

اضطراب مرگ و ارتباط آن با کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان

* محمدعلی سلیمانی^۳

محمد مرادی^۲

نسیم بهرامی^۱

فاطمه حسینی^۵

زهرا کلانتری^۴

چکیده

زمینه و هدف: کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان تنها با بیماری و درمان آن تعیین نمی‌شود بلکه وابسته به سایر وضعیت‌های پزشکی، روانی و اجتماعی است. اضطراب مرگ با اختلال در بعد روانی می‌تواند کیفیت زندگی این گروه از بیماران را تحت تأثیر قرار دهد. این مطالعه با هدف تعیین ارتباط اضطراب مرگ با کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان در بیمارستان کوثر قزوین سال ۱۳۹۱ انجام شد.

روش‌پرسی: در این مطالعه مقطعی، ۲۷۶ نفر از زنان با تشخیص قطعی سرطان شرکت نمودند. برای گردآوری داده‌ها از یک پرسشنامه مشتمل بر سه بخش مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه اضطراب مرگ Templer و کیفیت زندگی McGill استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی و تحلیلی شامل آزمون کولموگروف اسمیرنوف، ضریب همبستگی اسپیرمن و رگرسیون خطی در نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ انجام 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 ($p < 0/001$). 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 ($p < 0/001$). مدل رگرسیون خطی چند گانه نشان داد اضطراب مرگ، میزان حمایت اجتماعی و سطح تحصیلات از پیش‌گویی کننده‌های کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان بوده‌اند. نتیجه‌گیری کلی: 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 از جمله مواردی است که می‌تواند کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان را بهبود بخشد.

کلید واژه‌ها: اضطراب مرگ، کیفیت زندگی، سرطان، زنان

تاریخ دریافت: ۹۱/۱۲/۲۴

تاریخ پذیرش: ۹۲/۳/۲۲

۱. مربی عضو هیأت علمی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران.
۲. مربی عضو هیأت علمی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران.
۳. دانشجوی دکترای پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (*نویسنده مسئول)
تلفن: ۰۲۱۶۶۹۳۷۱۲۰، Email: ma-soleimany@razi.tums.ac.ir
۴. مربی عضو هیأت علمی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران.
۵. کارشناس پرستاری

مقدمه

کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان تنها با بیماری و درمان آن تعیین نمی‌شود بلکه وابسته به سایر وضعیت‌های پزشکی و مشخصات فردی و اجتماعی است. مفاهیمی از قبیل سلامت جسمانی، وضعیت روانی، اعتقادات فردی، روابط اجتماعی و ارتباط فرد با محیط از طرق مختلف، از جمله مواردی است که بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارند^(۱). از این میان، مرگ و اضطراب ناشی از آن به عنوان یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های سلامت روانی افراد به شمار می‌روند^(۲).

با وجود افزایش تکنولوژی‌های پیشرفته در سیستم‌های بهداشتی-درمانی، بقای بیشتر بیماران و دست‌یابی به علاج در شرایط مخاطره‌آمیز، مرگ واقعی است که همیشه وجود داشته است. هر شخص ممکن است نسبت به مرگ برداشت و واکنشی منحصر به فرد داشته باشد. مرگ به خاطر ماهیت پر از ابهامش، برای بسیاری از انسان‌ها به صورت یک تهدید جلوه می‌کند. انسان‌ها به طور آگاهانه از مرگ خویش مطلع بوده^(۳) و بیمارانی که تشخیص‌های مخاطره‌آمیزی چون سرطان برای آنان مطرح است ناگزیر به رویارویی با مرگ خویش هستند^(۴). تشخیص یک بیماری علاج‌ناپذیر مانند سرطان می‌تواند به یک بحران عمیق وجودی در زندگی روزمره تبدیل شده و آینده بیماران و خانواده آنها را در معرض تهدید قرار دهد^(۵). به طور مثال در برخی از مطالعات عنوان شده است که حتی در انواعی از سرطان‌ها که درمان مؤثری برای آن‌ها وجود دارد بیماران به واسطه آگاهی‌های غلط، تشخیص سرطان را معادل مرگ می‌دانند^(۶).

