



پژوهش پرستاری

دوره نهم شماره ۴ (پیاپی ۳۵) زمستان ۱۳۹۳ - شماره استاندارد بین المللی: ۱۷۳۵-۷۰۱۲

- ۱ - بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکته قلبی و عوامل مؤثر: یک مطالعه مقطعی
ناهید رژه - مجیده هروی کریموی - زهرا طاهری خرامه - علی منتظری - امیر واحدیان
- ۱۲ - بررسی نیازهای برآورده نشده و ارتباط آن با مدیریت افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان
الهه رمضانزاده تبریز - زهره پارسایکتا - هومن شهسواری - میرسعید یکانی نژاد
- ۲۲ - تأثیر اطلاع رسانی پرستار از طریق تلفن (تله نرسینگ) بر سطح اضطراب خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه
اسد ایمانی - اعظم دبیریان - زهرا صفوی بیات - ابوالفضل پاینده
- ۲۹ - تأثیر آروماتراپی ماساژ شکم بر تسکین دیسمنوره اولیه در دانشجویان
تهمینه صالحیان - فرانک صفدری دهچشمه
- ۳۶ - پذیرش درمان و عوامل مؤثر بر آن در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی
شادی دهقانزاده - فاطمه جعفرآقایی - معصومه شیشه‌گران
- ۴۷ - طراحی و روانسنجی پرسشنامه بررسی محدودیت ناشی از درد مزمن در سالمندان
هومان منوچهری - منوچهر شیرازی - منصوره زاغری تفرشی - فرید زایری
- ۶۱ - بررسی سطح خودکارآمدی و عوامل مرتبط با آن در بیماران ایسکمیک قلبی: یک مطالعه توصیفی همبستگی
صبا برومند - محسن شهریاری - مریم عباسی جلی - زهرا باقرصاد - فرشته برادران فرد - فاطمه احمدپوری
- ۷۰ - ارتباط بین هوش فرهنگی و عملکرد شغلی با کیفیت زندگی پرستاران بیمارستان‌های شهر کرمانشاه
کیکاووس عبدی - مصطفی محبی - مصیب رحیمی نسب - آراس رسولی

به نام خداوند جان و خرد

مجله پژوهش پرستاری

فصلنامه علمی - پژوهشی انجمن علمی پرستاری ایران

دوره نهم - شماره ۴ (پیاپی ۳۵) - زمستان ۱۳۹۳

- صاحب امتیاز: انجمن علمی پرستاری ایران
- مدیر مسؤول: دکتر علیرضا نیکبخت نصرآبادی
- سردبیر: دکتر زهره پارسا یکتا
- معاون سردبیر: افسانه صدوقی اصل
- شماره پروانه انتشار: ۱۲۴/۲۶۱۵ مورخ ۸۵/۵/۱۸
- شماره بین‌المللی منبع: ۷۰۱۲-۱۷۳۵
- شماره بین‌المللی نشریه الکترونیکی: e-ISSN ۱۷۳۵-۹۰۷۴

• شورای نویسندگان (به ترتیب حروف الفبا):

- دکتر فضل ا... احمدی، استاد دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر فاطمه الحانی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر زهره پارسا یکتا، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر مهرنوش بازارگادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر حمیدرضا خانکه، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر مهدی رهگذر، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر سادات سیدباقر مداح، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر نعیمه سید فاطمی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران
- دکتر عباس عبادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله
- دکتر مسعود فلاحی خشکناب، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر علی محمدپور، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی گناباد
- دکتر عیسی محمدی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر ندا مهرداد، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران
- دکتر علیرضا نیکبخت نصرآبادی، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر فریده یغمایی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر رضا نگارنده، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران

• ویراستار انگلیسی: دکتر منیر مظاهری

• ویراستار فارسی: دکتر زهره پارسا یکتا

• حروفچینی و صفحه‌آرایی: فرشته حیدری

• طراح جلد: اصغر سورانی

• ناشر: انجمن علمی پرستاری ایران

• نشانی: تهران - میدان توحید - دانشکده پرستاری و مامایی تهران

• کدپستی: ۱۴۱۹۷۳۳۱۷۱، صندوق پستی: ۱۴۱۹۵/۳۹۸، تلفن و نمابر: ۶۶۵۹۲۵۳۵

E-mail: info@ijnr.ir , Website: www.ijnr.ir

این مجله در Google Scholar و Iran Medex و Magiran و SID و ISC نمایه می‌شود

بررسی نیازهای برآورده نشده و ارتباط آن با مدیریت افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان

الهه رمضانزاده تبریز^۱، زهره پارسا بکتا^۲، هومن شهسوار^۳، میرسعید یکانی نژاد^۴

چکیده

مقدمه: تعیین نیازهای برآورده نشده بیماران مبتلا به سرطان می‌تواند برنامه‌ریزی مداخلات درمانی مناسب مبتنی بر نیازهای افراد را ممکن گرداند و از سویی افسردگی یک عامل خطر در کاهش میزان بقا در بیماران سرطانی و عامل مهمی در عدم قبول خدمات درمانی از سوی بیماران می‌باشد که البته امکان خودمدیریتی دارد لذا این پژوهش با هدف تعیین نیازهای برآورده نشده و ارتباط آن با مدیریت افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان انجام شد.

