Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing Original Article

Summer 2022, Volume 8, Issue 4 https://doi.org/10.22034/IJRN.8.4.18

Comparing the Effect of "Individual Education" and "Peer Education" on the Quality of Life of Hemodialysis Patients

Sahar Zonoori[1], Shahnaz Salawati Ghasemi[2], Mehdi Birjandi[3], Fatemeh Yarahmadi[4] *

1- Instructor, Department of Nursing, Boroujerd School of Nursing, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran.
2- Instructor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.
3- Assistant Professor, Department of Statistics and Epidemiology, School of Health, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran.
4- Instructor, Department of Nursing, Boroujerd School of Nursing, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran.

***Corresponding author:** Fatemeh Yarahmadi, Instructor, Department of Nursing, Boroujerd School of Nursing, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran.
Email: f.yarahmadi2005@gmail.com

Received: 2022/01/25 Accepted: 2022/05/11

Abstract

Introduction: Hemodialysis affects the health status and individual roles of patients and affects their quality of life. Therefore, it is important to investigate different educational methods to improve the quality of life of hemodialysis patients. This research was conducted with the aim of comparing the effect of individual and peer education on the quality of life of hemodialysis patients.

Methods: In this semi-experimental research, 32 hemodialysis patients from “Shahid Rahimi” and “Shohadaye Ashayer” educational centers of Khorramabad city were selected as available and then randomly divided into two individual and peer groups. After training the peers, 4 peer training sessions were conducted for the peer training group over the course of a month. Individual training was conducted by the researcher for 15 to 20 minutes in 4 sessions for one month. The data were collected before the intervention, immediately after the intervention and one month after the intervention using the questionnaire of demographic characteristics and quality of life index of France and Powers. Data analysis was done using chi-square test, Fisher's exact test and independent t test in SPSS software version 23.

Results: There was a significant difference between the average quality of life scores of the 2 groups of patients over time ($P<0.001$). Also, there was a significant difference between the average of all aspects of the quality of life of the patients in the group of individual education and peer education over time ($P<0.001$). These changes from the time before the intervention to immediately after the intervention were not significant ($P=0.45$). But one month after the intervention, there was a significant increase in the average quality of life score of peer education patients compared to individual education patients ($P=0.001$).

Conclusions: There was a significant difference between the average of all aspects of the quality of life of individual education and peer education patients over time. Therefore, using peer education as a cost-effective and accessible method can be effective in teaching hemodialysis patients.

Keywords: Education, individual education, peer education, quality of life, hemodialysis.

[Downloaded from mail.ijrn.ir on 2026-10-14]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.8.4.18]

نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری
مقاله پژوهشی

تابستان ۱۴۰۱، دوره ۸، شماره ۴

https://doi.org/10.22034/IJRN.8.4.18

مقایسه تاثیر «آموزش فردی» و «آموزش همتا» بر کیفیت زندگی بیماران تحت همو دیالیز

سحر ذوالنوری[۱]، شهناز صلواتی قاسمی[۲]، مهدی بیرجندی[۳]، فاطمه یاراحمدی[۴*]

۱- مربی، گروه آموزشی پرستاری، دانشکده پرستاری بروجرد، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم اباد، ایران.
۲- مربی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
۳- استادیار، گروه آموزشی آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.
۴- مربی، گروه آموزشی پرستاری، دانشکده پرستاری بروجرد، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.

*نویسنده مسئول: فاطمه یاراحمدی، مربی، گروه آموزشی پرستاری، دانشکده پرستاری بروجرد، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.
ایمیل: f.yarahmadi2005@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۲/۲۱

چکیده

مقدمه: همودیالیز وضعیت سلامت و نقش های فردی بیماران را تحت تاثیر قرار داده و بر کیفیت زندگی آنان تاثیرگذار است. بنابراین بررسی روش های مختلف آموزشی جهت بهبود کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی حائز اهمیت است. این پژوهش با هدف مقایسه تاثیر آموزش فردی و همتا بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی انجام شد.

روش کار: در پژوهش نیمه تجربی حاضر، ۳۲ بیمار همودیالیزی از مراکز آموزشی درمانی شهید رحیمی و شهدای عشایر شهر خرم آباد به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی ساده در دو گروه فردی و همتا قرار گرفتند. بعد از آماده کردن افراد همتا، چهار جلسه آموزشی توسط همتایان برای گروه آموزش همتا در طول یک ماه اجرا شد. آموزش فردی توسط پژوهشگر به مدت ۱۵ تا ۲۰ دقیقه در چهار جلسه طی یک ماه صورت گرفت. داده ها قبل از مداخله، بلافاصله بعد از مداخله و یک ماه پس از مداخله با استفاده از پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی و شاخص کیفیت زندگی فرانس و پاورس جمع آوری گردید. تحلیل داده ها با استفاده از آزمون آماری کای-دو، آزمون دقیق فیشر و آزمون آماری تی مستقل در نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ انجام گردید.

یافته‌ها: بین میانگین نمره کیفیت زندگی کل بیماران دو گروه در طول زمان تفاوت معنا داری وجود داشت (P<۰/۰۰۱). همچنین بین میانگین کلیه ابعاد کیفیت زندگی بیماران در گروه آموزش فردی و آموزش همتا در طول زمان تفاوت معنا داری وجود داشت (P<۰/۰۰۱). این تغییرات از زمان قبل از مداخله تا بلافاصله بعد از مداخله معنا دار نبود (P=۰/۴۵). . ولی یک ماه بعد از مداخله افزایش معناداری در میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران آموزش همتا در مقایسه با بیماران آموزش فردی وجود داشت (P=۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: بین میانگین کلیه ابعاد کیفیت زندگی بیماران آموزش فردی و آموزش همتا در طول زمان تفاوت معناداری وجود داشت. لذا استفاده از آموزش همتا به عنوان روش مقرون به صرفه و در دسترس می تواند در آموزش به بیماران همودیالیزی موثر باشد.

