

The Effect of Peer Education on Health Promotion Behaviors of Nursing Students in Hamadan University of Medical Sciences

Roya Amini¹, Mehdi Maghsodi², Masoud Khodaveisi^{3*}, Ali Reza Soltanian⁴

1. Instructor, Faculty Member, Chronic Diseases (Home Care) Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
2. MSc, Department of Nursing & Midwifery, Student Research Committee, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
3. Associate Professor, Chronic Diseases (Home Care) Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
4. Associate Professor, Modeling of Noncommunicable Disease Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

Article Info

Received: 2017/08/10
Accepted: 2017/09/02
Published Online 2017/12/19

DOI: 10.30699/sjhnmf.26.1.11

Original Article

Use your device to scan and read the article online



Abstract

Introduction: Practicing health promotion behaviours is one of the best ways to maintain health. Modification of health promoting behaviors is essential for students and peer education can be an effective way. Therefore, the present study was conducted to evaluate the effect of peer education on nursing students' health promoting behaviors.

Methods: In this quasi-experimental study, 80 nursing and midwifery students were selected by convenience sampling method in 2016-2017. Data gathering tool was Pender Health Promotion Standard Questionnaire. Before education, health promoting behaviors were examined. Then, the first and second semester nursing students were educated in 4 sessions (each session was 1.5-hour), with lecture and peer education methods, respectively. Two months after education, post-test was done. The data was analyzed using statistical test by SPSS 16

Results: There were no significant differences between the two groups in terms of the mean score of health promotion behaviors ($P=0.29$) and their related dimensions including spiritual growth ($P=0.776$), responsibility ($P=0.44$), interpersonal relationships ($P=0.556$), stress management ($P=0.238$), exercise ($P=0.704$), and nutrition ($P=0.06$) before education. However, after education, the mean score of health promotion behaviors and their dimensions in the lecture group had a statistically significant increase compared to that of peer education group ($P < 0.001$).

Conclusion: The effectiveness of health promoting behaviors education in lecture group was more than peer group.

Keywords: Health Promotion, Health Behaviors, Education, Students

Corresponding Information

Masoud Khodaveisi, Associate Professor, Chronic Diseases (Home Care) Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. E-mail: khodaveisi@umsha.ac.ir, 081-3838015

Copyright © 2018, Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

How to Cite This Article:

Amini R, Maghsodi M, Khodaveisi M, Soltanian A R. The Effect of Peer Education on Health Promotion Behaviors of Nursing Students in Hamadan University of Medical Sciences. Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac. 2018; 26 (1): 11-18

تأثیر آموزش به روش همتا بر رفتارهای ارتقادهنده سلامت دانشجویان پرستاری

رویا امینی^۱، مهدی مقصودی^۲، مسعود خداویسی^{۳*}، علیرضا سلطانیان^۴

۱. مربی، هیئت علمی، مرکز تحقیقات مراقبت از بیماری‌های مزمن در منزل، گروه پرستاری بهداشت جامعه، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۲. دانش‌آموخته کارشناسی ارشد پرستاری بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۳. دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت از بیماری‌های مزمن در منزل، گروه پرستاری بهداشت جامعه، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۴. دانشیار، مرکز تحقیقات مدل‌سازی بیماری‌های غیرواگیر، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

چکیده	اطلاعات مقاله
مقدمه: از بهترین راه‌های حفظ سلامتی، انجام رفتارهای ارتقادهنده سلامت است. تصحیح این رفتارها در دانشجویان ضروری بوده و آموزش همتا می‌تواند از شیوه‌های تأثیرگذار آموزشی باشد؛ لذا مطالعه حاضر با هدف تأثیر آموزش به روش همتا بر رفتارهای ارتقادهنده سلامت دانشجویان پرستاری انجام شد.	تاریخ وصول: ۱۳۹۶/۰۵/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۶/۱۱ انتشار آنلاین: ۱۳۹۶/۰۹/۲۸
روش کار: در این مطالعه نیمه‌تجربی، ۸۰ نفر از دانشجویان ترم اول و دوم دانشکده پرستاری و مامایی در سال ۹۶-۱۳۹۵ به شیوه سرشماری انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه استاندارد مدل ارتقای سلامت پندر بود. قبل از آموزش رفتارهای ارتقادهنده سلامت بررسی شد. سپس دانشجویان ترم اول و دوم رشته پرستاری به ترتیب با روش سخنرانی و آموزش همتا طی ۴ جلسه ۱/۵ ساعته آموزش دیدند. دو ماه پس از اتمام آموزش، پس‌آزمون گرفته شد. داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شدند.	نویسنده مسئول: دکتر مسعود خداویسی، دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت از بیماری‌های مزمن در منزل، گروه پرستاری بهداشت جامعه، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
یافته‌ها: قبل از آموزش، دو گروه از نظر میانگین نمرات رفتارهای ارتقادهنده سلامت ($P=0/29$) و ابعاد مرتبط با آن شامل رشد معنوی ($P=0/776$)، مسئولیت‌پذیری ($P=0/440$)، روابط بین فردی ($P=0/556$)، مدیریت استرس ($P=0/238$)، ورزش ($P=0/704$)، تغذیه ($P=0/060$) بود، اختلاف معنی‌داری نداشتند؛ لیکن پس از آموزش، میانگین نمره رفتارهای ارتقادهنده سلامت و ابعاد آن در گروه آموزش سخنرانی نسبت به گروه آموزش همتا افزایش معنی‌دار آماری داشته است ($P<0/001$).	تلفن: ۰۸۱-۳۸۳۸۰۱۵۰
بحث: اثربخشی آموزش رفتارهای ارتقادهنده سلامت در دانشجویان پرستاری با روش سخنرانی بیشتر از آموزش به روش همتا بود.	پست الکترونیک: khodaveisi@umsha.ac.ir
واژه‌های کلیدی: ترویج بهداشت، رفتار بهداشتی، آموزش، دانشجویان	

