DOI: 10.29252/ijca.1.1.55

Iranian Journal of Cancer Care (IJCA) **Original Article**

Vol.1 No.1, Spring 2022

Depression in cancer patients: the role of demographic variables

Naseri N[1*], Taleghani F[2]

1- M.Sc. Nursing and Midwifery Sciences Development Research Center, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

2- Ph.D Nursing and Midwifery Care Research Center, Nursing and Midwifery Faculty, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Corresponding Author: Naseri N, .Sc. Nursing and Midwifery Sciences Development Research Center, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

Email: nayerehnaseri2@gmail.com

Received: 6 April 2019 Accepted: 9 May 2019

Abstract

Introduction: Cancer is an important event in one's life which has considerable outcomes for patients and their families as well. The major psychological consequence in cancer patients is depression that often This is a descriptive correlational takes less attention. This study aimed to assess the relationship of demographic variables and depression in cancer patients.

Method: Study that conducted during May 2014 to May 2015 in Sayyed Al-Shohada hospital in Isfahan, Iran. 200 cancer patients were selected through convenient sampling method and data were collected using questionnaires (demographic questionnaire and Beck Depression Scale). Data were analyzed by SPSS software (descriptive analysis and Chi-Square).

Results: The findings showed that the cancer patients had the mild depression (38.5%) and medium depression (27.5%) and only a few patients had experienced severe depression (14%). And also, Chi-Square test indicated a significant relationship between educational level and number of children with depression in cancer patients.

Conclusion: The Knowledge of the risk factors associated with depression among the cancer patients can help to researchers and health care providers to identify vulnerable patients for depression disorder. It is suggested that in all cancer-related treatment centers, the mental health unit should be established to assist with up-to-date teachings to reduce the suffering of patients.

Keywords: depression, cancer patients, demographic variables.

Access this article online

Website: www.ijca.ir

DOI: 10.29252/ijca.1.1.55

[Downloaded from ijca.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/ijca.1.1.55]

نشریه مراقبت سرطان | مقاله پژوهشی

دوره اول، شماره ۱، بهار ۱۴۰۱

بررسی ارتباط متغیرهای دموگرافیک با افسردگی در بیماران سرطانی

نیره ناصری[1*]، فریبا طالقانی[2]

۱- کارشناسی ارشد پرستاری، مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.
۲- دکترای پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبتهای پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

نویسنده مسئول: نیره ناصری، کارشناسی ارشد پرستاری، مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.
ایمیل: nayerehnaseri2@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۱/۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۲/۱۹

چکیده

مقدمه: سرطان، رویداد مهمی در زندگی هر فردی است که پیامدهای قابل توجهی را برای وی و خانواده به همراه دارد. افسردگی، مهمترین پیامد روانی در این بیماران، اغلب موارد کمتر مورد توجه قرار می گیرد. این مطالعه با هدف تعیین ارتباط متغیرهای دموگرافیک با افسردگی در بیماران سرطانی انجام گرفت.

روش: این مطالعه توصیفی همبستگی در سالهای ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۳ انجام شد و نهایتاً ۲۰۰ بیمار سرطانی مراجعه کننده به مرکز درمانی سیدالشهداء اصفهان با روش نمونه گیری آسان وارد مطالعه شدند. اطلاعات افراد در فرم مشخصات دموگرافیک و مقیاس افسردگی بک جمع آوری شد و با استفاده از نرم افزار SPSS (با آمار توصیفی و کای دو) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: یافته های پژوهش حاضر نشان داد که ۳۸,۵٪ از بیماران سرطانی، افسردگی خفیف و ۲۷,۵٪ از آنها افسردگی متوسط را تجربه نموده و تنها تعداد معدودی از بیماران (۱۴٪) دارای افسردگی شدید بودند. همچنین نتایج آزمون کای دو نشان داد که بیماران سرطانی که از میزان تحصیلات بالاتر برخوردار بودند و یا تعداد فرزندان بیشتری داشتند، میزان افسردگی بالاتری را داشت

