مقاله
پژوهشی

بررسی تاثیر آموزش توسط همتا بر بعد روانی کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون

الهام خوش رفتار رودی[1]، اسحق ایلدرآبادی[2]، حمیدرضا بهنام وشانی[3]، زهرا امامی مقدم[4*]

[1]دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
[2]دکترای پرستاری، استادیار دانشکده علوم پزشکی اسفراین، اسفراین، ایران.
[3]مربی گروه کودک و نوزاد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
[4]مربی گروه بهداشت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
[*]**نویسنده مسئول:** دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
پست الکترونیک: emamiz@mums.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: *با افزایش جمعیت سالمندان، اهمیت کیفیت زندگی در این گروه از افراد جامعه روز به روز اهمیت بیشتری می یابد. این مطالعه با هدف تعیین تاثیر آموزش توسط همتا بر بعد روانی کیفیت زندگی سالمندان در سال ۱۳۹۳ انجام شده است.*

مواد و روش کار: *این مطالعه از نوع نیمه تجربی است. افراد نمونه ۴۰ نفر بودند که به صورت تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند. پس از آماده کردن گروه همتا، ۴ جلسه آموزشی توسط همتا برای گروه مداخله در طی ۴ هفته برگزار شد. جهت سنجش کیفیت زندگی پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 قبل و ۱ ماه بعد از مداخله در هر دو گروه تکمیل شد. تجزیه و تحلیل با استفاده از نرم افزار آماری18 SPSS انجام شد.*

یافته ها: *میانگین نمره بعد روانی کیفیت زندگی بین دو گروه قبل از مداخله اختلاف آماری معنی داری نشان نداد. لیکن بعد از مداخله این تفاوت در میانگین نمره بعد روانی بین دو گروه معنادار شد ($p<۰/۰۵$).*

نتیجه گیری: *آموزش همتا باعث ارتقاء بعد روانی کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون گردید. لذا استفاده از این رویکرد آموزشی جهت بهبود و ارتقاءابعاد روانی کیفیت زندگی در سالمندان پیشنهاد می گردد.*

واژه های کلیدی: *همتا، کیفیت زندگی، سالمند، آموزش*

مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی سال ۹۴؛ دوره ۷ (۳): ۵۸۵-۵۹۵
Journal of North Khorasan University 2015;7(3):585-595

وصول: ۹۳/۱۱/۲۸
اصلاح: ۹۳/۱۲/۱۳
پذیرش: ۹۴/۸/۲۶

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

مقدمه

امروزه افزایش امید به زندگی و کاهش میزان باروری باعث افزایش سالمندان در سراسر جهان گردیده است به گونه ای که سالمند شدن جهان به یکی از مهمترین چالش های بهداشت عمومی در سال های کنونی تبدیل شده است [۱]. در واقع کاهش میزان مرگ و میر، ارتقا سطح سلامت جامعه و پیشرفت های چشمگیر در علوم پزشکی و بهداشتی، امید به زندگی را در جهان افزایش داده است [۲]. به طوری که سازمان ملل در سال ۲۰۰۹ تعداد کل سالمندان جهان را تقریبا ۷۳۷ میلیون، عنوان کرده است، پیش بینی می شود این تعداد در سال ۲۰۵۰ به ۲ بیلیون نفر خواهد رسید. در کشور ایران نیز بررسی ها و شاخص های آماری حکایت از رشد پرشتاب جمعیت سالمند دارد به طوری که افزایش سالانه جمعیت ایران ۱/۷٪ است که این رشد، برای جمعیت بالای ۶۰ سال ۲/۵٪ تخمین زده شده است [۵] و طبق سرشماری سال ۱۳۹۰ حدود ۸/۲٪ از جمعیت ایران را افراد بالای ۶۰ سال تشکیل می دهند [۳]. طبق آمارهای سال ۱۳۹۲، از جمعیت ۶ میلیونی خراسان رضوی، ۴۳۸ هزار و ۶۵۱ نفر را سالمندان تشکیل می دادند که بیش از ۴۹ درصد مرد و مابقی را جمعیت زنان تشکیل می دهد. از کل جمعیت حدود ۳ میلیون نفری مشهد در سال ۱۳۹۰، ۲۲۸ هزار و ۹۴۸ مرد و ۲۴۲ هزار و ۵۵۷ زن در گروه سالمندان دسته بندی می شوند. به این ترتیب بدیهی است که با مسن شدن جمعیت، اولویت موضوعات سلامتی جامعه نیز تغییر می کند و مشکلات مرتبط با افزایش سن اهمیت بیشتری در سیستم سلامت پیدا می کنند که از جمله این مشکلات، می توان به افزایش بیماری های مزمن در سالمندی اشاره کرد به طوری که در حال حاضر افزایش بار بیماری های مزمن مخصوصا در کشورهای در حال توسعه تهدید جدی در حوزه سلامت به شمار می رود [۴] از جمله بیماری های مزمن مهم و شایع سالمندی می توان به پرفشاری خون اشاره کرد. پر فشاری خون، مانند سایر بیماری های مزمن با شیوه زندگی، سلامت روانی و کیفیت زندگی بیماران ارتباط تنگاتنگی دارد و در صورت عدم کنترل به موقع و مناسب، به عوارض ناخوشایندی منجر می شود [۵]. نتایج تحقیقات نشان می دهد که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون اغلب پایین تر از حد انتظار است [۶، ۷، ۸]. کیفیت زندگی پایین باعث فرسودگی روانی، ترک شغل [۹] کاهش بهره وری [۱۰]، مشکلات روانی از قبیل افسردگی، اضطراب [۱۱]، کاهش عملکرد فیزیکی [۱۲] می شود. آهنگری و همکارانش (۱۳۸۶) در مطالعه ای نشان دادند که کیفیت زندگی در افراد مبتلا به فشارخون نسبت به افراد سالم، در سطح پایین تری قرار دارد و احتمالا به این علت است که پرفشاری خون در افراد نه تنها موجبات کاهش ظرفیت فیزیولوژیک و جسمی را فراهم می کند بلکه در ایجاد عوارض به عنوان یک عامل خطر و ایجاد مشکلات روحی نقش مهمی دارد [۱۳]. سایر دلایل پایین تر بودن کیفیت زندگی در افراد مبتلا به پرفشاری خون می تواند در این باشد که ابتلا به پرفشاری خون موجب ایجاد محدودیت های فراوان در رژیم غذایی، تغییر در انجام فعالیت های روزانه و فعالیت های ورزشی و تفریحی در این بیماران می شود و در کنار این محدودیت ها، عدم درمان قطعی بیماری و لزوم رعایت رژیم غذایی به صورت منظم و طولانی باعث ایجاد فشارهای روانی زیادی بر بیمار می شود که این مساله می تواند بر کیفیت زندگی فرد تاثیر منفی بگذارد [۱۴].

