک زندگی به خود اختصاص خواهند داد (۴). طبق گزارشات جمع آوری شده مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۰، با ادامه این

از سده بیستم، تلاش شتاب زده برای صنعتی شدن، گسترش سریع شهرنشینی و زندگی مدرن، جوامع انسانی را از نقطه نظر شیوه زندگی، روابط اجتماعی، مسائل بهداشتی و پزشکی بیش از تمام تاریخ دستخوش دگرگونی کرد، به گونه‌ای که قبول شیوه‌های نوین برای زندگی، تغییرات چشم گیری در اپیدمیولوژی بیماریها بوجود آورده و به تبع آن افزایش بار بیماریهای چندعاملی رخ داده است (۱). این بیماریها صرفاً تحت تأثیر فاکتورهای غیرقابل تغییر از جمله: سن، جنس و سابقه خانوادگی نبوده و سبک زندگی افراد نقش به سزایی را

روند، تا سال ۱۴۰۴ حدود ۷۰ درصد بیماریهای کشور به حوزه بیماریهای غیر واگیردار و مابقی به حوادث و بیماریهای واگیردار مثل ایدز اختصاص می‌یابد (۵). سبک‌زندگی، روشی از زندگی است که سبب تأمین، حفظ و ارتقاء سطح سلامت افراد می‌گردد (۴). سبک‌زندگی ارتقاء دهنده سلامت، جزء معطوف به ارتقاء سلامت از سبک‌زندگی است که دارای دو بُعد سلامت جسمانی (تغذیه، فعالیت جسمانی، مسئولیت پذیری سلامت) و روانی (رشد معنوی، مدیریت استرس، روابط بین فردی) است (۶). در کنار توجه به سلامت جسمانی، توجه به سلامت روان نیز از اهمیت ویژه‌ای در سبک‌زندگی برخوردار است، زیرا می‌تواند مستقیم یا غیر مستقیم بر سلامت جسم نیز مؤثر باشد. هیچ تردیدی وجود ندارد که وضعیت تغذیه هر فرد رابطه تنگاتنگی با سلامت جسم و روح وی دارد (۷) و فعالیت جسمانی در کنار نقش غیرقابل انکار خود در تأمین و حفظ سلامت جسمانی، منجر به کاهش احساس تنهایی و محرومیت اجتماعی می‌گردد (۲). Harrison و همکارانش (۲۰۰۶) در مطالعه خود بیان کردند که بین نوع تغذیه، فعالیت جسمانی و رفتارهای پرخطر، رابطه معنی‌داری وجود دارد؛ به گونه‌ای که افراد سیگاری و کسانی که کمتر از میوه و سبزیجات استفاده می‌کنند و فعالیت بدنی کمتری دارند، در مقایسه با دیگران به میزان بیشتری به بیماری‌های مزمن جسمی و روانی دچار می‌شوند و سطح سلامت پایین‌تری دارند (۸). همچنین موسی‌الرضایی و همکاران (۱۳۹۰) به این نتیجه دست یافتند که ارتباط معکوسی بین میزان استرس و سلامت معنوی افراد وجود دارد، به گونه‌ای که اگر رشد روحی و سلامت معنوی افراد در سطح قابل قبولی باشد، میزان استرس کمتری را تحمل خواهند کرد و افرادی که استرس کمتری تجربه کنند شانس ابتلا به بیماری‌های جسمی و روحی در آنان کاهش می‌یابد (۹) و روابط بین فردی مؤثر؛ توانایی مقابله با استرس، رشد شخصی، افزایش کیفیت‌زندگی و خودشکوفایی را به دنبال خواهد داشت (۱۰).

از این رو، سبک زندگی نامناسب به دلیل گسترش بیماری‌های جسمی و روانی؛ احساس پوچی و نارضایتی از زندگی، کاهش امید به زندگی و افزایش بار مراقبتی بهداشتی در زمینه درمان، نیروی انسانی و بازتوانی را نیز به دنبال خواهد داشت (۱۱). به همین خاطر، مراقبت‌های بهداشتی نوین به تدریج تمرکز خود را از بررسی میزان مرگ و میر به عنوان پیامد سلامتی به سمت گستره‌های وسیع‌تری نظیر ارتقاء سلامت، سبک زندگی و کیفیت زندگی تغییر داده است، تا آنجا که ارتقای سبک زندگی افراد، به یکی از اهداف مهم سازمان بهداشت جهانی در قرن حاضر، تبدیل شده است (۴). از این رو، باید نقطه نظر خاصی به اجرای برنامه‌های ارتقاء سلامت در زمینه سبک زندگی داشت و از آنجا که آموزش بهداشت بخش ضروری و ادغام یافته از ارتقاء سلامت است؛ یکی از موثرترین راهکارهایی است که می‌تواند تأثیرات مثبتی بر سبک زندگی افراد به جای بگذارد. از طرفی، برنامه‌های سلامت محور باید در درجه اول، بتوانند مشارکت گروه‌های هدف را جلب نموده و سپس با برنامه‌های توانمندسازی، گامی مؤثر در جهت ارتقاء سلامت جامعه بردارند (۱۱). به همین دلیل، امروزه استفاده از رویکردهای توانمندسازی مشارکت محور مبتنی بر جامعه، نظیر برنامه رابطین سلامت می‌تواند در گسترش و پیشبرد برنامه‌های سلامت نقش بسزایی داشته باشد. رابطین بهداشت، زنان خانه دار یا شاغلی هستند که تحت سازماندهی و به صورت داوطلب اقدام به ارائه خدمات گوناگونی