مقدمه

ارتقای سلامتی شامل روابط بین فردی، مسئولیت سلامتی، رشد معنوی، مدیریت تنش، تغذیه و فعالیت فیزیکی است [۸]. اهمیت مقوله رفتارهای ارتقادهنده سلامت در تمامی سنین و از جمله جوانان و نوجوانان مطرح است [۱]. علی‌رغم اینکه افراد جوان در شکل گرفتن نسل آینده و ارتقای سلامت اجتماع نقش بسیار مهمی دارند، اما در تلاش‌های ارتقای سلامت در ایران و سراسر جهان به‌عنوان یک اولویت در نظر گرفته نمی‌شوند. یکی از دوره‌های حیاتی در جوانی، دوره دانشجویی است که به‌عنوان یک دوره انتقالی پویا شناخته شده است. در این دوره، افراد جوان با پیشرفت جسمی، روانی، اجتماعی و جنسی، به تدریج مسئولیت سلامتی‌شان را پذیرفته‌اند و در نتیجه بهترین زمان برای ایجاد رفتارهای سالم است [۹].

در بعد جهانی محققان نشان دادند که دانشجویان زیادی

امروزه تحقیقات نشان داده است که علت بسیاری از بیماری‌های مزمن، سبک زندگی و رفتارهای انسان است [۱]. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت (WHO)، ۸۰-۷۰٪ مرگ در کشورهای توسعه‌یافته و ۵۰-۴۰٪ مرگ در کشورهای کمتر توسعه‌یافته، با رفتارهای حفظ و ارتقادهنده سلامتی مردم، مرتبط است. همچنین بنا به گزارش همین سازمان، سالیانه دو میلیون مرگ، به دلیل کمبود فعالیت فیزیکی در جهان اتفاق می‌افتد [۲،۳]. انجام رفتارهای ارتقادهنده سلامت یکی از بهترین راه‌هایی است که مردم به کمک آن می‌توانند سلامتی خود را حفظ و کنترل کرده [۵]. [۴]، از بروز بیماری‌ها کاسته و میزان مرگ ناشی از بیماری‌ها را پایین آورند [۶]. در واقع ارتقای سلامت را فرایند قادرسازی افراد برای کنترل عوامل مؤثر بر سلامت خود و نهایتاً سلامت خود تعریف می‌کنند [۷]. شش جزء مهم شیوه زندگی

پرستاری ترم یک و دو شاغل به تحصیل در دانشکده پرستاری - مامایی در سال تحصیلی ۹۵-۹۶ بودند. روش نمونه‌گیری به صورت سرشماری بود. از معیارهای ورود به مطالعه، شرکت نکردن دانشجویان در کلاس‌ها یا دوره‌های آموزشی مرتبط با رفتارهای ارتقادهنده سلامت بود. همچنین منتخبین گروه همتا، می‌بایست داوطلب همکاری بوده، در کلاس مقبولیت داشته و ارتباط مناسبی با دیگر دانشجویان برقرار کنند. تمایل نداشتن به ادامه شرکت در پژوهش و شرکت نکردن دانشجویان در بیش از یک جلسه از جلسات آموزشی، از معیارهای خروج از مطالعه محسوب می‌شد. با توجه به معیارهای خروج از مطالعه و تمایل نداشتن یا شرکت نکردن دانشجویان در بیش از یک جلسه در کلاس‌های آموزشی، تعداد ۱۰ نفر از دانشجویان ترم یک و ۸ نفر از دانشجویان ترم دوم، حذف شدند؛ در نتیجه تعداد نمونه‌های پژوهش شده به ۸۰ نفر (۴۰ نفر در هر گروه) کاهش پیدا کرد.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل دو پرسش‌نامه دموگرافیک (سن، جنس، شغل والدین، تحصیلات والدین، محل سکونت) و پرسش‌نامه استاندارد مدل ارتقای سلامت پندر HPLP II (Health Promoting Life Style) بود. پرسش‌نامه مذکور، ارزیابی چندبعدی از رفتارهای ارتقای سلامت فراهم می‌کند. بدین ترتیب که فراوانی به‌کارگیری رفتارهای ارتقادهنده سلامت را در شش بُعد (رشد معنوی، مسئولیت‌پذیری سلامتی، روابط بین‌فردی، مدیریت استرس، فعالیت فیزیکی، تغذیه) اندازه‌گیری می‌کند. این پرسش‌نامه حاوی ۵۲ سؤال است و در مقابل هر سؤال ۴ پاسخ وجود دارد که به صورت هرگز (۱)، گاهی اوقات (۲)، معمولاً (۳) و همیشه (۴) نمره‌دهی می‌شود. محدوده نمره کل رفتارهای ارتقادهنده سلامت بین ۵۲ تا ۲۰۸ است. برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسش‌نامه، مجموع امتیازات همه سؤالات با هم جمع خواهند شد. در این پرسش‌نامه نمرات بالاتر نشانگر سبک ارتقای سلامت مثبت و نمرات پایین‌تر بیانگر سبک ارتقای سلامت منفی است. Cho و همکاران (۲۰۱۴) ضریب پایایی کل پرسش‌نامه را ارزیابی کرده و ضریب آلفای کرونباخ ابزار را، ۰/۹۴ گزارش کردند. همچنین آنها ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۰ را برای شش خرده‌مقیاس این آزمون محاسبه کردند [۱۷]. در ایران خصوصیات روان‌سنجی این پرسش‌نامه در پژوهش Mohammadi Zeidi و همکاران (۱۳۹۰) ارزیابی شد و ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۸۲ و برای زیر مقیاس‌ها از ۰/۶۴ تا ۰/۹۱ گزارش شد. در تحلیل عاملی تأییدی مدل شش عاملی، تعداد سه سؤال به دلیل بار عاملی پائین، از نسخه اصلی حذف شد؛ در نتیجه تعداد گویه‌های این مقیاس از ۵۲ به ۴۹ کاهش پیدا کرد [۱۸]. لذا با این تفاسیر حداقل و حداکثر نمره‌ای که هر پاسخگو می‌تواند از این مقیاس کسب کند بین ۴۹ تا ۱۹۶ است.