روش: مطالعه حاضر مطالعه‌ای توصیفی-همبستگی است. این مطالعه بر روی ۳۶۰ بیمار مبتلا به سرطان در بیمارستان امید شهر مشهد با روش نمونه‌گیری سرشماری از اسفند ۱۳۹۲ تا تیر ۱۳۹۳ انجام شد و بیماران توسط فرم اطلاعات فردی، پرسشنامه نیازهای برآورده نشده بیماران مبتلا به سرطان (SUNS) و پرسشنامه مدیریت افسردگی مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS v.21 و آزمون‌های آنالیز واریانس، تی‌مستقل، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون برحسب نوع متغیر تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: ۵۱/۱٪ بیماران را مردان و ۴۸/۹٪ را زنان تشکیل داده بودند و اکثر واحدهای پژوهش ۸۰/۶٪ متأهل، ۶۶/۷٪ غیرشاغل و ۲۶/۹٪ دارای دیپلم و تحصیلات دانشگاهی بودند. بیشترین بیماران به ترتیب مبتلا به سرطان‌های روده ۱۷/۸٪، معده ۱۳/۶٪ و ریه ۹/۴٪ بودند. در بین حیطه‌های نیازهای برآورده نشده بیشترین نیاز بیماران در حیطه مسایل شغلی و نگرانی‌های مالی با میانگین (۲/۴۷±۰/۹۵) از ۴ بود و به ترتیب نیاز به اطلاعات (۲/۴۴±۰/۹۵)، نیاز به دسترسی و تداوم مراقبت (۲/۳۴±۰/۹۸)، نیاز به ارتباط و سازگاری (۲/۰۶±۰/۹۳) و نیازهای عاطفی (۱/۹۸±۰/۹۲) در رده‌های بعدی قرار داشتند. نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره کلی نیاز برآورده نشده و مدیریت افسردگی همبستگی منفی و معناداری (۲۶/۰۰۱) وجود دارد ($p < 0.001$) که بدین معناست هرچه نیازهای برآورده نشده افراد کمتر باشد توانایی مدیریت افسردگی در این بیماران بیشتر خواهد بود.

نتیجه‌گیری: پرستاران و دیگر اعضای تیم درمان لازم است به نیازهای برآورده نشده بیماران اهمیت داده و براساس اولویت‌های آن‌ها مراقبت‌های درمانی خود را پایه‌ریزی نمایند. از طرفی ضروری است به نقشی که مدیریت افسردگی در میزان این نیازها در بیماران دارد توجه نموده و در جهت تقویت آن بکوشند.

کلید واژه‌ها: نیازهای برآورده نشده، مدیریت افسردگی، سرطان

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۹/۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۴/۷

۱ - مربی، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی نیشابور، خراسان رضوی، ایران
۲ - استاد، گروه داخلی - جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (نویسنده مسؤول)
پست الکترونیکی: zparsa@sina.tums.ac.ir

۳ - استادیار، گروه داخلی - جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۴ - استادیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

مقدمه

سرطان یک بیماری مزمن با مراحل عود و درمان طولانی می‌باشد که از شیوع رو به رشدی برخوردار است (۱). ابتلا به یک بیماری مزمن به خصوص سرطان، برانگیزنده و ایجادکننده نیازهای بی‌شماری هم در فرد مبتلا به سرطان، و هم در خانواده و مراقبت‌کنندگان آن‌ها می‌باشد. برآوردن بسیاری از این نیازها برای بیمار و همراهان او بدون کمک و حمایت تیم مراقبتی - درمانی ممکن نخواهد بود (۲).

از این رو انجمن سرطان آمریکا لازمه آرایه خدمات مراقبتی درمانی مطلوب و دقیق به این بیماران را در گرو بررسی و شناخت نیازهای مراقبتی آن‌ها دانسته است. چنین نگرشی منجر به پدیدار شدن مفهوم «نیازهای برآورده نشده» در امر مراقبت از بیماران گردید که شامل نیازهایی است که تا به حال به آن‌ها پرداخته نشده و برآوردن آن‌ها نیازمند حمایت بیشتر است (۳). به عبارتی، نیازهای برآورده نشده آن دسته از نیازهایی هستند که برآورده شدن آن‌ها نیازمند سطوح خاصی از خدمات و یا حمایت بوده و به دستیابی سطح مطلوب رفاه ختم می‌گردد (۴). همچنین نیازهای برآورده نشده را می‌توان به صورت مجموعه‌ای از خدمات مورد نیاز سلامتی و فعالیت‌های مرتبط تعریف نمود که برای کمک به بیماران و خانواده‌های آن‌ها در فرایند تشخیص، درمان، پیگیری و دوران بهبودی بیماری سرطان طراحی شده است (۵).

مجموعه نیازهای برآورده نشده می‌تواند حتی در بیمارانی که از شرایط یکسانی برخوردارند متفاوت باشد. مقیاس اندازه‌گیری برای بررسی نیازهای برآورده نشده از بیماران و یا بهبودیافتگان براساس مرحله ابتلا به سرطان (تحت درمان، پیشرفته، علاج ناپذیری بودن) متفاوت است (۶).

مطالعات زیادی نیازهای زنان مبتلا به سرطان پستان را بررسی و گزارش نموده‌اند که این بیماران نیازهای برآورده نشده مراقبتی بسیاری داشته‌اند. بیشترین نیازهای بیماران مبتلا به سرطان پستان در حیطه‌های عاطفی و اطلاعاتی بوده است (۷). البته در برخی مطالعات نیز حیطه جسمی و مراقبت‌های زندگی روزانه نیز به عنوان یکی از نیازهای اساسی فرد گزارش شده است (۸). شناسایی و پرداختن به نیازهای برآورده نشده بیماران سرطانی از این رو اهمیت دارد که برآورده نشدن

آن‌ها با عوارض روحی و روانی، افت وضعیت جسمانی و کیفیت زندگی در فرد همراه است؛ که این امر نیز به خودی خود می‌تواند به واسطه استفاده بیش از حد از خدمات بهداشتی و افزایش هزینه‌ها بر سیستم مراقبت بهداشتی اثر منفی بر جای بگذارد (۹).

یکی از شایع‌ترین مشکلات بیماران مبتلا به سرطان، افسردگی است، به گونه‌ای که طبق گزارش انجمن سرطان آمریکا (۲۰۰۹)، ۲۵٪ مبتلایان به سرطان از علایم افسردگی بالینی نیز رنج می‌برند (۱۰). افسردگی برای بیماران مبتلا به سرطان زیان بار است زیرا مستلزم تسلیم در برابر بیماری است و افراد افسرده دیگر برای زنده ماندن تلاش نمی‌کنند و فرصت‌های بهتر زندگی کردن در باقیمانده عمر را از دست می‌دهند (۱۱). در بسیاری از مطالعات انجام شده از جمله تحقیقات Micheal و همکاران (۲۰۰۴) اشاره شده است که شیوع افسردگی در جمعیت عمومی ۱۵٪ و در بیماران سرطانی ۳-۲ برابر بیش از جمعیت عمومی گزارش شده است و ۵۰٪ از مبتلایان به سرطان ریه، ۳۵٪ از مبتلایان به انواع سرطان‌های دستگاه گوارش و ۳۹٪ از مبتلایان به سرطان پستان به افسردگی اساسی هم مبتلا بوده‌اند (۱۲). مهم‌ترین دلیل ایجاد افسردگی در این بیماران درد ناشی از متاستاز، کاهش فعالیت‌های اجتماعی و ناتوانی ذکر شده است (۱۳). Mayer و همکاران (۲۰۱۰) نیز معتقدند اغلب مردم افسردگی را یک واکنش طبیعی در مبتلایان به سرطان می‌دانند.