کلید واژه ها: آموزش، آموزش فردی، آموزش همتا، کیفیت زندگی، همودیالیز.

[Downloaded from mail.ijrn.ir on 2026-10-14]
[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.8.4.18]

مقدمه

امروزه با افزایش امید به زندگی، بیماری های مزمن به عنوان مشکل اساسی بهداشتی مطرح شده اند. بیماری نارسایی مزمن کلیه از جمله بیماری های مزمن است که باعث می شود فرد به خاطر وضعیت سلامت و بیماری پیوسته نقش یک بیمار را در زندگی ایفا کند (۱). بروز بیماری مزمن کلیوی در مناطق مختلف جهان متفاوت است اما به طور کلی بروز این بیماری در اغلب کشورها بیش از ۲۰۰ مورد در هر یک میلیون نفر در سال می باشد. شیوع بیماری مزمن کلیوی در بزرگسالان قاره آسیا ۱۳ درصد گزارش شده است. میزان شیوع بیماری مزمن کلیوی در ایران ۳/۱۰۸ در هر یک میلیون نفر است. از شایع ترین درمان ها برای کنترل علائم بیماری مرحله ی انتهایی بیماری کلیوی، همودیالیز است (۲). بیماران همودیالیزی با توجه به شرایط جسمی و روحی خاص بیمارشان مشکلات فراوانی را تجربه می کنند. آن ها غالبا نگران آینده غیر قابل پیش بینی بیماری خود هستند، اغلب شغل خود را از دست می دهند و دچار مشکلات مالی می گردند و همواره به دلیل بیماری مزمن دچار افسردگی و ترس از مرگ می شوند (۳). این عوامل کیفیت زندگی این بیماران را تحت تاثیر قرار می دهد.

هدف از مراقبت بیماران نارسایی مزمن کلیه نه تنها حفظ زندگی بلکه ارتقاء کیفیت زندگی می باشد. لذا ارزیابی کیفیت زندگی کمک می کند تا مشکلات این بیماران بطور بنیادی تری مورد توجه قرار گرفته و اطلاعات با ارزشی جهت برنامه ریزی مراقبت از این بیماران ارائه شود (۴). با توجه به اهمیت کیفیت زندگی و ماهیت مزمن و ناتوان کننده مرحله نهایی بیماری های کلیوی و نیاز بیماران به استفاده طولانی مدت از همو دیالیز و تاثیر بیماری و روش درمان بر کیفیت زندگی بیماران راهکارهای مختلفی جهت بهبود کیفیت زندگی مطرح شده است (۵) که یکی از این راهکارها آموزش می باشد. لذا لزوم آموزش برای بهبود کیفیت زندگی این بیماران کاملا ضروری به نظر می رسد (۶).

آموزش به بیمار فرآیندی است که فرصت های یادگیری را برای بیمار و خانواده در زمینه بیماری، درمان، مکانیسم های سازگاری و افزایش مهارت ها فراهم می کند. هدف از آموزش به بیمار دستیابی به تغییرات رفتاری از طریق ارائه دانش مناسب است (۷). آموزش چهره به چهره (انفرادی) آموزشی است که آموزش، توسط آموزش دهنده به صورت فردی ارائه می شود و فرصتی را فراهم می کند تا ایده ها و احساسات به صورت کلامی و غیر کلامی بین یاد گیرنده و یاد دهنده تبادل شود و روابط بین افراد را ارتقا دهد. در این روش آموزش دهنده می تواند فرصت یادگیری فعال را در شرایط واقعی در حالی که الگوی مطلوب و متناسب با خصوصیات فردی ارائه می دهد، مهیا سازد (۸). علی رغم مزایای متعدد آموزش انفرادی، وجود محدودیت هایی چون صرف وقت، هزینه و کمبود نیروی پرسنلی قابل توجه، عدم دستیابی به ساعات خالی، ضرورت اطلاعات زیاد در زمان محدود و اشکال در پیدا کردن محیط نسبتا آرام از معایب این روش است (۹). در این بین یکی از انواع روش های آموزش به بیماران آموزش همتا است که در تسهیل و پیشرفت بهداشت و ایجاد محیط مناسب برای یادگیری تاثیر دارد. هدف این نوع آموزش توسعه دانش، نگرش و ایجاد رفتارهای بهداشتی سالم به وسیله کسانی است که به طور تخصصی در آن مورد تربیت نشده باشند اما تجارب مشترکی دارند (۱۰). استفاده از روش آموزش توسط همتایان می تواند در رفع این مشکل مفید واقع شود و همتایان به عنوان یک واسطه بین بیمار و کارکنان درمانی عمل نمایند (۱۱). آموزش همتا نوعی حمایت بشر دوستانه بوده که با انواع روش های آموزش تفاوت زیادی دارد. در این روش افراد همتا بهتر می توانند با همتایان خود تعامل برقرار نموده و آن ها را ترغیب به انتخاب رفتارهای بهداشتی مناسب نموده و در این حالت وقتی افراد در می یابند که دیگران با آن ها نزدیکند و احساس شباهت می کنند اطلاعات همتایان را راحت تر و بهتر پذیرفته و رازهای خود را با آن ها در میان می گذارند (۱۲). در آموزش همتا، به علت عضویت همتا و بیمار در یک گروه، حس همدلی و هویت اجتماعی بالاتر رفته و موجب ارتقای دانش می گردد. اخیرا از این رویکرد در موارد گسترده تری مانند آرتریت، بیماری های قلبی، ایدز، سرطان پستان، سوختگی و دیابت و بسیاری از بیماری ها استفاده می شود (۱۳). لذا با توجه به کمبود پرستار در بخش های بیمارستان های کشور که به نظر می رسد وقت کافی برای برقراری ارتباط و آموزش به بیماران را ندارند، تربیت کردن همتایان در رفع این مشکل می تواند مفید باشد. با توجه به اینکه بیماری نارسایی مزمن کلیه و به دنبال آن همو دیالیز به عنوان یک بیماری مزمن و وضعیت ناتوان کننده در مراحل اولیه بیماری بر جنبه های

