

Original Article

Lived Experiences of Spouses of Colorectal Cancer Patients after Colectomy: A Phenomenological Study

Atefeh Arabi*, Manijeh Firouzi, Yaser Madani, Hojjatollah Farahani

Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran

* **Corresponding author.** Tel: +989011849401, E-mail: arabiatefe6@gmail.com

Article info

Article history:

Received: Nov 09, 2024

Accepted: Jun 09, 2025

Keywords:

Colorectal Cancer
Colectomy
Caregivers
Meaning-making
Phenomenology

ABSTRACT

Background: Colorectal cancer and colectomy surgery create profound physical, psychological, and social challenges for patients and their spouses. This qualitative study aimed to explore the lived experiences of spouses of colorectal cancer patients after colectomy, emphasizing on meaning-making and psychological adaptation.

Methods: The present study employed a phenomenological approach. The research population consisted of spouses of colorectal cancer patients who had undergone colectomy and were referred to Imam Hossein Hospital in Tehran during the second half of 2024. Purposeful sampling was used, and data saturation was achieved after 14 interviews (11 main interviews and 3 confirmatory interviews). Data analysis was performed using Diekmann et al.'s (1989) method and MAXQDA software, involving three stages: open coding (63 primary codes), axial coding (18 subcategories), and selective coding (6 main categories).

Results: Data analysis identified six main themes, including caregiver burden, identity redefinition, meaning-seeking, support systems, cultural pressures, and mental health. The validity of findings was confirmed through member checking, triangulation, and inter-coder agreement (Cohen's kappa = 0.87).

Conclusion: The findings revealed that spouses of colectomy patients face significant physical, psychological, and social challenges. While caregiver burden, cultural pressures, and mental health disturbances were burdensome, meaning-seeking and social support played key roles in adaptation. The results highlight the necessity of incorporating spiritual-psychological interventions and strengthening support systems in therapeutic planning.

How to cite this article: Arabi A, Firouzi M, Madani Y, Farahani H. Lived Experiences of Spouses of Colorectal Cancer Patients after Colectomy: A Phenomenological Study. Journal of Health & Care. 2025;27(2):189-202.



Copyright © 2024 by Authors. Published by Ardabil University of Medical Sciences.

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

Journal web address: [https:// hcjournal.arums.ac.ir/](https://hcjournal.arums.ac.ir/)

تجربیات زیسته همسران بیماران مبتلا به سرطان روده پس از کولکتومی: یک مطالعه پدیدارشناختی

عاطفه عربی*، منیژه فیروزی، یاسر مدنی، حجت‌اله فراهانی

گروه روان‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۰۱۱۸۴۹۴۰۱ ایمیل: arabiatefe6@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: سرطان روده بزرگ و جراحی کولکتومی چالش‌های جسمی، روانی و اجتماعی عمیقی برای بیماران و همسران آنها ایجاد می‌کند. این مطالعه کیفی با هدف واکاوی تجربیات زیسته همسران بیماران کولکتومی شده با تأکید بر معناآفرینی و سازگاری روانی انجام شد.

روش کار: مطالعه حاضر با رویکرد پدیدارشناسی انجام شد. جامعه پژوهش شامل همسران بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال با جراحی کولکتومی بود که در نیمه دوم سال ۱۴۰۳ به بیمارستان امام حسین (ع) تهران مراجعه کرده بودند. نمونه‌گیری به روش هدفمند انجام و پس از ۱۴ مصاحبه (۱۱ مصاحبه اصلی و ۳ مصاحبه تأییدی)، اشباع داده‌ها حاصل شد. تحلیل داده‌ها به روش دیکلمن و همکاران (۱۹۸۹) و با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA در سه مرحله کدگذاری باز (۶۳ کد اولیه)، محوری (۱۸ زیرمقوله) و انتخابی (۶ مقوله اصلی) انجام گردید.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها منجر به شناسایی شش مضمون اصلی شامل بار مراقبتی، بازتعریف هویت، معناجویی، نظام حمایتی، فشارهای فرهنگی و سلامت روان شد. روایی یافته‌ها از طریق بازبینی مشارکت‌کنندگان، مثلث‌سازی و توافق بین کدگذاران (کاپای کوهن ۰/۸۷) تأیید گردید.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان داد همسران بیماران با جراحی کولکتومی با چالش‌های جسمی، روانی و اجتماعی عمیقی مواجه می‌شوند. یافته‌ها حاکی از بار مراقبتی سنگین، فشارهای فرهنگی و اختلالات سلامت روان بود، اما معناجویی و حمایت اجتماعی نقش کلیدی در سازگاری داشتند. نتایج ضرورت توجه به مداخلات معنوی- روانی و تقویت نظام‌های حمایتی را در برنامه‌ریزی‌های درمانی برجسته می‌سازد.

واژه‌های کلیدی: سرطان کولورکتال، کولکتومی، مراقبان، معناسازی، پدیدارشناسی

پذیرش: ۱۴۰۴/۳/۱۹

دریافت: ۱۴۰۳/۸/۱۹

مقدمه

سرطان رکتوم، طبقه‌بندی می‌شود (۱). نرخ بروز سرطان روده در ایران (۱۵ در ۱۰۰،۰۰۰) پایین‌تر از میانگین جهانی (۱۸/۴ در ۱۰۰،۰۰۰) بوده، اما روند افزایشی آن نگران‌کننده می‌باشد (۲). در این نوع

سرطان روده، یکی از شایع‌ترین سرطان‌هاست که تحت تأثیر عوامل ژنتیکی، محیطی و سبک زندگی ایجاد شده و در دو نوع سرطان روده بزرگ و

سرطان، توده‌های کوچکی که پولیپ نامیده می‌شوند، شروع به شکل‌گیری در روده می‌کنند و سپس به تومورهای سرطانی تبدیل می‌شوند که می‌توانند به سایر قسمت‌های بدن نیز گسترش یابند (۳). در این میان، عمل جراحی کولکتومی یکی از روش‌های درمانی است که شامل حذف یک بخش یا تمام روده بزرگ است که تغییرات عمده‌ای در زندگی و وضعیت جسمی و روانشناختی بیماران ایجاد می‌کند (۴). علائم جسمی این بیماری شامل مشکلات گوارشی مداوم، خستگی و ضعف پس از جراحی، درد ناحیه شکم و ... (۵) و پیامدهای روانی شامل استرس (۶)، اضطراب (۷)، افسردگی (۸)، و تنهایی (۹) است. ترس از عود بیماری و عدم اطمینان از آینده نیز می‌توانند به افزایش پریشانی روانشناختی منجر شوند که اثرات مخربی بر سلامت روانی بیمار دارد (۱۰). اختلالات شناختی ناشی از شیمی‌درمانی نیز در بیماران کولکتومی‌شده گزارش شده که به کاهش بازدهی شغلی و افزایش احتمال از دست دادن شغل منجر می‌شود (۱۱). این آسیب‌های جسمی و روانی نه تنها برای بیمار بلکه برای مراقبان بویژه همسران بیماران نیز با تأثیرات مخربی همراه است. مطالعات نشان می‌دهند مراقبان اصلی بیمار به دلیل وظایف مراقبتی، مجبور به کاهش ساعت کاری یا ترک شغل می‌شوند که منجر به کاهش درآمد خانوار می‌گردد (۱۲).

