

شیوع اضطراب و افسردگی و عوامل تعیین کننده آن در مبتلایان به سرطان کولورکتال در بابل (۹۱-۱۳۸۶)

حسینعلی نیک بخت^۱، دکتر نیره امینی ثانی^{۲*}، دکتر سیدرضا حسینی^۳، دکتر محمد اصغری جعفرآبادی^۴، خدیجه آهوپی^۵

۱- کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران. ۲- استادیار، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران. ۳- متخصص پزشکی اجتماعی، دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران. ۴- دکتری آمار زیستی، دانشیار، مرکز تحقیقات پیشگیری از مصدومیت‌های ترافیکی جاده‌ای، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران. ۵- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، ساری، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: سرطان کولورکتال به‌طور قابل توجهی باعث ایجاد مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی است. این مطالعه به منظور تعیین شیوع اضطراب و افسردگی و عوامل تعیین کننده آن در مبتلایان به سرطان کولورکتال انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه مقطعی توصیفی تحلیلی، ۱۲۰ نفر (۷۵ مرد و ۴۵ زن) از مبتلایان به سرطان کولورکتال شناسایی شده در نظام ثبت سرطان بین سال‌های ۱۳۸۶-۱۳۹۱ در بابل بررسی شدند. برای دستیابی به اطلاعات این مطالعه پرسشنامه‌ای حاوی مشخصات دموگرافیک و بیماری به‌همراه پرسشنامه HADS (The Hospital Anxiety and Depression Scale) برای سنجش اضطراب و افسردگی در سال ۱۳۹۲ به صورت مصاحبه حضوری با بیماران در منازلشان تکمیل گردید.

یافته‌ها: میزان افسردگی و اضطراب در بیماران به ترتیب ۲۳/۴ درصد و ۳۰/۸ درصد تعیین شد. جنسیت زن، ساکن روستا بودن و داشتن بیماری همراه با ابتلا به افسردگی مرتبط بود و در این میان مکان زندگی به‌عنوان پیش‌بینی کننده مستقل شناسایی شد. شیوع افسردگی در ساکنین شهرها نسبت به ساکنین روستاها ۷۹ درصد کمتر بود ($P=0/009$ ، $OR=0/21$ ، $CI: 0/67-0/06$). همچنین جنسیت زن، ساکن روستا بودن، شاغل نبودن، داشتن بیماری‌های همراه، درآمد پایین و نداشتن تحصیلات با اضطراب مرتبط بود که در این میان فقط تحصیلات به‌عنوان پیش‌بینی کننده مستقل شناسایی شد ($P=0/015$ ، $OR=4/27$ ، $CI: 13/81-1/32$).

نتیجه‌گیری: شیوع اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال نسبتاً بالاست. بنابراین مداخلات در جهت افزایش آگاهی‌های لازم، توجه بیشتر به زنان و روستاییان و کنترل بیماری‌های دیگر توصیه می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: سرطان، کولورکتال، اضطراب، افسردگی

* نویسنده مسؤول: دکتر نیره امینی ثانی، پست الکترونیکی aminisani_n@hotmail.com

نشانی: تبریز، خیابان گلگشت، خیابان عطار نیشابوری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دانشکده بهداشت، گروه آمار و اپیدمیولوژی

تلفن: ۰۲۱-۳۳۳۵۷۵۸۰-۰۴۱، نمابر ۳۳۳۴۰۶۳۴

وصول مقاله: ۹۳/۸/۲۴، اصلاح نهایی: ۹۳/۱۰/۶، پذیرش مقاله: ۹۳/۱۰/۱۷

مقدمه

است (۳ و ۲). به‌طوری که در بین سرطان‌ها رتبه چهارم، در زنان رتبه دوم و در مردان رتبه پنجم را دارا است (۴). در مازندران این سرطان رتبه دوم را در بین زنان و رتبه چهارم را در مردان دارد (۴) و به‌طور قابل توجهی باعث ایجاد مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی می‌شود (۵). در ۲۰ سال گذشته تعداد بهبود یافتگان از سرطان افزایش یافته و در نتیجه این بقاء طولانی مدت باعث افزایش مشکلات روان در آنها خواهد شد (۶).

استرس، افسردگی‌های عمده و فقدان حمایت اجتماعی از عوامل خطرآفرین در رشد و پیشرفت سرطان است (۷). افسردگی و

سرطان‌ها از علل مهم ابتلا و مرگ و میر در دنیا هستند. در سال ۲۰۱۲ حدود ۱۴/۱ میلیون مورد از ابتلا و ۸/۲ میلیون مورد مرگ ناشی از سرطان در دنیا رخ داده است. سرطان کولورکتال سومین سرطان شایع دنیا با ۱/۴ میلیون مورد جدید در سال ۲۰۱۲ بوده است (۱). میزان بروز استاندارد شده سنی آن به ترتیب در مردان و زنان در دنیا ۲۰/۶ و ۱۴/۳ به ازای صدهزار نفر جمعیت است و در کشورهای توسعه یافته شایع‌تر از سایر نقاط دنیاست (۲ و ۱). در ایران سرطان کولورکتال یکی از شایع‌ترین سرطان‌های دستگاه گوارش

خروج از مطالعه بود. از ۲۳۷ نفر، ۹۶ نفر به دلیل فوت و ۵ نفر به علت مهاجرت از مطالعه خارج شدند. از ۱۳۶ بیمار باقیمانده، ۳ نفر به دلیل عدم همکاری و ۱۳ نفر به دلیل ناقص بودن آدرس و تلفن موجود در برگه‌های پاتولوژی در مطالعه وارد نشدند. در نهایت برای ۱۲۰ بیمار پرسشنامه‌ها تکمیل گردید. میزان مشارکت در این مطالعه ۸۸ درصد بود.

جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامه‌ای شامل اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه استاندارد روحی روانی HADS (The Hospital Anxiety and Depression Scale) انجام شد.

مقیاس اندازه‌گیری افسردگی و اضطراب بیمارستانی ابزاری است که به‌طور گسترده برای اندازه‌گیری دیسترس روحی روانی در بیماران دچار سرطان مورد استفاده قرار می‌گیرد (۱۶). این پرسشنامه دارای ۱۴ آیتم و دو زیرمقیاس؛ افسردگی (HADS-D) و اضطراب (HADS-A) بوده و هر پرسش دارای ۴ گزینه است. در این پرسشنامه حداکثر نمره برای افسردگی و اضطراب ۲۱ بود. به‌طوری که نمره صفر تا ۷ طبیعی، نمره ۸ تا ۱۰ حد مرزی و نمره ۱۱ و یا بیشتر از نظر عوارض روانی معنی‌دار تلقی می‌شود (۱۷). منتظری و همکاران رویایی و پایایی (ضریب آلفای کرونباخ در زیرمقیاس‌های افسردگی ۰/۸۶، زیرمقیاس‌های اضطراب ۰/۷۸) نسخه فارسی پرسشنامه را در بیماران دچار سرطان قابل قبول گزارش کردند (۱۸). در این مطالعه متغیر وابسته اضطراب و افسردگی و متغیرهای تعیین‌کننده شامل جنسیت، محل سکونت، وضعیت تأهل، سن، داشتن بیماری‌های همراه، وضعیت اقتصادی، سال‌های سپری شده بعد از تشخیص، تحصیلات و شاغل بودن به‌عنوان متغیرهای مستقل در نظر گرفته شد. جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه یک ساعته، با اجازه و هماهنگی قبلی با سرپرست و اعضای خانواده و با رعایت ملاحظات اخلاقی، شرح اهداف تحقیق و گرفتن رضایت‌نامه آگاهانه کتبی، توسط دو پرسشگر آموزش دیده و با تجربه برای بیماران انجام شد. در پایان مصاحبه آموزش و مشاوره‌های لازم به بیماران ارائه گردید.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-18 تجزیه و تحلیل شدند. برای نمایش آمار توصیفی متغیرهای کمی میانگین و انحراف معیار و برای متغیرهای کیفی نیز فراوانی و درصد گزارش گردید. برای بررسی جداگانه (اثرات خام) و همزمان (اثرات تطبیقی) متغیرهای پیش‌بینی‌کننده اضطراب و افسردگی (متغیرهای مستقل) با دیسترس‌های روحی و روانی (متغیر وابسته) و نشان دادن ارتباط آنها با یکدیگر از مدل رگرسیون لجستیک استفاده شد. همچنین نسبت شانس (OR) و فاصله اطمینان (CI) ۹۵ درصد برای نشان دادن اندازه اثر در مدل استفاده شد. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

دیسترس‌های روحی و روانی به‌طور کلی تعیین‌کننده مرگ و میر در بیماران سرطانی است (۸). افسردگی و اضطراب دو علامت و شکایت اصلی بیماران مبتلا به سرطان است (۹). در یک مطالعه مروری شیوع افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان ۱۱/۶ درصد و شیوع اضطراب ۱۷/۹ درصد تعیین شد و اضطراب بیشتر از افسردگی بود. همچنین این مشکلات در بیماران و همسرانشان بیشتر از شاهدهای سالم بود (۶). در مطالعات مختلف در بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال افسردگی ۳۹-۱۶ درصد و اضطراب ۲۳-۸ درصد گزارش شده است (۱۰ و ۱۱). شواهد نشان می‌دهند متغیرهای روانی در مدت تشخیص و درمان بیماری بر ابعاد مختلف زندگی بیمار اثرگذار است (۱۲). کاهش سلامت روانی در بیماران سرطانی می‌تواند باعث از هم گسیختگی خانواده، اختلال در ارتباطات و عدم توانایی در انجام مسئولیت‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی گردد. عدم درمان اضطراب و افسردگی در بیماران، با نشانه‌های جسمی کنترل نشده، عدم تمکین به توصیه‌های درمانی و بهداشتی و زمان ماندن بیشتر در بیمارستان مرتبط است (۱۳). فقط ۲۵ درصد بیماران که مشکلات روانی دارند؛ درمان می‌شوند (۱۴). این در حالی است که بیماران عنوان نمودند؛ اگر آگاهی‌های لازم را داشته باشند؛ از خدمات بهداشتی درمانی استفاده خواهند کرد (۱۵). در بررسی‌های به‌عمل آمده در متون به چاپ رسیده به مطالعه‌ای که به‌طور جامع استرس‌های روحی و روانی را با استفاده از پرسشنامه استاندارد اختصاصی سرطان در مبتلایان معلوم نماید؛ دست نیافتیم. با توجه به افزایش شمار مبتلایان به سرطان کولورکتال و اهمیت مشکلات روانی به دلیل اثر آن بر تمام ابعاد زندگی افراد مبتلا؛ این مطالعه به منظور تعیین شیوع اضطراب و افسردگی و عوامل تعیین‌کننده آن در مبتلایان به سرطان کولورکتال انجام شد.

