Iranian Journal of Cancer Care (IJCA) Original Article

Vol. 2 No. 1 Spring 2023

The Impact of an Educational Program on Supportive Care Needs of Family of Patients with Colorectal Cancer: A Randomized Clinical Trial

Hoseini Joveini M[1], Rezaie K[2] , Janbabaei Molla Gh[3] , Nejat N[4*]

1- Master of Science in Nursing, Department of Nursing, School of Nursing, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.
2- Master of Science in Nursing, Lecturer, Department of Nursing, School of Nursing, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.
3- Professor of Hematology & Oncology, Department of Deputy of Curative Affairs of Ministry, Health & Medical Education, Tehran, Iran
4- Ph.D in Nursing, Asistant Professor, Department of Nursing, School of Nursing, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.
Corresponding author: Nejat N, .Ph.D in Nursing, Asistant Professor, Department of Nursing, School of Nursing, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.
Email: n.nejat@arakmu.ac.ir

Received: 22 Nov 2020 Accepted: 10 Feb 2021

Abstract

Intruduction: The consequences of cancer in addition to the patient, extend to various aspects of the patient's family life. Therefore, patients' families also have different supportive care needs in these dimensions. The aim of this study was to evaluate the effects of an educational program on SCNs of family of patients with colorectal cancer.

Methods: This study is a randomized clinical trial with a control group. The study was conducted on 62 family caregivers who were randomly divided into two groups. The intervention group (n = 31) received educational program and the control group (n = 31) received only the routin education provided by the health centers. The socio demographic questionnaire and the Supportive Care Needs Survey for Partners and Caregivers were used. The data were analyzed using, SPSS software.

Results: The mean score of SCNs and different dimensions except work and social (P= 0.236), was significantly decreased only in the intervention group (p = 0/003), and in the control group it was not significant and increased. There was no statistically significant difference between groups in the mean score of SCNs after the intervention. (P> 0.05). However, the mean score of needs in the information dimension after the intervention was higher in the control group and the difference between the two groups was significant. (P = 0.043).

Conclusions: Providing an educational program for family caregivers by nurse can reduce their SCNs. Similar studies with longer duration are sugested to achieve better results.

Keywords: Educational program, Supportive care needs, Family caregivers, Colon cancer.

[Downloaded from ijca.ir on 2026-11-02]

دوره ۲، شماره ۱، بهار ۱۴۰۲

تاثیر یک برنامه آموزشی بر نیازهای مراقبت حمایتی خانواده افراد مبتلا به سرطان روده بزرگ: کارآزمایی بالینی تصادفی

مریم حسینی جوینی[۱]،کوروش رضایی[۲]، قاسم جان بابایی ملا[۳]، نازی نجات[۴*]

۱- گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.
۲- گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.
۳- معاونت درمان وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران.
۴- گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.
نویسنده مسئول: نازی نجات، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.
ایمیل: n.nejat@arakmu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۹/۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۱/۲۰

چکیده

مقدمه: پیامدهای سرطان علاوه بر بیمار بر ابعاد مختلف سلامت و زندگی خانواده بیمار نیز گسترده است و آنان نیازهای مراقبت حمایتی (Supportive care needsSCNs) مختلفی در ابعاد مذکور دارند. این مطالعه با هدف ارزیابی تاثیر یک برنامه آموزشی بر (SCNs) خانواده افراد مبتلا به سرطان روده بزرگ انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر، کارآزمایی بالینی تصادفی شده با گروه کنترل است. مشارکت کنندگان ۶۲ نفر از مراقبت کنندگان خانوادگی بودند که به طور تصادفی به دو گروه مداخله (۳۱ نفر) تحت برنامه آموزشی حضوری و گروه کنترل (۳۱ نفر)، تحت آموزش معمول توسط مراکز درمانی تقسیم شدند. ابزار مورد استفاده شامل دو پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و نیازهای مراقبت حمایتی همسران و مراقبت کنندگان بود. آنالیز اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار SPSS انجام شد.

یافته ها: تغییرات میانگین نمره کل نیازها (p=۰،۰۰۳) و ابعاد مختلف آن بجز بعد کار و اجتماعی (P= ۰.۲۳۶)، در گروه مداخله کاهشی و معنادار است، اما این تغییرات درگروه کنترل معنی دار نبوده ونمرات نیازها نیز افزایش نیز یافته است. (P>۰.۰۵). امیانگین نمره کل نیازها بعد از مداخله بین دو گروه با یکدیگر اختلاف معنادار آماری ندارد (P >۰.۰۵) اما میانگین نمره نیازها در بعد اطلاعاتی بعد از مداخله در گروه کنترل بیشتر و اختلاف بین دو گروه معنادار است. (P=۰.۰۴۳).

نتیجه‌گیری: نتایج به‌دست آمده در این مطالعه نشان می‌دهد که ارائه برنامه مراقبت آموزشی توسط پرستار به مراقبت‌کنندگان خانوادگی بیماران منجر به کاهش نیازها در این افراد شده‌است انجام مطالعات مشابه با مدت زمان بیشتر به منظور دستیابی به نتایج مطلوبتر پیشنهاد می گردد.

کلیدواژه ها: برنامه آموزشی، نیازهای مراقبت حمایتی، مراقبین خانوادگی، سرطان روده بزرگ.

مقدمه

سرطان روده بزرگ به عنوان یکی از مشکلات شایع سلامتی قلمداد می شود و سومین سرطان شایع تشخیص داده شده و سومین علت شایع مرگ ناشی از سرطان در هر دو جنس است. (۱،۲) در ایران همانند دیگر کشورهای آسیایی میزان بروز سرطان روده بزرگ افزایش یافته و به میزان ۴،۸ درصد از بروز همه سرطان ها در کشور رسیده است. (۲، ۳). بالاترین میزان بروز سرطان روده بزرگ در ایران در استانهای مرکزی، شمال و غربی گزارش شده است. (۲).

این سرطان مشکلات و عوارض زیادی را برای بیماران ایجاد می نماید. عوارضی مانند درد های شدید معده و روده، یرقان ،خونریزی از راست روده، استفراغ و ضعف و خستگی از مشکلات جسمی این سرطان به شمار می آیند. در کنار آن عوارض روانی قابل توجهی مانند افزایش اضطراب و بی قراری بیمار،افسردگی، کاهش خودباوری و اعتماد به نفس نیز امکان بروز پیدا می کنند. (۱).