از جمله: آموزش بهداشت، موردیابی و ارجاع مددجویان به مراکز بهداشتی درمانی در سطح جامعه می‌نمایند. رابطین بهداشت، یکی از مهمترین حلقه‌های شبکه‌های مراقبت‌های اولیه بهداشتی برای ارائه آموزش به جامعه شهری محسوب می‌شوند. آن‌ها در متن جامعه قرار داشته و با تماس مستمر با افراد خانواده‌ها به آسانی می‌توانند پیام‌های بهداشتی را به مردم منتقل کنند، همچنین می‌توانند به عنوان الگو، در فرهنگ سازی سبک زندگی صحیح در سطح جامعه ایفای نقش نمایند (۱۲). علاوه بر این، آنان عضوی از جامعه زنان هستند. در ساخت جامعه ایرانی، توجه به سلامت زنان که نیمی از جمعیت را تشکیل می‌دهند، نه تنها به منزله حقی انسانی شناخته شده بلکه به دلیل تأثیر آن بر سلامت خانواده و جامعه از اهمیت روزافزونی برخوردار می‌باشد. انتخاب هر نوع سبک زندگی از سوی آنان علاوه بر زندگی شخصی‌شان، می‌تواند بر عملکرد و بهزیستی جسمی، روانی، ذهنی و اجتماعی اعضای خانواده‌شان مؤثر باشد و این امکان را بوجود آورد تا در آینده نسل‌های سالم‌تری وجود داشته باشند (۱۳). در حالی که نتایج مطالعات، نشان دهنده کاهش فعالیت رابطین بهداشت است؛ بیاتی و همکاران (۲۰۱۳) طی مطالعه‌ای به بررسی و تبیین این موضوع پرداخته‌اند و برخی از مهمترین علل ضعف برنامه را شامل: نامناسب بودن شیوه تدریس، استفاده از شیوه‌های تدریس سنتی، عدم بکارگیری رابطین بهداشت جهت آموزش، استفاده از کتب قدیمی، بیماری محور بودن آموزش‌ها، کم توجهی به سطح اول پیشگیری، پایین بودن سطح اطلاعات مربیان، کمبود نیروی انسانی، نبود کارشناس ویژه در مراکز بهداشتی و بیان مطالب غیر کاربردی می‌دانستند (۱۴). بنابراین می‌بایست راهکارهایی را در جهت رفع کاستی‌ها و نقایص برنامه حال حاضر رابطین بهداشت در نظر گرفت، چرا که توانمندسازی گروه‌های داوطلب، یکی از راهکارهای زمینه ساز گسترش خود مراقبتی و مشارکت بیشتر در جامعه محسوب می‌گردد (۱۵). با در نظر گرفتن نقایص موجود در برنامه و این که در سالهای اخیر بیشتر روی نقش مثبت و سازنده خود شخص در ایجاد، حفظ و ارتقای سلامت در مقابل پرسنل بهداشتی تأکید شده است، همچنین توجه به این مهم که بخش قابل توجهی از رفتارهای حوزه سلامت نتیجه یادگیری از دیگران و به ویژه تأثیر گروه‌های همتا است، استفاده از رویکرد آموزشی همتا که یک استراتژی تغییر رفتار محسوب می‌گردد، کارآمد به نظر می‌رسد (۱۶). همتا شخصی است متعلق به گروه اجتماعی یکسان است، این گروه اجتماعی می‌تواند از نظر سن، جنس، شغل، وضعیت اقتصادی-اجتماعی یا وضعیت سلامتی و سایر فاکتورها یکسان باشد. آموزش همتا فرایندی است که در آن افراد با انگیزه و آموزش دیده، مسئولیت آموزش سازمان یافته یا محاوره‌ای را به هم‌تایانشان به عهده می‌گیرند. این فرایند علاوه بر توسعه میزان آگاهی، نگرش، باورها و مهارت‌های افراد، در جهت توانمندسازی آنان برای قبول مسئولیت و حفاظت از سلامتی‌شان هدفمند شده‌است. در این رویکرد آموزشی با توجه به ویژگی‌های مشابه اعضا، یادگیری ساده و مطمئن ایجاد می‌شود (۱۶، ۱۷). از این رویکرد آموزشی در موضوعات گوناگونی استفاده شده و برخی مطالعات به اثربخشی مثبت آموزش همتا دلالت داشتند (۷، ۱۸). از مزایای استفاده از این رویکرد آموزشی در سطوح اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی می‌توان به مشارکت خود افراد در آموزش، افزایش مسئولیت پذیری، انتقال راحت‌تر اطلاعات، صرفه جویی در هزینه، زمان، نیروی آموزشی و بهبود

دهی و ابزار مورد استفاده پرسشنامه‌ای مشتمل بر دو بخش مشخصات جمعیت‌شناسی و نیمرخ ۲ سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت (HPLPII: Health-Promoting Lifestyle Profile II) بود. این ابزار بر اساس الگوی ارتقاء سلامت پندر در سال ۱۹۸۶ توسط والکر و همکاران طراحی شد که پس از بازنگری مجدد ابزار در سال ۱۹۹۶ و تأیید پایایی و روایی آن در میان ۷۱۲ فرد بالغ بین ۱۸ تا ۹۲ سال، به عنوان ابزار استاندارد سنجش سبک زندگی معرفی شده که حاوی ۵۲ سؤال در شش زیرمقیاس: تغذیه (۸ سؤال)، فعالیت جسمانی (۸ سؤال)، مسئولیت سلامتی (۹ سؤال)، مدیریت استرس (۸ سؤال)، روابط بین فردی (۹ سؤال) و رشد معنوی (۹ سؤال) می‌باشد. ارزیابی سبک زندگی در تمام سؤالات با مقیاس ۴ درجه‌ای (۱ = هرگز، ۲ = گاهی، ۳ = معمولاً و ۴ = همیشه) صورت می‌گیرد. محدوده نمره کلی سبک زندگی بین ۲۰۸-۵۲ است. برای هر بعد نمره جداگانه قابل محاسبه است (۶).

پایایی و روایی این ابزار در فرهنگ‌ها و جوامع مختلف مورد تأیید قرار گرفته است. حسینی و همکاران (۱۳۹۱) نیز به روانسنجی این ابزار به زبان فارسی پرداختند که روایی ابزار به شیوه روایی محتوی و سازه و پایایی آن به روش آزمون مجدد ( $r = 0/92$ ) و همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ  $\alpha = 0/95$ ) مورد تأیید قرار گرفت (۶). در این مطالعه نیز روایی ابزارهای مورد استفاده، توسط ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و با روش روایی محتوی مورد بررسی و تأیید قرار گرفت و پایایی پرسشنامه از روش همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ  $\alpha = 0/87$ ) برای کل ابزار تأیید گردید. روش اجرای مطالعه بدین صورت بود که پژوهشگر پس از اخذ مجوز کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد و معرفی‌نامه کتبی از معاونت آموزشی به مرکز بهداشت استان و دریافت معرفی‌نامه از مرکز بهداشت استان برای مرکز بهداشت شماره ۳، به واحد مربوطه مراجعه و چهار معرفی‌نامه برای مراکز سیلو، احمدی، مطهری و امام رضا اخذ کرد، سپس به مراکز مورد نظر مراجعه و پس از ارائه مجوز به ریاست این مراکز و معرفی پژوهش و اهداف آن، ضمن کسب اجازه از مسئولین، با هماهنگی‌های لازم در کلاس آموزشی رابطین بهداشت هر مرکز حضور یافت و بعد از معرفی خود، هدف از انجام پژوهش را برای آن‌ها توضیح داد، سپس در صورت کسب معیارهای ورود به مطالعه، فرم رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش، در اختیارشان قرار گرفت و پس از کسب رضایت کتبی، به مطالعه وارد شدند. ابتدا در هر دو گروه پیش آزمون صورت گرفت. سپس در گروه آزمون، در مرحله اول، از میان واحدهای پژوهش، ۵ نفر از افرادی را که علاوه بر تمایل و رضایت به پذیرش نقش آموزش دهنده همتا، بیش از ۵۰ درصد نمره پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت را کسب کرده بودند، انتخاب شدند، سپس در ۲ جلسه ۲ ساعته آموزش با محتوی در برگیرنده ابعاد ۶ گانه سبک زندگی که در قالب سخنرانی، پرسش و پاسخ، بحث، نمایش و استفاده از وسایل کمک آموزشی نظیر تخته، ماژیک و اسلاید، توسط پرستار بهداشت جامعه در محل مرکز بهداشت برگزار شد، شرکت کردند و در انتها، ۳ نفر که بیشترین نمره از مقیاس سنجش مهارت آموزشی را کسب کرده بودند، به عنوان آموزش دهنده همتا انتخاب شدند. هر آموزش دهنده همتا یک گروه ۱۲-۸ نفره از رابطین بهداشت را براساس سن، سطح تحصیلات، تمایل و علاقه رابطین برای عضویت در هر گروه تشکیل دادند و برنامه آموزشی خود را با محتوی در برگیرنده ابعاد شش گانه

