

بررسی تأثیر حمایت همتا محور بر سبک زندگی ارتقاء دهنده‌ی سلامتی در زنان مبتلا به سرطان پستان در مراکز آموزشی-درمانی و پژوهشی ارومیه در سال ۹۵-۱۳۹۴

لیلا نجفی^۱، فاطمه مقدم تبریزی^{۲*}، مرضیه ابراهیمی^۳

تاریخ دریافت ۱۳۹۶/۰۶/۲۱ تاریخ پذیرش ۱۳۹۶/۰۹/۰۸

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامتی یک موضوع مهم در مطالعات بیماری‌های مزمن، به‌خصوص سرطان می‌باشد. لذا این مطالعه باهدف تعیین تأثیر حمایت همتا محور بر سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامتی بیماران مبتلا به سرطان پستان در سال ۹۵-۱۳۹۴ انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این کارآزمایی بالینی، ۱۴۰ بیمار مبتلا به سرطان پستان به‌صورت در دسترس انتخاب و سپس به‌صورت تصادفی، به دو گروه کنترل و مداخله تقسیم شدند. ۶ جلسه بحث گروهی همتا محور توسط دو فرد نجات‌یافته از سرطان پستان که دارای بالاترین نمره از پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت II بودند برای گروه مداخله برگزار شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه جمعیت شناختی، پرسشنامه افسردگی بک (قبل از مداخله)، پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت والکر بود که قبل و بعد از مداخله تکمیل گردید. میزان P کم‌تر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج در گروه کنترل و مداخله، اختلاف معنی‌داری در میانگین نمره کلی سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامتی بیماران را قبل از مداخله نشان ندادند ($p=0/99$) این در حالی است که بعد از اجرای مداخله اختلاف میانگین نمره کلی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی در دو گروه معنی‌دار شد ($p<0/01$). همچنین میانگین نمرات سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامتی (گروه مداخله) قبل از مداخله در ابعاد رشد معنوی ($6/31 \pm 2/1$)، در بعد مسئولیت‌پذیری سلامتی ($6/51 \pm 2/4$)، و در ابعاد روابط بین فردی ($3/70 \pm 1/74$)، مدیریت استرس ($3/50 \pm 1/41$)، فعالیت بدنی ($1/77 \pm 0/5$) و تغذیه ($3/94 \pm 3/03$) به دست آمد و بعد از مداخله میانگین نمرات سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامتی در ابعاد (رشد معنوی، مسئولیت‌پذیری سلامتی، روابط بین فردی، مدیریت استرس، فعالیت بدنی و تغذیه) به ترتیب از سمت راست به چپ ($3/29 \pm 3/43$ ، $2/87 \pm 2/90$ ، $2/08 \pm 1/82$ ، $4/62 \pm 1/90$ ، $1/70 \pm 0/56$ ، $2/10 \pm 1/41$) به دست آمد که نشان‌دهنده تأثیر مداخله می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری: حمایت همتا محور موجب افزایش نمره سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامتی بیماران مبتلا به سرطان پستان گردید. از این رو پیشنهاد می‌گردد جهت بهبود سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامتی بیماران مبتلا به سرطان پستان از حمایت همتا استفاده شود.

واژگان کلیدی: سرطان پستان، حمایت همتا، بحث گروهی و سبک زندگی ارتقاء‌دهنده سلامتی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره پانزدهم، شماره یازدهم، پی‌درپی ۱۰۰، بهمن ۱۳۹۶، ص ۷۹۵-۸۰۵

آدرس مکاتبه: خوی، دانشکده پرستاری خوی، تلفن: ۰۴۴-۳۶۲۵۵۷۷۷

Email: fntabrizi@gmail.com

مقدمه

در اروپا و شمال آمریکا رخ می‌دهد (۲). در حال حاضر بعد از سرطان پوست، سرطان پستان شایع‌ترین سرطان در میان زنان آمریکایی است (۳). طبق آمار فعلی خطر ابتلا به سرطان پستان ۱ زن از هر ۸ زن می‌باشد (۴). کشور ایران از نظر سرطان پستان اولین رتبه را در میان زنان (۲۱/۴ درصد) در مقایسه با دیگر سرطان‌ها دارد (۵). تخمین زده می‌شود که بیش از ۲۵ میلیون نفر در جهان در دوران

سرطان پستان شایع‌ترین سرطان در بین زنان می‌باشد، به‌طوری‌که حدود ۲/۲۵ درصد از موارد جدید تشخیص داده‌شده سرطان و ۷/۱۴ درصد از مرگ‌ومیرهای ناشی از این بیماری به علت سرطان پستان می‌باشد (۱). سرطان پستان یک مشکل اصلی سلامتی در جهان است، بیش از نصف موارد وقوع سرطان در جهان

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ استادیار مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ مربی مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

مطالعه‌ای باهدف تعیین تأثیر آموزش همتایان بر کیفیت زندگی بیماران ماستکتومی شده در زنان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های سرطان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام دادند. نتایج نشانگر آن بود که آموزش همتایان سبب ارتقای کیفیت زندگی بیماران ماستکتومی شده گردید (۱۹).

بهبود و ارتقاء رفتارهای سلامتی که مستقیماً روی سلامتی تأثیرگذار است باید به‌عنوان یکی از اهداف اولیه در درمان سرطان در نظر گرفته شود. از سوی دیگر مسلم است که زنان از مهم‌ترین ارکان خانواده و جامعه‌اند؛ بنابراین بهبود زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان نه‌تنها باعث بهبود بقای آنان می‌شود، بلکه سبب افزایش کیفیت و سبک زندگی و انسجام بیشتر ساختار خانواده نیز می‌شود. با توجه به شیوع فعلی و رو به رشد سرطان پستان در میان زنان و با توجه به عدم وجود گروه‌های سازمان‌یافته در ایران (۲۰)، تفاوت فرهنگی، اقتصادی و سطح آگاهی بیماران و افزایش تعداد بیماران و محدودیت فرصت پزشکان جهت آموزش به آنان و تأثیرپذیری بیماران از افرادی که خود این بیماری را تجربه نموده‌اند، همچنین با توجه به اینکه میزان بقای زنان مبتلا به سرطان پستان به دلیل پیشرفت در شیوه‌های تشخیص و درمانی، در حال افزایش است، اهمیت حمایت هم‌تایان محور و آثار آن بر سلامت روانی و زندگی بیماران، بر آن شدیم که تأثیر حمایت هم‌تایان را در زنان مبتلا به سرطان پستان و تأثیر آن را بر میزان رفتارهای ارتقاء دهنده‌ی سلامتی بررسی کنیم.

