افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان

آزاده ملکیان*، احمد علی‌زاده، غلامحسین احمدزاده

چکیده

مقدمه: افسردگی و اضطراب بر وضعیت عملکرد، کیفیت زندگی، مدت بستری و حتی نتیجه درمانی بیماران مبتلا به سرطان تأثیر منفی دارد و ارزیابی و درمان این دو اختلال در این بیماران حایز اهمیت است. این پژوهش با هدف ارزیابی افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان در بیمارستان حضرت سیدالشهداء (ع) اصفهان انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه توصیفی- تحلیلی مقطعی به منظور ارزیابی اضطراب و افسردگی در ۱۷۳ بیمار بستری مبتلا به سرطان در بیمارستان حضرت سیدالشهدای اصفهان در سال ۱۳۸۴ انجام شد. برای ارزیابی افسردگی و اضطراب به ترتیب از آزمون افسردگی بک (BDI) و آزمون خودسنجی اضطراب زونگ استفاده شد. یافته‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون مجذور کای تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: شیوع اضطراب و افسردگی در این بیماران به ترتیب ۱۸/۵ درصد و ۳۲/۹ درصد بود. اضطراب در زنان و در گروه سنی ۵۰ تا ۶۵ ساله شیوع بالاتری داشت. بین سن یا جنس با افسردگی ارتباطی مشاهده نگردید.

نتیجه‌گیری: فراوانی اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان نسبتاً بالاست، و لازم است متخصصین نسبت به تشخیص و درمان این اختلالات همراه، توجه فراوان مبذول دارند.

کلیدواژه‌ها: افسردگی، اضطراب، سرطان.

مقدمه

هر چند امروزه تشخیص سرطان دیگر معادل مرگ حتمی و قریب‌الوقوع محسوب نمی‌شود، بسیاری از مطالعات در کشورهای غربی و برخی کشورهای آسیایی نشان داده است که چنین تشخیصی موجب بروز مشکلات هیجانی و عاطفی عمیقی در بیمار و خانواده وی می‌شود(۱-۳).

برخی از دلایل بروز این مشکلات، معانی ضمنی این تشخیص در ذهن بیمار و خانواده او، از قبیل احتمال بدشکلی، درد، فقدانهای مالی و اجتماعی، وابستگی، از هم گسیختگی ساختار خانواده، مرگ و فرایند مردن و نیز رویداد واقعی برخی از این پدیده‌ها در زندگی بیماران است(۴). مطالعات نشان داده است که بین ۵۰ تا ۸۵ درصد از بیماران مبتلا به سرطان، بطور همزمان از یک اختلال روانپزشکی رنج می‌برند(۵،۱-۸).

فراوان‌ترین اختلال روانپزشکی در این بیماران، طبق مطالعات، اختلال انطباق دارای زیر گروه‌های عاطفی از قبیل اختلال انطباق همراه با اضطراب، همراه با افسردگی و همراه با اضطراب و افسردگی توأم است. دومین تشخیص روانپزشکی شایع در این بیماران، اختلال افسردگی اساسی بوده است(۹،۶،۵،۱). سایر مطالعات نیز نشان داده‌اند که دو علامت و شکایت اصلی گریبانگیر بیماران مبتلا به سرطان، افسردگی و اضطراب بوده است(۹،۳،۲-۱۱).

هرچند مطالعات گسترده‌ای در سراسر جهان به بررسی شیوع افسردگی و اضطراب در این بیماران پرداخته‌اند، ولی در ایران مطالعات زیادی در این زمینه صورت نگرفته است. با توجه به این که عوامل فرهنگی متعددی از قبیل عقاید مذهبی و باورهای معنوی می‌تواند با شیوع

آدرس مکاتبه: دکتر آزاده ملکیان (روانپزشک)، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، بیمارستان نور و حضرت علی اصغر (ع)، خیابان هشت بهشت، اصفهان. malekian@med.mui.ac.ir
دکتر احمد علی‌زاده، پزشک عمومی؛ دکتر غلامحسین احمدزاده، دانشیار گروه روانپزشکی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

اعلام وصول: ۸۶/۹/۱۰، اصلاح نهایی: ۸۶/۱۰/۱۵ و پذیرش: ۸۶/۱۰/۱۵

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1386.5.2.7.8]

اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان رابطه معکوس داشته باشد(۱۳،۱۲،۳)، می‌توان تفاوتهایی را در میزان بروز این مشکلات در جمعیت ایرانی مبتلا به سرطان و نیز در بیماران اصفهانی مبتلا به سرطان انتظار داشت.