[Downloaded from mail.ijm.ir on 2026-10-14]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.8.4.18]

مختلف کیفیت زندگی تاثیر می گذارد و این بیماران آگاهی کافی در مورد رژیم غذایی، تحرک و فعالیت و .... ندارند و اینکه تاکنون در ایران، تاثیر آموزش همتا بر کیفیت زندگی بیماران نارسایی مزمن کلیه مورد توجه پژوهشگران قرار نگرفته است و از سوی دیگر به نظر می رسد همتایان به دلیل داشتن تجربه ای مفید در ارتباط با بیماری بتوانند با بیان تجربیات قبلی و موفق خود سهم بزرگی در افزایش کیفیت زندگی و به دنبال آن افزایش توان بیماران برای خود مراقبتی داشته باشند، پژوهش حاضر با هدف مقایسه تاثیر آموزش فردی و آموزش همتا بر کیفیت زندگی بیماران همو دیالیزی شهر خرم آباد در سال ۱۳۹۹-۱۳۹۸ انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی است. در پژوهش حاضر، جامعه آماری شامل کلیه بیماران تحت همودیالیز مراجعه کننده به مراکز آموزشی درمانی شهدای عشایر و شهید رحیمی شهر خرم آباد در سال ۱۳۹۹-۱۳۹۸ بود. برای تعیین تعداد نمونه، با لحاظ نمودن خطای اول α=۰/۰۵ و خطای نوع دوم β=۰/۰۲ تعداد نمونه در هر گروه ۲۹ نفر مشخص گردید و با توجه به ریزش احتمالی تعداد نمونه، نمونه ها در هر یک از گروههای آموزش فردی و همتا ۳۲ نفر در نظر گرفته شدند. برای تقسیم بیماران به ۲ گروه تحت آموزش فردی و آموزش همتا، با توجه به آنکه شهر خرم آباد تنها ۲ بخش همودیالیز در مراکز آموزشی درمانی شهدای عشایر و شهید رحیمی دارد به صورت تصادفی ساده یکی از مراکز به عنوان گروه تحت آموزش همتا و مرکز دیگر به عنوان گروه تحت آموزش فردی در نظر گرفته شد. از بین بیماران مراجعه کننده به مراکز مذکور به صورت نمونه گیری در دسترس در هر گروه ۳۲ بیمار مورد بررسی قرار گرفت. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن بین ۱۸ تا ۶۵ سال (۱۴) تمایل به شرکت در مطالعه، دارا بودن سواد خواندن و نوشتن، عدم ابتلا به اختلال روانی شناخته شده و داشتن سابقه همودیالیز بیش از ۶ ماه بود. معیار خروج شامل انصراف بیمار از ادامه همکاری، انتقال به مرکز دیگر و شرکت همزمان در پژوهش مشابه بود.

در پژوهش حاضر از ابزار های پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی و «شاخص کیفیت زندگی فرانس پاورس» (۱۵) استفاده شد. این شاخص توسط فرانس پاورس طراحی شده است پرسشنامه دارای ۶۸ عبارت در ۲ قسمت که سوالات هر دو قسمت مشابه یکدیگرند می باشد. ۳۴ عبارت اول رضایت بیماران و ۳۴ عبارت دوم میزان اهمیت را اندازه گیری می کند. این ابزار ۴ مولفه کیفیت زندگی که شامل: سلامتی و عملکرد، اقتصادی اجتماعی، روانی معنوی و خانوادگی را مورد سنجش قرار می دهد .پایایی ابزار به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با تعداد ۳۰ بیمار تحت همودیالیز که جز نمونه های پژوهش نبودند ۰/۷۲ برای کل کیفیت زندگی بدست آمد.

برای جمع آوری داده ها، معرفی نامه های لازم از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان کسب شد و سپس با هماهنگی با مسئولین مراکز آموزشی درمانی شهید رحیمی و شهدای عشایر ، اقدام به نمونه گیری و انجام مداخله شد. این پژوهش در ۲ مرحله صورت گرفت، مرحله اول انتخاب افراد همتا و آموزش آن ها و مرحله دوم انجام مداخله و جمع آوری داده ها در ۳ مرحله قبل، بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله بود. چهار بیمار همودیالیزی به عنوان افراد همتا انتخاب شدند. انتخاب این بیماران بر اساس ویژگی های آن ها که شامل: توانایی اداره جلسات، میل و رغبت درونی برای همکاری با پژوهشگر، برخورداری از کیفیت زندگی مطلوب و علاقمندی به آموزش گروه بود. ابتدا اهداف مطالعه برای بیماران بطور واضح شرح داده شد و رضایت کتبی آگاهانه از آنان اخذ گردید و با آن ها در مورد محرمانه ماندن اطلاعات اطمینان داده شد. شرکت در پژوهش برای تمامی نمونه ها کاملا اختیاری بوده و امکان خروج از مطالعه در هر زمان برای آن ها میسر بود. ۳ جلسه یک ساعته آموزشی توسط پژوهشگر برای ۴ نفر منتخب جهت آمادگی آن ها برای آموزش بیماران گروه آموزش همتا برگزار گردید. در مرحله مقدماتی همتایان به بیماران معرفی می شدند و اهداف جلسات ارائه می شد. سپس بیماران گروه آموزش همتا به ۴ گروه ۸ نفره جهت سهولت آموزش تقسیم شدند و سپس بطور تصادفی ساده به هر یک از گروه های ۸ نفره یک نفر از ۴ نفر منتخب جهت آموزش به آنان معرفی شد. محتوای جلسات در همه گروه ها یکسان و تعداد جلسات، ۴ جلسه ۳۵ دقیقه ای در طول یک ماه بود. در گروه آموزش فردی، پس از اعلام آمادگی از سوی بیمار و فراهم نمودن یک محیط راحت و آرام، پژوهشگر هدف از جلسه آموزشی را مطرح کرده، سپس توضیحاتی در رابطه با بیماری به مدت ۲۰-۱۵ دقیقه طی