روش بررسی

در این مطالعه مقطعی توصیفی تحلیلی، ۱۲۰ نفر (۷۵ مرد و ۴۵ زن) از مبتلایان به سرطان کولورکتال شناسایی شده در نظام ثبت سرطان مرکز بهداشت بابل بین سال‌های ۱۳۹۱-۱۳۸۶ در بابل طی سال ۱۳۹۲ بررسی شدند.

ابتدا براساس اطلاعات برگه‌های پاتولوژی (با دستورالعمل ICD-0) اطلاعات فردی و مشخصات هر تومور گرفته شد و افراد با کدهای C18 (Colon)، C19 (Rectosigmoid)، C20 (Rectum) و C21 (Anus and Anal canal) شامل ۲۶۹ نفر استخراج شدند. در ادامه مشخص شد ۳۲ بیمار ساکن بابل نبودند و در مراجعه به مراکز پاتولوژی بابل آدرس بستگان خود را ذکر کرده‌اند. تشخیص با کدهای ذکر شده در فاصله سال‌های زمانی ذکر شده، در قید حیات بودن و ساکن فعلی شهرستان بودن از معیارهای ورود به مطالعه و عدم همکاری بیمار و عدم صحیح بودن آدرس و تلفن از معیارهای

جدول ۱: خصوصیات دموگرافیک بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال شهرستان بابل طی سال‌های ۹۱-۱۳۸۶

متغیر	گروه‌ها	فراوانی (درصد)
جنسیت	مرد	۷۵ (۶۲/۵)
	زن	۴۵ (۳۷/۵)
محل سکونت	شهر	۶۵ (۵۴/۲)
	روستا	۵۵ (۴۵/۸)
شاغل بودن	بله	۳۴ (۲۸/۳)
	خیر	۸۶ (۷۱/۷)
بیماری‌های همراه	ندارد	۳۹ (۳۲/۵)
	دارد	۸۱ (۶۷/۵)
سن (سال)	کمتر مساوی ۵۰	۳۶ (۳۰/۰)
	بیش از ۵۰	۸۴ (۷۰/۰)
درآمد خانوار (وضعیت اقتصادی)	درآمد پایین	۳۶ (۳۰/۰)
	درآمد متوسط و بالا	۸۴ (۷۰/۰)
تحصیلات (مدارک نظام آموزشی کشور)	با سواد	۶۴ (۵۳/۳)
	بی سواد	۵۶ (۴۶/۷)
وضعیت تأهل	متأهل	۱۰۲ (۸۵/۰)
	سایر (مجرد، بیوه، مطلقه)	۱۸ (۱۵/۰)
سال‌های گذشته از تشخیص	کمتر مساوی ۳	۸۵ (۷۰/۸)
	بیش از ۳	۳۵ (۲۹/۲)

جدول ۲: وضعیت افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال شهرستان بابل طی سال‌های ۹۱-۱۳۸۶ (n=۱۲۰)

دیسترس‌های روحی روانی	گروه‌بندی با پرسشنامه HADS	فراوانی (درصد)
افسردگی	سالم	۷۳ (۶۰/۸)
	در معرض خطر (حد مرزی) بیمار	۱۹ (۱۵/۸)
اضطراب	سالم	۶۴ (۵۳/۴)
	در معرض خطر (حد مرزی) بیمار	۱۹ (۱۵/۸)
		۳۷ (۳۰/۸)

شدند.

میانگین و انحراف معیار سن مردان و زنان به ترتیب ۵۷/۱۶±۱۲/۴۲ سال و ۵۶/۴۹±۱۵/۱۵ سال به ترتیب ۱۸ و ۸۹ سال و نسبت جنسی مرد به زن ۱/۶۶ بود (جدول یک).

فراوانی افسردگی در ۲۳/۴ درصد و اضطراب در ۳۰/۸ درصد مبتلایان به سرطان کولورکتال مشاهده شد. همچنین ۲۲ نفر (۱۸/۳ درصد) همراهی هر دو را داشتند (جدول ۲).

افسردگی و اضطراب در زنان، ساکنین روستا، افراد غیر شاغل، افراد دارای بیماری‌های همراه، افراد بالای ۵۰ سال، افرادی با گذشت بیش از ۳ سال از زمان تشخیص و نیز در افراد با درآمد تحصیلات پایین تر بیشتر بود.

در بررسی ارتباط بین افسردگی با متغیرهای مطالعه نتایج مدل بر اساس آزمون Hosmer-Lemeshow ($P=۰/۹۶$) نشان داد مدل کفایت لازم را دارد و ۷۶/۲ درصد افراد براساس متغیرهای وارد شده در مدل به درستی در جایگاهشان از نظر رده‌های افسردگی پیش‌بینی شدند.

