BRIEF REPORT

Death Anxiety and Hope among Patients with Cancer

Omolbanin Sargazi Aval[1,8]
Razieh Nikbakht[2]
Tayebeh Azarmehr [3]
Ehsan Memarbashi [4]
Mahdieh Poodineh Moghadam[5,8]
Somayeh Bagheri[6]
Hossein Shahdadi[5]
Mozghan Rahnama[7]

[1] Lecturer, Department of Hematology, Faculty of Allied Medical Sciences, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran
[2] Student Research Committee, Faculty of Nursing and Midwifery, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran
[3] Instructor, Department of Operating Room, School of Allied Medical Sciences, Zabol University of Medical Sciences Zabol, Iran
4 Department of Surgical Technology, Ferdows Faculty of Medical Sciences, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran
[5] Assistant Professor, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Zabol University of Medical Sciences Zabol, Iran
[6] Lecturer, Department of Public Health, School of Public Health, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran
[7] Professor, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Zabol University of Medical Sciences Zabol, Iran
[8] Pediatric Gastroenterology and Hepatology Research center, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran

(Received March 16, 2026; Accepted September 30, 2026)

Abstract

Background and purpose: Cancer can be accompanied by psychological distress, fear of death, and diminished hope, in addition to its physical consequences. Death anxiety refers to fear and apprehension concerning death, whereas, within Snyder's framework, hope encompasses the motivation to pursue goals and the perceived ability to identify pathways towards achieving them. This study aimed to assess death anxiety and hope and examine their associations with demographic and clinical characteristics in patients with cancer.

Materials and methods: This descriptive-analytical, cross-sectional study involved a secondary analysis of baseline data from a larger study. A total of 64 patients were assessed at IranMehr Oncology Center in Birjand, Iran, between December 2023 and June 2024. Data were collected using a demographic and clinical questionnaire, the 15-item Templer Death Anxiety Scale (score range, 0-15), and the 12-item Snyder Hope Scale (score range, 12-60). Following assessment of normality using the Shapiro-Wilk test, the Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test, and Spearman's rank correlation were used, with statistical significance set at $P < 0.05$.

Results: The mean age of participants was 44.94 ± 11.66 years. Mean death anxiety and hope scores were 7.45 ± 0.85 and 25.27 ± 3.64, respectively; neither variable was normally distributed. Death anxiety was not significantly associated with sex, age, residence, marital status, educational attainment, occupation, economic status, cancer stage, cancer type, or illness duration. Similarly, hope scores were not significantly associated with these characteristics, except for analgesic or narcotic use, which was associated with lower hope scores ($U = 392$, $P = 0.024$). Death anxiety and hope were not significantly correlated ($\rho = 0.124$, $P = 0.330$).

Conclusion: This study underscores the necessity of enhancing supportive psychological care for cancer patients. Given the psychological challenges inherent in this population, integrating routine psychological screening into clinical practice, particularly for patients with a high symptom burden, is a vital step toward improving their psychological well-being and overall quality of life.

Keywords: death anxiety, hope, cancer

J Mazandaran Univ Med Sci 2026; 36 (Supple 1): 180-186 (Persian).

Corresponding Author: Mahdieh Poodineh Moghadam Assistant Professor, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Zabol University of Medical Sciences Zabol, Iran. (E-mail: moghadam07@yahoo.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-03]

گزارش کوتاه

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و ششم شماره ویژه نامه مهر سال ۱۴۰۵ (۱۸۶-۱۸۰)

بررسی اضطراب مرگ و امید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان

ام‌البنین سرگزی اول[۱،۸]
راضیه نیکبخت[۲]
طیبه آذرمهر[۳]
احسان معمارباشی[۴]
مهدیه پودینه مقدم[۵،۸]
سمیه باقری[۶]
حسین شهدادی[۵]
مژگان رهنما[۷]

چکیده

سابقه و هدف: سرطان علاوه بر پیامدهای جسمانی، می‌تواند با پریشانی روان‌شناختی، نگرانی درباره مرگ و کاهش امید همراه باشد. اضطراب مرگ به ترس و نگرانی مرتبط با مرگ اشاره دارد و امید، در چارچوب اشنایدر، شامل انگیزش برای پیگیری اهداف و ادراک راه‌های دستیابی به آن‌ها است. این مطالعه با هدف تعیین نمرات اضطراب مرگ و امید و بررسی ارتباط آن‌ها با ویژگی‌های فردی و بالینی بیماران مبتلا به سرطان، انجام پذیرفت.

