Iranian Journal of Cancer Care (IJCA) Original Article

Vol. 2 No. 1 Spring 2023

Frequency of Depression and Association with Pain Sensation in Cancer Patients: a Cross-Sectional Study

Daneshi S[1], Arefi F[2], Bakhtiari Esfahdah F[3], Alipour A[4], Faryabi R[5], Mohammadi Rad F[6*]

1- Instructor, Department of Public Health, School of Health, Jiroft University of Medical Sciences, Jiroft, Iran.
2- Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Jiroft University of Medical Sciences, Jiroft, Iran.
3- PhD in Psychology, Payame Noor University, Faculty of Psychology, Kerman, Iran.
4- PhD in Psychology, Payame Noor University, Faculty of Psychology, Tehran, Iran.
5- Assistant Professor of Health Education & Promotion, Department of Public Health, School of Public Health, Jiroft University of Medical Sciences, Jiroft, Iran.
6- Msc in Psychology, Neuroscience Research Center, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.
Corresponding author: Mohammadi Rad F, Msc in Psychology, Neuroscience Research Center, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.
Email: ar_mo_r@yahoo.com

Received: 11 March 2021 Accepted: 22 April 2021

Abstract

Introduction: Introduction: Cancer is a common diseases, as well as depression is common in patients with cancer. The aim of this study was investigate the depression and severity of pain in cancer patients in oncology clinic of Bahonar Hospital.

Methods: This cross-sectional study was performed on 109 cancer patients. Data were collected using two research tools, Beck Depression Inventory (BDI) and visual acuity scale (VAS) and were analyzed using SPSS 18.

Results: There was a significant positive correlation between severity of depression and pain severity. Also the results of stepwise regression analysis to predict depression and pain by the variables showed that only education has the ability to predict depression and pain.

Conclusions: Treatment of depression as a part of the cancer treatment plan, especially for patients with risk factors is essential and can play an important role for rapid return to the community.

Key words: Cancer, Depression, Pain perception, Cross-sectional study.

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

نشریه مراقبت سرطان | مقاله پژوهشی

دوره ۲، شماره ۱، بهار ۱۴۰۲

بررسی فراوانی افسردگی و ارتباط آن با احساس درد در بیماران سرطانی: یک مطالعه مقطعی

سلمان دانشی[۱]، فرهاد عارفی[۲]، فروغ بختیاری اسفندقه[۳]، احمد علی پور[۴]، رضا فاریابی[۵]، فاطمه محمدی راد[۶*]

۱- مربی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، جیرفت، ایران.
۲- کارشناسی ارشد پرستاری، مربی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، جیرفت، ایران.
۳- دکترا روانشناسی، دانشگاه پیام نور، دانشکده روانشناسی، کرمان، ایران.
۴- دکترا روانشناسی، دانشگاه پیام نور، دانشکده روانشناسی، تهران، ایران.
۵- استادیار آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، جیرفت، ایران.
۶- کارشناس ارشد روانشناسی، مرکز تحقیقات علوم اعصاب، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران.
نویسنده مسئول: فاطمه محمدی راد، کارشناس ارشد روانشناسی، مرکز تحقیقات علوم اعصاب، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران.
ایمیل: ar_mo_r@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۲/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۲/۲

چکیده

مقدمه: سرطان یک بیماریهای شایع و افسردگی هم همراه همیشگی بیماران سرطان است، هدف این مطالعه بررسی افسردگی و شدت احساس درد در بیماران سرطانی کلینیک آنکولوژی بیمارستان شهید باهنر بود .

روش کار: این مطالعه مقطعی- توصیفی و تحلیلی است که بر روی ۱۰۹ نفر بیمار سرطانی انجام شده است. در این پژوهش داده‌ها با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک (BDI) و مقیاس بصری درد (VAS) جمع‌آوری و با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی و تحلیلی در نرم افزار spss نسخه ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: بین شدت افسردگی و شدت درد رابطه مثبت معنی‌داری وجود داشت. تحلیل رگرسیون گام به گام به منظور پیش بینی افسردگی و درد بوسیله متغیرهای مورد مطالعه نیز نشان داد که فقط میزان تحصیلات توان پیش‌بینی افسردگی و درد را دارد و در مورد سایر متغیرها رابطه معنی داری وجود نداشت.