روش اجرای مطالعه بدین صورت بود که پس از انجام مطالعه مقدماتی و تصویب طرح، محقق به دانشکده پرستاری - مامایی دانشگاه علوم پزشکی همدان مراجعه کرده و پس از دادن توضیحات در خصوص اهداف، نحوه انجام و طول

در رفتارهای پرخطری مثل استعمال الکل، استفاده از تنباکو، نداشتن فعالیت فیزیکی، رژیم غذایی ناسالم درگیر می‌شوند [۱۰]. دانشجویان پرستاری به‌عنوان ارتقادهندگان سلامتی و ارائه‌دهندگان مراقبت حرفه‌ای، نقش کلیدی در ارتقای سلامت دارند و سبک زندگی آنها در فراهم کردن خدمات بهتر برای بیماران و مددجویان حائز اهمیت است. همچنین آنان که پرستاران آینده هستند، به دلیل سن کم، قابلیت انعطاف داشته و قادر به ایجاد تغییر در رفتار خود هستند [۱۱]. علی‌رغم اهمیت مسئولیت‌پذیری در زمینه حفظ سلامتی خود و دیگران، دانشجویان پرستاری مراقبت از سلامت خود را در آخرین اولویت قرار می‌دهند [۱۲]. با توجه به نامناسب بودن رفتارهای بهداشتی در دانشجویان و از جمله دانشجویان پرستاری، برای تصحیح رفتارهای ارتقادهنده سلامت، راهکار آموزش ضروری به نظر می‌رسد. در این راستا، برخی مطالعات نیز نشان داده‌اند که آموزش پرستاری با کاهش مصرف سیگار و افزایش به‌زیستی دانشجویان همراه بوده است [۱۲]. انتخاب روش آموزشی، اولین گام در فرآیند برنامه‌ریزی یک برنامه آموزشی است [۱۳]. یکی از روش‌های آموزشی، استفاده از آموزش به روش همتا است. همتای آموزش‌گیرنده می‌تواند با دیگر هم‌سالان خود ارتباط برقرار کرده، اطلاعات را به‌طور مؤثری انتقال داده و به‌صورت یک مدل در دسترس، روی افراد هم‌سن خود مؤثر باشد [۱۴]؛ چرا که در این روش با توجه به شناخت خوب هم‌سالان از محیط اجتماعی - فرهنگی یکدیگر، اطلاعات حساس راحت‌تر بین افراد هم‌سن‌وسال مطرح می‌شود. آموزش مذکور یکی از استراتژی‌های مؤثر بر تغییر رفتار بوده و در واقع نوعی آموزش است که در آن گروه‌های هم‌سال علاوه بر دریافت اطلاعات و مفاهیم مختلف بهداشتی، مهارت آموزشی فعال برای آموختن مطالب به دیگران را فرا می‌گیرند. در این رویکرد قدرت تفکر و خلاقیت افزایش می‌یابد و مشارکت همه‌جانبه آنها در مراحل برنامه‌ریزی، اجرا و حتی ارزشیابی شیوه‌های آموزشی مشاهده می‌شود [۱۵].

از آنجا که محور اساسی فعالیت پرستاران ارتقای سطح سلامتی جامعه است، می‌بایست برای پیشگیری از رفتارهای پرخطر در جامعه، به ایفای نقش‌های مهمی نظیر رفع تهدیدات سلامتی از جمله آموزش رفتارهای ارتقادهنده سلامت بپردازند [۱۶]. با توجه به شیوع رفتارهای پرخطر در دانشجویان و لزوم شناسایی و کنترل این رفتارها از سوی پرستار بهداشت جامعه و لزوم اهمیت نقش آموزشی آنان، انجام پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش به روش همتا بر رفتارهای ارتقادهنده سلامت دانشجویان پرستاری، ضروری به نظر می‌رسد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه مداخله‌ای نیمه‌تجربی دو گروهی به‌صورت قبل و بعد بود که به‌منظور تعیین تأثیر روش آموزش به شیوه همتا بر رفتارهای ارتقادهنده دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی همدان طراحی شد. جامعه پژوهش شامل کلیه دانشجویان کارشناسی

داده‌های مطالعه با توجه به اهداف مطالعه جمع‌آوری شد و با استفاده از نرم‌افزار آماري SPSS نسخه ۱۶ و روش‌های آمار توصیفی و آزمون‌های آماری از قبیل میانگین و انحراف معیار و جداول توزیع فراوانی و آزمون‌های t مستقل و t زوجی در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

از نظر سنی، بیشترین تعداد افراد شرکت‌کننده در گروه سخنرانی (ترم اول) در محدوده سنی کمتر از ۲۰ سال (۴۲/۵٪) و در گروه آموزش همتا (ترم دوم) در رده سنی ۲۰-۲۲ سال (۴۲/۵٪) قرار داشتند. آزمون آماری کای دو نشان داد که تفاوت آماری معناداری از نظر توزیع سنی در دو گروه وجود ندارد ($P=0/744$). غالب افراد شرکت‌کننده در هر دو گروه زن بودند. سطح تحصیلات اکثر مادران (۶۲/۵٪) در گروه سخنرانی و گروه آموزش همتا (۶۲٪)، زیر دیپلم بود. همچنین سطح تحصیلات اکثر پدران (۵۲/۵٪) نیز در گروه سخنرانی و گروه آموزش همتا (۵۰٪)، زیر دیپلم بود. از نظر وضعیت اشتغال، اغلب مادران (۸۷/۵٪) در هر دو گروه شاغل بودند ($P=0/369$). ۴۷/۵٪ از پدران در گروه سخنرانی، شغل آزاد داشتند. در حالی که در گروه آموزش همتا، ۱۷/۵٪ پدران کارمند یا بازنشسته (۱۷/۵٪) بودند (جدول ۱). میانگین سن مادران در گروه سخنرانی $47/53 \pm 4/45$ و در گروه آموزش همتا $46/13 \pm 7/59$ بود. همچنین میانگین سن پدران در گروه سخنرانی و آموزش همتا، به ترتیب $49/90 \pm 5/10$ و $51/97 \pm 6/30$ بود (جدول ۲). اغلب دانشجویان در هر دو گروه سخنرانی (۹۲/۵٪) و آموزش همتا (۸۰٪) در مناطق شهری سکونت داشتند. آزمون دقیق فیشر، اختلاف معنی‌داری را از نظر محل سکونت دانشجویان نشان نداد ($P=0/305$). در کل براساس اطلاعات مندرج در جداول شماره ۱ و ۲، دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک همسان بودند.