نتیجه گیری: شناخت عوامل خطر افسردگی در بیماران سرطانی، می تواند برای محققین و کادر بهداشتی ـ درمانی بویژه پرستاران جهت کمک به ارایه مداخلات روحی ـ روانی مناسب توسط آنها مفید باشد. پیشنهاد می گردد در همه مراکز درمانی مرتبط با سرطان، واحد بهداشت روان ایجاد گردد تا با آموزه های به روز در جهت کاهش آلام بیماران مساعدت نمایند.

کلید واژه ها: افسردگی، بیماران سرطانی، متغیرهای دموگرافیک.

[Downloaded from ijca.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/ijca.1.1.55]

مقدمه

سرطان، رویداد مهمی در زندگی هر فردی است که پیامدهای جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی قابل توجهی را برای خود بیمار، اعضای خانواده و دوستان وی به دنبال دارد (۱). چرا که سرطان تا به امروز یک عارضه مزمن و علاج ناپذیر شناخته شده است که به ندرت بهبود می یابد. بنابراین پس از تشخیص اولیه و اعلام آن از جانب پزشک، بیماران دچار شوک یا عوارض روانی می شوند. بروز این نشانه ها نتیجه از دست رفتن توانایی ها، احساس ضعف و درد و باور این نکته است که مرگ تدریجاً نزدیک و نزدیکتر می شود (۲). بیماران و خانواده هایی که با تشخیص سرطان روبرو می شوند، سطوح مختلفی از استرس و نگرانی عاطفی را تجربه خواهند کرد. ترس از مرگ، اختلال در برنامه های زندگی، تغییر در تصویر ذهنی و اعتماد به نفس، تغییر در نقش های اجتماعی و سبک زندگی و نگرانی های مالی، جنبه های مهمی از زندگی هر بیمار سرطانی می باشد. هر فرد با تشخیص سرطان، بطور متفاوتی به این جنبه ها واکنش نشان می دهد. در عین حال همه بیماران، واکنش هایی از غم و اندوه را بطور دوره ای در طول تشخیص و درمان سرطان خود تجربه خواهند کرد. وقتی آنها درمی یابند که سرطان دارند، اغلب احساس ناباوری، انکار یا یأس و ناامیدی دارند. همچنین آنها مشکلاتی نظیر اختلال در خواب، کاهش اشتها و اضطراب را تجربه کرده و نگرانی هایی در مورد آینده خود دارند (۳،۴) ولی مشکل روانی که در نهایت در اکثر بیماران پدیدار می شود، افسردگی است (۵).

بعلاوه افسردگی، یکی از بارزترین دلایل منتسب به مرز کلی بیماریها محسوب می شود (۶) همچنین افسردگی، بیماری پیچیده ای است که عوامل متعدد روانی، اجتماعی، ژنتیکی و زیستی ـ عصبی بر وقوع آن تأثیر گذاشته و می تواند بطور ثانویه، یکی از عوامل خطرساز بیماریهای جسمی نظیر سرطان باشد (۷).

البته در این میان، عقاید نادرست زیادی درباره سرطان و نحوه تطابق بیماران سرطانی با آن وجود دارد، از جمله اینکه «همه بیماران سرطانی افسرده اند.»؛ «افسردگی در بیماران سرطانی، طبیعی است.»؛ «درمان ها کمک کننده نیستند.»؛ ، «هر بیمار سرطانی، با رنج و مرگ دردناک روبرو خواهد شد.» و این در حالی است که افسردگی شدید توسط همه بیماران سرطانی تجربه نخواهد شد (۸). اکابریان به نقل از کاپلان می نویسد که تنها ۱۳٪ از بیماران سرطانی، دچار افسردگی اساسی هستند (۹). نتایج یک مطالعه اخیر در آمریکا با هدف بررسی میزان شیوع اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به سرطان سینه متاستاتیک نشان داد که با وجود میزان اضطراب قابل توجه در این بیماران، میزان افسردگی در آنها پایین می باشد (۱۰).