مواد و روش کار

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی از نوع کارآزمایی بالینی (IRCT2016080720778N17) است که در سال ۱۳۹۴ بر روی بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به مراکز آموزشی-درمانی و پژوهشی شهر ارومیه انجام گرفت. پژوهشگر پس از اخذ کد اخلاق و مجوزهای لازم به مراکز آموزشی-درمانی و پژوهشی ارومیه که شامل مرکز آموزشی-درمانی امام خمینی (ره) و مرکز پژوهشی-درمانی امید بود، مراجعه کرده و از آن‌ها دعوت به همکاری و شرکت در پژوهش کرد. از علاقه‌مندان به شرکت در پژوهش با در نظر گرفتن معیارهای ورود به مطالعه، تعداد ۱۴۰ بیمار به روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. تخصیص تصادفی نمونه‌ها در گروه‌های کنترل و مداخله به ترتیب احراز معیارهای ورود به مطالعه به شکل یک‌درمیان بود. لازم به توضیح است که نمونه‌گیری و اجرای طرح از آذرماه ۱۳۹۴ شروع، و تا پایان اردیبهشت ۱۳۹۵ ادامه یافت. معیارهای ورود شامل: سن ۶۰ - ۲۰

۵ سال بعد از تشخیص آن زندگی می‌کنند، با توجه به افزایش تعداد نجات‌یافتگان از سرطان، تیم پزشکی به سلامت این افراد در درازمدت توجه کرده‌اند. نجات‌یافتگان از سرطان، ریسک بالاتری برای ابتلای مجدد به سرطان یا دیگر بیماری‌ها مثل دیابت و بیماری‌های قلبی، نسبت به افراد عادی جامعه دارند. آن‌ها همچنین نشانه‌های فیزیکی و روانی بیشتری نیز نسبت به افراد سالم دارند (۶). میزان بالاتری از عوارض جانبی در میان نجات‌یافتگان از سرطان وجود دارد. سبک زندگی ناسالم نیز ریسک ابتلا به دیگر سرطان‌ها و بیماری‌های مزمن را افزایش داده است. لذا رفتارهای مداخله‌ای برای ارتقا سلامتی نیز شدیداً نیاز است (۷). مطالعات نشان داده‌اند که زنان خواهان صحبت با بیماران مشابهی که با بحران بیماری و درمان کنار آمده و زندگی طبیعی را سپری می‌کنند، هستند (۸). هم‌تای فردی است که در یک سری ویژگی‌های خاص نظیر سن، جنس، شغل، وضعیت اقتصادی-اجتماعی یا وضعیت سلامتی، با شخص دیگر مشابه باشد (۹، ۱۰). هم‌تای موفق قادر است نقاط ضعف، قوت و تجارب خود را با کم‌ترین هزینه‌ی استفاده از خدمات بهداشتی درمانی با بیماران به اشتراک بگذارد. وی با ایجاد آمادگی عملی، عاطفی، اطلاعاتی، تداوم پیگیری‌ها، انگیزه و بحث در مورد استرس بیماری مزمن آن‌ها را به انتخاب رفتارهای بهداشتی مناسب تشویق می‌کند (۱۱-۱۵). حمایت هم‌تای می‌تواند به‌صورت روش‌های مختلفی ازجمله حمایت گروهی، فردی، ارتباط غیرحضورى مانند تلفن و اینترنت ارائه شود، این ارتباطات غیرحضورى در تحقیقات کاربردی در حال ارزیابی هستند (۱۱، ۱۶). ملاقات افراد هم‌تای به تسکین و اطمینان خاطر برای بیماران است؛ که می‌تواند آن‌ها را به یادگیری شیوه‌های تطابقی برای غلبه بر بیماری و داشتن شانس بیشتر برای زندگی وادار سازد. زمانی که زنان با سرطان پستان با یکدیگر ارتباط برقرار کرده، همدردی نموده و به‌صورت گسترده در خصوص مشکلات و تجارب خود به بحث پرداخته و محیطی حمایتی برای انتقال دانش و آگاهی به وجود می‌آید؛ در حقیقت نزد بیماران، افرادی که سرطان را تجربه نموده‌اند قابل‌اطمینان‌ترین مراجع برای توصیه به خود هستند. در صورتی که شنیدن همین موارد از طرف دیگر افراد به نظر نمی‌رسد که تا این اندازه مفید واقع شود (۱۷).

نتایج مطالعه پانداورنکامول و همکاران^۱ (۲۰۱۴) با عنوان بهبود رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و کیفیت زندگی از طریق گروه‌های حمایت از سرطان پستان برای زنان تایلندی، نشان داد که زنان در گروه تجربی در مقایسه با کسانی که در گروه کنترل بودند بهبود قابل‌توجهی در رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و کیفیت زندگی را نشان دادند (۱۸). همچنین شریف و همکاران^۲ (۱۳۸۹)

² Sharif et al

¹ Pongthavornkamol et al

سال، آشنایی به زبان فارسی یا ترکی، تشخیص سرطان پستان، نداشتن سرطان دیگر، ماستکتومی یا لامپکتومی شده، در حال انجام درمان سرطان پستان (شیمی‌درمانی، پرتودرمانی، هورمون درمانی)، درجه‌ی ۱، ۲ و ۳a از سرطان پستان بر اساس برگه پاتولوژی، نداشتن تجربه حادثه استرس‌زای دیگر در ۶ ماه اخیر، نداشتن افسردگی شدید (نمره ۳۱ و بالاتر) که در ابتدای کار نمونه‌گیری توسط پرسشنامه استاندارد بک سنجیده شد، بود. معیارهای حذف از مطالعه شامل بروز هرگونه حادثه استرس‌زا برای بیمار یا افراد درجه‌یک خانواده بیمار در طول مطالعه و غیبت بیش از دو جلسه از جلسات مربوط به بحث گروهی همتا محور بود که در این صورت فرد از مطالعه خارج می‌شد. جهت تعیین حجم نمونه با استفاده از نتایج پژوهش مشابه (۲۱) تعداد نمونه‌ها در هر گروه ۶۳ نفر مشخص گردید که با توجه به ریزش احتمالی نمونه‌ها، تعداد نمونه‌ها برای هر یک از گروه‌های شاهد و آزمون ۷۰ نفر در نظر گرفته شد. در طول مطالعه ۹ نفر به دلایل ذکرشده در قسمت فوق از مطالعه خارج شدند. انتخاب بیماران در ابتدای کار به‌صورت در دسترس صورت پذیرفت و سپس به‌صورت تصادفی و با استفاده از جدول اعداد تصادفی که به‌صورت زوج و فرد بود، به دو گروه آزمون و شاهد تخصیص داده شدند. در مرحله انتخاب همتا دو نفر از نجات‌یافتگان موفق از سرطان پستان که دارای نمره بالاتر از پرسشنامه HPLP-II را دارا بودند به‌عنوان همتا انتخاب شدند. بر اساس موضوعات مرتبط در جلسات شرکت می‌کردند به‌طوری‌که در هر جلسه گروهی، حداقل یک همتا حضور داشت. جلسات به‌صورت هفتگی، هر جلسه ۹۰-۶۰ دقیقه و در کل شش جلسه برای هر گروه بود.