مواد و روش ها: این پژوهش توصیفی-تحلیلی مقطعی، تحلیل ثانویه داده‌های پایه مطالعه مادر بود. تعداد ۶۴ بیمار در مرکز انکولوژی ایران مهر بیرجند از دی ۱۴۰۲ تا خرداد ۱۴۰۳ بررسی شدند. داده‌ها با فرم مشخصات فردی و بالینی، مقیاس ۱۵ سؤالی اضطراب مرگ تمپلر با دامنه ۰ تا ۱۵ و مقیاس ۱۲ سؤالی امید اشنایدر با دامنه ۱۲ تا ۶۰ گردآوری شد. پس از آزمون شاپیرو-ویلک، از آزمون‌های من-ویتنی، کروسکال-والیس و همبستگی اسپیرمن با سطح معنی‌داری ۰۵/۰ استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین سن بیماران ۹۴/۴۴±۶۶/۱۱ سال بود. میانگین اضطراب مرگ ۴۵/۷±۸۵/۰ و میانگین امید ۲۷/۲۵±۶۴/۳ بود و توزیع هر دو متغیر غیرنرمال بود. اضطراب مرگ با جنسیت، سن، محل سکونت، وضعیت تأهل، تحصیلات، شغل، وضعیت اقتصادی، شدت و نوع سرطان و مدت ابتلا ارتباط معنی‌داری نداشت. برای امید نیز این ارتباط‌ها معنی‌دار نبود، اما نمره امید در افراد دارای سابقه مصرف مسکن/مواد مخدر کم‌تر بود (U=۳۹۲، P =۰/۰۲۴). بین اضطراب مرگ و امید نیز همبستگی معنی‌داری مشاهده نشد(P =۰/۱۲۴، P =۰/۳۳۰).

استنتاج: این مطالعه بر ضرورت ارتقای مراقبت‌های حمایتی-روانی در بیماران مبتلا به سرطان تأکید می‌ورزد. با توجه به چالش‌های روانی موجود در این گروه از بیماران، ادغام غربالگری‌های سلامت روان در پروتکل‌های معمول مراقبت‌های بالینی، به‌ویژه برای بیمارانی که با بار علائم جسمی بیشتری دست‌وپنج نرم می‌کنند، گامی مؤثر در جهت بهبود وضعیت روان‌شناختی و کیفیت زندگی آنان محسوب می‌شود.

واژه های کلیدی: اضطراب مرگ، امید، سرطان

مولف مسئول: مهدیه پودینه مقدم- استادیار گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی - دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران ایمیل : moghadam07@yahoo.com

۱. مربی خون‌شناسی و بانک خون، گروه علوم آزمایشگاهی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران
۲.دانشجو کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران
۳. مربی کارشناسی ارشد اتاق عمل، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران
۴. مربی کارشناسی ارشد اتاق عمل، گروه پیراپزشکی، دانشکده علوم پزشکی فردوس، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران
۵. استادیار ،گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران
۶. مربی ، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران
۷. استاد ،گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران
۸. مرکز تحقیقات گوارش و کبد کودکان، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران

تاریخ دریافت : ۱۴۰۴/۱۲/۲۵ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۴۰۵/۱/۳۱ تاریخ تصویب : ۱۴۰۵/۷/۸

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-03]

مقدمه

سرطان یکی از مهم‌ترین مسائل سلامت در جهان است و بار بیماری و مرگ‌ومیر ناشی از آن همچنان رو به افزایش است. برآوردهای جهانی برای سال ۲۰۲۲ نزدیک به ۲۰ میلیون مورد جدید سرطان و حدود ۷/۹ میلیون مرگ را گزارش کرده‌اند و افزایش قابل توجه موارد جدید در دهه‌های آینده پیش‌بینی می‌شود(۱). در کنار پیامدهای جسمانی، تشخیص و درمان سرطان می‌تواند با اضطراب، افسردگی، پریشانی روان‌شناختی و افت کیفیت زندگی همراه باشد(۲، ۳).

اضطراب مرگ به مجموعه‌ای از ترس‌ها، نگرانی‌ها و هیجان‌های منفی مرتبط با مرگ یا فرایند مردن اطلاق می‌شود. مرورهای نظام‌مند نشان داده‌اند که این سازه در بیماران مبتلا به سرطان شایع است و با طیفی از عوامل روان‌شناختی و بالینی ارتباط دارد(۷ - ۴). از سوی دیگر، «امید » در نظریه اشنایدر یک سازه شناختی-انگیزشی است که از دو مؤلفه اصلی، تفکر عاملی، یعنی انگیزش و عزم برای حرکت به سوی هدف، و تفکر مسیرها، یعنی توانایی تصور راه‌های دستیابی به اهداف، تشکیل می‌شود(۸). بنابراین در این مقاله، منظور از امید «امید روان‌شناختی» است و امید به زندگی جمعیت شناختی یا طول عمر مورد انتظار، نمی باشد.