[Downloaded from ijca.ir on 2026-11-02]

علاوه بر بیمار، سرطان روده نیز مانند سایر سرطانها تاثیرات عمیقی بر خانوادهٔ بیماران دارد (۴). از جمله این اثرات بر خانواده بیماران ، می توان به نیازهای برآورده نشده، فشارهای جسمی و عاطفی، اضطراب، عدم اطمینان به آینده، تغییر در سبک زندگی، ترس از مرگ و تنهایی، مشکلات در روابط جنسی، کاهش روابط اجتماعی و انزوا و مشکلات مالی اشاره نمود (۴-۶). این مشکلات بر زندگی مراقبین خانوادگی اثر گذاشته و سبب مختل شدن رفاه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آنان می شود. (۶،۷). بنابر این خانوادههای این بیماران در طول مسیر سرطان نیازهای مراقبت حمایتی مختلفی پیدا می کنند. این نیاز ها می توانند در ابعاد مختلف اطلاعاتی و فعالیت های روزانه، عاطفی و روانی، کار و اجتماعی و خدمات مراقبت سلامتی قرارگیرند. بنابر این تشخیص سرطان با بحران عظیمی همراه است که نه تنها بیمار بلکه خانواده وی را نیز درگیر می‌کند. (۸). مطالعات نشان می‌دهند اگر مراقبین اطلاع کافی در مورد بیماری، نحوه مراقبت و حمایت از بیمار در مراحل مختلف تشخیصی، درمانی و عوارض درمان‌ها نداشته باشند، ممکن است در انجام امور حمایتی و مراقبتی موفق نبوده و حتی سلامت اجتماعی خودشان و سایر اعضای خانواده نیز به خطر بیافتد (۹،۱۰).

امروزه نیز توجه خاصی به نیازهای مراقبت حمایتی اعضای خانواده به ویژه مراقبین خانوادگی، علاوه بر بیماران مبتلا به سرطان شده است. یکی از مهمترین روش‌های حمایت از خانوادهها و کاهش نیازهای آنان، آموزش می باشد (۱۱). آنها در مورد ماهیت بیماری، روند درمان ، عوارض جانبی درمانها و مراقبت از بیمار یا خود، برای به حداقل رساندن مشکلات و عوارض کمبود آگاهی دارند. بنابراین باید آموزش های لازم را در موارد یاد شده دریافت کنند. آموزش های حضوری می توانند در این زمینه نقش مهمی داشته باشند. (۱۲). مراقبت های حمایتی آموزشی به مراقبین خانوادگی موجب ارتقای خود کارآمدی و افزایش رضایت از نقش مراقبتی آنان می گردد (۱۳). نتایج مطالعه مرادی و همکاران (۱۳۹۲) نشان داد که نیازهای مراقبت حمایتی در زنان مبتلا به سرطان پستان بعد از آموزش به همسران آنها کاهش یافت. (۱۴). همچنین نتایج مطالعه بهرامی و فرازی (۲۰۱۴) وگابریل و میبر (۲۰۱۹) نیز نشان داد که یک برنامه آموزشی حمایتی می تواند بار مراقبت در مراقبین خانوادگی زنان مبتلا به سرطان پستان را کاهش دهد و زمینه های جسمی، روحی، معنوی، محیطی و کیفیت کلی زندگی بیماران و خانواده ها را بهبود بخشد (۱۵،۱۶). این در حالی است که در حال حاضر دستورالعمل مدون و لازم الاجرایی در راستای مراقبت های حمایتی از بیماران و خانواده های آنان در ایران وجود ندارد (۱۷). بنابراین شناسایی راهکارهای موثر برای ارائه این مراقبت ها و برطرف کردن یا کاهش نیازهای حمایتی آنان بسیار اهمیت دارد. یکی از روش ها می تواند ارائه برنامه های حمایتی باشد (۱۸). از سوی دیگر، مطالعات انجام شده در کشور، در جهت بررسی نیازهای مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ بصورت کیفی بوده و بررسی کمی یا مداخله‌ای برای این افراد به دست نیامد. با توجه به اهمیت موضوع و خلا مطالعات مداخله ای و کار آزمایی بالینی در زمینه ارائه مراقبتهای آموزشی حمایتی برای مراقبین خانوادگی در کشور، این پژوهش به منظور بررسی تاثیر یک برنامه آموزش حمایتی بر نیازهای مراقبت حمایتی مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ در شهر ساری انجام شد.

روش کار

مطالعه حاضر به روش کارآزمایی بالینی تصادفی با گروه کنترل انجام شد و جامعه پژوهش را مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ در شهر ساری تشکیل دادند. معیارهای ورود مراقبین به مطالعه شامل نسبت نسبی یا سببی با بیمار، مراقبت از بیمار عضو خانواده ،تشخیص قطعی سرطان روده بزرگ در بیمار عضو خانواده، سواد خواندن و نوشتن، و تکمیل فرم رضایت بود. معیار های خروج شامل عدم شرکت مراقب خانوادگی در جلسات آموزشی و یا فوت بیمار و یا مراقب بود.

در پژوهش حاضر، ۶۲ نفر از مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند و به عنوان همراه با بیماران به بیمارستان امام خمینی و کلینیک تخصصی و فوق تخصصی باغبان برای درمان (جراحی، شیمی درمانی یا رادیوتراپی) مراجعه کردند به صورت در دسترس بر اساس معیارهای ورود انتخاب شده و سپس به صورت تخصیص تصادفی (روش بلوکی چهارتایی) در دو گروه ۳۱ نفری مداخله (گروه A) و کنترل (گروه B) قرار گرفتند. بصورتی که ابتدا بلوکهای چهارتایی (۱۶ بلوک) به شکل زیر تعریف شدند:

ABBA, AABB, BAAB, BABA, BBAA, ABAB ... و

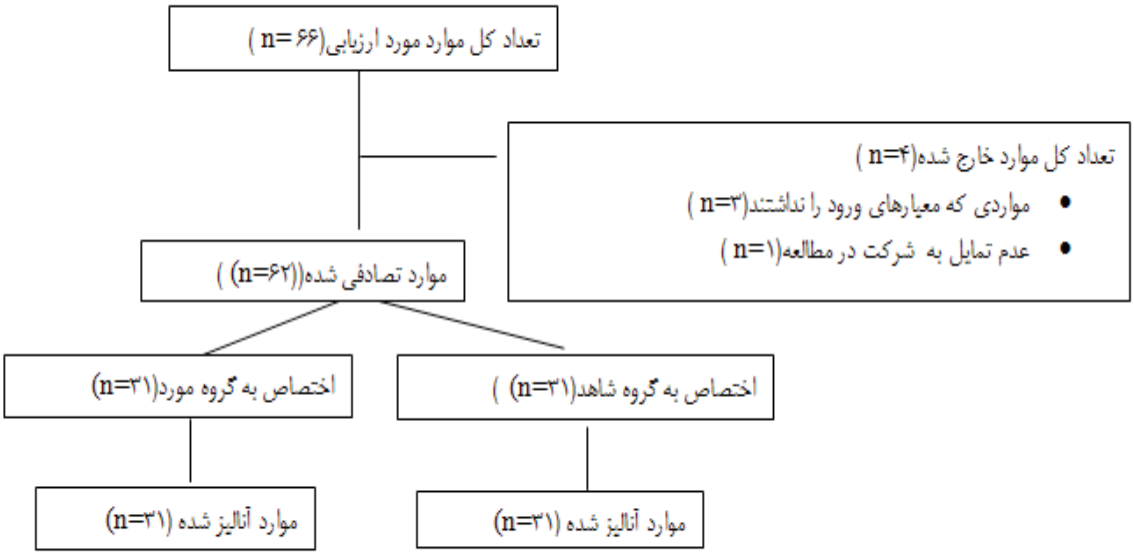
[Downloaded from ijca.ir on 2026-11-02]