نتیجه گیری: درمان افسردگی به عنوان یکی از اجزای برنامه درمانی بیماران سرطانی به ویژه بیمارانی که دارای عوامل خطر می‌باشند، ضروری بوده و نقش مهمی در بازگشت سریع تر این بیماران به جامعه خواهد داشت.

کلیدواژه ها: سرطان، افسردگی، درد.

مقدمه

با وجود پیشرفت‌های قابل توجه علم پزشکی، بروز و شیوع سرطان رو به افزایش است به طوریکه در سال ۲۰۱۸ حدود ۱۸/۱ میلیون نفر به سرطان مبتلا شدند (۱) و این میزان با توجه به شیوع عوامل خطرساز این بیماری رو به افزایش است (۲) که ۶۰٪ آن مربوط به کشورهای کمتر توسعه یافته است (۳). بر اساس آمار ارائه شده از طرف همین سازمان تا سال ۲۰۳۰, ۱۳/۴٪ از موارد مرگ و میر در ایران به علت سرطان خواهد بود (۴). هر چند امروزه تشخیص سرطان دیگر معادل مرگ حتمی و قریب الوقوع محسوب نمی‌شود اما با استرس‌های روحی شدیدی همراه است و بحرانی برای بیمار و خانواده به شمار می‌رود که ناشی از اثرات فیزیکی، اجتماعی و اقتصادی بیماری است (۵). چنانکه معانی ضمنی این تشخیص در ذهن بیمار و خانواده او از قبیل: درد، فقدان مالی و اجتماعی، احتمال بد شکلی، از هم گسیختگی ساختار خانواده، وابستگی و مرگ در زندگی بیمار است (۶).

درد، پدیده زیستی، روانی و اجتماعی است که اگر علیرغم درمان‌های انجام شده بیش از شش ماه همچنان ادامه داشته باشد، آن را مزمن می‌نامند (۷). اجزای عاطفی درد مشتمل بر حالات هیجانی بسیار گوناگونی است که در این بین افسردگی توجه زیادی را به خود جلب کرده است (۸). شیوع افسردگی در مبتلایان به درد مزمن نسبت به متوسط جمعیت عمومی به طور قابل ملاحظه‌ای بالاتر است (۲۰٪ در مقابل کمتر از ۸٪) (۹،۱۰). مطالعات نشان می‌دهند که سطوح بالاتر افسردگی پیش از درمان با نتایج توانبخشی

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

ضعیف و ناسازگاری و ناتوانی مرتبط با درد بیشتر همراه است (۱۱). لینتون در مطالعه مروری خود درباره ارتباط افسردگی با درد با بررسی مقالات مربوط به این موضوع که از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۱ منتشر شده اند، افسردگی با سطوح بالاتر شدت درد همراه بوده و به عنوان عامل خطر بالقوه‌ی ناتوانی شناسایی شده است (۱۲). همراهی افسردگی و سرطان باعث مشکلات مضاعف برای بیماران می گردد. از آنجایی که افسردگی در درجات بالاتر باعث عواقب جبران ناپذیری می شود، با تشخیص بیماران سرطانی دارای افسردگی و درمان آنها با روشهای مختلف (دارودرمانی- روان درمانی- شناخت درمانی و غیره) می‌توان میزان شدت درد را در این افراد کاهش داد. با توجه به افزایش روز افزون بروز بسیای از سرطان‌ها و مشکلات فراوان این بیماران از جمله مشکلات روانی و افسردگی، این پژوهش به منظور تعیین رابطه شدت احساس درد با شدت افسردگی در بیماران سرطانی و ارایه راهکارهای مناسب مدیریت درد انجام شد.