[Downloaded from mail.ijm.ir on 2026-10-14]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.8.4.18]

۴ جلسه ارائه گردید. حین آموزش پرسش و پاسخ بین پژوهشگر و بیمار صورت گرفت. محتوای جلسات (آشنایی بیماران با یکدیگر و افراد همتا، اهداف جلسه، نیازهای بیماران نارسایی مزمن کلیه و همودیالیز، به اشتراک گذاشتن تجربیات در زمینه علائم و مشکلات بیماری و ....) آموزش فردی همانند آموزش در گروه آموزش همتا بود. مقیاس کیفیت زندگی قبل از انجام مداخله، بلافاصله پس از انجام مداخله و یک ماه بعد از انجام مداخله در هر دو گروه تکمیل گردید.

برای مقایسه ۲ گروه آموزش فردی و آموزش همتا از نظر متغیرهای جمعیت شناختی، زمینه‌ای و بالینی کیفی از آزمون آماری کای-دو و آزمون دقیق فیشر و از نظر متغیرهای جمعیت شناختی، زمینه‌ای و بالینی کمی از آزمون آماری تی مستقل استفاده شد. مقایسه ۲ گروه آموزشی از نظر کیفیت زندگی و ابعاد آن با استفاده از آزمون تی مستقل انجام شد. مقایسه هر گروه با خودش قبل از آموزش، بلافاصله پس از آموزش و یک ماه بعد از آموزش با استفاده از روش آماری تحلیل اندازه‌های تکراری انجام گردید. تحلیل داده ها با استفاده از نرم‌افزار اس پی اس اس نسخه ۲۳ و در سطح اطمینان ۹۵٪ انجام شد. این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوبه شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان با کد اخلاق IR.LUMS.REC.1398.140 می باشد.

یافته ها

تمامی افراد دو گروه این پژوهش تا پایان بررسی در مطالعه باقی ماندند و پرسشنامه ها در گروه آموزش فردی و آموزش همتا پاسخ داده شد و تجزیه و تحلیل شد. در هر دو گروه آموزش فردی و آموزش همتا، نیمی از بیماران مرد و نیمی زن بودند. همچنین این جدول نشان می‌دهد بیشتر بیماران در هر دو گروه متأهل، خانه‌دار، ساکن در شهر، دارای منزل شخصی و بیمه بودند. این جدول همچنین حاکی از آن است که بیشتر بیماران در گروه آموزش فردی تحصیلات خواندن و نوشتن و در گروه آموزش همتا تحصیلات در سطح دیپلم داشتند. بیشتر بیماران در هر دو گروه آموزش فردی و آموزش همتا از نظر اقتصادی درآمدشان کمتر از هزینه هایشان بود.

نتایج آزمون های آماری کای – دو و دقیق فیشر نشان داد بین ۲ گروه مورد مطالعه از نظر متغیرهای جنسیت، وضعیت تاهل، شغل، محل سکونت، تحصیلات، وضعیت اقتصادی، بیمه و مسکن تفاوت آماری معنا دار وجود ندارد ($P>0/05$). دو گروه از نظر این متغیرها همسان بودند. (جدول ۱).

جدول ۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای پژوهش برحسب متغیرهای جمعیت شناختی و زمینه‌ای کیفی درگروه آموزش فردی و همتا.

متغیرها	گروه‌ها	گروه آموزش فردی n= ۳۲		گروه آموزش همتا n= ۳۲		آماره آزمون	pvalue
		تعداد	درصد	تعداد	درصد		
جنسیت	مرد	۱۶	۵۰	۱۶	۵۰	----	----
	زن	۱۶	۵۰	۱۶	۵۰		
وضعیت تأهل	متأهل	۲۴	۷۵	۲۳	۷۱/۹	۰/۸۱**	۰/۸۳۷
	مطلقه	۲	۶/۲	۴	۱۲/۵		
	همسرفوت شده	۶	۱۸/۸	۵	۱۵/۶		
شغل	بیکار	۲	۶/۲	۲	۶/۲	۵/۳۲**	۰/۵۳۶
	آزاد	۲	۶/۲	۳	۹/۴		
	کارگر	۴	۱۲/۵	۹	۲۸/۱		
	کارمند	۵	۱۵/۶	۱	۳/۱		
	بازنشسته	۲	۶/۲	۱	۳/۱		
	خانه‌دار	۱۲	۳۷/۵	۱۲	۳۷/۵		
	سایر	۵	۱۵/۶	۴	۱۲/۵		
محل سکونت	شهر	۲۳	۷۱/۹	۲۵	۷۸/۱۰	۰/۳۳*	۰/۵۶۴
	روستا	۹	۲۸/۱۰	۷	۲۱/۹۰		

[Downloaded from mail.ijm.ir on 2026-10-14]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.8.4.18]