در مطالعات سرطان، توجه همزمان به اضطراب مرگ و امید می‌تواند تصویری از وضعیت روان‌شناختی بیمار فراهم کند و به شناسایی گروه‌های نیازمند حمایت بیش‌تر کمک نماید. شواهد جدید نشان می‌دهد متغیرهایی مانند جنسیت، بار علائم، اضطراب و افسردگی، حمایت اجتماعی، معنای زندگی و تاب‌آوری ممکن است با اضطراب مرگ ارتباط داشته باشند، با این حال الگوی این ارتباط‌ها در جمعیت‌ها و بافت‌های فرهنگی مختلف یکسان نیست(۵، ۶). همچنین مطالعات ایرانی از اهمیت امید در سازگاری بیماران مبتلا به سرطان حمایت می کنند(۹).

ارزش افزوده مطالعه حاضر، ارائه یک تحلیل توصیفی-تحلیلی از داده‌های پایه بیماران مرکز انکولوژی ایران مهر بیرجند و بررسی همزمان اضطراب مرگ، امید و برخی ویژگی‌های فردی و بالینی پیش از هر گونه مداخله است. از این‌رو، هدف پژوهش حاضر تعیین سطح نمرات اضطراب مرگ و امید و بررسی ارتباط آن‌ها با ویژگی‌های فردی و بالینی در بیماران مبتلا به سرطان بود.

مواد و روش ها

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی مقطعی، و تحلیل ثانویه داده‌های پایه پایان‌نامه/کارآزمایی بالینی مادر بود. در مطالعه، ۶۴ بیمار مبتلا به سرطان در مرکز انکولوژی ایران مهر بیرجند از دی ۱۴۰۲ تا خرداد ۱۴۰۳ وارد مطالعه و تحلیل شد. ورود بیماران به مطالعه از میان بیماران واجد شرایط مراجعه کننده به مرکز و به روش در دسترس انجام شد، تخصیص تصادفی به گروه‌ها مربوط به مرحله بعدی مطالعه مادر بود و در تحلیل حاضر نقشی نداشت(۱۰).

معیارهای ورود شامل تأیید تشخیص سرطان و داشتن پرونده در مرکز، گذشت حداقل سه ماه از تشخیص، سن بیش‌تر از ۱۸ سال، توانایی خواندن و نوشتن، تمایل به شرکت، امکان برقراری ارتباط و دریافت شیمی درمانی بود. معیارهای خروج شامل انصراف، فوت، ناقص ماندن پرسشنامه‌ها، بدحال شدن بیمار بود. برای تحلیل حاضر، همه ۶۴ رکورد پایه دارای داده‌های پیامد وارد تحلیل شدند.

حجم نمونه در مطالعه مادر برای مقایسه دو گروه و با سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان ۸۰ درصد محاسبه شد، ۲۸ نفر برای هر گروه برآورد و با در نظر گرفتن ۱۵ درصد ریزش، ۳۲ نفر در هر گروه و در مجموع ۶۴ نفر وارد مطالعه شدند. از آنجا که مقاله حاضر تحلیل ثانویه داده‌های پایه همان نمونه است تمام ۶۴ بیمار واجد داده پایه وارد شدند(۱۰).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-03]

ابزار گردآوری داده‌ها بدین صورت بود که فرم مشخصات فردی و بالینی شامل سن، جنسیت، محل سکونت، وضعیت تأهل، تحصیلات، شغل، وضعیت اقتصادی، شدت بیماری، نوع سرطان، مدت ابتلا و برخی متغیرهای درمانی بود. مقیاس اضطراب مرگ تمپلر (Death DAS Scale; Anxiety) در سال ۱۹۷۰ طراحی شده و شامل ۱۵ سؤال بلی/خیر است. هر پاسخ نشان دهنده اضطراب نمره ۱ و پاسخ فاقد اضطراب نمره صفر می‌گیرد، بنابراین دامنه نمره کل ۰ تا ۱۵ است و نمره بالاتر نشان دهنده اضطراب مرگ بیش‌تر است(۱۱). ویژگی‌های روان سنجی نسخه فارسی این ابزار نیز در ایران بررسی و تأیید شده است(۱۲). مقیاس امید اشنایدر در سال ۱۹۹۱ معرفی شد. نسخه مورد استفاده در مطالعه مادر ۱۲ سؤال با پاسخ دهی پنج درجه‌ای داشت و نمره کل ثبت شده در مطالعه از ۱۲ تا ۶۰ متغیر بود، نمره بالاتر نشان دهنده امید بیش‌تر است. ویژگی‌های روان سنجی نسخه فارسی در مطالعه کرمانی و همکاران گزارش شده است(۸ ۱۳).