پژوهشگر پس از معرفی خود و بیان اهداف و روش طرح به شرکت‌کنندگان از آنان رضایت آگاهانه کتبی گرفت. جمع‌آوری اطلاعات در شروع مطالعه و بلافاصله پس از پایان مداخله صورت گرفت. مداخله به‌صورت جلسه‌های بحث گروهی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی با محوریت همتا بود.

جلسه ابتدائی با محوریت معارفه، ایجاد ارتباط با تأکید بر وضعیت فعلی و شناخت محیط بود. استراتژی به‌کاررفته ایجاد رابطه‌ی حسنه با مددجو و اجرای پیش‌آزمون، جویا شدن از وضعیت فعلی و مشکل حال حاضر وی می‌باشد. جلسه دوم بحث پیرامون مسئولیت‌پذیری سلامتی ازجمله (کمک به ایجاد آمادگی یادگیری تجربیات جدید، درخواست اطلاعات از افراد متخصص و مراقبین بهداشتی در مورد بیماری و نحوه مراقبت صحیح از خود، در میان گذاشتن نشانه‌های غیرمعمول بیماری با آن‌ها، جلب‌توجه به مطالب و برنامه‌های رسانه‌های گروهی مرتبط با سلامتی، دقت در مصرف

مواد غذایی مصرفی و در صورت نیاز توانایی درخواست مشاوره) با محوریت حمایت همتا بود. جلسه سوم بحث درباره تغذیه و اهمیت آن از دیگر ابعاد ارتقای سلامت بود، که در این جلسه سعی شد آموزش‌هایی در رابطه با وضعیت تغذیه‌ای و ازجمله اهمیت تغذیه، اصول تغذیه صحیح ازجمله محدودیت مصرف شکر و شیرینی، استفاده بیشتر از میوه و سبزی، لبنیات، غلات و حبوبات و توجه به اهمیت وعده غذایی صبحانه داده شود. جلسه چهارم بحث در مورد مدیریت استرس و فعالیت بدنی ازجمله (داشتن خواب و استراحت کافی، آشنایی با روش‌های کنترل استرس ازجمله آرام‌سازی و شل کردن عضلات و در رابطه با فعالیت بدنی، داشتن برنامه منظم جهت ورزش و فعالیت بدنی و انجام تمرینات کششی بود. جلسه پنجم به بحث در مورد خودشکوفایی اختصاص یافت. که شامل دعوت به کاوش در موضوع‌ها و مسائل معنوی، بهبود و بازیابی سلامتی او، تأکید همتا بر مسائل معنوی به صورتی بی‌طرفانه و غیرقضاوت‌گرایانه بود. و جلسه ششم به بحث در مورد روابط بین فردی ازجمله ایجاد نگرش مثبت در مورد دیگران و توانایی برقراری ارتباط مؤثر باوجود تفاوت‌های بین فردی و تکمیل پرسش‌نامه (پس‌آزمون) بود. ضمناً در هر جلسه یکی از افراد درجه‌یک خانواده بیمار جهت یادآوری سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامتی حضور یافت. تعداد افراد هر گروه شامل ۱۰ نفر بود. که در ابتدا محقق به‌عنوان تسهیل‌گر جلسه روش‌های ارتقاء دهنده سلامت و راه‌حل‌های مؤثر را ارائه داده و موضوع هر جلسه را به‌صورت سؤال چالشی مطرح کرده و مددجویان را تشویق به بیان نظرات خود در زمینه‌ی تجربیات خود از بکارگیری رفتارهای ارتقاءدهنده سلامتی، راه‌حل‌های مؤثر و موانع بر سر راه‌حل‌ها و دلیل ناکارآمدی برخی راه‌حل‌ها گفتگو و بحث می‌کردند و در این جلسات، همتایان تجربیات خودشان را در ارتباط با راهکارهای به کار گرفته جهت ارتقاء رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بیان می‌کردند. در ۲۰ دقیقه پایانی محقق به‌عنوان رهبر گروه محتوای مطالب بحث شده را جمع‌بندی نموده و ارائه می‌نمود.

لازم به ذکر است به خاطر رعایت اصول اخلاقی برای افرادی که در گروه کنترل بودند نیز بعد از اتمام مداخله، یک جلسه آموزشی تشکیل شد.

ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش در سه قسمت بود که شامل: ۱- پرسشنامه دموگرافیک که شامل اطلاعات فردی و اطلاعات بیماری نمونه‌هاست که توسط محقق طراحی شده است.

۲- پرسشنامه افسردگی بک^۳ که شامل ۲۱ سؤال است که احساس شخص را در طی دو هفته گذشته تا به امروز نشان می‌دهد. که در صورت وجود افسردگی شدید افراد از مطالعه حذف شدند. بک

³ The Beck Depression Inventory

و همکاریانش^۴ (۱۹۹۶) در سال ۱۹۶۱ با بررسی پژوهش‌هایی که از این ابزار (پرسش‌نامه افسردگی) استفاده کرده بودند دریافتند که ضریب اعتبار آن با استفاده از شیوه بازآزمایی، برحسب فاصله بین دفعات اجرا و نیز نوع جمعیت مورد آزمون از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ متغیر بوده است، بک و همکاران بار دیگر در سال ۱۹۹۶ ضریب اعتبار بازآزمایی آزمون در فاصله یک‌هفته‌ای را ۰/۹۳ به دست آوردند. (۲۲).