تحصیلات	خواندن نوشتن	۱۱	۳۴/۴	۹	۲۸/۱	۲/۹۱**	۰/۴۴۴
	زیردیپلم	۱۰	۳۱/۲	۸	۲۵		
	دیپلم	۶	۱۸/۸	۱۲	۳۷/۵		
	دانشگاهی	۵	۱۵/۶	۳	۹/۴		
وضعیت اقتصادی	دخل با خرج برابر	۱۱	۳۴/۴	۷	۲۱/۹	۳/۵۱**	۰/۱۳۶
	دخل بیشتر از خرج	۰	۰	۳	۹/۴		
	دخل کمتر از خرج	۲۱	۶۵/۶	۲۲	۶۸/۸		
بیمه	خدمات درمانی	۴	۱۲/۵	۱	۳/۱	۵/۱۸**	۰/۴۰۳
	تامین اجتماعی	۱۱	۳۴/۴	۸	۲۵		
	روستایی	۵	۱۵/۶	۶	۱۸/۸		
	نیروی مسلح	۱	۳/۱	۲	۶/۲		
	سایر بیمه ها	۱	۳/۱	۵	۱۵/۶		
	بیمه ندارد	۱۰	۳۱/۲	۱۰	۳۱/۲		
مسکن	استیجاری	۱۱	۳۴/۴	۵	۱۵/۶	۳/۰۰*	۰/۰۸۳
	شخصی	۲۱	۶۵/۶	۲۷	۸۴/۴		

جدول نشان می‌دهد که بیشتر بیماران در هر دو گروه آموزش فردی و آموزش همتا سابقه پیوند نداشتند. همچنین این جدول نشان می‌دهد بیشتر بیماران در هر دو گروه مبتلا به دیابت بودند. تعداد دفعات و مدت زمان دیالیز در هر جلسه بیشتر بیماران در هر دو گروه آموزش مورد مطالعه، دو بار در هفته و سه ساعت بود. سال‌های دیالیز بیشتر بیماران در گروه آموزش فردی۳-۵ سال و در گروه آموزش همتا ۲-۱ سال بود.

نتیجه آزمون آماری دقیق فیشر نشان داد بین ۲ گروه مورد مطالعه از نظر متغیرهای بالینی سابقه پیوند، علت نارسایی مرحله انتهایی کلیه، دفعات دیالیز، مدت زمان دیالیز در هر جلسه و سابقه دیالیز تفاوت آماری معنا دار وجود ندارد ($P>0/05$) و دو گروه از نظر این متغیرها همسان بودند. (جدول ۲)

جدول ۲. توزیع فراوانی مطلق ونسبی واحدهای پژوهش برحسب متغیرهای بالینی درگروه آموزش فردی و همتا

متغیرها	گروه‌ها	گروه آموزش فردی n= ۳۲		گروه آموزش همتا n= ۳۲		آماره آزمون	pvalue
		تعداد	درصد	تعداد	درصد		
سابقه پیوند	دارد	۸	۲۵	۸	۲۵	----	----
	ندارد	۲۴	۷۵	۲۴	۷۵		
علت نارسایی مرحله انتهایی کلیه	نمیدانم	۲	۶/۲	۲	۶/۲	۳/۶۹**	۰/۷۸۹
	فشار خون بالا	۷	۲۱/۹	۷	۲۱/۹		
	دیابت	۱۲	۳۷/۵	۹	۲۸/۱		
	کیستیک کلیه	۳	۹/۴	۴	۱۲/۵		
	گلومرولونفریت مزمن	۱	۳/۱	۲	۶/۲		
	پیلو نفریت	۲	۶/۲	۱	۳/۱		
	سایر	۵	۱۵/۶	۷	۲۱/۹		
دفعات دیالیز	یک بار در هفته	۰	۰	۱	۳/۱	۱/۱۰**	۰/۸۰۱
	دو بار در هفته	۱۹	۵۹/۴	۱۷	۵۳/۱		
	سه بار در هفته	۱۳	۴۰/۶	۱۴	۴۳/۸		

[Downloaded from mail.ijm.ir on 2026-10-14]

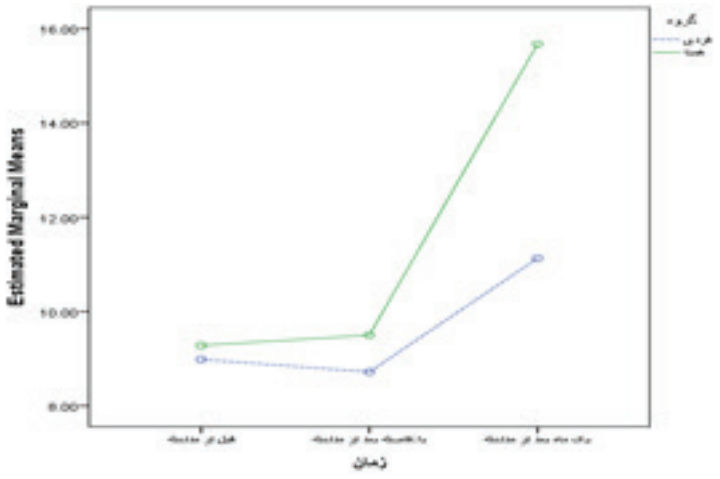
[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.8.4.18]

مدت زمان دیالیز در هر جلسه	۲,۵	۴	۱۲/۵	۰	۰	۴/۵۰**	۰/۱۱۶
	۳	۲۰	۶۲/۵	۲۰	۶۲/۵		
	۴	۸	۲۵	۱۲	۳۷/۵		
سابقه دیالیز (سال)	<۱	۳	۹/۴	۴	۱۲/۵	۷/۲۹**	۰/۰۶۲
	۱-۲	۹	۲۸/۱	۱۳	۴۰/۶		
	۳-۵	۱۶	۵۰	۶	۱۸/۸		
	>۵	۴	۱۲/۵	۹	۲۸/۱		

نتایج نشان داد که بین میانگین کلیه مؤلفه های کیفیت زندگی بیماران گروه آموزش فردی و همتا در طول زمان تفاوت معناداری وجود داشت (P<۰/۰۰۱). همچنین نتایج نشان داد که بین میانگین نمره کیفیت زندگی کل بیماران دو گروه در طول زمان تفاوت معنا داری وجود داشت (P<۰/۰۰۱). این تغییرات از زمان قبل از مداخله تا بلافاصله بعد از مداخله معنا دار (P=۰/۴۵) نبود. بلافاصله بعد از مداخله تا یک ماه بعد از مداخله افزایش معنا داری در میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران گروه آموزش همتا در مقایسه با بیماران گروه آموزش فردی وجود داشت. (P=۰/۰۰۱). (جدول ۳ و نمودار ۱).