همچنین یافته های یک تحقیق در زمینه میزان ابتلا به افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان سینه در ایران نشان داد که ۳۸٪ از بیماران، علایم افسردگی را داشته و از بین آنها فقط ۱۸٪ افسردگی شدید را تجربه کرده اند (۱۱).

با این وجود، افسردگی یک بیماری ناتوان کننده است که زنان و مردان مبتلا به سرطان را بطور یکسان تحت تأثیر قرار می دهد. برخی بیماران ممکن است تطابق مشکل تری با تشخیص سرطان داشته و پاسخ های آنها به تشخیص، متفاوت از دیگران باشد. لذا یک بخش حیاتی در مراقبت از بیماران سرطانی، شناسایی سطوح پاتولوژیک افسردگی می باشد که بایستی پس از تشخیص، تحت درمان قرار گیرد (۳) چرا که تحقیقات به عمل آمده نشان می دهد که علایم افسردگی مرتبط با بیماری، بر کیفیت زندگی و عملکرد اجتماعی فرد تأثیر گذار است، بطوریکه تأثیر منفی بر پذیرش درمان از طرف بیماران گذاشته (۱،۱۲) و مسئولیت سنگینی را چه از لحاظ علمی و چه از نظر اخلاقی بر دوش درمانگران به ویژه پرستاران نیز می گذارد (۵).

در حال حاضر تحقیقات متعددی در زمینه بروز اختلالات روانشناختی بویژه افسردگی در مبتلایان به سرطان در جوامع غربی صورت گرفته است ولی تعمیم پذیری نتایج این مطالعات به سایر کشورها بویژه کشورهای آسیایی روشن نمی باشد. با کسب اطلاعات بیشتر در مورد دلایل مرتبط با واکنش های روانشناختی در بیماران سرطانی، امکان مراقبت و حمایت کادر بهداشتی ـ درمانی از آنها بیشتر خواهد شد، لذا این مطالعه با هدف تعیین ارتباط متغیرهای دموگرافیک با افسردگی در بیماران سرطانی مراجعه کننده به مرکز سیدالشهدا اصفهان انجام شد.

روش مطالعه

این پژوهش توصیفی همبستگی در بیماران سرطانی بستری در بخش های بیمارستان سیدالشهداء اصفهان یا مراجعه کننده به درمانگاههای شیمی درمانی و اشعه درمانی وابسته به این مرکز انجام گردید. در این مطالعه، ۲۵۰ بیمار با تشخیص قطعی سرطان دارای معیارهای ورود به مطالعه، به روش نمونه گیری دردسترس شرکت کردند که تنها پرسشنامه های ۲۰۰ نفر از آنها کامل بوده و جهت آنالیز آماری مورد استفاده قرار گرفت. معیارهای انتخاب شرکت کنندگان در مطالعه شامل دارا بودن سن ۱۸ سال به بالا، عدم وجود سابقه اختلالات عصبی و روحی ـ روانی در گذشته، گذشتن حداقل ۱ ماه از زمان تشخیص بیماری، قرار نداشتن در مرحله انتهایی بیماری و داشتن توانایی خواندن و نوشتن بود. پس از اخذ مجوزهای لازم برای

[Downloaded from ijca.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/ijca.1.1.55]

شروع مطالعه از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، داده ها به کمک فرم اطلاعات دموگرافیک و مقیاس افسردگی بک گردآوری شد. اطلاعات دموگرافیک حاوی سؤالاتی مبنی بر بررسی سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، تعداد فرزندان و محل زندگی بیمار می باشد. اطلاعات پزشکی پیرامون مدت بیماری از زمان تشخیص، محل بیماری و نوع درمان، از طریق مصاحبه و نیز پرونده های بیماران کسب گردید.