مدت آموزش، از دانشجویان رضایت‌نامه آگاهانه کتبی گرفته شد. تخصیص نمونه‌های مطالعه شده در دو گروه سخنرانی و آموزش همتا، به صورت تصادفی ساده انجام شد. در ابتدای مطالعه به هر دو گروه ابزار گردآوری داده‌ها که شامل پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک و پرسش‌نامه رفتارهای ارتقادهنده سلامتی (HPLP II) بود، داده شد. روش تکمیل پرسش‌نامه‌ها به صورت خودگزارشی بود. پس از جمع‌آوری اولیه پرسش‌نامه‌ها، مداخله آموزشی در دانشجویان ترم اول و دوم شروع شد. محتوی آموزشی، تعداد جلسات آموزشی (چهار جلسه ۱-۱/۵ ساعته) و تعداد دانشجویان در هر جلسه کلاسی (۱۱-۱۰ نفر) در دو گروه آموزشی کاملاً مشابه بود. با این تفاوت که دانشجویان ترم اول با روش سخنرانی و دانشجویان ترم دوم با روش آموزش همتا، آموزش دیدند. در دانشجویان ترم اول، کل کلاس به ۴ گروه ۱۰ نفره تقسیم شده و برای هر گروه ۴ جلسه ۱-۱/۵ ساعته، با شیوه سخنرانی از سوی محقق گذاشته شد. گروه همتا (از همکلاسی‌ها) به دانشجویان ترم دوم و با نظر محقق آموزش دادند. بدین ترتیب که ۵-۴ نفر از کسانی که بالاترین نمره ارزیابی را دریافت کرده و درعین حال علاقه‌مند به همکاری بودند و همچنین ویژگی‌هایی مثل مسئولیت‌پذیری، برقراری ارتباط مناسب و مقبولیت بین دانشجویان داشتند، انتخاب شدند. آموزش‌دهنده‌های همتا طی ۴ جلسه آموزش ۲-۱/۵ ساعته از سوی محقق آموزش دیدند. روش آموزش به صورت پرسش و پاسخ و بحث گروهی بود؛ علاوه بر آن به دانشجویان گروه همتا نیز جزوه‌های مصور آموزشی داده شد. پس از خاتمه دوره آموزش همتا، هریک از دانشجویان گروه همتا، به ۱۰ نفر از دانشجویان هم‌دوره خود طی ۴ جلسه ۱-۱/۵ ساعته با نظارت محقق آموزش دادند. بعد از گذشت دو ماه از اتمام جلسات آموزشی، هر دو گروه مجدداً پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند.

جدول ۱. توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک در دو گروه آموزش همتا و سخنرانی

آزمون آماری	سخنرانی		آموزش همتا		
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$X^2=0/053$ $P=0/818$	۳۷/۵	۱۵	۴۰	۱۶	جنسیت
	۶۲/۵	۲۵	۶۰	۲۴	زن
$X^2=1/396$ $P=0/845$	۶۲/۵	۲۵	۶۰	۲۴	زیر دیپلم
	۲۵	۱۰	۳۵	۱۴	دیپلم و فوق دیپلم
	۱۰	۴	۵	۲	لیسانس
$X^2=7/051$ $P=0/153$	۲/۵	۱	۲/۵	۱	فوق لیسانس و بالاتر
	۵۲/۵	۲۱	۵۰	۲۰	زیر دیپلم
	۳۰	۱۲	۳۵	۱۴	دیپلم و فوق دیپلم
$X^2=3/151$ $P=0/369$	۱۰	۴	۱۲/۵	۵	لیسانس
	۷/۵	۳	۲/۵	۱	فوق لیسانس و بالاتر
	۸۷/۵	۳۵	۸۷/۵	۳۵	خانه‌دار
$X^2=4/805$ $P=0/305$	۱۲/۵	۵	۱۲/۵	۵	شاغل
	۲۲/۵	۹	۱۷/۵	۷	کارمند
	۴۷/۵	۱۹	۵۰	۲۰	آزاد
	۲۵	۱۰	۱۷/۵	۷	بازنشسته
	۵	۲	۱۵	۶	سایر

جدول ۲. مقایسه میانگین و انحراف معیار دو گروه آموزش همتا و سخنرانی برحسب سن دانشجویان و والدین

متغیر	آموزش همتا		سخنرانی		آزمون آماری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
سن دانشجویان	۲۰/۷۲	۲/۰۱۳	۲۰/۷۸	۲/۲۹۳	U=-۰/۳۲۶ P=۰/۷۴۴
سن مادران	۴۶/۱۳	۷/۵۹	۴۷/۵۳	۴/۴۵	U=-۱/۵۰۹ P=۰/۱۳۱
سن پدران	۵۱/۹۷	۶/۳۰	۴۹/۹۰	۵/۱۰	U=۱/۶۸۹ P=۰/۰۹۱

جدول ۳. مقایسه میانگین رفتارهای ارتقادهنده سلامت و ابعاد آن در دو گروه آموزش همتا و سخنرانی پیش و پس از مداخله