جدول ۳. مقایسه میانگین نمره کل کیفیت زندگی و ابعاد ان در بیماران مورد پژوهش قبل، بلافاصله و یک ماه بعد از آموزش در ۲ گروه آموزش فردی و آموزش همتا

ابعاد / گروه	زمان ۱ انحراف معیار ± میانگین	زمان ۲ انحراف معیار ± میانگین	زمان ۳ انحراف معیار ± میانگین	P درون گروهی	P بین گروهی
آموزش فردی سلامتی و عملکرد	۸/۷۳ ± ۱/۸۹	۹/۱۳ ± ۳/۵۴	۱۱/۰۱ ± ۴/۲۶	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
آموزش همتا	۹/۳۷ ± ۱/۶۶	۹/۷۴ ± ۲/۹۲	۱۵/۳ ± ۳/۴۴	<۰/۰۰۱	
آموزش فردی خانوادگی	۹/۸۰ ± ۳/۱۶	۸/۳۱ ± ۴/۲۲	۱۱/۱۶ ± ۵/۶۱	۰/۰۱	<۰/۰۰۱
آموزش همتا	۸/۹۹ ± ۲/۴۹	۱۰/۳۰ ± ۳/۰۱	۱۶/۳۸ ± ۵/۳۰	<۰/۰۰۱	
آموزش فردی اقتصادی و اجتماعی	۹/۴۵ ± ۲/۵۸	۸/۵۶ ± ۴/۱۱	۱۱/۵۵ ± ۴/۶۷	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
آموزش همتا	۸/۸۵ ± ۲/۲۷	۹/۶۲ ± ۳/۹۱	۱۶/۱۵ ± ۴/۱۳	<۰/۰۰۱	
آموزش فردی روانی و معنوی	۸/۳۷ ± ۳/۶۳	۸/۳۶ ± ۴/۵۲	۱۰/۸۴ ± ۴/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۲
آموزش همتا	۹/۷۷ ± ۳/۳۸	۸/۲۷ ± ۴/۶۰	۱۵/۳۳ ± ۴/۷۹	<۰/۰۰۱	
آموزش فردی کیفیت زندگی کل	۸/۹۸ ± ۲/۱۴	۸/۷۱ ± ۳/۷۹	۱۱/۱۲ ± ۴/۳۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
آموزش همتا	۹/۲۸ ± ۱/۶۴	۹/۴۹ ± ۳ /۰۴	۱۵/۶۷ ± ۳/۴۱	<۰/۰۰۱	



نمودار ۱. نمره کیفیت زندگی بیماران گروه آموزش همتا در مقایسه با بیماران گروه آموزش فردی

[Downloaded from mail.ijrn.ir on 2026-10-14]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.8.4.18]

بحث

مطالعه حاضر با هدف مقایسه تاثیر آموزش فردی و آموزش همتا بر کیفیت زندگی بیماران تحت همو دیالیز انجام گرفت. بر اساس نتایج بین میانگین نمره کل کیفیت زندگی و تمامی ابعاد آن یک ماه پس از مداخله بین دو گروه آموزش فردی و آموزش همتا اختلاف معناداری وجود داشت. همچنین میانگین نمره کل کیفیت زندگی و ابعاد آن پس از مداخله در بیماران گروه آموزش همتا بیشتر از بیماران گروه آموزش فردی بود. پژوهش ها نشان داده شده است که در آموزش گروه همتایان فرد آموزش دهنده نسبت به آموزش گیرنده مهارت شناختی بیشتری دارد. به عبارتی در آموزش همتا، همتا با بیمار رابطه ی دوستانه تری دارد و تبادل اطلاعات با سهولت بهتری صورت می گیرد.