شیوع افسردگی در زنان نسبت به مردان بیشتر بود ($P<۰/۰۳$)؛ اما پس از تطبیق سایر متغیرها اگرچه هنوز هم شیوع افسردگی در مردان ۴۲ درصد کمتر از شیوع آن در زنان بود؛ اما از نظر آماری معنی‌دار نبود. شیوع افسردگی در آزمودنی‌های با بیماری‌های همراه در مقایسه با افراد بدون آن ۷۵ درصد بالاتر بود ($p=۰/۰۲۰$ ، $OR=۰/۲۵$ ، $CI: ۰/۸۰-۰/۰۷$ ، 95%) و پس از تطبیق سایر متغیرها کمی تغییر داشت و متغیرهای دیگر همچون شاغل بودن، سن تشخیص بیماری، درآمد خانوار، تحصیلات، تأهل و سال‌های سپری شده بعد از تشخیص بیماری با افسردگی مرتبط نبود. از بین متغیرهای مورد بررسی فقط مکان زندگی به عنوان پیش‌بینی کننده مستقل افسردگی شناسایی شد. پس از تطبیق سایر متغیرها شیوع افسردگی در ساکنین شهرها در مقایسه با ساکنین روستاها ۷۹ درصد کمتر بود ($p=۰/۰۰۹$ ، $OR=۰/۲۱$ ، $CI: ۰/۶۷-۰/۰۶$ ، 95%) (جدول ۳).

در بررسی ارتباط متغیرهای مورد بررسی در مطالعه با اضطراب،

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن مردان و زنان به ترتیب ۵۷/۱۶±۱۲/۴۲ سال و ۵۶/۴۹±۱۵/۱۵ سال به ترتیب ۱۸ و ۸۹ سال و نسبت جنسی مرد به زن ۱/۶۶ بود (جدول یک).

فراوانی افسردگی در ۲۳/۴ درصد و اضطراب در ۳۰/۸ درصد مبتلایان به سرطان کولورکتال مشاهده شد. همچنین ۲۲ نفر (۱۸/۳ درصد) همراهی هر دو را داشتند (جدول ۲).

افسردگی و اضطراب در زنان، ساکنین روستا، افراد غیر شاغل، افراد دارای بیماری‌های همراه، افراد بالای ۵۰ سال، افرادی با گذشت بیش از ۳ سال از زمان تشخیص و نیز در افراد با درآمد تحصیلات پایین تر بیشتر بود.

در بررسی ارتباط بین افسردگی با متغیرهای مطالعه نتایج مدل بر اساس آزمون Hosmer-Lemeshow ($P=۰/۹۶$) نشان داد مدل کفایت لازم را دارد و ۷۶/۲ درصد افراد براساس متغیرهای وارد شده در مدل به درستی در جایگاهشان از نظر رده‌های افسردگی پیش‌بینی شدند.

جدول ۳: توزیع افسردگی و اضطراب براساس برخی متغیرهای دموگرافیک و بالینی در مبتلایان به سرطان کولورکتال شهرستان بابل طی سال‌های ۹۱-۱۳۸۷ (n=۱۲۰)

اثرات تطبیقی		اثرات خام		زیر گروه‌های متغیر	متغیرها
p-value	(%95) OR	p-value	(%95) OR		
۰/۳۷۰	۰/۵۸ (۰/۱۷-۱/۹۰)	۰/۰۳۱	۰/۳۷ (۰/۱۵-۰/۹۱)	مرد یا زن	جنسیت
۰/۰۰۹	۰/۲۱ (۰/۰۶-۰/۶۷)	۰/۰۰۳	۰/۲۴ (۰/۰۹-۰/۶۲)	شهر یا روستا	مکان زندگی
۰/۵۹۴	۰/۶۹ (۰/۱۷-۲/۷۰)	۰/۳۸۴	۰/۶۳ (۰/۲۲-۱/۷۷)	شاغل یا غیر شاغل	شاغل بودن
۰/۰۶۱	۰/۲۹ (۰/۰۸-۱/۰۵)	۰/۰۲۰	۰/۲۵ (۰/۰۷-۰/۸۰)	ندارد یا دارد	بیماری‌های همراه
۰/۹۳۶	۰/۹۵ (۰/۲۷-۳/۲۹)	۰/۹۸۴	۰/۹۹ (۰/۳۷-۲/۵۹)	= > ۵۰ یا < ۵۰	سن تشخیص بیماری (سال)
۰/۷۱۲	۰/۷۶ (۰/۱۸-۳/۱۳)	۰/۰۷۱	۲/۷۰ (۰/۹۱-۷/۹۳)	درآمد پایین یا درآمد متوسط و بالا	درآمد خانوار (وضعیت اقتصادی)
۰/۳۱۱	۱/۹ (۰/۵۴-۶/۶۵)	۰/۰۸۰	۲/۲۱ (۰/۹۰-۵/۳۹)	بی‌سواد یا باسواد	تحصیلات
۰/۴۱۵	۱/۸۲ (۰/۴۳-۷/۶۸)	۰/۶۰۰	۰/۷۳ (۰/۲۲-۲/۳۶)	متاهل یا سایر	تأهل
۰/۶۸۶	۰/۷۹ (۰/۲۶-۲/۳۹)	۰/۵۴۰	۰/۷۴ (۰/۲۸-۱/۹۲)	کمتر از سه یا بیشتر از ۳	سال‌های گذشته از تشخیص
۰/۱۰۳	۰/۳۹ (۰/۱۳-۱/۲۰)	۰/۰۰۰	۰/۱۸ (۰/۰۷-۰/۴۵)	مرد یا زن	جنسیت
۰/۳۱۴	۰/۵۷ (۰/۱۹-۱/۶۹)	۰/۰۱۴	۰/۳۴ (۰/۱۵-۰/۸۰)	شهر یا روستا	مکان زندگی
۰/۲۳۶	۰/۴۴ (۰/۱۱-۱/۶۹)	۰/۰۱۴	۰/۲۶ (۰/۰۸-۰/۷۵)	شاغل یا غیر شاغل	شاغل بودن
۰/۱۴۰	۰/۴۳ (۰/۱۴-۱/۳۱)	۰/۰۲۰	۰/۳۲ (۰/۱۲-۰/۸۳)	ندارد یا دارد	بیماری‌های همراه
۰/۱۴۶	۲/۷۳ (۰/۷۰-۱۰/۶۱)	۰/۸۶۴	۱/۰۸ (۰/۴۴-۲/۶۳)	= > ۵۰ یا < ۵۰	سن تشخیص بیماری (سال)
۰/۷۱۲	۱/۲۷ (۰/۳۴-۴/۷۱)	۰/۰۱۰	۳/۷۷ (۱/۳۸-۱۰/۳۰)	درآمد پایین یا درآمد متوسط و بالا	درآمد خانوار (وضعیت اقتصادی)
۰/۰۱۵	۴/۲۷ (۱/۳۲-۱۳/۸۱)	۰/۰۰۱	۴/۵۸ (۱/۹۲-۱۰/۹۱)	بی‌سواد یا باسواد	تحصیلات
۰/۶۷۷	۰/۷۴ (۰/۱۸-۲/۹۴)	۰/۱۵۲	۰/۴۴ (۰/۱۴-۱/۳۴)	متاهل یا سایر	تأهل
۰/۸۷۹	۰/۹۲ (۰/۳۱-۲/۶۹)	۰/۴۶۳	۰/۷۲ (۰/۳۰-۱/۷۲)	کمتر از سه یا بیشتر از ۳	سال‌های گذشته از تشخیص