روش کار

این مطالعه یک نوع مطالعه مقطعی- توصیفی و تحلیلی است که به صورت نمونه گیری آسان بر روی ۱۰۹ فرد مبتلا به سرطان مراجعه کننده به بخش آنکولوژی بیمارستان شهید باهنر کرمان در شش ماهه نخست سال ۱۳۹۲ انجام شد. معیار ورود به این مطالعه بر اساس تشخیص قطعی سرطان در این بیمارستان بود که توسط پزشکان متخصص یا فوق تخصص در رشته‌های مختلف، بر اساس آزمایش‌های تشخیصی، از جمله پاتولوژی، بیومارکرها، طب هسته ای و بیوشیمی داده شده بود. در زمان تحقیق بیماران جهت شیمی درمانی، رادیوتراپی و یا هر دو مراجعه داشتند. معیار عدم ورود به مطالعه افرادی بودند که سابقه مصرف داروهای ضد افسردگی را داشتند. ابزار گرد آوری اطلاعات یک پرسشنامه سه قسمتی شامل: اطلاعات دموگرافیک (سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل و وضعیت شغلی)، آزمون افسردگی بک و آزمون بصری درد بود. آزمون افسردگی بک، شامل ۲۱ عبارت چهار گزینه ای است و بر اساس پاسخ نمرات (۰، ۱، ۲، ۳) امتیاز دهی می‌شود، که در نهایت امکان کسب نمره از (۰-۶۳) است. نمره (۰-۱۰) عدم افسردگی، (۱۱-۱۶) افسردگی خفیف، (۱۷-۲۰) نیاز به مشاوره و (۲۱-۳۰) افسردگی متوسط، (۳۱-۴۰) افسردگی شدید و (۴۱-۶۳) افسردگی خیلی شدید می‌باشد. روایی و پایایی این آزمون در تحقیقی توسط کاویانی و موسوی با مقدار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۲ در ایران تایید شده است (۱۳).

پرسشنامه بصری درد، یک پرسشنامه قابل قبول برای محققین بالینی می‌باشد که با آن می‌توان محدوده وسیعی از دردهای کلینیکی را بررسی کرد. این ابزار شامل یک خط کش ۱۰ سانتی متری است که به صورت طولی بین (۰-۱۰) گسترده شده است. عدد صفر بیانگر بدون درد و عدد ۱۰ درد غیر قابل تحمل می‌باشد. رضوانی و همکاران (۱۳۹۱) با محاسبه ضریب همبستگی این ابزار با پرسشنامه مک گیل ($r = ۰/۸۶$) آن را برای اندازه گیری درد مناسب اعلام نمودند (۱۴) از بیماران خواسته می‌شود تا میزان درد خود را در این خط کش علامت بزنند. عدد (۰-۳) بیانگر درد خفیف، عدد (۴-۷) درد متوسط و عدد (۷-۱۰) بیانگر درد شدید است.

بعد از نمره گذاری پرسشنامه‌ها و مشخص کردن نمرات آزمودنی‌ها، اعمال مربوط به مرتب و خلاصه کردن داده‌ها با استفاده از تکنیک‌های آمار توصیفی و نرم افزار آماری SPSS 18 انجام شد. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات در این پژوهش، ابتدا با استفاده از شاخص‌های توصیفی، اطلاعات توصیفی متغیرهای مورد مطالعه اعم از میانگین و انحراف معیار مشخص گردید. در راستای اجرای این امر، از جداول و نمودارها نیز استفاده شد. در مرحله بعد به منظور آزمون فرضیه‌های پژوهش از آزمون همبستگی پیرسون، t مستقل و کای مربع استفاده گردید.

جهت تعیین رابطه افسردگی در بیماران سرطانی با متغیرهای جنسیت، وضعیت شغل، وضعیت تاهل، سن و میزان تحصیلات از آزمون رگرسیون چندگانه به روش گام به گام برای ورود متغیرهای در مدل رگرسیون استفاده شد.

ملاحظات اخلاقی: این پژوهش پس از تایید در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمان (IR.KMU.REC.1398.277) و دریافت اجازه نمونه گیری از رئیس بیمارستان شهید باهنر کرمان انجام شد. نمونه گیری پس از بیان اهداف پژوهش و اطمینان دادن به مشارکت کنندگان از محرمانه بودن نام آنان از بین کسانی که تمایل به شرکت در مطالعه را داشتند، پس از دریافت رضایت نامه کتبی آگاهانه انجام شد.