یکی از عوارض شایع روانی، اضطراب و به ویژه اضطراب مرگ است. این نوع اضطراب می‌تواند به عنوان یکی از تشخیص‌های مهم روانشناختی در بیماران مبتلا به سرطان مطرح باشد^(۷،۸). اضطراب مرگ 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^(۹). این نوع اضطراب، ترس مداوم، غیر طبیعی و مرضی از مرگ یا مردن است. این مفهوم به مرگ‌هراسی (ترس از مرگ) و ترس زیاد از مرگ (ترس از مرگ یا مرده) نیز اطلاق می‌شود^(۱۰). اگرچه ترس از مرگ و مردن ممکن است عمومی باشد اما افراد در ابراز واکنش‌های احساسی نسبت به آن متفاوت هستند^(۱۱). با توجه به اهمیت این مفهوم در ارائه مراقبت‌های بهداشتی به بیماران، اضطراب مرگ به عنوان یک تشخیص پرستاری در معیارهای NANDA وارد شده است^(۷،۸).

بیماران مبتلا به بیماری‌های بدخیم نظیر سرطان، به عنوان جمعیت‌های آسیب‌پذیر در نظر گرفته می‌شوند. در اغلب موارد توجه تیم درمان بیشتر بر تثبیت علائم فیزیکی و جسمانی (تسکین درد، تهوع و استفراغ و ...) بیماران معطوف است، در حالیکه با پیشرفت بیماری و علائم مرتبط با آن، بیماران از درد، رنج، تنهایی، تنبیه و کاهش کنترل می‌ترسند که همگی اینها به عنوان ابعاد اضطراب مرگ شناسایی شده‌اند^(۱۲). اضطراب مرگ این گروه از بیماران با اختلال در بعد روانی و حتی روحی می‌تواند کیفیت زندگی آنان را تحت تأثیر قرار دهد. بنابراین تشخیص و شناسایی مؤلفه‌هایی که ممکن است بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان تأثیر داشته باشند، حائز اهمیت است. علاوه بر این شناسایی گروه‌هایی که در این میان آسیب‌پذیرتر هستند و می‌توان با انجام تدابیری کیفیت زندگی آنان را بهبود بخشید، از اهمیت بیشتری برخوردار است^(۱۳،۱۴).

یکی از فاکتورهای تأثیرگذار بر بروز اضطراب مرگ جنسیت است. نتایج برخی از تحقیقات انجام شده نشان می‌دهند زنان سالمند اضطراب مرگ بیشتری را در مقایسه با مردان سالمند تجربه می‌کنند^(۱۵،۱۶). نتایج تحقیق انجام شده در جامعه اعراب نیز از این مطلب حمایت می‌کند^(۱۷). در ایالات متحده نیز، زنان سطوح بالاتری از اضطراب مرگ را در مقایسه با مردان گزارش کردند^(۱۸).

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 گرفتند.

در بخش دوم پرسشنامه از مقیاس اضطراب مرگ ۱۵ آیتمی Templer استفاده شد. پرسشنامه ۱۵ آیتمی اضطراب مرگ اولین بار توسط Templer در سال ۱۹۷۰ معرفی شد. در ایران، این پرسشنامه بر اساس بافت فرهنگی و اجتماعی برای بررسی اضطراب مرگ در حوزه‌های مختلف مورد استفاده قرار گرفته و هنجاریابی شده است^(۲۳-۲۵). پاسخ به هر یک از آیتم‌ها به صورت لیکرت پنج گزینه‌ای (کاملاً مخالفم (۱)، مخالفم (۲)، نظری ندارم (۳)، موافقم (۴) و کاملاً موافقم (۵)) است. در سوالات ۲، ۳، ۵، ۶، ۷ و ۱۵ که سوالات 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 نشان دهنده اضطراب مرگ کمتر و امتیاز بالاتر نشان دهنده اضطراب مرگ بیشتر بیماران است.