مقیاس افسردگی بک، مستقل از فرهنگ خاص شناخته شده و مخصوص هیچ طبقه تحصیلی و اقتصادی خاصی نبوده و قابل استفاده برای هر فردی در هر طبقه ای می باشد (۱۳). این مقیاس، علایم افسردگی را بررسی کرده که ۲۱ آیتم با نمرات ۰ (ندرتا یا هیچ موقعی) تا ۳ (اکثر مواقع یا همه مواقع) دارد. بالاترین نمره، ۶۳ است؛ نمرات ۱ تا ۱۰، نرمال تلقی شده؛ ۱۱ تا ۱۶، افسردگی خفیف؛ ۱۷ تا ۲۰، افسردگی بالینی مرزی؛ ۲۱ تا ۳۰، افسردگی متوسط و ۳۱ تا ۴۰، افسردگی شدید و بالای ۴۰، افسردگی خیلی شدید را نشان می دهد. مقیاس افسردگی بک، دارای روایی درونی بالا با ضریب آلفای ۰٫۸۱ برای افراد عمومی جامعه می باشد. ضریب آلفای گزارش شده برای این مقیاس در جمعیت ایرانی، ۰٫۷۸ می باشد (۱۴،۱۵). در این مطالعه، ضریب آلفا برای بیماران سرطانی با روش آزمون ـ آزمون مجدد، ۰٫۸۵ تعیین گردید.

پس از تکمیل پرسشنامه ها، اطلاعات کسب شده از طریق روش های آمار توصیفی (توزیع فراوانی) و استنباطی (کای اسکوئر) با کمک نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل گردید. سطح معنی داری کلیه آزمون ها، کمتر از ۰٫۰۵ در نظر گرفته شد.

مطالعه حاضر توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مورد تأیید قرار گرفت (کد اخلاق: ۱۸۵۰۲۲). قبل از ورود بیماران به مطالعه و قبل از تکمیل پرسشنامه ها، یک فرم رضایت آگاهانه از بیماران اخذ شده که طی این فرایند، بیماران با اهداف و مراحل مطالعه آشنا شده و به آنها اطمینان داده شد که شرکت آنها کاملا داوطلبانه بوده و اطلاعات آنها کاملاً محرمانه می باشد.

یافته ها

یافته ها نشان داد که سن متوسط بیماران، قریب به ۴۰ سال بود که عمده آنها در سنین ۲۱ تا ۶۰ سال قرار داشتند. اکثر بیماران، زن (۶۳/۵٪) و یا متأهل (۷۲/۵٪) بودند (جدول۱). بیماران تحت مطالعه، مبتلا به انواع مختلفی از سرطان ها بودند: سینه (۳۳/۵٪)، گوارش (۱۶/۵٪)، خون (۷٪)، استخوان (۷٪)، ریه (۵٪)، کلیه (۴٪) و سایر موارد (۲۷٪) که عمدتاً با روش درمان ترکیبی (شامل جراحی، شیمی درمانی و اشعه درمانی) تحت معالجه بودند.

جدول ۱: توزیع فراوانی خصوصیات دموگرافیک بیماران سرطانی مراجعه کننده به مرکز درمانی سیدالشهدا اصفهان در سال ۱۳۹۲ الی ۱۳۹۳