هنجارهای اجتماعی و ارزش‌های حمایت‌کننده رفتارهای بهداشتی اشاره کرد (۱۶، ۱۷). در مقابل، شواهد تجربی پژوهشگران نشان می‌دهد که به طور معمول در برنامه‌های گروه رابطین، با توجه به موضوع آموزشی اکثراً از شیوه‌های سخنرانی، بحث و پرسش استفاده می‌گردد و این مسئولیت بر عهده پرسنل بهداشتی است اما با توجه به حجم بالای مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی امکان ارائه آموزش‌های مؤثر کم رنگ بوده است، زیرا پرسنل با کمبود وقت و زمان مواجه بوده و دیگر فرصتی برای آموزش مؤثر نداشتند و آنچه را هم که در قالب آموزش ارائه می‌دادند بیشتر حالت رفع تکلیف داشته است، به گونه‌ای که جلسات آموزشی رابطین بهداشت از کمیت و کیفیت بالایی برخوردار نبودند. از این رو مطالعه حاضر با هدف اثربخشی آموزش همتا بر سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت در رابطین بهداشت مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت شماره ۳ مشهد انجام شد.

## روش کار

این مطالعه نیمه تجربی، در سال ۱۳۹۴ بر روی ۵۹ رابط بهداشت مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت شماره ۳ شهر مشهد با هدف اثربخشی آموزش همتا بر سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت در میان رابطین بهداشت انجام شد. پژوهشگران پس از اخذ مجوز کمیته اخلاق دانشگاه و ارائه معرفی‌نامه کتبی به مرکز بهداشت استان شروع به کار کردند. نمونه‌گیری به صورت دو مرحله‌ای انجام شد، بدین صورت که ابتدا، به روش تصادفی ساده (قرعه‌کشی) از بین ۵ مرکز بهداشت شهر مشهد، مرکز بهداشت شماره ۳ انتخاب شد. سپس از میان ۱۴ مرکز بهداشت شهری، ۶ مرکز بهداشت روستایی، ۵۷ پایگاه بهداشتی و ۴۱ خانه بهداشت تحت پوشش مرکز بهداشت شماره ۳، مراکز بهداشت مطهری، امام رضا، قدس و کوی امیر به همراه ۱۰ پایگاه‌های بهداشتی تحت پوشش آن‌ها به صلاح دید مسئولین مرکز بهداشت استان، به دلیل وسعت منطقه جغرافیایی، جمعیت تحت پوشش (بیش از یک میلیون نفر) و استقبال بیشتر از طرح رابطین بهداشت انتخاب شدند. نمونه‌گیری به صورت در دسترس و براساس معیارهای ورود به مطالعه از جمله: تمایل و رضایت کتبی برای شرکت در مطالعه، عضویت در گروه رابطین بهداشت، شرکت در حداقل ۵ جلسه از ۶ جلسه آموزشی اخیر مراکز بهداشتی، داشتن حداقل سواد ابتدایی، تجربه نکردن بحران شدید جسمی و روانی در طول ۶ ماه اخیر و عدم ابتلا به بیماریهای مزمن نیازمند به رعایت سبک زندگی خاص؛ صورت گرفت. سپس مراکز بهداشتی به صورت تصادفی به دوگروه آزمون و شاهد تخصیص یافتند به گونه‌ای که واحدهای پژوهش ۲ مرکز به گروه آزمون (مطهری، امام رضا) و ۲ مرکز به گروه شاهد (قدس، کوی امیر) تعلق گرفت.

جهت محاسبه حجم نمونه از میانگین و انحراف معیار نمرات سبک زندگی کل و ابعاد شش گانه آن، در طی یک مطالعه مقدماتی بر روی ۲۰ واحد پژوهش (۱۰ نفر در هر گروه) استفاده شد. به این صورت که بیشترین حجم نمونه در فرمول مقایسه میانگین‌ها بر اساس نمره سبک زندگی کل، ۱۲ نفر در هر گروه محاسبه شد که به منظور اطمینان بیشتر، پیش‌بینی ریزش احتمالی و انتخاب آموزش دهنده همتا از میان واحدهای پژوهش، ۶۶ نفر وارد مطالعه شدند (۳۶ نفر گروه آزمون، ۳۰ نفر گروه شاهد) که در نهایت به دلیل انتخاب آموزش دهنده‌گان همتا و ریزش نمونه، ۵۹ نفر باقی ماندند. روش گردآوری اطلاعات، خودگزارش

### یافته‌ها

میانگین سنی واحدهای پژوهش  $40/2 \pm 1/6$  بود. ۹۸/۳ درصد متأهل و ۹۳/۲ درصد خانه دار بودند. ۳۹ درصد سطح تحصیلات دیپلم و ۷۲/۹ درصد میزان درآمد ماهیانه کمتر از حد کفاف داشتند، همچنین ۷۹/۷ درصد نیز با همسر و فرزندان خود زندگی می‌کردند. قبل از مداخله، واحدهای پژوهش از نظر متغیرهای دموگرافیک همگن بودند (جدول ۱).

سبک زندگی در ۶ جلسه ۶۰-۴۵ دقیقه‌ای به مدت یک ماه به روش مشارکتی در مراکز بهداشتی اجرا کردند. لازم به ذکر است که گروه شاهد آموزش خاصی دریافت نکردند و از برنامه مراکز بهداشتی در زمینه بیماریابی سل بهره گرفتند. در پایان مراحل جمع آوری اطلاعات به منظور رعایت اخلاق در پژوهش جزوه آموزشی سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت در اختیار واحدهای پژوهش گروه شاهد قرار داده شد. پس از ۴ هفته بعد از اتمام مداخله و با تکمیل مجدد پرسشنامه سبک زندگی در هر دو گروه صورت گرفت. داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمونهای تی، من ویتنی، ویلکاکسون و مجذور کای جهت تجزیه و تحلیل استفاده شد.