برای بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان از پرسشنامه کیفیت زندگی مگ گیل استفاده شد زیرا این ابزار ابعاد مختلف کیفیت زندگی (افرادی را که به انواع مختلف بیماریهای مزمن و مخاطره آمیز (از جمله سرطان) مبتلا هستند اندازه‌گیری می‌کند)^(۲۶). نسخه فارسی این پرسشنامه نیز ابزاری معتبر و پایا برای بررسی کیفیت زندگی بیماران ایرانی مبتلا به سرطان است^(۲۷). این ابزار مشتمل بر ۱۷ آیتم است که روایی و پایایی آن در بیماران سرپایی مبتلا به عفونت HIV^(۲۷) و بیماران مبتلا به سرطان تأیید شده است^(۲۶). این پرسشنامه از ۳ بعد شامل دیدگاه کلی در مورد کیفیت زندگی، بعد علائم جسمانی و بعد روانی تشکیل یافته است. در یک بخش مجزا (سوال باز پاسخ) نیز از بیماران خواسته شد مواردی که کیفیت زندگی آنان را بهتر و یا بدتر کرده است عنوان

در مورد تأثیر اعتقادات مذهبی با اضطراب مرگ نیز از دیر باز بحث‌های زیاد و گاهی متفاوت مطرح شده است. برخی از پژوهشگران بیان کرده‌اند که بین جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی با اضطراب مرگ، رضایت از زندگی و اعتقاد به حیات پس از مرگ ارتباط معنی‌دار وجود دارد^(۱۹،۲۰). علاوه بر این نتایج برخی از مطالعات نشان می‌دهد مذهب در میان مسلمانان ارتباط منفی با اضطراب مرگ دارد^(۲۱،۲۲). نظر به اینکه تجربه و گزارش اضطراب مرگ تحت تأثیر جنسیت بیماران می‌تواند متفاوت باشد و با توجه به اینکه زمینه‌های فرهنگی و باورهای مذهبی مبتلابان به بیماریهای مزمنی چون سرطان در ایران نسبت به مرگ و حیات پس از آن متفاوت از سایر جوامع است مطالعه حاضر با هدف بررسی اضطراب مرگ زنان مبتلا به سرطان و ارتباط آن با کیفیت زندگی طراحی و انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه، مقطعی و از نوع همبستگی بود. بیماران در سال ۱۳۹۱ با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. زنانی که برای انجام یکی از پروسیجرهای درمانی (از جمله رزکسیون جراحی، شیمی درمانی، پرتودرمانی) به مرکز آموزشی درمانی کوثر قزوین مراجعه کرده و مشخصات ورود به جامعه پژوهش از جمله ابتلای قطعی به یکی از انواع سرطان با هر درجه و مرحله‌ای و توانایی فیزیکی و روانی کافی را دارا بودند در مطالعه شرکت داده شدند. حجم نمونه با در نظر گرفتن میزان همبستگی ۰/۱۸ بین کیفیت زندگی و اضطراب مرگ در مطالعه Sherman و همکاران^(۱۱) و با در نظر گرفتن آلفای ۰/۰۵ و توان آزمون ۸۰ درصد ۲۷۶ نفر تعیین شد. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌ای مشتمل بر سه بخش مشخصات دموگرافیک، مقیاس اضطراب مرگ ۱۵ آیتمی Templer (Death Anxiety Scale) و پرسشنامه کیفیت زندگی مگ گیل (McGill Quality of Life Questionnaire [MQOL]) استفاده شد.

کنند. پاسخ به هر سؤال در این پرسشنامه به صورت لیکرت ۰ تا ۱۰ بیان شد. امتیاز سؤالات ۱، ۲ و ۳ در بعد مربوط به علائم جسمانی و امتیاز سؤالات ۵، ۶، ۷ و ۸ در بعد مربوط به علائم روانی معکوس بود (امتیاز اخذ شده ۰-۱۰). امتیاز کلی پرسشنامه MQOL بصورت میانگین/ میانه مجموع سه زیر گروه محاسبه شد. بالاتر بودن امتیاز کلی پرسشنامه MQOL نشان دهنده بهتر بودن کیفیت زندگی و پایین تر بودن آن نشان دهنده بدتر بودن کیفیت زندگی بیماران است.