سپس این بلوک ها به صورت تصادفی مرتب شده و افراد برحسب A و B در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. این کار تا تکمیل حجم نمونه انجام شد. فرد خانواده A در گروه مداخله و فرد خانواده B در گروه کنترل قرار گرفت و بدین ترتیب توالی نمونه ها برای قرارگیری در دو گروه مداخله و کنترل نیز تصادفی بود. در هیچ‌کدام از گروه‌ها ریزشی در نمونه ها وجود نداشت.

با توجه به فرمول برآورد حجم نمونه برای مقایسه میانگین‌ها ،خطای نوع اول ۰/۰۵ و توان ۸۰ ٪ و با توجه به مطالعه راهنما (۱۴) حجم نمونه برای هر گروه ۳۱ و مجموعا ۶۲ نفر برآورد شد.

$$\alpha = 0.05 \ , \quad \beta = 0.2 \ , \quad s_1 = 0.49 \ , \quad s_2 = 0.52 \ , \quad d = 0.36$$

$$n = \frac{\left(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta}\right)^2 \left(s_1^2 + s_2^2\right)}{d^2} = \frac{(1.96 + 0.84)^2 \left(0.49^2 + 0.52^2\right)}{0.36^2} \approx 31$$



شکل ۱. دیاگرام کنسورت مربوط به مطالعه حاضر

ابزار اندازه گیری و جمع آوری اطلاعات در این مطالعه شامل دو پرسشنامه بود. پرسشنامه اول مشخصات دموگرافیک مراقبین خانوادگی شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، نسبت مراقب با بیمار، شغل و محل اقامت و بیماری های زمینه ای بود. پرسشنامه دوم، پرسشنامه نیازهای مراقبت حمایتی همسران و مراقبت کنندگان (اعضای خانواده) (SCNS-P&C) بود. (۱۹) این پرسشنامه شامل ۳۹ گزینه است (شامل چهار بعد خدمات مراقبت سلامتی، عاطفی و روانی، کار و اجتماعی و اطلاعاتی که نیازهای مراقبت حمایتی مراقبت کنندگان را در ماه گذشته توسط طیف لیکرت ۵ گزینه ای اندازه گیری می کند. («عدم نیاز-عدم کاربرد» ، «برآورده شدن نیاز»، «نیاز کم» ، «نیاز متوسط» و «نیاز زیاد» که به ترتیب نمره ۱ تا ۵ به آن ها تعلق می گیرد.) به طوری که با لحاظ نمودن امتیاز۱ تا ۵ برای گزینه ها، مجموع نمره نیازهای مراقبت حمایتی برای هر فرد مراقبت کننده از ۳۹ تا ۱۹۵ متغیر خواهد بود. نمره بیشتر نشانگر نیاز مراقبت حمایتی بیشتر است. این پرسشنامه به فارسی ترجمه شده وروایی و پایایی ($۰,۹۳ \geq \alpha \geq ۰,۸۶$)آن مورد تأیید قرار گرفته است (۱۷).

جمع آوری اطلاعات درهر دو گروه در دو مرحله انجام شد.

[Downloaded from ijca.ir on 2026-11-02]

مرحلـه اول در همـان بـدو ورود بـه مطالعـه و مرحلـه دوم یـک مـاه بعـد از شـروع مداخلـه انجـام شـد. شـماره تمـاس وآدرس مراقبـت کننـدگان گـروه کنتـرل جهـت تکمیـل پرسـش نامـه و گـروه مداخلـه جهـت تکمیـل پرسشـنامه و هماهنگـی جلسـات آموزشـی اخـذ شـد.

در ایـن مطالعـه گـروه مداخلـه تحـت آمـوزش حضـوری بـا شـرکت در کلاس‌هـای آموزشـی (بـه صـورت سـخنرانی همـراه بـا پرسـش و پاسـخ و بحـث گروهـی) توسـط پژوهشـگر قـرار گرفتنـد و افـراد گـروه کنتـرل صرفـا آموزش‌هـای معمـول بیمارسـتان (بصـورت غیـر رسـمی و یـا اطلاعـات نوشـتاری) را دریافـت کردنـد. محتـوای آمـوزش بـرای گـروه مداخلـه بـر اسـاس نتایـج تحقیقـات انجـام شـده و بـا اسـتفاده از منابـع و کتـب علمـی معتبـر در زمینـه سـرطان روده بـزرگ تهیـه و بـه تاییـد گـروه انکولـوژی مراکـز رسـید. سـرفصل مطالـب آموزشـی شـامل سـاختمان و کارکـرد روده بـزرگ، مفاهیـم مربـوط بـه سـرطان روده بـزرگ، راههـای پیشـگیری از سـرطان روده بـزرگ و عوامـل افزایـش خطـر، روشـهای غربالگـری، علائـم وعـوارض سـرطان روده بـزرگ، انـواع آزمایشـات و روش‌هـای درمانـی، نحـوه مراقبـت از بیمـار و مدیریـت علائـم و عـوارض ناشـی از بیمـاری و درمـان، نحـوه تعامـلات و ارتبـاط صحیـح بـا بیمـار و سـایر اعضـای خانـواده و خـود مراقبتـی بـرای مراقبیـن خانوادگـی بـود. جلسـات آموزشـی بـرای مراقبیـن در دو نوبـت بـه مـدت یـک سـاعت و نیـم و بـه فاصلـه دو هفتـه در کلاسـهای آمـوزش مراکـز محـل نمونـه گیـری برگـزار شـد. در ایـن جلسـات عـلاوه برآمـوزش مطالـب طراحـی شـده و گفتگـو در مـورد مسـائل و مشـکلات مشـارکت کننـدگان بـه سـوالات آنهـا نیـز پاسـخ داده شـد. پرسشـنامه هـای مرحلـه دوم، بـا رعایـت فاصلـه یـک مـاه از شـروع مداخلـه، زمانـی کـه مراقبیـن جهـت همراهـی بـا بیمـار بـرای درمـان یـا مراجعـه بـه پزشـک و یـا تحویـل دارو بـه بیمارسـتان هـای مذکـور مراجعـه مـی کردنـد در کلاسـهای آمـوزش مراکـز نامبـرده، بـه صـورت حضـوری توسـط مشـارکت کننـدگان تکمیـل شـد.