ابعاد	گروه آموزشی	پیش از مداخله	پس از مداخله	آزمون آماری
رفتارهای ارتقادهنده سلامت	سخنرانی	۱۲۲/۱۲±۲۹/۷	۱۷۰/۳۳±۱۸/۳۷	P<۰/۰۰۱**
	همتا	۱۲۶/۲۵±۱۶/۴۷	۱۳۴/۲۵±۳۷/۶۱	P=۰/۱۸۷**
رشد معنوی	آموزش آماری	P=۰/۲۹۳*	P<۰/۰۰۱*	
	سخنرانی	۲۲/۰۲±۳/۹۱	۲۹/۸۰±۴/۳۹	P<۰/۰۰۱**
مسئولیت پذیری	همتا	۲۱/۹۰±۴/۵۲	۲۳/۵۲±۸/۱۹	P=۰/۲۰۴**
	آموزش آماری	P=۰/۷۷۶*	P<۰/۰۰۱*	
روابط بین فردی	سخنرانی	۳۴/۲۲±۸/۹۹	۴۹/۶۸±۷/۷۹	P<۰/۰۰۱***
	همتا	۳۵/۶۷±۷/۶۴	۳۸/۵۲±۱۲/۰۱	P=۰/۱۸۲***
مدیریت استرس	آموزش آماری	P=۰/۴۴۰***	P<۰/۰۰۱***	
	سخنرانی	۲۱/۸۵±۵/۷۶	۲۹/۳۷±۳/۸۰	P<۰/۰۰۱***
ورزش	همتا	۲۲/۵۲±۴/۳۷	۲۴/۳۰±۷/۴۵	P=۰/۲۰۳***
	آموزش آماری	P=۰/۵۵۶***	P<۰/۰۰۱***	
تغذیه	سخنرانی	۱۳/۳۰±۳/۲۷	۱۶/۸۵±۲/۳۴	P<۰/۰۰۱**
	همتا	۱۳/۳۵±۲/۹۹	۱۳/۸۰±۳/۷۰	P=۰/۵۵۶***
رشد معنوی	آموزش آماری	P=۰/۳۳۸*	P<۰/۰۰۱*	
	سخنرانی	۱۲/۳۵±۴/۸۹	۱۸/۵۲±۴/۸۱	P<۰/۰۰۱***
مسئولیت پذیری	همتا	۱۲/۷۵±۴/۴۸	۱۴/۹۷±۵/۴۹	P=۰/۰۶۱***
	آموزش آماری	P=۰/۷۰۴***	P=۰/۰۰۳***	
مدیریت استرس	سخنرانی	۱۵/۸۰±۴/۸۷	۲۲/۵۵±۴/۲۱	P<۰/۰۰۱**
	همتا	۱۷/۶۷±۳/۸۶	۱۶/۵۵±۶/۰۴	P=۰/۳۴۱**
آموزش آماری	P=۰/۰۶۰***	P<۰/۰۰۱***		

* آزمون من ویتنی ** آزمون کروسکال والیس *** آزمون تی مستقل **** آزمون تی زوج

معنی دار آماری را از نظر میانگین نمرات رفتارهای ارتقادهنده سلامت ($P=۰/۲۹۲$) و ابعاد رشد معنوی ($P=۰/۷۷۶$)، مسئولیت پذیری ($P=۰/۴۴۰$)، روابط بین فردی ($P=۰/۵۵۶$)، مدیریت استرس ($P=۰/۲۳۸$)، ورزش ($P=۰/۷۰۴$)، تغذیه ($P=۰/۰۶۰$) را نشان نداد، بدین معنی که میانگین نمرات دو گروه، قبل از آموزش مشابه بوده است؛ در حالی که پس از مداخله آموزشی، میانگین نمره رفتارهای ارتقادهنده سلامت و ابعاد آن در گروه آموزش سخنرانی افزایش معنی دار آماری نسبت به گروه آموزش همتا داشته است ($P<۰/۰۰۱$) که نشان دهنده تأثیر بیشتر آموزش در گروه سخنرانی است (جدول ۳).

بحث

هدف اصلی مطالعه حاضر، تعیین تأثیر آموزش به روش همتا بر رفتارهای ارتقادهنده سلامت دانشجویان پرستاری

براساس جدول ۳، میانگین رفتارهای ارتقادهنده سلامت در گروه سخنرانی، پیش و پس از آموزش، افزایش یافته که از نظر آماری این افزایش معنی دار نیز بوده است ($P<۰/۰۰۱$)؛ لیکن در گروه آموزش همتا، افزایش معنی دار آماری در میانگین نمره رفتارهای ارتقای سلامت مشاهده نشد ($P=۰/۱۸۷$). علاوه بر آن، ابعاد رفتارهای ارتقادهنده سلامت (رشد معنوی، مسئولیت پذیری، روابط بین فردی، مدیریت استرس، ورزش و تغذیه) در گروه سخنرانی، پیش و پس از آموزش افزایش معنی داری داشته ($P<۰/۰۰۱$)؛ در حالی که در گروه آموزش همتا، تفاوت بین میانگین نمرات ابعاد رشد معنوی ($P=۰/۲۰۴$)، مسئولیت پذیری ($P=۰/۱۸۲$)، روابط بین فردی ($P=۰/۲۰۳$)، مدیریت استرس ($P=۰/۵۵۶$)، ورزش ($P=۰/۰۶۱$)، تغذیه ($P=۰/۳۴۱$) در دو مرحله پیش و پس از مداخله، معنی دار نبود. همچنین مقایسه دو گروه آموزش سخنرانی و آموزش همتا، در مرحله پیش از آموزش، اختلاف

مؤثرتر از روش سخنرانی بوده و در گروه همتا، آگاهی و اعتقاد بهداشتی بالاتری درباره خودآزمایی پستان نسبت به گروه سخنرانی وجود دارد [۲۵]. نتایج مطالعه Al-sheyab (۲۰۱۲) نیز نشان داد که آموزش همتا (آموزش دانش‌آموزان پایه ۱۱) خوردن به دانش‌آموزان پایه ۱۰-۸، سبب افزایش کیفیت زندگی، خودکارآمدی مقابله با مصرف سیگار و دانش خودمدیریتی آسم در دانش‌آموزان شده است [۲۷].