از طرف دیگر امروزه در اندازه گیری سلامت در نظر داشتن ابعاد چندگانه سلامتی و به بیان دیگر " کیفیت زندگی" بیش از پیش مطرح گردیده و اندازه گیری آن به عنوان پیامدی از سطح سلامت در حوزه علوم بهداشتی کاربرد گسترده ای یافته است [۱۵]. کیفیت زندگی دارای مفهومی نسبی، وسیع، چند بعدی و متاثر از زمان و مکان است و در برگیرنده ابعادی چون سلامت جسمی، سلامت روانی، شرایط اقتصادی، باورهای شخصی و تعامل با محیط است. سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را به مفهوم " درک هر فرد از موقعیت خود در زندگی با توجه به شرایط فرهنگی و نظام ارزشی- اجتماعی که در آن زندگی می کند" معنا می نماید و این درک به طرق مختلف تحت تاثیر وضعیت جسمانی، روانی، باورها، ارزش ها و ارتباطات اجتماعی فرد قرار می گیرد [۱۶،۱۷]. با توجه به نتایج مرور مطالعات کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون، پائین می باشد و باید در این زمینه اقدام اساسی و لازم صورت گیرد.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

آموزش به عنوان یکی از راه های انتقال مفاهیم، دستاوردهای جدید علوم و نتایج تلاش های علمی، توانسته گامی والا در راستای یادگیری و ارتقای عملکرد فراگیران در جامعه علمی داشته باشد.

امروزه جهت آموزش مسایل مربوط به پر فشاری خون در سالمندان از روش های مختلفی نظیر بحث گروهی، آموزش چهره به چهره استفاده می شود. اما با وجود کاربرد این روش ها، نتایج مطالعات بیانگر وجود کیفیت زندگی پایین در سالمندان مبتلا به پرفشاری خون است. بنابراین ضرورت استفاده از روش های آموزشی دیگر در این زمینه احساس می گردد.

آموزش همتا، فرایندی است که در آن افراد با انگیزه و خوب آموزش دیده، مسئولیت آموزش سازمان یافته یا محاوره ای را به همتایانشان به عهده می گیرند. این فرایند در جهت توسعه میزان آگاهی، نگرش، باورها و مهارت های افراد و توانمندسازی آنان برای قبول مسئولیت و حفاظت از سلامتی شان هدفمند شده است [۱۸،۱۹]. آموزش روش‌های پیشگیری از ایدز [۲۰]، رعایت رژیم غذایی [۲۱]، خودآزمایی پستان [۲۲] از جمله موضوعاتی هستند که در این زمینه مورد بررسی قرار گرفته که و با نتایج ضدونقیض در باره اثر آموزش توسط همتا در مقایسه با سایر گروه‌های آموزش دهنده همراه بوده است.

رویکرد آموزشی گروه همسالان از استراتژی های موثر تغییر رفتار است [۲۳]. همتا شخصی است متعلق به گروه اجتماعی یکسان، که این گروه اجتماعی می تواند از نظر سن، جنس، شغل، وضعیت اقتصادی-اجتماعی یا وضعیت سلامتی و سایر فاکتورها یکسان باشد.