مشخصات دموگرافیک	نمونه ها	تعداد	درصد
جنس	زن	۱۲۷	۶۳/۵
	مرد	۷۳	۳۶/۵
سن	زیر ۲۰ سال	۲۸	۱۴
	۴۰ ـ ۲۱ سال	۷۱	۳۵/۵
	۶۰ ـ ۴۱ سال	۷۶	۳۸
	۶۱ سال به بالا	۲۵	۱۲٫۵
وضعیت تأهل	مجرد	۴۱	۲۰/۵
	متأهل	۱۴۵	۷۲/۵
	بیوه	۱۰	۵
	مطلقه	۴	۲
سطح تحصیلات	بیسواد	۲۳	۱۱/۵
	ابتدایی	۴۷	۲۳/۵
	راهنمایی	۴۱	۲۰/۵
	دیپلم	۵۷	۲۸/۵
	لیسانس و بالاتر	۳۲	۱۶
تعداد فرزندان	۳ ـ ۱	۹۲	۶۰/۹
	۶ ـ ۴	۴۴	۲۹/۲
	۷ و بالاتر	۱۵	۹/۹
محل زندگی	شهر	۱۶۳	۸۱/۵
	روستا	۳۷	۱۸/۵

[Downloaded from ijca.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/ijca.1.1.55]

یافته ها نشان داد که اکثریت بیماران سرطانی، افسردگی خفیف (۳۸/۵٪) و متوسط (۲۷/۵٪) را تجربه کرده و تعداد معدودی از بیماران هم دچار افسردگی شدید (۱۴٪) بودند. نمرات مربوط به توزیع فراوانی نسبی افسردگی در بیماران سرطانی در (جدول۲) آمده است.

جدول ۲: توزیع فراوانی نسبی نمرات افسردگی در بیماران سرطانی بر حسب مقیاس افسردگی بک

آیتم های مقیاس افسردگی بک	تعداد	درصد
۱۰-۱ (نرمال)	۴۰	۲۰
۱۶-۱۱ (افسردگی خفیف)	۲۲	۱۱
۲۰-۱۷ (افسردگی بالینی مرزی)	۵۶	۲۸
۳۰-۲۱ (افسردگی متوسط)	۵۵	۲۷,۵
۴۰-۳۱ (افسردگی شدید)	۱۴	۷
بیشتر از ۴۰ (افسردگی خیلی شدید)	۱۴	۶,۵
جمع	۲۰۰	۱۰۰

بعلاوه نتایج تست کای دو نشان داد که بین متغیرهای سطح تحصیلات و تعداد فرزندان با افسردگی در بیماران سرطانی ارتباط معنی دار وجود دارد ولی بین سایر متغیرهای دموگرافیک شامل سن، جنس، وضعیت تأهل و محل سکونت بیمار با افسردگی ارتباط معنی دار آماری وجود ندارد (جدول۳).

همچنین یافته های این پژوهش نشان داد که بین متغیرهای بالینی شامل مدت بیماری از زمان تشخیص، محل بیماری و نوع درمان سرطان با افسردگی در بیماران سرطانی ارتباط معنی دار آماری وجود ندارد.

جدول۳: ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک با افسردگی در بیماران سرطانی

متغیرهای دموگرافیک	افسردگی (P-value)
جنس	۰,۵
سن	۰,۷
وضعیت تأهل	۰,۱
سطح تحصیلات	۰,۰۴
تعداد فرزندان	۰,۰۴
محل سکونت	۰,۰۷

نکته: آنالیز توسط آزمون کای اسکوئر انجام شده است؛ برای همه آنالیزها، P کمتر از ۰,۰۵ معنادار منظور شده است.

بحث

یافته های این مطالعه نشان داد که بیماران سرطانی به سطوح مختلفی از افسردگی دچار بودند که فراوانی کم افسردگی شدید بین آنها قابل ملاحظه می باشد چرا که این یافته بر خلاف تصور عامه مردم مبنی بر وجود افسردگی در همه بیماران سرطانی می باشد. نتایج مطالعات قبلی نیز با این یافته مطابقت داشته است (۱۰، ۱۱، ۱۶). از جمله مطالعه انجام شده توسط پارک و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد که تنها ۲۱٪ از بیماران تحت مطالعه مبتلا به سرطان سینه، افسردگی شدید را تجربه کرده اند (۱۰).