جدول ۱: توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب مشخصات جمعیت شناسی در دو گروه آزمون و شاهد

مشخصات جمعیت شناسی	آزمون	شاهد	کل	آزمون آماری
<b>سن</b>				$P = 0/768$ و $X^2$
۲۴-۳۳	۸ (۲۷/۶)	۶ (۲۰/۰)	۱۴ (۳۳/۷)	
۳۴-۴۴	۱۳ (۴۴/۸)	۱۴ (۴۶/۷)	۲۷ (۴۵/۸)	
۴۵-۵۵	۸ (۲۷/۶)	۱۰ (۳۳/۳)	۱۸ (۳۰/۵)	
کل	۳۰ (۱۰۰)	۲۹ (۱۰۰)	۵۹ (۱۰۰)	
<b>تأهل</b>				$P = 0/321$ و $X^2$
متأهل	۲۹ (۱۰۰)	۲۹ (۹۶/۷)	۵۸ (۹۸/۳)	
همسر فوت شده	۰ (۰/۰)	۱ (۳/۳)	۱ (۱/۷)	
کل	۲۹ (۱۰۰)	۳۰ (۱۰۰)	۵۹ (۱۰۰)	
<b>تحصیلات</b>				$P = 0/395$ و Fisher
ابتدایی	۸ (۲۷/۶)	۹ (۳۰/۰)	۱۷ (۲۸/۸)	
سیکل	۱۱ (۳۷/۹)	۷ (۲۳/۳)	۱۸ (۳۰/۵)	
دیپلم	۹ (۳۱/۰)	۱۴ (۴۶/۷)	۲۳ (۳۹/۰)	
بالانتر از دیپلم	۱ (۳/۴)	۰ (۰/۰)	۱ (۱/۷)	
کل	۲۹ (۱۰۰)	۳۰ (۱۰۰)	۵۹ (۱۰۰)	
<b>اشتغال</b>				$P = 0/972$ و $X^2$
شاغل	۲ (۶/۹)	۲ (۶/۷)	۴ (۶/۸)	
خانه دار	۲۷ (۹۳/۱)	۲۸ (۹۳/۳)	۵۵ (۹۳/۲)	
کل	۲۹ (۱۰۰)	۳۰ (۱۰۰)	۵۹ (۱۰۰)	
<b>میزان درآمد ماهیانه</b>				$P = 0/53$ و Fisher
کمتر از حد کفاف	۱۸ (۶۲/۱)	۲۵ (۸۳/۳)	۴۳ (۷۲/۹)	
در حد کفاف	۱۱ (۳۷/۹)	۴ (۱۳/۳)	۱۵ (۲۵/۴)	
بیش از حد کفاف	۰ (۰/۰)	۱ (۳/۳)	۱ (۱/۷)	
کل	۲۹ (۱۰۰)	۳۰ (۱۰۰)	۵۹ (۱۰۰)	
<b>ترکیب خانواده</b>				$P = 0/685$ و Fisher
به تنهایی	۱ (۳/۴)	۱ (۳/۳)	۲ (۳/۴)	
همسر	۶ (۲۰/۷)	۳ (۱۰/۰)	۹ (۱۵/۳)	
همسر و فرزندان	۲۲ (۷۵/۹)	۲۵ (۸۳/۳)	۴۷ (۷۹/۷)	
فرزندان	۰ (۰/۰)	۱ (۳/۳)	۱ (۱/۷)	
کل	۲۹ (۱۰۰)	۳۰ (۱۰۰)	۵۹ (۱۰۰)	

\* مقادیر جدول به صورت تعداد (درصد) بیان شده است.

گروه شاهد، صرفاً در مقیاس مسئولیت پذیری سلامت افزایش آماری معنی داری مشاهده شد و در زیر مقیاس‌های تغذیه، فعالیت جسمانی، کنترل استرس، روابط بین فردی، رشد معنوی و سبک زندگی کل افزایش آماری معنی داری در این زمینه گزارش نگردید (جدول ۳)، همچنین نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که تفاوت میانگین نمرات تمامی ابعاد سبک زندگی در گروه آزمون در مقایسه با گروه شاهد افزایش آماری معنی داری داشت (جدول ۴).

همچنین مقایسه میانگین نمرات سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت و ابعاد شش گانه آن، نشان داد که دو گروه قبل از مداخله، از این نظر اختلاف آماری معنی داری با یکدیگر نداشتند اما بعد از مداخله، مقایسه میانگین نمرات سبک زندگی نشان دهنده اختلاف معنی داری بین دو گروه بود (جدول ۲).

مقایسه درون گروهی نیز نشان داد، در گروه آزمون، افزایش میانگین نمره سبک زندگی و ابعاد شش گانه آن، در مرحله بعد از اجرای مداخله نسبت به قبل از اجرای مداخله معنی دار بوده است، در حالی که در

جدول ۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد سبک زندگی گروه آزمون و شاهد، قبل و بعد از مداخله

نتایج بعد از مداخله	P-value	نتایج قبل از مداخله	P-value	گروه شاهد		گروه آزمون		
				بعد	قبل	بعد	قبل	
	* < ۰/۰۰۱	* ۰/۵۵۴		۲۵/۵ ± ۲/۶	۲۵/۵ ± ۳/۰	۳۰/۸ ± ۲/۶	۲۵/۹ ± ۲/۵	تغذیه
	** < ۰/۰۰۱	* ۰/۰۹۰		۱۷/۳ ± ۳/۷	۱۶/۸ ± ۴/۰	۲۲/۴ ± ۲/۵	۱۵/۱ ± ۳/۵	فعالیت جسمانی
	** < ۰/۰۰۱	* ۰/۴۳۶		۲۴/۸ ± ۳/۵	۲۳/۷ ± ۴/۰	۲۷/۸ ± ۲/۲	۲۲/۹ ± ۳/۹	مسئولیت سلامتی
	* < ۰/۰۰۱	* ۰/۲۹۵		۱۹/۱ ± ۳/۸	۱۹/۲ ± ۴/۱	۲۵/۵۸ ± ۳/۰	۱۸/۲ ± ۲/۷۰	کنترل استرس
	* < ۰/۰۰۱	* ۰/۶۷۷		۲۴/۲ ± ۳/۵	۲۴/۴ ± ۳/۹	۳۱/۵ ± ۳/۲	۲۴/۰ ± ۳/۴	روابط بین فردی
	** < ۰/۰۰۱	** ۰/۵۰۳		۲۷/۸ ± ۴/۳	۲۸/۰ ± ۴/۶	۳۳/۹ ± ۱/۵	۲۷/۵ ± ۴/۴	رشد معنوی
	* < ۰/۰۰۱	* ۰/۳۲۷		۱۳۸/۷ ± ۱۴/۸	۱۳۷/۷ ± ۱۶/۷	۱۷۱/۹ ± ۷/۸	۱۳۳/۷ ± ۱۴/۰	سبک زندگی کلی

\* تی مستقل \*\* من ویتنی

جدول ۳: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد سبک زندگی قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون و شاهد