با مروری بر مطالعات می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که آموزش همتا روش مناسب آموزشی است که می‌تواند روی آگاهی، نگرش و رفتارها مؤثر باشد؛ علت ناهمخوانی مطالعه حاضر با مطالعات ذکرشده، می‌تواند مربوط به این نکته باشد که شاید دانشجویان گروه آموزش سخنرانی، نسبت به حضور در کلاس و مشارکت در بحث‌ها نسبت به گروه آموزش به شیوه همتا مقیدتر بوده و به همین دلیل میانگین نمره‌شان نسبت به گروه دیگر افزایش داشته است. همچنین شاید علت ناهمخوانی نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعات ذکرشده، به شرایط محیطی و فرهنگی القاکننده بایدها و نایدهای انتخاب رفتارها برگردد؛ به نحوی که هر نوع آموزشی چه از طریق گروه همسالان یا سایر روش‌ها، نتواند مسیر حاکم در انتخاب رفتارهای مرتبط با یک موضوع خاص را دگرگون کند و یا شاید نیاز به آموزش بلندمدت‌تر و یا سایر شیوه‌های آموزش باشد. علاوه بر آن هم‌راستا نبودن نتایج این مطالعه و مطالعات ذکرشده، می‌تواند این نکته را یادآوری کند که استفاده از گروه همتا باید بسته به محتوای موضوع آموزش باشد؛ چرا که احتمالاً استفاده از گروه مذکور به‌منظور پیشبرد اهداف آموزشی مسایل خاص از کارایی بیشتری برخوردار است.

برخی مطالعات نیز در کارایی روش آموزش همتا به‌صورت کامل تردید کرده‌اند که مطالعه حاضر تا حدودی هم‌سو با این مطالعات است. به‌عنوان مثال در مطالعه Akbarzadeh و همکاران (۲۰۰۹)، آموزش همتا سبب افزایش آگاهی دانشجویان در خصوص سرطان پستان و خودآزمایی شده بود؛ لیکن نگرش دو گروه از دانشجویان در پایان هفته ششم پس از آموزش نسبت به خودآزمایی پستان، تفاوت معنی‌داری نداشت [۲۸]. به نظر می‌رسد در مطالعه ذکرشده، آموزش همتا توانسته روی آگاهی تأثیرگذار باشد؛ در حالی که برای تغییر نگرش و رفتار، به تکرار آموزش‌ها یا افزایش تعداد جلسات و در کل زمان بیشتری نیاز بوده است. علاوه بر آن، تغییر در شیوه زندگی نیاز به فرصت‌های بیشتر، ایجاد انگیزه و امکانات لازم در جامعه دارد. همچنین در مطالعه Safabakhsh و همکاران (۲۰۱۳) نیز نشان داده شد که به‌کارگیری روش آموزش همتا، نمی‌تواند روی ابعاد رفتارهای ارتقادهنده سلامت دانش‌آموزان تأثیر بگذارد [۲۹] که نتایج مطالعه حاضر هم‌سو با مطالعه مذکور است. به نظر می‌رسد داشتن آگاهی برای تغییر در شیوه زندگی نوجوانان کافی نبوده و باید تدابیر دیگری برای تغییر رفتار اندیشید. تغییر در شیوه زندگی نیاز به فرصت‌های بیشتر، ایجاد انگیزه و امکانات لازم در جامعه دارد. هم‌راستا با مطالعات مذکور، Merakou و همکاران (۲۰۰۶) در مطالعه‌ای که با هدف سنجش تأثیر

دانشگاه علوم پزشکی همدان بود. براساس نتایج مطالعه، میانگین نمره رفتارهای ارتقادهنده سلامت و ابعاد آن (رشد معنوی، مسئولیت‌پذیری، روابط بین فردی، مدیریت استرس، ورزش و تغذیه) در دو گروه قبل از مداخله مشابه بوده است؛ اما پس از مداخله میانگین نمره رفتارهای ارتقادهنده سلامت و ابعاد آن در گروه آموزش سخنرانی افزایش معنی‌داری نسبت به گروه آموزش همتا پیدا کرد.

در ابتدای مطالعه میانگین نمره رفتارهای ارتقادهنده سلامت در گروه سخنرانی و آموزش همتا، در حد متوسط بود. می‌توان بیان کرد که این میانگین در حد قابل‌قبول و مناسب بوده و تا حد زیادی مشابه با میانگین نمره مطالعات Baghersad [۱۹] و Jalili و همکاران [۲۰] است. از بین شش حیطه رفتارهای ارتقادهنده سلامتی، حیطه تغذیه و ورزش، پائین‌ترین نمره را در هر دو گروه به خود اختصاص دادند. نتایج مطالعه حاضر هم‌راستا با مطالعه Sheldon و همکاران (۲۰۰۸) در یونان است که در آن فقط ۲۰٪ از دانشجویان تغذیه مناسب داشتند [۲۱]. به‌علاوه در پژوهشی دیگر، ۸۴٪ از شرکت‌کنندگان در مطالعه، رفتار تغذیه‌ای ناسالم داشتند [۲۲]. همچنین Tamimi (۲۰۱۶) در مطالعه خود نشان داد که فقط ۲۰٪ دانشجویان تحت مطالعه آنها، دارای فعالیت فیزیکی مناسبی هستند [۲۳]؛ در حالی که در مطالعه Safabakhsh و همکاران (۲۰۱۳)، بالاترین نمره ابعاد رفتارهای ارتقادهنده سلامت دانش‌آموزان دبیرستانی، مربوط به ارتباطات بین فردی و پائین‌ترین نمره مربوط به مدیریت استرس بود [۲۹]. علت تفاوت در ابعاد مطالعات مذکور می‌تواند مرتبط با گروه سنی متفاوت نمونه‌های پژوهش‌شده باشد. در کل می‌توان این‌گونه نتیجه‌گیری کرد که با توجه به کسب میانگین پائین نمره در برخی از حیطه‌های رفتارهای ارتقادهنده سلامت، می‌بایست روی این موضوع به‌عنوان یک مشکل بهداشتی در جامعه تمرکز کرد.