همانطور که از نتایج مطالعه حاضر نیز بر می آید، میزان افسردگی در بیماران سرطانی، طیف گسترده ای را در بر می گیرد. محققان نیز چنین بیان می دارند که هر چند بسیاری از بیماران سرطانی، ملاک های لازم برای افسردگی شدید را ندارند، ولی علایم افسردگی در این بیماران بسیار شایع بوده که احتمالاً نیاز به درمان نیز دارد (۱۷). شیوع اختلالات روحی ـ روانی در افراد سالم جامعه ایرانی، حدود ۵,۳ تا ۱۸ درصد گزارش شده است (۱۸) مقایسه نمرات افسردگی در بیماران سرطانی با جمعیت عمومی به علت تفاوت در ابزارهای اندازه گیری، امری مشکل به نظر می رسد. با این وجود مطالعه اخیر انجام شده در زمینه شیوع افسردگی در جمعیت سالم ساکن اصفهان نشان داد که حدود ۲۸,۸ درصد بالغین در سطوح مختلف دچار افسردگی بودند یا حداقل یک دوره افسردگی را طی یک سال گذشته تجربه نموده اند (۱۹). با این نتایج چنین به نظر می رسد که بیماران سرطانی به احتمال قوی، به دلیل ماهیت بیماری و فرایندهای خاص درمانی بکار گرفته شده در آنها، اختلالات روحی روانی بیشتری را نسبت به جمعیت عمومی در جامعه تجربه خواهند کرد.

در راستای تعیین ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک با بروز افسردگی در بیماران سرطانی، نتایج نشان داد که بیمارانی که از سطح تحصیلات بالاتری برخوردار بودند، میزان افسردگی بالاتری داشتند. مطالعات انجام شده در این زمینه، نتایج متفاوتی را مطرح کرده اند بطوریکه پارک و همکاران در مطالعه خود به وجود ارتباط معنی دار بین سطح تحصیلات و افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان سینه پی برده اند ولی کلینتون ـ مکهارگ و همکاران (۲۰۱۴) در نتایج مطالعه خود دریافتند که هیچ ارتباط معنی داری بین سطح تحصیلات

[Downloaded from ijca.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/ijca.1.1.55]

با افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان خون وجود ندارد (۲۰). تان و کارابولوتلو نیز در پژوهش خود دریافتند که هیچ ارتباطی بین سطح تحصیلات بیماران سرطانی با افسردگی و ناامیدی وجود ندارد (۲۱). به نظر می رسد با وجود تناقض در یافته های تحقیقات مختلف، نیاز به بررسی های گسترده تری جهت روشن سازی این مسأله باشد.

همچنین نتایج این مطالعه بیانگر وجود ارتباط موثر بین متغیر تعداد فرزندان با افسردگی در بیماران سرطانی می باشد. در این راستا، نتایج مطالعات بعمل آمده در این زمینه موید وجود این ارتباط می باشند. میزان افسردگی بالاتر در بیماران سرطانی دارای فرزند نسبت به بیماران سرطانی بدون فرزند در این مطالعات تأیید گردیده است (۱۰، ۲۰، ۲۲، ۲۳، ۲۴). اگرچه برخی مطالعات هم فقدان وجود ارتباط بین تعداد فرزندان با افسردگی را مطرح کرده اند که شاید به حجم نمونه پایین در آنها مربوط باشد (۱۰). همچنین یافته های یک تحقیق نشان داد که حمایت اعضای خانواده بویژه فرزندان، نقش مهمی در تسکین علایم افسردگی در بیماران سرطانی دارد (۲۵).