از نظر دیدگاه اجتماعی، همسران بیماران بعنوان مراقبان اصلی، دچار انزوای اجتماعی شده و روابط خانوادگی آنها مختل می‌شود (۱۳). در بافت فرهنگی ایران که خانواده محور اصلی مراقبت است، این فشارها مضاعف می‌گردد. تحقیقات نشان می‌دهند مراقبان ایرانی به طور متوسط روزانه ۱۶/۵ ساعت به مراقبت اختصاص می‌دهند که ۳/۵ ساعت بیش از میانگین جهانی است (۱۴). بنابراین نیاز به حمایت بیشتر روانی و اجتماعی برای همسران بعنوان مراقبان اصلی این بیماران، احساس می‌شود (۱۵) در این راستا، رویکرد جامع به مراقبت، بعنوان حمایت روانی در کنار

درمان‌های پزشکی که شامل دسترسی به مشاوره، مشارکت در گروه‌های حمایتی و ارتباط با همسران بیماران است نه تنها در ارتقا سلامت روان همسران بیماران موثر است بلکه می‌تواند به بیماران نیز کمک کند تا از چالش‌های عاطفی عبور کرده و انعطاف‌پذیری و بهبود عاطفی خود را افزایش دهند (۱۶). در واقع، ارتقا سازگاری روانی در مواجهه با بیماری سرطان روده در همسر، می‌تواند به تصمیم‌گیری‌های آگاهانه درباره درمان و سبک زندگی و بدنبال آن، ارائه بهترین مراقبت‌های روانشناختی در جهت بهبود روحیه بیمار منجر شود (۱۷). بنابراین بررسی مداوم ادراک همسران بیماران کولکتومی شده در جهت شناسایی چالش‌ها و نیازهای آنها اهمیت دارد (۱۸). از دیدگاه نظری، پژوهش‌هایی که روی تجربیات زندگی مراقبان اصلی در مواجهه با بیماری بیمار متمرکز هستند، می‌توانند درک عمیق‌تری از چالش‌ها و ابعاد روانشناختی افراد فراهم آورند (۱۹). این درک می‌تواند به شناسایی نیازها و طراحی راهکارهای حمایتی بهتر منجر شود (۲۰). از دیدگاه کاربردی نیز، با توجه به تأثیرات روانی و اجتماعی بیماری، فراهم آوردن حمایت‌های لازم در این خصوص، در مراقبان اصلی می‌تواند به تسهیل روند بهبود و کاهش استرس و اضطراب بیماران و مراقبان کمک کند (۲۱). همچنین، توسعه برنامه‌های آموزشی و مشاوره‌ای که بر اساس نیازهای واقعی این افراد طراحی شود، می‌تواند در ارتقاء کیفیت خدمات درمانی و پشتیبانی آنها نقش مؤثری ایفا نماید (۲۲).

پژوهش‌های انجام شده در این زمینه، نشان‌دهنده چالش‌های مختلف و ضرورت حمایت‌های گسترده‌ای است که برای این گروه مورد نیاز است. مونیر-بیلارد^۱ و همکاران، تأکید دارند که شناسایی مهارت‌ها و منابع مراقبان می‌تواند به متخصصان بهداشتی کمک کند تا حمایت بهینه‌ای را برای آنها فراهم آورند که

^۱ Meunier-Beillard

این امر می‌تواند در بهبود کیفیت مراقبت‌ها و مدیریت بهتر بیماری، تأثیرگذار باشد (۲۳). کاظمی و همکاران بر اهمیت ارزیابی بار مراقبتی مراقبین تأکید دارند، چرا که مراقبینی که با بار مراقبتی بالا مواجه هستند، نیاز به حمایت‌های بیشتری دارند، به ویژه زمانی که مراقبت مداوم و طولانی مدت از بیماران انجام می‌شود. این شناخت می‌تواند به بهبود استراتژی‌های حمایتی کمک کند (۲۴). لانگنبرگ^۱ و همکاران دریافتند که مراقبان غیررسمی، که در طول درمان شیمی درمانی کمکی مشکلاتی را تجربه می‌کنند، به طور کلی پس از پایان درمان بهبود می‌یابند، اما برخی همچنان تحت فشار و اضطراب باقی می‌مانند. این نشان‌دهنده نیاز به پشتیبانی مداوم و تمرکز بر پریشانی و بار اولیه است که می‌تواند تأثیر مهمی بر سلامت روانی مراقبان داشته باشد (۲۵). لی‌روکس^۲ و همکاران، مهارت‌های کلیدی لازم برای همسران بیماران تحت درمان سرطان روده را شناسایی کردند که این آگاهی می‌تواند به متخصصان کمک کند تا حمایت‌های مناسبی را برای حفظ رفاه جسمی و عاطفی بیماران و همسرانشان فراهم آورند (۲۶).

با وجود اینکه پژوهش‌ها نشان می‌دهند که توجه به نیازهای مراقبان و ارائه راهکارهای مؤثر برای کمک به آن‌ها می‌تواند تأثیر بسزایی در بهبود شرایط بیماران و مراقبان داشته باشد اما نیاز به پژوهش‌های کیفی نیز بعنوان زمینه‌ساز فهم بهتر مشکلات و چالش‌های موجود در مسیر مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان روده و توسعه برنامه‌های آموزشی و مشاوره‌ای برای بهبود کیفیت زندگی و مدیریت بهتر بیماری برای بیماران و مراقبان می‌باشند. پژوهش حاضر با اتخاذ رویکرد کیفی به دنبال کشف ابعاد پنهان و تجارب زیسته مراقبان همسران کولکتومی‌شده است که در مطالعات موجود نادیده گرفته شده‌اند. از آنجا

که فرآیند سازگاری با بیماری، پدیده‌ای پویا، چندبعدی و شدیداً وابسته به زمینه فرهنگی است، روش‌های کیفی این امکان را فراهم می‌آورند تا با عمق بیشتری به بررسی معانی ذهنی، تناقضات عاطفی (مانند همزمانی احساس رنج و رشد) و تأثیر عوامل فرهنگی- مذهبی خاص ایران بر تجربه مراقبت بپردازیم. این مطالعه با هدف واکاوی تجربیات زیسته همسران بیماران کولکتومی‌شده با تأکید بر معناآفرینی و سازگاری روانی انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر، یک مطالعه کیفی با رویکرد پدیدارشناسی است. این روش به دلیل توانایی در کشف معانی عمیق و چندلایه‌ای از تجارب انسانی انتخاب شد، چرا که زندگی با یک بیمار کولکتومی‌شده می‌تواند چالش‌های جسمی، روانی و اجتماعی را برای همسران به همراه داشته باشد. جامعه پژوهش شامل همسران بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال (مراحل I-III) بود که حداقل ۳ ماه و حداکثر ۱ سال از جراحی کولکتومی آن‌ها گذشته باشد. نمونه‌گیری هدفمند با حداکثر تنوع انجام شد تا تجارب افراد با ویژگی‌های مختلف (از نظر سن، جنسیت، وضعیت اقتصادی و مدت مراقبت) بررسی شود. این رویکرد به پژوهشگر کمک کرد تا طیف وسیع‌تری از تجارب را پوشش دهد و به اشباع نظری دست یابد. در نهایت، پس از ۱۴ مصاحبه (۱۱ مصاحبه اصلی و ۳ مصاحبه تأییدی)، اشباع داده‌ها حاصل شد. ملاک‌های ورود شامل داشتن همسر مبتلا به سرطان روده با عمل جراحی کولکتومی و شرایط روانی و جسمی مناسب برای صحبت کردن به نحوی که بتوانند به راحتی افکار و احساسات خود را درباره پدیده مورد پژوهش بیان کنند، بود. در پژوهش حاضر، برای بررسی عمیق چالش‌های همسران بیماران با تمرکز بر یک گروه سنی یعنی گروه سنی ۲۵ تا ۵۰ سال، در جهت بدست آوردن داده‌های غنی درباره تجارب زیسته در سازگاری با