یافته ها

۱۰۹ بیمار وارد مطالعه شدند که فراوانی و درصد فراوانی متغییر های دموگرافیک آنها در (جدول ۱) ارائه شده است.

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

جدول ۱: توزیع فراوانی و درصد فراوانی متغیرهای دموگرافیک بیماران تحت مطالعه

عنوان متغیر	فراوانی	درصد فراوانی
جنسیت		
مرد	۳۵	۳۲/۱
زن	۷۴	۶۷/۹
وضعیت تاهل		
مجرد	۱۶	۱۴/۷
متاهل	۹۳	۸۵/۳
وضعیت اشتغال		
خانه دار	۵۰	۴۵/۹
کارمند	۱۳	۱۱/۹
آزاد	۱۹	۱۷/۴
بازنشسته	۲۱	۱۹/۳
بیکار	۶	۵/۵
تحصیلات		
بی سواد	۲۱	۱۹/۳
زیر دیپلم و دیپلم	۴۱	۳۷/۶
فوق دیپلم	۳۶	۳۳
لیسانس و بالاتر	۱۱	۱۰/۱
کل	۱۰۹	۱۰۰
سن افراد تحت مطالعه		
≤۲۵	۷/۳	۸
۴۵- ۲۶	۳۸/۵	۴۲
≥۴۶	۵۴/۱	۵۹

نمره متغیر افسردگی از طریق محاسبه جمع نمره های ۲۱ سؤال پرسشنامه افسردگی حاصل شده است از بین ۱۰۹ بیمار مورد بررسی، ۲۵ نفر (۲۲/۹ درصد) طبیعی، ۳۱ نفر (۲۸/۴ درصد) افسردگی خفیف، ۱۴ نفر (۱۲/۸ درصد) متوسط، ۳۲ نفر (۲۹/۴ درصد) شدید و ۷ نفر (۶/۴ درصد) افسردگی خیلی شدید داشته اند که در (جدول ۲) نشان داده شده است.

جدول ۲: توزیع فراوانی وضعیت افسردگی بیماران

افسردگی	فراوانی	درصد فراوانی	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی	دامنه نمرات
طبیعی	۲۵	۲۲/۹	۱۸/۳۶	۱۰/۲۳	۰/۳۴	-۰/۸۵	۱ -۴۱
خفیف	۳۱	۲۸/۴					
متوسط	۱۴	۱۲/۸					
شدید	۳۲	۲۹/۴					
خیلی شدید	۷	۶/۴					
کل	۱۰۹	۱۰۰/۰					

همچنین از بین ۱۰۹ بیمار مورد بررسی، ۳۱ نفر (۲۸/۴ درصد) احساس درد کم، ۵۵ نفر (۵۰/۵ درصد) درد متوسط و ۲۳ نفر (۲۱/۱ درصد) درد زیاد، داشته اند که در (جدول ۳) به تفکیک نشان داده شده است.

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

جدول ۳: توزیع فراوانی وضعیت احساس درد بیماران

احساس درد	فراوانی	درصد فراوانی	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی	دامنه نمرات
کم	۳۱	۲۸/۴	۱۸/۳۶	۱۰/۲۳	۰/۳۴	-۰/۸۵	۱ -۴۱
متوسط	۵۵	۵۰/۵					
زیاد	۲۳	۲۱/۱					
کل	۱۰۹	۱۰۰/۰					

تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق آزمون پیرسون نشان میدهد که بین افسردگی و احساس درد (r=۰/۵۰۹) رابطه معنی داری وجود دارد (p= ۰/۰۰۱) بین جنسیت و افسردگی در بیماران سرطانی رابطه وجود دارد (p= ۰/۰۰۱) بین وضعیت شغل و افسردگی در بیماران سرطانی رابطه وجود دارد (p= ۰/۰۰۱). بین وضعیت تاهل و افسردگی در بیماران سرطانی رابطه وجود ندارد. تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق آزمون پیرسون نشان می دهد که بین سن و افسردگی (r=+۰/۰۰۵) رابطه معنی داری وجود ندارد (p=۰/۹۶) افسردگی در بیماران سرطانی با توجه به میزان تحصیلات آنها تفاوت دارد (p=۰/۰۲۸) احساس درد در بیماران سرطان با توجه به شغل آنها تفاوت دارد (p=۰/۰۰۳).