برای تنظیم محتوای 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 پرسشنامه‌های مورد استفاده ابتدا نسخه اصلی آن به زبان فارسی ترجمه شد. سپس محتوی پرسشنامه برای بررسی روایی صوری و محتوی در اختیار صاحب‌نظران 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 بررسی پایایی از روش آزمون - بازآزمون استفاده شد که ضریب همبستگی اضطراب مرگ ۰/۷۸ و کیفیت زندگی ۰/۷۲ به دست آمد.

طرح حاضر دارای مجوز کمیته اخلاق (۶۷ شورای منطقه‌ای اخلاق با کد ۲۸/۲۰/۶۵۰۲ تاریخ ۱۳۹۱/۸/۰۱) دانشگاه علوم پزشکی قزوین است. اطلاعات مورد نیاز بدون درج نام و نام خانوادگی بیماران و با کسب رضایت آگاهانه از آنان جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از نرم‌افزار کامپیوتری SPSS نسخه ۲۰ صورت گرفت. نرمال بودن متغیرهای اصلی مطالعه با استفاده از تست کولموگوروف - اسمیرنوف آزمون شد. نتایج آزمون تعیین نرمال بودن توزیع متغیرهای وابسته (Kolmogorov-Smirnov) نشان داد امتیاز اضطراب مرگ بیماران فاقد توزیع نرمال ($p < 0/05$) و امتیاز کلی کیفیت زندگی بیماران دارای توزیع نرمال بوده است.

یافته‌ها

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. میانه طول مدت ابتلا به بیماری ۷ ماه (دامنه میان چارکی: ۶۴) 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. سایر مشخصات دموگرافیک بیماران در جدول شماره یک آورده شده است.

جدول شماره ۱؛ توزیع مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان (n=۲۷۶)

متغیرهای زمینه‌ای	تعداد(در صد)
وضعیت تأهل	مجرد ۲۵(۹/۱)
	متاهل ۲۳۴(۸۴/۸)
	بیوه / طلاق گرفته ۱۷(۶/۱)
وضعیت اشتغال	هست ۲۰(۷/۲)
	نیست ۲۵۶(۹۲/۸)
تحصیلات	بی سواد ۸۴(۳۰/۴)
	ابتدایی ۷۸(۲۸/۳)
	راهنمایی ۴۴(۱۵/۹)
	دبیرستان ۴۶(۱۶/۷)
سابقه جراحی	دانشگاهی ۲۴(۸/۷)
	دارد ۲۰۲(۷۳/۲)
مرحله سرطان	ندارد ۷۴(۲۶/۸)
	۱ ۴۶(۱۶/۷)
	۲ ۷۹(۲۸/۶)
	۳ ۶۴(۲۳/۲)
	۴ ۵۴(۱۹/۶)
سابقه خانوادگی ابتلا به سرطان	گزارش نشده ۳۳(۱۲)
	ندارد ۱۸۹(۶۸/۵)
	خویشاوندان درجه یک ۴۱(۱۴/۹)
تجربه مرگ	خویشاوندان درجه دو ۳۶(۱۳)
	خویشاوندان دورتر ۱۰(۳/۶)
نوع درمان	دارد ۵(۱/۸)
	ندارد ۲۷۱(۹۸/۲)
	عدم دریافت ۶۷(۲۴/۳)
	شیمی درمانی ۱۴۷(۵۳/۳)
	رادیوتراپی ۱۵(۵/۴)
وضعیت اقتصادی	شیمی درمانی و رادیو تراپی ۴۰(۱۴/۵)
	جراحی رزکسیون ۷(۲/۵)
	بد ۱۱۴(۴۱/۳)
	متوسط ۱۴۹(۵۴)
	خوب ۱۳(۴/۷)

درآمد شخصی	۳۳(۱۲)
منبع اصلی درآمد	
خانواده یا فرزندان	۲۲۴(۸۱/۲)
سایر منابع حمایتی	۱۹(۶/۹)
زندگی با	
به تنهایی	۸(۲/۹)
افراد خانواده	۲۶۲(۹۴/۹)
خویشاوندان یا دوستان	۶(۲/۲)