Satin و همکاران (۲۰۰۹) در یک مطالعه فراتحلیلی دریافتند که خطر مرگ در بیماران سرطانی که علایم افسردگی را گزارش می‌کنند، بیشتر از بیماران غیرافسرده است، به گونه‌ای که نرخ مرگ و میر در بیماران سرطانی که برخی از علایم افسردگی را نشان می‌دهند، ۲۵٪ و در بیمارانی که با تشخیص افسردگی خفیف یا عمده مواجه هستند، ۳۹٪ بیشتر از سایر بیماران سرطانی است. پژوهش Spiegel و همکاران (۲۰۰۳) نیز نشان داد که بین افسردگی و رشد تومورهای سرطانی، ارتباط وجود دارد. ابتلا به افسردگی، شدت بیماری را افزایش داده و علایم و شکایات روانی- جسمی مانند خستگی و درد را تشدید می‌کند و حمایت روان‌شناختی از بیماران سرطانی، افسردگی، اضطراب و درد را کاهش

چگونگی ارتباط آن با مدیریت افسردگی تأمین نماید تا آنان همگام با اجرای برنامه‌های مراقبتی، نسبت به آموزش بیمار با هدف ایجاد اطمینان در امر مراقبت از خود اهتمام ورزند و به تبع آن توانایی خود مراقبتی را در بیماران مبتلا به سرطان پرورش و ارتقا دهند.

روش مطالعه

پس از اخذ مجوزهای لازم از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران و دریافت معرفی‌نامه از معاونت پژوهشی این دانشگاه و هماهنگی‌های لازم با دانشگاه علوم پزشکی مشهد و مسؤولین بیمارستان امید شهر مشهد، این مطالعه به روش توصیفی - همبستگی به بررسی ارتباط نیازهای برآورده نشده با مدیریت افسردگی بیماران مبتلا به سرطان پرداخت. این مطالعه از اسفند ماه سال ۱۳۹۲ تا تیر ۱۳۹۳ انجام شد و جامعه پژوهش کلیه بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان امید شهر مشهد بودند. حجم نمونه در این مطالعه برای برآورد همبستگی بین نیازهای برآورده نشده و مدیریت افسردگی محاسبه شده است و با در نظر گرفتن سطح همبستگی ۰/۲ با توان ۰/۹۵ و با خطای نوع اول ۰/۰۵ حجم نمونه ۳۲۱ نفر برآورد گردید که نمونه‌ای به حجم ۳۶۰ نفر مورد ارزیابی قرار گرفتند. برای نمونه‌گیری از بیماران واجد شرایط ورود به مطالعه، از روش نمونه‌گیری سرشماری و از بیماران سرپایی و بستری مراجعه‌کننده به بیمارستان امید شهر مشهد استفاده شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: تمایل به شرکت در پژوهش، داشتن حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۷۰ سال سن، توانایی خواندن و نوشتن، هوشیاری کافی جهت پاسخ به سؤالات، داشتن حداقل شش ماه سابقه تشخیص سرطان، داشتن تشخیص قطعی سرطان بر مبنای نتایج پاتولوژی و تأیید پزشک متخصص انکولوژی، عدم ابتلا به بیماری روانی مشخص و یا مصرف دارو و مواد روان‌گردان. معیار خروج از مطالعه هم عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش بود.

پژوهشگر ابتدا خود را به واحدهای پژوهش معرفی نموده و پس از بیان هدف از انجام پژوهش و توضیحات لازم، رضایت کتبی آگاهانه از بیماران گرفته شد. سپس ابزار جمع‌آوری داده‌ها در اختیار بیماران قرار داده شد، پرسشنامه‌ها توسط بیماران و یا در صورت عدم توانایی

می‌دهد و می‌تواند به افزایش طول عمر این بیماران کمک کند.

در کل وقوع هم‌زمان افسردگی با سرطان، تأثیرات متعدد و سویی در زمینه‌های مختلف زندگی فردی و اجتماعی، سلامت روانی و جسمانی، درمان و پیشرفت بیماری فرد، برجای می‌گذارد و پیشگیری، تشخیص و مداخله به موقع در زمینه بروز اختلال افسردگی در مبتلایان به سرطان، از اهمیت و لزوم خاصی برخوردار است (۱۴) و از آنجا که افسردگی یک عامل خطر در کاهش میزان بقا در بیماران سرطانی و عامل مهمی در عدم قبول درمان از سوی بیماران می‌باشد لذا شناسایی و درمان به موقع آن می‌تواند کمک بزرگی در درمان این بیماران و بازتوانی آن‌ها باشد و نقص فعالیت‌های اجتماعی آن‌ها را تا حدودی جبران کند (۱۳). همچنین، افسردگی بر وضعیت عملکرد، کیفیت زندگی، مدت بستری و حتی نتیجه درمانی بیماران مبتلا به سرطان تأثیر منفی دارد از این روست که ارزیابی و درمان این اختلال در این بیماران بسیار حایز اهمیت است (۱۵) لذا تصور بر این است که اگر فرد توانایی مدیریت افسردگی ناشی از بیماری سرطان را داشته باشد می‌تواند نیازهای خود را با کمک تیم درمانی شناسایی کند و در جهت برآورده کردن آن‌ها اقدام کند و از آن جایی که درک تجربیات، ادراکات و نیازهای بیماران سرطانی، ارزش بالقوه‌ای در سیستم مراقبت سرطان و اعمال پرستاری دارد و موضوع بسیار مهم و با اهمیتی برای پرستاران، به عنوان اصلی‌ترین فرد ارایه‌کننده خدمات درمانی و مراقبتی، اولویت‌بندی مراقبت‌های بیماران سرطانی و نحوه مراقبت و برخورد و تعامل با بیماران است؛ که این امر فقط با بررسی نیازهای این بیماران محقق خواهد شد (۱) و بر کسی پوشیده نیست که در کنار امر زنده بودن، داشتن یک زندگی با شرایط مطلوب اهمیت بسیار دارد و تلاش در جهت ارتقاء وضعیت زندگی این بیماران نیز از وظایف عمده تیم درمانی و به خصوص پرستاران می‌باشد (۲) لذا با توجه به شیوع بالای سرطان و کمبود شواهد علمی برای پرستاران در داخل کشور در این زمینه با توجه به تفاوت‌های فرهنگی، مذهبی، اجتماعی، مطالعه حاضر با هدف تعیین نیازهای برآورده نشده و ارتباط آن با مدیریت افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان امید شهر مشهد تدوین گردیده است تا دانش پایه را برای پرستاران در زمینه نوع و چگونگی نیازهای برآورده نشده بیماران سرطانی و