آزمون مورد استفاده: Binary Logistic Regression، سطح معنی‌داری: $P < ۰/۰۵$

استفاده از آزمون افسردگی بک و آزمون خودسنجی اضطراب زونگ بود. شیوع اضطراب و افسردگی در این بیماران به ترتیب ۱۸/۵ درصد و ۳۲/۹ درصد گزارش گردید. اضطراب در زنان و در گروه سنی ۶۵-۵۰ سال شیوع بالاتری داشت. بین سن یا جنس با افسردگی ارتباطی مشاهده نگردید (۱۹). در همین راستا رجبی زاده و همکاران در مطالعه مشابهی در کرمان با استفاده از پرسشنامه بک نشان دادند ۳۷ درصد بیماران افسردگی متوسط و ۱۹ درصد افسردگی شدید داشتند. بین میزان افسردگی و متغیرهای جنسیت، شغل و محل زندگی ارتباط آماری معنی‌دار وجود نداشت؛ اما سن بالاتر از ۴۵ سال، تحصیلات کم و مجرد بودن از عوامل خطر بروز افسردگی بودند (۲۰). Dunn و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان بررسی روند دیسترس‌های روحی و روانی بعد از تشخیص سرطان کولورکتال که در ۶ زمان مختلف از ۵ ماه تا ۵ سال بعد از تشخیص بیماری روی مبتلایان به سرطان کولورکتال در استرالیا انجام شد؛ شیوع دیسترس‌های روحی و روانی در این زمان‌ها بین ۳۲-۴۴ درصد ذکر گردید. همچنین در این مطالعه مشکلات روان با جنس مرد بودن، تحصیلات کم، جوان‌تر بودن و وضعیت اقتصادی و اجتماعی پایین‌تر مرتبط بود (۲۱). Kurtz و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان پیش‌بینی کننده‌های افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال در آمریکا که روی ۱۵۸ بیمار مبتلا با سن بیشتر از ۶۵ سال در ۴ مرحله در مدت یک سال انجام شد؛ نشان دادند بیماران زن، نژادهای آمریکایی آفریقایی و بیماران با ۲ یا ۳ بیماری همراه شیوع افسردگی بیشتری دارند (۲۲).

در مطالعه حاضر زنان بیش از مردان مبتلا به افسردگی و

نتایج مدل براساس آزمون Hosmer-Lemeshow ($P = ۰/۳۴$) نشان داد که مدل کفایت لازم را دارد و ۷۹/۲ درصد افراد بر اساس متغیرهای در مدل به درستی در جایگاهشان از نظر رده‌های اضطراب پیش‌بینی شدند.

متغیرهای جنسیت، مکان زندگی، شغل، بیماری‌های همراه و درآمد خانوار با اضطراب ارتباط داشتند ($P < ۰/۰۵$)؛ اما پس از تطبیق سایر متغیرها ارتباطی بین اضطراب و متغیرهای ذکر شده مشاهده نشد. همچنین بین سن تشخیص بیماری، تأهل و تعداد سال‌های سپری شده از تشخیص با اضطراب ارتباط آماری معنی‌داری یافت نشد. از بین متغیرهای مورد بررسی فقط تحصیلات به‌عنوان پیش‌بینی کننده مستقل اضطراب شناسایی شد. پس از تطبیق سایر متغیرها شیوع اضطراب در افراد بی‌سواد در مقایسه با افراد با سواد بیش از ۴ برابر بود ($p = ۰/۰۱۵$ ، $OR = ۴/۲۷$ ، $95\% CI: ۱۳/۸۱-۱/۳۲$) (جدول ۳).