با توجه به نرمالیتی متغیرهای اصلی مطالعه، میانه امتیاز اضطراب مرگ بیماران ۴۸ (دامنه میان چارکی: ۸) و میانگین امتیاز کلی کیفیت زندگی آنان $25/11 \pm 103/07$ برآورد شد. میانه بعد دیدگاه کلی در مورد کیفیت زندگی، بعد علائم جسمانی و بعد روانی به ترتیب ۶، ۲۶ و ۷۳ (به ترتیب با دامنه میان چارکی ۱، ۷ و ۱۴) 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 بود. جدول شماره دو ماتریکس همبستگی اسپیرمن اضطراب مرگ و ابعاد مختلف کیفیت زندگی را نشان می‌دهد. در حالیکه بین کیفیت زندگی با انجام واجبات مذهبی و اعتقادات مذهبی ارتباط معنی‌داری وجود نداشت اما نتایج ضریب همبستگی اسپیرمن نشان داد بین اضطراب مرگ با میزان انجام واجبات مذهبی ($r_s = -0/10$) و اعتقادات مذهبی ($r_s = -0/11$) همبستگی معنی‌داری وجود دارد. جهت تعیین عوامل پیش‌گویی کننده کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان از مدل رگرسیون خطی استفاده شد. جدول شماره ۳ مدل پیش‌گویی کننده کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۲: ماتریکس همبستگی اضطراب مرگ با کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن (n=۲۷۶)

اضطراب مرگ	کیفیت زندگی	دیدگاه کلی در مورد کیفیت زندگی	بعد جسمانی	بعد روانی
-	-۰/۳۵*	-۰/۱۰#	-۰/۱۰#	-۰/۳۸*
کیفیت زندگی	-	۰/۴۶*	۰/۶۴*	۰/۹۰*
دیدگاه کلی در مورد کیفیت زندگی		-	۰/۴۶*	۰/۲۸*
بعد جسمانی			-	۰/۲۸*
بعد روانی				-

p>۰/۰۵ #

p<۰/۰۰۱*

جدول شماره ۳: مدل پیش بینی 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

R² = 0.17

مدل پیش بینی کننده کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان:

(سطح تحصیلات) ۰/۱۱ + (حمایت اجتماعی) ۰/۱۸ + (اضطراب مرگ) ۰/۳۳ - ۱۱۶/۹۶ = کیفیت زندگی

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه ما نشان داد بین اضطراب مرگ با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان به خصوص در بعد روانی همبستگی معنی داری وجود دارد. علاوه بر این بین بعد جسمانی و بعد روانی کیفیت زندگی همبستگی معنی داری وجود داشت. Sherman و همکاران نیز عنوان کردند کیفیت زندگی پایین تر (بخصوص در بعد روانی) بیماران مبتلا به AIDS با اضطراب مرگ بیشتر آنان در ارتباط بوده است^(۱۰). نتایج برخی از مطالعات انجام شده نشان می دهد ابتلاء به سرطان عملکرد فیزیکی افراد را کاهش می دهد^(۲۸،۲۹). گاهی مشکلات و علائم جسمانی ریشه در مسائل و نگرانی های 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 می تواند از جمله اولویت های 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، می توان انتظار داشت با تسکین تنش های روانی بخصوص اضطراب مرگ کیفیت زندگی آنان نیز بهبود یابد.

اگرچه مطالعه حاضر بر روی زنان مبتلا به سرطان انجام شده بود با این حال نتایج برخی مطالعات انجام شده حاکی از تفاوت تجربه اضطراب مرگ و کیفیت زندگی در بین زنان و مردان است. با وجود این برخی از مطالعات عنوان می کنند 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 معنی داری مشاهده نشد^(۳۰). ممکن

است کیفیت زندگی در افرادی که تحصیلات بالاتری دارند بهتر بوده است^(۱۳،۱۴). 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.