نتایج شاهد	P-value	شاهد	شاهد	نتایج آزمون		آزمون		
				قبل	بعد	قبل	بعد	
	* ۰/۹۰۸	۲۵/۵ ± ۲/۶	۲۵/۵ ± ۳/۰	* < ۰/۰۰۱	۳۰/۸ ± ۲/۶	۲۵/۹ ± ۲/۵	۲۵/۹ ± ۲/۵	تغذیه
	** ۰/۰۹۴	۱۷/۳ ± ۳/۷	۱۶/۸ ± ۴/۰	** < ۰/۰۰۱	۲۲/۴ ± ۲/۵	۱۵/۱ ± ۳/۵	۱۵/۱ ± ۳/۵	فعالیت جسمانی
	** ۰/۰۰۳	۲۴/۸ ± ۳/۵	۲۳/۷ ± ۴/۰	** < ۰/۰۰۱	۲۷/۸ ± ۲/۲	۲۲/۹ ± ۳/۹	۲۲/۹ ± ۳/۹	مسئولیت سلامتی
	* ۰/۵۴۱	۱۹/۱ ± ۳/۸	۱۹/۲ ± ۴/۱	* < ۰/۰۰۱	۲۵/۵۸ ± ۳/۰	۱۸/۲ ± ۲/۷۰	۱۸/۲ ± ۲/۷۰	کنترل استرس
	* ۰/۲۸۴	۲۴/۲ ± ۳/۵	۲۴/۴ ± ۳/۹	* < ۰/۰۰۱	۳۱/۵ ± ۳/۲	۲۴/۰ ± ۳/۴	۲۴/۰ ± ۳/۴	روابط بین فردی
	** ۰/۲۸۹	۲۷/۸ ± ۴/۳	۲۸/۰ ± ۴/۶	** < ۰/۰۰۱	۳۳/۹ ± ۱/۵	۲۷/۵ ± ۴/۴	۲۷/۵ ± ۴/۴	رشد معنوی
	* ۰/۲۶۶	۱۳۸/۷ ± ۱۴/۸	۱۳۷/۷ ± ۱۶/۷	* < ۰/۰۰۱	۱۷۱/۹ ± ۷/۸	۱۳۳/۷ ± ۱۴/۰	۱۳۳/۷ ± ۱۴/۰	سبک زندگی کلی

\* تی زوجی \*\* ویلکسون

جدول ۴: مقایسه تفاوت میانگین نمرات ابعاد سبک زندگی گروه آزمون و شاهد، قبل و بعد از مداخله

نتایج آزمون تی مستقل	P-value	گروه شاهد		گروه آزمون		
		تفاوت میانگین	تفاوت میانگین	تفاوت میانگین	تفاوت میانگین	
	< ۰/۰۰۱	۰/۰۳ ± ۱/۶	۴/۸ ± ۳/۲	۴/۸ ± ۳/۲	۴/۸ ± ۳/۲	تغذیه
	< ۰/۰۰۱	۰/۴ ± ۱/۴	۷/۲ ± ۳/۱	۷/۲ ± ۳/۱	۷/۲ ± ۳/۱	فعالیت جسمانی
	< ۰/۰۰۱	۱/۱ ± ۱/۹	۴/۹ ± ۳/۵	۴/۹ ± ۳/۵	۴/۹ ± ۳/۵	مسئولیت سلامتی
	< ۰/۰۰۱	-۰/۱ ± ۰/۹	۷/۴ ± ۳/۳	۷/۴ ± ۳/۳	۷/۴ ± ۳/۳	کنترل استرس
	< ۰/۰۰۱	-۰/۳ ± ۱/۳	۷/۴ ± ۴/۱	۷/۴ ± ۴/۱	۷/۴ ± ۴/۱	روابط بین فردی
	< ۰/۰۰۱	-۰/۳ ± ۱/۷	۶/۴ ± ۴/۰	۶/۴ ± ۴/۰	۶/۴ ± ۴/۰	رشد معنوی
	< ۰/۰۰۱	۱/۰ ± ۴/۷	۳۸/۱ ± ۱۲/۴	۳۸/۱ ± ۱۲/۴	۳۸/۱ ± ۱۲/۴	سبک زندگی کلی

**بحث**

نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن است که سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت در گروه آزمون بعد از انجام مداخله در مقایسه با گروه شاهد ارتقاء یافته است. همسو با نتایج مطالعه حاضر، احمدزاده و همکاران (۱۳۹۴) بکارگیری ۸ جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه‌ای توسط همتا را در قالب سخنرانی، پرسش و پاسخ و بحث بر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت نوجوانان مؤثر دانستند (۱۹). همچنین مطالعه Tse و همکاران (۲۰۱۴) تأثیر آموزش همتا را بر ارتقاء رفتارهای خود مراقبتی سالمندان مؤثر ارزیابی کردند (۲۰). مغایر با نتایج مطالعه حاضر، صفا بخش و ناظم زاده (۱۳۹۲)، برگزاری ۳ جلسه آموزشی یک ساعته در ارتباط با تغذیه، فعالیت جسمانی و کنترل استرس و در قالب سخنرانی و پرسش و پاسخ، همراه با دفترچه آموزشی را در ارتقاء سبک زندگی دانش آموزان مؤثر ارزیابی نکردند (۲۱). البته از آنجا که واحدهای پژوهش این مطالعه نوجوانان بودند که عموماً از گروه‌های همسن و سال خود تبعیت می‌کنند، احتمال دارد که برنامه آموزشی بر بهبود عملکرد آنها اثرگذار نبوده. دلیل دوم هم می‌تواند مربوط به تعداد کم جلسات آموزشی باشد که برای اثرگذاری کافی نبوده است. Kronish و همکاران (۲۰۱۴) نیز، برگزاری جلسات آموزشی همتا در گروه‌های ۱۰-۸ نفره به مدت ۶ هفته، هر هفته یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت کارگاه و با شیوه‌های ایفای نقش و حل مساله را بعد از ۶ ماه بر رفتارهای پیشگیری کننده از حمله قلبی مؤثر دانستند (۲۲). دلیل غیرهمسو بودن نتایج این مطالعه با مطالعه حاضر می‌تواند ناشی از اختلاف در روند آموزش همتا و دوره پیگیری باشد. در زمینه بعد تغذیه، هم راستا با مطالعه حاضر، Glasson و همکاران (۲۰۱۲) اجرای یک جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه‌ای در قالب بحث گروهی توسط همتا را بر میزان مصرف میوه و سبزی مثبت ارزیابی کردند (۱۸). Bogart و همکاران (۲۰۱۴) نیز تأثیر اجرای مداخله آموزشی مشارکتی جامعه محور در قالب آموزش مولتی مدیا، آموزش همتا، تشویق و تنبیه دانش آموزان در زمینه رفتارهای پیشگیری از اضافه وزن و چاقی را بر رفتار تغذیه‌ای دانش آموزان مؤثر دانستند (۲۳) علاوه بر این مروتی و همکاران (۱۳۹۲) نیز با مطالعه حاضر در این زمینه همخوانی دارد (۷). مغایر با نتایج مطالعه حاضر در این زمینه، مطالعه Alpar و همکاران (۲۰۰۸) در زمینه ارتقاء سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت دانشجویان پرستاری در طول دوران ۴ ساله تحصیل، نشان دهنده مؤثر نبودن آموزش بر ارتقاء رفتار تغذیه‌ای بود (۲۴). شاید این مسأله بدین دلیل باشد که دانشجویان در طی دوره تحصیلی اختیار چندانی در رابطه با نوع غذاهایی که استفاده می‌کنند، ندارند.