بحث

نتایج مطالعه نشان داد دیسترس‌های روحی و روانی در مبتلایان به سرطان کولورکتال در بابل در مقایسه با سایر کشورها از شیوع نسبتاً بالایی برخوردار است. به‌طوری که افسردگی در ۲۳/۳ درصد و اضطراب در ۳۰/۸ درصد از بازماندگان گزارش گردید (۱۰ و ۱۱). به‌نظر می‌رسد در داخل کشور در متون به چاپ رسیده سنجش دیسترس‌های روحی و روانی با استفاده از پرسشنامه HADS انجام نشده است؛ ولی با ابزارهای اندازه‌گیری مختلف نتایج یکسانی حاصل شده است. نتایج ما همسو با مطالعه ملکیان و همکاران با عنوان افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان در اصفهان با

شاغل بودن و داشتن تحصیلات با افسردگی ارتباط نداشت؛ اما این دو متغیر با اضطراب مرتبط بودند. همچنین تحصیلات به عنوان یک پیش‌بینی کننده مستقل برای اضطراب بود. در مطالعه رضانی نتیجه‌گیری شد دارا بودن شغل و تحصیلات سبب کاهش مشکلات روان می‌گردد (۲۹). همچنین در مطالعه Dunn و همکاران سواد پایین تعیین کننده دیسترس‌های روحی و روانی بود (۲۱). بدیهی است شاغل بودن باعث افزایش ارتباطات اجتماعی، درآمد بیشتر شده و همچنین افرادی با تحصیلات بالاتر نیز از موقعیت‌های اجتماعی، اقتصادی برخوردارند و تعامل مناسب‌تری با محیط برقرار می‌کنند که باعث سلامت روان بهتر آنان خواهد شد.

این مطالعه دارای نقاط قوتی نظیر استفاده از پرسشنامه استاندارد، روش نمونه‌گیری سرشماری، بررسی سلامت روان در همه بیماران یک منطقه در منازل خود افراد و جمع‌آوری اطلاعات کامل از بیماران و خانواده‌های آنها است. همچنین دسترسی به اکثریت بیماران (۸۸ درصد) نیز از دیگر نقاط قوت این مطالعه محسوب می‌شود.

نتایج این تحقیق ضمن حمایت از بیماران سرطانی می‌تواند راهگشای مطالعات بعدی بوده و نیز با ترسیم وضعیت موجود مبتلایان به این سرطان راه را برای انجام مداخلات در جهت افزایش آگاهی‌های لازم، توجه بیشتر به زنان و روستاییان، کنترل بیماری‌های دیگر، توجه مسئولین به هزینه‌های درمان و معیشتی، توانمند کردن کارکنان برای غربالگری و شناسایی زودرس بیماران روشن ساخته تا از بروز پیامدهای بعدی پیشگیری نماید.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به کم‌گزارشده‌ی یا بیش‌گزارشده‌ی برای سلامت روان توسط بیماران و عدم وجود گروه مقایسه (افراد بدون سرطان) نام برد. لازم به ذکر است عدم معنی‌داری آماری با وجود نسبت شانس مناسب در بعضی متغیرها ممکن است به دلیل حجم کم نمونه بوده باشد. بنابراین پیشنهاد می‌شود مطالعات دیگر با نمونه بیشتر و به صورت آینده‌نگر انجام گیرد.

نتیجه‌گیری

شیوع اضطراب و افسردگی در مبتلایان به سرطان کولورکتال نسبتاً بالاست. بنابراین مداخلات در جهت افزایش آگاهی‌های لازم، توجه بیشتر به زنان و روستاییان و کنترل بیماری‌های دیگر توصیه می‌گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه آقای حسینعلی نیک بخت برای اخذ درجه کارشناسی ارشد در رشته اپیدمیولوژی از دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تبریز و نیز حاصل طرح تحقیقاتی (شماره ۲۲۰-الف) مصوب معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم

اضطراب بودند. همچنین نتایج مدل رگرسیونی در اثرات جداگانه متغیر نشان داد مردها در مقایسه با زن‌ها به ترتیب ۶۳ درصد و ۸۲ درصد شیوع کمتری از افسردگی و اضطراب دارند. در مطالعاتی بر شیوع بالای افسردگی و اضطراب در زنان تاکید شده است (۲۴-۲۲). محدود بودن فعالیت فیزیکی زنان در بیرون از خانه، حساسیت آنها در مواجهه با رویدادهای ناگوار و استرس‌زا، مسؤولیت بیشتر در قبال خانواده به خصوص فرزندان ممکن است در افزایش مشکلات روانی مؤثر باشد.

همچنین میزان اضطراب و افسردگی در روستاییان نیز بیشتر از شهری‌ها بود. بر اساس نتایج مدل رگرسیونی، شیوع افسردگی و اضطراب در ساکنین شهرها در مقایسه با ساکنین روستاها به ترتیب ۷۶ درصد و ۷۹ درصد کمتر بود و مکان زندگی نیز یک پیش‌بینی کننده مستقل فقط برای افسردگی بود. مطالعه ما همسو با مطالعه Bettencourt و همکاران است (۲۵)؛ اما در مطالعه Price و همکاران اختلاف آماری معنی‌داری بین ساکنین شهر و روستا یافت نشد (۲۶). ممکن است افسردگی و اضطراب کمتر در ساکنین شهر به خاطر دسترسی بیشتر به امکانات و سازمان‌های حمایت‌گر باشد. این مطالعه بر توجه بیشتر سیستم‌های بهداشتی درمانی و حمایتی به روستاییان در زمینه سلامت روان تاکید دارد.

