

# کیفیت زندگی و ارتباط آن با استرس، اضطراب و افسردگی در افراد مبتلا به سرطان

## پروستات: یک مطالعه مقطعی

فاطمه بنی اسدی<sup>۱</sup> احمد برجعلی<sup>۲\*</sup> حمید پور شریفی<sup>۳</sup> بهرام مفید<sup>۴</sup>

۱. گروه روانشناسی، واحد بین الملل کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران.
۲. گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.
۳. گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
۴. گروه رادیوتراپی و آنکولوژی، مرکز درمانی شهدای تجریش، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

### چکیده

**هدف:** سرطان پروستات تأثیر منفی بر روی کیفیت زندگی دارد و استرس و اضطراب این تأثیر منفی را تشدید می‌نماید. تحقیق حاضر با هدف تعیین ارتباط کیفیت زندگی و ارتباط آن با استرس، اضطراب و افسردگی در مبتلایان به سرطان پروستات انجام شد.

**روش‌ها:** در این پژوهش توصیفی - تحلیلی تعداد ۱۰۰ بیمار مبتلا به سرطان پروستات مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهید لیاقتی و شهدای تجریش شهر تهران به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران و مقیاس اضطراب افسردگی بیمارستانی پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**نتایج:** میانگین نمره کیفیت زندگی  $50.70 \pm 10.09$ ، استرس  $13.60 \pm 4.13$ ، اضطراب  $12.87 \pm 4.12$  و افسردگی  $18.23 \pm 3.12$  بود. بین متغیرهای کیفیت زندگی با استرس ( $-0.583$ )، اضطراب ( $0.312$ ) و افسردگی ( $-0.329$ ) ارتباط آماری معنادار معکوسی مشاهده شد.

**نتیجه‌گیری:** اضطراب و افسردگی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پروستات را کاهش می‌دهد. به نظر می‌رسد در کنار درمان‌های پزشکی، اجرای مداخله‌های روان‌شناختی مناسب به منظور افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پروستات مؤثر باشد.

**کلیدواژه‌ها:** اضطراب، استرس، افسردگی، سرطان پروستات، کیفیت زندگی.

نوع مقاله: پژوهشی

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۶/۱۸ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۰۸/۸

ارجاع: بنی اسدی فاطمه، برجعلی احمد، پور شریفی حمید، مفید بهرام. کیفیت زندگی و ارتباط آن با استرس، اضطراب و افسردگی در افراد مبتلا به سرطان پروستات: یک مطالعه مقطعی. طب پیشگیری. ۱۴۰۰؛ ۴۸(۴): ۶۹-۷۷.

### مقدمه

با وجود پیشرفت‌های قابل توجه علم پزشکی همچنان سرطان به عنوان یکی از مهم‌ترین بیماری‌های قرن حاضر مطرح است، این بیماری با تغییر شکل غیرطبیعی سلول‌ها و از دست رفتن تمایز سلولی مشخص می‌شود (۲). در ایران، سرطان دومین گروه بزرگ بیماری‌های غیرواگیر مزمن و سومین عامل شایع مرگ پس از بیماری‌های قلبی، تصادفات و سایر پدیده‌های طبیعی است (۲). در این میان، سرطان پروستات یکی از شایع‌ترین سرطان‌ها در بین مردان در سراسر جهان

است. علاوه بر این، پس از سرطان ریه، دومین عامل مرگ ناشی از سرطان است (۳).

سرطان پروستات شایع‌ترین سرطان بدخیم در مردان است که در کشور ایران روند صعودی را به خود گرفته است. براساس آمار سال ۲۰۱۰ از بین سرطان‌های مردان، سرطان پروستات شایع‌ترین سرطان تشخیص داده شده و بیشترین موارد بروز (و دومین علت مرگ و میر) پس از سرطان ریه را به خود اختصاص می‌دهد. میزان بروز این سرطان در مردان ایرانی ۹/۶ در ۱۰۰۰۰۰ است (۶-۴).

نویسنده مسئول: احمد برجعلی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

ORCID: 0000-0001-6823-7600

پست الکترونیکی: borjali@atu.ac.ir

تلفن: ۹۸۹۱۲۵۲۶۴۹۴۷+

علائم دارند (۱۷). کیفیت زندگی، مقیاسی از درک بیمار از تندرستی خود است که شامل حوزه‌های جسمی، روانی، معنوی، اجتماعی و رفاه اقتصادی می‌شود و یکی از شاخص‌های سنجش سلامت است (۹، ۱۸).

سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را به عنوان درک افراد از وضعیت زندگی، در قالب فرهنگ و ارزش‌های حاکم بر جامعه و در ارتباط با اهداف، انتظارات و علایق خود معرفی می‌کند. براساس این تعریف، کیفیت زندگی، ارتباط تنگاتنگی با وضعیت سلامت روانی دارد (۱۹). مطالعات متعددی به ارتباط کیفیت زندگی با سلامت روانی (استرس، اضطراب و افسردگی) در گروه‌های هدف مختلف صحه گذاشتند (۲۰، ۲۱).

با توجه به این که سرطان پروستات از نظر بروز و مرگ و میر پراهمیت‌ترین سرطان برای مردان است، همچنین به دلیل این که تاکنون مطالعه‌ای با این هدف در شهر تهران انجام نشده است و این بیماران از این نظر مورد غریبالگری قرار نگرفته‌اند، این مطالعه با هدف تعیین ارتباط بین کیفیت زندگی با استرس، اضطراب و افسردگی در سال ۱۳۹۸ تدوین و اجرا گردید.

### مواد و روش‌ها

در این مطالعه توصیفی - همبستگی، جامعه پژوهش را مردان مبتلا به سرطان پروستات که جهت انجام شیمی‌درمانی به بیمارستان‌های شهید لبافی‌نژاد و شهدای تجریش شهر تهران مراجعه کرده بودند، تشکیل دادند. تعداد ۱۰۰ نفر از بیماران براساس فرمول نمونه‌گیری کوهن به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن بین ۷۵-۵۰ سال، ابتلا به سرطان پروستات و حداقل یک سال تحت درمان بودن (با تأیید متخصص مربوطه)، حداقل سطح تحصیلات (خواندن و نوشتن)، تکمیل رضایت‌نامه و تمایل به شرکت در پژوهش بود. معیارهای خروج عدم تمایل آزمودنی به ادامه شرکت در مطالعه بود. روش کار بدین صورت بود که پژوهشگر در طی روزهای مختلف هفته در بیمارستان حضور

دریافت خبر تشخیص سرطان برای اکثر مردم بسیار ترسناک است و اغلب باعث پریشانی روانی می‌شود (۷). اضطراب و افسردگی، پریشانی روانی رایج در بین اکثر بیماران مبتلا به سرطان است (۸). اعمال جراحی، شیمی‌درمانی و رادیوتراپی و عدم قطعیت در طول پیشرفت بیماری می‌تواند منجر به علائمی مثل اضطراب، ترس و افسردگی شود. براساس مطالعات مختلف، افسردگی و اضطرابی که در حین تشخیص و درمان سرطان رخ می‌دهد، باعث افزایش علائم جسمی و روان‌شناختی شده و منجر به تأثیر منفی بر کیفیت زندگی می‌شود (۹).

طبق پیشبینی‌های صورت گرفته این میزان در سال ۲۰۲۰ به حدود ۱۶ میلیون نفر افزایش خواهد یافت. یکی از موضوعاتی که در بیماران سرطانی حائز اهمیت است، بررسی و ارتقای کیفیت زندگی در آن‌ها می‌باشد. کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی است که تحت تأثیر چهار بعد جسمی، اجتماعی، روانی و عملکردی می‌باشد. در واقع کیفیت زندگی مطلوب انعکاسی از وضعیت جسمانی، روانی، اجتماعی و عملکردی مناسب می‌باشد. کیفیت زندگی در تمام مراحل زندگی یک بیمار سرطانی به عنوان یک عامل مهم سلامت در نظر گرفته می‌شود (۱۰-۱۲).

Kwon و همکاران در تحقیقی کیفیت زندگی بیماران سرطانی را نتایج تحقیق آنها نشان داد که کیفیت زندگی بیماران سه سال بعد از تشخیص بیماری به طور معناداری پایین‌تر از زمان تشخیص بود (۱۳). تحقیق دیگری توسط شیروانی و همکاران بر روی ۷۰ بیمار مبتلا سرطان سینه انجام شد. آنها اظهار نمودند بیماران تحت بررسی کیفیت زندگی مطلوبی نداشته‌اند (۱۴).

امروزه هدف تنها زنده ماندن بیماران سرطانی نیست، بلکه بیماران خواهان یک زندگی با کیفیت مناسب هستند. مطالعات حاکی از تأثیر منفی سرطان پروستات بر کیفیت زندگی بودند (۱۵، ۱۶). مطالعه‌ای دیگر گزارش نمود که مردان مبتلا به سرطان پروستات، نیازهای برآورده نشده‌ای از نظر کیفیت زندگی و

عامل در آن در نظر گرفته شود (کرافورد و هنری، ۲۰۰۳). پایایی این مقیاس در ایران در یک نمونه جمعیت عمومی شهر مشهد برای افسردگی ۰/۷، اضطراب ۰/۶۶ و استرس ۰/۷۶ گزارش شده است (ملکی، اصغری و سالاری). همچنین میزان همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ برای افسردگی ۰/۹۴، اضطراب ۰/۹۲ و استرس ۰/۸۹ گزارش شده است (مرادی‌پناه). در پژوهش حاضر نیز میزان همسانی درونی با استفاده از محاسبه آلفای کرونباخ برای افسردگی ۰/۸۲، اضطراب ۰/۸۴ و استرس ۰/۸۷ حاصل شد.

داده‌ها پس از جمع‌آوری وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ شد از روش‌های آماری توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید. 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 سوالات مطرح شده از جانب آنان و همراهان نیز پاسخ‌های لازم داده شد.

### یافته‌ها

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که در گروه نمونه از نظر تحصیلات بیشترین فراوانی مربوط به دیپلم و فوق‌دیپلم (۴۲ نفر) است. ۲۳ نفر (۲۳ درصد) زیردیپلم و ۳۱ نفر (۳۱ درصد) لیسانس بودند. همچنین تنها ۴ نفر از گروه نمونه تحصیلات فوق لیسانس و بالاتر را داشت. از نظر سن کم‌سن‌ترین فرد در گروه نمونه ۵۰ سال و پیرترین فرد ۷۵ سال سن داشت. میانگین سن کل گروه نمونه ۶۴/۲۵ و انحراف معیار آن ۶/۲۵ است. کمترین زمان تحت درمان بودن ۱۳ ماه و بیشترین زمان ۴۲ ماه است.

پیدا نموده و با توجه به معیارهای ورود به مطالعه بیماران را شناسایی و پرسشنامه‌ها را به صورت خود گزارش‌دهی تکمیل می‌نمود. ابزارهای مطالعه شامل دو بخش بودند: ۱. پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (SF-36): این پرسشنامه توسط ویر و شربورن (۱۹۹۲) تهیه شد که روایی و پایایی آن در مطالعات مختلف سنجیده شده است (۱۲،۲۲). پرسشنامه فوق دارای ۳۶ گویه با ۸ زیرمقیاس مختلف سلامت، شامل سلامت عمومی، عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلایل، محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی، درد بدنی، عملکرد اجتماعی، نشاط و سلامت روانی است. نحوه نمره‌دهی با توجه به تعداد گزینه‌های هر گویه، تعیین می‌شود. نمره هر بعد با توجه به نمره زیرمقیاس‌های آن محاسبه می‌شود. به طوری که کل امتیاز در هر بعد تقسیم شده و به این ترتیب به نمره ابعاد جسمی و روانی محاسبه می‌شود. برای محاسبه نمره کل پرسشنامه، مجموع اعداد به دست آمده از هر زیرمقیاس را بر عدد ۸ (تعداد کل زیرمقیاس‌ها) تقسیم نموده که عدد به دست آمده باید عددی بین صفر تا ۱۰۰ باشد. پایین‌ترین نمره در این پرسشنامه صفر و بالاترین ۱۰۰ است که صفر بدترین حالت و ۱۰۰ بهترین حالت را در مقیاس مورد نظر نشان می‌دهد. در پژوهش حاضر، ضریب پایایی کل مقیاس با استفاده از محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد. بخش دوم پرسشنامه مقیاس پریشانی روان‌شناختی DASS-21: این مقیاس که اولین بار توسط لویباند در سال ۱۹۹۵ ارائه شد، دارای گزینه‌های اصلاً کم، متوسط و زیاد بود. کمترین امتیاز مربوط به هر سؤال، صفر و بیشترین نمره، ۳ بود (۲۳). طبق مطالعه‌ای، پرسشنامه افسردگی و اضطراب بک با مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس DASS-21 همبستگی بالایی را نشان داد (بیکر و همکاران، ۲۰۰۱). کرافورد و هنری، DASS-21 را با دو ابزار دیگر مربوط به افسردگی اضطراب و یک ابزار مربوط به عاطفه مثبت و منفی مقایسه کردند و نتیجه گرفتند که بهترین حالت برای DASS-21 زمانی است که هر سه

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش (n=100)

متغیر	سطوح متغیر	فراوانی	درصد	متغیر	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف معیار
تحصیلات	زیر دیپلم	۲۳	۲۳	سن	۵۰	۷۵	۶۴/۲۵	۶/۲۵
	دیپلم و فوق دیپلم	۴۲	۴۲		طول درمان (تعداد ماه)	۱۳	۴۲	۲۴/۸۵
فوق لیسانس و دکترا	لیسانس	۳۱	۳۱					
		۴	۴					

طبق نتایج جدول ۴، نتایج تحلیل همبستگی نشان می‌دهد که بین متغیرهای کیفیت زندگی وابسته به سلامت و ابعاد آن با متغیرهای پریشانی روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) رابطه معکوس معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، عوامل پریشانی روان‌شناختی، به طور کلی کیفیت زندگی وابسته به سلامت و سلامت روانی و جسمانی افراد مبتلا به سرطان پروستات را تحت تأثیر قرار می‌دهند. هر چقدر افسردگی، اضطراب و استرس در این بیماران بیشتر شود، کیفیت زندگی و سلامت روانی و جسمانی آنان کم خواهد شد.

جدول ۴- همبستگی بین متغیرهای کیفیت زندگی با پریشانی روان‌شناختی در افراد مبتلا به سرطان پروستات

متغیر	استرس	اضطراب	افسردگی
کیفیت زندگی	-۰/۵۸۳**	-۰/۳۱۲*	-۰/۳۲۹*
سلامت روانی	-۰/۶۵۷**	-۰/۶۲۸**	-۰/۶۱۶**
سلامت جسمانی	-۰/۵۸۳**	-۰/۳۱۲*	-۰/۳۲۹*

\*\* (P&lt;۰/۰۱)، \* (P&lt;۰/۰۵)

طبق نتایج جدول ۴، نتایج تحلیل همبستگی نشان می‌دهد که بین متغیرهای کیفیت زندگی وابسته به سلامت و ابعاد آن با متغیرهای پریشانی روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) رابطه معکوس معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، عوامل پریشانی روان‌شناختی، به طور کلی کیفیت زندگی وابسته به سلامت و سلامت روانی و جسمانی افراد مبتلا به سرطان پروستات را تحت تأثیر قرار می‌دهند. هر چقدر افسردگی، اضطراب و استرس در این بیماران بیشتر شود، کیفیت زندگی و سلامت روانی و جسمانی آنان کم خواهد شد.

بر اساس نتایج مندرج در جدول ۲، تعداد ۴۱ نفر (۴۱ درصد) از گروه نمونه کمتر از ۲ سال تحت درمان بودند. ۲۳ نفر (۲۳ درصد) بین ۲۲ ماه تا ۲۸ ماه و ۲۷ نفر (۲۷ درصد) ۲۹ الی ۳۵ ماه تحت درمان بودند. همچنین ۹ نفر (۹ درصد) ۳۶ الی ۴۳ ماه از دوره درمان آنان می‌گذشت.

جدول ۲- فراوانی و درصد گروه نمونه پژوهش برحسب تعداد ماه‌های تحت درمان

متغیر	دامنه تغییر	فراوانی	درصد
	۱۳-۲۱ ماه	۴۱	۴۱
	۲۲-۲۸ ماه	۲۳	۲۳
	۲۹-۳۵ ماه	۲۷	۲۷
	۳۶-۴۳ ماه	۹	۹

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین کیفیت زندگی وابسته به سلامت ۵۰/۷۰ است. در ابعاد کیفیت زندگی، میانگین سلامت روانی گروه نمونه ۵۰/۵۲ و سلامت جسمانی ۴۴/۵۲ است. در ابعاد پریشانی روان‌شناختی، میانگین استرس ۱۴/۶۰، میانگین اضطراب ۱۲/۸۷ و میانگین افسردگی گروه نمونه ۱۲/۵۲ است.

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی وابسته به سلامت و ابعاد پریشانی روان‌شناختی

متغیر	فراوانی	درصد
کیفیت زندگی وابسته به سلامت	۵۰/۷۰	۸/۵۹
سلامت روانی	۵۰/۵۲	۵/۵۸
سلامت جسمانی	۴۴/۵۲	۷/۰۹
استرس	۱۴/۶۰	۴/۱۳
اضطراب	۱۲/۸۷	۴/۱۲
افسردگی	۱۲/۵۲	۳/۱۸

## بحث و نتیجه‌گیری

تحقیق حاضر با هدف تعیین ارتباط بین کیفیت زندگی با استرس، اضطراب و افسردگی انجام شد. همان گونه که نتایج نشان داد، رابطه آماری معکوس معناداری بین کیفیت زندگی با هر یک از متغیرهای استرس، اضطراب و افسردگی مشاهده شد. در مطالعه حاضر ارتباط آماری معنادار معکوسی بین استرس و کیفیت زندگی مشاهده شد. به گونه‌ای که با افزایش استرس نمره کیفیت زندگی افراد کاهش می‌یافت. در تأیید یافته‌های ما در مطالعاتی بین استرس و کیفیت زندگی ارتباط آماری معنادار معکوسی مشاهده شد (۲۶-۹،۲۴).

در مورد تأثیر استرس بر کیفیت زندگی نشان داده شده است که یکی از اثرات مخرب استرس بر کیفیت زندگی می‌تواند انتخاب روش‌های هیجان‌مدار توسط بیمار باشد که استفاده از این روش‌های هیجان‌مدار باعث کاهش کیفیت زندگی آنها می‌شود. علاوه بر اثرات مخرب استرس بر کیفیت زندگی، استرس باعث کاهش استفاده از راهکارهای مؤثر و اثربخش و استفاده از راهکارهای غیرفعال و اجتنابی می‌شود. بنابراین آموزش راه‌های مقابله‌ای مؤثر در بیماران با استرس بالا از اهمیت خاصی برخوردار است (۲۷).

بیش از ۷۰ درصد بیماران مبتلا به سرطان، زمان تشخیص و درمان را پراسترس‌ترین زمان می‌دانند چرا که نگرانی‌های جسمی و عوارض جانبی ناشی از شیمی‌درمانی همراه با مشکلات روانی، اجتماعی، اقتصادی می‌توانند کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی را که یکی از موضوعات مهم در درمان و بهبودی آنان محسوب می‌شود، تحت تأثیر قرار دهد (۲۸). در تحلیل این یافته شاید بتوان گفت که طبق تئوری استرس لازاروس استرس باعث کاهش کیفیت زندگی بیماران سرطانی در بعد عملکرد جسمانی، روانی و ... می‌شود. لذا، آموزش مهارت‌های روان‌شناختی کنترل استرس می‌تواند نقشی مهم در افزایش کیفیت زندگی بیماران با سرطان پروستات شود. براساس نتایج تحقیق ما، کیفیت زندگی ارتباط آماری معنادار

معکوسی با اضطراب شرکت‌کنندگان داشت. به عبارت دیگر هرچه اضطراب بیماران بالاتر بود، میانگین نمره کیفیت زندگی کاهش می‌یافت. در تأیید یافته‌های ما در مطالعاتی بین اضطراب و کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان ارتباط آماری معنادار معکوسی مشاهده شد (۹،۲۹). براساس نتایج ما و وجود همبستگی معنی‌دار بین اضطراب و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان می‌توان انتظار داشت با تسکین تنش‌های روانی به خصوص اضطراب کیفیت زندگی آنها بهبود می‌یابد (۳۰).

نتایج تحقیق حاضر بیانگر این واقعیت بود که افسردگی بالا میانگین نمره کیفیت زندگی در افراد را کاهش می‌داد. به گونه‌ای که افراد با نمره افسردگی بالا از کیفیت زندگی پایینی برخوردار بودند. در تأیید یافته‌های ما در مطالعاتی بین کیفیت زندگی با افسردگی ارتباط آماری معنادار منفی مشاهده شد (۳۰). از آن جایی که افسردگی در کاهش کیفیت زندگی نیز نقش دارد، درمان‌های روان‌شناختی و خانواده درمانی برای این افراد ضروری می‌باشد و می‌توان کیفیت زندگی فرد را به میزان زیادی تحت تأثیر قرار داد. لذا هر راهبردی جهت کاهش افسردگی می‌تواند به عملکرد بهتر بیماران کمک نماید. بنابراین باید راهبردهایی برای کاهش اضطراب و افزایش کیفیت زندگی اتخاذ نمود.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نیز مواجه بوده است. اول این که این پژوهش در بین مردان مبتلا به سرطان پروستات تحت درمان بیمارستان‌های شهید لبافی‌نژاد و شهدای تجریش شهر تهران انجام شده است و تعمیم نتایج به کل جامعه مردان مبتلا به سرطان پروستات باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین به دلیل این که پژوهش حاضر توصیفی و از نوع مطالعه همبستگی است، روابط علی قابل استنباط نیست. به علاوه، در پدیده‌های روانی، امکان وجود رابطه علیت حلقوی نیز وجود دارد. به این معنا که علاوه بر این که اضطراب و افسردگی می‌توانند بر کیفیت زندگی تأثیرگذار باشند، کیفیت زندگی بیمار نیز به نوبه خود می‌تواند اضطراب و افسردگی را تحت تأثیر

**تأییدیه اخلاقی**

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکترای روانشناسی سلامت دانشگاه بین‌الملل کیش با کد اخلاق کمیته مصوب به شماره IR.HUMS.REC.1398.341 دانشگاه هرمزگان می‌باشد.

**تعارض منافع**

بنا به اظهارات نویسندگان این مقاله، هیچ گونه تعارض منافی ندارد.

**سهم نویسندگان**

فاطمه بنی‌اسدی (نویسنده اول) طراحی مطالعه، نگارش و جمع‌آوری داده‌ها ۵۰ درصد؛ احمد برجعلی (نویسنده دوم و مسئول) مفهوم‌پردازی و ویرایش نهایی مقاله ۳۰ درصد؛ حمید پورشریفی (نویسنده سوم) نگارش بحث ۱۰ درصد؛ بهرام مفید (نویسنده چهارم) ویرایش نهایی مقاله ۱۰ درصد.

**حمایت مالی**

این مقاله از طرف هیچ گونه نهاد یا مؤسسه‌ای حمایت مالی نشده و تمام منابع مالی آن از طرف نویسنده اول تأمین شده است.

قرار دهد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی ضمن استفاده از ابزارهای دیگری همچون مصاحبه، به ارزیابی رابطه اضطراب و افسردگی با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پروستات در نمونه‌های بزرگ‌تر و با استفاده از طرح‌های طولی پردازند. کم‌سواد بودن برخی از بیماران و نامساعد بودن وضعیت جسمانی و روان‌شناختی بسیاری از بیماران یکی دیگر از محدودیت‌های تحقیق حاضر بود که این مهم پر کردن پرسشنامه‌ها را با مقاری مشکل مواجهه نموده بود.

به عنوان نتیجه‌گیری نهایی می‌توان بیان نمود که استرس، اضطراب و افسردگی تأثیر منفی بر روی کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان پروستات دارد. لزوم برنامه‌ریزی در جهت ایجاد شرایط ایده‌آل در راستای بهبود کیفیت زندگی و کاهش بار روانی موجود جهت ارتقاء هر چه بیشتر کیفیت زندگی توصیه می‌شود.

**تشکر و قدردانی**

نویسندگان بر خود لازم میدانند از کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش و پرسنل و کادر درمانی بیمارستان لبافی‌نژاد و شهدای تجریش که با این پژوهش همکاری و همراهی فراوانی داشته‌اند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

**References**

- Mehrabani F, Barati F, Ramezanzade Tabriz E, Bakaeian M, Gholami Chaboki B. Unpleasant emotions (stress, anxiety and depression) and its relationship with parental bonding and disease and demographic characteristics in patients with breast cancer. *Iran J Breast Dis.* 2016; 9(3):42-52.
- Farhood B, Geraily G, Alizadeh A. Incidence and mortality of various cancers in Iran and compare to other countries: A review article. *Iran J Public Health.* 2018; 47(3):309-16
- Hassanipour S, Fathalipour M, Salehiniya H. The incidence of prostate cancer in Iran: A systematic review and meta-analysis. *Prostate Int.* 2018; 6(2):41-5. DOI: 10.1016/j.prmil.2017.11.003
- Rafimanesh H, Ghoncheh M, Salehinia H, Mohammadian Hafashjani A. Epidemiology of prostate cancer and its incidence trends in Iran. *J sabzevar Uni Med Sci.* 2016;23(2):320-327. [Persian]
- Hadavand Siri F, Salehiniya H. Prostate cancer in Iran: An epidemiological review. *WCRJ.* 2019; 6:e1268.
- Moradi A, Zamani M, Moudi E. A systematic review and meta-analysis on incidence of prostate cancer in Iran. *Health Promot*

- Perspect. 2019; 9(2):92-8. DOI: 10.15171/hpp.2019.13
7. Badr H, Krebs P. A systematic review and meta-analysis of psychosocial interventions for couples coping with cancer. *Psychooncology*. 2013; 22(8):1688-704. DOI: 10.1002/pon.3200
  8. Rajandram RK, Ho SM, Samman N, Chan N, McGrath C, Zwahlen RA. Interaction of hope and optimism with anxiety and depression in a specific group of cancer survivors: A preliminary study. *BMC Res Notes*. 2011; 4(1):1-7. DOI: 10.1186/1756-0500-4-519
  9. Sadoughi M, Mehrzad V, Mohammad Salehi Z. The relationship between anxiety, depression, and quality of life among breast cancer patients in Seyedoshohada Hospital in Isfahan in 2016: The mediating role of resilience. *JRUMS*. 2017; 16(5):395-408. [Persian]
  10. Torkmandi H, Heidarlanlu E, Firouzbakht M, Tahmasbi B, Ziyari M, Yaghoobzadeh A, et al. The relationship between social support and quality of life in Iranian clients with Cancer. *IJCA*. 2020; 1(2):9-15. DOI: 10.29252/ijca.1.2.9
  11. Costa-Requena G, Rodríguez A, Fernández-Ortega P. Longitudinal assessment of distress and quality of life in the early stages of breast cancer treatment. *Scand J Caring Sci*. 2013; 27(1):77-83. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2012.01003.x
  12. Saroukhani D, Omid K, Norouzi R, Zali H, Sayehmiri K, Forozeshfard M. The quality of life in cancer patients in Iran: A systematic review by using meta-analysis. *Koomesh*. 2016; 18(1):1-12. [Persian]
  13. Kwon IG, Ryu E, Noh GO, Sung YH. Health-related quality of life in cancer patients between baseline and a three-year follow-up. *Eur J Oncol Nurs*. 2012; 16(2):131-6. DOI: 10.1016/j.ejon.2011.05.004
  14. Shirvani H, Alhani F, Montazeri A. The effect of family-centered empowerment model on the functional scales quality of life in women with breast cancer undergoing chemotherapy. *IJBD*. 2017; 10(1):61-72. [Persian]
  15. Houédé N, Rébillard X, Bouvet S, Kabani S, Fabbro-Peray P, Trétarre B, et al. Impact on quality of life 3 years after diagnosis of prostate cancer patients below 75 at diagnosis: an observational case-control study. *BMC Cancer*. 2020; 20(1):1-12. DOI: 10.1186/s12885-020-07244-y
  16. Sureda A, Fumadó L, Ferrer M, Garín O, Bonet X, Castells M, et al. Health-related quality of life in men with prostate cancer undergoing active surveillance versus radical prostatectomy, external-beam radiotherapy, prostate brachytherapy and reference population: A cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*. 2019; 17(1):1-9. DOI: 10.1186/s12955-019-1082-4.
  17. Holm M, Doveson S, Lindqvist O, Wennman-Larsen A, Fransson P. Quality of life in men with metastatic prostate cancer in their final years before death: A retrospective analysis of prospective data. *BMC Palliat Care*. 2018; 17(1):1-8. DOI: 10.1186/s12904-018-0381-6.
  18. O'Neil A, Stevenson CE, Williams ED, Mortimer D, Oldenburg B, Sanderson K. The health-related quality of life burden of comorbid cardiovascular disease and major depressive disorder in Australia: Findings from a population-based, cross-sectional study. *Qual Life Res*. 2013; 22(1):37-44. DOI: 10.1007/s11136-012-0128-4.
  19. Cai T, Verze P, Bjerklund Johansen TE. The quality of life definition: Where are we going? *Uro*. 2021; 1(1):14-22. DOI: 10.3390/uro1010003.
  20. Saei Ghare Naz M, Ramezani Tehrani F, Behrooz Lak T, Mohammadzadeh F, Nasiri M, Badr FK, et al. Quality of life and emotional states of depression, anxiety and stress in adolescents with polycystic ovary syndrome: A cross-sectional study. *Psychol Res Behav Manag*. 2020; 13:203-9. DOI: 10.2147/PRBM.S241192
  21. An JG, Gao XM, Ma YX, Xiao SX. Relation between depression, anxiety, and quality of life among female nurses in Shaanxi province: A cross-sectional study. *Lancet*. 2015; 386:S29. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00610-8

22. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh SR. The world health organization quality of life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *SJSPH*. 2006; 4(4):1-12. [Persian]
23. Pezirkianidis C, Karakasidou E, Lakioti A, Stalikas A, Galanakis M. Psychometric properties of the depression, anxiety, stress scales-21 (DASS-21) in a Greek sample. *Psychology*. 2018; 9(15):2933-50. DOI: 10.4236/psych.2018.915170
24. Dehghan M, Jazinizade M, Malakoutikhah A, Madadimahani A, Iranmanesh MH, Oghabian S, et al. Stress and quality of life of patients with cancer: the mediating role of mindfulness. *J Oncol*. 2020; 2020. DOI: 10.1155/2020/3289521.
25. Sun Y, Pan W, Zhang Y, Xu G, Xi J, Bao Q, et al. The relationship between stress, resilience, and quality of life in Chinese high school students. *Ann Palliat Med*. 2021; 10(5):5483-93. DOI: 10.21037/apm-21-929
26. Zenger M, Lehmann-Laue A, Stolzenburg J-U, Schwalenberg T, Ried A, Hinz A. The relationship of quality of life and distress in prostate cancer patients compared to the general population. *Psychosoc Med*. 2010; 7:Doc02. DOI: 10.3205/psm000064
27. Barre PV, Padmaja G, Rana S, Tiamongla. Stress and quality of life in cancer patients: Medical and psychological intervention. *Indian J Psychol Med*. 2018; 40(3):232-8. DOI: 10.1016/j.desal.2014.08.023
28. Montazeri A, Harirchi I, Vahdani M, Khaleghi F, Jarvandi S, Ebrahimi M, et al. Anxiety and depression in Iranian breast cancer patients before and after diagnosis. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2000; 9(3):151-157. DOI: 10.1046/j.1365-2354.2000.00219.x
29. Sarma SI, Byrne GJ. Relationship between anxiety and quality of life in older mental health patients. *Australas J Ageing*. 2014; 33(3):201-4. DOI: 10.1111/ajag.12102
30. Bahrani N, Moradi M, Soleimani M, Kalantari Z, Hosseini F. Death anxiety and its relationship with quality of life in women with cancer. *IJN*. 2013; 26(82):51-61. [Persian]



## Quality of life and its relationship with stress, anxiety, and depression in people with prostate cancer: A cross-sectional study

Fatemeh Baniasadi<sup>1</sup> Ahmad Borjali<sup>2\*</sup> Hamdi Poursharifi<sup>3</sup> Bahram Mofid<sup>4</sup>

1. Department of Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran.
2. Department of Faculty Psychology & Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.
3. Department of Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
4. Department of Radiotherapy and Oncology, Shohada-e-Tajrish Medical Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

### Abstract

**Introduction:** Prostate cancer has a negative impact on quality of life and stress and risk can exacerbate this negative impact. The aim of this study was to determine the relationship between quality of life and its relationship with stress, anxiety, and depression in patients with prostate cancer.

**Methods:** In this descriptive-analytical study, 100 patients with prostate cancer referred to Shahid Labbafinejad and Shahid Tajrish hospitals in Tehran were selected by convenience sampling method and completed the patients' quality of life questionnaire and hospital depression anxiety scale. Data were analyzed using SPSS software.

**Results:** The mean scores of quality of life, stress, anxiety, and depression were  $50.70 \pm 8.59$ ,  $14.60 \pm 4.13$ ,  $12.87 \pm 4.12$ , and  $12.52 \pm 3.18$ , respectively. There was a statistically significant inverse relationship between quality of life and stress ( $-0.53$ ), anxiety ( $0.312$ ), and depression ( $-0.329$ ).

**Conclusion:** Anxiety and depression reduce the quality of life of patients with prostate cancer. In addition to medical treatments, it seems that, beside medical treatment, the implementation of appropriate psychological interventions is necessary to increase the quality of life of patients with prostate cancer.

**Key Words:** Anxiety, Stress, Depression, Prostate Cancer, Quality of Life.

Original Article

Received: 9 Sep 2021

Accepted: 30 Oct 2021

**How to cite this article:** Baniasadi F, Borjali A, Poursharifi H, Mofid B. Quality of life and its relationship with stress, anxiety and depression in people with prostate cancer: A cross-sectional study. *Journal of Preventive Medicine*. 2021; 8(4):69-77.

**Correspondence:** Ahmad Borjali, Department of Clinical Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.  
Tel: +98 9125264947 Email: poursharifih@gmail.com ORCID: 0000-0003-1406-4518