با توجه به اهمیت و تأثیر اضطراب و افسردگی و درمان آن دو در سیر بیماری سرطان، بازده درمان و کیفیت زندگی بیماران(۱۴-۱۸)، این مطالعه به ارزیابی شیوع اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان بستری شده در بیمارستان تخصصی سرطان در شهرستان اصفهان و نیز بررسی برخی از فاکتورهای مرتبط با شیوع این دو اختلال به عنوان اولین گام در راه توجه بالینی به مشکلات روان شناختی مرتبط با سرطان پرداخته است.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه توصیفی- تحلیلی مقطعی، ۱۷۳ بیمار بستری در مرکز تخصصی درمان سرطان بیمارستان حضرت سیدالشهداء (ع) در زمستان سال ۱۳۸۴ در مطالعه شرکت داده شدند. بیمارانی که سابقه‌ای از اختلال روانپزشکی و سوء مصرف یا وابستگی به مواد داشتند، از شرکت در مطالعه مستثنا شدند. فرم رضایت‌نامه آگاهانه از تمام بیماران جمع‌آوری شد. مطالعه به تصویب کمیته اخلاقی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان رسید.

برای ارزیابی افسردگی از آزمون افسردگی بک (BDI) استفاده شد. این آزمون حاوی ۲۱ پرسش خودسنجی است که هر یک شامل چهار جمله توصیف‌کننده سطوح شدت افسردگی است و نمره کلی آزمون بین صفر تا ۸۴ است، و افسردگی بر اساس نمره آزمون به درجات ناچیز، خفیف، متوسط و شدید تقسیم‌بندی می‌شود. این ابزار به دلیل خودگزارش بودن برای غربالگری افسردگی اساسی در بیماران طبی مناسب و از حساسیت و اعتبار مطلوبی برخوردار است(۱۹-۲۱).

برای ارزیابی اضطراب، آزمون خودسنجی اضطراب زونگ به کار گرفته شد که آزمونی ۲۰ سؤالی است و هر سؤال از یک تا چهار نمره دارد و ظرف ۵ تا ۱۰ دقیقه قابل تکمیل است و حساسیت و اعتبار بالایی دارد(۲۳،۲۲).

اطلاعات شخصی دموگرافیک شامل جنس، سن، نوع بدخیمی، طول مدت درمان و پروتکل درمانی نیز از طریق پرسشنامه‌ای مجزا جمع‌آوری گردید. مقادیر به دست آمده به صورت فراوانی و درصد ارائه شده است. برای تجزیه و تحلیل آماری از آزمون مجذورکای تحت نرم‌افزار SPSS-11 استفاده شد.

یافته‌ها

از ۱۷۳ بیمار مورد مطالعه، ۵۷ نفر (۳۳/۹ درصد) واجد معیارهای افسردگی بالینی بودند. فراوانی نسبی افسردگی خفیف، متوسط و شدید به ترتیب ۲۲/۵ درصد، ۲۲/۵ درصد و ۱۴/۵ درصد بود. افسردگی در زنان و در گروه سنی ۵۰ تا ۶۵ ساله شیوع بالاتری داشت (جدول۱)، ولی این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود.

فراوانی نسبی افسردگی در انواع مختلف بدخیمی و پروتکل‌های درمانی متفاوت، تفاوت معناداری نداشت. ارتباط مستقیمی بین شیوع افسردگی و مدت درمان مشاهده شد (جدول ۱) که البته از نظر آماری معنادار نبود. سی و دو نفر از بیماران (۱۸/۵ درصد) واجد معیارهای اضطراب بالینی بودند.