گروه همتا بهتر می‌توانند همتایان خود را به انتخاب رفتارهای بهداشتی مناسب تشویق کنند. به خاطر اینکه آن‌ها قادر هستند نقاط ضعف، قوت و تجارب رایج و مشترک را به اشتراک بگذارند. بنابراین استفاده از تجارب این افراد برای ارائه یک برنامه آموزشی به سایر افراد همتای خودشان که دچار مشکل هستند می‌تواند در سازگاری با بیماری و کنترل هرچه بهتر بیماری مفید باشد [۲۴].

لذا با توجه به اهمیت نقش آموزش و مزایای آموزش همتا مبنی بر مسئول کردن افراد و افزایش استقلال در رفع نیازهای مربوط به خودشان و نیز مزایای اقتصادی و اجتماعی استفاده از گروه های همتا در آموزش مسائل مربوط به حوزه ارتقاء سلامت، و همچنین با توجه به اینکه گروه همتا تاکنون در سالمندان مبتلا به پرفشاری خون به کار گرفته نشده و با توجه به ماهیت مزمن بیماری فشارخون که می تواند باعث ایجاد اختلالات روانی از چمله اضطراب و افسردگی گردد، و می تواند در روحیه بیماران تاثیر گذار باشد، این سوال در ذهن پژوهشگر ایجاد شد که آیا استفاده از گروه همتا در آموزش می تواند بر ابعاد روانی کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون تاثر گذار باشد، بنابراین پژوهشگر بر آن شد تا مطالعه‌ای با هدف بررسی اثر آموزش توسط همتا بر بعد روانی کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به پر فشاری خون در شهر مشهد انجام دهد.

روش کار

پژوهش حاضر بخشی از یک مطالعه نیمه تجربی می باشد که به صورت قبل و بعد بر روی ۴۰ نفر از سالمندان مبتلا به پر فشاری خون مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی مشهد در سال ۱۳۹۳ صورت پذیرفته است. جامعه پژوهش را سالمندان مبتلا به پرفشاری خون مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد تشکیل می دهند. در این پژوهش حجم نمونه با استفاده از فرمول «مقایسه میانگین دو جامعه» استفاده شد.

به این ترتیب، پارامترهای میانگین و انحراف معیار از یافته‌های پژوهش زنده‌طلب استخراج گردید. بالاترین عدد به دست آمده مربوط به بُعد سلامت روحی و غیره ۱۱ بود. به منظور کاهش خطای نوع اول و دوم و همچنین با توجه به ریزش احتمالی، حجم نمونه نهایی مجموعاً ۴۰ نفر (۲۰ نفر در هر گروه) در نظر گرفته شد.

پژوهشگر پس از تایید پژوهش توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد و ارائه معرفی نامه کتبی از دانشکده پرستاری و مامایی مشهد و کسب مجوز از مرکز بهداشت استان، از بین مراکز شهرستان (۳،۲،۱، مرکز ثامن و ۵)، ۱ مرکز شهرستان را به طور تصادفی انتخاب و سپس از بین مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش مرکز شهرستان منتخب ۲ مرکز بهداشتی درمانی به صورت تصادفی انتخاب نمود. در مرحله بعد مراکز مورد نظر به طور تصادفی به ۲ گروه مورد مطالعه (آموزش توسط همتا

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

و گروه کنترل) تخصیص یافت (به منظور جلوگیری از سوگیری و محدودیت فضای آموزشی).

معیارهای ورود به مطالعه در این پژوهش شامل: تمایل به شرکت در مطالعه، سن ۶۰ سال و بالاتر، صحبت کردن به زبان فارسی ، عدم وجود اختلال بینایی و شنوایی، عدم ابتلا به اختلالات روانی، عدم وجود بیماری های ناتوان کننده مانند سرطان، عدم ابتلا به سوء مصرف مواد بود و معیارهای خروج از مطالعه واحدهای پژوهش شامل عدم تمایل به ادامه همکاری، ابتلا به یک بیماری حاد و بستری شدن در بیمارستان، غیبت بیش از یک جلسه در کلاس های آموزشی، تجربه بحران های اجتماعی و خانوادگی در زمان مطالعه و مرگ بود.

و معیارهای ورود داوطلب همتا شامل: جهت شرکت در مطالعه رضایت داشته باشد، ایرانی و ساکن مشهد باشد، شماره تلفن جهت تماس داشته باشد، حداقل سواد خواندن و نوشتن داشته باشد، سابقه پرفشاری خون داشته باشد و سالمند نیز باشد.و معیارهای خروج داوطلب همتا شامل بیشتر از یک جلسه در کلاس آموزشی غیبت داشته باشد،از ادامه شرکت در پژوهش منصرف شود، بود.

جهت رسیدن به اهداف پژوهش، این پژوهش در دو مرحله انجام شد. در ابتدا ۵ سالمند مبتلا به پرفشاری خون به عنوان آموزش دهنده همتا انتخاب شدند. انتخاب این همتایان بر اساس ویژگی هایی از جمله سازگاری بهتر برای کنترل بیماری، توانایی اداره جلسات، روابط اجتماعی مناسب و داشتن علاقه برای رهبری گروه بود. ویژگی های فوق توسط اساتید محترم راهنما و مشاور در افراد منتخب مورد تایید قرار گرفت.