تجزیـه و تحلیـل داده‌هـا در دو بخـش توصیفـی و اسـتنباطی انجـام شـد. در بخـش توصیفـی متغیرهـای کمـی بـا اسـتفاده از شـاخص‌های مرکـزی و پراکندگـی نظیـر میانگیـن و انحـراف معیـار و متغیرهـای کیفـی بـا اسـتفاده از جـدول توزیـع فراوانـی و درصـد توصیـف شـده‌اند. در بخـش اسـتنباطی بـرای مقایسـه توزیـع فراوانـی متغیرهـای کیفـی از آزمـون هـای کای اسـکوئر و بـرای متغیرهـای کمـی از آزمـون تـی مسـتقل اسـتفاده شـد. بـرای مقایسـه تغییـرات میانگیـن نمـره کل نیازهـا و ابعـاد مختلـف آن از آزمونهـای مـن ویتنـی و ویلکاکسـون اسـتفاده شـد. همچنیـن یـک فاصلـه اطمینـان ۹۵ درصـد بـرای اختـلاف میانگیـن نمـرات در ایـن دو گروه محاسـبه شـد. سـطح معنی‌داری در همـه‌ی آزمون‌هـا α=۰,۰۵ در نظـر گرفتـه شده‌اسـت. بـرای تحلیـل توصیفـی و اسـتنباطی داده‌هـا از نرم‌افـزار IBM SPSS Statistics نسـخه ۱۶ اسـتفاده شـد.

جهـت اجـرای ملاحظـات اخلاقـی مجـوز اجـرای مطالعـه از معاونـت پژوهشـی دانشـگاه علـوم پزشـکی اراک اخـذ شـد. ایـن مطالعـه توسـط شـورای پژوهشـی و کمیتـه اخـلاق دانشـگاه علـوم پزشـکی اراک بـه تصویـب رسـیده اسـت و در مرکـز ثبـت کارآزمایـی هـای بالینـی ایـران بـا کـد اخـلاق IR.ARAKMU. REC.1396.240 و کـد IRCT20171209037796N1 بـه ثبـت رسـیده اسـت. قبـل از انجـام مطالعـه، اهـداف مربـوط بـه مطالعـه بـه واحدهـای پژوهـش توضیـح داده و بـه آنـان اطمینـان داده شـد کـه اطلاعـات آنهـا محرمانـه خواهـد بـود و شـرکت آنها در مطالعـه کامـلا اختیـاری مـی باشـد و ایـن مطالعه هیـچ دخالتی در رونـد درمـان و مراقبـت بیمـار آنهـا نـدارد و مـی تواننـد هـر زمـان در صـورت تمایـل از مطالعـه خـارج شـوند. پـس از اخـذ رضایـت نامـه از مراقبیـن خانوادگـی واجـد معیارهـای ورود بـه مطالعـه، جمـع آوری داده هـا آغـاز گشـت.

یافته ها

ویژگیهـای دموگرافیـک مشـارکت کننـدگان، شـامل سـن، جنـس، وضعیـت تأهـل، سـطح تحصیـلات، محـل اقامت، شـغل، نسـبت فـرد مراقبـت کننـده بـا بیمـار و سـابقه بیمـاری هـای زمینـه هـای بـه صـورت کلـی و بـه تفکیـک گـروه هـای کنتـرل و مداخلـه در جـدول۴-۱ آورده شـده اسـت. میانگیـن سـنی کل مراقبیـن مـورد مطالعـه ۹,۶ ± ۳۶,۵۸ سـال بـوده و جوانتریـن آنهـا ۲۱ سـال و مسـن تریـن ۶۴ سـال داشـته اسـت. (۶۶,۱٪) ۴۱ نفـر زن و (۳۳,۹٪) ۲۱ نفـر مـرد بودنـد. (۹۰,۳٪) ۵۶ نفـر متاهـل بودنـد. (۵۴,۸٪)۳۴ نفرتحصیـلات دانشـگاهی داشـتند. (۸۳,۹٪) ۵۲ نفرشهرنشـین بودنـد. (۴۸,۴٪) ۳۰ نفـر از مراقبیـن خانـه دار و (۶۱,۳٪) ۳۸ نفـر از مراقبـت کننـدگان فرزنـد بیمـاران بودنـد. نتایج آزمـون کای اسـکوئر نشـان مـی دهـد توزیـع فراوانـی مشـخصات دموگرافیـک جنـس، تاهـل، تحصیـلات، محـل اقامـت، شـغل بیمـاران و روش هـای مختلـف پرتودرمانـی، شـیمی درمانـی و جراحـی در دو گـروه بـا یکدیگـر اختـلاف معنـادار آمـاری نـدارد. نتایـج آزمـون تـی مسـتقل نیـز نشـان مـی دهـد میانگیـن سـن و مـدت زمـان تشـخیص بیمـاری در دو گـروه بـا یکدیگـر اختـلاف معنـادار آمـاری نـدارد.

[Downloaded from ijca.ir on 2026-11-02]

جدول ۱ : مقایسه ویژگیهای دموگرافیک افراد مراقبت‌کننده از بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ در گروه کنترل و مداخله

ویژگی	رده	گروه کنترل		گروه مداخله		معنی داری
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
جنسیت	مرد	۱۱	۵.۳۵.۵٪	۱۰	۳۲.۳	۰.۷۸۸
	زن	۲۰	۶۴.۵٪	۲۱	۶۷.۷	
وضعیت تأهل	مجرد	۱	٪ ۳.۲	۵	۱۶.۱	۰.۰۸۵
	متأهل	۳۰	۹۶.۸٪	۲۶	۸۳.۹	
سطح تحصیلات	زیردیپلم	۴	۱۲.۹٪	۳	۹.۷	۰.۴۰۵
	دیپلم	۸	۲۵.۸٪	۱۳	۴۱.۹	
	تحصیلات دانشگاهی	۱۹	۶۱.۴٪	۱۵	۴۸.۳	
محل اقامت	شهر	۲۶	۸۳.۹٪	۲۶	۸۳.۹	۰.۹۹۹
	روستا	۵	۱۶.۱٪	۵	۱۶.۱	
شغل	خانهدار	۱۵	۴۸.۴٪	۱۵	۴۸.۴	۰.۰۵
	کارمند	۱۲	۳۸۷٪	۵	۱۶.۱	
	آزاد	۴	۱۲.۹٪	۱۱	۳۵.۵	
نسبت با بیمار	همسر	۴	۱۲.۹٪	۱	۳.۲	۰.۳۷۵
	فرزند	۱۸	۵۸.۱٪	۲۰	۶۴.۵	
	سایر	۹	۲۹٪	۱۰	۳۲.۲	
بیماری زمینه ای	ندارد	۲۹	۹۳.۵٪	۲۷	۸۷.۰۹	۰.۰۳۹۰
	دارد	۲	۶.۴۵٪	۴	۱۲.۹	
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	معنی داری
سن		۱۰.۹۷	۳۷.۱۹	۹.۰۶	۳۵.۹۷	۰.۶۱۸