بیماران در تکمیل پرسشنامه، توسط پژوهشگر تکمیل گردید. بیماران بستری مختار بودند پرسشنامه را طی ۲۴ ساعت، تکمیل و به پژوهشگر بازگردانند. داده‌های پژوهش پس از جمع‌آوری، کدگذاری شده و توسط نرم‌افزار SPSS v.21 با استفاده از آزمون‌های تی مستقل، آنالیز واریانس و ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون برحسب نوع متغیر تجزیه و تحلیل شد.

داده‌های مورد نیاز برای پاسخگویی به سؤالات پژوهش با استفاده از پرسشنامه‌های اطلاعات فردی، نیازهای برآورده نشده بیماران مبتلا به سرطان (SUNS) و مدیریت افسردگی جمع‌آوری شده است.

اطلاعات فردی دربردارنده اطلاعات مربوط به مشخصات فردی بیمار بود که براساس متغیرهای پژوهش تدوین شده بودند. پرسشنامه نیازهای برآورده نشده بیماران مبتلا به سرطان (Survivor Unmet Needs Survey=SUNS) توسط Campbell در سال ۲۰۰۹ طراحی شده و دارای ۸۹ گویه و پنج حیطه شامل نیاز به اطلاعات، مسایل شغلی و نگرانی‌های مالی، دسترسی و تداوم به مراقبت، روابط و سازگاری افراد و نیازهای عاطفی است، میزان روایی این ابزار توسط Campbell در سال ۲۰۱۱ بر روی ۱۶۰۰ بیمار مبتلا به سرطان سنجیده شده است و پایایی آن ۰/۹۹ اعلام گردید. Campbell در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۱ انجام داده است این پرسشنامه را دارای بالاترین میزان روایی و پایایی در میان پرسشنامه‌های سنجش نیازهای بیماران مبتلا به سرطان اعلام می‌کند. در این پرسشنامه نمره‌دهی به سؤالات از ۴-۰ می‌باشد که پاسخ‌ها به صورت مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای که از نداشتن نیاز (نمره ۰) تا داشتن نیاز خیلی زیاد (نمره ۴) مشخص می‌شود. نمرات بالاتر نشان‌دهنده نیاز بیشتر فرد برای دریافت مراقبت‌های حمایتی و خدمات درمانی می‌باشد. به منظور جمع‌آوری داده‌های مربوط به مدیریت افسردگی بیمار از پرسشنامه ۶ سؤالی استفاده گردید که این پرسشنامه برگرفته از پرسشنامه خودکارآمدی بیماری‌های مزمن (Chronic Disease Self-Efficacy Scales=CDSSES) بود. این پرسشنامه در سال ۱۹۹۶ توسط Logric طراحی شده و دارای ۳۳ گویه و ۱۰ حیطه بود که یک حیطه آن مربوط به مدیریت افسردگی می‌باشد. پاسخ‌ها به صورت مقیاس لیکرت ۱۰ درجه‌ای از بدون عدم اطمینان به خود (نمره ۱) تا اطمینان کامل به خود (نمره

۱۰) طبقه‌بندی شده است و در حیطه مدیریت افسردگی نمره بالاتر نشان‌دهنده توانایی بیشتر فرد برای مدیریت علایم و نشانه‌های افسردگی است. پایایی داخلی حیطه مدیریت افسردگی توسط لوریگ ۰/۹۲ و نتیجه آزمون Test-Retest آن ۰/۸۲ اعلام گردیده است. براساس نتایج حاصل از تأمین روایی (داوری ۱۲ نفر از صاحب‌نظران در مورد پوشش محتوایی) و با توجه به تفاوت‌های فرهنگی، مذهبی، هنجارهای اجتماعی و تحمل بیماران تعداد گویه‌های پرسشنامه (SUNS) به ۶۵ عدد تقلیل یافت و پرسشنامه اصلاح شده بعد از حصول روایی و پایایی مورد استفاده قرار گرفت. برای تعیین روایی علمی ابزارها از روش روایی صوری و روایی محتوی استفاده شد و جهت تعیین پایایی ابزارهای مورد استفاده، از تعیین ضریب آلفا کرونباخ استفاده شد که برای پرسشنامه (SUNS) ۰/۹۵ و مدیریت افسردگی ۰/۹۰ محاسبه شد.

ملاحظات اخلاقی جهت انجام این پژوهش، کسب تأییدیه کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران و دریافت مجوزهای لازم و هماهنگی‌های لازم با مسؤولین محیط پژوهش بود. جهت جلب اعتماد بیماران، اهداف پژوهش برای آنان توضیح داده شد و برای ورود به مطالعه رضایت‌نامه آگاهانه و کتبی از واحدهای مورد پژوهش گرفته شد. به بیماران این اطمینان داده شد که شرکت در پژوهش داوطلبانه بوده و اطلاعات آن‌ها محرمانه خواهد ماند و به سؤالات مطرح شده از جانب آنان و همراهان نیز پاسخ‌های لازم داده شد. مسؤولین بیمارستان و واحدهای مورد پژوهش در صورت تمایل می‌توانستند از نتایج تحقیق مطلع گردند.