بیماران با درآمد پایین‌تر، بیشتر در معرض ابتلا به بیماری‌های روان بودند. در بررسی این متغیر به صورت جداگانه در مدل، اگرچه شیوع افسردگی در افراد با درآمد پایین‌تر در مقایسه با افراد با درآمد بالاتر بیش از دو برابر بود؛ اما به سطح معنی‌دار نرسید. همچنین این متغیر با اضطراب ارتباط داشت. شیوع اضطراب در افراد با درآمد پایین‌تر بیش از سه برابر بود. در مطالعه Dunn و همکاران (۲۱)، مطالعه Kim و همکاران (۲۷) و مطالعه حیاتی و همکاران (۲۸) افسردگی و اضطراب با مشکلات مالی مرتبط بود که مؤید اهمیت برنامه‌ریزی مدون در سطح کشور، توجه به عوامل حمایتی، لزوم گسترش پوشش‌های بیمه‌ای و کمک برای هزینه‌های درمانی و معیشتی در این افراد برای اعتلای سلامت روان است.

در این مطالعه نداشتن بیماری دیگر به غیر از سرطان کولورکتال با مشکلات روان مرتبط بود. به طوری که شیوع افسردگی و اضطراب در افرادی که بیماری دیگری نداشتند؛ به ترتیب ۷۵ درصد و ۶۸ درصد کمتر بود. در مطالعه Kurtz و همکاران وجود بیماری‌های همراه با نشانه‌های افسردگی مرتبط بود (۲۲). اختلالات جسمانی و علائم مربوط به آن اثری مستقیم بر بهداشت روان دارد. در مبتلایان به سرطان به علت این که اکثریت آنها مسن بوده و مشکلات دوران سالمندی مانند بیماری‌های قلبی، بیماری‌های مزمن ریوی و سرطان‌های دیگر می‌تواند در ابتلا و یا تشدید افسردگی و اضطراب آنان مؤثر باشد.

مرکز مشاوره و غربالگری سرطان و همه کارکنان مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت که در گردآوری داده‌ها هماهنگی و تلاش نمودند؛ نهایت سپاس و تقدیر خود را اعلام می‌داریم.

References

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, et al. GLOBOCAN 2012 v1.0. Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Available from: <http://globocan.iarc.fr>, accessed on day/month/year.
2. Center MM, Jemal A, Smith RA, Ward E. Worldwide variations in colorectal cancer. *CA Cancer J Clin*. 2009 Nov-Dec;59(6):366-78. doi: 10.3322/caac.20038
3. Fakheri H, Janbabai G, Bari Z, Eshqi F. [The epidemiologic and clinical-pathologic characteristics of colorectal cancers from 1999 to 2007 in Sari, Iran]. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2008; 18 (67): 58-66. [Article in Persian]
4. Ministry of health and medical education. [Cancer registration country reports, 2009]. Tehran: Cancer office. 2012; pp: 16-17. [Persian]
5. Dunn J, Lynch B, Rinaldis M, Pakenham K, McPherson L, Owen N, et al. Dimensions of quality of life and psychosocial variables most salient to colorectal cancer patients. *Psychooncology*. 2006 Jan;15(1):20-30.
6. Mitchell AJ, Ferguson DW, Gill J, Paul J, Symonds P. Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol*. 2013;14(8):721-32. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(13\)70244-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(13)70244-4)
7. Antoni MH, Lutgendorf SK, Cole SW, Dhabhar FS, Sephton SE, McDonald PG, et al. The influence of bio-behavioural factors on tumour biology: pathways and mechanisms. *Nat Rev Cancer*. 2006 Mar;6(3):240-8.
8. Satin JR, Linden W, Phillips MJ. Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: a meta-analysis. *Cancer*. 2009; 115(22): 5349-61.
9. Harrington CB, Hansen JA, Moskowitz M, Todd BL, Feuerstein M. It's not over when it's over: long-term symptoms in cancer survivors-a systematic review. *Int J Psychiatry Med*. 2010;40(2):163-81.
10. Alacacioglu A, Binici O, Gungor O, Oztop I, Dirioz M, Yilmaz U. Quality of life, anxiety, and depression in Turkish colorectal cancer patients. *Support Care Cancer*. 2010 Apr; 18(4):417-21. doi: 10.1007/s00520-009-0679-2
11. Medeiros M, Oshima CT, Forones NM. Depression and anxiety in colorectal cancer patients. *J Gastrointest Cancer*. 2010 Sep; 41(3):179-84. doi: 10.1007/s12029-010-9132-5
12. Witek-Janusek L, Albuquerque K, Chroniak KR, Chroniak C, Durazo-Arvizu R, Mathews HL. Effect of mindfulness based stress reduction on immune function, quality of life and coping in women newly diagnosed with early stage breast cancer. *Brain Behav Immun*. 2008 Aug;22(6):969-81. doi: 10.1016/j.bbi.2008.01.012
13. Carlson LE, Bultz BD. Benefits of psychosocial oncology care: improved quality of life and medical cost offset. *Health Qual Life Outcomes*. 2003;1:8. doi: 10.1186/1477-7525-1-8
14. Pascoe S, Edelman S, Kidman A. Prevalence of psychological distress and use of support services by cancer patients at Sydney hospitals. *Aust N Z J Psychiatry*. 2000 Oct;34(5):785-91.
15. Steginga SK, Campbell A, Ferguson M, Beeden A, Walls M, Cairns W, et al. Socio-demographic, psychosocial and attitudinal predictors of help seeking after cancer diagnosis. *Psychooncology*. 2008 Oct;17(10):997-1005. doi: 10.1002/pon.1317
16. Herrmann C. International experiences with the hospital anxiety and depression scale-a review of validation data and clinical results. *J Psychosom Res*. 1997 Jan;42(1):17-41.
17. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983 Jun;67(6):361-70.
18. Montazeri A, Vahdaninia M, Ebrahimi M, Jarvandi S. The hospital anxiety and depression scale (HADS): translation and validation study of the Iranian version. *Health Qual Life Outcomes*. 2003 Apr 28;1:14.
19. Malekian A, Alizadeh A, Ahmadzadeh GH. [Anxiety and depression in cancer patients]. *J Res Behav Sci*. 2007; 5(2):115-19. [Article in Persian]
20. Rajabizadeh Gh, Mansoori SM, Shakibi MR, Ramazani MA. [Determination of factors related to depression in cancer patients of the oncology ward in Kerman]. *J Kerman Univ Med Sci*. 2005; 12(2):142-7. [Article in Persian]
21. Dunn J, Ng SK, Holland J, Aitken J, Youl P, Baade PD, Chambers SK. Trajectories of psychological distress after colorectal cancer. *Psychooncology*. 2013 Aug;22(8):1759-65. doi: 10.1002/pon.3210
22. Kurtz ME, Kurtz JC, Stommel M, Given CW, Given B. Predictors of depressive symptomatology of geriatric patients with colorectal cancer: a longitudinal view. *Support Care Cancer*. 2002 Sep; 10(6):494-501.
23. Salvo N, Zeng L, Zhang L, Leung M, Khan L, Presutti R, et al. Frequency of reporting and predictive factors for anxiety and depression in patients with advanced cancer. *Clin Oncol (R Coll Radiol)*. 2012 Mar;24(2):139-48. doi: 10.1016/j.clon.2011.05.003
24. Vodermaier A, Linden W, MacKenzie R, Greig D, Marshall C. Disease stage predicts post-diagnosis anxiety and depression only in some types of cancer. *Br J Cancer*. 2011 Dec;105(12):1814-7. doi: 10.1038/bjc.2011.503
25. Bettencourt BA, Schlegel RJ, Talley AE, Molix LA. The breast cancer experience of rural women: a literature review. *Psychooncology*. 2007 Oct;16(10):875-87.
26. Price MA, Butow PN, Costa DS, King MT, Aldridge LJ, Fardell JE, et al. Prevalence and predictors of anxiety and depression in women with invasive ovarian cancer and their caregivers. *Med J Aust*. 2010 Sep; 193(5 Suppl):S52-7.
27. Kim SH, Kang S, Kim YM, Kim BG, Seong SJ, Cha SD, et al. Prevalence and predictors of anxiety and depression among cervical cancer survivors in Korea. *Int J Gynecol Cancer*. 2010 Aug; 20(6):1017-24. doi: 10.1111/IGC.0b013e3181e4a704
28. Hayati F, Shahsavari A, Mahmoudi M. [Relationship to subjective well being and demographic variables in women with breast cancer referred to hospitals affiliated to medical sciences universities of Tehran city]. *Iran J Breast Dis*. 2009; 2(1): 23-8. [Article in Persian]
29. Ramezani T. [Depression and need advice in women with breast cancer chemotherapy centers in Kerman]. *Andeeshe Va Raftar*. 2001;6(4): 70-77. [Article in Persian]