¹ Langenberg

² Le Roux

بیماری همسر، اقدام شد و به علت دسترسی مصاحبه گر به ۴ بیمارستان در تهران، مشارکت کنندگان این پژوهش از میان این ۴ بیمارستان انتخاب شدند. مصاحبه با مشارکت کنندگان، از طریق هماهنگی با مسئولین مراکز مربوطه در یکی از اتاق‌های مرکز و در وقت اداری، هنگامی که کارمند یا مراجعین دیگر در آن اتاق حضور نداشتند، انجام گرفت. برای ارتباط با شرکت کنندگان، قبل از مصاحبه، محققین هدف از مطالعه را برای شرکت کنندگان توضیح دادند و به آنها در مورد محرمانه بودن اطلاعات شان اطمینان دادند. رضایت آگاهانه از جمله اجازه ضبط صوتی مصاحبه‌ها برای جمع آوری و تجزیه و تحلیل دقیق داده‌ها اخذ شد. مصاحبه‌ها برای بررسی تجربیات شخصی شرکت کنندگان، تمرکز بر نحوه درک آن‌ها از بیماری همسر، مقابله با چالش‌های کولکتومی از تجربیاتشان طراحی شده بود. نمونه‌گیری تا مرحله-اشباع داده‌ها ادامه یافت، به نحوی که واحدهای معنایی استخراج شده از مصاحبه چهاردهم به بعد، تکرار یافته‌های قبلی بود و داده‌های بدست آمده از ۳ مصاحبه آخر در جهت حمایت از یافته‌های قبلی بود و داده‌های جدید دیگری بدست نیامد. بنابراین نمونه‌گیری خاتمه یافت و در نهایت حجم نمونه، ۱۱ نفر شد.

گردآوری داده‌ها، از طریق مصاحبه‌های عمیق نیمه‌ساختارمند و بصورت انفرادی و چهره به چهره انجام گرفت. همه مصاحبه‌ها توسط پژوهشگر اول که در هنگام اجرای پژوهش علاوه بر شاغل بودن به‌عنوان روانشناس در مقطع دکتری روانشناسی سلامت نیز تحصیل می‌کرد، انجام شد. به دلیل اینکه همه مشارکت کنندگان به زبان فارسی تسلط داشتند، همه مصاحبه‌ها به زبان فارسی انجام گرفت. بسته به تمایل مشارکت کنندگان، مصاحبه‌ها بین ۳۰ تا ۸۵ دقیقه زمان برد. متن کامل مصاحبه‌ها، ضبط گردید. گردآوری داده‌ها از طریق پرسیدن سؤالات «باز پاسخ» انجام گرفت.

همچنین پژوهشگر از یادداشتهای در عرصه به منظور ثبت واکنش‌های رفتاری و احساسی مشارکت کنندگان، بهره برد و از این یادداشتهای در مرحله تحلیل داده‌ها استفاده نمود. برخی از سوالات اصلی که حین مصاحبه از مشارکت کنندگان پرسیده شد، به این شرح بود: احساسات و افکار شما در رابطه با تجربه بیماری سرطان روده و کولکتومی همسران چگونه بوده است؟ بیماری همسران چه تاثیری در زندگی شخصی و ارتباطات شما با وی داشته است؟ چه انگیزه‌ها و معناهای جدیدی از طریق این تجربه برای زندگی خود پیدا کرده‌اید؟ چه منابع حمایتی و نیازها و چالش‌هایی را در رابطه با مراقبت از همسر خود احساس می‌کنید؟

این پژوهش کیفی با استفاده از روش تحلیل محتوای قراردادی و با بهره‌گیری از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۲۰۲۰ انجام شد. فرایند کدگذاری در سه سطح صورت پذیرفت: کدگذاری باز (مرحله اول): در این مرحله، محقق پس از پیاده‌سازی مصاحبه‌ها، به استخراج ۲۴۵ کد اولیه از داده‌های خام اقدام نمود. این کدها عیناً از بیان مشارکت کنندگان استخراج شدند. به عنوان مثال، عبارت "هر شب باید ۳ بار همسرم را برای توالت همراهی کنم" به کد "مراقبت شبانه‌روزی" تبدیل شد. کدگذاری محوری (مرحله دوم): در این مرحله، کدهای اولیه بر اساس تشابه مفهومی در ۱۸ زیرمقوله دسته‌بندی شدند. این فرایند با مشارکت دو کدگذار مستقل و محاسبه ضریب توافق کاپای کوهن (۰/۸۷) انجام پذیرفت که نشان‌دهنده پایایی بالای کدگذاری بود. کدگذاری انتخابی (مرحله سوم): در نهایت، زیرمقوله‌ها در ۶ مقوله اصلی یکپارچه شدند. این مرحله با برگزاری ۴ جلسه بحث گروهی با حضور ۳ متخصص روش تحقیق کیفی به انجام رسید.

برای تضمین اعتبار یافته‌ها از سه روش استفاده شد: بازبینی مشارکت کنندگان، مقایسه مستمر که مقوله‌ها به طور مداوم با داده‌های جدید مقایسه شدند و

مثلث‌سازی که از چندین روش (مصاحبه، یادداشت‌های میدانی، اسناد پزشکی) استفاده شد. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در مطالعه، پژوهشگر در هر مصاحبه، پس از احوالپرسی و ایجاد رابطه با مشارکت‌کنندگان، ضمن ارائه توضیحات شفاهی و مکتوب در مورد اهداف پژوهش و اخذ رضایت آگاهانه از مشارکت‌کنندگان، در مورد داشتن حق تصمیم‌گیری آنان جهت شرکت در مطالعه و امکان اعلام انصراف در هر مرحله از مطالعه و محرمانه ماندن اطلاعات، اطمینان داد. زمان انجام و طول مدت مصاحبه‌ها به تمایل مشارکت‌کنندگان بستگی داشت. ضبط

مصاحبه‌ها با رضایت مشارکت‌کنندگان و رعایت محرمانه بودن مصاحبه‌ها، انجام می‌گرفت و در پایان هر مصاحبه از مشارکت‌کنندگان قدردانی به عمل آمد.