یافته‌ها

براساس یافته‌های پژوهش ۵۱/۱٪ بیماران مرد و ۴۸/۹٪ آنان زن بودند و میانگین سنی بیماران (۴۸/۳۳±۱۴/۱۹) سال و اکثر بیماران در گروه سنی بالاتر از ۵۰ سال قرار داشتند. بیشترین میزان ابتلا به سرطان در نمونه‌های پژوهش به ترتیب سرطان، روده ۱۷/۸٪، معده ۱۳/۶٪ و ریه ۹/۴٪ بودند. مدت بیماری اکثر بیماران ۲۱۰ نفر (۵۸/۳٪) بیشتر از یک سال بود و بیشترین میزان ابتلا به بیماری ۱۶۸ ماه و کمترین ۶ ماه و میانگین و انحراف معیار طول مدت بیماری (۱۸/۵۹±۱۹/۴۱) ماه بود (جدول شماره ۱).

در بین حیطه‌های نیازهای برآورده نشده بیشترین نیاز بیماران در حیطه مسایل شغلی و نگرانی‌های مالی با میانگین $(2/47 \pm 0/95)$ بود و به ترتیب نیاز به اطلاعات، نیاز به دسترسی و تداوم مراقبت، نیاز به ارتباط و سازگاری و نیازهای عاطفی بودند (جدول شماره ۲).
 نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره کلی نیاز برآورده نشده و مدیریت افسردگی همبستگی منفی و معناداری $(I = -0/26)$ وجود دارد $(p < 0/001)$ و بین تمام حیطه‌های نیازهای برآورده نشده و مدیریت افسردگی همبستگی منفی و معناداری وجود داشت که بدین معناست هرچه نیازهای برآورده نشده افراد کمتر باشد توانایی مدیریت افسردگی در این بیماران بیشتر خواهد بود (جدول شماره ۳).

در بررسی ارتباط میان متغیرهای زمینه‌ای و نیازهای برآورده نشده، نتایج آزمون t مستقل نشان داد که بین جنس، محل زندگی، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و نمره کلی نیازهای برآورده نشده ارتباط معناداری وجود ندارد $(p > 0/05)$ اما بین محل زندگی $(p = 0/004)$ ، سابقه ابتلا به سرطان در خانواده $(p = 0/02)$ ، سطح تحصیلات $(p = 0/000)$ با مدیریت افسردگی ارتباط معناداری وجود دارد. همچنین نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره کلی نیاز برآورده نشده و سن همبستگی مثبت و معناداری مشاهده شد $(p = 0/04)$. نتایج آزمون آنالیز واریانس نشان داد که بین وضعیت درآمد و نمره کلی نیازهای برآورده نشده ارتباط معناداری وجود دارد $(p = 0/000)$ که در افراد با وضعیت درآمد اقتصادی ضعیف، نیاز برآورده نشده با میانگین بالاتری $(2/33 \pm 0/71)$ مشاهده شد.

جدول ۱ - توزیع فراوانی ویژگی‌های فردی و بیماری بیماران مبتلا به سرطان مراجعه کننده به بیمارستان امید شهر مشهد

ویژگی‌های فردی و بیماری نمونه‌ها مورد پژوهش	تعداد	درصد
سن (سال)	< ۳۰	۵۸
	۳۰-۳۹	۵۴
	۴۰-۴۹	۷۵
	۵۰-۵۹	۹۲
	۶۰ >=	۸۱
جنس	مرد	۱۸۴
	زن	۱۷۶
وضعیت تأهل	مجرد	۷۰
	متاهل	۲۹۰
میزان تحصیلات	بی سواد	۱۲۱
	زیردیپلم	۱۴۱
	دیپلم	۶۸
	تحصیلات دانشگاهی	۳۰
وضعیت اشتغال	غیرشاغل	۲۴۰
	شاغل	۶۹
	بازنشسته	۵۱
محل زندگی	شهری	۲۴۲
	روستایی	۱۱۸
وضعیت درآمد اقتصادی	خوب	۴۱
	متوسط	۱۲۱
	ضعیف	۱۹۸
مرحله بیماری	I	۱۹۱
	II	۱۲۷
	III	۳۰
	IV	۱۲
نحوه درمان	جراحی	۱۸
	شیمی درمانی	۹۲
	رادیوتراپی	۳
	ترکیبی از موارد فوق	۲۴۷

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات حیطه‌های مختلف نیازهای برآورده نشده در بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان امید شهر مشهد

حیطه‌های نیازهای برآورده نشده	میانگین	انحراف معیار
نیاز در مورد شغل و نگرانی‌های مالی	۲/۴۷	۰/۹۵
نیاز به اطلاعات	۲/۴۴	۰/۹۵
نیاز دسترسی و تداوم به مراقبت	۲/۳۴	۰/۹۸
نیاز به ارتباط و سازگاری	۲/۰۶	۰/۹۳
نیازهای عاطفی	۱/۹۸	۰/۹۲

جدول ۳- ارتباط نمره کلی نیازهای برآورده نشده و حیطه‌های نیازهای برآورده نشده با مدیریت افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان امید شهر مشهد

حیطه	آزمون همبستگی پیرسون	نمره کلی نیازهای برآورده نشده	نیاز به اطلاعات	نگرانی‌های مالی	دسترسی و تداوم به مراقبت	روابط و سازگاری	نیازهای عاطفی
متغیر	r	-۰/۲۶	-۰/۲۱	-۰/۲۲	-۰/۱۱	-۰/۲۰	-۰/۲۶
مدیریت افسردگی	p-value	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۲	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰

بحث

هدف اصلی این مطالعه، تعیین نیازهای برآورده نشده بیماران مبتلا به سرطان و بررسی ارتباط آن با مدیریت افسردگی در این بیماران است. نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد اکثر بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش بیشترین نیاز خود را در حیطه مسایل شغلی و نگرانی‌های مالی ذکر کردند که برخلاف پژوهش‌های مشابه بود. در پژوهش Olson و همکاران (۱۶) که جهت بررسی نیازهای برآورده نشده بر روی همه بیماران سرطانی در مناطق شمالی کلمبیا انجام شد، بیشترین نیاز برآورده نشده در هر دو گروه بیماران شهری و روستایی، نیاز به اطلاعات بوده است. در پژوهش Park و همکاران (۹) بر روی زنان مبتلا به سرطان پستان نیز بیشترین نیاز گزارش شده مربوط به نیاز به اطلاعات و در پژوهش مردادی و همکاران (۱۷) نیز بیشترین نیاز زنان مبتلا به سرطان پستان، نیاز به اطلاعات بوده است. البته در پژوهش حاضر، نیاز به اطلاعات از اولویت بالایی پس از نیاز شغلی و نگرانی مالی برخوردار است. در پژوهش Schmid-Buchi و همکاران (۱۸) بیشترین نیاز برآورده نشده در بیماران مبتلا به سرطان پستان مربوط به حیطه نیازهای روانی و عاطفی بوده است. از این روی به نظر می‌رسد که در جامعه ما مسایل مربوط به هزینه‌های اقتصادی مواجه با سرطان به یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های بیماران مبتلا به سرطان بدل شده است. البته در این پژوهش برخلاف دیگر مطالعات، اکثر جمعیت شرکت‌کننده

را مردان که بیشترین بار اقتصادی خانواده را برعهده دارند تشکیل داده‌اند.

نتایج این مطالعه حکایت از وجود ارتباط معنادار آماری بین متغیر سن با نمره کلی متغیر نیاز برآورده نشده داشت و بیانگر این بود که با افزایش سن، نیازهای برآورده نشده بیماران نیز افزایش می‌یابد که Jorgensen و همکاران (۲۰۱۲) نیز در نتایج خود بیان می‌کنند بیماران مسن‌تر، سطوح پایین‌تر از نیاز برآورده نشده را نسبت به افراد جوان در انواع مختلف سرطان‌ها ذکر کرده‌اند. اما در پژوهش Sanders و همکاران (۱۹) که بر روی بیماران مبتلا به سرطان ریه انجام شد، به علت بررسی گروه سنی محدود ارتباط معناداری بین سن و نمره کلی نیاز برآورده نشده گزارش نشد. اما در این پژوهش طیف وسیع گروه‌های سنی ۱۸ تا ۷۰ سال بررسی شدند.

در این پژوهش بین جنس و نمره کلی نیاز برآورده نشده ارتباط معنادار آماری یافت نشد که این یافته با نتایج مطالعات Bredart و همکاران (۲۰) و Sanders و همکاران (۱۹) مطابقت دارد.

در پژوهش Park و همکاران (۹) بیان می‌شود نیازهای برآورده نشده ارتباط معناداری با سطح تحصیلات و وضعیت درآمد اقتصادی افراد داشته است. که در این پژوهش برخلاف پژوهش Park بین نیازهای برآورده نشده و سطح تحصیلات ارتباطی وجود نداشت البته در پژوهش Park و همکاران فقط افراد دارای سطح تحصیلات راهنمایی و بالاتر وارد مطالعه شدند. در این پژوهش بین وضعیت درآمد و نیازهای برآورده نشده ارتباط

مثبت وجود داشت و همچنین بین وضعیت درآمد و همه حیطه‌های نیازهای برآورده نشده ارتباط معناداری مشاهده شد. لذا این ارتباط بیانگر این است که پرداخت هزینه‌های بالای درمان سرطان می‌تواند باعث کاهش دسترسی بیماران به درمان‌های ضروری، کاهش استفاده از داروهای مؤثر و نهایتاً کاهش وضعیت سلامت و افزایش نیازهای مراقبتی و کاهش کیفیت زندگی به خصوص در بیماران با درآمد کم شود (۱۵).

بیماران مبتلایان به سرطان، با مشکلات روان‌شناختی متعددی نیز مواجه‌اند. پژوهش‌ها، نشان می‌دهد که افسردگی، بیشترین شیوع را در بین این بیماران دارد و خطر مرگ در بیماران سرطانی که علائم افسردگی را گزارش می‌کنند، بیشتر از بیماران غیرافسرده است (۲۳). یافته‌های پژوهش Park و همکاران (۹) نشان می‌دهد افرادی که دارای درجه‌ای از افسردگی هستند دارای میزان بالاتری از نیازهای برآورده نشده در بعد روانی و جسمی و فعالیت‌های روزانه هستند. پژوهش حاضر نیز نشان می‌دهد که افرادی که توانایی مدیریت افسردگی کمتری دارند دارای نیازهای برآورده نشده بالاتری در همه حیطه‌ها هستند. نتایج نشان داد که بین نمره کلی نیاز برآورده نشده و مدیریت افسردگی همبستگی منفی و معناداری مشاهده شد و همچنین بین مدیریت افسردگی با تمام حیطه‌های نیاز برآورده نشده ارتباط معناداری وجود داشت.

بین سطح تحصیلات و مدیریت افسردگی ارتباط معناداری مشاهده شد. که این یافته با نتایج پژوهش تقوی و همکاران (۲۲) و درخشان‌فر و همکاران (۱۲) و قهاری و همکاران (۱۳۹۱) مطابقت دارد. این ارتباط، می‌تواند ناشی از این باشد که بیماران تحصیل کرده اغلب روابط اجتماعی بیشتری داشته، بیشتر شاغل بوده، مطالعات بیشتری دارند و میزان آگاهی این افراد از فرآیند اجرایی و تمهید سبک زندگی متناسب سبب بهینه‌سازی آن افزایش یافته و در نتیجه قدرت سازگاری بیشتری با بحران‌ها داشته و توانایی مدیریت بیشتری برای افسردگی خود دارند (۲۲).

در مطالعه تقوی و همکاران (۲۲) و درخشان‌فر و همکاران (۱۲) و رجیبی‌زاده و همکاران (۲۳) بین متغیر محل زندگی و میزان بروز افسردگی ارتباط معناداری یافت نشد اما در پژوهش تقوی و همکاران (۲۲) بین درجات افسردگی و شهری یا روستایی بودن ارتباط معناداری

مشاهده شد. اما نتایج این مطالعه نشان داد که بین محل زندگی (شهری و روستایی بودن) و نمره مدیریت افسردگی ارتباط معناداری وجود داشت. که بدون شک معنادار بودن این ارتباط با توجه به بررسی حجم نمونه بیشتر و انواع مختلف سرطان‌ها بوده است. در خصوص ارتباط محل سکونت با مدیریت افسردگی در این مطالعه به نظر می‌رسد که گسترش امکانات بهداشتی درمانی، دسترسی به پزشک متخصص، وسایل ارتباطی آسان و حمل و نقل راحت در سطح شهرها که منجر به بهبود شاخص‌های بهداشتی مناطق شهری شده است و عدم دسترسی افراد روستایی با این امکانات و مراجعات مکرر به شهرها برای پیگیری درمان می‌تواند بر وضعیت روحی- روانی و انگیزه درمانی افراد تأثیر سو بگذارد.

همچنین بین سابقه ابتلا به سرطان در خانواده و مدیریت افسردگی نیز ارتباط معناداری مشاهده شد. اما در هیچ کدام از مطالعات مشابه به بررسی ارتباط این دو متغیر پرداخته نشده است.

نتیجه‌گیری

بیماران مبتلا به سرطان علاوه بر بیماری خود، با مشکلات و نیازهای جانبی ناشی از بیماری روبه‌رو هستند. لذا با توجه به متنوع بودن نیازها و نگرانی‌های بیماران مبتلا به سرطان، شناخت دقیق نیازها و نگرانی‌های آنان ضرورت بسیار دارد و درک نیازهای بیماران در مواجهه با سرطان و علائق آنان، به کارکنان حرفه‌ای به خصوص پرستاران، به عنوان اصلی‌ترین فرد ارائه‌کننده خدمات درمانی و مراقبتی، کمک می‌کند تا با اولویت‌بندی مراقبت‌های بیماران سرطانی؛ خدمات مشاوره‌ای، مراقبتی و حمایتی مناسب را برای بیماران و خانواده‌ها فراهم نمایند و از آنجا که افسردگی یک عامل خطر در کاهش میزان بقا در بیماران سرطانی و عامل مهمی در عدم قبول خدمات درمانی از سوی بیماران می‌باشد، هرچه که فرد توانایی مدیریت افسردگی را در خود بهبود ببخشد میزان نیازهای برآورده نشده ناشی از بیماری نیز کاهش می‌یابد و لذا عود بیماری افسردگی و حالت‌های آن برای بیمار و خانواده بسیار پر تنش بوده و منجر به عدم سازش با بیماری و تأثیر بر روابط بین فردی، سیر درمان و پیش‌آگهی بیماری در بیماران مبتلا به سرطان می‌شود و سبب افزایش هزینه‌های درمانی، از کار افتادگی و یا بستری بیماران می‌شود. بنابراین جهت برنامه‌ریزی مراقبت‌های پرستاری و

صورت مصاحبه و مشکلات موجود در تفهیم سؤالات و دریافت دقیق منظور پاسخ گوینده از دقت پژوهش حاضر و مطالعات مشابه کاسته است.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دانشجویی کارشناسی ارشد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران بوده است. از حمایت تمام کسانی که به نحوی در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند، معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پرستاری و مامایی تهران و نیز همکاران محترم در بیمارستان امید شهر مشهد، به ویژه از لطف سوپروایزر آموزشی سرکار خانم کاووسی و سوپروایزر بالینی بیمارستان جناب آقای میرزا ثانی و در پایان از تمام واحدهای پژوهش (بیماران) که بدون همکاری آنان انجام این پژوهش میسر نبود، سپاسگذاری می‌شود.

ارتقای سلامت روانی، شناسایی به موقع افراد و آموزش‌های فردی و گروهی به عنوان یکی از اجزای برنامه درمانی بیماران سرطانی به ویژه بیمارانی که دارای عوامل خطر می‌باشند، ضروری بوده و می‌تواند نقش به‌سزایی در افزایش توان خودمراقبتی و کاهش میزان نیازهای برآورده نشده افراد داشته باشد. در نتیجه پیشنهاد می‌گردد، در پژوهش‌های آینده به بررسی آموزش‌های مبتنی بر راهبردهای مقابله و سازگاری بر میزان بروز افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان و تأثیر آن بر نیازهای برآورده نشده این افراد نیز پرداخته شود.

از محدودیت پژوهش حاضر، دسترسی پژوهشگران به نمونه‌های پژوهش به تفکیک نوع سرطان در زمان محدود بود و عدم وجود نمونه در زمان تعیین شده، باعث نمونه‌گیری از همه بیماران شد و از محدودیت‌های دیگر می‌توان به جمعیت قابل توجه بیماران بی‌سواد در پژوهش اشاره کرد که البته این مشکل در مطالعات مشابه دیگر نیز وجود داشته است. بی‌شک پر کردن پرسشنامه به

منابع

- 1 - Esmaceli R, Ahmadi F, Mohammadi E, Tirgari Seraj A. Support: The Major Need of Patients Confronting with Cancer Diagnosis, *Majale danshgah olom pezeshki mazandaran*. 2012; 22(89): 21-31.
- 2 - Rahnema M, Fallahi Khoshknab M, Seyed Bagher Madah S, Ahmadi F. Cancer patients' perception of spiritual care, *Majale akhlagh va tarikh pezeshki*. 2012; 5(3): 64-81.
- 3 - Harrison JD, Young JM, Price MA, Butow PN, Solomon MJ. What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review. *Supportive Care in Cancer*. 2009; 17(8): 1117-28.
- 4 - Carey M, Lambert S, Smits R, Paul C, Sanson-Fisher R, Clinton-McHarg T. The unfulfilled promise: a systematic review of interventions to reduce the unmet supportive care needs of cancer patients. *Support Care Cancer*. 2012; 20(2): 207-19.
- 5 - Fitch M. Providing supportive care for individuals living with cancer. Toronto: Ontario Cancer Treatment and Research Foundation; 1994.
- 6 - Sanson-Fisher R, Carey M, Paul Ch. Measuring the Unmet Needs of Those with Cancer: A Critical Overview. *Cancer Forum*. 2009; 33(3): 200-3.
- 7 - Thewes MB, Butow MP, Girgis A, Pendlebury S. Assessment of Unmet Needs Among Survivors of Breast Cancer. *Psychooncology*. 2004; 22(1): 51-73.
- 8 - 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. *Eur J CancerCare*. 2011; 20(4): 466-74.
- 9 - Park BW, Hwang SY. Unmet Needs and Their Relationship with Quality of Life among Women with Recurrent Breast Cancer. *J Breast Cancer*. 2012; 15(4): 454-61.
- 10 - American Cancer Society. (2009). Depression in cancer patient (MeSH). [on-line]. Available : <http://www.cancer.org/docroot/RED>. Accessed April 21, 2010.

- 11 - Khodai S, Dastgerdi R, Haghghi F, Sadatjoo SA, Keramati A. The Effect of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Depression in Patients with Cancer. *Majale Danshgah Olom Pezeshki Birjand*. 2011; 17(3): 183-190.
- 12 - Derakhshanfar A, Niayesh A, Abbasi M, Ghalaeeha A, Shojaee M. Frequency of Depression in Breast Cancer Patients: A Study in Farshchian and Besat Hospitals of Hamedan during 2007-8, *Majale jarahi iran*. 2013; 21(2): 326-333.
- 13 - Hasani Khiabani N, Babapour J, Alipour A. The impact of cognitive - behavioral therapy in reducing depression in women with breast cancer. *Majale Pezeshki Daneshgah Olom Pezeshki Tabriz*. 2011; 33(5): 50-55.
- 14 - Banki Y, Abedin AR, Monirpour N. The role of cognitive variables in depressed adolescents with cancer. *Ravanshenasi va Salamat*. 2011; 1(1): 111-134.
- 15 - Malekian A, Alizadeh A, Ahmadzadeh GH. Anxiety and Depression in Cancer Patients. *Majale Pajohesh dar Olom Raftari*. 2007; 5(2): 115-118.
- 16 - Olson RA, Howard F, Turnbull K, Munroe D, Zirul C, Manjiet R, et al. Prospective evaluation of unmet needs of rural and aboriginal cancer survivors in Northern British Columbia. *Current Oncology*. 2014; 21(2): 179-85.
- 17 - Moradi N, Abdollahzadeh F, Rahmani A, Zamanzadeh V. Effects of husbands' education on meeting supportive care needs of breast cancer patients: A randomized clinical trial. *Majale elmi va pajoheshi daneshkade parastari va mamaie hamedan*. 2013; 21(3): 40-50.
- 18 - Schmid-Buchi S, Halfens RJ, Muller M, Dassen T, Van den Borne B. Factors associated with supportive care needs of patients under treatment for breast cancer. *Eur J Oncol Nurs*. 2013; 17(1): 22-29.
- 19 - Sanders SL, Bantum EO, Owen JE, Thornton AA, Stanton AL. Supportive care needs in patients with lung cancer. *Psychooncology*. 2010; 19(5): 480-9.
- 20 - Bredart A, Kop JL, Griesser AC, Fiszer C, Zaman K, Panes-Ruedin B, et al. Assessment of needs, health-related quality of life, and satisfaction with care in breast cancer patients to better target supportive care. *Ann Oncol*. 2013; 24(8): 2151-58.
- 21 - Ahadi H, Mehryar AH, Nafisi GR, Nikofar AR, Jahanian S. Comparison of coping with stress and depression in Three groups of cancer patients. *Andishe va rafter dar ravanshnasi balini*. 2011; 6(21): 35-43.
- 22 - Taghavi M, Kalafi E, Talei AR, Dehbozorgi GR, Taghavi MA. Investigating the Relation of Depression and Religious Coping and Social Support in Women with Breast Cancer. *Majale Danashkade Pezeshki Esfahan*. 2011; 28(115): 901-909.
- 23 - Rajabi zadeh GH, Mansoori M, Shakibi M, Ramezani M. Determination of Factors Related to Depression in Cancer Patients of the Oncology Ward in Kerman. *Majale Danshgah Olom Pezeshki Kerman*. 2005; 12(2): 142-147.
- 24 - McDowell ME, Occhipinti S, Ferguson M, Dunn J, Chambers SK. Predictors of change in unmet supportive care needs in cancer. *Psycho-Oncology*. 2010; 19(10): 508-16.
- 25 - Ream E, Quennell A, Fincham L, Faithfull S, Khoo V, Wilson-Barnett J, et al. Supportive care needs of men living with prostate cancer in England: a survey. *British Journal of Cancer*. 2008; 98(3): 1903-9.

Unmet needs and its relationship with the management of depression in patients suffering from cancer

Ramezanzade-Tabriz¹ E (MSc.) - Parsa-Yekta² Z (Ph.D) - Shahsavari³ H (Ph.D) - Yekaninejad⁴ MS (Ph.D).

Abstract

Introduction: Identifying of the unmet needs of patients suffering from cancer can provide the opportunity for need-based individual care plan. Meanwhile, the depression is a risk factor for reduced survival in cancer patients and also is known as an important factor in the treatment adherence, but can be managed by the patient. Therefore, this study aimed to identify unmet needs and its relationship with the management of depression in patients suffering from cancer.

Method: This is a cross-sectional, descriptive-correlational study. The study included 360 cancer patients admitted to Omid hospital in Mashhad. Data were collected from February 2014 until June 2014 by Census sampling. The data was gathered by three questionnaires including the demographic information, the Survivor Unmet Needs Survey and the self-management of depression. To determine the measures validity, factor analysis method was used And Alpha Cronbach were calculated to examine reliability of the measures. Data were analyzed using SPSS software version 21 and Data analysis was performed by ANOVA, *t*-test, Pearson correlation and regression analysis statistical tests.

Results: 51.1% of patients were male and 48.9% were women. The majority of participants, 6.80% were married, 7.66% were employed and 9.26% had high school or college education. Most of participants had colon cancer were 17.8%, stomach cancer 13.6% and lung cancer 4.9% respectively. The highest unmet needs score was belonged to concern about work and financial needs with an average of (47.2±0.95), and the other unmet needs were belonged to information needs (2.44±0.95), needs for access and continuity of health care (2.34±0.98), coping and sharing needs (2.06±0.93), and emotional needs (1.98±0.92) respectively. There was a significant and reverse correlation between the total score of unmet needs and the score of depression management ($r=-0.26$; $P<0.001$).

Conclusion: Nurses and other health workers are needed to determine the unmet needs of patients and plan their care based on the priorities of the patient's needs. However, they need to pay more attention to the role of the patient's management of depression in the amount of the unmet needs.

Key words: unmet needs, depression management, cancer

Accepted: 28 June 2014

Accepted: 22 November 2014

1 - Instructor, Nursing Department, Faculty of Neyshabur University of Medical Sciences , Neyshabur University of Medical Sciences, Khorasan Razavi, Iran

2 - Corresponding author: Professor, Medical-Surgical Department, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

e-mail: zparsa@sina.tums.ac.ir

3 - Assistant Professor, Medical-Surgical Department, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4 - Assistant Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