در مطالعه ما بین انجام واجبات مذهبی و اعتقادات مذهبی با اضطراب مرگ همبستگی معنی‌داری وجود داشت. در مورد تأثیر مذهب و اعتقادات مذهبی از دیرباز بحث‌های زیاد و گاهی متفاوت مطرح شده است. نگرش به مرگ (که نتیجه مجموعه‌ای از تجارب زندگی افراد است) ممکن است ماهیت چند بعدی اضطراب مرگ را بهتر از فاکتورهایی از قبیل ویژگی‌های دموگرافیک پیش‌گویی کند^(۳۶). بر همین اساس Harmon-Jones و همکاران یکی از ویژگیهای اضطراب مرگ را اعتقادات مذهبی یا احساس راحتی بعد از مرگ و دریافت پاداش از خداوند (بدلیل بیماری فعلی) بعد از حیات عنوان می‌کنند^(۳۷). یکی از ابعاد اعتقادات مذهبی که با اضطراب مرگ در ارتباط است اعتقاد به جهان پس از مرگ است. Falkenhain و همکاران نشان دادند بین اعتقاد به جهان پس از مرگ و اعتقادات درونی ارتباط قوی وجود دارد (r = -۰/۷۶)^(۳۸). پژوهشگران بیان کرده‌اند که بین جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی با اضطراب مرگ و رضایت از زندگی و اعتقاد به زندگی بعد از مرگ رابطه معنی‌دار وجود دارد^(۱۹،۲۰). در حالیکه Thorson و Powell نشان دادند که بین مذهب و اضطراب از مرگ

است واقعاً هیچ تفاوتی در سطح اضطراب مرگ زنان و مردان وجود نداشته باشد، بلکه بدلیل وجود الگوهای فرهنگی است که به زنان اجازه می‌دهد تا اضطراب خود را آزادانه‌تر ابراز کنند^(۳۱).

نتایج متفاوتی در خصوص میزان حمایت اجتماعی و اضطراب مرگ و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به شرایط مزمن به چشم می‌خورد. چنین به نظر می‌رسد که حمایت اجتماعی و تعاملات بین فردی اهمیت ویژه‌ای در رویکرد افراد به مرگ دارد و ممکن است اضطراب مرگ را تخفیف دهد. اما Cicirelli نشان داد بین حمایت اجتماعی و ترس از مردن ارتباطی وجود نداشت^(۲۰). در مطالعه ما بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی بیماران ارتباط معنی‌داری وجود داشت به طوریکه کیفیت زندگی بیمارانی که از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردار بودند بهتر گزارش شده بود. روابط نزدیک می‌تواند عزت نفس را افزایش داده و به عنوان یک بافر (خشی کننده) در مقابل اضطراب مرگ عمل کند در حالیکه اختلال در چنین روابطی ممکن است منجر به افزایش نگرانی و آگاهی از مرگ شود^(۳۲). بر همین اساس Pyszczynski و همکاران نشان دادند عزت نفس یک عامل محافظتی در برابر اضطراب مرگ می‌باشد^(۳۳). همچنین Tang و همکاران 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^(۳۴).

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 طور مثال Azaiza و همکاران نشان دادند که بین سطح تحصیلات و اضطراب مرگ ارتباط وجود دارد، به طوریکه افراد بی‌سواد و کم‌سواد در مقایسه با افراد تحصیل کرده اضطراب مرگ بیشتری را تجربه می‌کنند^(۳۵). از سوی دیگر عنوان شده

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. یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر عدم دسترسی به بیماران مرد مبتلا به سرطان در این مرکز آموزشی بود؛ بنابراین امکان بررسی و مقایسه اضطراب مرگ و کیفیت زندگی در این گروه از این بیماران وجود نداشت. بنابراین بررسی بیشتر با انجام مطالعه‌ای به منظور مقایسه این دو مفهوم مهم در زنان و مردان مبتلا به سرطان ضروری به نظر می‌رسد. همچنین با توجه به اینکه بیشتر مراقبت‌های به عمل آمده از بیماران مبتلا به سرطان در حیطه جسمانی صورت می‌گیرد، انجام یک کارآزمایی بالینی بر اساس فرایند پرستاری به منظور تسکین تنش‌های روانی از جمله اضطراب مرگ در این گروه از بیماران مهم می‌باشد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی قزوین که هزینه‌های اجرای طرح (با کد ۲۸/۶/۵۷۵۸ تاریخ ۱۳۹۱/۰۶/۲۷) را تأمین نمودند تقدیر و تشکر می‌نمایم. همچنین مراتب تشکر و سپاسگزاری خود را از آقای مصطفی قربانی که در آنالیز داده‌ها ما را یاری رساندند اعلام می‌داریم.