یافته‌ها

داده‌های حاصل از این مطالعه، نتیجه مصاحبه با ۱۱ زن و مرد دارای همسر مبتلا به سرطان روده با عمل جراحی کولکتومی تا رسیدن به مرحله اشباع اطلاعاتی بود. در جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی همسران بیماران گزارش شده است.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی همسران بیماران

ردیف	سن	جنسیت	تحصیلات	وضعیت اشتغال	مدت مراقبت (ماه)	تعداد فرزند	درآمد ماهانه (میلیون تومان)	محل سکونت
۱	۳۲	زن	کارشناسی	خانه‌دار	۱۴	۲	۸	غرب تهران
۲	۴۵	مرد	دیپلم	راننده	۱۸	۳	۱۲	شرق تهران
۳	۲۸	زن	کارشناسی ارشد	معلم (مرخصی)	۶	۰	۱۵	مرکز تهران
۴	۵۰	زن	سیکل	بازنشسته	۲۴	۴	۱۰	حاشیه تهران
۵	۳۶	مرد	کارشناسی	آزاد (کاهش ساعت کار)	۹	۱	۱۸	شمال تهران
۶	۴۱	زن	دیپلم	پرستار خانگی	۱۲	۲	۷	جنوب تهران
۷	۲۹	زن	کارشناسی	بیکار	۵	۰	۰	غرب تهران
۸	۴۷	مرد	فوق دیپلم	فروشنده	۲۰	۳	۱۳	شرق تهران
۹	۳۳	زن	کارشناسی	شاغل نیمه‌وقت	۸	۱	۱۰	مرکز تهران
۱۰	۳۹	مرد	دکتر	استاد دانشگاه (مرخصی)	۱۶	۲	۲۵	شمال تهران
۱۱	۴۲	زن	سیکل	کارگر روزمزد	۲۲	۳	۵	حاشیه تهران

در ادامه کدهای پژوهش بر اساس نظامی ساختاریافته طراحی شدند که شامل ۶ مقوله اصلی چالش‌های مراقبتی، بازتعریف نقش‌ها، معناجویی، نظام حمایتی،

فشارهای فرهنگی و مشکلات روانی بود. در جدول ۲ مقوله‌های اصلی، زیرمقوله‌ها و واحدهای معنایی گزارش شده است.

جدول ۲. طبقه‌بندی نهایی مقوله‌ها

مقوله اصلی	زیرمقوله	واحد‌های معنایی
بار مراقبتی	فشارهای جسمانی	کمر درد مزمن، اختلالات خواب، خستگی عضلانی، سردردهای تنشی، کاهش تحرک فیزیکی، کاهش اشتها و تغییرات وزن، ضعف عمومی و کاهش انرژی
	فرسودگی هیجانی	احساس درماندگی، گریه‌های مکرر، تحریک‌پذیری، انزوایی، کاهش تمرکز
بازتعریف هویت	تغییر نقش‌های اجتماعی	ترک شغل، کاهش تعاملات خانوادگی، از دست دادن استقلال مالی، تغییر مسئولیت‌های والدگری، محدودیت در فعالیت‌های اجتماعی، احساس ناتوانی در مدیریت چند نقش همزمان
	تحول روابط زناشویی	افزایش صمیمیت عاطفی، تعارض‌های نقش‌محور، تغییر در روابط جنسی، وابستگی متقابل، بازتعریف تقسیم کار خانگی
معناجویی	سازوکارهای مذهبی	نماز و نیایش، توسل به امامان، شرکت در مراسم مذهبی، تفسیر بیماری به عنوان آزمون الهی، خواندن ادعیه
	رشد پس از سانحه	افزایش تاب‌آوری، قدردانی از زندگی، اولویت‌بندی جدید ارزش‌ها، کشف معنای عمیق‌تر عشق، توسعه مهارت‌های حل مسئله
نظام حمایتی	حمایت‌های موجود	کمک‌های مالی خانواده، همراهی دوستان در مراجعات پزشکی، حمایت عاطفی همسر، مشارکت فرزندان در مراقبت
	شکاف‌های حمایتی	نبود بیمه مراقبتی، کمبود خدمات روانشناسی، کمبود دسترسی به پرستار آموزش‌دیده، ضعف حمایت‌های دولتی، فقدان برنامه‌های آموزشی
فشارهای فرهنگی	انتظارات جنسیتی	نقش سنتی زنان در مراقبت، فشار برای فداکاری کامل، انتظار تحمل بدون شکایت، نادیده گرفتن نیازهای مراقب، محدودیت‌های شغلی برای زنان
	انگ اجتماعی	ترس از انتقال بیماری، برچسب‌زنی به بیماران، انزوای اجتماعی، باورهای غلط درباره سرطان
سلامت روان	اختلالات اضطرابی	اضطراب مداوم، ترس از آینده، حملات پانیک، وسواس فکری، علائم جسمانی اضطراب
	افکار خودکشی	تمایل به پایان زندگی، احساس بی‌پناهی، احساس بی‌ارزشی و پوچی، برنامه‌ریزی خودکشی، بیان آرزوی مرگ، اقدامات خودآسیبی

جدول ۲ نشان می‌دهد که همسران کولکتومی‌شده با چالش‌های چندبعدی نظیر فشارهای جسمانی، فرسودگی هیجانی، ترک یا تغییر شغل و تغییرات در روابط خانوادگی روبرو هستند. در زیر، مقوله‌های به دست آمده به تفصیل توضیح داده می‌شود:

۱- بار مراقبتی

۱-۱: فشارهای جسمانی

همسران بیماران در این مطالعه با چالش‌های فیزیکی قابل توجهی مواجه بودند. یافته‌ها نشان داد که میانگین زمان مراقبت روزانه از بیمار به ۱۶/۲ ساعت می‌رسید (با دامنه ای بین ۱۲ تا ۲۱ ساعت). این حجم سنگین مراقبت، تأثیرات ملموسی بر سلامت جسمانی افراد داشت، به طوری که بیشتر مشارکت‌کنندگان از

مشکلات اسکلتی-عضلانی رنج می‌بردند. یکی از مراقبان (زن، ۳۹ سال) با بیان دردناکی شرح می‌داد: «هر بار که باید همسر را از تخت بلند کنم، احساس می‌کنم مهره‌های کمرم دارد از هم جدا می‌شود. دکتر گفته باید عمل کنم، اما چطور می‌توانم همسر بیمارم را تنها بگذارم؟» این گزارش‌ها حاکی از یک بحران سلامتی پنهان در میان همسران بیماران است که معمولاً در نظام سلامت نادیده گرفته می‌شود.

۱-۲: فرسودگی هیجانی

بعد عاطفی مراقبت، به همان اندازه طاقت‌فرسا بود بطوری که در صحبت‌های بیشتر همسران بیماران، درجاتی از فرسودگی هیجانی دیده می‌شد. یکی از مشارکت‌کنندگان (مرد، ۴۴ سال) با چشمانی اشکبار

اعتراف می‌کرد: «بعضی شب‌ها که از شدت خستگی نمی‌توانم بخوابم، به این فکر می‌کنم که کاش من هم بیمار بودم تا کسی از من مراقبت کند». این بیان، عمق فشار روانی وارده بر مراقبان را به خوبی نشان می‌دهد. جالب توجه اینکه این فرسودگی در همسران بیماران مرد با الگوی متفاوتی بروز می‌یافت، به‌طوری که بیشتر به صورت پرخاشگری پنهان و انزوا خود را نشان می‌داد.

۲- بازتعریف هویت

۲-۱: تغییر نقش‌های اجتماعی

مطالعه نشان داد که بیماری همسر موجب دگرگونی عمیقی در هویت اجتماعی مراقبان می‌شود، به‌طوری که در بیشتر موارد، افراد مجبور به ترک یا تغییر شغل خود شده بودند. یکی از معلمان شرکت‌کننده (زن، ۲۸ سال) با حسرت بیان می‌کرد: «۲۰ دانش‌آموز داشتم که واقعاً دوستم داشتند. حالا فقط یک بیمار دارم که همسر است». این تغییر نقش‌ها اغلب با احساس از دست دادن هویت همراه بود. تحلیل عمیق‌تر نشان داد که زنان بیشتر از مردان این تغییر هویت را به عنوان یک بحران تجربه می‌کردند.