جهت پیش بینی احساس درد در بیماران سرطانی از روی جنسیت، وضعیت شغل، وضعیت تاهل، سن و میزان تحصیلات آنها از رگرسیون چندگانه با روش گام به گام برای ورود متغیرهای در مدل رگرسیون استفاده شد همانطور که در جدول می‌بینید تنها متغیر تحصیلات به عنوان عامل کاهش دهنده شناسایی شده است.

گام	متغیر	R	R^2	ضریب غیر استاندارد مقدار B	ضریب استاندارد مقدار β	مقدار T	سطح معنی داری
اول	جنسیت	۰/۰۵۷	۰/۰۰۳	-۰/۳۸۹	-۰/۰۵۷	- ۰/۵۸۸	۰/۵۸۸
دوم	جنسیت	۰/۰۵۷	۰/۰۰۳	-۰/۴۰۰	-۰/۰۵۸	- ۰/۵۱۴	۰/۶۰۸
	وضعیت شغل			-۰/۰۰۷	-۰/۰۰۳	-۰/۰۲۶	۰/۹۷۹
سوم	جنسیت	۰/۰۶۷	۰/۰۰۴	-۰/۳۸۳	- ۰/۰۵۶	-۰/۴۹۰	۰/۶۲۵
	وضعیت شغل			۰/۰۱۲	۰/۰۰۵	۰/۰۴۳	۰/۹۶۶
	وضعیت تاهل			۰/۳۲۴	۰/۰۳۶	۰/۳۶۰	۰/۷۲۰
چهارم	جنسیت	۰/۱۷۹	۰/۰۳۲	-۰/۲۴۸	-۰/۰۳۶	-۰/۳۱۸	۰/۷۵۱
	وضعیت شغل			-۰/۰۴۶	- ۰/۰۱۹	-۰/۱۶۷	۰/۸۶۸
	وضعیت تاهل			-۰/۴۹۷	-۰/۰۵۵	-۰/۴۹۲	۰/۶۲۴
	سن			۰/۰۴۳	۰/۱۹۰	۱/۷۱۸	۰/۰۸۹
پنجم	جنسیت	۰/۳۱۸	۰/۱۰۱	۰/۰۸۰	۰/۰۱۲	۰/۱۰۵	۰/۹۱۷
	وضعیت شغل			۰/۱۰۳	۰/۰۴۳	۰/۳۷۹	۰/۷۰۵
	وضعیت تاهل			- ۰/۵۴۶	-۰/۰۶۰	-۰/۵۵۸	۰/۵۸۷
	سن			۰/۰۱۸	۰/۰۸۲	۰/۷۱۶	۰/۴۷۶
	میزان تحصیلات			-۱/۰۳۶	-۰/۲۹۱	-۲/۸۱۲	۰/۰۰۶

بحث

در این مطالعه نشان داده شد که بین افسردگی و احساس درد رابطه معنی داری وجود دارد که با مطالعات دیگری که به بررسی ارتباط میان درد و افسردگی پرداخته‌اند، همسو می‌باشد (۱۵-۱۶). مشابه بودن نتایج مطالعه حاضر با مطالعاتی که در محیطهای متفاوت انجام شده است، نشان می دهد این ارتباط پدیده ای عمومی است. این مشابهت با نظریه کنترل ملزاک و کی‌سی (۱۹۶۸) قابل توضیح است؛ به این صورت که هر سه نظام مربوط به فرایند تحریک گیرنده‌های حساس به درد، حسی- افتراقی،