۳- پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت والکر ابزاری جهت ارزیابی چندبعدی سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت بکار می‌رود. بدین ترتیب که فراوانی به‌کارگیری رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را اندازه‌گیری می‌کند. این پرسشنامه توسط والکر و همکاران (۱۹۸۷) توسعه یافته است. این پرسشنامه برای تعیین این‌که افراد تا چه حد رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی را انجام می‌دهند، ارائه گردیده است. این پرسشنامه شامل ۵۲ گزینه که ترکیبی از دو طبقه (رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت - سلامت روانی و اجتماعی) و ۶ زیرمجموعه، شامل طبقه ۱: مسئولیت‌پذیری سلامتی (۹) سؤال، فعالیت فیزیکی (۸ سؤال) و عادات غذایی (۹ سؤال) و طبقه ۲: رشد معنوی (۹ سؤال)، ارتباطات بین فردی (۹ سؤال) و مدیریت استرس (۸ سؤال) است. هر یک از گزینه‌ها توسط طیف لیکرت امتیازدهی می‌شود. در مقابل هر گزینه ۴ پاسخ وجود دارد که به‌صورت هرگز (۱)، گاهی اوقات (۲)، اغلب (۳) و همیشه (۴) امتیازدهی می‌شود. برای هر بعد نمره جداگانه قابل محاسبه است: دامنه نمرات کسب‌شده در مسئولیت‌پذیری سلامتی (۹-۳۶)، فعالیت فیزیکی (۸-۳۲)، عادات غذایی (۹-۳۶)، رشد معنوی (۹-۳۶)، ارتباطات بین فردی (۹-۳۶) و مدیریت استرس (۸-۳۲) می‌باشد. محدوده نمره کل سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت بین ۵۲ تا ۲۰۸ است. هر چه امتیاز فرد در این پرسشنامه بیشتر باشد، بیانگر سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت بالاتری است. در ارائه ویژگی‌های توصیفی جمعیت از جداول و نمودارهای فراوانی و آمارهای توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار استفاده شد. روایی و پایایی این پرسشنامه در پژوهش‌های زیادی از جمله (لین^۵ و همکاران با استفاده از روش آلفای کرونباخ، نشان دادند که کل پرسشنامه دارای ثبات ۰/۹۶ و

زیرمجموعه‌ها دارای ثبات بین ۰/۸۷ - ۰/۷۷ بودند. همین‌طور با استفاده از روش اعتبار محتوا پرسشنامه دارای روایی ۰/۹۰ بود (23). گیلیس و همکاران، در مطالعه خود نشان دادند که پرسشنامه مذکور، با استفاده از روش آلفای کرونباخ دارای پایایی ۰/۹۲ و با استفاده از روش آزمون-بازآزمون، دارای پایایی ۰/۹۰ بود (24). در ایران نیز در چندین مطالعه، روایی و پایایی پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت اثبات شده است. احمدی و همکاران، در مطالعه خود نشان دادند که پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۷ و روایی پرسشنامه با استفاده از روش اعتبار محتوا، ۰/۷۳ بود (25). در پژوهش زیدی و همکاران روایی پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت والکر مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین پایایی پرسشنامه یا قابلیت اعتماد آن با استفاده از روش اندازه‌گیری آلفای کرونباخ محاسبه شد. کل ابزار، آلفای کرونباخ مناسبی داشت که برابر با ۰/۸۲ بود. آلفای کرونباخ برای هر یک از ابعاد پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت والکر بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ به دست آمده بود (۲۶).

در مقایسه میانگین نمرات بین دو گروه در صورت نرمال بودن نمره از آزمون t مستقل (در صورت نیاز معادل ناپارامتری آن Mannwhitney) استفاده شد. در صورت متفاوت بودن نمره دو گروه قبل از مداخله از تحلیل کوواریانس استفاده می‌شود. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 20 انجام گرفت.

یافته‌ها

از ۱۴۰ نمونه شرکت‌کننده در پژوهش ۹ نفر از گروه مداخله ریزش داشت. همچنین میانگین سنی نمونه‌های پژوهش در گروه مداخله (۴۵/۱۷ ± ۸/۰۸) سال و در گروه کنترل (۴۵/۰۷ ± ۷/۲۳) سال بود. میانگین مدت بیماری در گروه مداخله (۸/۲۵ ± ۳/۱۷) ماه و در گروه کنترل (۷/۵۲ ± ۳/۳۳) ماه و میانگین تعداد فرزندان در گروه مداخله (۲/۸۷ ± ۱/۵۹) و در گروه کنترل (۲/۷۷ ± ۱/۵۶) بود همچنین بیشترین تعداد واحدهای پژوهش در گروه دارای تحصیلات زیر دیپلم، متأهل، خانه‌دار بودند (جدول شماره ۱).

جدول (۱): مقایسه واحدهای پژوهش برحسب مشخصات جمعیت شناختی کمی و کیفی زنان مبتلا به سرطان پستان در دو گروه مداخله و

متغیر کمی	گروه مداخله	گروه کنترل	آماره آزمون	P value
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سن زنان	۴۵/۱۷	۸/۰۸	۴۵/۰۷	۷/۲۳