نتایج مطالعه زنده طلب تحت عنوان مقایسه دو شیوه آموزش فردی و گروهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس نشان داد که میانگین کیفیت زندگی در گروه فردی نسبت به آموزش گروهی افزایش معناداری داشته است (۱۶)، در حالی که نتایج مطالعه توفیقیان در سبزوار تحت عنوان تاثیر مشاوره فردی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد نشان داد که نمره کیفیت زندگی پس از مشاوره آموزشی در گروه مداخله و شاهد تفاوت معناداری نداشته است که با مطالعه حاضر همخوانی ندارد (۱۷). همسو با نتایج مطالعه حاضر، نتایج مطالعه محسنی خواه و همکاران نشان داد که میانگین نمرات کیفیت زندگی در گروه تحت آموزش همتا با گروه کنترل بعد از آموزش اختلاف معنی‌داری وجود داشت (۱۸). در مطالعه جانسون و همکاران، حمایت همتایان موجب بهبود کیفیت زندگی و کنترل متابولیک بیماران شده است که همسو با نتایج این مطالعه بود (۱۹). در خصوص یافته به دست آمده، از نتایج یک ماه بعد از اجرای برنامه مداخله، نمره کل میانگین کیفیت زندگی، در گروه همتا نسبت به فردی افزایش آمار معناداری داشت، نتایج مطالعه شریف و همکاران که با هدف ارزیابی تاثیر آموزش همتا بر کیفیت زندگی بیماران ماستکتومی در شیراز طی سه مرحله (قبل، بلافاصله و دو ماه بعد) انجام شد، نشان داد که بین نمرات کیفیت زندگی بیماران در مرحله قبل از آموزش همتا و بعد از آن در گروه مداخله تفاوت معنی داری وجود داشت (۲۰)، نتایج مطالعه ای که توسط شیب و همکاران به منظور بررسی تاثیر برنامه آموزشی همتا بر کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به آسم در استرالیا صورت گرفت، حاکی از تاثیر مثبت گروه همتا سه ماه بعد از مداخله بر کیفیت زندگی، میزان غیبت از مدرسه و عملکرد ریه نوجوانان مبتلا به آسم است (۲۱) در مطالعه دیگری که توسط ابراهیمی و همکاران با هدف بررسی تاثیر آموزش همتا بر کیفیت زندگی بیماران انفارکتوس میوکارد انجام شد، بعد از مداخله، میانگین نمره کیفیت زندگی در گروه آموزش همتا نسبت به گروه کنترل به طور معنی داری بیشتر بود (۲۲). نتایج مطالعه ای در امریکا با عنوان تاثیر حمایت همتایان در خود مراقبتی بیماران مبتلا به دیابت، نشان داد که آموزش همتایان در گروه مداخله منجر به افزایش رفتارهای خود مراقبتی، استفاده از داروها و کاهش نیاز به انسولین در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد شده است. مطالعات فوق نشان می دهد که برنامه های آموزش که توسط گروه همتا ارائه می شود می تواند به طور موثری افراد را در جهت افزایش رفتارهای بهداشتی مناسب تشویق نماید (۲۳). در آموزش به شیوه همتا محیط یادگیری ساده و مطمئنی ایجاد می شود و بیماران می توانند از تجربیات افراد همتای خودشان جهت بهبود علائم بهره گیرند. نتایج مطالعه عابدیان و همکاران که به منظور تاثیر آموزش همتا بر رفتارهای بهداشتی دختران با دیس منوره در کرمانشاه صورت گرفت نشان داد که دانش قاعدگی در گروه آموزش مراقبت از خود توسط همتا ۲/۵ برابر بیشتر از گروه آموزش مراقبت از خود توسط افراد ارائه دهنده خدمات بهداشتی بود (۲۴). نتایج مطالعات انجام شده فوق در این زمینه می تواند پیشنهاد دهنده استفاده از گروه همتا بجای استفاده از متخصصین حرفه های مراقبت بهداشتی از جمله پزشک، پرستار و ... در جهت تغییر رفتار بیماران به خصوص بیماران مبتلا به بیماری های مزمن باشد. در مطالعه حاضر علاوه بر معنادار شدن تفاوت میانگین نمره کل کیفیت زندگی بین بیماران دو گروه آموزش فردی و همتا، ابعاد کیفیت زندگی نیز معنادار شده است. در ابعاد روانی معنوی، سلامتی و عملکرد، خانوادگی، اقتصادی-اجتماعی بین تغییرات میانگین نمره دو گروه در طول زمان تفاوت معنی داری وجود داشت. همسو با نتایج مطالعه حاضر، در مطالعه ی خوش رفتار که با هدف بررسی تاثیر آموزش توسط همتا بر بعد روانی کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به پر فشاری خون انجام شد، بعد از مداخله تفاوت در میانگین نمره بعد روانی بین دو گروه معنادار شد (۲۵).

[Downloaded from mail.ijm.ir on 2026-10-14]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.8.4.18]

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که هر دو شیوه آموزشی منجر به افزایش نمره میانگین کیفیت زندگی بعد از مداخله می گردد، اما نمره میانگین کیفیت زندگی یک ماه بعد از مداخله در گروه همتا نسبت به گروه آموزش فردی افزایش بسزایی داشته است و موید این است که در آموزش گروهی توسط گروه همتا، بیماران با یکدیگر ارتباط برقرار می کنند و اطلاعات خود را با دیگر افراد گروه که دارای شرایط مشابهی هستند، به اشتراک می گذارند و از تجارب یکدیگر بهره می گیرند. لذا استفاده از تجربیات افراد همتا به عنوان یک روش آموزشی آسان، کم هزینه، مبتنی بر تجربیات و عدم نیاز به تجهیزات ویژه، جهت آموزش و به کارگیری در بیماران مبتلا به سایر بیماری های مزمن پیشنهاد می شود. از محدودیت های این پژوهش می توان از خصوصیات شخصیتی افراد در پذیرش موارد آموزشی، نوع شخصیت و فرهنگ فرد در پذیرش محتوای آموزشی نام برد.

سپاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می دانند تا از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه و بیماران عزیزی که همکاری لازم را داشتند، کمال تشکر و قدردانی را نمایند.

تضاد منافع

نویسندگان تعارض منافعی را گزارش نمی کنند.