سپس جهت آماده سازی آموزش دهنده همتا ۴ جلسه آموزشی توسط پژوهشگر مطابق با نیازهای افراد گروه آزمون برگزار گردید. در طی مراحل مختلف آموزش ۲ نفر از روند آموزش به دلایل مختلف حذف و ۳ نفر باقی ماندند. از بین ۳ نفر باقیمانده بر اساس مقیاس آموزش دهنده همتا ۲ نفر جهت آموزش دهنده همتا انتخاب شدند که ۱ نفر آن ها از ادامه کار منصرف و تنها ۱ نفر به عنوان آموزش دهنده همتا باقی ماند. سپس جلسات آموزشی برای گروه آزمون در قالب ۴ جلسه ۶۰-۴۵ دقیقه ای برگزار گردید. جلسات مورد نظر صرفا آموزشی نبود بلکه شامل پرسش و پاسخ و طرح دیدگاه های افراد در مورد رفع اشکال مربوطه نیز بود تا سالمندان بتوانند از نظرات و تجربیات یکدیگر استفاده نمایند. پس از اتمام کلاس ها، واحدهای پژوهش به مدت ۱ ماه تحت پیگیری قرار گرفتند و سپس پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی sf-36 توسط آنها مجددا تکمیل گردید.

که با انجام پیگیری لازم و بیان اهداف مطالعه به نمونه ها در حین مداخله هیچ کدام از نمونه ها دچار ریزش نشدند. جهت انجام مطالعه ابتدا از کلیه افراد دعوت شد تا در تاریخ معین به مراکز بهداشتی محل خود مراجعه نمایند سپس با توجیه افراد و بیان اهداف مطالعه و مدت زمان اجرای مطالعه از آنان رضایت کتبی جهت شرکت در مطالعه اخذ گردید و سپس پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی (SF-36) که توسط منتظری و همکاران [۱۶] در ایران بومی سازی شده و پایایی و روایی آن مورد تایید قرار گرفته است جمع آوری شد. در پژوهش ما نیز پایایی sf-36 محاسبه شد و بین ۰/۷۰ تا ۰/۹۴ با استفاده از آلفای کرونباخ بدست آمد.

در این پژوهش نیز شیوه زندگی سالم عبارت بود از اجرای برنامه تدوین شده سبک زندگی سالم که سبب تامین، حفظ و ارتقای سطح سلامت و رفاه در سالمندان مورد مطالعه گردد. برنامه شیوه زندگی سالم در دوران سالمندی که توسط پژوهشگر و با راهنمایی اساتید راهنما و مشاور تهیه شده بود. به واحدهای پژوهشی که در گروه آزمون بودند طی ۴ جلسه آموزشی ۱ ساعته ارائه گردید . در هر هفته ۱ جلسه برگزار شد (کلاس های آموزشی در شیفت صبح ساعت ۱۰-۹ در محل مراکز بهداشتی درمانی منتخب برگزار شده است). گروه کنترل آموزش های معمول در مرکز بهداشتی و درمانی را دریافت می نمودند و توسط پژوهشگر آموزشی به آنها داده نشد و سپس افراد گروه آزمون به مدت ۱ ماه پیگیری شده و در طی این مدت با در اختیار قرار دادن شماره تلفن آموزش دهنده به سوالات و ابهامات احتمالی نمونه ها پاسخ داده شده است. سپس در پایان ۱ ماه بعد از مداخله آموزشی به طور مجدد ارزشیابی با استفاده از همان پرسشنامه اولیه برای هر دو گروه انجام و نتایج با یکدیگر مقایسه شدند. و پس

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

ازآخرین مرحله جمع آوری داده ها به منظور رعایت اصول اخلاقی دفترچه آموزشی نیز در اختیار گروه شاهد قرار گرفت و در صورت نیاز به کلیه سئوالات گروه شاهد نیز پاسخ داده شد اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمو ن های آماری کای دو، تی زوجی و تی مستقل انجام گردید. از نظر آماری P کمتر از ۰/۰۵ معنادار تلقی گردید.

لازم به یادآوری می باشد در این مطالعه نتایج ابعاد سرزندگی و شادابی، عاطفی، اجتماعی و روانی تحت عنوان بعد روانی ارائه شده است.

یافته ها

از ۴۰ سالمند شرکت کننده در این پژوهش ۲۳ نفر زن (۵۷/۵٪) و ۱۷ نفر مرد (۴۲/۵٪) بودند.کمترین سن افراد شرکت کننده ۶۰ سال و بیشترین آن ۷۵ سال بود. میانگین سنی افراد شرکت کننده ۴/۱۰ ±۶۶/۷۷ بود. ۱۵ ٪ واحدهای شرکت کننده در این پژوهش دارای سواد خواندن و نوشتن، ۴۵٪ آنان دارای تحصیلات ابتدایی، ۳۵/۵٪ آنان سیکل و ۷/۵٪ آنان دیپلم بودند. ۶۷/۵٪ آنان متاهل، ۵٪ آنان مطلقه و ۲۵٪ آنان همسر مرده بودند. از نظر شغلی ۲۵٪ آنان بازنشسته، ۱۰٪ آنان کارگر، ۲۲/۵٪ آنان دارای شغل آزاد و ۴۲/۵٪ آنان خانه دار بودند. همسان بودن دو گروه به لحاظ جنسیت، وضعیت تاهل،