^۵ Lin

^۴ Beck & et al

مدت بیماری برحسب ماه	۸/۲۵	۳/۱۷	۷/۵۲	۳/۳۳	-۱/۴۷	۰/۱۴*
تعداد فرزندان	۲/۸۷	۱/۵۹	۲/۷۷	۱/۵۶	-۱/۶۲	۰/۵۳*
متغیر کیفی	گروه مداخله		گروه کنترل		آماره آزمون	P value
	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
سطح تحصیلات	بی‌سواد	۱۷	۲۴/۳	۲۰	۲۸/۶	۰/۶۹**
	زیر دیپلم	۲۶	۳۷/۱	۲۱	۳۰	
	دیپلم	۱۵	۲۱/۴	۱۹	۲۷/۱	
	دانشگاهی	۱۲	۱۷/۱	۱۰	۱۴/۳	
وضعیت اقتصادی	دخل بیشتر از خرج	۱۲	۱۷/۱	۱۱	۱۵/۷	۱/۱۰**
	دخل کم‌تر از خرج	۳۴	۴۸/۶	۲۹	۴۱/۴	
	دخل برابر خرج	۲۴	۳۴/۳	۳۰	۴۲/۹	
وضعیت تأهل	مجرد	۲	۲/۹	۳	۴/۳	۰/۹۴***
	متأهل	۶۰	۸۵/۷	۶۱	۸۷/۱	
	مطلقه	۳	۴/۳	۳	۴/۳	
	بیوه	۵	۷/۱	۳	۴/۳	
اشتغال	شاغل	۷	۱۰	۸	۱۱/۴	۰/۷۸**
	خانه‌دار	۶۳	۹۰	۶۲	۸۸/۶	
با چه کسی زندگی می‌کند	همسر و فرزند	۵۸	۸۲/۹	۶۱	۸۷/۱	۰/۶۸***
	پدر و مادر	۸	۱۱/۴	۵	۷/۱	
	تنها	۴	۵/۷	۴	۵/۷	
نوع جراحی	ماستکتومی (کامل)	۵۸	۸۲/۹	۵۵	۷۸/۶	۰/۵۲**
	لمپکتومی (نسبی)	۱۲	۱۷/۱	۱۵	۲۱/۴	
نوع درمان‌های جانبی	شیمی‌درمانی	۲۵	۳۵/۷	۲۶	۳۷/۱	۰/۹۰**
	شیمی‌درمانی و اشعه درمانی	۱۱	۱۵/۷	۱۲	۱۷/۱	
	هورمون درمانی	۴	۵/۷	۲	۲/۹	
	(دارو) و اشعه درمانی	۹	۱۲/۹	۱۱	۱۵/۷	
	شیمی‌درمانی و هورمون درمانی	۲۱	۳۰	۱۹	۲۷/۱	
	شیمی‌درمانی و اشعه درمانی و هورمون	۶	۸/۶	۱۰	۱۴/۳	
	درجه ۱	۲۴	۳۴/۳	۲۷	۳۸/۶	۰/۳۹**
درجه بیماری	درجه ۲	۴۰	۵۷/۱	۳۳	۴۷/۱	

** بر اساس آزمون کای اسکویر (chi-square)

*** بر اساس آزمون دقیق فیشر

می‌باشد. در این مطالعه دو گروه از نظر داشتن سطح تحصیلات (p=0/69)، وضعیت اقتصادی (p=1/10)، وضعیت تأهل (p=0/94)،

مقایسه واحدهای پژوهش برحسب مشخصات جمعیت شناختی کیفی زنان مبتلا به سرطان پستان در دو گروه مداخله و کنترل

اشتغال ($p=0/78$)، خواسته بودن جنسیت جنین ($p=0/52$)، سطح
تحصیلات ($p=0/3$)، وضعیت اشتغال ($p=0/78$)، نوع جراحی
نوع درمان‌های جانبی ($p=0/90$) و از نظر درجه بیماری
همگن ($p=0/39$)، بودند.

جدول (۲): مقایسه میانگین نمرات سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت و ابعاد شش‌گانه آن بین دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از

مداخله					
متغیر	میانگین	انحراف معیار	آماره t	p-value	
سبک زندگی ارتقاء دهنده	قبل از مداخله	گروه مداخله	۹۰/۹۴	۱۹/۲۴	۰/۹۹
	گروه کنترل	۹۰/۹۷	۱۵/۵۴	۰/۱۰	
سلامت (کلی)	بعد از مداخله	گروه مداخله	۱۲۹/۰۳	۸/۸۹	$p < 0/001$
	گروه کنترل	۹۷/۵۲	۱۳/۳۲	۸/۶۶	
خودشکوفایی (رشد معنوی)	قبل از مداخله	گروه مداخله	۲۰/۸۸	۶/۰۱۳	۰/۹۴
	گروه کنترل	۲۰/۹۴	۴/۴۲	۰/۶۴	
	بعد از مداخله	گروه مداخله	۲۸/۴۳	۳/۲۹	$p < 0/001$
	گروه کنترل	۲۴/۰۷	۳/۸۶	۵/۶۵	
مسئولیت‌پذیری سلامتی	قبل از مداخله	گروه مداخله	۲۳/۷۷	۶/۰۴	۰/۶۹
	گروه کنترل	۲۴/۱۵	۵/۴۳	۰/۳۹	
	بعد از مداخله	گروه مداخله	۳۲/۹۰	۲/۸۷	$p < 0/001$
	گروه کنترل	۲۷/۸۱	۵/۱۰	۵/۶۴	
روابط بین فردی	قبل از مداخله	گروه مداخله	۱۱/۶۷	۳/۴۹	۰/۳۹
	گروه کنترل	۱۱/۸۰	۲/۹۲	۰/۲۳۶	
	بعد از مداخله	گروه مداخله	۱۴/۸۲	۲/۰۸	$p < 0/001$
	گروه کنترل	۱۱/۷۲	۲/۹۰	۵/۹۷	
مدیریت استرس	قبل از مداخله	گروه مداخله	۱۴/۱۱	۳/۳۷	۰/۳۹
	گروه کنترل	۱۴	۲/۸۴	۰/۲۱۷	
	بعد از مداخله	گروه مداخله	۲۱/۹۰	۴/۶۲	$p < 0/001$
	گروه کنترل	۱۳/۹۲	۲/۴۵	۸/۸۵	
فعالیت بدنی	قبل از مداخله	گروه مداخله	۷/۸۲	۱/۵۶	۰/۳۹
	گروه کنترل	۷/۷۴	۱/۲۳	۰/۳۵	
	بعد از مداخله	گروه مداخله	۱۱/۵۶	۱/۷۰	$p < 0/001$
	گروه کنترل	۷/۷۲	۱/۲۳	۸/۹۸	
تغذیه	قبل از مداخله	گروه مداخله	۱۲/۶۷	۳/۶۵	۰/۳۹
	گروه کنترل	۱۲/۳۲	۳/۱۵	۰/۵۹	
	بعد از مداخله	گروه مداخله	۱۹/۴۱	۲/۱۰	$p < 0/001$
	گروه کنترل	۱۲/۲۶	۲/۹۹	۸/۶۲	

سلامت قبل و پس از پایان مداخله در گروه مداخله را شاهدیم
($p < 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش تأثیر حمایت هم‌تا بر سبک زندگی ارتقاء دهنده
سلامتی در زنان مبتلا به سرطان پستان مورد بررسی قرار گرفت که

آزمون آماری تی زوج:

مقایسه میانگین نمرات سبک زندگی ارتقاء سلامت در گروه
کنترل در مرحله قبل و بعد از مداخله بر اساس آزمون t زوجی نیز
نشان می‌دهد که در گروه شاهد بین نمرات سبک زندگی ارتقاء
دهنده سلامت، اختلاف آماری معنی‌داری وجود ندارد درحالی‌که
وجود اختلاف معنادار آماری در میزان نمرات سبک زندگی ارتقاء

نشان داد حمایت همتا باعث ایجاد اختلاف معنی‌داری در نمره میانگین سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامتی بیماران بعد از مداخله بین دو گروه کنترل و مداخله گردیده است. این در حالی است که میانگین نمره رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی قبل از مداخله بین دو گروه اختلاف معنی‌داری را نشان نداد که نشان می‌دهد نمره سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامتی در گروه مداخله به دلیل شرکت در جلسات گروه همتا و استفاده از تجربیات افراد همتا افزایش یافته است و با توجه به این‌که میانگین نمره سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامتی در دو گروه قبل از مداخله یکسان بوده بنابراین تفاوت حاصله بعد از مداخله ناشی از تأثیر گروه همتا بوده است. نتایج مطالعه شریف و همکاران (۱۳۸۹) که به منظور بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر همتا بر کیفیت زندگی بیماران ماستکتومی شده مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های سرطان پستان در شیراز انجام شد، حاکی از تأثیر آموزش گروه همتا به عنوان یک روش آموزشی مؤثر بر ارتقاء سطح کیفیت زندگی بیماران ماستکتومی شده می‌باشد (۱۹). هنسون و همکاران (۲۰۱۲) مطالعه‌ای با عنوان توسعه و بررسی اولیه یک مدل حمایت همتا برای آمریکایی‌های آفریقایی تبار مبتلا به سرطان پیشرفته را باهدف ارزیابی مداخله حمایت همتایان در آن افراد انجام دادند نتایج نشان داد که تیم حمایتی یک مدل امیدوارکننده برای آمریکایی‌های آفریقایی تبار با بیماری جدی مثل سرطان پیشرفته بوده و بهترین مدل مشاوره خواهد بود (۲۷)، که بیان‌گر این است که آموزش و مشاوره توسط همتا به شیوه گروهی تأثیرگذار است و در پژوهش حاضر نیز از آموزش به شیوه بحث گروهی استفاده شد. همچنین در این پژوهش مشخص شد که میانگین نمره سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامتی در گروه کنترل (قبل و بعد از مداخله) اختلاف معنی‌داری ندارد. نتایج مطالعه گورسوی و همکاران نیز که به منظور بررسی تأثیر آموزش گروه همتا به دو شیوه فردی و گروهی بر دانش خودآزمایی پستان و اعتقادات بهداشتی دانشجویان در ترکیه انجام شد، حاکی از تأثیر آموزش گروه همتا بر افزایش دانش خودآزمایی پستان و اعتقادات بهداشتی دانشجویان می‌باشد (۲۸) که با نتایج مطالعه حاضر در ارتقاء مسئولیت‌پذیری سلامتی، یکی از ابعاد رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی افراد همسو می‌باشد، که می‌تواند مؤید این باشد که در آموزش گروهی توسط همتا، بیماران تجارب و اطلاعات خودشان را با دیگر افراد گروه که هرکدام شرایط متفاوتی را جهت سازگاری با بیماری تجربه کرده‌اند به اشتراک می‌گذارند و به نتیجه مطلوب‌تری می‌رسند.

در رابطه با بعد رشد معنوی در زنان مبتلا به سرطان پستان، نتایج مطالعه هرنندی و همکاران در این زمینه نشان می‌دهد که یکی از منابع اولیه حمایت روحی در مبتلایان به سرطان پستان اعتقادات

مذهبی است (۲۹)، نتایج مطالعه ذکرشده با نتیجه مطالعه حاضر همسو می‌باشد.

در زمینه روابط بین فردی، نتایج پژوهش‌های مشابه نیز مؤید این واقعیت است که حمایت اجتماعی نقش عمده‌ای در تطابق و کنار آمدن با بیماری‌های مزمن و جدی مثل سرطان دارد (۳۰). همچنین بر اساس مطالعات انجام گرفته در این زمینه مهم‌ترین نیاز بیماران مبتلا به سرطان پستان در جهت سازگاری با این بیماری و تجربه ناگوار حمایت‌های خانوادگی است (۳۲، ۳۱) و برخی حمایت‌های اجتماعی را مؤثر می‌دانند، بنابراین یافته حاصل از این پژوهش مبنی بر تأثیر مداخله‌ی همتا محور بر بهبود روابط بین فردی با مطالعه طاعی و همکاران که دال بر بهبود امیدواری و احساس تنهایی بیماران به دنبال افزایش حمایت اجتماعی، هم‌خوانی دارد (۳۳).

همچنین در زمینه مدیریت استرس می‌توان گفت تمامی این مشکلات و مسائل مربوط به تشخیص و درمان سرطان منتج به ایجاد استرس روانی زیاد در این افراد شده و همانند دیگر بیماری‌های مزمن جسمی، سرطان نیز با تنیدگی و استرس ارتباط دارد که سبب آشفتگی در کارکردهای روان‌شناختی یا فیزیولوژیک بهنجار اکثر افراد می‌شود و این امر نیز سبب می‌شود کارکرد سیستم ایمنی فرد کاهش یافته و در مقابله با بیماری دچار مشکل شود (۳۴). نتایج مطالعه دهقانی و همکاران با عنوان تأثیر اجرای برنامه آموزش گروه همتا بر میزان استرس بیماران مبتلا به بیماری مولتیپل اسکروزیس، نشانگر آن بود که برنامه آموزش گروه همتا موجب کاهش استرس بیماران مولتیپل اسکروزیس گردید (۱۳) که با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد.

در رابطه با بعد تغذیه می‌توان گفت که تغذیه در بسیاری از ابعاد پیشرفت و درمان سرطان نقش مهمی بازی می‌کند (۳۵). سوءتغذیه یک مشکل شایع در بیماران مبتلا به سرطان است که به عنوان یک جزء مهم از عوارض جانبی از جمله افزایش مرگومیر و کاهش کیفیت زندگی شناخته شده است. کاهش وزن به عنوان یک شاخص از پیش‌آگهی ضعیف در بیماران مبتلا به سرطان شناسایی شده است (۳۶). در این مطالعه بهبود معنی‌داری در بعد تغذیه‌ای بیماران بعد از مداخله همتا محور مشاهده شد.