فرضیه نرمالیتی با استفاده از آزمون کلموگروف اسمیرنوف انجام شد. مقایسه تغییرات میانگین نمره کل نیازهای مراقبت حمایتی قبل و بعد از مداخله نشان می دهد که دو گروه با یکدیگر اختلاف معنادار آماری ندارند و فقط تغییرات در در گروه مداخله کاهشی و معنادارو در گروه کنترل، تغییرات علی رغم معنا دار نبودن، افزایش یافته است. (P=۰.۰۰۳) (جدول ۴-۲)

جدول ۲: مقایسه تغییرات میانگین نمره کل نیازها در هر دو گروه مداخله و کنترل

نیازهای مراقبت حمایتی گروهها / زمان	مداخله		کنترل		سطح معنی داری§
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
قبل	۳۹.۰۱	۱۲۴.۹۳	۳۸.۸۱	۱۱۱.۷۴	۰.۲۱۲
بعد	۳۷.۵۱	۱۰۶.۵۱	۳۷.۰۳	۱۱۴.۶۱	۰.۳۰۷
معنی داری§§	۰.۰۰۳			۰.۹۹۲	

§من ویتنی
§§ویلکاکسون

مقایسه تغییرات میانگین نمره نیازها ی بعد اطلاعاتی (جدول ۴-۳) قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه مداخله و کنترل نشان می دهد که میانگین نمره نیازها در بعد اطلاعاتی در دو گروه قبل از مداخله با یکدیگر اختلاف معنادار آماری ندارد اما بعد از مداخله در گروه کنترل بیشتر و اختلاف معنادار است. (P=۰.۰۴۳). نتایج آزمون ویلکاکسون نشان می دهد تغییرات میانگین نمره نیازها در این بعد در گروه مداخله کاهشی و معنادار است. (P=۰.۰۰۰۱)

[Downloaded from ijca.ir on 2026-11-02]

مقایسه تغییرات میانگین نمره نیازهای بعد عاطفی و روانی و بعد خدمات مراقبت سلامتی قبل و بعد از مداخله نشان می دهد که میانگین نمره نیازها در این ابعاد بین دو گروه قبل و بعد از مداخله با یکدیگر اختلاف معنادار آماری ندارد. ولی تغییرات میانگین نمره نیازها در بعد عاطفی و روانی (P=۰,۰۴۷) و خدمات مراقبت سلامتی (P=۰,۰۱۸) در گروه مداخله کاهشی و معنادار است. (جدول ۴-۳) مقایسه تغییرات میانگین نمره نیازها در بعد کار و اجتماعی (جدول ۴-۳) قبل و بعد از مداخله نشان می دهد که میانگین نمره نیازها در بعد کار و اجتماعی درون دو گروه و بین دو گروه قبل و بعد از مداخله با یکدیگر اختلاف معنادار آماری ندارد. (P>۰,۰۵)

جدول ۳: مقایسه تغییرات میانگین ابعاد مختلف نیازها در هر دو گروه مداخله و کنترل

ابعاد مورد مطالعه	زمان	مداخله		کنترل		سطح معنی داری§
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
بعد اطلاعاتی	قبل	۶.۹۱	۲۵	۸.۱۷	۲۴	۰.۷۹۳
	بعد	۷.۵۷	۱۸.۹۰	۷.۶۶	۲۲.۱۹	۰.۰۴۳
	معنی داری§§	۰.۰۰۰۱			۰.۲۶۹	
بعد عاطفی و روانی	قبل	۱۶.۶	۴۳.۲۲	۱۶.۵	۳۵.۱۹	۰.۰۶۲
	بعد	۱۵.۳۶	۳۷.۸	۱۵.۹۸	۳۹.۷۷	۰.۶۹۸
	معنی داری§§	۰.۰۴۷			۰.۲۸۵	
بعد کار و اجتماعی	قبل	۹.۰۲	۲۰.۰۶	۶.۵۸	۱۷.۵۸	۰.۴۷۱
	بعد	۷.۷۴	۱۸.۲۵	۸.۳۲	۱۹.۰۹	۰.۸۴۳
	معنی داری§§	۰.۲۳۶			۰.۹۴۰	
بعد خدمات مراقبت سلامتی	قبل	۱۱.۹	۳۶.۶۴	۱۲.۸۲	۳۴.۹۶	۰.۷۵۱
	بعد	۱۱.۱	۳۱.۵۴	۱۰.۰۵	۳۴.۵۴	۰.۲۹۱
	معنی داری§§	۰.۰۱۸			۰.۶۰۷	

§من ویتنی
§§ویلکاکسون

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی تاثیر یک برنامه حمایتی مبتنی بر آموزش بر نیاز های مراقبت حمایتی مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ انجام شد. نتایج این مطالعه نشان داد که برنامه آموزش حمایتی حضوری می تواند در کاهش نیازهای مراقبت حمایتی مراقبین خانوادگی موثر باشد.

در ایران برنامه‌های آموزشی و حمایتی مختلفی در خصوص مراقبت‌کنندگان بیمارهای مختلف انجام گردیده‌است که با نتایج به‌دست آمده در این مطالعه همخوانی دارند. برای مثال نتایج پژوهش خنجری و همکاران (۱۸) نشان می‌دهد که بعد از مداخله آموزشی کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به لوسمی در گروه مداخله افزایش یافته و در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری را نشان می‌دهد. همچنین نتایج پژوهش Havyer و همکاران (۱۹) حاکی از آن است که اغلب مراقبت‌کنندگان از سطح آموزش‌های معمول ارائه شده ناراضی بودند و ارتباط مستقیم و معناداری بین سطح آموزش ارائه شده و خودکارآمدی این افراد به دست آمده است. نتایج به دست آمده از مقایسه نیازهای دو گروه در مطالعه حاضر نشان می‌دهد که اگرچه برگزاری کلاس‌های آموزشی حمایتی حضوری برای مراقبین خانوادگی گروه مداخله موجب کاهش معنادار نیازهای مراقبت حمایتی آنان شده بود ولی تفاوت بین دو گروه بجز بعد اطلاعات، به لحاظ آماری و معنادار نبود. این نتایج می تواند نشانگر این باشد که برای حصول نتایج مطلوب تراین برنامه باید بصورت مداوم و مستمر برگزارگردد.