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

هیجانی- عاطفی و شناختی- قضاوتی، در تجربه ذهنی درد نقش دارند. این نظریه همچنین بر مکانیسم‌های سیستم عصبی مرکزی تاکید دارد و برای نقش عوامل روانشناختی در درد مزمن، مبنای فیزیولوژیک قائل می‌شود. این مدل یکپارچگی محرک‌های پیرامونی با متغیرهای قشری، مثل اضطراب و خلق را در ادراک توصیف می‌کند. مدل فوق این نظریه را که درد یا منشا جسمانی دارد یا روانی، نقص می‌کند، در عوض فرض را بر آن می‌گذارد که هر دو عامل دارای اثرات ایجاد کننده یا واسطه ای در ادراک درد هستند. بر طبق این نظریه، اضطراب و افسردگی، شرایطی هستند که دروازه را باز می‌کنند و عواطف مثبت و انحراف حواس، باعث بسته شدن دروازه می‌شوند. مثبت بودن رابطه بین افسردگی و احساس درد به این معناست که عوامل روانشناختی در ادراک درد موثر است. همچنین نشانه آن است که با کاهش افسردگی علائم درد نیز کاهش یافته و با افزایش افسردگی، شدت درد نیز افزایش می‌یابد (۱۶). ارتباط معنی‌دار درد و افسردگی در مبتلایان به سرطان ضرورت تسکین درد در این افراد را مطرح می‌سازد.

در این پژوهش، بین جنسیت و افسردگی در بیماران سرطانی رابطه معناداری وجود ندارد. اگر چه این یافته با برخی مطالعات انجام شده در این زمینه همسو می‌باشد (۱۸-۱۷)، اما مطالعه با پود و همکاران (۲۰۱۱) غیر همسو می باشد چنانکه نتایج مطالعه یاد شده افسردگی در زنان شدت درد را پیش بینی می‌کرد. این تفاوت بین مطالعات مذکور با نوع سرطان، مرحله بیماری و حتی به دلیل تفاوت فرهنگی بین زنان و مردان مبتلا به سرطان مرتبط می‌باشد (۱۹).

در این پژوهش بین افسردگی با وضعیت شغلی رابطه معناداری وجود دارد. در پژوهش‌های راستون و همکاران (۲۰۰۳)، رابطه معناداری وجود داشت (۱۷)، که با نتایج این تحقیق هماهنگ می‌باشد. اما با نتایج مطالعه‌ی موسی رضایی و همکاران (۲۰۱۴) و تقوی و همکاران (۲۰۱۱) رابطه معناداری بین افسردگی با وضعیت شغلی مشاهده نشد (۲۱-۲۰)، که با نتایج این پژوهش ناهماهنگ می‌باشد. معمولا افراد سرطانی فعال که در حال کار و تحصیل می باشند به دلیل سرگرمی و مشغله روزانه و تعامل بیشتر با دیگران نسبت به افراد سرطانی ناتوان، کمتر به بیماری فکر کرده و مشکلات جسمی کمتری دارند و درنتیجه میزان افسردگی آنها با هم تفاوت دارد (۱۸).

افسردگی در بیماران سرطانی با توجه به وضعیت تاهل آنها تفاوت ندارد. در پژوهش‌های موسی رضایی و همکاران (۲۰۱۴) و تقوی و همکاران (۲۰۱۱) نیز همسو با مطالعه حاضر رابطه معناداری مشاهده نشد (۲۱-۲۰). اما در پژوهش رجبی زاده و همکاران (۲۰۰۵) رابطه معناداری وجود داشت که با نتایج این پژوهش هماهنگ نیست (۲۲). وضعیت تأهل و تفاوت های جنسیتی پاسخ‌های عاطفی و رفتاری متفاوتی را در مدیریت یک بیماری مزمن نشان می دهد. بنابراین ارتباط بین افسردگی و وضعیت تأهل در بیماران سرطانی چند عاملی است و علت تفاوت مطالعات متعدد در این زمینه نیز ممکن است به این موضوع مربوط باشد (۱۸). در این پژوهش رابطه معناداری بین افسردگی با سن مشاهده نشد همچنین در مطالعه ملکیان و همکاران (۲۰۰۷) رابطه معناداری نیافتند (۱۸) که با این مطالعه هماهنگ می‌باشد. اما در مطالعه فخری و همکاران (۲۰۱۲) ارتباط آماری معنادار و معکوسی بین افسردگی و سن مشاهده کردند (۲۳) و نتایج مطالعه رجبی زاده و همکاران (۲۰۰۵) نیز سن بالای ۴۵ سال را عاملی در پیش بینی افسردگی عنوان کرد، که با نتایج این تحقیق هماهنگ نیست (۲۲). این تفاوت در مطالعات بین سن و افسردگی در بیماران سرطانی احتمالاً ناشی از مرحله بیماری، وضعیت ناتوانی ناشی از بیماری می‌باشد.