بالاترین نرخ شیوع اضطراب با تفاوتی معنادار در بیماران گروه سنی ۵۰ تا ۶۵ ساله دیده شد ($P<0/05$). هم افسردگی و هم اضطراب در زنان شیوع بالاتری داشت ($P<0/05$). بین نوع بدخیمی، نوع پروتکل درمانی و مدت درمان با فراوانی اضطراب همبستگی مشاهده نشد (جدول ۱).

بحث و نتیجه‌گیری

فراوانی بیشتر بالای افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان در مطالعه حاضر (به ترتیب ۳۲/۹ و ۱۸/۵ درصد) با مطالعات سایر کشورها در بیماران بستری مبتلا به سرطان هماهنگی دارد(۹،۶،۵،۱). در چندین مطالعه مشکلات وخیم مربوط به اضطراب و افسردگی در بیماران جسمی و نیز اختصاصاً در مبتلایان به سرطان ارزیابی شده است. این مشکلات نه تنها بر وضعیت روان-شناختی خانواده، بلکه بر کیفیت زندگی بیمار، نرخ اقدام به خودکشی و خودکشی موفق، طولانی شدن مدت بستری و حتی طول عمر بیمار تأثیر می‌گذارند(۲۶-۲۴،۱۵،۱۱).

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1386.5.2.7.8]

جدول ۱: توزیع فراوانی افسردگی و اضطراب بر حسب متغیرهای زمینه‌ای

	افسردگی	اضطراب	جمع کل
سن (سال)			
کمتر از ۲۰	۴(۱۸/۲)	۱(۴/۵)	۲۲(۱۲/۷)
۲۱-۳۵	۹(۲۸/۰)	۶(۱۸/۷)	۳۲(۱۸/۵)
۳۶-۵۰	۱۳(۲۸/۳)	۵(۱۲/۹)	۴۶(۲۶/۶)
۵۱-۶۵	۲۲(۰۵/۰)	۱۵(۳۴/۱)	۴۴(۲۵/۴)
بیشتر از ۶۵	۹(۳۱/۰)	۵(۱۷/۲)	۲۹(۱۶/۸)
جنس			
مرد	۳۷(۲۸/۴)	۱۲(۱۲/۶)	۹۵(۵۴/۹)
زن	۳۰(۳۸/۵)	۲۰(۲۵/۶)	۷۸(۴۵/۱)
نوع بدخیمی			
خونی	۱۶(۳۲/۰)	۹(۱۸/۰)	۵۰(۲۸/۹)
پستان	۹(۰۳/۰)	۸(۲۶/۷)	۳۰(۱۷/۳)
استخوان	۵(۳۳/۳)	۲(۱۲/۳)	۱۵(۸/۷)
معدی- رودی	۷(۳۱/۸)	۴(۱۸/۳)	۲۲(۱۲/۷)
مغزی	۴(۲۵/۰)	۰(۰)	۱۶(۹/۲)
ادراری- تناسلی	۱۱(۳۹/۳)	۷(۲۵/۰)	۲۸(۱۶/۲)
سایر	۵(۴۱/۷)	۲(۱۶/۷)	۱۲(۶/۹)
پروتکل درمانی			
شیمی- درمانی	۱۲(۳۲/۴)	۷(۱۸/۹)	۳۷(۲۱/۴)
رادیوتراپی	۸(۴۴/۴)	۳(۱۶/۷)	۱۸(۱۰/۴)
شیمی درمانی + جراحی	۵(۲۵/۰)	۳(۱۵/۰)	۲۰(۱۱/۶)
شیمی درمانی- رادیوتراپی- جراحی	۲۲(۳۳/۳)	۱۲(۱۹/۷)	۶۶(۳۸/۲)
مدت درمان (ماه)			
۰-۳	۱۳(۲۴/۵)	۱۰(۱۸/۹)	۵۳(۳۰/۶)
۴-۶	۱۱(۳۳/۳)	۷(۲۱/۲)	۳۳(۱۹/۱)
۷-۱۲	۱۲(۳۰/۸)	۸(۱۷/۹)	۳۹(۲۲/۵)
۱۳-۲۴	۶(۴۰/۰)	۳(۲۰/۰)	۱۵(۸/۷)
بالاتر از ۲۴	۱۵(۴۵/۵)	۵(۱۵/۲)	۳۳(۱۹/۱)