جدول ۱: مقایسه گروه ها از نظر بعد سرزندگی و شادابی کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله

مراحل ارزیابی	قبل از مداخله	بعد از مداخله	نتیجه آزمون درون گروهی	تفاوت دو مرحله
گروه ها	انحراف معیار±میانگین	انحراف معیار±میانگین		انحراف معیار±میانگین
آموزش توسط همتا	۵۱/۳±۷/۶	۵۳/۸±۵/۸	t=۲/۵۱ p<۰/۰۲	۲/۵±۴/۴
کنترل	۵۰/۸±۸/۵	۵۱/۲±۸/۴	t=۰/۸۱ p=۰/۴۳	۰/۵±۲/۸
نتیجه آزمون بین گروهی	t=۰/۵۶ p=۰/۳۶	t=۰/۷۳ p=۰/۱۸		t=۱/۹۳ p=۰/۰۶

جدول ۲: مقایسه ارزیابی گروه ها از نظر بعد اجتماعی کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله

مراحل ارزیابی	قبل از مداخله	بعد از مداخله	نتیجه آزمون درون گروهی	تفاوت دو مرحله
گروه ها	انحراف معیار±میانگین	انحراف معیار±میانگین		انحراف معیار±میانگین
آموزش توسط همتا	۵۴/۴±۱۳/۰	۶۰/۰±۸/۷	Z=۳/۰۰ p<۰/۰۰۳	۵/۶±۶/۴
کنترل	۶۳/۱±۱۸/۰	۶۳/۸±۱۷/۱	t=۱/۰۰ p=۰/۳۳	۰/۶±۲/۸
نتیجه آزمون بین گروهی	t=۱/۸ p=۰/۲۵	t=۱/۵۰ p=۰/۰۵		t=۳/۷۳ p<۰/۰۱

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

جدول ۳: ارزیابی گروه ها از نظر بعد عاطفی کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله

مراحل ارزیابی	قبل از مداخله	بعد از مداخله	نتیجه آزمون درون گروهی	تفاوت دو مرحله
گروه ها	انحراف معیار±میانگین	انحراف معیار±میانگین		انحراف معیار±میانگین
آموزش توسط همتا	۳۱/۷±۳۳/۳	۷۸/۳±۱۹/۶	Z=۲/۱۲ p<۰/۰۰۱	۴۶/۷±۲۹/۴
کنترل	۴۳/۳±۴۰/۷	۵۳/۳±۳۱/۳	t=۲/۱۲ p=۰/۱۲	۱۰/۰±۱۹/۰
نتیجه آزمون بین گروهی	t=۱/۰۴ p=۰/۳۹	t=۳/۷۰ p<۰/۰۱		t=۷/۳۶ p<۰/۰۰۱

جدول ۴: ارزیابی گروه ها از نظر بعد روان کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله

مراحل ارزیابی	قبل از مداخله	بعد از مداخله	نتیجه آزمون درون گروهی	تفاوت دو مرحله
گروه ها	انحراف معیار±میانگین	انحراف معیار±میانگین		انحراف معیار±میانگین
آموزش توسط همتا	۵۵/۶±۴/۱	۵۸/۵±۳/۸	t=۳/۱۹ p<۰/۰۰۵	۲/۹±۴/۰۱
کنترل	۵۲/۰±۸/۵	۵۲/۶±۷/۷	t=۱/۹۰ p=۰/۰۷	۰/۶۸±۴/۰
نتیجه آزمون بین گروهی	t=۲/۳۷ p=۰/۱۵	t=۴/۷۶ p<۰/۰۰۴		t=۲/۱۴ p=۰/۰۵

جدول ۵: ارزیابی از نظر ابعاد روانی کل کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله

مراحل ارزیابی	قبل از مداخله	بعد از مداخله	نتیجه آزمون درون گروهی	تفاوت دو مرحله
گروه ها	انحراف معیار±میانگین	انحراف معیار±میانگین		انحراف معیار±میانگین
آموزش توسط همتا	۴۹/۴±۱۵/۴	۶۰/۵±۱۱/۰	t=۷/۴۱ p<۰/۰۰۱	۱۱/۱±۷/۰
کنترل	۵۱/۳±۱۶/۰	۵۶/۱±۱۴/۶	t=۴/۶۳ p=۰/۰۷	۴/۸±۴/۶
نتیجه آزمون بین گروهی	t=۱/۱۰ p=۰/۵۱	t=۲/۹۵ p<۰/۰۵		t=۵/۹ p<۰/۰۱

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال با آزمون آماری کای دو و به لحاظ جنسی با آزمون آنالیز واریانس بررسی شد. تفاوت آماری معناداری از لحاظ این متغیرها در دو گروه مشاهده نشد.

برای بررسی تفاوت در ابعاد روانی کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون در دو گروه مورد مطالعه از آزمون آماری تی مستقل و تی زوجی استفاده شد.