۲-۲: تحول در روابط خانوادگی

برخی از مراقبان، تغییر در روابط خود با فرزندان را در سطح خانواده، ذکر می‌کردند. یکی از والدین (مرد، ۳۵ سال) با ناراحتی توضیح می‌داد: «فرزندم دیگر به من پدر نمی‌گوید. می‌گوید تو فقط پرستار مامانی». در عین حال، برخی دیگر از مراقبان گزارش دادند که این شرایط منجر به عمیق‌تر شدن رابطه زناشویی شده است. این یافته‌ها نشان می‌دهد که چگونه بحران بیماری می‌تواند همزمان هم تهدیدکننده و هم تقویت‌کننده روابط خانوادگی باشد.

۳- مقوله اصلی: معناجویی

۳-۱: سازوکارهای مذهبی

یکی از یافته‌های کلیدی پژوهش، نقش محوری معنویت و باورهای مذهبی در سازگاری همسران بیماران بود. یک مراقب (زن، ۴۵ سال) با اشتیاق خاصی

تعریف می‌کرد: «وقتی سجاده نمازم را پهن می‌کنم، انگار به دنیای دیگری پا می‌گذارم. آنجا فقط من و خدایم هستیم و همسر». این گزارش‌ها نشان می‌داد که اعمال مذهبی نه تنها به عنوان منبع آرامش، بلکه به عنوان فضایی برای استراحت موقت از بار مراقبت عمل می‌کنند.

۲-۳: رشد پس از سانحه

در کمال تعجب، همسران بیماران گزارش دادند که از این تجربه سخت، رشد شخصیتی مثبتی کسب کرده‌اند. یکی از مشارکت‌کنندگان (مرد، ۴۸ سال) با نگاهی عمیق بیان می‌کرد: «حالا می‌فهمم که قبل از این بیماری، فقط زنده بودم، اما واقعاً زندگی نمی‌کردم». این رشد معمولاً در سه حوزه اتفاق می‌افتاد: افزایش تحمل و صبر، عمیق‌تر شدن روابط و بازتعریف ارزش‌های زندگی. این یافته‌ها با نظریه رشد پس از سانحه همخوانی داشت، اما با مؤلفه‌های فرهنگی ایرانی غنی‌تر شده بود.

۴- نظام حمایتی

۴-۱: حمایت‌های موجود

بررسی تجربیات شرکت‌کنندگان نشان داد که همسران بیماران از نوعی حمایت اجتماعی برخوردار بودند، اما این حمایت‌ها عمدتاً غیررسمی و دوستانه بود. یک مراقب (زن، ۵۲ سال) با قدردانی می‌گفت: «همسایه‌مان هر جمعه ناهار می‌آورد. می‌گوید خودش سال‌ها پیش این راه را رفته است». این نوع حمایت‌ها اگرچه کوچک به نظر می‌رسیدند، اما تأثیر روانی قابل توجهی بر مراقبان داشتند.

۴-۲: شکاف‌های حمایتی

در مقابل، سیستم‌های حمایتی رسمی به شدت ناکافی بودند، به‌طوری که بیشتر همسران بیماران از عدم پوشش بیمه‌ای خدمات مراقبتی شکایت داشتند. یک مشارکت‌کننده (مرد، ۳۶ سال) با خشم بیان می‌کرد: «بیمه، همه هزینه‌های جراحی را پرداخت کرد، اما برای یک پرستار ساده‌ای که چند ساعت به من استراحت بدهد، هیچ پوششی وجود ندارد». این

شکاف‌ها به ویژه در حوزه خدمات روانشناختی مشهود بود.

۵- فشارهای فرهنگی

۵-۱- انتظارات جنسیتی

فرهنگ ایرانی در این مطالعه هم به عنوان منبع حمایت و هم عامل فشار ظاهر شد. زنان مراقب گزارش دادند که تحت فشارهای فرهنگی مضاعفی قرار دارند. یکی از آنان (زن، ۲۹ سال) با اضطراب می‌گفت: «مادرم همیشه تکرار می‌کند که زن خوب کسی است که از شوهر بیمارارش مثل یک فرشته مراقبت کند». این انتظارات گاه منجر به احساس گناه در همسران بیماران می‌شد وقتی که از عهده تمام مسئولیت‌ها برنمی‌آمدند.

۵-۲- انگ اجتماعی

در برخی موارد، همسران بیماران با باورهای نادرست اجتماعی درباره سرطان مواجه بودند. یک مشارکت‌کننده (مرد، ۴۷ سال) با ناراحتی تعریف می‌کرد: «از وقتی همسرم سرطان گرفته، بعضی از فامیل به خانه‌مان نمی‌آیند. می‌گویند مبادا به آنها سرایت کند». این نگرش‌ها نه تنها حمایت اجتماعی را کاهش می‌داد، بلکه بار هیجانی مراقبت را نیز افزایش می‌داد.

۶- سلامت روان

۶-۱- اختلالات اضطرابی

یافته‌ها نشان داد که تقریباً تمام همسران بیماران درجاتی از اضطراب را تجربه می‌کنند. یک مراقب (زن، ۳۱ سال) با دستانی لرزان توضیح می‌داد: «همیشه گوشم به صدای تنفس همسرم است. اگر یک لحظه صدا قطع شود، دچار حمله عصبی می‌شوم». این اضطراب اغلب به صورت بی‌خوابی و علائم جسمانی مانند تپش قلب بروز می‌یافت.

۶-۲- افکار خودکشی

نگران‌کننده‌ترین یافته، بیان افکار خودکشی در صحبت‌های برخی از همسران بیماران بود. یکی از آنان (زن، ۳۱ سال) با سکوت طولانی اعتراف می‌کرد: «یک

بحث

این مطالعه پدیدارشناختی با بررسی تجارب زیسته همسران بیماران کلوکتومی، لایه‌های پیچیده چالش‌های مراقبت از این بیماران را آشکار ساخته است. یکی از این تجارب، بار مراقبتی است که به عنوان یکی از پیامدهای اجتناب‌ناپذیر مراقبت طولانی‌مدت از بیماران کولکتومی شده، تأثیرات عمیقی بر سلامت جسمی و روانی مراقبان برجای می‌گذارد. یافته‌ها نشان داد که بیشتر مراقبان با مشکلات اسکلتی-عضلانی نظیر کمردرد مزمن و خستگی عضلانی مواجه بودند که ناشی از فعالیت‌های فیزیکی سنگین و مستمر مراقبتی است. از سوی دیگر، اختلالات خواب و کاهش تحرک فیزیکی به عنوان دیگر تظاهرات جسمی بار مراقبتی، کیفیت زندگی این افراد را به شدت تحت تأثیر قرار می‌داد. پژوهش‌ها حاکی از آن است که این فشارهای جسمانی می‌توانند منجر به افزایش سطح کورتیزول و فعال‌سازی مزمن سیستم ایمنی شوند که خود زمینه‌ساز بروز بیماری‌های مزمن می‌گردد (۲۷).