از سوی دیگر، گزارش شده که افسردگی در درصد بالایی از بیماران مبتلا به سرطان ناشناخته باقی می‌ماند(۲۷). درمان افسردگی و اضطراب، بویژه درمان دارویی، در بیماران مبتلا به سرطان مؤثر شناخته شده است(۲۵،۲۰). بنابراین، ارزیابی زودرس و تشخیص به موقع افسردگی و اضطراب باید در سرویس‌های انکولوژی در ایران مورد تأکید قرار گیرد و آموزش داده شود.

یافته شیوع بالاتر اضطراب در بین زنان و در گروه سنی میان‌سال نیز با سایر مطالعات همخوانی دارد(۱۱،۱۰) و بیانگر لزوم توجه ویژه به این گروه‌های آسیب‌پذیر و نیز طراحی مطالعات تخصص یافته‌تر در این زمینه است. بر خلاف مطالعات پیشین(۱۷،۱۰،۵،۳) در این مطالعه همبستگی معناداری بین شیوع افسردگی و اضطراب با نوع بدخیمی، پروتکل درمانی و مدت درمان یافت نشد که

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1386.5.2.7.8]

مجدداً بیانگر لزوم طراحی مطالعات دقیق‌تر و متناسب‌تر در این حوزه‌هاست.

منابع

1- Akechi T, Nakano T, Okamura H, et al. Psychiatric disorders in cancer patients: descriptive analysis of 1721 psychiatric referrals at two Japanese cancer center hospitals. Jpn J Clin Oncol 2001; 31: 188-94.
2- Norton TR, Monne SL, Rubin S, et al. Prevalence and predictors of psychological distress among women with ovarian cancer. J Clin Oncol 2004; 22: 919-26.
3- Akechi T, Okuyama T, Akizuki N, et al. Course of psychological distress and its predictors in advanced non small-cell lung cancer patients. Psycho Oncology 2005; Sep: 20-27.
4- Vanderkieft GK. Breaking bad news. American Family Physician 2001; 64: 1975-8.
5- Pirl WF. Evidence report on the occurrence, assessment and treatment of depression in caner patients. J Natl Cancer Institute Monographs 2004; 32: 32-39.
6- Derogatis LR; Morrow GR, Fetting J, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA 1983; 24: 751-7.
7- Grassi L,Gritti P, Rigatelli M, et al. Paychosocial problems secondary to cancer: an Italian multicenter survey of consultation-liaison psychiatry in oncology. Eur J Can 2000; 36: 579-85.
8- Zabora J, Hofe B, Szok K, et al. The prevalence of psychological distress by cancer site. Psycho Oncology 2001; 10(0): 19-28.
9- Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. J Natl Cancer Inst Monographs 2004; 32: 57-71.
10- Maraste R, Brandt L, Olsson H, et al. Anxiety and depression in breast cancer patients at start of adjuvant radiotherapy: relations to age and type of surgery. Acta Oncol 1992; 31(6): 641-3.
11- Stark D, Kiely M, Smith A, et al. Anxiety disorders in cancer patients: their nature , association and relation to quality of life. J Clin Oncol 2002; 20(14): 3137-48.
12- Boscaglia N, Clarke DM, Jobing TW, et al. The contribution of spirituality and spiritual coping to anxiety and depression in women with a recent diagnosis of gynecological cancer. Int J Gynecol Cancer 2005; 15(5): 755-61.
13- Felring RH, Millen JF, Shaw C. Spiritual well being, religiosity, hope, depression and other mood states in elderly people coping with cancer. Oncol Nurs Forum 1994; 24(4): 663-77.
14- Soble RM, Markov D. The impact of anxiety and mood disorders in physical disease: the worried not-so-well. Curr Psychiatry Rep 2005 Jun; 7(3): 206-12.
15- Palmen JL, Fisch MJ. Association between symptom distress and survival in out-patients seen in a Palliative Care Cancer Center. J Pain Symptom Manage 2005 Jun; 29(6): 565-71.
16- Falles H, Sehmidt M. Prognostic value of depressive coping and depression in survival of lung cancer patients. Psycho Oncology 2004 May; 10(5): 356-63.
17- Yamawakis OM, Akechi T, et al. Psychiatric disorders following first breast cancer recurrence: prevalence, associated factors and relationship to quality of life. Jpn J Clin Oncol 2005; 35: 302-9.
18- Mystakibon KT, Silica E, Paspa E, et al. Assessment of anxiety and depression in advanced cancer patients and their relationship with quality of life. Qual Life Res 2005 Oct; 17(8): 1825-33.
19- Sadock Benjamin J, Sadock Virginia A. Comprehensive textbook of psychiatry. USA: Lippincott Williams and Wilkins. 2007.
20- Beck AT, Word CH, Mendelson M, et al. An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry 1967; 4: 561-71.
21- Beck AT, Stear RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty five years of evaluation. Clinical Psychology Review 1988; 8(1): 77-100.
22- Carell BJ. Validity of the Zung Self-rating Scale. B J Psychiatry 1978 Oct, 133: 376-80.
23- Fountonlakis KN, Lacovedes A, Samolis S, et al. Reliability, validity and psychometric properties of the Greek translation of the Zung self rating Scale. BMC Psychiatry 2001; 1-6.
24- Harrison J, Haddad P, Maguire P. The impact of cancer on key relatives: a comparison of relative and patient concerns. Eur J Cancer 1995; 31A: 1736-40.
25- Grassi L, Iudelli M, Marzola M, et al. Depressive symptoms and quality of life in bome-care-assisted cancer patients. J Pain Symp Manag 1996; 12: 300-7.
26- Akechi T, Okamura H, Kagaya A, et al. Suicidal ideation in cancer patients with major depression. Jpn J Clin Oncol 2000; 30: 221-4.
27- Passik SD, Dugan W, McDonald MV, et al. Oncologists, recognition of depression in their patients with cancer. J Clin Oncol 1998; 16: 1594-98.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1386.5.2.7.8]