در زمینه بعد فعالیت جسمانی، همسو با مطالعه حاضر، احمدزاده و همکاران (۱۳۹۴) برگزاری ۸ جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه‌ای توسط همتایان را بعد از گذشت ۲ ماه از اتمام مداخله بر میانگین نمره بعد فعالیت جسمانی سبک زندگی دانش آموزان مؤثر دانستند (۱۹). همچنین نتایج مطالعه Castro و همکاران (۲۰۱۱) نیز بر تأثیر مثبت رویکرد همتا بر ارتقاء فعالیت جسمانی دلالت دارد (۲۵) و Yan و Cardinal (۲۰۱۳) نیز در یک مطالعه مروری با بررسی مقالات مرتبط با کاربرد رویکرد همتا در زمینه فعالیت جسمانی، استفاده از این رویکرد را در ارتقاء فعالیت جسمانی مؤثر و مقرون به صرفه می‌دانند (۲۶).

مغایر با نتایج مطالعه حاضر در این زمینه، احمدی طباطبایی و همکاران (۱۳۹۱) تأثیر یک جلسه ۲ ساعته آموزش، به روش سخنرانی و ارائه پاورپوینت در زمینه فعالیت بدنی را بر آگاهی، نگرش و عملکرد کارکنان مراکز بهداشتی مؤثر دانستند (۲۷). همچنین نتایج مطالعه ابومقلی و همکاران (۲۰۱۰) نیز حاکی از آن است که با وجود ارتقاء سطح دانش و نگرش در زمینه فعالیت بدنی، عملکرد واحدهای پژوهش تفاوت معنی‌داری را در دو گروه مورد و شاهد نشان نداد (۲۸). البته نتایج دو مطالعه فوق با توجه به کاربرد شیوه تدریس سخنرانی به منظور تغییر رفتار و عملکرد چندان دور از انتظار نبوده است. در زمینه بعد مسئولیت سلامتی، در مطالعه حاضر میانگین نمرات هر دو گروه آزمون و شاهد نسبت به قبل مداخله افزایش معنی داری داشت که شاید بتوان این افزایش معنی دار را در گروه شاهد ناشی از کلاس‌های بیماری‌یابی سل دانست. هم راستا با نتایج مطالعه حاضر در زمینه تأثیر آموزش همتا، Boer و Planken (۲۰۱۰) اثربخشی ۱۰ دقیقه بحث و گفتگو پیرامون عوارض و معایب نوشیدنی‌های الکلی در قالب گروه‌های همتا بر کاهش مصرف نوشیدنی الکلی در میان نوجوانان، مؤثر ارزیابی کردند (۲۹). نوری سیستمی و مراقانی (۱۳۸۸) نیز، کاربرد آموزش همتا را در ارتقاء بهداشت بلوغ دختران، طی ۲ جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه‌ای و استفاده از روش‌های سخنرانی، بحث گروهی، ارائه پمفلت و پوستر مؤثر دانستند (۳۰).

مغایر با نتایج مطالعه حاضر، Mason-jones و همکاران (۲۰۱۱) اجرای ۱۸ ماه برنامه آموزش همتا را بر ارتقاء سلامت جنسی دانش آموزان آفریقای جنوبی مؤثر دانستند (۳۱). همچنین کیم و فری (۲۰۰۸) در مطالعه‌ای مروری، که به بررسی بیش از ۳۰ مقاله در ارتباط با تأثیر آموزش همتا بر رفتارهای پرخطر پرداخته بودند، بیان کردند؛ نتایج مطالعات در این زمینه متناقض بوده است (۳۲). البته دلیل این نتایج متناقض می‌تواند ناشی از روند اجرای متفاوت آموزش همتا و تفاوت فرهنگی در گروه‌های هدف مورد بررسی باشد. در زمینه بعد کنترل استرس، همسو با نتایج مطالعه حاضر، دهقانی و همکاران (۱۳۹۰) تأثیر یک برنامه آموزشی ۶ جلسه‌ای توسط گروه همتا را بر کاهش میزان استرس بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس مؤثر ارزیابی کردند (۳۳). همچنین Kravits و همکاران (۲۰۱۰) نیز در مطالعه‌ای تکنیک‌های آرام سازی را به منظور ارتقاء رفتار بهداشتی و کنترل استرس زنان بکار گرفتند که نتایج مطالعات نشان دهنده ارزیابی مثبت برنامه آموزشی پیرامون عوامل خطر استرس و تکنیک‌های آرام سازی بر مدیریت استرس بود (۳۴). مغایر با نتایج مطالعه حاضر، مطالعه صفابخش و ناظم زاده (۱۳۹۲) تأثیر یک جلسه ۶۰ دقیقه‌ای پیرامون استرس را بر مهارت کنترل استرس نوجوانان مؤثر ارزیابی نکردند (۲۱). از جمله دلایل غیر همسو بودن این مطالعه با مطالعه حاضر، می‌تواند ناشی از اختلاف در گروه هدف باشد چرا که دوره نوجوانی به دلیل بروز بلوغ جسمی، روانی و اجتماعی می‌تواند با استرس و اضطراب نیز همراه باشد. در زمینه بعد روابط بین فردی، همسو با نتایج مطالعه حاضر، مطالعه شریف و همکاران (۱۳۹۱) با هدف تأثیر آموزش همتایان بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان پس از جراحی انجام شد که نتایج نشان دهنده تغییرات آماری معنی دار در جهت افزایش عملکرد اجتماعی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد بود (۳۵). همچنین مطالعه احمدزاده و همکاران (۲۰۱۵) نیز در زمینه کاربرد

۴ مرکز و عدم امکان انتخاب گروه شاهدهی که در مدت مطالعه هیچ آموزشی را از جانب مراکز بهداشتی دریافت نکند.

### نتیجه گیری

امروزه شاهد قطع ارتباط روز افزون رابطین بهداشت با مراکز سلامت، به دلیل وجود نقاط ضعف در اجرای طرح رابطین بویژه در حیطه برنامه آموزشی هستیم، بنابراین به نظر می‌رسد طرح رابطین نیازمند استفاده از روش‌ها و رویکردهای نوین آموزشی بویژه روش‌های تعاملی با قابلیت اجرا در این گروه هدف به منظور یادگیری پایدارتر، می‌باشد که نتایج مطالعه حاضر نشان دهنده اثربخشی آموزش همتا در ارتقاء سبک زندگی رابطین بهداشت می‌باشد. بنابراین، با توجه به نقاط ضعف برنامه فعلی رابطین بهداشت، گسترش سبک زندگی ناسالم در سطح جوامع و اثربخشی آموزش همتا، با در نظر گرفتن شرایط اقتصادی، امکانات و شرایط فعلی از نظر کمبود پرسنل حرفه‌ای در مراکز بهداشتی، می‌توان از رویکرد آموزش همتا در کنار برنامه‌های آموزشی مراکز بهداشتی و دیگر روش‌های آموزشی به منظور مشارکت و فعالیت هرچه بیشتر رابطین بهداشت در جهت تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت جامعه بهره برد.