ارتباط معنی‌داری وجود ندارد^(۳۵). محققان نشان دادند مذهب در میان مسلمانان ارتباط منفی با اضطراب مرگ دارد^(۲۲،۲۱).

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. 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^(۲). یافته‌ها 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. 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

فهرست منابع

1. Oort FJ, Visser MR, Sprangers MA. An application of structural equation modeling to detect response shifts and true change in quality of life data from cancer patients undergoing invasive surgery. *Qual life res.* 2005;14(3):599-609.
2. Lehto RH, Stein KF. Death anxiety: an analysis of an evolving concept. *Res Theory Nurs Pract.* 2009;23(1):23-41.
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? *Arch Intern Med.* 2004;164(18):1999.

5. Solomon S, Greenberg J, Pyszczynski T. Pride and Prejudice Fear of Death and Social Behavior. *Curr Dir Psychol Sci*. 2000;9(6):200-4.
6. Farsi Z, Dehghan Nayeri N, Negarandeh R. [Coping strategies of adults with leukemia undergoing hematopoietic stem cell transplantation in Iran: a qualitative study]. *Nurs Health sci*. 2010;12(4):485-92. Persian.
7. Moorehad S, Maas M, Johnson M. Nursing outcomes classification (NOC). St Louis, MO: Mosby; 2003.
8. Carpenito-Moyet LJ. Nursing care plans & documentation: nursing diagnoses and collaborative problems: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
9. Nyatunga B. Towards a definition of death anxiety. *Int J Palliat Nurs*. 2006;12(9):410-3.
10. 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. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2010;21(2):99-112.
11. Hui VK-Y, Fung HH. Mortality anxiety as a function of intrinsic religiosity and perceived purpose in life. *Death Stud*. 2008;33(1):30-50.
12. Grady PA, Knebel AR, Draper A. End-of-life issues in AIDS: the research perspective. *J R Soc Med*. 2001;94(9):479-82.
13. 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 Oncol*. 2004;43(2):153-60.
14. 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.
15. Ghufuran M, Ansari S. Impact of widowhood on religiosity and death anxiety among senior citizens. *J Indian Acad Appl Psychol*. 2008;34:175-80.
16. 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 Stud*. 2003;27(4):335-54.
17. Abdel-Khalek AM. Love of life and death distress: Two separate factors. *Omega*. 2007;55(4):267-78.
18. Daradkeh F, Fouad Moselhy H. Death anxiety (Thanatophobia) among drug dependents in an Arabic psychiatric hospital. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2011;37(3):184-8.
19. Cohen AB, Pierce Jr JD, Chambers J, Meade R, Gorvine BJ, Koenig HG. Intrinsic and extrinsic religiosity, belief in the afterlife, death anxiety, and life satisfaction in young Catholics and Protestants. *J Res Pers*. 2005;39(3):307-24.
20. Cicirelli VG. Fear of Death in Older Adults Predictions From Terror Management Theory. *J Gerontol B: Psychol Sci Soc Sci*. 2002;57(4):P358-P66.
21. Al-Sabwah MN, Abdel-Khalek AM. Religiosity and death distress in Arabic college students. *Death Stud*. 2006;30(4):365-75.
22. Suhail K, Akram S. Correlates of death anxiety in Pakistan. *Death Stud*. 2002;26(1):39-50.
23. Aghajani M, Valiee S, Tol A. ["Death anxiety" amongst nurses in critical care and general wards]. *IJN*. 2011;23(67):59-67. Persian
24. Ghorbanalipoor M, Borjali A, Sohrabi F, Falsafinejad MR. [The effect of death anxiety and age on health promoting behaviors]. *Urmia Med J*. 2010;2(21):286-92. Persian
25. Masoudzadeh A, Setareh J, Ali Mohammadpour R, Modanloo kordi M. [A survey of death anxiety among personnel of a hospital in Sari]. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2008;67(18):84-90 Persian
26. 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. *Palliat Med*. 1995;9(3):207-19.
27. Shahidi J, Khodabakhshi R, Gohari MR, Yahyazadeh H, Shahidi N. [McGill Quality of Life Questionnaire: reliability and validity of the Persian version in Iranian patients with advanced cancer]. *J palliat med*. 2008;11(4):621-6. Persian
28. Fosså SD, Lothe Hess S, Dahl AA, Hjerstad 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 Oncol*. 2007;46(4):452-61.