در بعد اطلاعات، نمره میانگین نیازمراقبین بعد از مداخله فقط در گروه مداخله، کاهش معنا دار داشته است و بین دو گروه نیز اختلاف معنا دار بوده است. این یافته ها با نتایج مطالعه فراهانی و همکاران که نشان داد آموزش به مراقبین با افزایش سطح دانش، درک و کاربرد دانش در

[Downloaded from ijca.ir on 2026-11-02]

آن‌ها همراه است، مطابقت دارد (۲۰). با استفاده ازاین نتایج مسئولین آموزش پرستاری می‌توانند آموزش مراقبین که تا به حال توجه کمتری به آن شده است را به عنوان یک بخش اساسی در برنامه‌های آموزشی پرستاران قرار دهند. مسوولین و ارائه دهندگان مراقبت‌های بالینی نیز می‌توانند با بکارگیری این یافته ها، در جهت آموزش مراقبین به منظور کاهش و کنترل مشکلات مراقبین خانوادگی ناشی از مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان گامهای موثری بردارند. علاوه بر آن نتایج مطالعه مرادی و همکاران (۱۴) نشان می‌دهد که نیازهای مراقبت حمایتی در زنان مبتلا به سرطان پستان بعد از آموزش به همسران آن‌ها، کاهش یافته است. بنابر این ارائه آموزشهای حمایتی برای مراقبین می تواند درجهت مراقبت مطلوب از بیماران و کاهش نیاز های آنان نیز موثر واقع گردد.

در بعد عاطفی و روانی، مراقبت حمایتی ارائه شده، به شکل معناداری میانگین نمره نیازهای گروه مداخله را کاهش داده بود. نتایج پژوهش Papastavrou و همکاران نشان داده است که مراقبین بیماران مبتلا به سرطان از فشار مراقبتی بسیار بالا و همچنین افسردگی زیادی رنج می‌برند (۱۴) و مراقبینی که تعداد ساعات بیشتری را در طول روز به مراقبت از بیمارشان اختصاص می‌دادند، فشار مراقبتی بیشتری را متحمل شده و سلامت روانی کمتری داشتند (۲۲).

واژه سرطان در ایران یک تابو است و بسیاری از ایرانیان معتقدند که سرطان به معنی مرگ و پایان زندگی است. (۲۳) اما با این وجود در ایران حمایت از نیازهای روانی اجتماعی به عنوان یکی از بزرگترین شکاف ها و محدودیت ها در سرویس های ارائه دهنده خدمات مراقبتی سرطان (۲۴) برای بیماران و خانواده های آنان مطرح می باشد. از طرفی فرم سنتی ملاقات خانواده، مراقبین و بیماران با پزشک در بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها در جهت برآورد نیازهای روانی و اطلاعاتی این افراد کافی نمی‌باشد و این در حالی است که ارائه این خدمات توسط سیستم پرستاری از نظر پاسخ به نگرانی های این افراد و ارائه اطلاعات به آنان می تواند بسیار مطلوب باشد (۲۵). بنابراین ضروری است که تکنیک‌های مختلف مشاوره و مراقبت حمایتی، به پرستاران و دیگر متخصصان بهداشتی آموزش داده شود و منابع کافی جهت این امر فراهم شود (۲۶). نتایج مطالعه حاضر نیز اهمیت مراقبت حمایتی در این بعد از نیازها را تایید می کند، لذا ارائه این مراقبت‌ها در زمینه برآورده کردن یا کاهش این نیاز ضروری به نظر می رسد . با این وجود نتایج مطالعه Hendrix و همکاران (۲۷) نشان داد که بهبود نیازهای مراقبت‌کنندگان در کوتاه مدت بوده و بر روی جنبه‌های سلامت روانی آن تاثیرگذار نبوده‌است. با این حال نتایج مطالعات دیگر حاکی از آن است که مراقبین در ابعاد عاطفی و عملکردی مراقبت، نیاز به کمک دارند و ارتباط معکوس و معنی‌داری بین حمایت‌های اجتماعی و و بار مراقبتی در مراقبین وجود دارد (۱۱، ۲۱-۲۳). لذا بنظر می‌رسد جهت طولانی اثر کردن نتایج این نوع مداخلات و با توجه به اینکه نیازهای حمایتی مراقبت‌کنندگان متفاوت و در طول زمان وابسته به مراحل مختلف سیر بیماری تغییر می‌یابد، نیاز به آموزش و مراقبت مداوم عاطفی و روانی مبتنی بر نیازهای آنان وجود دارد.

در بعد کار و اجتماعی در هر دو گروه مداخله و کنترل کاهش نمره میانگین نیازها قبل و بعد از مداخله قابل توجه نبوده وآموزش‌های ارائه شده کاهش معنی‌داری در بهبود نیازهای کار و اجتماعی مراقبین ایجاد نکرده‌است. دراین راستا نتایج مطالعه Wadhwa و همکاران حاکی از آن بود که یک چهارم از مراقبین کارمند مجبور به تغییر شغل شده و مشکلات فردی و اجتماعی بیشتری نسبت به سایر مراقبین داشتند (۳۰). با توجه به این یافته ها به نظر می رسد برای برطرف کردن و یا کاهش نیازها در بعد کار و اجتماعی مداخلات حمایتی دیگری مانند آموزش جامعه از طریق رسانه های جمعی و هماهنگی با مسوولین وسایر کارکنان در محیط کار مراقبین، در خصوص مسایل و مشکلات آنان در مراقبت از بیمار مبتلا به سرطان و همچنین سیاست های سازمان های ذیربط در این خصوص مانند کار پاره وقت و افزایش میزان مرخصی های سالیانه مراقبین جهت مراقبت از بیمار مبتلا به سرطان نیاز می باشد. به عبارت دیگر کاهش یا برطرف کردن این بعد از نیازها منوط به همکاری های همه سازمانهای ذیربط می باشد.

همچنین بررسی بعد خدمات مراقبت سلامت نشان داد که در گروه مداخله، آموزش‌ها و حمایت های انجام شده موثر بوده و باعث کاهش معنی‌دار نمره میانگین نیازهای مراقبتی در این بعد شده است. به نظر می رسد برقراری ارتباط و تعامل با یکی از اعضای تیم مراقبت موجب کاهش اضطراب و نگرانی و اطمینان خاطر مشارکت کنندگان شده بود. نتایج پژوهش Mazanec و همکاران نیز نشان داد که بالاترین نیازهمسران زنان مبتلا به سرطان دستگاه تناسلی درزمینه تعامل با کارکنان مراقبتهای سلامتی وبعد اطلاعاتی بوده است (۳۱). به نظر می‌رسد در این بعد مراقبین بیماران مبتلا به سرطان نیازمند سطح بالاتر و طولانی تری از مداخلات حمایتی از سوی کارکنان مراکز مراقبت سلامت

[Downloaded from ijca.ir on 2026-11-02]

هستند. تا اطمینان حاصل نمایند که بهترین مراقبت های پزشکی و پرستاری برای بیمارشان فراهم شده و همه اعضای تیم برای هماهنگی در امر مراقبت از بیمارمبتلا به سرطان با یکدیگر مشورت کرده و خدماتی که برای فرد مبتلا به سرطان انجام می شود توسط یک مدیر به طور مداوم هماهنگ می شود (۱۹).