و در نهایت در زمینه بعد فعالیت بدنی در پایان مداخله تفاوت معنی‌داری در بعد فعالیت بدنی شرکت‌کنندگان در مداخله همتا محور مشاهده شد، نتایج این مطالعه با نتایج پژوهش پینتو و همکاران با عنوان همتایان، ارتقاء دهنده فعالیت فیزیکی در میان نجات‌یافتگان از سرطان پستان (۲۱)، هم‌خوانی داشت.

محدودیت‌های این پژوهش عبارت بودند از: علیرغم علاقه شدید به شرکت در جلسات هزینه ایاب و ذهاب مشارکت‌کنندگان یکی از

آموزشی گروه همتا با افزایش میزان رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بیماران مبتلا به سرطان پستان همراه است.

با توجه به یافته‌های حاصل از این پژوهش که بین اختلاف میانگین نمره رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی دو گروه مداخله و کنترل اختلاف معنی‌داری وجود دارد، فرضیه پژوهش مبنی بر این که "سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت در زنان مبتلا به سرطان پستان که حمایت همتا محور را در گروه مداخله بکار گرفته‌اند، با گروه کنترل متفاوت است" مورد تأیید قرار می‌گیرد. لذا پیشنهاد می‌شود که تأثیر برنامه حمایت همتا محور بر سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامتی در انواع سرطان‌ها و همچنین سایر بیماری‌های مزمن ارزیابی گردد.

تشکر و قدردانی

از کلیه بیماران مبتلا به سرطان پستان مراکز آموزشی-درمانی و پژوهشی ارومیه (۱۳۹۴۲۳۸. ir.umsu.rec) که صادقانه همکاری لازم را در این پژوهش داشتند و از همکاری صمیمانه معاونت محترم پژوهشی دانشکده پرستاری مامایی ارومیه و پرسنل محترم مراکز آموزشی-درمانی و پژوهشی ارومیه تشکر و قدردانی می‌گردد.

References:

1. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2011;61(2):69-90.
2. Beiki O, Hall P, Ekblom A, Moradi T. Breast cancer incidence and case fatality among 4.7 million women in relation to social and ethnic background: a population-based cohort study. *Breast Cancer Res* 2012;14(1):1.
3. Ghodsi Z, Salehi A, Hojjatoleslami S. Knowledge of Iranian Women about Warning Signs and Risk Factors for Breast Cancer. *Procedia-Soc Behav Sci* 2013;93:343-8.
4. Lehto U, Ojanen M, Dyba T, Aromaa A, Kellokumpu-Lehtinen P. Baseline psychosocial predictors of survival in localised breast cancer. *Br J Cancer* 2006;94(9):1245-52.
5. Lamyian M, Hydarnia A, Ahmadi F, Faghihzadeh S, Aguilar-Vafaie ME. Barriers to and factors

مشکلات این پژوهش بود که برای رفع این مشکل پژوهشگر با در اختیار قرار دادن شماره تلفن یک تاکسی‌تلفنی سعی در کنترل این محدودیت کرد.

همچنین علیرغم مشتاق بودن همتاها به شرکت در این پژوهش به دلیل تعداد زیاد جلسات، مشکل در یافتن همتاها می‌باید جلسات را اداره می‌کردند وجود داشت. که جهت رفع این مشکل با تقسیم محتویات جلسات بین دو نفر همتا به‌طوری‌که مباحث بحث برای هرکدام ثابت بود این مشکل نیز مرتفع گردید. به‌طوری‌که جلسات مربوط به تغذیه و فعالیت بدنی و مسئولیت‌پذیری سلامتی توسط یک همتا و جلسات مربوط به روابط بین فردی، رشد معنوی و مدیریت استرس توسط همتای دوم برای تمام گروه‌ها اجرا شد. درمجموع یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که اجرای برنامه آموزش و بحث گروهی، گروه همتا توسط بیماران مبتلا به سرطان پستان که خودشان شرایط موردنظر را تجربه کرده‌اند و به مهارت‌های لازم جهت کنترل بیماری دست یافته‌اند، برای بیماران همتای خودشان امکان‌پذیر می‌باشد و با اجرای این برنامه آموزشی اختلاف معنی‌داری در میزان رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بیماران مبتلا به سرطان پستان ایجاد می‌شود، به‌طوری‌که اجرای برنامه

- facilitating breast cancer screening among Iranian women: a qualitative study. *East Mediterr Health J* 2007;13(5):1160-9.
6. Bower JE, Ganz PA, Desmond KA, Bernards C, Rowland JH, Meyerowitz BE, et al. Fatigue in long-term breast carcinoma survivors. *Cancer* 2006;106(4):751-8.
 7. Demark-Wahnefried W, Aziz NM, Rowland JH, Pinto BM. Riding the crest of the teachable moment: promoting long-term health after the diagnosis of cancer. *J Clin Oncol* 2005;23(24):5814-30.
 8. Reid Rudy R, Rosenfeld LB, Galassi JP, Parker J, Schanberg R. Participants' perceptions of a peer-helper, telephone-based social support intervention for melanoma patients. *Health Commun* 2001;13(3):285-305.