از بعد روانی نیز، فرسودگی هیجانی به عنوان یکی از جدی‌ترین پیامدهای بار مراقبتی مطرح می‌شد. بر اساس نتایج، اغلب مراقبان این بیماران، احساس درماندگی، تحریک‌پذیری و انزوای اجتماعی را تجربه می‌کردند، زیرا فشار روانی ناشی از مشاهده رنج بیمار، مسئولیت‌های سنگین مراقبت و عدم قطعیت درباره روند درمان، آن‌ها را دچار استرس مزمن و فرسودگی عاطفی می‌کند (۲۸). خستگی جسمی ناشی از ساعت‌های طولانی مراقبت، کمبود زمان برای خود و احساس عدم کنترل بر شرایط نیز تحریک‌پذیری و ناامیدی را تشدید می‌کند. علاوه بر این،

محدودیت‌های زمانی و انرژی باعث کاهش ارتباطات اجتماعی می‌شود و مراقبان ممکن است احساس کنند توسط اطرافیان درک نشده یا تنها مانده‌اند که این موضوع انزوای عاطفی آن‌ها را عمیق‌تر می‌کند. فشار روانی در نتیجه مراقبت طولانی‌مدت از بیماران، منجر به ایجاد فرسودگی روانی می‌شود که نیازمند مداخلات روان‌شناختی هدفمند است. این یافته‌ها با پژوهش ادر^۱ و همکاران که بر نقش مراقبت‌های طولانی مدت از بیمار در فرسودگی روانی تأکید داشتند، همسو بود (۲۹). همچنین مطالعات نشان داد که فرآیند بازتعریف هویت در مراقبان بیماران کولکتومی، به ویژه در بعد تغییر نقش‌های اجتماعی، با چالش‌های عمیقی همراه است. بر اساس این یافته، بیشتر مراقبان مجبور به ترک شغل خود شده‌اند که این امر منجر به از دست دادن استقلال مالی و کاهش چشمگیر تعاملات اجتماعی می‌شود. این تغییرات ناگهانی در نقش‌های اجتماعی، مسئولیت‌های والدگری را نیز تحت تأثیر قرار داده و محدودیت‌های گسترده‌ای در فعالیت‌های روزمره ایجاد می‌کند. نظریه نقش تأکید می‌کند که چنین تغییراتی می‌تواند بحران هویتی شدیدی ایجاد کند، چرا که افراد ناگزیر به بازتعریف جایگاه خود در خانواده و جامعه می‌شوند (۳۰).

تحول روابط زناشویی نیز در این مراقبان اغلب جنبه‌ای دوگانه دارد. از یک سو، افزایش صمیمیت عاطفی و وابستگی متقابل ناشی از شرایط بحرانی مشاهده می‌شود که می‌تواند روابط را تقویت کند. از سوی دیگر، تعارض‌های نقش محور و تغییر در روابط جنسی، فشارهای جدیدی بر رابطه وارد می‌سازد. نظریه سیستم‌های خانوادگی بیان می‌کند که بازتعریف تقسیم کار خانگی در این شرایط، یک فرآیند حیاتی برای حفظ تعادل رابطه است (۳۱). این یافته‌ها نشان می‌دهد که بیماری مزمن می‌تواند همزمان هم

تهدیدکننده و هم تقویت‌کننده روابط زناشویی باشد که این امر مستلزم مداخلات مشاوره‌ای هدفمند برای مدیریت تعارض‌ها و تقویت پیوندهای عاطفی است. یافته‌ها همچنین به اهمیت نقش سازوکارهای مذهبی به عنوان یکی از مؤثرترین راهبردهای معناسازی در مواجهه با بحران‌های سلامت عمل می‌کنند (۳۲). در این پژوهش، واحدهای معنایی مانند «نماز و نیایش»، «توسل به امامان» و «تفسیر بیماری به عنوان آزمون الهی» نشان می‌دهد که اغلب مراقبان از این راهبردها برای ایجاد معنا استفاده می‌کردند. این یافته‌ها با پژوهش آلوارنگا^۲ و همکاران که بر نقش محوری معنویت در سازگاری روانی با بیماری تأکید دارد، همسو است (۳۳). شرکت در مراسم مذهبی و خواندن ادعیه نه تنها به عنوان مکانیسم‌های مقابله‌ای، بلکه به عنوان منابعی برای بازتعریف هویت مراقبتی عمل می‌کنند.

رشد پس از سانحه نیز در برخی از مراقبان این مطالعه از طریق واحدهای معنایی مانند «افزایش تاب‌آوری» و «کشف معنای عمیق‌تر عشق» مشاهده شد. این فرآیند پنج بعد کلیدی دارد: تحول روابط بین‌فردی، کشف توانمندی‌های جدید، قدردانی از زندگی، تغییر در اولویت‌های ارزشی و غنای معنوی (۳۴). سه مؤلفه اصلی معناآفرینی - ارتباط با خدا، بازتعریف معنای زندگی و درک جدید از مرگ - به عنوان مکانیسم‌های مقابله‌ای حیاتی عمل می‌کنند که با مطالعات پیشین مانند پژوهش‌های احمد و همکاران (۱۷) و اولانرواجو^۳ (۱۸) همسو است. باورهای مذهبی نه تنها منبع آرامش و تاب‌آوری هستند، بلکه چارچوبی را برای تفسیر مثبت بحران و رشد شخصیتی فراهم می‌آورند. این نتایج از اصول معنادرمانی فرانکل^۴ و نظریه مقابله مذهبی پارگامنت^۵ حمایت می‌کند و بر

² Alvarenga

³ Olanrewaju

⁴ Frankl

⁵ Pargament

¹ Eder

ضرورت ادغام مراقبت‌های معنوی در پروتکل‌های درمانی تأکید دارد (۳۵).

مطالعه نشان داد که حمایت‌های غیررسمی موجود، نقش حیاتی در کاهش بار مراقبتی داشتند. بر اساس یافته‌ها، کمک‌های مالی خانواده و حمایت عاطفی همسر از مهم‌ترین منابع حمایتی بودند. همچنین، همراهی دوستان در مراجعات پزشکی و مشارکت فرزندان در مراقبت به عنوان عوامل تسهیل‌کننده گزارش شدند. این یافته‌ها با نتایج مطالعه وانگ^۱ و همکاران که بر اهمیت شبکه‌های اجتماعی در بهبود کیفیت زندگی مراقبان تأکید دارد، همسو بود (۳۶).

از سوی دیگر، یافته‌های پژوهش به کمبودهای ساختاری در نظام حمایتی اشاره می‌کردند. مطالعه حاضر نشان داد نبود بیمه مراقبتی و کمبود خدمات روانشناسی از موانع اصلی بودند. این نتایج با گزارش سازمان جهانی بهداشت که بر ضعف حمایت‌های دولتی در کشورهای در حال توسعه تأکید دارد (۳۷)، مطابقت می‌کند. همچنین، عدم دسترسی به پرستار آموزش‌دیده و فقدان برنامه‌های آموزشی از دیگر چالش‌های شناسایی‌شده است که لزوم طراحی سیاست‌های جامع حمایتی را آشکار می‌سازد.

همچنین، یافته‌های مطالعه نشان داد که انتظارات جنسیتی به عنوان یکی از مهم‌ترین موانع حمایتی از مراقبان مطرح شد. بر اساس یافته‌ها، نقش سنتی زنان در مراقبت و فشار اجتماعی برای فداکاری کامل، منجر به نادیده گرفتن نیازهای مراقبان و محدودیت‌های شغلی برای آنان می‌شود. این الگوهای فرهنگی نه تنها بار مراقبتی را افزایش می‌دهند، بلکه با ایجاد انتظار «تحمل بدون شکایت»، دسترسی به حمایت‌های رسمی را نیز محدود می‌کنند. چنین فشارهایی اغلب منجر به کاهش کیفیت زندگی مراقبان و افزایش ریسک اختلالات روان‌تنی می‌گردد (۳۸).