بنابر این با توجه به یافته های مطالعه حاضر می توان نتیجه گیری کرد که ارائه برنامه آموزش حمایتی برای مراقبت‌کنندگان بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ می تواند موجب کاهش کل نیازهای مراقبت حمایتی و اکثر ابعاد آن (اطلاعاتی، عاطفی روانی، و خدمات مراقبت سلامت) در آنان گردد.

محدودیت ها:

مطالعه حال حاضر تنها در شهر ساری و برروی مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ تحت درمان انجام شده است و به همین سبب تعمیم نتایج به سایر مناطق و مراقبین خانوادگی سایر سرطانها امکان پذیر نمی باشد. همچنین نیازهای مراقبین خانوادگی در طول مسیر سفر سرطان عضو خانواده بسته به شرایط بیمار و مراحل بیماری تغییر می کند و از آنجا که مطالعه حاضر درمرحله درمان بیماری انجام شده است، نتایج قابل تعمیم به سایر مراحل بیماری نمی باشد. بنابر این مطالعات بیشتری باید در مناطق مختلف کشور، روی مراقبین خانوادگی سایر سرطانها و در مراحل مختلف بیماری و با دوره های طولانی تر ازارائه آموزش حمایتی انجام پذیرد. به علاوه عامل موثر دیگر در میزان تاثیر گذاری برنامه های حمایتی، میزان رضایتمندی مراقبین از آموزش های روتین است که در مطالعه حال حاضر به آن پرداخته نشده است.

کاربرد یافته ها در بالین:

در حال حاضر دستورالعمل مدون و لازم الاجرایی در راستای نیاز سنجی و ارائه مراقبت های حمایتی از خانواده های بیماران مبتلا به سرطان در ایران وجود ندارد. مطالعات انجام شده نیز، در جهت بررسی نیازهای مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ بصورت کیفی بوده و بررسی کمی یا مداخله‌ای برای این افراد به دست نیامد. نتایج به دست آمده در مطالعه حاضر نشان می‌دهد که ارائه برنامه آموزش حمایتی برای مراقبت‌کنندگان بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ منجر به کاهش کل نیازهای مراقبت حمایتی و همه ابعاد آن (اطلاعاتی، عاطفی روانی، و خدمات مراقبت سلامت) بجز بعد کار و اجتماعی در این افراد شده است. بر این اساس، سیاست گذاران و ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی باید گام هایی در راستای توسعه برنامه های مراقبت حمایتی و در جهت برآورده ساختن و کاهش نیازهای مراقبین بیماران مبتلا به سرطان برداشته و در نتیجه باعث ارتقای کیفیت زندگی آن ها شوند که می تواند تاثیر مطلوبی بر ارتقای کیفیت مراقبت از بیمار نیز داشته باشد. اما تاثیرات برنامه حاضر در مقایسه با آموزش‌های روتین بخش در انتهای دوره (بجز در بعد اطلاعاتی بین دو گروه) معنی دار نبود. این مسئله می تواند حاکی از آن باشد که این افراد نیاز به آموزش مداوم و بر اساس نیازهایشان دارند و صرفا ارائه برنامه حمایتی کوتاه مدت نمی‌تواند تاثیرات قابل توجهی در برآورده ساختن و یا کاهش چشمگیر کلیه نیازهای مراقبت حمایتی آنان داشته باشد. از سوی دیگر به نظر می رسد که جهت بهره گیری ازاثرات افزایش اطلاعات مراقبین خانوادگی بر سایر ابعاد (SCNs) نیاز به ادامه بررسی در مدت زمان طولانی تری می باشد. امید است که این گونه برنامه های حمایتی در دراز مدت و در سطح کشوری، بتوانند تاثیر مثبت قابل توجهی بر کیفیت زندگی مراقبین و بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ داشته باشد. در نهایت به منظور رسیدن به اهداف مذکور طراحی راهنمای استاندارد جهت نیاز سنجی و ارائه مراقبت های حمایتی برای مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان ضروری می باشد.

سپاسگزاری

بدین وسیله نویسندگان، ازحمایت معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک، مشارکت مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ و همکاری کلیه کارکنان پرستاری بیمارستان امام خمینی و کلینیک تخصصی و فوق تخصصی باغبان شهر ساری (ایران) سپاسگزاری می نماید.

حمایت مالی

این مطالعه با حمایت مالی معاونت پژوهش دانشگاه علوم پزشکی اراک صورت پذیرفته است.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ گونه تضاد مناقعی را گزارش نکردند.

[Downloaded from ijca.ir on 2026-11-02]