در این تحقیق افسردگی در بیماران سرطانی با توجه به میزان تحصیلات آنها تفاوت دارد. در تحقیقات رجبی زاده و همکاران (۲۰۰۵) و تقوی و همکاران (۲۰۱۱) سطح تحصیلات پیش بینی کننده افسردگی بود، که با پژوهش حاضر هماهنگ می‌باشد. اما در پژوهش موسی رضایی و همکاران (۲۰۱۴) رابطه معناداری مشاهده نشد، که با نتایج این تحقیق هماهنگ نیست. احتمالا افراد با تحصیلات بیشتر به علت حضور بیشتر در اجتماع، کسب اطلاعات در مورد نحوه برخورد و کنارآمدن با بیماری بهتر بتوانند افسردگی خود را کنترل کنند و این موضوع به فاکتورهای متعدد دیگر هم می تواند ربط داشته باشد و همین موضوع چند عاملی بودن افسردگی شاید به دلیل تفاوت بین مطالعه رضایی با مطالعه ما و برخی مطالعات دیگر باشد. در این پژوهش رابطه معناداری بین احساس درد با سن مشاهده نشد. که با دیگر پژوهش‌های انجام شده در این زمینه همسو می‌باشد (۱۷، ۱۹).

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

نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف شناخت رابطه افسردگی با احساس درد در بیماران سرطانی انجام شد. بی شک مشخص شدن این رابطه به پزشکان بخش آنکولوژی کمک خواهد کرد که در بهبود وضعیت روحی این بیماران دقت بیشتری نشان دهند. با توجه به اینکه افسردگی بالا در این بیماران رابطه مستقیم با احساس درد آنان دارد و درد نیز باعث مشکلات فردی، خانوادگی و اجتماعی آنان می‌گردد، توجه ویژه به این بعد باعث بهبود وضعیت بیماران خواهد شد.

تقدیر و تشکر: از کلیه شرکت کنندگان در پژوهش حاضر که با پاسخ دهی به پرسشنامه ها، پژوهشگران را در رسیدن به اهداف پژوهش یاری کردند تشکر می شود.

تضاد منافع

پژوهش حاضر هیچگونه تعارض و منافع برای نویسندگان نداشته است.