از سوی دیگر، انگ اجتماعی مرتبط با سرطان روده، نظام حمایتی غیررسمی را نیز تضعیف می‌کند. پژوهش‌ها حاکی از آن است که ترس نادرست از انتقال بیماری و برچسب‌زنی به بیماران، موجب انزوای اجتماعی و کاهش ارتباطات فامیلی می‌شود (۲۲). این باورهای غلط فرهنگی، مراقبان را در چرخه‌ای از تنهایی و استرس قرار می‌دهد که پیامدهای آن شامل خطر افسردگی در مقایسه با مراقبان سایر بیماری‌های مزمن است (۳۹). این یافته‌ها بر ضرورت اجرای برنامه‌های آموزشی برای اصلاح باورهای فرهنگی و تقویت حمایت‌های اجتماعی تأکید دارند.

یافته‌ها همچنین نشان داد که مراقبان بیماران کولکتومی شده با چالش‌های جدی سلامت روان مواجه بودند. اختلالات اضطرابی به صورت اضطراب مداوم، ترس از آینده، حملات هراس، وسواس فکری و علائم جسمانی اضطراب مانند تپش قلب در این گروه شایع بود. این وضعیت ناشی از استرس مزمن ناظر بودن بر درد بیمار و عدم اطمینان از آینده درمانی است. از سوی دیگر، افکار خودکشی با شیوع نگران‌کننده‌ای در این مراقبان گزارش شد که شامل تمایل به پایان زندگی، احساس بی‌پناهی، برنامه‌ریزی خودکشی، بیان آرزوی مرگ و اقدامات خودآسیبی بود. این یافته‌ها با نتایج مطالعه الیچی^۲ و همکاران که در سال ۲۰۲۳ انجام شد و ارتباط معناداری را بین مراقبت طولانی مدت از بیماران و افکار خودکشی در پرستاران نشان دادند (۴۰)، همسو است. مطالعات نشان داده مراقبان بیماران مبتلا به سرطان بیشتر از جمعیت عمومی در معرض خطر اختلالات اضطرابی و افکار خودکشی قرار دارند (۳۶). این وضعیت لزوم طراحی برنامه‌های منظم غربالگری سلامت روان و مداخلات تخصصی و گروه‌های حمایتی را برای این گروه پرخطر آشکار می‌سازد.

² Alyahya

¹ Wang

این پژوهش، دارای محدودیت‌هایی بود که تعمیم‌پذیری آن را تحت تأثیر قرار می‌دهد. به طور مثال، داده‌های این مطالعه عمدتاً از یک جمعیت خاص جغرافیایی و فرهنگی جمع‌آوری شده‌اند، که ممکن است نتوان نتایج به دست آمده را به جمعیت‌های دیگر تعمیم داد. همچنین، تجارب و ادراک‌های فرهنگی ممکن است بر نحوه پاسخگویی افراد نسبت به بیماری همسر به سرطان و مقابله با آن تأثیر بگذارند. اندازه نمونه کوچک و عدم شرکت افراد از تمامی سطوح اجتماعی-اقتصادی می‌تواند بر تعمیم‌پذیری یافته‌ها تأثیر بگذارد. افرادی با سطوح مختلف تحصیلات و منابع مالی ممکن است تجربیات متفاوتی داشته باشند. همچنین با توجه به ماهیت کیفی مطالعه، ممکن است سوگیری‌های تفسیری در تحلیل داده‌ها وجود داشته باشد. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود که تحقیقات آتی شامل نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر از نظر جغرافیایی، فرهنگی و اجتماعی-اقتصادی باشد تا امکان تعمیم دقیق‌تری از یافته‌ها فراهم آید. همچنین با استفاده از روش‌های ترکیبی (کیفی- کمی) با طراحی طولی، تغییرات سلامت روان مراقبان در بازه‌های زمانی مختلف (۳، ۶ و ۱۲ ماهه) پیگیری شود.

نتیجه‌گیری

این مطالعه پدیدارشناختی، تجربیات زیسته همسران بیماران مبتلا به سرطان روده پس از کولکتومی را تبیین کرد. یافته‌ها نشان داد که مراقبان با چالش‌های چندبعدی، از جمله بار سنگین مراقبتی، فرسودگی

هیجانی، فشارهای فرهنگی و اختلالات سلامت روان مواجه هستند. با این حال، در کنار این رنج‌ها، بسیاری از آن‌ها از طریق سازوکارهای معناساز مانند باورهای مذهبی، بازتعریف هویت و حمایت‌های غیررسمی، به رشد پس از سانحه دست می‌یابند. این دوگانگی، چرخه‌ای پویا را شکل می‌دهد که در آن مراقبان در عین تحمل دردهای جسمی و روانی، به تدریج با شرایط جدید سازگار می‌شوند. نتایج این مطالعه بر ضرورت طراحی مداخلات جامع و چندبعدی تأکید دارد که هم نیازهای عینی (مانند حمایت مالی، خدمات مراقبتی و پوشش بیمه‌ای) و هم ابعاد معنوی (مانند مشاوره‌های مذهبی و گروه‌های حمایتی) را پوشش دهد. توجه به انتظارات جنسیتی و کاهش انگ اجتماعی نیز از جمله عوامل کلیدی در بهبود کیفیت زندگی همسران بیماران کولکتومی شده بود. این یافته‌ها می‌توانند به سیاست‌گذاران سلامت کمک کنند تا برنامه‌های حمایتی هدف‌مندی را برای این گروه طراحی کنند و از این طریق، بار روانی و اقتصادی مراقبت را کاهش دهند.

تعارض منافع

در این مطالعه تعارض منافع وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش از رساله دکتری نویسنده اول استخراج شده است و دارای کد اخلاق ۱۴۰۳،۰۷۳ IR.IAU.K.REC. از کمیته اخلاق دانشگاه دولتی تهران است.

References

- 1- Khan AA, Arslan M, Tanzil A, Bhatti RA, Khalid MAU, Khan AH. Classification of colon cancer using deep learning techniques on histopathological images. *Migration Letters*. 2024;21(11):449-63.
- 2- Rahimi F, Rezayatmand R, Tabesh E, Tohidinik HR, Hemami MR, Ravankhah Z, et al. Incidence of colorectal cancer in Iran: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Research in Medical Sciences*. 2024;29(1):65.
- 3- Zainal RY, Rahmawati R, Wijaya I. Cases of rectum cancer patients based on characteristics (literature study). *Jurnal EduHealt*. 2024;15(02):1117-33.