### سپاس‌گزاری

مطالعه حاضر در راستای پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی، مصوب کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد مورخ ۱۳۹۴/۰۳/۱۰ به شماره ۹۳۱۳۸۸ می‌باشد. لذا بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد به سبب حمایت مالی از این پژوهش، کلیه رابطین بهداشت شرکت کننده در مطالعه و همکاران مراکز بهداشتی درمانی مشهد که بدون کمک‌های ارزنده ایشان امکان اجرای این طرح میسر نبود، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

### تضاد منافع

لازم به ذکر است که مقاله فوق هیچ گونه تضاد منافی نخواهد داشت و نویسندگان مقاله هیچ گونه مشکلی در قرار گیری و ترتیب نامشان در مقاله ندارند.

### References

1. Sayed Nozadi M. Health & Disease. In: Hatami H, Razavi S, Eftekharardabili H, Majlesi F, editors. [Text Book of Public Health]. Tehran: Arjmand; 2013.
2. Valery PC, Ibiebele T, Harris M, Green AC, Cotterill A, Moloney A, et al. Diet, physical activity, and obesity in school-aged indigenous youths in northern australia. J Obes. 2012;2012:893508. DOI: 10.1155/2012/893508 PMID: 22720140
3. Tol T, Tavassoli E, Shariferad G, Shojaezadeh D. [The relation between health-promoting lifestyle and quality of life in undergraduate students at school of health, isfahan university of medical sciences, iran]. J Health Syst Res. 2011;74(4):442-8.
4. Habib SH, Saha S. Burden of non-communicable disease: global overview. Diabetes Metab Syndr Clin Res Rev. 2010;4(1):41-7.

آموزش همتا بر بهبود روابط بین فردی، با مطالعه حاضر هم خوانی دارد (۱۹).

مغایر با نتایج مطالعه حاضر، ساجدی و همکاران (۱۳۸۷) آموزش مهارت‌های زندگی را بر بهبود روابط بین فردی دانش آموزان دختر نابینا مؤثر ارزیابی نکردند (۳۶). البته یکی از دلایل آن می‌تواند اجرای مداخله در گروه نابینایان باشد چرا که ارتقاء مهارت‌های ارتباطی در این گروه با توجه به نابینایی بسیار دشوار است. در زمینه بعد رشد معنوی، مطالعات بسیار محدودی در زمینه تأثیر آموزش همتا صورت گرفته بود اما مطالعه کامیان و همکاران (۱۳۹۳)، از نظر تأثیر مثبت مداخله آموزشی بر ارتقاء سلامت روان و رشد معنوی با مطالعه حاضر همسو می‌باشد (۳۷). مغایر با نتیجه مطالعه حاضر، احمدزاده و همکاران (۱۳۹۴) کاربرد آموزش همتا را بر تمام رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت به جز رشد معنوی مثبت ارزیابی کردند البته مغایر با نتیجه مطالعه حاضر می‌باشد، یکی از دلایل آن، می‌تواند ناشی از گروه هدف متفاوت با میانگین سنی متفاوت باشد چرا که مطالعات نشان می‌دهد با افزایش سن تمایل افراد به معنویات افزایش می‌یابد (۱۹). همانطور که ملاحظه شد نتایج ضد و نقیض در ارتباط با تأثیر آموزش همتا بر سبک زندگی و یا مؤلفه‌های مرتبط با آن در مطالعات مختلف وجود دارد. علت این تفاوت می‌تواند ناشی از اختلاف در نحوه انتخاب آموزش دهنده همتا و روند اجرای مداخله باشد. بنابراین با توجه به اینکه مطالعاتی که از نظر روش کار به مطالعه حاضر نزدیکتر بودند، اثربخشی آموزش همتا را به دنبال داشتند؛ به نظر می‌رسد آنچه که در اثربخشی آموزش همتا حائز اهمیت است توجه به نکاتی از جمله: حضور داوطلبانه آموزش دهنده همتا، مشارکت پرسنل حرفه‌ای در توانمندسازی آموزش دهنده، استفاده از روش‌های مشارکتی و اجتناب از روش‌های توضیحی، تعدد جلسات آموزشی، برگزاری جلسات به صورت گروه‌های کوچک و مشارکت آموزش دهنده در انتخاب اعضای گروه در اجرای برنامه آموزش همتا می‌باشد. انجام پژوهش حاضر همانند پژوهش‌های دیگر، با محدودیت‌هایی ذیل مواجهه بوده است؛ سنجش تغییر رفتار مرتبط با سبک زندگی از طریق پرسشنامه، داشتن محدودیت زمانی ۳-۴ ماهه برای انجام مداخله، عدم امکان برگزاری دوره آموزشی آموزش همتا در خارج از مراکز بهداشتی، برگزاری مطالعه صرفاً در میان رابطین بهداشت

5. Sciences Tuom. Report of mortality in Iran Tehran Tehran university of Medical Sciences; 2014 [updated 2015; cited 2014 Oct 30]. Available from: [www.publicrelations.tums.ac.ir/files/neda/122\\_38.pdf](http://www.publicrelations.tums.ac.ir/files/neda/122_38.pdf).
6. Hosseini M, Yaghmaee F, Hosseinzade S, Alavimajid H, Sarbakhsh P, Tavousi M. [Psychometrics of the health-promoting lifestyle profile II in the clients of health care center]. Payesh 2012;11(6):849-56.
7. Morowati sharifabad M, Alizadeh M, Radkandi A, MozaffariKhosravi H, Fallahzadeh H, MomeniSarvestani M. [Comparison of the effect nutrition education by peers and health personnel on knowledge, attitude and nutritional indices of 18-35 years old women of Orumieh health care centers]. Toloo e Behdasht. 2012;11(1):54-64.