Refrences

1. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2018. Global cancer observatory [Internet] [cited 2019 Jan 23]. Available from: https://gco.iarc.fr/ [Google Scholar]
2. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2018;68:394-424. https://doi.org/10.3322/caac.21492
3. Matsushita T ،Matsushima E ،Maruyama M. Psychological state, quality of life, and coping style in patients with digestive cancer. General hospital psychiatry, 2005, 27.2: 125-132. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2004.10.006
4. Mahdavi A ،Taghizadeh ME ،Esazadeh S ،Salehi S ،Darabi R ،Rafigh P. Relationship between depression and perceived stress with marital satisfaction in individuals suffering cancer and cardiovascular diseases. Advances in Natural and Applied Sciences. 2015;9(2):9-5.
5. Mardanian-Dehkordi L, Kahangi L. The relationship between perception of social support and fatigue in patients with cancer. Iranian J Nursing Midwifery Res 2018; 23 (4)14-19. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_63_17
6. Sparks L ،Villagran MM ،Parker-Raley J، Cunningham CB. A patient-centered approach to breaking bad news: Communication guidelines for health care providers. Journal of Applied Communication Research. 2007; 35(2): -96-177. https://doi.org/10.1080/00909880701262997
7. Crombie IK ،Oakley-Davies HT. Requirements for epidemiological studies. In:IK Crombie PR، Croft SJ ،Linton L ،LeResche M ،Von Korff M Eds. Epidemiology of Pain. Seattle: IASP Press; 1999:17-24.
8. Turk DC ،Monarch ES. Biopsychosocial perspective on chronic pain. Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook. 1996:2.
9. Kessler RC ،Berglund P ،Demler O ،Jin R ،Koretz D ،Merikangas KR ،Rush AJ، Walters EE ،Wang PS. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). Jama, 2003, 289.23: 3095-3105. https://doi.org/10.1001/jama.289.23.3095
10. Currie SR ،Wang J. Chronic back pain and major depression in the general Canadian population. Pain. 2004, 107.1-2: 54-60. https://doi.org/10.1016/j.pain.2003.09.015
11. Vowles KE ،Gross RT ،Sorrell JT. Predicting work status following interdisciplinary treatment for chronic pain. European Journal of Pain. 2004, 8.4: 351-358 https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2003.10.009
12. Linton SJ ،Bergbom S. Understanding the link between depression and pain. Scandinavian Journal of Pain. 2011, 2.2: 47-54. https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2011.01.005
13. Kaviani, H., & Mousavi, A. S. (2008). Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). Tehran University Medical Journal, 66 (2), 136-140.
14. Rezvani Amin M, Siratinayer M, Abadi A, Moradyan T. Correlation between Visual Analogue Scale and Short form of McGill Questionnaire in Patients with Chronic Low Back Pain. Qom Univ Med Sci J. 2012; 6 (1):31-34.
15. Mystakidou K ،Tsilika E ،Parpa E ،Pathiaki M، Patiraki E ،Galanos A ،Vlahos L. Exploring the relationships between depression ،hopelessness، cognitive status ،pain ،and spirituality in

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

patients with advanced cancer. Archives of psychiatric nursing. 2007, 21.3: 150-161 https://doi.org/10.1016/j.apnu.2007.02.002

16. Melzack R, Casey KL. Sensory, motivational, and central control determinants of pain: a new conceptual model. The skin senses. 1968;1:423-43.
17. 17- Rustøen T ،Fosså SD ،Skarstein J ،Moum T. The impact of demographic and disease-specific variables on pain in cancer patients. Journal of pain and symptom management. 2003, 26.2: 696-704. https://doi.org/10.1016/S0885-3924(03)00239-2
18. Malekian A, Alizadeh A, Ahmadzadeh GH. Anxiety and Depression in Cancer Patients. J Res Behavior Sci. 2007; 5:115-118.
19. Pud D. Gender differences in predicting quality of life in cancer patients with pain. European Journal of Oncology Nursing, 2011, 15.5: 486-491 https://doi.org/10.1016/j.ejon.2010.12.005
20. Rezaei M, Qasemi Tamq, Georgian M. Evaluation of depression and anxiety among breast cancer patients referred to Isfahan Cancer Hospital. Health system research. 2014: 39-48.
21. Taghavi M, Kalafi E, Talei A, Dehbozorgi G, Taghavi SMA. Investigating the Relation of Depression and Religious Coping and Social Support in Women with Breast Cancer. Journal of Isfahan Medical School. 2011;28:115.
22. Rajabizadeh, G., Mansoori, S., Shakibi, M., Ramazani, M. Determination of Factors Related to Depression in Cancer Patients of the Oncology Ward in Kerman. Journal of Kerman University of Medical Sciences, 2005; 12(2): 142-147.
23. Fakhri A, Pakseresht S, Haghdoost MR, Talaiezadeh AH, Rashidizad D. Evaluation of the Relationship between Social Support and Depression in the Patients with Breast Cancer in Ahvaz Educational Hospitals. Jundishapur Scientific Medical Journal, 11(2), 223-228.

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