29. 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). *Eval Health Prof.* 2005;28(2):192-211.
30. Harrawood LK, White LJ, Benshoff JJ. Death anxiety in a national sample of United States funeral directors and its relationship with death exposure, age, and sex. *OMEGA.* 2008;58(2):129-46.
31. Fink G. Encyclopedia of stress: Academic Press. New York; 2000.
32. 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. *Pers Soc Psychol Bull.* 2002;28(3):287-99.
33. Pyszczynski T, Greenberg J, Solomon S, Arndt J, Schimel J. Why do people need self-esteem? A theoretical and empirical review. *Psychol Bull.* 2004;130(3):435.
34. Tang PL, Chiou CP, Lin HS, Wang C, Liand SL. Correlates of Death Anxiety Among Taiwanese Cancer Patients. *Cancer Nurs.* 2011;34(4):286-92.
35. Azaiza F, Ron P, Shoham M, Gigini I. Death and dying anxiety among elderly Arab Muslims in Israel. *Death Stud.* 2010;34(4):351-64.
36. Neimeyer RA, Wittkowski J, Moser RP. Psychological research on death attitudes: An overview and evaluation. *Death Stud.* 2004;28(4):309-40.
37. Harmon-Jones E, Simon L, Greenberg J, Pyszczynski T, Solomon S, McGregor H. Terror management theory and self-esteem: Evidence that increased self-esteem reduced mortality salience effects. *J Pers Soc Psychol.* 1997;72(1):24.
38. Falkenhain M, Handal PJ. Religion, death attitudes, and belief in afterlife in the elderly: Untangling the relationships. *J Relig Health.* 2003;42(1):67-76.

Death Anxiety and its Relationship with quality of life in Women with Cancer

Bahrami N.,¹ PhD. Moradi M.,² MS. *Soleimani MA.,³ PhD.
Kalantari Z.,⁴ MS. Hosseini F.,⁵ BS

Abstract

Background & Aims: Quality of life of patients with cancer is not determined only with the disease and its treatment but it depends on other medical, psychological and social conditions. 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 relationship with quality of life in women with cancer admitted to Kosar Hospital of Qazvin city in 2013.

Material & Methods: It was a cross-sectional study that was carried out among 276 women with cancer. Data was collected by questionnaire. It included three parts: demographic characteristics, Templer Death Anxiety Scale and the McGill Quality of Life Scale. Data analysis was performed by descriptive and inferential statistics (Kolmogorov - Smirnov, Spearman correlation test, linear regression) using SPSS-PC (v.20).

Results: The median of death anxiety score and the mean score of quality of life 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 and 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 are predictive factors of the quality of life in women with cancer.

Conclusion: Developing a comprehensive care program for patients with cancer regarding the factors affecting their quality of life would be possible. Reducing death anxiety, increased social support and improved level of education can improve the quality of life of women with cancer.

Key words: Death Anxiety, Quality of life, Cancer, Women

Received: 15 March 2013

Accepted: 12 Jun 2013

-
1. Faculty member, School of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.
 2. Faculty member, School of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.
 3. PhD candidate of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding Author).Tel: +982166937120 Email: ma-soleimany@razi.tums.ac.ir
 4. Faculty member, School of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.
 5. Bachelor of Nursing.