در رابطه با بررسی ارتباط بین متغیرهای مربوط به بیماری (شامل مدت بیماری، نوع درمان و محل بیماری) با افسردگی، هیچ ارتباط معنی دار آماری مشاهده نشد. برخی پژوهش های قبلی انجام شده نظیر مطالعه تان و کارابولوتلو نیز موید عدم وجود این ارتباط می باشد (۱۰،۲۱،۲۳). البته به نظر می رسد که میزان افسردگی بطور موازی در طول دوره درمان افزایش یابد (۲۶)؛ چرا که انکار یکی از مکانیزمهای دفاعی است که توسط بیماران سرطانی برای کاهش اضطراب و نگرانی بکار می رود و معمولاً در طول اولین سال تشخیص و درمان بیماری مورد استفاده قرار می گیرد و پس از آن دیگر کارایی ندارد. همانطور که نتایج مطالعه ای مبنی بر ارتباط حمایت اجتماعی بر افسردگی بیماران مبتلا به سرطان متاستاتیک ریه و گوارش نشان داد که فاکتورهای مربوط به بیماری، بطور قابل ملاحظه ای با رخداد علایم افسردگی ارتباط دارند (۲۷).

نتیجه گیری

شناخت عوامل خطر افسردگی در بیماران سرطانی، می تواند برای محققین و کادر بهداشتی ـ درمانی بویژه پرستاران جهت کمک به ارایه مداخلات روحی ـ روانی مناسب توسط آنها مفید باشد. پیشنهاد می گردد در همه مراکز درمانی مرتبط با سرطان، واحد بهداشت روان ایجاد گردد تا با آموزه های به روز در جهت کاهش آلام بیماران سرطانی مساعدت نمایند. همچنین پیشنهاد می گردد که با انجام مطالعات وسیع تر، فاکتورهای موثر بر وضعیت روحی ـ روانی بیماران سرطانی بیشتر مورد تحقیق و بررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

محققین مراتب سپاس و قدردانی خود را از کلیه بیماران شرکت کننده در این پژوهش ابراز می دارند. همچنین از ریاست محترم دانشکده پرستاری و مامایی اصفهان، معاونت پژوهشی دانشگاه، ریاست و پرسنل بیمارستان سیدالشهداء اصفهان و سایر کسانی که با محققین نهایت همکاری را داشته اند، کمال تشکر و قدردانی را دارند.

References

1. Boscaglia N, Clarke DM, Jobling TW, Quinn MA. The contribution of spirituality and spiritual coping to anxiety and depression in women with a recent diagnosis of gynecological cancer. International Journal of Gynecological Cancer. 2005; 15:755 - 855.
2. Barry PD. Psychosocial nursing assessment and intervention. 2nd edi. Philadelphia: JB Lippincott Company; 1998.
3. Greden JF. The burden of recurrent depression: causes, consequences and future prospects. J Clin Psychiatry. 2001; 62 (22):5–9.
4. Goudarzian A H, et al. Determinant factors of death depression in Iranian patients with cancer. Iranian Journal of cancer care. 2016; 1 (1): 8-14.
5. Otto S E. Oncology nursing. 2nd edi. Philadelphia: Mosby; 2012.
6. Ferrari AJ, Somerville AJ, Baxter AJ, Norman R, Patten SB, Vos T. Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. Psychological Medicine. 2013; 43: 471 – 481.
7. Krebber AMH, Buffart LM, Kleijn G, Riepma IC, Bree R, Leemans CR, et al. Prevalence of depression in cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments. Psycho-Oncology. 2014; 23: 121–130.
8. Akaberian Sh, Shahni M. The effect of counseling on depression and frustration in depressed leukemic adolescents. South medicine. 2000; 3 (2): 23-28.
9. Block SD. Assessing and managing depression in the terminally ill patient. Annals of Internal Medicine. 2000; 132 (3): 209-218.
10. Park E M, Gelber Sh, Rosenberg ShM, Seah DS.E, Schapira L, Come S, et al. Anxiety and

[Downloaded from ijca.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/ijca.1.1.55]