Original Paper

Prevalence of anxiety and depression in patients with colorectal cancer in Babol - north of Iran (2008-12)

Nikbakht HA (B.Sc)¹, Aminisani N (Ph.D)^{*2}, Hosseini SR (M.D)³
Asghari Jafarabadi M (Ph.D)⁴, Ahoei Kh (B.Sc)⁵

¹M.Sc Student of Epidemiology, Department of Biostatistics & Epidemiology, Faculty of Health, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran. ²Assistant Professor, Department of Biostatistics & Epidemiology, Faculty of Health, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran. ³Associate Professor, Social Determinants of Health Research Center, Faculty of Medicine, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran. ⁴Associate Professor, Road Traffic Injury Research Center, Faculty of Health, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran. ⁵M.Sc Student of Psychology, Islamic Azad University, Sari Branch, Sari, Iran.

Abstract

Background and Objective: Colorectal cancer can significantly cause physical, psychological and social problems. This study was done to determine the prevalence of anxiety and depression in patients with colorectal cancer in Babol located in north of Iran.

Methods: This cross-sectional, analytical study was done on 120 (75 males, 45 females) patients with colorectal cancer which registered in the Babol cancer registry in north of Iran during 2008-12. A questionnaire containing demographic information, aspects of the disease and HADS questionnaire was completed by interviewing to assess anxiety and depression for each patient.

Results: The prevalence rate of depression and anxiety in patients was 23.4% and 30.8%, respectively. Gender, residency of rural area, and having comorbidities are related to depression among which location was identified as an independent predictor. Urban residency had 79% less risk of depression than rural residents (95% CI=0.06-0.67, OR=0.21, P<0.009). Gender, resident of rural areas, unemployed, having comorbidities, low income and lack of education were associated with anxiety, among which only education was identified as an independent predictor (95% CI=1.32-13.81, OR=4.27, P<0.015).

Conclusion: The prevalence of anxiety and depression in colorectal cancer patients was high in this area. Therefore, interventions are recommended to increase awareness and greater attention to rural women and controlling comorbidities.

Keywords: Cancer, Colorectal, Anxiety, Depression, Iran

* **Corresponding Author:** Aminisani N (Ph.D), E-mail: aminisani_n@hotmail.com

Received 15 Nov 2014

Revised 27 Dec 2014

Accepted 7 Jan 2015