در مطالعه حاضر دو گروه از نظر نمره رفتارهای ارتقادهنده سلامت و ابعاد آن پیش از آموزش مشابه بودند؛ اما پس از آموزش در گروه سخنرانی، میانگین نمره کل و ابعاد آن، افزایش یافت. نتایج مطالعه حاضر با برخی مطالعات تفاوت داشته است. نتایج مطالعه Madani و همکاران نشان داد که میانگین نمره رفتارهای ارتقادهنده سلامت دانش‌آموزان مدارس راهنمایی، در گروه مداخله که از سوی هم‌تایان طی دوره دو ماهه آموزش دیده بودند، نسبت به گروه شاهد که آموزشی دریافت نکرده بودند، افزایش داشته است [۲۴]. در مطالعه Ayaz و همکاران (۲۰۱۵) نیز نشان داده شد که آموزش همتا در مقایسه با روش سخنرانی، سبب افزایش میزان آگاهی دانش‌آموزان آنکارایی شده است [۲۵]. در مطالعه نیمه‌تجربی که از سوی Mash و همکاران (۲۰۱۲) انجام شد، نتایج نشان داد که به‌کارگیری از پتانسیل نوجوانان جنوب آفریقا و جلب همکاری آنان برای شرکت در آموزش همتا، سبب ارتقای برخی رفتارهای پیشگیری‌کننده از ایدز در همسالان آنان شده است [۲۶]. علاوه بر آن، نتایج مطالعه Ayaz و همکاران (۲۰۱۵) در رابطه با دانشجویان کاراندیز دختر ترکیه نیز نشان داد که به‌کارگیری روش آموزش همتا

آموزش همتا نیز افزایش نسبی در رفتارهای ارتقادهنده سلامت وجود داشته؛ لیکن این افزایش معنی دار نبوده است. به نظر می‌رسد با فراهم آوردن امکانات، تشویق و نظارت بیشتر، بتوان در گروه تحت آموزش با شیوه همتا نیز به نتایج مناسب‌تری دست یافت.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد پرستاری سلامت جامعه مصوبه شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان مورخ ۹۵/۶/۲۳ با شماره طرح ۹۵۰۶۲۳۳۶۷۶ است. همچنین این طرح در کمیته اخلاق در پژوهش با شماره اختصاصی IR.UMSHA.REC ۱۳۹۵,۲۸۶ تأیید شده است. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند تا از معاونت محترم پژوهشی و اعضای محترم هیئت علمی گروه پرستاری بهداشت جامعه، کارکنان محترم اداره آموزش دانشکده پرستاری و مامایی و دانشجویان شرکت‌کننده در این پژوهش، کمال تشکر و قدردانی را داشته باشند.

تضاد در منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

استفاده از گروه همتایان بر پیشگیری از بیماری ایدز در شهر آتن انجام شد، تغییرات معنی‌داری را در مسئولیت‌پذیری، آگاهی و نگرش استفاده از وسایل پیشگیری مثل کاندوم در دو گروه مداخله نسبت به گروه کنترل گزارش نکردند [۳۰]. از طرفی Rossem و همکاران (۲۰۰۴) در مطالعه خود با هدف تعیین تأثیر آموزش همتایان بر اعتقادات هنجاری، درک خطر و رفتار جنسی نوجوانان در زامبیا به تفاوت معنی‌داری دست نیافتند [۳۱]. در مطالعه Farahani و همکاران (۲۰۰۴) نیز مقایسه دو گروه آموزشی هم‌سالان و گروه بزرگ‌سالان در دانش‌آموزان راهنمایی نشان داد دو گروه از نظر آگاهی و نگرش در پیشگیری از ایدز، تفاوت معنی‌داری با همدیگر نداشته و مشابه با یکدیگر هستند [۳۲]. با توجه به نتایج متفاوت مشاهده‌شده، به نظر می‌رسد به مطالعات بیشتری در این راستا، نیاز است.

نتیجه‌گیری

نتایج این تحقیق نشان داد که روش آموزش سخنرانی روش مناسب‌تری برای بهبود رفتارهای ارتقادهنده سلامت و ابعاد آن (رشد معنوی، مسئولیت‌پذیری، روابط بین فردی، مدیریت استرس، ورزش و تغذیه) نسبت به روش آموزش همتا در دانشجویان پرستاری است. هرچند که در گروه