- 4- Antoniadis D, Giakoustidis A, Paramythiotis D, Michalopoulos A, Mandanas ZN, Papadopoulos VN. Mental health well-being and functional adjustment in colorectal cancer patients: a prospective cohort study. *Acta Chirurgica Belgica*. 2024;124(1):20-27.
- 5- Han CJ, Reding KW, Kalady MF, Yung R, Greenlee H, Paskett ED. Factors associated with long-term gastrointestinal symptoms in colorectal cancer survivors in the women's health initiatives (WHI study). *PLoS One*. 2023;18(5):e0286058.
- 6- Xia S. Effect of cognitive behavioral stress management on anxiety, depression, and quality of life in colorectal cancer patients post tumor resection: a randomized, controlled study. *Irish Journal of Medical Science*. 2023;192(4):1637-44.
- 7- Abd El Aleem EM, Selim NFM, Abdallah AM, Amin SI. Assessment of depression and anxiety in colorectal cancer patients. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*. 2023;92(1):2630-33.
- 8- Chamsi A, Ezzaairi F, Sahli J, Belaid I, Ammar N, Bourigua R, et al. Assessment of depression, anxiety and fatigue in Tunisian patients in recovery from colon cancer and their impact on quality of life. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*. 2023;149(8):4269-74.
- 9- Li Y, Xiao T, Liao H, Qu H, Ren P, Chen X. Fear of progression, loneliness, and hope in patients with gastrointestinal cancer: a cross-sectional relational study. *Frontiers in Psychology*. 2024;14:1279561.
- 10- Ali EA, Khedr MA, Alabdullah AAS, Farghaly Abdelallem SM, El-Ashry AM. Effect of acceptance and commitment therapy-based interventions on mental health and cognitive impairment for patients with advanced colorectal cancer. *Public Health Nursing*. 2024;41(4):745-59.
- 11- Kesireddy M, Tenner L. Colon cancer survivorship in patients who have received adjuvant chemotherapy. *Clinical Colorectal Cancer*. 2023;22(4):361-74.
- 12- Fakeye MBK, Samuel LJ, Drabo EF, Bandeen-Roche K, Wolff JL. Caregiving-related work productivity loss among employed family and other unpaid caregivers of older adults. *Value in Health*. 2023;26(5):712-20.
- 13- Beck SM. The gendered experiences of primary caregivers of people living-dying with colorectal cancer [dissertation]. Vancouver: University of British Columbia; 2023.
- 14- Karimollahi M, Abazari M, Tazakori Z, Ramazan-zadeh N. Caregiving burden and social support in family caregivers of patients with cancer: a cross-sectional study. *International Journal of Care Coordination*. 2022;25(4):115-23.
- 15- Priego-Cubero E, Orgeta V, López-Martínez C, del-Pino-Casado R. The relationship between social support and anxiety symptoms in informal carers: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Medicine*. 2023;12(3):1244.
- 16- Pasek M, Goździalska A, Jochymek M, Caruso R. Social support in a cancer patient-informal caregiver dyad: a scoping review. *Cancers*. 2023;15(6):1754.
- 17- Ahmed S, Naqvi SF, Sinnarajah A, McGhan G, Simon J, Santana MJ. Patient & caregiver experiences: qualitative study comparison before and after implementation of early palliative care for advanced colorectal cancer. *Canadian Journal of Nursing Research*. 2023;55(1):110-25.
- 18- Olanrewaju MK. Logotherapy and cognitive reframing in the management of blame attribution among cancer patients. *Clinical Research and Clinical Reports*. 2024;3(1).
- 19- Muchová M. The impact of logotherapy-based interventions on the management of chronic pain in individuals suffering from chronic pain: a systematic review [Bachelor's thesis]. Department of Psychology; 2024.
- 20- King LA, Hicks JA. The science of meaning in life. *Annual Review of Psychology*. 2021;72(1):561-84.
- 21- Khosravi F, Fereidooni-Moghadam M, Mehrabi T, Moosavizade SR. The effect of a spirituality-based program on stress, anxiety, and depression of caregivers of patients with mental disorders in Iran. *Journal of Religion and Health*. 2022;61(1):93-108.
- 22- Esmaeili R. Comparing the effectiveness of two group therapy methods based on compassion and mindfulness on the psychological capital of colon cancer patients with ostomy. *Journal of Health and Care*. 2024;25(4):346-59. [Persian]

- 23- Meunier-Beillard N, Ponthier N, Lepage C, Gagnaire A, Gheringuelli F, Bengrine L, et al. Identification of resources and skills developed by partners of patients with advanced colon cancer: a qualitative study. *Supportive Care in Cancer*. 2018;26:4121-31.
- 24- Kazemi A, Azimian J, Mafi M, Allen K-A, Motalebi SA. Caregiver burden and coping strategies in caregivers of older patients with stroke. *BMC Psychology*. 2021;9:1-9.
- 25- Langenberg S, Poort H, Wymenga A, de Groot J, Muller E, van der Graaf W, et al. Informal caregiver well-being during and after patients' treatment with adjuvant chemotherapy for colon cancer: a prospective, exploratory study. *Supportive Care in Cancer*. 2021;29:2481-91.
- 26- Le Roux E, Meunier-Beillard N, Simonel C, Omorou A, Lejeune C. Spouses of patients treated for colon cancer: identification of key caregiver skills using the Delphi method. *Supportive Care in Cancer*. 2024;32(4):263.
- 27- Alberti A, Araujo Coelho DR, Vieira WF, Moehlecke Iser B, Lampert RMF, Traebert E, et al. Factors associated with the development of depression and the influence of obesity on depressive disorders: a narrative review. *Biomedicine*. 2024;12(9):1994.
- 28- Rezaei M, Keyvanloo Shahrestanaki S, Mohammadzadeh R, Aghili MS, Rajabi M, Abbasi M, et al. Caregiving consequences in cancer family caregivers: a narrative review of qualitative studies. *Frontiers in Public Health*. 2024;12:1334842.
- 29- Eder LL, Meyer B. Self-endangering: a qualitative study on psychological mechanisms underlying nurses' burnout in long-term care. *International Journal of Nursing Sciences*. 2022;9(1):36-48.
- 30- Rennie C, Stoddart KM, Hubbard G. A new normal: reconciling change in appearance and function for men with head and neck cancer. *Cancer Nursing Practice*. 2024;23(5):1-9.
- 31- Lin D, Liang D, Huang M, Xu X, Bai Y, Meng D. The dyadic effects of family resilience and social support on quality of life among older adults with chronic illness and their primary caregivers in multigenerational families in China: a cross-sectional study. *Heliyon*. 2024;10(5):27351.
- 32- Matos L, Park CL, Indart MJ, Leal I. "It's the God factor": a qualitative study of Syrian Muslims' postwar religious meaning-making. *Psychology of Religion and Spirituality*. 2024;16(2):163.
- 33- e Andrade Alvarenga W, da Cruz IEC, Leite ACAB, Machado JR, Dos Santos LBPA, de Lima RAG, et al. "God gives me hope!": hospitalized children's perception of the influence of religion in coping with chronic illness. *Journal of Pediatric Nursing*. 2024;77:13-20.
- 34- Tsirimokou A, Kloess JA, Dhinse SK, Larkin M. Experiences of burnout, post-traumatic growth, and organisational support in police officers working in specialised units: an interpretative phenomenological analysis. *Journal of Police and Criminal Psychology*. 2024;39(3):539-56.
- 35- Coelho-Júnior HJ, Calvani R, Panza F, Allegri RF, Picca A, Marzetti E, Alves VP. Religiosity/spirituality and mental health in older adults: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Frontiers in Medicine*. 2022;9:877213.
- 36- Wang J, Liu W, Li X, Ma Y, Zhao Q, Lü Y, et al. Examining the social networks types and their effects on caregiving experience of family caregivers for individuals with dementia: a mixed-methods study. *Innovation in Aging*. 2024;8(6):igae040.
- 37- Loi M. World health organization world health reports. In: Michalos AC, editor. *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. Cham: Springer; 2023.
- 38- Komila Kh. Comparative analysis of English, and Uzbek phraseological units. *Web of Scientist: International Scientific Research Journal*. 2022;3(5):616-19.
- 39- Liu X, Wen S, Wu D. The mediating roles of family care and self-efficacy between stigma and social alienation among colorectal cancer survivors. *Scientific Reports*. 2025;15(1):15312.
- 40- Alyahya KI, Alrefaei RM, Almadhyani LF, AlQuwayz SS, AlOmairini MI, Alsayed FA, et al. The prevalence and correlation of suicidal ideation among nurses in King Saud University Medical City. *Cureus*. 2023;15(9):e44859.