نتایج آزمون نشان می دهد که قبل و بعد از مداخله بین دو گروه آزمون و شاهد تفاوت آماری معنی داری وجود ندارد. اما نتیجه آزمون درون گروهی(تی زوجی) نشان داد که در گروه آموزش توسط همتا قبل و بعد از مداخله تفاوت آماری معنی داری وجود دارد (P<۰/۰۲).

نتیجه آزمون تی مستقل نشان داد که قبل از مداخله بین دو گروه آزمون و شاهد تفاوت آماری معنی داری وجود ندارد، اما بعد از مداخله این تفاوت معنی دار شد (P=۰/۰۵).

نتیجه آزمون بین گروهی نشان می دهد که بین دو گروه آزمون و شاهد قبل از مداخله تفاوت آماری معنی داری وجود ندارد، در حالی که این تفاوت بین دو گروه بعد از مداخله از نظر آماری معنی دار شده است (P<۰/۰۱).

نتیجه آزمون تی مستقل نشان می دهد که بعد از مداخله بین دو گروه آموزش توسط همتا و گروه کنترل تفاوت آماری معناداری وجود دارد (P<۰/۰۰۴). همچنین نتیجه آزمون تی زوجی نشان داد که آموزش توسط همتا بر بعد روانی کیفیت زندگی موثر می باشد.

نتیجه آزمون بین گروهی بین دو گروه آزمون و شاهد قبل از مداخله تفاوت آماری معناداری را نشان نداد، در حالی که بعد از مداخله نتیجه آزمون تی مستقل معنادار می باشد (P<۰/۰۵). همچنین نتیجه آزمون تی زوجی در گروه آموزش توسط همتا قبل و بعد از مداخله معنادار می باشد (p<۰/۰۰۱).

بحث

این مطالعه با هدف تعیین تاثیر آموزش توسط همتا بر ابعاد روانی کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون انجام گردید. میانگین نمره کل ابعاد روانی قبل از مداخله بین دو گروه آزمون و کنترل تفاوت معناداری را نشان نداد. این در حالی است که رویکرد آموزشی گروه همتا باعث ایجاد تفاوت معنی داری در میانگین نمره کل ابعاد روانی کیفیت زندگی سالمندان بعد از مداخله گردید. از جمله در مطالعه ای که توسط تام [1] و همکاران به منظور حمایت همتا و ارتقا ی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز تحت درمان با داروهای ضد ویروس در ویتنام صورت گرفت، نتایج ارتقا ی معناداری درکیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز بعد از ۱۲ ماه در نتیجه آموزش و حمایت همتا در گروه مداخله نشان داد [۲۵].

نتایج مطالعه گارسوی [2] و همکاران نیز که به منظور بررسی تأثیر آموزش گروه همتا به دو شیوه فرد ی و گروهی بر دانش خود آزمایی پستان و اعتقادات بهدا شتی دانشجویان در ترکیه انجام شد، حاکی از تأثیر آموزش گروه همتا بر افزایش دانش خودآزما یی پستان و اعتقادات بهداشتی دانشجویان می باشد [۲۶]. در این مطالعه همچنین آموزش به شیوه گروهی توسط همتا (یک فرد همتا به یک گروه آموزش می دهد) تأثیر بهتری نسبت به آموزش به شیوه فردی توسط همتا (یک فرد همتا به یک فرد آموزش می دهد) داشته است. در پژوهش حاضر نیز از آموزش گروهی سالمندن مبتلا به پرفشاری خون توسط همتا (گروه های ۱۰ نفری که آموزش آنها توسط یک فرد همتا صورت می گرفت) استفاده گردید و نتایج به طور معناداری باعث بهبود وضعیت روانی سالمندان گروه آزمون در بعد از مداخله گردید که می تواند مؤید این باشد که در آموزش گروهی توسط همتا، بیماران تجارب و اطلاعات خودشان را با دیگر افراد گروه که هر کدام شرا یط متفاوتی را جهت سازگاری با بیماری تجربه کرده اند به اشتراک می گذراند و به نتیجه مطلوب تری می رسند.

همچنین در پژوهش حاضر آزمون آماری تی زوجی اختلاف معناداری بین میانگین نمره ابعاد روانی کل گروه مداخله قبل و بعد از مداخله نشان داد که خود نشان دهنده تأثیر آموزش گروه همتا بر بهبود وضعیت روانی سالمندان گروه مداخله که در جلسات آموزشی گروه همتا شرکت کرد ه اند، می باشد. دنیس [3] دلایل عمده تأثیر مداخله حمایتی گروه همتا بر کاهش علا یم افسردگی را

1 - Tam
2 -Gursoy
3 - Dennis

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

کاهش گوشه گیری و انزواطلبی بیماران، کاهش استرسور، افزایش به اشتراک گذاشتن اطلاعات مربوط به سلامت و خود مدیریتی، فراهم کردن الگوی مثبت و مؤثر و افزایش نقش خودمراقبتی بیماران می داند [۲۷]. نتایج پژوهش لیبرمن[1] نیز نشان می دهد که شرکت در برنامه آموزش همتایان منجر به بهبود عملکرد روانی اجتماعی درافراد مبتلا به سرطان پستان می گردد [۲۸]. در مجموع بیشتر مطالعات انجام شد ه در زمینه گروه همتا حاکی از تأثیر مثبت و سودمندی این روش آموزشی بوده است که احتمالاً به این دلیل باشد که بیماران به تجربیات افرادی که شرایطی مشابه با شرایط خودشان را داشته اند اطمینان بیشتری جهت مؤثر واقع شدن آنها دارند و این تجربیات را به کار می گیرند. از مزیت های پژوهش حاضر نسبت به سایر مطالعات در این زمینه شامل گزینش خوب گروه همتا به دلیل این که تجربیات بسیار مؤثری درباره شرایط بیماری خود داشتند و آن را به صورت ساده و مؤثر به بیماران همتای خود انتقال دادند، حجم نمونه مناسب، تخصیص تصادفی و همسان سازی، آماده سازی گروه همتا، همکاری و پیگیری خوب بیماران جهت به کارگیری تجربیات بود. محدودیت های این پژوهش شامل نوع شخصیت افراد، خصوصیات شخصیتی آنها در پذیرش موارد آموزشی و مسئولیت پذیری افراد در قبال سلامتی خود، حالات روحی نمونه های پژوهش در زمان برگزاری کلاس های آموزشی، روش نمونه گیری بیماران بود که موارد فوق از کنترل محقق خارج و در تعمیم نتایج به جوامع دیگر باید احتیاط نمود.

نتیجه گیری

در این پژوهش مشخص گردید که استفاده از گروه همتا و تجربیات این افراد به عنوان آموزش دهندگان برنامه آموزشی توانست ابعاد روانی کیفیت زندگی سالمندان را به طور معناداری بهبود بخشد. لذا استفاده از تجربیات افراد همتا و برخورداری از مزیت هایی مانند آموزش آسان، کم هزینه، مؤثر، مبتنی بر تجربیات زندگی شده و عدم نیاز به تجهیزات ویژه، جهت آموزش و به کارگیری در بیماران مبتلا به سایر بیماری های مزمن پیشنهاد می شود.

تشکر و قدردانی

نگارندگان این مقاله مراتب سپاس گزاری خود را از کلیه سالمندان شرکت کننده در مطالعه، همکاران مراکز بهداشتی درمانی مشهد ۳ که بدون کمک های ارزنده ایشان امکان اجرای این طرح میسر نبود اعلام می نمایند.

همچنین بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد به سبب حمایت مالی از این پژوهش قدردانی می گردد. این مقاله برگرفته شده از نتایج پایان نامه دوره کارشناسی ارشد با شماره طرح ۹۲۲۲۳۶ مصوب سال ۱۳۹۳ می باشد.

1 - Liberman

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

References

1. Salehi L, Selki S, Alizadeh L, Evaluation of health- related quality of life of elderly members aged care center in Tehran in 2009, Iranian Journal of Epidemiology 2012; 8(1): 14-20.[Persian]
2. Esmaeili Shahmirzadi S, Shojaeizadeh D, Azam K, Salehi L, Tol Azar, Moradian Sorkhkolaei M, The Impact of chronic diseases on The quality of life among the elderly people in the east of Tehran, Health Payavard 2012 Jul; 6(3): 225-35.[Persian]
3. Selection Census Result of population and Housing 2011, Tehran, Iran statistics Center: Office of the President , Public Relations and Iranian Cooperation ; 2012, Available from: http://www.amar.org.ir.
4. Morowati Sharifabad M, Rouhani Tonekaboni N, Social Support and self- care Behaviors in diabetic Pationts Referring to Yazd Diabetes Research Center, Tabib Shargh 2007;9(4):275-84.[Persian]
5. Roccella E, Kaplan N, Interpretation and evaluationof clinical guidelines, In: Izzo JL Jr, Black HR (editors): Hypertension Primer: The Essentialsof High Blood Pressure: Basic Science, Population Science and Clinical Management, Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2003. pp. 126-127.
6 . Beto JA, Bansal VK, Quality of life in treatment of hypertension, A met analysis of clinical trials, Am J Hypertens 1994; 7: 286-287.
7. Christensen BI, KockRow ED, Adult health nursing. St. Louis: Mosby; 2000؛: 287.
8. Rilli J. and L, Assessing and managing chronic heart failure. Prof Nurse 2001; 16: 1112-1115.
9.Taghavi S, [The effect of work quality of life on nurses activity], Homaye Salamat 2004; 8: 19.[Persian]
10. Brooks BA, Strofjell J, Omoike O, Ohlson S, Assessing the quality of nursing work life, Nurs Admin Quarter 2007; 31(2): 152.
11. Sbzmkan L, Hzavyy M, Rabii K, Hashemi H, Sadeghi M, the impact of education based on model (PRECEDE on depression and quality of life of patients, Monitor Quarter 2010; 8(1): 75- 84.
12. King MB, Whiple RH, Groman CA, Performanve enhancement progect: improving physical performance in older persons, Arc Phs Med Rehab 2003; 83(12): 1060-1069.
13. Ahangeri M,Kamali M, Arjmand M, [The effect of high blood pressure on quality of life in the elderly in Tehran City, J Elderly 2009; 3(7).[Persian]
14. American Heart Association, Heart attack and angina statistics, 2008: available from: http. wikipedia.org/wiki/Heart attack.
15. Montazari A, Gashtasbi A, Vahedy M, Translation, reliability and validity of the Persian standard tools SF-36, Payesh 2006; 5(1): 49-56.[Persian]
16. Ferrans CE, Powers MJ, Quality of life index: development and psychometric properties, ANS Adv Nurs Sci 2000; 8(1): 15-24.
17. Easom LR, Concepts in health promotion: Percived self- efficacy and barriers in older adults, J Gerontol Nur 2003;11-9.
18. UNFPA, Y-PEER:Peer Education Training of Trainers Manual: From theory to practice in peer education, [homepage on the internet]. 2006 [cited 2014 Oct 15] , Available from: http://www.unfpa.org/adolescents/docs/ypeer-tot.pdf
19. UNFPA,Peer Education Toolkit, 2006, Part 1: Y-PEER:Peer Education Training of Trainers Manual, Available from: http://www.unfpa.org/adolescents/docs/ypeer-tot.pdf. Accessed 3 Jan, 2009.
20. Azizi A, Amirian F, Amirian M, Effects of Peer Education, Education by Physician and Giving Pamphlets on HIV Knowledge in High School Students: A Comparative Study, Hayat 2008; 14(1): 5-12_[Persian]
21. Morowatisharifabad M, Alizadeh Mradkandi A, Mozaffari Khosravi H, Fallahzadeh H, Momeni Sarvestani 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, TB. 2012; 11 (1) :54-64.[Persian]