9. Dennis C-L. Peer support within a health care context: a concept analysis. *Int J Nurs Stud* 2003;40(3):321-32.
10. Muller C, Newburn M, Wise P, Dodds R, Bhavnani V. NCT breastfeeding peer support project. London: NCT. 2009.
11. Boothroyd RI, Fisher EB. Peers for progress: promoting peer support for health around the world. *Family Practice* 2010;27(suppl 1):i62-i8.
12. Heisler M. Overview of peer support models to improve diabetes self-management and clinical outcomes. *Diabetes Spectrum* 2007;20(4):214-21.
13. Dehghani A, Kermanshahi S, Memarian R. The effect of peer group educational program on multiple sclerosis patients' level of stress. *Arak Med Univ J* 2012;15(6):17-26.
14. Pfeiffer PN, Heisler M, Piette JD, Rogers MA, Valenstein M. Efficacy of peer support interventions for depression: a meta-analysis. *General Hosp Psychiatry* 2011;33(1):29-36.
15. Heisler M. Different models to mobilize peer support to improve diabetes self-management and clinical outcomes: evidence, logistics, evaluation considerations and needs for future research. *Fam Pract* 2010;27 Suppl 1:i23-32.
16. Smith SM, Paul G, Kelly A, Whitford DL, O'Shea E, O'Dowd T. Peer support for patients with type 2 diabetes: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2011;342:d715.
17. Taleghani F, Yekta ZP, Nasrabadi AN, Käppeli S. Adjustment process in Iranian women with breast cancer. *Cancer Nurs* 2008;31(3):E32-E41.
18. Pongthavornkamol K WP, Sareeso P, Mahakkakanjana N, Meraviglia M. Improving Health-Promoting Behaviors and Quality of Life through Breast Cancer Support Groups for Thai Women. *Pacific Rim Int J Nurs Res* 2014;18(2):125-37.
19. Sharif F AN, Hazrati M, Tahmasebi S, Zare N. Effect of peer-lead education on quality of life of mastectomy patients. *Payesh* 2012;5(11):703-10.
20. Taleghani F, Yekta ZP, Nasrabadi AN. Coping with breast cancer in newly diagnosed Iranian women. *J Adv Nurs* 2006;54(3):265-72.
21. Pinto BM, Stein K, Dunsiger S. Peers promoting physical activity among breast cancer survivors: A randomized controlled trial. *Health Psychol* 2015;34(5):463.
22. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the beck depression inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.
23. Lin Y-H, Tsai E-M, Chan T-F, Chou F-H, Lin Y-L. Health promoting lifestyles and related factors in pregnant women. *Chang Gung Med J* 2009;32(6):650-61.
24. Gillis AJ. Determinants of a health-promoting lifestyle: an integrative review. *J Adv Nurs* 1993;18(3):345-53.
25. Ahmadi A, Roosta F. Health Knowledge and Health Promoting Lifestyle Among Women of Childbearing age in Shiraz. *Women Health Bull* 2015 ;2(3):e25342
26. Zeidi IM, Hajiagha AP, Zeidi BM. Reliability and validity of Persian version of the health-promoting lifestyle profile. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2012;22:103-13.
27. Hanson LC, Armstrong TD, Green MA, Hayes M, Peacock S, Elliot-Bynum S, et al. Circles of care development and initial evaluation of a peer support model for African Americans with advanced cancer. *Health Educ Behav* 2012;1090198112461252

28. Gürsoy AA, Yığıtbaş Ç, Yılmaz F, Erdöl H, Bulut HK, Mumcu HK, et al. The effects of peer education on university students' knowledge of breast self-examination and health beliefs. *J Cancer Educ* 2009;24(4):331-3.
29. Harandy TF, Ghofranipour F, Montazeri A, Anoosheh M, Bazargan M, Mohammadi E, et al. Muslim breast cancer survivor spirituality: coping strategy or health seeking behavior hindrance? *Health Care Women Int* 2009;31(1):88-98.
30. Malgaonkar NI, Dagrur K, Vanaki SS, Puranik RS, Sharanasha MB, Tarakji B. Quantitative analysis of agnor counts of buccal mucosal cells of chewers and non chewers of gutkha: A comparative cytologic study. *J Cancer Res Ther* 2016;12(1):228.
31. Lowe T. Coping with Breast Cancer. *Cancer Nurs Practice* 2007;6(3):18-9.
32. Overcash JA. Using narrative research to understand the quality of life of older women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*; 2004.
33. Taei Z, MogadamTabriz F, Sheikhei N. The effect of dimension of social support on hope and loneliness in patients with breast cancer. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2015;13(6):473-80.
34. McGregor BA, Antoni MH, Boyers A, Alferi SM, Blomberg BB, Carver CS. Cognitive-behavioral stress management increases benefit finding and immune function among women with early-stage breast cancer. *J Psychosomatic Res* 2004;56(1):1-8.
35. Shils ME. Principles of nutritional therapy. *Cancer* 1979;43(S5):2093-102.
36. 1. Langstein HN, Norton JA. Mechanisms of cancer cachexia. *Hematology/oncology clinics of North America* 1991;5(1):103-23.

THE EFFECT OF PEER-BASED SUPPORT ON HEALTH-PROMOTING BEHAVIORS IN BREAST CANCER SURVIVORS IN ACADEMI HOSPITALS AND RESEARCH CENTERS IN URMIA IN 2015-16

Leila Najafi¹, Fatemeh Moghaddam tabrizi^{2*}, Marzieh Ebrahimi³

Received: 12 Sep, 2017; Accepted: 29 Nov, 2017

Abstract

Background & Aims: The health promoting behaviors is an important topic in the study of chronic diseases, especially cancer. Therefore, this study, aimed to determine the effect of peer support on health-promoting behaviors of breast cancer patients, was conducted in 2015-16.

Materials & Methods: In this clinical trial, 140 patients with breast cancer were selected with convenience sampling and then randomly allocated into two control and intervention groups. Six discussion sessions were held for the intervention group by two survivors of breast cancer with the highest score in HPLP-II questionnaire. Data were collected before and after the intervention, using demographic data questionnaire, Beck Depression Inventory and health-promoting lifestyle questionnaire of Walker.

Results: Collected data in the intervention and control groups, before the intervention, showed no significant difference in overall average score of health promoting behaviors of the patients ($P=0.99$). However, after the intervention, the difference between the mean score of health promoting behaviors in two the groups was significant ($P<0.001$). Also the mean health promoting behaviors (intervention group) before the intervention were 21.31 ± 6.31 in terms of spiritual growth, 24.84 ± 6.51 in health responsibility, and 11.74 ± 3.70 in terms of interpersonal relationships, 14.41 ± 3.50 in stress management, 8.05 ± 1.77 in Physical Activity and 13.03 ± 3.94 in nutrition, and after the intervention the mean score of health promoting behaviors in its dimensions (spiritual growth, health responsibility, interpersonal relationships, stress management, Physical Activity and nutrition), respectively, had changed to 28.43 ± 3.29 , 32.90 ± 2.87 , 14.82 ± 2.08 , 21.90 ± 4.62 , 11.56 ± 1.70 , 19.41 ± 2.10 which shows the effect of the intervention.

Conclusion: Peer-led support increased health promoting behaviors score in breast cancer patients. It is proposed that peer support should be used in patients with breast cancer to improve the health promoting behaviors.

Keywords: breast cancer, peer support, group discussion and health-promoting behaviors

Address: Reproductive Health Research Center, University Medical Sciences of urmia

Tel: (+98) 044 36255777

Email: fmstabriz@gmail.com

¹ Student of Midwifery Counseling, Faculty of Nursing Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia

² Assistant Professor of Midwifery, Faculty of Nursing Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

³ Instructor of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran