

بِسْمِ تَعَالَى

جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



دانشگاه علوم پزشکی قزوین

دانشکده پرستاری و مامایی

گزارش نهایی طرح تحقیقاتی

"بررسی اضطراب مرگ و ارتباط آن با کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان
در مرکز آموزشی درمانی کوثر قزوین ۱۳۹۱"

The study of death anxiety and its relation to quality of life In women "
"with Cancer in Kosar Hospital of Qazvin at 2013

محرران طرح: نسیم بهرامی، محمد مرادی

تابستان ۱۳۹۲

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

The study of death anxiety and its relation to quality of life In women with Cancer in Kosar Hospital of Qazvin at 2013

ABSTRACT

Background & Aim: Quality of life of patients with cancer has not been determined only with the disease and its treatment and it depends on other medical, psychological and social conditions. Due to the uncertain nature of death, for many people it seems as a threat. Death anxiety and psychological disorders can affect the quality of life for this group of patients. The aim of this study was to determine death anxiety and its relation to quality of life in women patient with cancer in Kosar Hospital in Qazvin at 2013.

Material & Methods: It was a cross-sectional correlational study that was carried out among 276 women with cancer. For data collection, questionnaires were used consisting of three parts: demographic characteristics, Templer Death Anxiety Scale and the McGill Quality of Life. Data analysis was performed by descriptive and inferential statistics (Kolmogorov-Smirnov, ANOVA, Independent t test, U mann - Whitney, Spearman correlation test, linear regression) using SPSS-PC (v.20). The level of significance for all the tests was set at below 0.05.

Results: The median of death anxiety score and the mean of quality of life score were 48 (IQR: 8) and 103.07 ± 25.11 respectively. There was a significant relationship between death anxiety and quality of life ($r_s = - 0.35$). Also there was significant correlation between death anxiety with psychological quality of life ($r_s = - 0.38$), age ($r_s = - 0.13$) and frequency of praying ($r_s = - 0.14$). Multivariate linear regression showed that death anxiety, social support and education level were predictive factors of the quality of life in patients with cancer.

Conclusion(s): Developing a comprehensive care program for patients with cancer regarding to the factors affecting on their quality of life would be possible. Reduction of death anxiety, increased social support and promote the level of education can improve the quality of life of patients with cancer.

Key words: Death Anxiety, Quality of life, Cancer

بررسی اضطراب مرگ و ارتباط آن با کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان در بیمارستان کوثر شهر قزوین در سال ۱۳۹۱

چکیده

مقدمه: کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان تنها با بیماری و درمان آن تعیین نمی‌گردد بلکه وابسته به سایر وضعیت‌های پزشکی، روانی و اجتماعی است. مرگ بخاطر ماهیت پر از ابهامش، برای بسیاری از انسان‌ها به صورت یک تهدید جلوه می‌کند. اضطراب مرگ و اختلالات روانی ناشی از این بیماری، کیفیت زندگی این گروه از بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد. هدف این مطالعه بررسی اضطراب مرگ و ارتباط آن با کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان در مرکز آموزشی درمانی کوثر قزوین ۱۳۹۱ بود.

روش کار: این مطالعه مقطعی - همبستگی بر روی ۲۷۶ نفر از بیماران با تشخیص سرطان انجام شد. برای گردآوری داده‌ها از یک پرسشنامه مشتمل بر سه بخش مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه اضطراب مرگ Templer و کیفیت زندگی McGill استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری توصیفی و تحلیلی (آزمون کولموگروف اسمیرنوف، تی مستقل، من ویتنی، آنالیز واریانس یک طرفه، کروسکال والیس، ضریب همبستگی اسپیرمن و رگرسیون خطی چند متغیره) در نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ استفاده شد. سطح معنی‌داری کلیه آزمونها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانه امتیاز اضطراب مرگ بیماران ۴۸ (دامنه میان چارکی: ۸) و میانگین امتیاز کیفیت زندگی آنان $25/11 \pm 103/07$ بود. بین اضطراب مرگ با کیفیت زندگی ($r_s = -0/35$) ارتباط معنی‌داری وجود داشت. همچنین بین اضطراب مرگ با بعد روانی کیفیت زندگی ($r_s = -0/38$)، سن ($r_s = -0/13$) و دفعات نماز خواندن ($r_s = -0/14$) همبستگی وجود داشت. مدل رگرسیون خطی چند متغیره نشان داد اضطراب مرگ، میزان حمایت اجتماعی و سطح تحصیلات از پیش‌گویی کننده‌های کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان بودند.

نتیجه‌گیری: تدوین یک برنامه جامع مراقبتی در بیماران مبتلا به سرطان با توجه به عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی آنها امکانپذیر خواهد بود. کاهش اضطراب مرگ، افزایش حمایت اجتماعی و ارتقاء سطح تحصیلات می‌تواند کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان را بهبود بخشد.

کلید واژه‌ها: اضطراب مرگ، کیفیت زندگی، سرطان

فصل اول

مقدمه و بیان مسأله

مقدمه

مرگ یکی از نگرانی‌های بزرگ بشر است که با پرسش‌های نوین و فلسفی زیادی در طی سالها همراه بوده است (۱). علاوه بر این مرگ واقعییتی اجتناب ناپذیر است که هر شخصی ممکن است نسبت به آن برداشت و واکنشی منحصر به فرد داشته باشد. مرگ بخاطر ماهیت پر از ابهامش، برای بسیاری از انسان ها به صورت یک تهدید جلوه می‌کند (۲).

انسان‌ها بطور آگاهانه از مرگ خویش مطلع هستند (۳) و بیمارانی که تشخیص‌های مخاطره آمیز برای آنان مطرح است بالاجبار با مرگ خویش روبرو می‌شوند (۴). تشخیص یک بیماری علاج ناپذیر می‌تواند به یک بحران عمیق وجودی در زندگی روزمره تبدیل شده و آینده بیماران و خانواده آنها را در معرض تهدید قرار دهد (۵). یکی از این تشخیص‌های مخاطره آمیز و علاج ناپذیر سرطان است که شیوع آن روز بروز در حال افزایش است. بر اساس گزارش کشوری سرطان در ایران (۱۳۸۸) در مجموع ۴۱۱۶۹ مرد و ۳۲۸۹ زن به سرطان مبتلا هستند. شایعترین سرطان در مردان به ترتیب مربوط به پوست (۱۴ درصد) و معده (۱۱/۹ درصد) و در زنان مربوط به سینه (۲۳ درصد) و پوست (۱۰/۱ درصد) است (۶).

در فرهنگ لغت آکسفورد اضطراب به عنوان نوعی احساس نگرانی، عصبانیت، یا نارضایتی در مورد چیزی با نتیجه نامشخص تعریف شده است. اضطراب از نوع اضطراب مرگ نیز به عنوان یک مفهوم مهم در زمینه‌های مختلف (مانند غربالگری سرطان در افراد سالم اجتماع، مراقبت‌های روانی، مراقبت در تروما و شرایط بحرانی، مراقبت از بیماران مزمن، کودکان و افرادی که در آن‌ها تشخیص‌های مخاطره‌آمیز مطرح شده است) در نظر گرفته می‌شود (۷). این نوع اضطراب می‌تواند به عنوان یکی از تشخیص‌های مهم روانشناختی در بیماران مبتلا به سرطان مطرح باشد. اضطراب مرگ، ترس مداوم، غیر طبیعی و مرضی از مرگ یا مردن است. سرویس خدمات بهداشت ملی بریتانیا^۱ اضطراب مرگ را اینگونه تعریف می‌نماید: نوعی احساس وحشت، هراس یا نگرانی زیاد است هنگامی که فرد به فرآیند مردن یا قطع ارتباط خود با دنیا و یا آنچه که بعد از مرگ رخ می‌دهد، فکر می‌کند (۸). اضطراب مرگ همچنین به مرگ هراسی^۲ (ترس از مرگ) و ترس زیاد از مرده^۳ (ترس از مرگ یا مرده) اطلاق می‌شود (۹). اگرچه ترس از مرگ و مردن ممکن است عمومی باشد اما افراد در ابراز واکنش‌های احساسی به آن متفاوت هستند (۱۰). بکر^۴ اظهار می‌دارد که اضطراب مرگ تنها یک واقعیت نیست بلکه ژرفترین منبع نگرانی انسانهاست. بسیاری از رفتارهای روزمره و تحت کنترل دقیق فرد، مبتنی بر تلاشهایی برای انکار مرگ و مخفی کردن اضطراب مرگ هستند (۲).

1. British National Health Service
2. Thanatophobia
3. Necrophobia
4. Becker

ابعاد اضطراب مرگ شامل ترس از درد، عذاب^۱، تنهایی و از دست دادن کنترل است (۱۱). ترس از وقوع مرگ بدلیل ناآگاهی از وقایع پس از مرگ، ترس از جدا شدن (۱۲) و همچنین ترس از ناشناخته‌ها و ترس از رنج^۲ است (۱۳). کالت و لستر^۳ (۱۹۶۹) چهار نوع ترس ناشی از مرگ را از هم متمایز کردند که شامل ترس از مردن^۴، ترس از مرگ خویش^۵، ترس از مردن دیگران^۶ و ترس از مرگ دیگران^۷ است (۱۴).

اعتقاد بر این است که سه دسته از عوامل در پاسخ روانی بیماران مبتلا به سرطان نقش داشته باشد: زمینه فرهنگی - اجتماعی، عوامل روانی - اجتماعی و نیز عوامل طبی یا واقعیت‌های جسمانی که بیمار در طی مراحل مختلف بیماری با آن روبرو می‌شود (۱۵). فرهنگ‌ها از نظر چارچوب و معنا بخشیدن به مرگ با یکدیگر تفاوت دارند و برخی از آنها در کاهش آثار جانبی مرتبط با آگاهی از مرگ، مؤثرتر هستند. جوامع غربی اغلب مخفی کردن بیماری و سالمندی را عیب دانسته و بنابراین از اعضای خود در برابر آگاهی از مرگ محافظت می‌کنند. این در حالیست برخی از اعمال می‌توانند اضطراب مرگ را افزایش دهند چون مرگ به یک ویژگی غیر معمول که از سایر وقایع طبیعی زندگی افتراق داده شده است مشخص می‌گردد (۱۶).

کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان تنها با بیماری و درمان آن تعیین نمی‌گردد بلکه وابسته به سایر وضعیت‌های پزشکی و مشخصات فردی و اجتماعی است. بطور مثال طیف وسیعی از مفاهیم مانند سلامت جسمانی، وضعیت روانی، اعتقادات فردی، روابط اجتماعی و ارتباط فرد با محیط از طرق مختلف بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد (۱۷). ابعاد مهم کیفیت زندگی بیماران مزمن شامل نگرانی‌های جسمی (درد و علائم) و تنش‌های روانی (افسردگی و اضطراب وجودی) است (۱۸). با تشدید بیماری و علائم مرتبط با آن، بیماران از درد، رنج، تنهایی، تنبیه و کاهش کنترل می‌ترسند که همگی اینها قبلاً به عنوان ابعاد اضطراب مرگ شناسایی شده‌اند (۱۹). علاوه بر این با پیشرفت بیماری، نیازهای خانواده‌ها نیز افزایش می‌یابد و هم بیمار و هم خانواده وی یک خطر مهم را در کیفیت زندگی خود تجربه می‌کنند (۲۰، ۲۱). علاوه بر این انتظار قریب الوقوع مرگ و صعب‌العلاج بودن بیماری می‌تواند سلامت روانی افراد را تهدید کند. این در حالیست که سلامت روانی یکی از ابعاد مهم کیفیت زندگی به شمار می‌آید.

-
1. Punishment
 2. Suffering
 3. Collett and Lester
 4. Fear of dying of self
 5. Fear of death of self
 6. Fear of dying of others
 7. Fear of death of others

اضطراب مرگ به عنوان یکی از تشخیص‌های مهم روانی در بیماران مبتلا به سرطان مطرح است. میزان اضطراب مرگ در افراد می‌تواند بدلیل تفاوت‌های فردی و بسیاری از عوامل اجتماعی متفاوت است. نتایج تحقیقات انجام شده حاکی از تأثیر تفاوت‌های فردی، اجتماعی و فرهنگی و مذهبی بر اضطراب مرگ است. این تفاوت‌ها به نوبه خود می‌تواند کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر قرار دهد. در حالیکه بیشتر توجه تیم درمان به تثبیت علائم فیزیکی و جسمانی (تسکین درد، تهوع و استفراغ و) بیماران متمرکز است، اضطراب مرگ این گروه از بیماران با اختلال در بعد روانی و حتی روحی می‌تواند کیفیت زندگی آنان را با تحت تأثیر قرار دهد. علاوه بر این تشخیص و شناسایی مؤلفه‌هایی که ممکن است بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان تأثیر داشته باشند، حائز اهمیت است. همچنین شناسایی گروه‌هایی که در این میان آسیب پذیرتر هستند و می‌توان با انجام تدابیری کیفیت زندگی آنان را بهبود بخشید از اهمیت خاصی برخوردار است (۲۲، ۲۳).

بیماران مبتلا به بیماری‌های بدخیم نظیر سرطان به عنوان جمعیت‌های آسیب‌پذیر در نظر گرفته می‌شوند. در کشور ما بیشتر بیماران مبتلا به سرطان روش‌های درمانی انتخابی خود شامل نمونه برداری، رادیوتراپی و یا شیمی‌درمانی را در یک مرکز درمانی تخصصی انجام می‌دهند اما مراکزی که مراقبت‌های تسکینی را در صورت لزوم برای این گروه از بیماران فراهم آورد بسیار محدود هستند. این در حالی است که در بیشتر کشورهای توسعه یافته مراکزی^۱ وجود دارد که مراقبت‌های تسکینی را برای این گروه از بیماران تأمین می‌نماید. یکی از اهداف مراقبت‌های تسکینی کاهش آسیب‌های ناشی از بیماری و ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مخاطره آمیز است (۲۴). اگرچه این نگرانی وجود دارد که صحبت در مورد مرگ ممکن است اضطراب مرگ بیماران را تشدید کند (۴). در عین حال در مراقبت‌های تسکینی اغلب گفتگوهای بی‌واسطه‌ای با بیماران و خانواده‌های آنان در مورد درک و نگرانی‌های آنها در مورد مردن و مرگ به امید تسکین اضطراب مرگ و ارتقاء کیفیت زندگی آنها صورت می‌گیرد (۹).

بررسی‌های محققین نشان می‌دهد اگرچه مطالعات متعددی بر روی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان انجام شده است (۲۵، ۲۶) اطلاعات اندکی در مورد ارتباط اضطراب مرگ و کیفیت زندگی بیماران در دسترس است (۲۷، ۲۸). از سوی دیگر ما معتقدیم زمینه‌های فرهنگی و مذهبی بیماران روی درک آنها از اضطراب مرگ ناشی از سرطان مؤثر است. نظر به اینکه تاکنون مطالعه‌ای در ایران جهت بررسی میزان اضطراب مرگ و ارتباط آن با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان انجام نشده است بر

آن شدیم تا مطالعه حاضر را با هدف بررسی اضطراب مرگ و ارتباط آن با کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان در مرکز آموزشی درمانی کوثر قزوین ۱۳۹۱ انجام دهیم.

هدف کلی

تعیین اضطراب مرگ و ارتباط آن با کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان در مرکز آموزشی درمانی کوثر قزوین

اهداف ویژه

- تعیین اضطراب مرگ زنان مبتلا به سرطان بر اساس مشخصات دموگرافیک (سن، تحصیلات و ...)
- تعیین کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان بر اساس مشخصات دموگرافیک (سن، تحصیلات و ...)
- تعیین ارتباط اضطراب مرگ با کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان

اهداف کاربردی

یکی از راههای توسعه سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان که خود بخشی از کیفیت زندگی آنان را در بر می گیرد، انجام پژوهش های متعدد و مشخص کردن عوامل تأثیر گذار بر آن است. شناسایی عوامل مرتبط با اضطراب مرگ و کیفیت زندگی در هر بافت و زمینه ای متناسب با فرهنگ و مذهب هر جامعه علاوه بر توسعه بدنه علمی، سبب رشد آگاهی و دانش در این زمینه می گردد.

سؤال پژوهش

۱. اضطراب مرگ زنان مبتلا به سرطان با کدامیک از مشخصات دموگرافیک آنان ارتباط دارد؟
۲. کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان با کدامیک از مشخصات دموگرافیک آنان ارتباط دارد؟

۳. آیا بین اضطراب مرگ با کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان ارتباط وجود دارد؟

فرضیات پژوهش

۱. میزان اضطراب مرگ زنان مبتلا به سرطان با مشخصات دموگرافیک آنان ارتباط دارد.
۲. میزان کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان با مشخصات دموگرافیک آنان ارتباط دارد.
۳. بین اضطراب مرگ با کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان ارتباط وجود دارد.

تعاریف واژه‌ها

اضطراب مرگ (تعریف نظری): نوعی احساس وحشت، هراس یا نگرانی زیاد، هنگامی که فرد به فرآیند مردن یا قطع ارتباط خود با دنیا و یا آنچه که بعد از مرگ رخ می‌دهد، فکر می‌کند. اضطراب مرگ همچنین به مرگ هراسی (ترس از مرگ) و ترس زیاد از مرده (ترس از مرگ یا مرده) اطلاق می‌شود (۸).

اضطراب مرگ (تعریف عملی): در مطالعه حاضر برای بررسی میزان اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان از پرسشنامه ۱۵ آیتم اضطراب مرگ تمپلر استفاده شد. پاسخ به هر یک از آیتم‌ها بصورت لیکرت پنج گزینه‌ای (خیلی مخالفم (۱)، مخالفم (۲)، نظری ندارم (۳)، موافقم (۴) و خیلی موافقم (۵) بود. در سؤالات ۲، ۳، ۴، ۶ و ۷ که سوالات معکوس بودند به گزینه خیلی مخالفم امتیاز ۵ و به گزینه خیلی موافقم امتیاز ۱ اختصاص یافت. حداقل امتیازات ۱۵ و حداکثر ۷۵ امتیاز بود.

کیفیت زندگی (تعریف نظری): سازمان جهانی بهداشت این مفهوم را به این صورت تعریف کرده است: کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان می‌باشد، بنابراین کاملاً فردی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی‌شان استوار است (۲۹).

کیفیت زندگی (تعریف عملی): در مطالعه حاضر برای بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان از پرسشنامه کیفیت زندگی مگ گیل استفاده شد زیرا این ابزار ابعاد مختلف کیفیت زندگی (افرادی که به انواع مختلف بیماریهای مخاطره آمیز از جمله سرطان مبتلا هستند) را اندازه گیری می کند (۳۰). این ابزار مشتمل بر ۱۷ آیتم خود گزارش دهی بود که روایی و پایایی آن در بیماران سرپایی مبتلا به عفونت HIV (۳۱) و بیماران مبتلا به سرطان تأیید شده است (۳۱). در این پرسشنامه پاسخ به هر سؤال بصورت امتیاز ۰ تا ۱۰ بیان گردیده است. امتیازات در زیر گروه های مربوط به علائم جسمانی و روانی بصورت معکوس بودند. امتیاز در هر زیر گروه بصورت میانگین عنوان می شود در حالیکه امتیاز کلی پرسشنامه MQOL بصورت میانگین مجموع چهار زیر گروه و آیتم مربوط به سلامت جسمانی محاسبه می شود. بالاتر بودن امتیاز کلی پرسشنامه MQOL نشاندهنده بهتر بودن کیفیت زندگی بوده است.

فصل دوم

مروری بر متون

مروری بر متون

۱. اوتوم^۱ و همکاران (۲۰۰۷) اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به صرع را مورد مطالعه قرار دادند. نویسندگان عنوان کردند اگرچه بیشتر مطالعات به بررسی ارتباط اضطراب و بیماران مبتلا به صرع پرداخته‌اند اما مطالعات کمی درباره اضطراب مرگ در این دسته از بیماران انجام شده است. از پرسشنامه اضطراب مرگ^۲ برای بررسی اضطراب مرگ بیماران استفاده شد. این پرسشنامه مشتمل بر ۲۰ سؤال با لیکرت ۵ - ۰ بود. ۹۲ بیمار مبتلا به صرع (۴۸ مرد و ۴۴ زن) در این مطالعه شرکت کرده و پرسشنامه اضطراب مرگ را کامل کردند. نتایج نشان داد میانگین نمره اضطراب مرگ بیماران $1/35 \pm 2/75$ بود. ۴۳/۴۸ درصد بیماران اضطراب مرگ کم، ۳۰/۴۳ درصد بیماران اضطراب مرگ متوسط و ۲۶/۰۹ درصد از بیماران سطح بالایی از اضطراب مرگ را گزارش کردند. مدت ابتلا به بیماری و سطح تحصیلات با میزان اضطراب مرگ ارتباط معنی‌دار آماری داشت. جنسیت (زن)، نوع عمومی صرع^۳، مدت کم ابتلا به بیماری و سطح تحصیلات پایین با سطح بالای اضطراب مرگ در ارتباط بود (۳۲).

۲. تانگ^۴ و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه خود به بررسی اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان پرداختند. اطلاعات بیماران در این مطالعه مقطعی با استفاده از پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و حس هدفمندی در زندگی و مقیاس ۱۵ آیتم اضطراب مرگ تمپلر جمع‌آوری شد. پاسخ به این مقیاس می‌تواند از خیلی موافقم (یک) تا مخالفم (۵) متغیر باشد. ۲۱۹ بیمار مبتلا به سرطان در مطالعه شرکت کردند که ۵۷/۸ درصد مرد و ۹۲ نفر زن بودند. میانگین سن بیماران $51/5 \pm 12/4$ بود (۸۳ - ۲۳ سال). ۷۸/۴ درصد بیماران متأهل و بیشترین منبع درآمد مربوط به درآمد شخصی بود (۷۱/۲ درصد). ۸۷/۷ درصد بیماران با اعضای خانواده زندگی می‌کردند. بیشترین و کمترین امتیاز مقیاس اضطراب مرگ به ترتیب ۷۰ و ۲۲ و میانگین ۴۴/۷۹ بود. نویسندگان عنوان کردند حس هدفمندی در زندگی و جنسیت بر میزان اضطراب مرگ بیماران تأثیر می‌گذارد. بطوریکه امتیاز کم حس هدفمندی در زندگی و جنسیت (زن) با میزان بالای اضطراب مرگ در ارتباط بود (۳۳).

-
1. Otoom
 2. DAQ
 3. Generalized type of epilepsy
 4. Tang

۳. شرم^۱ و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه خود به مقایسه اضطراب مرگ و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان و ایدز و مراقبین خانوادگی آنان پرداختند. نویسندگان از پرسشنامه اضطراب مرگ برای بررسی اضطراب مرگ بیماران و از پرسشنامه کیفیت زندگی مگ گیل برای بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان استفاده کردند. علاوه بر این از پرسشنامه کیفیت زندگی نسخه خانواده برای بررسی کیفیت زندگی مراقبین خانوادگی بیماران استفاده شد. ۱۰۱ بیمار (۶۳ نفر بیمار سرطانی و ۳۸ بیمار مبتلا به ایدز) و ۷۹ مراقب خانوادگی (۴۳ مراقب خانوادگی بیمار مبتلا به ایدز و ۳۶ نفر مراقب خانوادگی بیمار مبتلا به سرطان) در مطالعه شرکت داده شدند. نتایج نشان داد بیماران مبتلا به ایدز در مقایسه با بیماران مبتلا به سرطان اضطراب مرگ بیشتری داشتند. اما اضطراب مرگ در مراقبین خانوادگی این دو گروه از بیماران با هم اختلاف معنی‌داری نداشت. میزان اضطراب مرگ در هر دو گروه از بیماران در مقایسه با مراقبین خانوادگی آنان بیشتر بود. اضطراب مرگ بیشتر در ارتباط با کیفیت زندگی پایین‌تر بخصوص در بعد روانی در بیماران مبتلا به ایدز بود (۹).

۴. کولوا^۲ و همکاران (۲۰۱۱) مطالعه‌ای را تحت عنوان " اضطراب در بیماران در مراحل پیشرفته سرطان " انجام دادند. هدف از این مطالعه بررسی میزان اضطراب در بیماران مبتلا به مراحل پیشرفته سرطان بود که در آن شیوع علائم اضطرابی، ارتباط میان اضطراب و افسردگی، تفاوت میزان اضطراب میان بیماران بستری دریافت‌کننده مراقبت‌های تسکینی و بیماران سرپایی و نیز ویژگی‌هایی که بیماران دارای اضطراب زیاد را از بیماران کم اضطراب متمایز می‌کرد مورد بررسی قرار گرفت. برای انجام این مطالعه ۱۹۴ بیمار مبتلا به مراحل پیشرفته سرطان مورد مطالعه قرار گرفتند. تقریباً نیمی از آنها (۱۰۳ بیمار) در بیمارستان بستری بوده و مراقبت‌های تسکینی دریافت می‌کردند و نیمی دیگر (۹۱ نفر) در یک مرکز سطح سوم مراقب از بیماران سرطانی، مراقبت‌های سرپایی دریافت می‌کردند. برای بررسی اضطراب و افسردگی از پرسشنامه افسردگی و اضطراب بیمارستانی استفاده شد که در این ابزار میزان ناامیدی، تمایل برای مرگ زود هنگام و حمایت‌های اجتماعی مورد بررسی قرار گرفت. از ضریب همبستگی برای تعیین ارتباط میان اضطراب و سایر متغیرهای روانی - اجتماعی استفاده شد. همچنین رگرسیون چند متغیره برای بررسی پیش بینی آماری اضطراب مورد استفاده قرار گرفت که در ابتدا مشخصات دموگرافیک و سپس متغیرهای مورد نظر (به عنوان مثال: محل درمان، حمایت‌های اجتماعی) وارد رگرسیون شدند. بر اساس یافته‌های این مطالعه افزایش متوسط میزان اضطراب در ۱۸/۶ درصد از مشارکت‌کنندگان (۳۶ نفر) و اضطراب قابل توجه بالینی در ۱۲/۴ درصد بیماران (۲۴ نفر) دیده شد.

1. Sherman
2. Kolva

میزان اضطراب بین دو گروه درمانی تفاوتی نداشت. با وجود این بیمارانی که مراقبت‌های تسکینی دریافت می‌کردند میزان افسردگی و تمایل به مرگ زود هنگام را بیشتر نشان می‌دادند. مدل پیش بینی کننده چند متغیره نشان داد که اعتقاد به حیات پس از مرگ، حمایت‌های اجتماعی و استفاده از داروهای ضد اضطراب و ضد افسردگی پیش بینی کننده‌های قابل توجه اضطراب بودند. شدت علائم اضطرابی بین دو گروه تفاوت قابل توجهی نداشت که نشان می‌دهد اضطراب ممکن است با افسردگی و تمایل برای مرگ زود هنگام در دوره‌ای که بیمار در مراحل پیشرفته سرطان است متفاوت باشد (۳۴).

۵. بیداک^۱ (۲۰۱۲) مطالعه‌ای را تحت عنوان عوامل مؤثر بر میزان اضطراب مرگ خویشاوندان بیماران سرطانی تحت درمان انجام داد. این مطالعه توصیفی به منظور بررسی اضطراب مرگ خویشاوندان بیماران سرطانی در یکی از بیمارستانهای دولتی واقع در بخش آسیایی استانبول انجام شد. در این مطالعه از ۱۰۶ خویشاوند بیماران در بخش‌های اونکولوژی یا شیمی درمانی بیمارستان استفاده شد. داده‌ها از ماه می تا ژوئن سال ۲۰۱۱ با استفاده از پرسشنامه ۱۵ آیتمی اضطراب مرگ که در سال ۱۹۷۰ توسط تمپلر ابداع شد جمع آوری گردید. این پرسشنامه در سال ۱۹۸۹ توسط سنول^۲ در ترکیه مورد استفاده قرار گرفت. برای تجربه و تحلیل آماری از فراوانی، درصد، آزمون کروسکال والیس، آنالیز واریانس یک طرفه و تی تست استفاده شد. ۳۶/۸ درصد افراد سن ۴۵ سال یا بالاتر داشتند. ۵۷/۵ درصد آنها زن و ۶۵/۱ درصد آنها متأهل بودند. تفاوت آماری قابل توجهی میان گروه‌های سنی، جنسیت خویشاوندان بیمار، طول مدت درمان سرطان با میزان اضطراب مرگ وجود داشت. میزان اضطراب مرگ خویشاوندان بیماران مبتلا به سرطانی که در گروه سنی ۱۸ تا ۳۹ سال قرار داشتند، زن بودند و بیماری داشتند که کمتر از ۶ ماه از درمان وی می‌گذشت در مقایسه با سایرین بیشتر بود. در راستای نتایج به دست آمده نویسندگان مقاله توصیه کرده‌اند که بایستی به خویشاوندان بیماران سرطانی در همه مراحل درمانی آگاهی داده شود و آنها را از فرایند درمان بیماران جدا نکرد. این امر به آنها کمک می‌کند تا با مراحل بیماری سازگار شوند (۳۵).

۶. صفاری و همکاران (۲۰۱۲) مطالعه‌ای را با هدف بررسی رابطه بین مذهب و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان انجام دادند. این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی بود که بر روی ۱۸۹ بیمار مبتلا به انواع مختلف سرطان بستری در بیمارستان کوثر قزوین صورت گرفت. برای جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های کیفیت زندگی سازمان پژوهش و درمان سرطان اروپا، وضعیت

1. Beydag
2. Senol

عملکرد کارنوفسکی و شاخص مذهبی دانشگاه داک استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی و رگرسیون چندگانه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. از بسته نرم افزاری SPSS نسخه ۲۰ برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. نتایج مطالعه نشان داد صد و هفت نفر از بیماران مرد بودند و بیشتر بیماران، مبتلا به سرطان های گوارشی (معهده: ۳۶/۵٪، مری: ۲۸/۵٪) بودند. میانگین نمره عملکردی بیماران $۸۹/۸۷ \pm ۱۵/۶۱$ بود. میانگین نمره کلی کیفیت زندگی در این بیماران $۲۸/۳۰ \pm ۵۱/۸۰$ به دست آمد. این میانگین برای مردان و زنان به ترتیب $۲۸/۹۲ \pm ۵۳/۱۷$ و $۲۸/۲۶ \pm ۵۰/۹۳$ بود. بیشترین نمره در حیطه عملکردی به عملکرد جسمانی بیماران و کمترین نمره به کیفیت زندگی کل تعلق داشت. در حیطه علایم و نشانگان، بزرگ ترین مشکل ناشی از اثرات اقتصادی عنوان گردید. نمره کلی مقیاس مذهب $۴/۶۹ \pm ۲۱/۰۸$ بود. این نمره برای مردان و زنان به ترتیب $۴/۷۷ \pm ۲۰/۸۱$ و $۳/۷۶ \pm ۲۱/۳۸$ بود. نتایج رگرسیون چندگانه نشان داد که مذهب در حضور عوامل دموگرافیک و نمره عملکردی بیمار به طور معنی‌داری کیفیت زندگی بیماران را پیش‌بینی می‌کند. مدل رگرسیون قادر به تبیین ۵۸٪ واریانس کیفیت زندگی بود. نویسندگان مقاله نشان دادند که مذهب می‌تواند یکی از عوامل مؤثر در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان تلقی گردد و با تقویت باورهای مذهبی در این بیماران شاید بتوان کیفیت زندگی آن‌ها را تا حد قابل توجهی بهبود بخشید (۳۶).

۷. مردانی و همکاران (۲۰۰۹) مطالعه‌ای را به منظور تعیین ارتباط میان وضعیت سلامت روان و کیفیت زندگی در بیماران سرطانی انجام دادند. این پژوهش یک مطالعه توصیفی- همبستگی بود. در این تحقیق ۹۰ بیمار سرطانی مراجعه کننده به بیمارستان شفای اهواز در سال ۱۳۸۷ به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی و کیفیت زندگی ۳۶ سئوالی (فرم کوتاه) گردآوری شد و با استفاده از ضریب همبستگی اسپیرمن، آزمون تی و آنالیز واریانس یک طرفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌های مطالعه نشان داد بسیاری از حیطه های کیفیت زندگی با سلامت روان همبستگی معنی‌دار دارد. حیطه‌های عملکرد فیزیکی از کیفیت زندگی با ۳ حیطه اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی همبستگی معنی‌دار داشت. حیطه سلامت روانی از کیفیت زندگی تنها با حیطه علایم شبه جسمی از سلامت روان همبستگی معنی‌دار داشت ($P < ۰/۰۲$). بین حیطه عملکرد اجتماعی از کیفیت زندگی با حیطه اختلال در عملکرد اجتماعی از سلامت روان همبستگی معنی‌دار مشاهده شد ($P < ۰/۰۵$). همچنین در حیطه‌های سلامت روان مثل اضطراب با $P = ۰/۰۰۶$ در زنان بیشتر از مردان و علایم شبه جسمی با $P = ۰/۰۲۵$ در زنان بیشتر از مردان ارتباط معنی‌دار را نشان داد و از حیطه‌های

کیفیت زندگی، عملکرد فیزیکی با $P = 0/03$ در مردان بیشتر از زنان و درد جسمی با $P = 0/001$ در زنان بیشتر از مردان، معنی دار بود. نویسندگان عنوان کردند حیطه‌های کیفیت زندگی بیماران سرطانی با حیطه‌های سلامت روان آنها رابطه دارد و سرطان بر جنبه‌های مختلف زندگی بیماران اثر گذاشته است (۲۶).

۸. پاکپور و همکاران (۲۰۰۹) مطالعه‌ای را با هدف بررسی کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان مری انجام دادند. این بررسی، یک مطالعه توصیفی - مقطعی بود که به منظور بررسی کیفیت زندگی ۷۰ نفر از مبتلایان به سرطان مری در بیمارستان امام خمینی (ره) تهران صورت گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌های استاندارد EORTC QLQ-C30 و QLQ-OES18 است که توسط یکی از پژوهشگران، از طریق مصاحبه با بیماران، تکمیل گردید. اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS12 و آزمون‌های آنالیز واریانس، ضریب همبستگی پیرسون، آزمون تی تست مستقل در سطح معنی داری $P < 0/05$ تجزیه و تحلیل شد. نتایج مطالعه نشان داد که بیشترین مشکل بیماران در مورد ابعاد کیفیت زندگی، متعلق به عملکرد هیجانی و کمترین مشکل مربوط به عملکرد شناختی است. همچنین از نظر علائم بیماری، بیشترین شکایت بیماران به مشکلات اقتصادی ناشی از بیماری و کمترین شکایت آنها به مشکل تکلم مربوط می‌شوند. بین ابعاد کیفیت زندگی، ارتباطات مستقیمی برقرار بود و از طرف دیگر، بین این ابعاد و علائم بیماری، ارتباطاتی در جهت معکوس برقرار بود. همچنین بین نوع سرطان و نمرات مربوط به ابعاد کیفیت زندگی، ارتباط معنی داری برقرار بود؛ به طوری که مبتلایان به کارسینوم سلول سنگفرشی، نسبت به مبتلایان به آدنوکارسینوم، نمرات کیفیت زندگی کم تری داشتند. نویسندگان عنوان کردند با توجه به اطلاعات موجود، مشخص شد که افراد مبتلا به سرطان مری از لحاظ بعد شناختی قبل از عمل جراحی چندان مشکلی ندارند، اما از لحاظ عملکرد هیجانی دچار مشکل هستند و از نظر آموزش در زمینه مسائل روانی و کنترل هیجان‌ات و مشاوره‌های روانی - اجتماعی و همچنین حمایت‌های اقتصادی و افزایش پوشش بیمه‌ای در هر دو گروه مبتلایان، به ویژه در مبتلایان به کارسینوم سلول سنگفرشی، به توجه بیشتری نیاز دارند (۳۷).

نتایج مرور متون نشان می‌دهد که در بسیاری از مناطق جهان به بررسی مقوله‌های مهمی چون کیفیت زندگی، اضطراب و اضطراب مرگ بیماران با شرایط مزمن از جمله سرطان پرداخته شده است. در ایران نیز به طور جداگانه مفاهیمی همچون کیفیت زندگی و اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان مورد بررسی قرار گرفته‌اند اما به نقش اضطراب مرگ و تأثیر آن بر سلامت روانی و در نتیجه کیفیت زندگی این گروه از بیماران پرداخته نشده است. در حالیکه تمامی امکانات و تجهیزات و تکنیک‌های به

روز پزشکی بدنبال افزایش طول عمر بیمار هستند، شناخت مؤلفه‌هایی که بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان تأثیر دارند نیز حائز اهمیت است. از سوی دیگر یکی از ابعاد مهم کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان توجه به سلامت روانی آنها است. این در حالیست که در غالب موارد توجه تیم درمان عمدتاً به تسکین آلام و مشکلات جسمانی بیماران معطوف است. اضطراب و همچنین اضطراب مرگ به عنوان یک تهدید جدی نه تنها سلامت روانی بلکه کیفیت زندگی بیماران را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. ما معتقدیم با توجه به بافت فرهنگی و مذهبی کشور ایران نحوه تجربه و برخورد بیماران با چنین شرایط مزمنی متفاوت از بیماران در سایر کشورها است. بنابراین مطالعه حاضر را با هدف بررسی اضطراب مرگ و ارتباط آن با کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان طراحی و انجام دادیم.

فصل سوم مواد و روش ها

نوع مطالعه

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی و از نوع همبستگی بود.

روش نمونه گیری

در این مطالعه نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام شد. ۲۷۶ بیمار مبتلا به سرطان که برای انجام رویه‌های درمانی سرطان به مرکز آموزشی درمانی کوثر مراجعه کرده و مشخصات ورود به جامعه پژوهش را داشتند در مطالعه شرکت داده شدند.

ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان در پژوهش

مشارکت‌کنندگان در پژوهش افرادی بودند که تمایل به شرکت در پژوهش را داشته و دارای مهارت‌های ارتباطی لازم جهت برقراری ارتباط مؤثر برای دریافت اطلاعات بودند. ابتلای قطعی بیماران به یکی از انواع سرطان با هر درجه و مرحله‌ای^۱ از سایر شرایط ورود به مطالعه بود.

حجم نمونه

با در نظر گرفتن میزان همبستگی ۰/۱۸ بین کیفیت زندگی و اضطراب مرگ در مطالعه Sherman و همکاران (۹) و با در نظر گرفتن آلفای ۰/۰۵ و توان ۸۰٪ و بر طبق محاسبه حجم نمونه در مطالعات همبستگی (۳۸) از ۲۷۶ زن مبتلا به سرطان نمونه‌گیری به عمل آمد.

$$n = \left[\frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{\beta}}{C} \right]^2 + 3 = \left[\frac{1.96 + 0.84}{0.5 \ln(1+r)/(1-r)} \right]^2 + 3 = 276$$

روش گردآوری داده‌ها

طرح حاضر در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی قزوین مطرح شد. پس از تأیید کمیته اخلاق و ارائه معرفی نامه رسمی از معاونت پژوهشی دانشگاه به مسئولین مرکز آموزشی درمانی کوثر و کسب موافقت ایشان، پژوهشگر هر روز به بخش-های بستری مرکز فوق مراجعه کرده و بیمارانی را که واجد شرایط شرکت در مطالعه بودند، انتخاب نمود. با ارائه فرم رضایت نامه به افراد، از آنها جهت شرکت در پژوهش رضایت آگاهانه کسب شد. لازم به ذکر است بیمارانی در تحقیق شرکت داده شدند که از نظر پزشک معالج در وضعیت بالینی مناسبی بودند و اخذ اطلاعات، حیات آنان را با خطر مواجه نمی‌کرد. بنابراین قبل از اخذ اطلاعات و پر کردن پرسش نامه، با پزشک معالج در خصوص شرایط بالینی بیمار و اینکه آیا پرسیدن سؤالاتی در خصوص اضطراب مرگ و کیفیت زندگی برای بیماران تهدید کننده است یا خیر کسب تکلیف شد. چنانچه پزشک معالج تشخیص می‌داد که این سؤالات برای شرایط بالینی آنها مناسب نیست بیماران در مطالعه شرکت داده نمی‌شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها

برای گردآوری داده‌ها از یک پرسشنامه مشتمل بر سه بخش استفاده شد.

- مشخصات دموگرافیک
- مقیاس اضطراب مرگ ۱۵ آیتم تمپلر
- پرسشنامه کیفیت زندگی مگ گیل^۱ MQOL

در قسمت مشخصات دموگرافیک، سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، مدت ابتلا، سابقه جراحی، تجربه مرگ، وضعیت اقتصادی، منبع اصلی درآمد، میزان حمایت اجتماعی و میزان اعتقادات مذهبی مورد بررسی قرار گرفت. در بخش دوم پرسشنامه از مقیاس اضطراب مرگ ۱۵ آیتم تمپلر (۱۹۷۰) استفاده شد. پرسشنامه ۱۵ آیتم اضطراب مرگ اولین بار توسط تمپلر در سال ۱۹۷۰ ابداع شد. پاسخ به هر یک از آیتم‌ها بصورت لیکرت پنج گزینه‌ای (کاملاً مخالفم (۱)، مخالفم (۲)، نظری ندارم (۳)، موافقم (۴) و کاملاً موافقم (۵) می‌باشد. در سؤالات ۲، ۳، ۵، ۶، ۷ و ۱۵ که سؤالات معکوس پرسشنامه بودند به گزینه خیلی مخالفم امتیاز ۵ و به گزینه خیلی موافقم امتیاز ۱ اختصاص یافت. حداقل امتیازات در این پرسشنامه ۱۵ و حداکثر ۷۵ بود. امتیاز کمتر نشاندهنده اضطراب مرگ کمتر و امتیاز بالاتر نشاندهنده اضطراب مرگ بیشتر در بیماران بود.

1. McGill Quality of Life Questionnaire

پرسشنامه کیفیت زندگی مگ گیل برای بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان انتخاب شد زیرا این ابزار ابعاد مختلف کیفیت زندگی (افرادی که به انواع مختلف بیماریهای مخاطره آمیز از جمله سرطان مبتلا هستند) را اندازه گیری می کند (۳۰). این ابزار مشتمل بر ۱۷ آیتم خود گزارش دهی است که روایی و پایایی آن در بیماران سرپایی مبتلا به عفونت HIV (۳۱) و بیماران مبتلا به سرطان تأیید شده است (۳۱). این پرسشنامه شامل ۳ بعد دیدگاه کلی در مورد کیفیت زندگی، بعد علائم جسمانی، بعد روانی بود. در یک بخش مجزا (سوال باز پاسخ) نیز از بیماران خواسته شد مواردی که کیفیت زندگی آنان را بهتر و یا بدتر کرده است را عنوان کنند. در این پرسشنامه پاسخ به هر سؤال بصورت لیکرت (امتیاز ۰ تا ۱۰) بیان شد. امتیاز سوالات ۱، ۲ و ۳ در بعد مربوط به علائم جسمانی و امتیاز سوالات ۵، ۶، ۷ و ۸ در بعد مربوط به علائم روانی معکوس بود (امتیاز اخذ شده - ۱۰). امتیاز هر زیر گروه بصورت میانگین / میانه آن بعد گزارش شد. امتیاز کلی پرسشنامه MQOL بصورت میانگین مجموع سه زیر گروه محاسبه شد. بالاتر بودن امتیاز کلی پرسشنامه MQOL نشاندهنده بهتر بودن کیفیت زندگی و پایین تر بودن امتیاز آن نشاندهنده بدتر بودن کیفیت زندگی بیماران بود.

برای بررسی اعتبار پرسشنامه های حاضر اقدامات زیر انجام شد. برای تنظیم محتوی مشخصات دموگرافیک از منابع و مقالات مرتبط با موضوع اضطراب مرگ و کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماریهای مزمن از جمله سرطان استفاده شد. برای بررسی اعتبار پرسشنامه های مورد استفاده ابتدا نسخه اصلی آن به زبان فارسی ترجمه شد. سپس محتوی پرسشنامه برای بررسی روایی صوری و محتوی در اختیار صاحب نظران و متخصصین امر قرار گرفت. بعد از اعمال نظر و تطبیق محتوی پرسشنامه با فرهنگ جامعه ایران از آن به منظور بررسی متغیرهای اصلی مطالعه (اضطراب مرگ، کیفیت زندگی) استفاده شد. برای آزمون - باز آزمون پرسشنامه ها از ۲۰ نفر از بیماران استفاده شد که در نهایت از مطالعه حذف شدند. ضریب همبستگی آزمون - باز آزمون برای بررسی پایایی اضطراب مرگ ($r = 0.78$) و کیفیت زندگی ($r = 0.72$) بود.

تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از نرم افزار کامپیوتری SPSS نسخه ۲۰ صورت گرفت. نرمال بودن متغیرهای اصلی مطالعه با استفاده از تست کولموگوروف - اسمیرنوف^۱ آزمون گردید. نتایج آزمون تعیین نرمال بودن توزیع متغیرهای وابسته نشان داد امتیاز اضطراب مرگ بیماران از توزیع نرمالی برخوردار نبود ($p < 0.05$). در حالیکه نتایج همین آزمون نشان داد که امتیاز کلی کیفیت زندگی بیماران دارای توزیع نرمال بوده است ($p > 0.05$). از آزمون های توصیفی مانند میانگین \pm انحراف معیار (برای داده های کمی پیوسته که توزیع نرمال داشتند)، میانه (دامنه میان چارکی) [جهت داده های کمی که توزیع نرمال نداشتند] و تعداد (درصد)

1. Kolmogorov-Smirnov

برای متغیرهای کیفی / اسمی استفاده شد. از آزمون آماری من ویتنی جهت بررسی اختلاف میانه اضطراب مرگ در متغیرهای مستقل که دو حالت دارند (سابقه جراحی، تجربه مرگ) و از آزمون آماری کروسکال والیس برای بررسی اختلاف میانه امتیاز اضطراب مرگ بیماران در متغیرهای مستقلی که بیش از دو حالت دارند (مانند سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی اجتماعی و ...) استفاده شد. از آنجا که توزیع متغیر کیفیت زندگی بصورت نرمال بود برای مقایسه این متغیر در متغیرهای دو حالت از آزمون تی مستقل و برای متغیرهای دارای بیش از دو حالت از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شده است. برای بررسی ارتباط میان اضطراب مرگ بیماران با کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن از ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد. برای بررسی عوامل پیش بینی کننده کیفیت زندگی بیماران از مدل رگرسیون خطی استفاده شد. سطح معنی داری کلیه آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

ملاحظات اخلاقی

- ارائه معرفی نامه پژوهش به مرکز
- معرفی خود به واحدهای مورد پژوهش و توضیح اهداف پژوهش
- اخذ رضایت نامه کتبی از واحدهای مورد پژوهش
- محرمانه بودن اطلاعات با درج نکردن نام واحدهای مورد پژوهش در پرسشنامه
- اختیاری بودن شرکت واحدهای مورد پژوهش
- کسب مجوز از جلسه کمیته اخلاق معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین

فصل چهارم

یافته‌ها

یافته‌ها

مشخصات دموگرافیک بیماران در جدول شماره یک آورده شده است.

جدول شماره ۱؛ توزیع مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان

تعداد(درصد)	متغیرهای زمینه‌ای	
۲۵(۹/۱)	مجرد	وضعیت تأهل
۳۳۴(۸۴/۸)	متاهل	
۱۷(۶/۱)	بیوه/ طلاق گرفته	وضعیت اشتغال
۲۰(۷/۲)	هست	
۲۵۶(۹۲/۸)	نیست	تحصیلات
۸۴(۳۰/۴)	بی سواد	
۷۸(۲۸/۳)	ابتدایی	
۴۴(۱۵/۹)	راهنمایی	
۴۶(۱۶/۷)	دبیرستان	
۲۴(۸/۷)	دانشگاهی	سابقه جراحی
۲۰۲(۷۳/۲)	دارد	
۷۴(۲۶/۸)	ندارد	مرحله سرطان
۴۶(۱۶/۷)	۱	
۷۹(۲۸/۶)	۲	
۶۴(۲۳/۲)	۳	
۵۴(۱۹/۶)	۴	
۳۳(۱۲)	گزارش نشده	سابقه خانوادگی ابتلا به سرطان
۱۸۹(۶۸/۵)	ندارد	
۴۱(۱۴/۹)	خویشاوندان درجه یک	
۳۶(۱۳)	خویشاوندان درجه دو	
۱۰(۳/۶)	خویشاوندان دورتر	تجربه مرگ
۵(۱/۸)	دارد	
۲۷۱(۹۸/۲)	ندارد	نوع درمان
۶۷(۲۴/۳)	عدم دریافت	
۱۴۷(۵۳/۳)	شیمی درمانی	
۱۵(۵/۴)	رادیوتراپی	
۴۰(۱۴/۵)	شیمی درمانی و رادیو تراپی	
۷(۲/۵)	جراحی رزکسیون	وضعیت اقتصادی
۱۱۴(۴۱/۳)	بد	
۱۴۹(۵۴)	متوسط	
۱۳(۴/۷)	خوب	منبع اصلی درآمد
۳۳(۱۲)	درآمد شخصی	
۲۲۴(۸۱/۲)	خانواده یا فرزندان	
۱۹(۶/۹)	سایر منابع حمایتی	زندگی با
۸(۲/۹)	به تنهایی	
۲۶۲(۹۴/۹)	افراد خانواده	
۶(۲/۲)	خویشاوندان یا دوستان	

میانگین سنی بیماران $13/88 \pm 50/21$ (حداقل ۱۴ و حداکثر ۸۵ سال) بود. در این مطالعه بیشترین نوع ابتلا به سرطان به ترتیب مربوط به سرطان سینه (۱۰۶ نفر [۳۸/۴ درصد]) و دستگاه گوارش (۷۴ نفر [۲۶/۸ درصد]) بود. میانگین طول مدت ابتلا به بیماری ۷ ماه ($IQR^1 = 4$) بود. اکثر افراد شرکت کننده (۴۲ درصد) میزان حمایت اجتماعی خود را خوب و فعالیت اجتماعی خود را در حد متوسط (۴۲/۴ درصد) گزارش کردند. ۵۰/۷ درصد (۱۴۰ نفر) بیماران (اکثراً) عنوان کرده بودند که واجبات مذهبی خود را در حد متعارف انجام می‌دهند و اعتقادات مذهبی ۴۷/۸ درصد (۱۳۲ نفر) از بیماران نیز در حد متوسط بود. ۵۱/۸ درصد (۱۴۳ نفر) بیماران گزارش کردند که ۵ بار در روز نماز می‌خوانند.

با توجه به نرمالیتی متغیرهای اصلی مطالعه، میانگین امتیاز اضطراب مرگ بیماران ۴۸ (دامنه میان چارکی: ۸) و میانگین امتیاز کلی کیفیت زندگی آنان $25/11 \pm 103/07$ برآورد شد. میانگین بعد دیدگاه کلی در مورد کیفیت زندگی، بعد علائم جسمانی و بعد روانی به ترتیب ۶ ($IQR = 1$)، ۲۶ ($IQR = 7$) و ۷۳ ($IQR = 14$) بود. اکثر بیماران عنوان کردند علائم جسمانی ناشی از بیماری (۷/۶ درصد) کیفیت زندگی آنها را بدتر و در جمع خانواده بودن (۱۳ درصد) کیفیت زندگی آنها را بهتر کرده است. جدول شماره دو ماتریکس همبستگی اسپیرمن متغیرهای اصلی مطالعه (اضطراب مرگ و کیفیت زندگی) را با متغیرهای کمی در بیماران مبتلا به سرطان نشان می‌دهد.

بین اضطراب مرگ (آزمون آماری کروسکال والیس) بیماران و وضعیت تأهل آنان (مجرد، متأهل و بیوه/ طلاق گرفته) ارتباط معنی‌داری وجود نداشت ($p > 0/05$). نتایج آنالیز واریانس یک طرفه نیز نشان داد بین کیفیت زندگی بیماران با وضعیت تأهل آنان ارتباط معنی‌داری وجود ندارد.

بر اساس آزمون آماری من ویتنی بین اضطراب مرگ بیماران و وضعیت اشتغال آنان (هست/ نیست) اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد. همچنین آزمون آماری تی مستقل نشان داد که بین کیفیت زندگی بیماران و وضعیت اشتغال آنان ارتباط معنی‌داری وجود ندارد ($p > 0/05$).

نتایج آزمون آماری کروسکال والیس نشان داد بین اضطراب مرگ بیماران با سطوح مختلف تحصیلی آنان ارتباط معنی‌داری وجود ندارد ($p > 0/05$). در حالیکه نتایج همین آزمون نشان داد بین کیفیت زندگی و سطوح مختلف تحصیلی بیماران ارتباط معنی‌داری وجود دارد بطوریکه بهترین کیفیت زندگی مربوط به بیمارانی بود که دارای تحصیلات دیپلم بودند.

1. Inter Quartile Range (IQR): (75th-25th): دامنه میان چارکی

جدول شماره ۲؛ ماتریکس همبستگی اضطراب مرگ با کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن

دفعات نماز خواندن	اعتقادات مذهبی	انجام واجبات مذهبی	فعالیت‌های اجتماعی	حمایت اجتماعی	طول مدت ابتلاء	سن	بعد روانی	بعد جسمانی	دیدگاه کلی در مورد کیفیت زندگی	کیفیت زندگی	اضطراب مرگ
-.۰/۱۴*	-.۰/۱۱#	-.۰/۱۰#	.۰/۰۲#	-.۰/۰۰۶#	-.۰/۰۰۹#	-.۰/۱۳*	-.۰/۳۸*	-.۰/۱۰#	-.۰/۱۰#	-.۰/۳۵*	۱
.۰/۰۱#	.۰/۰۱#	.۰/۱۱#	.۰/۱۱#	.۰/۲*	-.۰/۰۳#	-.۰/۰۲#	.۰/۹۰*	.۰/۶۴*	.۰/۴۶*	۱	اضطراب مرگ
.۰/۰۵#	.۰/۰۲#	.۰/۲۲*	.۰/۰۵#	.۰/۱۴*	-.۰/۰۴#	-.۰/۰۱#	.۰/۲۸*	.۰/۴۶*	۱		کیفیت زندگی
-.۰/۰۳#	-.۰/۰۹#	.۰/۰۲#	.۰/۰۵#	.۰/۱۴*	.۰/۰۰۸#	-.۰/۰۷#	.۰/۲۸*	۱			دیدگاه کلی در مورد کیفیت زندگی
.۰/۰۲#	.۰/۰۶#	.۰/۱۲*	.۰/۱۱#	.۰/۱۷*	-.۰/۰۴#	-.۰/۰۱۲#	۱				بعد جسمانی
.۰/۱۰#	.۰/۰۸#	.۰/۱۵*	-.۰/۰۹#	-.۰/۱۱#	-.۰/۰۵#	۱					بعد روانی
-.۰/۰۱#	-.۰/۰۸#	.۰/۰۰۴#	-.۰/۰۸#	-.۰/۱۴*	۱						سن
-.۰/۰۶#	.۰/۰۰۵#	.۰/۰۱#	.۰/۳۱*	۱							طول مدت ابتلاء
-.۰/۱#	-.۰/۰۰۳#	-.۰/۰۱#	۱								حمایت اجتماعی
.۰/۵۴*	.۰/۶۷*	۱									فعالیت‌های اجتماعی
.۰/۶۴*	۱										انجام واجبات مذهبی
۱											اعتقادات مذهبی
											دفعات نماز خواندن

$p > .05^{\#}$

$p < .05^*$

$p < .001^*$

نتایج آزمون آماری من ویتنی نشان داد اضطراب مرگ بیمارانی که دارای سابقه جراحی بودند در مقایسه با بیمارانی که سابقه جراحی نداشتند متفاوت نبوده است. آزمون آماری تی مستقل نیز نشان داد بین کیفیت زندگی بیماران و سابقه جراحی آنان ارتباط معنی‌داری وجود نداشت.

اختلاف معنی‌داری در اضطراب مرگ بیمارانی که سابقه فامیلی ابتلاء به سرطان داشتند در مقایسه با بیمارانی که سابقه فامیلی ابتلاء به سرطان نداشتند مشاهده نشد (آزمون آماری کروسکال والیس). همچنین بین کیفیت زندگی بیماران و سابقه فامیلی ابتلا به سرطان ارتباط معنی‌داری وجود نداشت (آزمون آنالیز واریانس یک طرفه).

نتایج آزمون آماری کروسکال والیس نشان داد بین اضطراب مرگ بیماران با روش درمانی آنها ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. همچنین بین کیفیت زندگی بیماران و روش‌های مختلف درمانی آنان اختلاف معنی‌دار نبود.

اضطراب مرگ (آزمون آماری کروسکال والیس) و کیفیت زندگی بیماران (آزمون آنالیز واریانس یک طرفه) نیز با وضعیت اقتصادی و منبع اصلی درآمد ارتباط معنی داری نداشتند.

جهت تعیین عوامل پیش گویی کننده کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان از مدل رگرسیون خطی چند متغیره استفاده شد. جدول شماره ۳ مدل پیشگویی کننده کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان را نشان می‌دهد. بر این اساس، مدل رگرسیون خطی چند متغیره نشان داد تنها ۱۷ درصد از واریانس (تغییرات) کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان با متغیرهای چون اضطراب مرگ، میزان حمایت اجتماعی و سطح تحصیلات قابل تبیین می‌باشد.

جدول شماره ۳: مدل پیش گویی کننده کیفیت زندگی به روش Stepwise

مدل	B	Beta	P-value	95%CI	
				حداقل	حداکثر
اضطراب مرگ	- ۰/۷۹	- ۰/۳۳	< ۰/۰۰۱	- ۱/۰۵	- ۰/۵۳
حمایت اجتماعی	۵/۲۷	۰/۱۸	۰/۰۰۱	۲/۱۰	۸/۴۴
سطح تحصیلات	۲/۲۱	۰/۱۱	۰/۰۳۹	۰/۱۰	۴/۳۲

$$R = 0.41 \quad R^2 = 0.17$$

مدل پیش‌گویی کننده کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان:

$$\text{(سطح تحصیلات} \times ۲/۲۱) + \text{(حمایت اجتماعی} \times ۵/۲۷) + \text{(اضطراب مرگ} \times ۰/۷۹) - ۱۱۶/۹۶ = \text{کیفیت زندگی}$$

فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی اضطراب مرگ و ارتباط آن با کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان در مرکز آموزشی درمانی کوثر قزوین ۱۳۹۱ انجام شد. اکثر مطالعات موجود به بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پرداخته است (۳۹-۴۱) و مطالعات کمی وجود دارد که در آنها به بررسی ارتباط کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن با اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان پرداخته شده باشد. نتایج مطالعه ما نشان داد بین اضطراب مرگ با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان بخصوص در بعد روانی همبستگی معنی داری وجود دارد. علاوه بر این میزان اضطراب مرگ، میزان حمایت اجتماعی و سطح تحصیلات از جمله پیش گویی کننده‌های کیفیت زندگی بیماران در مطالعه ما بودند. نتایج برخی از مطالعات انجام شده در ایران نشان می‌دهد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان تحت تأثیر بسیاری از موارد قرار می‌گیرد. به طور مثال صفاری و همکاران نشان دادند که مذهب و زیر سازه‌های آن (مذهب درونی، اعمال مذهبی سازمان یافته و اعمال مذهبی غیر سازمان یافته) در حضور سایر متغیرهای مستقل مانند سن، جنس، سطح تحصیلات، مدت بیماری، نمره عملکرد بیمار و تأهل به طور معنی داری کیفیت زندگی بیماران را پیشگویی می‌کند (۳۶). مردانی و همکاران (۲۰۰۹) نیز نشان دادند بین حیطه‌های عملکرد فیزیکی از کیفیت زندگی با ۳ حیطه اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی همبستگی معنی دار وجود داشت (۲۶). از سوی دیگر شرم‌ن^۱ و همکاران (۲۰۱۰) عنوان کردند کیفیت زندگی پایین‌تر (بخصوص در بعد روانی) بیماران مبتلا به ایدز با اضطراب مرگ بیشتر آنان در ارتباط بوده است (۹). نتایج برخی از مطالعات انجام شده نشان می‌دهد ابتلاء به سرطان عملکرد فیزیکی افراد را کاهش می‌دهد (۴۲). گاهی مشکلات و علائم جسمانی ریشه در مسائل و نگرانی‌های روانی بیماران دارد. در بیماری‌های مخاطره آمیزی چون سرطان توجه عمده تیم درمان عمدتاً به تسکین علائم جسمانی (خستگی، درد و ...) معطوف است. در حالیکه علاوه بر تسکین علائم جسمانی در نظر گرفتن نیازهای روانی بیماران و حمایت از آنان می‌تواند از جمله اولویت‌های مداخلاتی در این گروه از بیماران باشد. بر اساس نتایج مطالعه ما و وجود همبستگی معنی دار بین اضطراب مرگ و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان و همچنین همبستگی زیاد بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی، می‌توان انتظار داشت با تسکین تنش‌های روانی بخصوص اضطراب مرگ کیفیت زندگی آنان نیز بهبود یابد.

سن یکی از فاکتورهای مهم در درک اضطراب مرگ می‌باشد (۴۴). بلسکی^۲ (۱۹۹۰) عنوان می‌کند "افراد در تمام طول زندگی اضطراب مرگ را بدوش می‌کشند" (۴۵). در مطالعه حاضر با افزایش سن اضطراب مرگ بیماران بطور معنی داری کاهش یافته

1. Sherman
2. Belsky

بود اما بین سن و کیفیت زندگی بیماران ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. نتایج مطالعات انجام شده در خصوص ارتباط سن و اضطراب مرگ و کیفیت زندگی متناقض است. نتایج بیشتر مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که در مجموع سالمندان در مقایسه با سایر گروه‌های سنی اضطراب مرگ کمتری دارند (۴۶) که این مسأله می‌تواند ناشی از احساس رضایت و به اتمام رساندن فعالیت‌هایشان در طی زندگی و یا احساس خوشایند رها شدن از زندگی که برای آنها خیلی ارزشمند نیست، باشد (۴۷). نتایج اکثر مطالعات انجام شده در جمعیت عمومی جامعه نشان می‌دهد کیفیت زندگی در افراد جوانتر بیشتر از سالمندان است (۲۳، ۲۲). افراد زمانی که به اواخر بزرگسالی می‌رسند درگیر یک بازنگری کلی در زندگی خود هستند. در طول این بازنگری، اگر معنی یا هدف را در زندگی خود یافتند، به نوعی کمال و یکپارچگی رسیده‌اند (۴۸). به عبارت دیگر، اگر فرد در طول این بازنگری دریابد که بسیاری از فرصت‌های خود را از دست داده، یعنی به تمامیت نفس خود نایل نشده‌است. با این نظریه، سالمندان که به این مرحله از تمامیت نفس رسیده‌اند باید اضطراب مرگ پایین‌تری داشته باشد، چراکه آنها یک زندگی پرمعنا را تجربه کرده‌اند.

یکی دیگر از فاکتورهای تأثیرگذار بر بروز اضطراب مرگ جنسیت است. گزارش متفاوتی در خصوص اضطراب مرگ بین زنان و مردان وجود دارد. بسیاری از تحقیقات انجام شده نشان می‌دهند زنان سالمند اضطراب مرگ بیشتری را در مقایسه با مردان سالمند نشان می‌دهند (۴۹-۵۱). نتایج تحقیق انجام شده در جامعه اعراب نیز از این مطلب حمایت می‌کند (۵۲). در ایالات متحده نیز، زنان سطوح بالاتری از اضطراب مرگ را در مقایسه با مردان گزارش کردند (۵۳). با وجود این برخی از مطالعات عنوان می‌کنند بین اضطراب مرگ و جنسیت هیچ ارتباطی وجود ندارد. به عنوان مثال در میانگین امتیاز اضطراب مرگ مردان و زنانی که متصدی برگزاری مراسم تدفین بودند اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد (۵۴). در مطالعه ما اضطراب مرگ و کیفیت زندگی فقط در بیماران زن مبتلا به سرطان انجام شده بود و امکان مقایسه این دو مهم بر اساس جنسیت بیماران میسر نبود. ممکن است واقعاً هیچ تفاوتی در سطح اضطراب مرگ زنان و مردان وجود نداشته باشد، بلکه دلیل وجود الگوهای فرهنگی که به زنان اجازه می‌دهد تا اضطراب خود را آزادانه‌تر ابراز کنند این مورد بروز بیشتری می‌یابد. از نظر تاریخی، فرض بر این است که مردان قدرت و کنترل بیشتری از خود نشان می‌دهند و هر چیزی کمتر از آن، نشانه‌ای از ضعف آنان است (۵۵).

در کنار برخی از مشخصات فردی، عامل تأهل نقش مهمی را در تجربه سطح اضطراب مرگ بازی می‌کند. اگرچه بررسی متون موجود درباره اضطراب مرگ نشان می‌دهد که مطالعات کمی درباره ارتباط ابعاد مختلف اضطراب مرگ با وضعیت تأهل افراد صورت گرفته است (۱) با این وجود غفران و انصاری (۲۰۰۸) در مطالعه خود نشان دادند افراد بیوه (زن و مرد) در مقایسه با

افرادی که همسران آنان در قید حیات بودند امتیاز اضطراب مرگ بالاتری داشتند (۵۱). علاوه بر این افراد متأهل در مقایسه با افراد مجرد از کیفیت زندگی بهتری برخوردار هستند (۲۲، ۲۳). در مطالعه ما بین وضعیت تأهل، سابقه فامیلی، اشتغال و سابقه جراحی بیماران با اضطراب مرگ و کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری وجود نداشت اما به نظر می‌رسد سایر مشخصات فردی نظیر سن، جنسیت و همچنین متغیرهای فرهنگی و اجتماعی تأثیر بیشتری در سطح تجربه اضطراب مرگ و کیفیت زندگی بیماران داشته باشند.

اگرچه تحقیقات زیادی درباره ابعاد مختلف اضطراب مرگ و فاکتورهای تأثیرگذار بر سطح تجربه آن توسط افراد انجام شده است، با این وجود تنها در برخی از مطالعات به بررسی ارتباط سطح تحصیلات و اضطراب مرگ پرداخته شده است. به عنوان مثال نتایج یک مطالعه نشان می‌دهد سالمندانی که سطح تحصیلات بالاتری داشته‌اند در مقایسه با افرادی که سطح تحصیلات پایین‌تری داشتند تمایل به زندگی طولانی‌تری داشتند (۵۶). آزا‌زا^۱ و همکاران (۲۰۱۰) نیز نشان دادند که بین سطح تحصیلات و اضطراب مرگ و مردن ارتباط وجود دارد، بطوریکه افراد بی‌سواد و کم‌سواد در مقایسه با افراد تحصیل کرده اضطراب مرگ بیشتری را تجربه می‌کنند (۵۷). از سوی دیگر عنوان شده است کیفیت زندگی در افرادی که تحصیلات بالاتری دارند بهتر بوده است (۲۲، ۲۳). در مطالعه ما بین سطوح مختلف تحصیلی با اضطراب مرگ ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. اما بیمارانی که تحصیلات دیپلم داشتند در مقایسه با سایر گروه‌های تحصیلی کیفیت زندگی بهتری داشتند. به نظر می‌رسد آنچه در تجربه اضطراب مرگ و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان مهم است نوع دانش و مطالعه افراد است تا سطح تحصیلات آنان. با این حال بیمارانی که تحصیلات بالاتری دارند نسبت به سایر گروه‌ها بیشتر به منابع اطلاعاتی که می‌تواند کیفیت زندگی آنان را تحت تأثیر قرار دهد دسترسی دارند. البته این ادعا لزوم انجام تحقیقات بیشتر در خصوص اضطراب مرگ و ارتباط آن با دانش و سطح تحصیلات افراد را از طریق مطالعات کمی و کیفی ضروری می‌سازد.

با وجود فاکتورهای محیطی، موقعیت‌های غیر قابل پیش‌بینی و پر از استرس‌های خاص، ممکن است بر تجربه اضطراب مرگ مؤثر باشند، البته ممکن است همیشه اینگونه نباشد. تشخیص ناگهانی و بستری شدن در بیمارستان و انجام مداخلات تخصصی مانند رادیوتراپی و شیمی‌درمانی می‌تواند تنش‌های روانی زیادی را به بیماران و حتی مراقبین خانوادگی آنها وارد کند. محققین بررسی کرده‌اند که چگونه بیماری‌های تهدیدکننده حیات با اضطراب مرگ بالاتر همراه است. بطور مثال در آنالیز کیفی اطلاعات جمع‌آوری شده از طریق مصاحبه، مشخص شد بیماران مبتلا به تومور مغزی و خانواده‌های آنان با اضطراب مرگ درگیر هستند.

1. Azaiza

نویسندگان عنوان کردند بیمارانی که با نوعی احساس مداوم تهدید، زندگی می‌کنند؛ تلاش می‌کنند در طول روزهای زندگی از اندیشه و تفکر درباره مرگ اجتناب کنند اما علائم بیماری سبب فعال شدن حس اضطراب مرگ در آنان می‌شود (۵۸). این یافته‌ها پیشنهاد می‌کنند تظاهرات آگاهانه اضطراب مرگ ممکن است در مقابله با استرسورها در میان افراد بر اساس نوع، زمینه و طول مدت آسیب‌های محیطی و استرسورهای مرتبط با مرگ متفاوت باشد. خوگیری طولانی مدت با یک محیط پراسترس و ناامن ممکن سطح اضطراب مرگ را به میزان بسیار زیادی کاهش دهد (۵۹). علاوه بر این شدت ترس از مرگ به تدریج بعد از بستری در بیمارستان در افرادی که در مراحل انتهایی بیماری به سر می‌برند، کاهش می‌یابد (۶۰). همچنین مسائل زمینه‌ای موجود در مورد شدت بیماری (مانند نگرانی‌هایی درباره مشاهده کردن مرگ و جدا شدن از افراد مورد علاقه^۱) با افزایش اضطراب مرگ در ارتباط است (۶۱). اوتوم و همکاران (۲۰۰۷) نشان دادند که طول مدت ابتلاء به بیماری یک عامل پیش‌گویی کننده قوی اضطراب مرگ است و با آن ارتباط منفی دارد. آنها همچنین عنوان می‌کنند در بیمارانی که به تازگی برای آنان تشخیص مطرح می‌شود، اضطراب مرگ نیز بیشتر بود زیرا بیماران زمان کافی برای تطابق با بیماری خود را نداشتند. علاوه بر این تشخیص بیماری‌های مخاطره آمیز، عملکردهای شناختی و مهارت‌های زندگی را مختل می‌کند (۳۲). نتایج مطالعه دیگری نشان می‌دهد مردان جوانی که از کانسر بیضه یا بیماری هوچکین^۲ معالجه شده بودند و نیز مردانی که به تازگی بیمارشان تشخیص داده شده بود، اضطراب مرگ بالاتری داشتند (۶۱). اگر چه در مطالعه ما بین طول مدت ابتلاء به بیماری و کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد اما به نظر می‌رسد گذشت زمان با کاهش اضطراب مرگ می‌تواند تا حدودی منجر به کیفیت زندگی افراد شود.

در مطالعه ما بین وضعیت اقتصادی و منبع اصلی درآمد با اضطراب مرگ و کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری وجود نداشت اما به نظر می‌رسد حمایت مالی و داشتن وضعیت اقتصادی مناسب با توجه به هزینه‌های سنگین درمانی در مبتلایان به سرطان می‌تواند تا حدودی امنیت روانی افراد را تأمین و اضطراب آنان را کاهش دهد. علاوه بر این یکی از نگرانی‌های همیشگی بیماران عدم وجود حمایت مالی از خانواده پس از مرگ است. بطور مثال نتیجه یک مطالعه نشان می‌دهد سطح اضطراب مرگ دانشجویان پرستاری مصری بدلیل درآمد سالیانه کمتر و استرس بیشتر (به علت قرار داشتن در لیست کشورهای در حال توسعه) در مقایسه با گروه مشابهی از دانشجویان پرستاری در اسپانیا بالاتر بود (۶۲).

1 . loved ones
2 . Hodgkin

اگرچه در مطالعه حاضر بدلیل تعداد کم بیماران که تجربه مرگ داشتند نتوانستیم بین اضطراب مرگ و تجربه مرگ ارتباط سنجی کنیم اما در برخی از مطالعات به نقشی که تجربه بخصوص تجربه مرگ در ایجاد اضطراب مرگ ایفا می‌کند پرداخته شده است. این نقش در غالب موارد آگاهی فرد از مرگ را افزایش داده و اضطراب مرگ وی را تشدید می‌کند. بطور مثال نتایج یک مطالعه نشان می‌دهد در میان نوجوانانی که تجربه مرگ والدین خود را دارند، غم ناشی از سوگواری تنها پیش‌گویی‌کننده قابل توجه اضطراب مرگ بود (۶۳). نتایج مطالعه دیگری نشان می‌دهد دانشجویانی که به مطالعه مراسم خاکسپاری و تشییع جنازه می‌پردازند در مقایسه با سایر دانشجویان دانشگاه اضطراب مرگ آشکار و انکار مرگ تلویحی (ضمنی) کمتری دارند (۶۴). چن^۱ و همکاران (۲۰۰۶) نیز گزارش کردند دانشجویان پرستاری مجرب نسبت به دانشجویان همتای خود که کم تجربه‌تر هستند اضطراب مرگ بیشتری را گزارش می‌کنند (۶۵). پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه در مقایسه با پرستاران شاغل در آسایشگاه^۲، اضطراب مرگ، فرسودگی و استرس بیشتری را گزارش کرده‌اند (۶۶).

در مورد تأثیر مذهب و اعتقادات مذهبی از دیرباز بحث‌های زیاد و گاهی متفاوت مطرح شده است. از یک سو روانکاوانی چون فروید و همکارانش مذهب و اعتقادات دینی را ناشی از ترس تلقی کرده و دین باوری را تنها در درون سازه‌های اجتماعی و درون روانی مانند وجدان اخلاقی تبیین می‌کنند و از طرف دیگر کسانی چون یونگ هرگونه اعتقاد دینی و مذهبی، حتی اگر آمیخته با خرافات و روشهای ابتدایی بشر بوده باشد را مورد توجه قرار داده و هر یک را در سلامت روانی افراد معتقد به آن لازم و ضروری شمرده‌اند. نتایج مطالعه حاضر نشان داد بین اضطراب مرگ بیماران با تعداد دفعات نماز خواندن همبستگی معکوس و معنی‌دار وجود داشت. اما بین میزان اعتقادات مذهبی و انجام واجبات مذهبی با کیفیت زندگی بیماران ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. اعتقادات مذهبی می‌تواند از طریق کاهش ترس از مرگ، آسایش^۳ را بهبود بخشد. بطوریکه فالکنهین و هندال^۴ (۲۰۰۳) عنوان می‌کنند بین اعتقادات درونی و اضطراب مرگ و پذیرش مرگ ($r = -0.52$) ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت (۶۷). گورسوج^۵ (۱۹۸۸) پیشنهاد می‌کند که تمایز بین جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی در روانشناسی مذهب و سلامتی بسیار مفید است (۶۸). افرادی که دارای جهت‌گیری مذهبی درونی هستند، در درون مذهب زندگی می‌کنند و در هر جنبه از زندگی خود به مذهب متوسل می‌شوند (۶۹). افرادی که دارای جهت‌گیری مذهبی بیرونی هستند، از مذهب برای شرکت در گروه (۷۰) و نشستهای مذهبی (۷۱) و دفاع از خود (۷۲) استفاده می‌کنند. بنابراین ممکن است جهت‌گیری مذهبی به عنوان یک تعدیل‌گر تنیدگی عمل کرده و افراد با جهت‌گیری مذهبی

1. Chen
2. Hospice
3. Well-being
4. Falkenhain and Handal
5. Gorsuch

درونی، تنیدگی کمتری را تجربه کنند. افرادی که دارای مذهب درونی هستند (یعنی معتقدند که مذهب در ذات آنها ریشه دارد) در مقایسه با افرادی که فقط جهت‌گیری مذهبی بیرونی دارند (یعنی مذهب را وسیله‌ای برای دستیابی به چیزی دیگر می‌دانند) بهداشت روانی مثبت‌تری دارند. بنابراین افراد دارای مذهب درونی، سلامت روانی بالاتری دارند و افراد دارای مذهب بیرونی احتمالاً پیامدهای منفی‌تری را تجربه می‌کنند (۶۸).

در اسلام (که مذهب غالب مردم ایران است)، خدا مرگ و زندگی را خلق کرده، مرگ به دست خدا بوده و مرگ یک حرکت از یک زندگی موقت زمینی به یک زندگی فناپذیر و جاویدان است (خواه بهشت باشد یا جهنم) (۷۳). اگر شخص دیدگاه مثبتی از جهانی که اطراف او را فرا گرفته داشته باشد، ممکن است به نوعی کاهش احساسات مرتبط با اضطراب مرگ را درک نماید (۷۴). بطوریکه در مطالعات انجام شده، محققان نشان دادند مذهب در میان مسلمانان ارتباط منفی با اضطراب مرگ دارد (۷۳، ۷۵).

در مطالعه ما بین میزان حمایت اجتماعی با اضطراب مرگ ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد اما بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری وجود داشت بطوریکه کیفیت زندگی بیمارانی که از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردار بودند بهتر گزارش شده بود. اما بین میزان فعالیت‌های اجتماعی با اضطراب مرگ و کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. نتایج متفاوتی در خصوص میزان حمایت اجتماعی و اضطراب مرگ و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به شرایط مزمن به چشم می‌خورد. بطور مثال نتایج یک تحقیق نشان می‌دهد حمایت اجتماعی و تعاملات بین فردی اهمیت ویژه‌ای در رویکرد افراد به مرگ دارد و ممکن است اضطراب مرگ را تخفیف دهد (۷۶). همچنین مولینس و لویز^۱ (۱۹۸۲) گزارش کردند بین حمایت اجتماعی با اضطراب مرگ و ترس از ناشناخته‌ها ارتباط وجود داشت (۷۷) اما در مطالعه سیسیرلی^۲ (۱۹۹۹ و ۲۰۰۲) بین حمایت اجتماعی و ترس از مردن ارتباطی مشاهده نشد (۵۰، ۷۸). روابط نزدیک می‌تواند عزت نفس را افزایش داده و بعنوان یک بافر (خنثی‌کننده) در مقابل اضطراب مرگ عمل کند در حالیکه اختلال در چنین روابطی ممکن است منجر به افزایش نگرانی و آگاهی از مرگ شود (۷۹). بر همین اساس پیسکزینسکی^۳ و همکاران نشان دادند عزت نفس یک عامل محافظتی در برابر اضطراب مرگ می‌باشد (۸۰). همچنین تانگ و همکاران (۲۰۱۱) عنوان کردند حس هدفمندی در زندگی بر میزان اضطراب مرگ بیماران تأثیر می‌گذارد. بطوریکه امتیاز کم حس هدفمندی در زندگی با میزان بالای اضطراب مرگ در ارتباط بوده است (۳۳).

1. Mullins and Lopez
2. Cicirelli
3. Pyszczynski

نتیجه گیری نهایی

برای ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی و سلامتی، علیرغم افزایش تکنولوژیهای پیشرفته در سیستم‌های بهداشتی، بقای بیشتر بیماران و دست یابی به علاج در شرایط مخاطره آمیز، مرگ واقعی است که همیشه وجود داشته است. اضطراب مرگ به عنوان یک تشخیص پرستاری در معیارهای پرستاری ناندا^۱ وارد شده است (۸۱، ۸۲). علاوه بر این کمک به افراد و خانواده‌های آنان در کنترل مرگ از مسئولیت‌های مهم تیم درمانی در سراسر دنیا است. متون بسیاری عنوان می‌کنند که اضطراب مرگ باعث پیامدهای رفتاری و احساسی مهم می‌شود (۱). یافته‌ها مطالعه حاضر حاکی از وجود همبستگی متوسط و معنادار بین اضطراب مرگ و کیفیت زندگی بود که ضرورت توجه و تدوین یک برنامه جامع مراقبتی برای کاهش اضطراب مرگ و بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان را آشکار می‌سازد. کاهش اضطراب مرگ (با استفاده از روش‌هایی چون مشاوره درمانی، تقویت امید و توجه به نیازهای روانی بیماران) و افزایش حمایت‌های اجتماعی از جمله راهکارهایی است که می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان کمک شایان توجهی نماید.

پیشنهاد برای مطالعات بعدی

نظر به اینکه اضطراب مرگ و کیفیت زندگی مراقبین خانوادگی بیماران نیز در مراحل مختلف تشخیص و درمان بیماران تحت تأثیر قرار می‌گیرد پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای با هدف بررسی این دو مفهوم مهم در مراقبین خانوادگی بیماران که بیشترین سهم را در امر مراقبت از بیمار به عهده دارند صورت گیرد. علاوه بر این پیشنهاد می‌شود تا در سایر شرایط مخاطره آمیز و مزمن (بیماری مزمن انسدادی ریه، آسیب‌های طناب نخاعی و) ارتباط این دو مفهوم مهم بررسی و با جامعه تحت مطالعه ما مقایسه شود. نظر اینکه اضطراب مرگ و کیفیت زندگی می‌تواند در زنان و مردان متفاوت باشد انجام مطالعه‌ای برای بررسی اضطراب مرگ و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان بر اساس جنسیت آنان لازم و ضروری به نظر می‌رسد. همچنین انجام یک کارآزمایی بالینی به منظور تسکین تنش‌های روانی از جمله اضطراب مرگ و تأثیر آن بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان لازم و ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به اینکه مطالعات متعددی در ایران با هدف بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان انجام شده است انجام یک مطالعه سیستماتیک و فرا تحلیل به منظور تبیین پیش‌گویی کننده‌های کیفیت زندگی این گروه از بیماران لازم و ضروری به نظر می‌رسد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی قزوین که هزینه‌های اجرای طرح را تأمین نمودند تقدیر و تشکر می‌نمایم. همچنین مراتب تشکر و سپاسگزاری خود را از سرکار خانم فاطمه حسینی که در گردآوری داده‌ها و آقای مصطفی قربانی و محمد علی سلیمانی که در آنالیز داده‌ها ما را یاری رساندند اعلام می‌داریم.

منابع

1. Lehto RH, Stein KF. Death Anxiety: An analysis of an evolving concept. *Research and theory for nursing practice*. 2009;23(1):23-41.
2. Becker E. *The denial of death*: Free Press; 1997.
3. Langner TS. *Choices for living: Coping with fear of dying*: Springer; 2002.
4. Emanuel EJ, Fairclough DL, Wolfe P, Emanuel LL. Talking with terminally ill patients and their caregivers about death, dying, and bereavement: Is it stressful? Is it helpful? *Archives of internal medicine*. 2004;164(18):1999.
5. Solomon S, Greenberg J, Pyszczynski T. Pride and Prejudice Fear of Death and Social Behavior. *Current Directions in Psychological Science*. 2000;9(6):200-4.
6. National report of cancer. Tehran, Iran: the center of noncommunicable diseases management of Ministry of Health and Medical Education; 2010; Available from: <http://www.ircancer.ir/>.
7. Nyatunga B. Towards a definition of death anxiety. *Int J Palliat Nurs*. 2006;12(9):410-3. Epub 2006/11/02.
8. Thomas CL, Taber CW. *Taber's cyclopedic medical dictionary*: FA Davis Co; 1997.
9. Sherman DW, Norman R, McSherry CB. A comparison of death anxiety and quality of life of patients with advanced cancer or AIDS and their family caregivers. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 2010;21(2):99-112.
10. Hui VKY, Fung H. Mortality anxiety as a function of intrinsic religiosity and perceived purpose in life. *Death Studies*. 2009;33(1):30-50.
11. Feifel HE. *The meaning of death*. New York: McGraw Hill.; 1959.
12. Choron J. *Death and modern man*. New York: Collier Books; 1972.
13. Conte HR, Weiner MB, Plutchik R. Measuring death anxiety: conceptual, psychometric, and factor-analytic aspects. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1982;43(4):775.
14. Collett LJ, Lester D. The fear of death and the fear of dying. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*. 1969;72:179-81.
15. Wilson KG, Chochinov HM, McPherson CJ, LeMay K, Allard P, Chary S, et al. Suffering with advanced cancer. *Journal of clinical oncology*. 2007;25(13):1691-7.
16. Schumaker JF, Barraclough RA, Vagg LM. Death anxiety in Malaysian and Australian university students. *The Journal of social psychology*. 1988;128(1):41-7.
17. Oort FJ, Visser MRM, Sprangers MAG. An application of structural equation modeling to detect response shifts and true change in quality of life data from cancer patients undergoing invasive surgery. *Quality of Life Research*. 2005;14(3):599-609.
18. Ferris FD, Cummings I, Council MTPC. *Palliative Care: Towards a Consensus in Standardized Principles of Practice: First Phase Working Document*: Canadian Palliative Care Association; 1995.

19. Grady PA, Knebel AR, Draper A. End-of-life issues in AIDS: the research perspective. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2001;94(9):479-82.
20. Sherman DW. Reciprocal suffering: The need to improve family caregivers' quality of life through palliative care. *Journal of palliative medicine*. 1998;1(4):357-66.
21. Sherman DW, Ye XY, McSherry C, Calabrese M, Gatto M. Quality of life of patients with advanced cancer and acquired immune deficiency syndrome and their family caregivers. *Journal of palliative medicine*. 2006;9(4):948-63.
22. Holzner B, Kemmler G, Cella D, De Paoli C, Meraner V, Kopp M, et al. Normative data for functional assessment of cancer therapy--general scale and its use for the interpretation of quality of life scores in cancer survivors. *Acta Oncologica (Stockholm, Sweden)*. 2004;43(2):153.
23. Janda M, DiSipio T, Hurst C, Cella D, Newman B. The Queensland cancer risk study: general population norms for the Functional Assessment of Cancer Therapy--General (FACT-G). *Psycho-Oncology*. 2009;18(6):606-14.
24. national consensus project. Clinical practice guidelines for quality palliative care. 2004 [updated November 28, 2008]; Available from: <http://nationalconsensusproject.org>
25. Karami.Omid, FalahatPishe.Farzaneh, Hashemi.Hasan J, Beiraghdar.Nadia. quality of life in patient cancer. *JQUMS*. 2010;14(3):80-6.
26. Mardani M, Shahraki vahed A. Relationship between Mental Health and Quality of Life in Cancer Patients. *Journal of Shaeed Sdoughi University of Medical Sciences Yazd*. 2009;16(2):33-8.
27. Penttinen H, Saarto T, Kellokumpu-Lehtinen P, Blomqvist C, Huovinen R, Kautiainen H, et al. Quality of life and physical performance and activity of breast cancer patients after adjuvant treatments. *Psycho-Oncology*. 2011;20(11):1211-20.
28. Sonn GA, Sadetsky N, Presti JC, Litwin MS. Differing perceptions of quality of life in patients with prostate cancer and their doctors. *The Journal of urology*. 2013;189(1):S59-S65.
29. Geneva W. 1. World Health Organisation: Ottawa charter for health promotion. *J Health Promotion*. 1986;1:1-4.
30. Cohen SR, Mount BM, Strobel MG, Bui F. The McGill Quality of Life Questionnaire: a measure of quality of life appropriate for people with advanced disease. A preliminary study of validity and acceptability. *Palliative Medicine*. 1995;9(3):207-19.
31. Cohen SR, Mount BM, Tomas JJN, Mount LF. Existential well -being is an important determinant of quality of life: Evidence from the McGill quality of life questionnaire. *Cancer*. 1996;77(3):576-86.
32. Otoom S, Al-Jishi A, Montgomery A, Ghwanmeh M, Atoum A. Death anxiety in patients with epilepsy. *Seizure*. 2007;16(2):142-6. Epub 2006/11/28.
33. Tang PL, Chiou CP, Lin HS, Wang C, Liand SL. Correlates of Death Anxiety Among Taiwanese Cancer Patients. *Cancer Nursing*. 2011;34(4):286.
34. Kolva E, Rosenfeld B, Pessin H, Breitbart W, Brescia R. Anxiety in terminally ill cancer patients. *Journal of pain and symptom management*. 2011;42(5):691-701.
35. Beydag KD. Factors affecting the death anxiety levels of relatives of cancer patients undergoing treatment. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*. 2012;13(5):2405-8.
36. Saffari M, Zeidi I, Pakpour A. Role of Religious Beliefs in Quality of Life of Patients with Cancer *Hakim Research Journal* 2012;15(3):243- 50.
37. Pakpour A, Panahi D, Yekaninejad S, Norozi S. Assessment of quality of life in patient with esophagus cancer. *Payesh*. 2009;4(32):371- 8.
38. Machin D, Campbell M, Fayers P, Pinol A. *Sample Size Tables for Clinical Studies*. 2 ed: Blackwell Science; 1997.
39. McMillan SC, Weitzner M. Quality of life in cancer patients. *Cancer Practice*. 1998;6(5):282-8.

40. Hammerlid E, Bjordal K, Ahlner-Elmqvist M, Boysen M, Evensen JF, Biörklund A, et al. A prospective study of quality of life in head and neck cancer patients. Part I: at diagnosis. *The Laryngoscope*. 2009;111(4):669-80.
41. de Graeff A, de Leeuw JRJ, Ros WJG, Hordijk GJ, Blijham GH, Winnubst JAM. LongTerm Quality of Life of Patients With Head and Neck Cancer. *The Laryngoscope*. 2009;110(1):98-106.
42. Fosså SD, Lothe Hess S, Dahl AA, Hjermsstad MJ, Veenstra M. Stability of health-related quality of life in the Norwegian general population and impact of chronic morbidity in individuals with and without a cancer diagnosis. *Acta Oncologica*. 2007;46(4):452-61.
43. Brucker PS, Yost K, Cashy J, Webster K, Cella D. General population and cancer patient norms for the Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G). Evaluation & the health professions. 2005;28(2):192-211.
44. Russac R, Gatliff C, Reece M, Spottswood D. Death anxiety across the adult years: An examination of age and gender effects. *Death Studies*. 2007;31(6):549-61.
45. Belsky JK. *The psychology of aging theory, research, and interventions*. Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing Company. 1990.
46. Halpern E, Palic L. Developmental changes in death anxiety in childhood* 1. *Journal of Applied Developmental Psychology*. 1984;5(2):163-72.
47. Goebel BL, Boeck BE. Ego integrity and fear of death: A comparison of institutionalized and independently living older adults. *Death Studies*. 1987;11(3):193-204.
48. Goldstein SB, Siegel D, Seaman J. Limited Access: The Status of Disability in Introductory Psychology Textbooks. *Teaching of Psychology*. 2009;37(1):21-7.
49. Depaola SJ, Griffin M, Young JR, Neimeyer RA. Death anxiety and attitudes toward the elderly among older adults: the role of gender and ethnicity. *Death Studies*. 2003;27(4):335-54.
50. Cicirelli VG. Personality and demographic factors in older adults' fear of death. *The Gerontologist*. 1999;39(5):569.
51. Ghufran M, Ansari S. Impact of Widowhood on Religiosity and Death Anxiety among Senior citizens. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*. 2008;34(1):175-80.
52. Abdel-Khalek AM. Love of life and death distress: Two separate factors. *OMEGA--Journal of Death and Dying*. 2007;55(4):267-78.
53. Daradkeh F, Fouad Moselhy H. Death anxiety (Thanatophobia) among drug dependents in an Arabic psychiatric hospital. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2011(00):1-5.
54. Harrawood LK, White LJ, Benschoff JJ. Death anxiety in a national sample of United States funeral directors and its relationship with death exposure, age, and sex. *OMEGA--Journal of Death and Dying*. 2008;58(2):129-46.
55. Fink G. *Encyclopedia of stress*: Academic Press; 2000.
56. Mutran EJ, Danis M, Bratton KA, Sudha S, Hanson L. Attitudes of the critically ill toward prolonging life: The role of social support. *The Gerontologist*. 1997;37(2):192.
57. Azaiza F, Ron P, Shoham M, Gigini I. Death and Dying Anxiety among Elderly Arab Muslims in Israel. *Death Studies*. 2010;34(4):14.
58. Adelbratt S, Strang P. Death anxiety in brain tumour patients and their spouses. *Palliative Medicine*. 2000;14(6):499.
59. Abdel-Khalek AM. Death anxiety among Lebanese samples. *Psychological Reports*. 1991;68(3 Pt 1):924.
60. Jaw-Shiun Tsai, Chih-Hsun Wu, Tai-Yuan Chiu, Wen-Yu Hu, Ching-Yu Chen. Fear of Death and Good Death Among the Young and Elderly with Terminal Cancers in Taiwan. 2005;29(4):344-51.
61. Cella DF, Tross S. Death anxiety in cancer survival: a preliminary cross-validation study. *J Pers Assess*. 1987;51(3):451-61. Epub 1987/01/01.

62. Abdel-Khalek AM, Tomas-Sabado J. Anxiety and death anxiety in Egyptian and Spanish nursing students. *Death Stud.* 2005;29(2):157-69. Epub 2005/04/13.
63. Ens C, Bond JB. Death anxiety in adolescents: The contributions of bereavement and religiosity. *OMEGA--Journal of Death and Dying.* 2007;55(3):169-84.
64. Bassett JF, Dabbs Jr JM. Evaluating explicit and implicit death attitudes in funeral and university students. *Mortality.* 2003;8(4):352-71.
65. Chen YC, Del Ben KS, Fortson BL, Lewis J. Differential dimensions of death anxiety in nursing students with and without nursing experience. *Death Studies.* 2006;30(10):919-29.
66. Mallett K, Price JH, Jurs SG, Slenker S. Relationships among burnout, death anxiety, and social support in hospice and critical care nurses. *Psychological Reports.* 1991.
67. Falkenhain M, Handal PJ. Religion, death attitudes, and belief in afterlife in the elderly: Untangling the relationships. *Journal of Religion and Health.* 2003;42(1):67-76.
68. Gorsuch RL. Psychology of religion. *Annual review of psychology.* 1988;39(1):201-21.
69. Allport GW, Ross JM. Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1967;5(4):432.
70. Genia V, Shaw DG. Religion, intrinsic-extrinsic orientation, and depression. *Review of Religious Research.* 1991:274-83.
71. Fleck JR. Dimensions of personal religion: A trichotomous view. *Psychology and christianity.* 1981:66-80.
72. Maltby J, Lewis CA. Measuring intrinsic and extrinsic orientation toward religion: Amendments for its use among religious and non-religious samples. *Personality and individual differences.* 1996;21(6):937-46.
73. Al-Sabwah MN, Abdel-Khalek AM. Religiosity and death distress in Arabic college students. *Death Studies.* 2006;30(4).
74. Tomer A, Eliason G. Life regrets and death attitudes in college students. *OMEGA--Journal of Death and Dying.* 2005;51(3):173-95.
75. Suhail K, Akram S. Correlates of death anxiety in Pakistan. *Death Studies.* 2002;26(1):39-50.
76. Catania JA, Turner HA, Choi KH, Coates TJ. Coping with death anxiety: Help-seeking and social support among gay men with various HIV diagnoses. *Aids.* 1992.
77. Mullins LC, Lopez MA. Death anxiety among nursing home residents: A comparison of the young-old and the old-old. *Death Education.* 1982.
78. Cicirelli VG. Fear of Death in Older Adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences.* 2002;57(4):P358.
79. Mikulincer M, Florian V, Birnbaum G, Malishkevich S. The death-anxiety buffering function of close relationships: Exploring the effects of separation reminders on death-thought accessibility. *Personality and Social Psychology Bulletin.* 2002;28(3):287.
80. Pyszczynski T, Greenberg J, Solomon S, Arndt J, Schimel J. Why do people need self-esteem? A theoretical and empirical review. *Psychological bulletin.* 2004;130(3):435-68.
81. Moorhead S, Johnson M, Maas M. *Nursing outcomes classification (NOC):* Mosby St. Louis, MO; 2004.
82. Carpenito-Moyet LJ. *Nursing care plans & documentation: nursing diagnoses and collaborative problems:* Lippincott Williams & Wilkins; 2008.

پوستہا

جدول متغیرها

مقیاس	کیفی		کمی		وابسته	زمینه‌ای	مشخصات متغیر
	رتبه ای	اسمی	گسسته	پیوسته			
سال شمسی				✓		✓	سن
دارد- ندارد		✓				✓	شغل
مجرد، متأهل، بیوه، مطلقه		✓				✓	وضعیت تأهل
سال شمسی				✓		✓	مدت تشخیص بیماری
مراحل ۱-۲-۳-۴	✓					✓	مرحله بیماری
ابتدایی، راهنمایی، دبیرستان، دانشگاهی	✓					✓	سطح تحصیلات
دارد - ندارد		✓				✓	تجربه مرگ
خوبشاوند درجه ۱، ۲ و غیره		✓				✓	سابقه فامیلی
رادیوتراپی، شیمی درمانی، جراحی		✓				✓	روش درمانی
بد، متوسط و خوب	✓					✓	وضعیت اقتصادی
درآمد شخصی، خانواده و دوستان، سایر منابع		✓				✓	منبع اصلی درآمد
ندارم، کم، متوسط، خوب، خیلی خوب	✓					✓	میزان حمایت اجتماعی
- اصلاً اعتقاد مذهبی ندارم - اعتقادات مذهبی من اندک است - اعتقادات مذهبی من در حد متوسط است - کاملاً مذهبی هستم - اعتقادات مذهبی من بسیار زیاد است	✓					✓	اعتقادات مذهبی
۷۵ - ۱۵				✓	✓		میزان اضطراب مرگ
۰ - ۱۷۰				✓	✓		کیفیت زندگی MQOL

مشخصات دموگرافیک

۱. سن: سال
۲. وضعیت تأهل: مجرد متأهل بیوه مطلقه
۳. آیا شاغل هستید؟ بله خیر
۴. سطح تحصیلات: بی سواد ابتدایی راهنمایی دبیرستان دیپلم دانشگاهی
۵. بیماری شما چیست؟
۶. چه مدت از زمان تشخیص بیماری شما می گذرد؟
۷. مرحله سرطان در زمان تشخیص؟
۸. سابقه فامیلی ابتلا به سرطان؟ در خویشاوندان درجه یک (مادر و خواهر و دختر) خویشاوندان درجه دو (عمه، خاله، مادر بزرگ) خویشاوندان دورتر
۹. آیا سابقه جراحی مرتبط با تشخیص بیماری فعلی (سرطان) داشته اید؟ به چه صورت؟
۱۰. روش درمانی شما در حال حاضر چیست؟ جراحی شیمی درمانی پرتو درمانی
۱۱. تجربه مرگ یا مردن (حمله قلبی، غرق شدن و ...): دارم ندارم
۱۲. وضعیت اقتصادی: بد متوسط خوب
۱۳. منبع اصلی درآمد شما چیست؟ درآمد شخصی خانواده یا فرزندان سایر منابع حمایتی
۱۴. با چه کسانی زندگی می کنید؟ به تنهایی با افراد خانواده با خویشاوندان با دوستان

۱۵. میزان حمایت اجتماعی خود را چگونه ارزیابی می‌کنید (از طرف همسر، فرزندان، والدین، دوستان نزدیک و سایر خویشاوندان)؟

- ندارم ① کم ② متوسط ③ خوب ④ خیلی خوب ⑤

۱۶. حضور خود را در فعالیت‌های اجتماعی (پیاپی با دوستان، حضور در مجالس مختلف، برگزاری مجالس) چگونه ارزیابی می‌کنید؟

- اصلاً ① کم ② متوسط ③ خوب ④ خیلی خوب ⑤

۱۷. مذهب: شیعه سنی

۱۸. تا چه حد واجبات مذهبی (نماز، روزه، زکات، خمس) خود را به جا می‌آورید؟

- اصلاً ① خیلی کم ② کم ③ در حد متعارف ④ کاملاً اعمال مذهبی خود را به جا می‌آورید ⑤

۱۹. به طور کلی میزان اعتقادات مذهبی خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟

- اصلاً اعتقاد مذهبی ندارم
- اعتقادات مذهبی من اندک است
- اعتقادات مذهبی من در حد متوسط است
- کاملاً مذهبی هستم
- اعتقادات مذهبی من بسیار زیاد است

۲۰. از نظر اعتقادات مذهبی در کدامیک از شرایط زیر قرار دارید:

- اعتقادات مذهبی ندارم
- کمتر از ۵ بار در روز نماز می‌خوانم
- ۵ بار در روز در منزل نماز می‌خوانم
- برخی از نوبت‌های نماز را در مسجد بجا می‌آورم
- همه پنج نوبت نماز را در مسجد بجا می‌آورم

داوطلب گرامی لطفاً به سؤالات زیر که جهت تعیین سطح اضطراب مرگ شما هستند پاسخ دهید:

۱. من خیلی از مردن می ترسم.
 کاملاً مخالفم (۱) مخالفم (۲) نظری ندارم (۳) موافقم (۴) کاملاً موافقم (۵)
۲. فکر مرگ به ندرت به ذهن من خطور می کند.
 کاملاً موافقم (۱) موافقم (۲) نظری ندارم (۳) مخالفم (۴) کاملاً مخالفم (۵)
۳. صحبت کردن دیگران در مورد مرگ من را عصبی و آشفته نمی کند.
 کاملاً موافقم (۱) موافقم (۲) نظری ندارم (۳) مخالفم (۴) کاملاً مخالفم (۵)
۴. فکر داشتن یک عمل جراحی من را می ترساند.
 کاملاً مخالفم (۱) مخالفم (۲) نظری ندارم (۳) موافقم (۴) کاملاً موافقم (۵)
۵. اصلاً از مردن نمی ترسم.
 کاملاً مخالفم (۱) مخالفم (۲) نظری ندارم (۳) موافقم (۴) کاملاً موافقم (۵)
۶. از ابتلا به سرطان نمی ترسم.
 کاملاً موافقم (۱) موافقم (۲) نظری ندارم (۳) مخالفم (۴) کاملاً مخالفم (۵)
۷. فکر کردن در مورد مرگ هرگز من را نگران نمی کند.
 کاملاً موافقم (۱) موافقم (۲) نظری ندارم (۳) مخالفم (۴) کاملاً مخالفم (۵)
۸. اغلب از گذشت سریع زمان مضطرب می شوم.
 کاملاً مخالفم (۱) مخالفم (۲) نظری ندارم (۳) موافقم (۴) کاملاً موافقم (۵)
۹. از اینکه مرگ دردناکی داشته باشم، می ترسم.
 کاملاً مخالفم (۱) مخالفم (۲) نظری ندارم (۳) موافقم (۴) کاملاً موافقم (۵)
۱۰. تصور زندگی بعد از مرگ به شدت مرا نگران می سازد.
 کاملاً مخالفم (۱) مخالفم (۲) نظری ندارم (۳) موافقم (۴) کاملاً موافقم (۵)
۱۱. واقعاً از ابتلا به حمله قلبی می ترسم.
 کاملاً مخالفم (۱) مخالفم (۲) نظری ندارم (۳) موافقم (۴) کاملاً موافقم (۵)

۱۲. اغلب فکر می‌کنم که واقعاً چقدر زندگی کوتاه است.
کاملاً مخالفم (۱) مخالفم (۲) نظری ندارم (۳) موافقم (۴) کاملاً موافقم (۵)

۱۳. از شنیدن حرفهای مردم در مورد جنگ مسمئز (آزرده خاطر) می‌شوم.
کاملاً مخالفم (۱) مخالفم (۲) نظری ندارم (۳) موافقم (۴) کاملاً موافقم (۵)

۱۴. دیدن بدن یک مرده (جسد) مرا دچار وحشت می‌کند.
کاملاً مخالفم (۱) مخالفم (۲) نظری ندارم (۳) موافقم (۴) کاملاً موافقم (۵)

۱۵. احساس می‌کنم که در آینده چیزی نیست که مرا بترساند.
کاملاً موافقم (۱) موافقم (۲) نظری ندارم (۳) مخالفم (۴) کاملاً مخالفم (۵)

پرسشنامه کیفیت زندگی مک گیل

بخش اول

با در نظر گرفتن همه قسمت‌های زندگی من از قبیل وضعیت جسمانی، احساسی، اجتماعی، معنوی و مالی؛ در طی دو روز گذشته کیفیت زندگی من اینگونه بوده است:

خیلی بد(۰) ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ (۱۰) عالی

بخش دوم: علائم یا مشکلات جسمانی

- در سوالات این بخش لطفاً علائم یا مشکلات جسمانی خود را به ترتیب بیشتر بودن آنها در طی دو روز گذشته لیست کنید(بعنوان مثال: درد، خستگی، ضعف، تهوع، استفراغ، یبوست، اسهال، اختلال خواب، تنگی نفس، از دست دادن اشتها، تعریق؛ بی حرکتی).

- دور عددی که بهتر از همه نشان‌دهنده بزرگی مشکل شما است و در طی دو روز گذشته اتفاق افتاده است خط بکشید.

۱. در طی دو روز گذشته یکی از علائم رنج‌آور من عبارت بود از :

مشکلی نداشته‌ام(۰) ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ (۱۰) مشکل بسیار بزرگی بود

۲. در طی دو روز گذشته یکی دیگر از علائم رنج‌آور من عبارت بود از :

مشکلی نداشته‌ام(۰) ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ (۱۰) مشکل بسیار بزرگی بود

۳. در طی دو روز گذشته سومین علامت رنج‌آور من عبارت بود از :

مشکلی نداشته‌ام(۰) ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ (۱۰) مشکل بسیار بزرگی بود

۴. در طی دو روز گذشته من از نظر جسمانی احساس می‌کردم که:

بسیار بد(۰) ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ (۱۰) بسیار خوب

بخش سوم؛ لطفاً عددی را که بهترین توصیف را از احساس و افکار شما در طی دو روز گذشته نشان می‌دهد انتخاب نمایید

۵. در طی دو روز گذشته افسرده بودم

اصلاً افسرده نبوده‌ام (۰) ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ (۱۰) کاملاً افسرده بودم

۶. در طی دو روز گذشته، من عصبی و نگران بوده‌ام

اصلاً عصبی و نگران نبوده‌ام (۰) ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ (۱۰) کاملاً عصبی و نگران بودم

۷. در طی دو روز گذشته، چه مقدار از زمان شما با احساس ناراحتی گذشته است؟

اصلاً ناراحت نبوده‌ام (۰) ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ (۱۰) در تمام اوقات ناراحت بوده‌ام

۸. در طی دو روز گذشته، فکر کردن به آینده مرا:

اصلاً نمی‌ترساند (۰) ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ (۱۰) بسیار نگران می‌کرد

۹. در طی دو روز گذشته، وضعیت زندگی من:

کاملاً بی‌معنی و بی‌هدف بود (۰) ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ (۱۰) کاملاً هدفمند و معنا دار بود

۱۰. در طی دو روز گذشته، وقتی به تمام زندگیم فکر می‌کردم، احساس می‌کردم در دستیابی به اهداف زندگی خود:

هیچ پیشرفتی نداشته‌ام (۰) ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ (۱۰) کاملاً به آن دست یافته‌ام

۱۱. در طی دو روز گذشته، وقتی به زندگی خود فکر می‌کنم، به این نکته می‌رسم که زندگی من:

کاملاً بی‌ارزش بوده است (۰) ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ (۱۰) کاملاً با ارزش بوده است

۱۲. در طی دو روز گذشته، احساس می‌کنم که:

هیچ کنترلی بر زندگی خود نداشته‌ام (۰) ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ (۱۰) کاملاً بر زندگی خود مسلط بوده‌ام

۱۳. در طی دو روز گذشته، احساس خوبی نسبت به خودم به عنوان یک فرد داشته‌ام:

کاملاً مخالفم (۰) ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ (۱۰) کاملاً موافقم

۱۴. برای من دو روز گذشته:

بار سنگینی بر دوش من بوده است (۰) ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ (۱۰) مثل یک هدیه بوده است

۱۵. در طی دو روز گذشته، دنیا برای من

غیر دوستانه و ناخوشایند بوده است (۰) ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ (۱۰) از من مراقبت کرده و به نیازهای من پاسخ داده است

۱۶. در طی دو روز گذشته، از من حمایت شده است

اصلاً (۰) ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ (۱۰) کاملاً

بخش چهارم لطفاً مواردی که بیشترین تأثیر را بر کیفیت زندگی شما در طی دو روز گذشته داشته است را لیست کنید. لطفاً بگویید هر کدام از این موارد در طی این مدت کیفیت زندگی شما را بهتر کرده است یا بدتر؟

تاریخ: ۱۳۹۱/۰۸/۲۳

شماره: ۲۸/۶/

پیوست: ۲۸/۶/۶۱۶۹

دارد

بسمه تعالی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی - درمانی استان قزوین
دانشکده پرستاری و مامایی

ریاست محترم مرکز آموزشی درمانی بیمارستان کوثر

با سلام

احتراما ضمن تشکر از همکاری های قبلی ، به پیوست تأییدیه حراست مبنی بر طرح تحقیقاتی " بررسی ارتباط بین اضطراب مرگ و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان در مرکز آموزشی - درمانی کوثر قزوین ۱۳۹۱ " که مجری طرح خانم نسیم بهرامی و آقای محمد مرادی میباشند جهت نمونه گیری در مرکز آموزشی درمانی کوثر برای انجام معرفی میشوند. خواهشمند است همکاری لازم را مبذول فرمایید. پیشاپیش از بذل عنایت جنابعالی کمال تشکر را دارد.

دکتر زینت حورابچی

رییس دانشکده پرستاری و مامایی

۱۳۹۱/۰۸/۱۵

۲۸/۶/۶۱۰۷

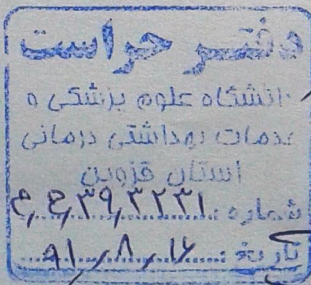
ندارد

ریاست محترم اداره حراست دانشگاه
با سلام

احتراما" نظر به تصویب طرح تحقیقاتی با عنوان "بررسی ارتباط بین
اضطراب مرگ و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان در مرکز آموزشی-درمانی
کوثر قزوین ۱۳۹۱" در شورای پژوهشی دانشکده مورخ ۹۱/۰۶/۲۵ بدین وسیله مجریان
طرح خانم نسیم بهرامی و آقای محمد مرادی جهت گردآوری دادهها به مراکز بهداشتی
درمانی کوثر معرفی می گردند. لذا خواهشمند است دستور همکاری لازم به مجریان
طرح را صادر فرمائید.

دکتر زینت حورابچی
رییس دانشکده پرستاری و مامایی

معاونت محترم پرستاری و مامایی
فبا: بازرسی و بررسی
جهت تکمیل و انجام فرایند



گروه
این امر موجب کمال تشکر و قدردانی است
با رعایت ملاحظات و همکاری
و صورتی افراد سرکارزاد محترم

مستدعی ذریعاً توسط افراد فوق الذکر از نظر این امر
مهر: (با استناد از پرونده شماره ۹۱۱۸۱۱۶)

دانشگاه
۹۱۱۸۱۱۶