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

22. Akbarzadeh M, Zangiabadi M, Moattari M, "et al", Comparing the Effect of Teaching Breast Self-Examination by Peers and Health Care Personnel on Students Knowledge and Attitude, Iranian Journal of Medical Education 2009; 8 (2) :195-203[Persian].
23. Nouri Sistani M, Merghati Khoei E S, Taghdisi M H, Raising mothers' knowledge, attitude and behavior about maturity physical health of girls based on peer groups, J Babol University of Medical Sciences 2010; 11 (6): 33-39. [Persian].
24. Bleeker A. The Drug Stop Project (DSP): the development, implementation and evaluation of a drug and alcohol peer education project for young people, Presentation for the 2nd International Drugs and Young People Conference, Melbourne, Australia 2001; 4-6.
25. Tam V, Larsson M, Pharris A, Diedrichs B, Nguyen H, Nguyen C, Dang Ho P, Marrone G, Thorson A, Peer support and improved quality of life among persons living with HIV on antiretroviral treatment: A randomised controlled trial from north-eastern Vietnam, Health and Quality of Life Outcomes, 2012; 10(53): 1-21.
26. Gursoy AA, Yigitbas C, Yilmas F, The effect of peer education on university students' knowledge of breast self-examination and health beliefs, The Journal of Breast Health, 2009; 5(3): 135-140.
27. Dennis CL, Peer support within a health care context: a concept analysis, Int J Nurs Stud. 2003; 40(3): 321-32.
28. Liberman M, Glant J, Davis A, "et al", Electronic support group for breast carcinoma: a clinical trial effectiveness, Cancer 2003; 97: 920 -5.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

Original Article

The effect of peer education on the mental aspect of quality of life of elderly patients with hypertension

Khoshraftar Roudi E [1], Ildarabadi E[2], Behnam Voshani HR[3], Emami Moghaddam Z[4]

[1]Masters Student of education nursing, School of Nursing and MidwiferyMashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
[2]Assistant Professor and faculty member of Esfarayen School of medical sciences, Esfarayen, Iran.
[3]Instructor of Pediatric Nursing, Department of Pediatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
[4]Instructor of Nursing, Department of Health Nursing, School of Nursing and Midwifery , Mashhad Universityof Medical Sciences, Mashhad, Iran.
***Corresponding Author:** School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of MedicalSciences, Mashhad, Iran
Email: emamiz@mums.ac.ir

Abstract

Background & Objectives: *With the increasing elderly population, the importance of quality of life in this group of people is becoming more important. This study analyzes the impact of peer education on the mental aspect of quality of life in 1393 was carried out.*
Material & Methods: *This is quasi-experimental study. 40 subjects were randomly assigned to two groups. After the preparation of the peer group, 4 sessions held by the peer intervention group during 4 weeks. To assess the quality of life questionnaire SF-36 quality of life before and 1 month after intervention in both groups were completed. The analysis was performed using SPSS v18.*
Results: *Mean scores of psychological quality of life between the two groups before the intervention showed no significant difference. However, following the intervention of the difference in mean scores between the two groups were significant psychological dimension*
Conclusion:*Peer education, improve the quality of life of elderly patients with hypertension were mental. The use of this educational approach to improving the mental aspects of quality of life in the elderly is recommended.*
Key words:*peer, quality of life, aging, education*

Journal of North Khorasan University 2015;7(3): 585-595

Recivied: 17 Feb 2015
Revised: 4 Mar 2015
Accepted: 17 Nov 2015

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]