8. Harrison RA, McElduff P, Edwards R. Planning to win: Health and lifestyles associated with physical activity amongst 15,423 adults. *Public Health*. 2006;120(3):206-12. DOI: [10.1016/j.puhe.2005.08.021](https://doi.org/10.1016/j.puhe.2005.08.021) PMID: 16337980
9. Musarezaie A, MomeniGhaleghasemi T, Ebrahimi A, Karimian J. [The relationship between spiritual wellbeing with Stress, Anxiety, and some demographic variables in women with breast cancer referring to the specialized cancer treatment center in Isfahan, Iran]. *J Health Syst Res*. 2012;8(1):104-13.
10. Relationship. Relationship practice 2015 [updated 2016; cited 2015 Feb 20]. Available from: <http://www.ensani.ir/storage/Files/20121231092437-9561-9.pdf>.
11. Rafei Far S. [From health education to health] Tehran: Ministry of Health and Medical Education Center for health education; 2014 [updated 2014; cited 2006 Sep 20]. Available from: <http://phc.mui.ac.ir/sites/phc.mui.ac.ir/files/education.pdf>.
12. Bayati A, Eeshrati B, Jafari M. [Effect of first aid educational program in Health Volunteers, rescue method during disasters in Arak]. *J Arak Med Univ*. 2009;12(2):1-7.
13. Yarahmadi A, Rousta F. [Health-Promoting Lifestyle of women in pragnancingage]. *J Wom Dev And Polic*. 2014;11(4):543-58.
14. Bayati A, Ghanbari F, Shamsi M. [Exploration of the educational needs of health educators and health volunteer care communicators: A qualitative study]. *J Arak Med Univ* 2013;15(69):21-32.
15. Taghdisi M, Abolkheirian S, Hosseini F. [Effectiveness of education and its influential factors on empowerment of the health volunteers in the west of Tehran health center]. *Iran Occup Health*. 2011;8(2):24-30.
16. UNFPA. Y-Peer: peer education training of trainers manual 2014 [updated 2014; cited 2006 Oct 15]. Available from: <http://unfpa.org/adolescents/docs/ypeer-tot.pdf>.
17. Abedian Z, Kabirian M, Mazloum S, Mahram B. [Comparison of peer-led vs health provider-led self care education on severity of primary dysmenorrhea]. Mashhad: Mashhad University Of Medical Science; 2010.
18. Glasson C, Chapman K, Gander K, Wilson T, James E. The efficacy of a brief, peer-led nutrition education intervention in increasing fruit and vegetable consumption: a wait-list, community-based randomised controlled trial. *Public Health Nutr*. 2012;15(7):1318-26. DOI: [10.1017/S136898001200043](https://doi.org/10.1017/S136898001200043) PMID: 22314053
19. Ahmadi Zadeh Fini E, Madani A, Alizadeh A, Ghanbarnejad A, Aghamolaei T. [Effect of peer education on health promoting behaviors of junior high school students]. *Iranian J Health Educ and Health Promot*. 2015;3(2):105-15.
20. Tse MM, Lee PH, Ng SM, Tsien-Wong BK, Yeung SS. Peer volunteers in an integrative pain management program for frail older adults with chronic pain: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2014;15:205. DOI: [10.1186/1745-6215-15-205](https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-205) PMID: 24894436
21. Safabakhsh L, Nazemzade M. [The effect of health promotion education on high school students'lifestyle]. *Iranian J Med Educ*. 2013;13(1):58-65.
22. Kronish IM, Goldfinger JZ, Negron R, Fei K, Tuhim S, Arniella G, et al. Effect of peer education on stroke prevention: the prevent recurrence of all inner-city strokes through education randomized controlled trial. *Stroke*. 2014;45(11):3330-6. DOI: [10.1161/STROKE.AHA.114.006623](https://doi.org/10.1161/STROKE.AHA.114.006623) PMID: 25248910
23. Bogart LM, Cowgill BO, Elliott MN, Klein DJ, Hawes-Dawson J, Uyeda K, et al. A randomized controlled trial of students for nutrition and eXercise: a community-based participatory research study. *J Adolesc Health*. 2014;55(3):415-22. DOI: [10.1016/j.jadohealth.2014.03.003](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.03.003) PMID: 24784545
24. Alpar SE, Senturan L, Karabacak U, Sabuncu N. Change in the health promoting lifestyle behaviour of Turkish University nursing students from beginning to end of nurse training. *Nurse Educ Pract*. 2008;8(6):382-8. DOI: [10.1016/j.nepr.2008.03.010](https://doi.org/10.1016/j.nepr.2008.03.010) PMID: 18495538
25. Castro CM, Pruitt LA, Buman MP, King AC. Physical activity program delivery by professionals versus volunteers: the TEAM randomized trial. *Health Psychol*. 2011;30(3):285-94. DOI: [10.1037/a0021980](https://doi.org/10.1037/a0021980) PMID: 21553972
26. Yan Z, Cardinal BJ. Promoting Physical Activity Among International Students in Higher Education: A Peer-Education Approach. *Journal of Physical Education, Recreation & Dance*. 2013;84(1):35-40. DOI: [10.1080/07303084.2013.746151](https://doi.org/10.1080/07303084.2013.746151)
27. AhmadiTabatabaei S, Taghdisi M, Sadeghi A, Nakhaei N, Balali F. [The effect of education in physical activities on knowledge, attitude and behavior of Kerman health center's staff]. *J Res Health*. 2012;2:137-44.
28. Abu-Moghli FA, Khalaf IA, Barghoti FF. The influence of a health education programme on healthy lifestyles and practices among university students. *Int J Nurs Pract*. 2010;16(1):35-42. DOI: [10.1111/j.1440-172X.2009.01801.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2009.01801.x) PMID: 20158546
29. Planken M, Boer H. [Effects of a 10-minutes peer education protocol to reduce binge drinking among adolescent during holiday]. [Thesis of PHD ]. *J Alcohol Drug Educ*. 2010;54(2):35-52.
30. Noori Sistani M, Merghati Khoi A. [The impact of peer-based educational approaches on girls' physical practice of pubertal health]. *J Arak Med Univ*. 2010;12(4):113-29.
31. Mason-Jones AJ, Mathews C, Flisher AJ. Can peer education make a difference? Evaluation of a South

- African adolescent peer education program to promote sexual and reproductive health. *AIDS Behav.* 2011;15(8):1605-11. DOI: [10.1007/s10461-011-0012-1](https://doi.org/10.1007/s10461-011-0012-1) PMID: [21809049](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21809049/)
32. Kim CR, Free C. Recent evaluations of the peer-led approach in adolescent sexual health education: a systematic review. *Perspect Sex Reprod Health.* 2008;40(3):144-51. DOI: [10.1363/4014408](https://doi.org/10.1363/4014408) PMID: [18803796](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18803796/)
33. Dehghani A, Kermanshahi S, Memarian R. [The effect of peer group educational program on multiple sclerosis patients'level of stress]. *J Arak Med Univ.* 2012;15(65):17-26.
34. Kravits K, McAllister-Black R, Grant M, Kirk C. Self-care strategies for nurses: A psycho-educational intervention for stress reduction and the prevention of burnout. *Appl Nurs Res.* 2010;23(3):130-8. DOI: [10.1016/j.apnr.2008.08.002](https://doi.org/10.1016/j.apnr.2008.08.002) PMID: [20643322](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20643322/)
35. Sharif F, Absharshari N, Hazrati M, Tahmasebi S, Zare N. [The impact of peer education on quality of life in breast cancer patients after surgery]. *Payesh.* 2012;11(5):703-10.
36. Sajedi S, Atashpoor S, Kamkar M, Samsamshariyat M. [The effect of life skills training on interpersonal relationship, self-esteem and assertiveness of blind girl in the fatemeh Zahra institute of Esfahan]. *J Knowledge Res Appl Psychol.* 2009;11(39):14-26.
37. Kamian S, Taghdisi M, Azam K, Estebarsari F, Ranjbaran S, Geravand A. [Effectiveness of spiritual health education on increasing hope among breast cancer patients]. *Iranian J Health Educ and Health Prom.* 2014;2(3):208-14.