Anxiety and Depression in Cancer Patients

Malekian A, Alizadeh A, Ahmadzadeh GH

Abstract

Introduction: As depression and anxiety can have profound negative effects on the functional status, quality of life, duration of hospitalization and even medical outcome of cancer patients, evaluation and treatment of these disorders are important.
Methods: This was a descriptive study to assess the prevalence of anxiety and depression in cancer patients hospitalized at Isfahan Sayyed-o-shohada hospital. A toal number of 173 hospitalized patients were enrolled. The Beck Depression Inventory (BDI) and Zung Self-rating Anxiety Scale (ZSAS) were applied to measure depression and anxiety respectively. Data were analyzed using chi-squar test running SPSS-ll soft-ware.
Findings: Prevalence of anxiety and depression was found to be 18.5% and 32.9% respectively. Anxiety had a higher prevalence among women ($P<0.05$). Patients in the age group of 50-65 years old had the highest rate of anxiety ($P<0.05$). Age or gender had no correlation with depression. Type of malignancy, duration of treatment and treatment method were not correlated with prevalence of depression and anxiety.
Discussion: Considering the relatively high prevalence of anxiety and depression among cancer patients, careful attention must be paid toward diagnosis and treatment of these morbidities.

Key words: Depression, Anxiety, Cancer.

Source: Journal of Research in Behavioural Sciences 2007; 5(2): 115-118.

Addresses:
Corresponding author: Dr Azadeh Malekian (Assistant Professor), Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences. Noor Hospital, Hasht Behesht St, Isfahan, IRAN.
E-mail: malekian@med.mui.ac.ir
Dr Ahmad Alizadeh, General Physician; Dr Gholamhosein Ahmadzadeh, Associate Professor of Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1386.5.2.7.8]