References

1. American cancer society. Key Statistics for Colorectal Cancer. (accessed August 2,2020). Availablefrom:https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8604.00.pdf cancer.org; cancer.org 15 p .[cited 2020 August 2].1.800.227.2345
2. Shadmani FK, Ayubi E, Khazaei S, Sani M, Hanis SM, Khazaei S et al. Geographic distribution of the incidence of colorectal cancer in Iran: a population-based study. Epidemiol Health 2017;39. https://doi.org/10.4178/epih.e2017020
3. Safaee A, Fatemi SR, Ashtari S, Vahedi M, Moghimi-Dehkordi B, Zali MR. Four years incidence rate of colorectal cancer in Iran: a survey of national cancer registry data-implications for screening. Asian Pac J Cancer Prev. 2012 Jan 1;13(6):2695-8. https://doi.org/10.7314/APJCP.2012.13.6.2695
4. Nejat N. Cultural Influences on the Psychological Needs of Patients with Cancer and Their Families: P2-167. Pscyho-oncology. 2015 Jul; 24:317-8.
5. Chen SC, Chiou SC, Yu CJ, Lee YH, Liao WY, Hsieh PY, Jhang SY, Lai YH. The unmet supportive care needs-what advanced lung cancer patients' caregivers need and related factors. Supportive Care in Cancer. 2016 Jul 1;24(7):2999-3009. https://doi.org/10.1007/s00520-016-3096-3
6. Asiedu GB, Eustace RW, Eton DT, Radecki Breitkopf C. Coping with colorectal cancer: a qualitative exploration with patients and their family members. Family practice. 2014 Oct 1;31(5):598-606. https://doi.org/10.1093/fampra/cmu040
7. Rahmani A, Ferguson C, Jabarzadeh F, Mohammadpoorasl A, Moradi N, Pakpour V. Supportive care needs of Iranian cancer patients. Indian Journal of Palliative Care. 2014 Sep;20(3):224. https://doi.org/10.4103/0973-1075.138400
8. Yun YH, Lee MK, Chang YJ, You CH, Kim S, Choi JS, Lim HY, Lee CG, Choi YS, Hong YS, Kim SY. The life-sustaining treatments among cancer patients at end of life and the caregiver›s experience and perspectives. Supportive care in cancer. 2010 Feb 1;18(2):189-96. . https://doi.org/10.1007/s00520-009-0644-0
9. Tabriz ER, Yekta ZP, Shirdelzade S, Saadati M, Orooji A, Shahsavari H, Khorshidi M. Unmet needs in Iranian cancer patients. Medical journal of the Islamic Republic of Iran. 2017; 31:35. doi: 10.14196/mjiri.31.35 https://doi.org/10.14196/mjiri.31.35
10. Mosher CE, Adams RN, Helft PR, O'Neil BH, Shahda S, Rattray NA, Champion VL. Family caregiving challenges in advanced colorectal cancer: patient and caregiver perspectives. Supportive Care in Cancer. 2016 May 1;24(5):2017-24.https://doi.org/10.1007/s00520-015-2995-z
11. Nejat N, Whitehead L, Crowe M. The use of spirituality and religiosity in coping with colorectal cancer. Contemporary nurse. 2017 Jan 2;53(1):48-59. https://doi.org/10.1016/j.suponc.2011.09.003
12. Griesser AC, Vlastos G, Morel L, Beaume C, SAPPINO AP, Haller G. Socio-demographic predictors of high support needs in newly diagnosed breast cancer patients. European journal of cancer care. 2011 Jul;20(4):466-74. https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2010.01190.x
13. Collinge W, Kahn J, Walton T, Kozak L, Bauer-Wu S, Fletcher K, Yarnold P, Soltysik R. Touch, Caring, and Cancer: randomized controlled trial of a multimedia caregiver education program. Supportive Care in Cancer. 2013 May 1;21(5):1405-14. https://doi.org/10.1007/s00520-012-1682-6
14. Moradi N, Abdollahzadeh F, Rahmani A, Zamanzadeh V, Asvadi I, Ghaleban K. Effects of husbands' education on meeting supportive care needs of breast cancer patients: A randomized clinical trial. J Hamadan Nurs Medwifery Fac. 2013; 21:40-50. [Persian].
15. Bahrami M, Farzi S. The effect of a supportive educational program based on COPE model on caring burden and quality of life in family caregivers of women with breast cancer. Iranian journal of nursing and midwifery research. 2014 Mar;19(2):119.
16. Gabriel IO, Mayers PM. Effects of a psychosocial intervention on the quality of life of primary caregivers of women with breast cancer. European journal of oncology nursing. 2019 Feb 1; 38:85-91. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2018.12.003
17. Nejat N. Supportive Care Needs of Patients with Colorectal Cancer and their Families in Iran and New Zealand: A thesis submitted for the degree of doctor of philosophy, University of Otago, Christchurch, New Zealand. University of Otago; 2015. Available from: https://www.ourarchive.otago.ac.nz/ handle/10523/5747?show=full. [Last accessed on 2020 Feb 18].
18. Javadi P, Nejat N, Golaghaie F, Sharifi M. The effects of nurse-led telephone-based support on supportive care needs among women with breast cancer: A randomized clinical trial. Nursing and Midwifery Studies. 2019;8(1):7-13. https://doi.org/10.4103/nms.nms_94_17
19. Girgis A, Lambert S, Lecathelinais C. The supportive care needs survey for partners and caregivers of cancer survivors: development

[Downloaded from ijca.ir on 2026-11-02]

and psychometric evaluation. Psycho- oncology. 2011 Apr;20(4):387-93. https://doi.org/10.1002/pon.1740

20. Khanjari S, Seyedfatemi N, Borji S, Haghani H. Effect of coping skills training on quality of life among parents of children with leukemia. Journal of hayat. 2014 Mar 10;19(4):15-25. [Persian].
21. Hendrix CC, Bailey DE, Steinhauser KE, Olsen MK, Stechuchak KM, Lowman SG, Schwartz AJ, Riedel RF, Keefe FJ, Porter LS, Tulsky JA. Effects of enhanced caregiver training program on cancer caregiver's self-efficacy, preparedness, and psychological well-being. Supportive Care in Cancer. 2016 Jan 1;24(1):327-36. https://doi.org/10.1007/s00520-015-2797-3
22. Ramazanzadeh N, Karimollahie M, Abazarie M, Tazakkorie Z. A Survey on Caregiving Burden and Social Support in Cancer Patient Families Referred to Imam Khomeini Hospital of Ardabil, 2017 (Master dissertation, Ardabil university of medical sciences). [Persian].
23. Papastavrou E, Charalambous A, Tsangari H, Karayiannis G. The burdensome and depressive experience of caring: what cancer, schizophrenia, and Alzheimer's disease caregivers have in common. Cancer Nursing. 2012 May 1;35(3):187-94. https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31822cb4a0
24. Chang HY, Chiou CJ, Chen NS. Impact of mental health and caregiver burden on family caregivers' physical health. Archives of gerontology and geriatrics. 2010 May 1;50(3):267-71. https://doi.org/10.1016/j.archger.2009.04.006
25. Valizadeh L, Zamanzadeh V, Rahmani A, Howard F, Nikanfar AR, Ferguson C. Cancer disclosure: Experiences of Iranian cancer patients. Nursing & health sciences. 2012;14(2):250-6 https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2012.00686.x
26. Zamanzadeh V, Rahmani A, Valizadeh L, Ferguson C, Hassankhani H, Nikanfar AR, Howard F. The taboo of cancer: the experiences of cancer disclosure by Iranian patients, their family members and physicians. Psycho-Oncology. 2013 Feb;22(2):396-402. https://doi.org/10.1002/pon.2103
27. Beaver K, Latif S, Williamson S, Procter D, Sheridan J, Heath J, Susnerwala S, Luker K. An exploratory study of the follow-up care needs of patients treated for colorectal cancer. Journal of clinical nursing. 2010 Dec;19(23-24):3291-300. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03407.x
28. Rueda JR, Sola I, Pascual A, Casacuberta MS. Non-invasive interventions for improving well-being and quality of life in patients with lung cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011(9). https://doi.org/10.1002/14651858.CD004282.pub3
29. Ghane G, Farahani MA, Seyedfatemi N, Haghani H. The effect of supportive educative program on the quality of life in family caregivers of hemodialysis patients. Journal of Education and Health Promotion. 2017 Oct 4;6. 80. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_78_16
30. Wadhwa D, Burman D, Swami N, Rodin G, Lo C, Zimmermann C. Quality of life and mental health in caregivers of outpatients with advanced cancer. Psycho-oncology. 2013 Feb;22(2):403-10. https://doi.org/10.1002/pon.2104
31. Mazanec SR, Reichlin D, Gittleman H, Daly BJ. Perceived needs, preparedness, and emotional distress of male caregivers of postsurgical women with gynecologic cancer. InOncology nursing forum 2018 Mar 1 (Vol. 45, No. 2, pp. 197-205). Oncology Nursing Society. https://doi.org/10.1188/18.ONF.197-205

[Downloaded from ijca.ir on 2026-11-02]