Depression in Young Women With Metastatic Breast Cancer: A Cross-Sectional Study. Psychosomatics. 2018; 59: 251–258.
11. Montazeri A, Harirchi I, Vahdani M, Khaleghi F, Jarvandi S, Ebrahimi M, et al. Anxiety and depression in Iranian breast cancer patients before and after diagnosis European Journal of Cancer Care. 2000; 9: 151-157.
12. Lie H C, Hjermstad M.J.H, Fayers P, Finset A, Kaasa S, Loge J.H. Depression in advanced cancer - Assessment challenges and associations with disease load. Journal of Affective Disorders. 2015; 173: 176 - 184.
13. Fuladi A H. Assessing of relationship between depression and shift work among nurses in teaching hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences. Master thesis of nursing. Tehran: Shahid Beheshti University of Medical Sciences; 1996.
14. Azkhosh M. Application of psychological tests and clinical diagnosis. 3rd ed. Tehran: Ravan; 2008.
15. Taheri T, Garmaroudi Gh, Azadbakht M, Fekrizadeh Z, Hamidi R, Fathizadeh SH, et al. Validity and reliability Beck Depression Inventory-II among the Iranian elderly Population. Quarterly Journal of Sabzevar University of Medical Sciences 2015; 22 (1):189 - 98.
16. Hipkins J, Whitworth M, Tarrier N, Jayson G. Social support, anxiety and depression after chemotherapy for ovarian cancer. British Journal of Health Psychology. 2004; 9 (4): 569 - 582.
17. Pasquini M, Biondi M. Depression in cancer patients: a critical review. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health. 2007; 3:2.
18. Ehsanmanesh M. Epidemiological study of mental disorder in Iran. Journal of Shahrekord University of Medical Sciences. 2004; 4: 33 - 42.
19. Alizade Z, Rejali M, Feizi A, Afshar M, Kashtali AH, Adibi P. Investigation of psychological disorders profile (anxiety, depression and psychological distress)in adult population of Isfahan province. Journal of Tanin Salamat (Health Chimes). 2015; 3 (4): 42-48.
20. Clinton-McHarg T, Carey M, Sanson-Fisher R, Tzelepis F, Bryant J, Williamson A. Anxiety and depression among haematological cancer patients attending treatment centres: Prevalence and predictors. Journal of Affective Disorders. 2014; 165: 176 – 181.
21. Tan M, Karabulutlu E. Social support and hopelessness in Turkish patients with cancer. Cancer nursing. 2005; 28 (3): 236 - 244.
22. Bina N, Anila K. Familial social support and depression in breast cancer: an exploratory study on a Pakistani sample. Psycho-Oncology. 2006; 16 (9): pp: 859 - 862.
23. Park EM, Deal AM, Check DK, Hanson LC, Reeder - Hayes KE, Mayer DK, et al. Parenting concerns, quality of life, and psychological distress in patients with advanced cancer. Psychooncology. 2016; 25 (8): 942 – 948.
24. Nilsson M E, Maciejewski PK, Zhang B, Wright AA, Trice ED, Muriel AC, Friedlander RJ, et al. Mental health, treatment preferences, advance care planning, loca- tion, and quality of death in advanced cancer patients with dependent children. Cancer. 2009; 115 (2): 399 – 409.
25. Han D M, Oxman TE, Ahles TA, Furstenberg CT, Stuke TA. Social support adequacy and depression in older patients with metastatic cancer. Psycho-Oncology. 1995; 4: 213-21.
26. Xiao F, Song X, Chen Q, Dai Y, Xu R, Qiu C, et al. Effectiveness of psychological interventions on depression in patients after breast cancer surgery: A meta-analysis of randomized controlled trials, Clinical Breast Cancer. Master Thesis of Public Health. University of Hong Kong. Pokfulam, Hong Kong SAR; 2015.
27. Rodin G, Walsh A, Zimmermann AC, Gagliese L, Jones J, Shepherd FA, et al. The contribution of attachment security and social support to depressive syndromes in patients with metastatic cancer. Psycho-Oncology. 2007; 16 (12):1080-1091.

[Downloaded from ijca.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/ijca.1.1.55]