References

1. Rivara MB, Chen CH, Nair A, Cobb D, Himmelfarb J, Mehrotra R. Indication for dialysis initiation and mortality in patients with chronic kidney failure: a retrospective cohort study. American Journal of Kidney Diseases. 2017;69(1):41-50. https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2016.06.024
2. Kazeminia M, Karimi S, Khas Shirzadi L. Nutritional Status of Hemodialysis Patients Referred to Imam Reza Hospital of Kermanshah in 2019: A Descriptive Study. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2021;20(8):851-64. https://doi.org/10.52547/jrums.20.8.851
3. Gerasimoula K, Lefkothea L, Maria L, Victoria A, Paraskevi T, Maria P. Quality of life in hemodialysis patients. Materia socio-medica. 2015;27(5):305. https://doi.org/10.5455/msm.2015.27.305-309
4. Anees M, Batool S, Imtiaz M, Ibrahim M. Socio-economic factors affecting quality of life of Hemodialysis patients and its effects on mortality. Pakistan journal of medical sciences. 2018;34(4):811. https://doi.org/10.12669/pjms.344.15284
5. Perl J, Karaboyas A, Morgenstern H, Sen A, Rayner HC, Vanholder RC, et al. Association between changes in quality of life and mortality in hemodialysis patients: results from the DOPPS. Nephrology Dialysis Transplantation. 2017;32(3):521-7.
6. Ebrahimi H, Sadeghi M, Amanpour F, Dadgari A. Influence of nutritional education on hemodialysis patients' knowledge and quality of life. Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation. 2016;27(2):250. https://doi.org/10.4103/1319-2442.178253
7. Jung MJ, Roh YS. Factors influencing the patient education performance of hemodialysis unit nurses. Patient education and counseling. 2020;103(12):2483-8. https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.06.010
8. Ghadam MS, Poorgholami F, Jahromi ZB, Parandavar N, Kalani N, Rahmanian E. Effect of self-care education by face-to-face method on the quality of life in hemodialysis patients (relying on Ferrans and Powers Questionnaire). Global journal of health science. 2016;8(6):121. https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n6p121
9. Asl PT, Lakdizaji S, Ghahramanian A, Seyedrasooli A, Rezaiy SG. Effectiveness of Text Messaging and Face to Face Training on Improving Knowledge and Quality of Life of Patients undergoing Hemodialysis: a Randomized Clinical Trial. Journal of Caring Sciences. 2018;7(2):95. https://doi.org/10.15171/jcs.2018.015
10. Madmoli M, Khodadadi M, Ahmadi FP, Niksefat M. Systematic review on the impact of peer education on self-care behaviors of patients. International Journal of Health and Biological Sciences. 2019;2(1):1-5.
11. Edraki M, Zarei A, Soltanian M, Moravej H. The Effect of Peer Education on Self-Care Behaviors and the Mean of Glycosylated Hemoglobin in Adolescents with Type 1 Diabetes: A Randomized Controlled Clinical Trial. International Journal of Community Based Nursing and Midwifery. 2020;8(3):209.

[Downloaded from mail.ijrn.ir on 2026-10-14]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.8.4.18]

12. Ahmadi Z, Sadeghi T, Loripoor M. The effect of peer education on self-care behaviors among diabetic patients. Iranian Journal of Diabetes and Metabolism. 2016;15(6):382-91.
13. Seuring T, Rhode S, Rogge L, Rau H, Besançon S, Zufry H, et al. Using peer education to improve diabetes management and outcomes in a low-income setting: a randomized controlled trial. Trials. 2019;20(1):1-8. https://doi.org/10.1186/s13063-019-3656-1
14. Niihata K, Fukuma S, Akizawa T, Fukuhara S. Association of coping strategies with mortality and health-related quality of life in hemodialysis patients: The Japan Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study. PloS one. 2017;12(7):e0180498. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180498
15. Fadlalmola HA, Elkareem EMA. Impact of an educational program on knowledge and quality of life among hemodialysis patients in Khartoum state. International Journal of Africa Nursing Sciences. 2020;12:100205. https://doi.org/10.1016/j.ijans.2020.100205
16. Zendehtalab H. Comparing the effect of face to face and group discussion teaching methods on quality of life improvement among patients suffering from multiple sclerosis. 2013.
17. Tofighiyan T, Najjar L, AKABERY A, SHEGARF NM. The effect of individual counselling on the quality of life in patients with myocardial infarction. 2010.
18. Mohsenikhah M, Esmaili R, Tavakolizadeh J, Khavasi M, Jaras M, Delshad Noghabi A. Effects of Peer-education on Quality of Life in Adults with Type 2 Diabetes. The Horizon of Medical Sciences. 2018;24(1):17-22.
19. Johansson T, Keller S, Winkler H, Ostermann T, Weitgasser R, Sönnichsen AC. Effectiveness of a peer support programme versus usual care in disease management of diabetes mellitus type 2 regarding improvement of metabolic control: a cluster-randomised controlled trial. Journal of diabetes research. 2016;2016. https://doi.org/10.1155/2016/3248547
20. Sharif F, Abshorshori N, Tahmasebi S, Hazrati M, Zare N, Masoumi S. The effect of peer-led education on the life quality of mastectomy patients referred to breast cancer-clinics in Shiraz, Iran 2009. Health and Quality of Life Outcomes. 2010;8(1):1-7. https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-74
21. 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
22. Ebrahimi H, Abbasi A, Bagheri H, Basirinezhad MH, Shakeri S, Mohammadpourhodki R. The role of peer support education model on the quality of life and self-care behaviors of patients with myocardial infarction. Patient Education and Counseling. 2021;104(1):130-5. https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.08.002
23. Heisler M, Vijan S, Makki F, Piette JD. Diabetes control with reciprocal peer support versus nurse care management: a randomized trial. Annals of internal medicine. 2010;153(8):507-15. https://doi.org/10.7326/0003-4819-153-8-201010190-00007
24. Abedian Z, Kabirian M, Mazlom SR, Mahram B. The effects of peer education on health behaviors in girls with dysmenorrhea. Journal of American science. 2011;7(1):431-8.
25. Khoshraftar Roudi E, Ildarabadi E, Behnam Voshani H, Emami Moghaddam Z. The effect of peer education on the mental aspect of quality of life of elderly patients with hypertension. Journal of North Khorasan University of Medical Sciences. 2016;7(3):585-95. https://doi.org/10.29252/jnkums.7.3.585

[Downloaded from mail.ijm.ir on 2026-10-14]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.8.4.18]