References

- Shaban M, Mehran A, Taghlili F. Relationship between perception of health concept and health promoting behaviors: A comparative study among Tehran university medical and non-medical Students. *Journal of hayat*. 2007;13(3):27-36.
- Kirag N, Ocaktan EM. Analysis of health promoting lifestyle behaviors and associated factors among nurses at a university hospital in Turkey. *Saudi Med J*. 2013;34(10):1062-7. PMID:24145942
- Musavian AS, Pasha A, Rahebi SM, Atrkar R, A. G. Health promoting behaviours among adolescents: A cross-sectional Study. *Nursing and Midwifery Studies*. 2014;3(1):1-7. <https://doi.org/10.17795/nmsjournal14560>
- Motlagh Z, Mazloomi-Mahmoodabad S, Momayyezi M. Study of Health-promotion behaviors among university of medical science students. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 2011;13(4):29-34.
- Pesut B. Spirituality and spiritual care in nursing fundamentals textbooks. *Journal of Nursing Education*. 2008;47(4):167-73. <https://doi.org/10.3928/01484834-20080401-05> PMID:18468293
- Wang D, Ou C-Q, Chen M-Y, Duan N. Health-promoting lifestyles of university students in Mainland China. *BMC Public Health*. 2009;9(1):379. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-379> PMID:19814831 PMCid:PMC2763867
- Smith BJ, Tang KC, Nutbeam D. WHO health promotion glossary: new terms. *Health Promotion International*. 2006;21(4):340-5. <https://doi.org/10.1093/heapro/dal033> PMID:16963461
- Altun I. Effect of a health promotion course on health promoting behaviours of university students. 2008.
- Can G, Ozdilli K, Erol O, Unsar S, Tulek Z, Savaser S, et al. Comparison of the health promoting lifestyles of nursing and non-nursing students in Istanbul, Turkey. *Nursing & Health Sciences*. 2008;10(4):273-80. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2008.00405.x> PMID:19128303
- Peker K, Bermek G. Predictors of health-promoting behaviors among freshman dental students at Istanbul University. *Journal of Dental Education*. 2011;75(3):413-20. PMID:21368265
- Hosseini M, Ashktorab T, Taghdisi M. Health promotion lifestyle in nursing students: a systematic review. *Journal of Health Promotion Management*. 2013;2(1):66-79.
- Hensel D. The relationships among health status, healthy lifestyles, and nursing self-concept among professional nurses: Walden University; 2008.
- Saffari M, Shojaeizadeh D, Ghofranipour F, Heydarnia A, A.H. P. *Health Education & Promotion*. 2014.
- Speizer IS, Magnani RJ, Colvin CE. The effec-

- tiveness of adolescent reproductive health interventions in developing countries: a review of the evidence. *Journal of Adolescent Health*. 2003;33(5):324-48. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(02\)00535-9](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(02)00535-9)
15. Jalilian F, Allahverdipour H, Moinei B, Moghimbeigi A, Barati M, MIRZAEI AM. Prevention of Anabolic Steroids Use Among Gym Users: Application of Peer Education Approach. 2011.
 16. abedi ha, rezazadeh m, dabirzadeh s. The Clinical Teaching Role of Nursing Teachers. *Iranian Journal of Medical Education*. 2002;2(2):43-7.
 17. Cho JH, Jae SY, Choo I, Choo J. Health promoting behaviour among women with abdominal obesity: a conceptual link to social support and perceived stress. *Journal of advanced nursing*. 2014;70(6):1381-90. <https://doi.org/10.1111/jan.12300> PMID:24847531
 18. Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. Reliability and Validity of Persian Version of the Health-Promoting Lifestyle Profile. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2012;21(1):102-13
 19. Baghersad Z, Shirazi M, Rasouli Z. Comparative study of health promoting behaviors among nursing, midwifery and operating room students in Nursing and Midwifery School of Isfahan University of Medical Sciences. 2016.
 20. Jalili Z, Nakhaee N, Hagh dust A, editors. Health promoting behavior and psychosocial health of Kerman University of Medical Science. *Persian Proceedings of the 3rd National Congress of collection of health education and health promotion Hamadan Univ Med Sci*; 2008.
 21. Scott-Sheldon LA, Carey KB, Carey MP. Health behavior and college students: Does Greek affiliation matter? *Journal of behavioral medicine*. 2008;31(1):61-70. <https://doi.org/10.1007/s10865-007-9136-1> PMID:17999173 PMCid:PMC2430938
 22. Quintiliani L, Allen J, Marino M, Kelly-Weeder S, Li Y. Multiple health behavior clusters among female college students. *Patient education and counseling*. 2010;79(1):134-7. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.08.007> PMID:19767168 PMCid:PMC5892440
 23. Tamimi H, Noroozi A. Determinants of Physical Activity in High School Girl Students: Study Based on Health Promotion Model (HPM). *Journal of Health*. 2016;6(5):527-37.
 24. Madani A, Alizade A, Ghanbarnejad A, Aghamolaei T. Effect of Peer Education on Health Promoting Behaviors of Junior High School Students. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2015;3(2):105-15.
 25. Ayaz S, Açıl D. Comparison of peer education and the classic training method for school aged children regarding smoking and its dangers. *Journal of pediatric nursing*. 2015;30(3):e3-e12. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2014.11.009> PMID:25613544
 26. Mash R, Mash RJ. A quasi-experimental evaluation of an HIV prevention programme by peer education in the Anglican Church of the Western Cape, South Africa. *BMJ open*. 2012;2(2):e000638. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000638> PMID:22505307 PMCid:PMC3329606
 27. Al-sheyab N, Gallagher R, Crisp J, Shah S. Peer-led education for adolescents with asthma in Jordan: a cluster-randomized controlled trial. *Pediatrics*. 2012;129(1):e106-e12. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-0346> PMID:22157137
 28. Akbarzadeh M, Zangiabadi M, Moattari M, Tabatabaei H. 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.
 29. Safabakhsh L, Nazemzadeh M. The effect of health promotion education on high school students' lifestyle. *Iranian Journal of Medical Education*. 2013;13(1):58-65.
 30. Merakou K, Kourea-Kremastinou J. Peer education in HIV prevention: an evaluation in schools. *The European Journal of Public Health*. 2006;16(2):128-32. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cki162> PMID:16431871
 31. Agha S, Van Rossem R. Impact of a school-based peer sexual health intervention on normative beliefs, risk perceptions, and sexual behavior of Zambian adolescents. *Journal of adolescent health*. 2004;34(5):441-52. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(03\)00331-8](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(03)00331-8)
 32. Farahani FKA, Azar FE. Comparing the effect of peer-led versus adult-led AIDS education on knowledge, attitude and self-efficacy of female students in high schools in 4th region of education ministry in Tehran, using socio-cognitive theory, 2002-2003. *Journal of Reproduction & Infertility*. 2004;5(1).