پروتکل پایان‌نامه در دانشگاه علوم پزشکی زابل تصویب و کد اخلاق IR.ZBMU.REC.1402.085 دریافت شد. همه بیماران پس از دریافت توضیحات لازم، رضایت آگاهانه کتبی ارائه کردند. پیش از شروع هرگونه مداخله، فرم مشخصات فردی و بالینی و دو مقیاس اضطراب مرگ و امید توسط بیماران تکمیل شد(۱۰).

ابتدا داده‌ها از نظر دامنه مجاز، مقادیر گمشده و سازگاری نمرات کل بازبینی شدند. برای توصیف متغیرها از فراوانی و درصد و برای متغیرهای کمی از میانگین، انحراف معیار، میانه، دامنه بین چارکی، حداقل، حداکثر، نما، چولگی و کشیدگی استفاده شد. نرمال بودن توزیع نمرات با آزمون شاپیرو-ویلک بررسی شد. با توجه به غیرنرمال بودن نمرات، برای مقایسه دو گروه از آزمون من-ویتنی U، برای متغیرهای دارای بیش از دو طبقه از آزمون کروسکال-والیس و برای ارتباط متغیرهای کمی از همبستگی رتبه‌ای اسپیرمن استفاده شد. سطح معنی‌داری ۰۵/۰ تعیین شد.

یافته‌ها و بحث

از ۶۴ بیمار مورد بررسی، ۳۵ نفر ۷۵۴/۷ درصد زن و ۲۹ نفر ۴۵/۳ درصد) مرد بودند. میانگین سنی بیماران ۶۶/۱۱±۹۴/۴۴ سال (دامنه ۲۰ تا ۶۱ سال) بود. ۳۹ نفر ۹۶۰/۹ درصد) ساکن روستا و ۲۵ نفر ۱۳۹/۱ درصد) ساکن شهر بودند و ۵۹ نفر (۹۲/۲ درصد) متأهل بودند. سرطان کولورکتال با ۱۹ مورد ۲۹/۷درصد) شایع‌ترین نوع سرطان در نمونه بود. توزیع کامل ویژگی‌های فردی و بالینی در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول شماره ۱:ویژگی‌های فردی و بالینی شرکت‌کنندگان (۶۴ = n)

متغیر	طبقه/شاخص	یا میانگین±انحراف معیار
سن (سال)	حداقل-حداکثر: ۲۰-۶۱	۶۶/۱۱±۹۴/۴۴
مدت ابتلا	حداقل-حداکثر: ۱-۴	۷۰/۰±۶۶/۱
جنسیت	زن	۳۵ (۷/۵۴)
	مرد	۲۹ (۳/۴۵)
محل سکونت	شهر	۲۵ (۱/۳۹)
	روستا	۳۹ (۹/۶۰)
وضعیت تأهل	مجرد	۵ (۸/۷)
	متأهل	۵۹ (۲/۹۲)
تحصیلات	بی‌سواد	۱ (۶/۱)
	ابتدایی	۳۴ (۱/۵۳)
	دیپلم	۱۷ (۶/۲۶)
	کم‌تر از لیسانس	۳ (۷/۴)
	لیسانس	۹ (۱/۱۴)
شغل	خانه‌دار	۲۷ (۲/۴۲)
	آزاد	۲۸ (۸/۴۳)
	کارمند	۹ (۱/۱۴)
وضعیت اقتصادی	خوب	۱۵ (۴/۲۳)
	متوسط	۴۱ (۱/۶۴)
	ضعیف	۸ (۵/۱۲)
شدت بیماری	ابتدایی	۱۴ (۹/۲۱)
	پیشرفته قابل درمان	۴۶ (۹/۷۱)
	پیشرفته غیرقابل درمان	۴ (۳/۶)
نوع سرطان	ریه	۱۰ (۶/۱۵)
	رحم	۹ (۱/۱۴)
	کولورکتال	۱۹ (۷/۲۹)
	خون	۵ (۸/۷)
	معده	۱۰ (۶/۱۵)
	پستان	۹ (۱/۱۴)
	پوست	۱ (۶/۱)
	مثانه	۱ (۶/۱)
مصرف مسکن/مواد مخدر	ندارد	۵۴ (۴/۸۴)
	دارد	۱۰ (۶/۱۵)

میانگین نمره اضطراب مرگ ۴۵/۷±۸۵/۰ و میانگین نمره امید ۲۷/۲۵±۶۴/۳ بود. آزمون شاپیرو-

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-03]

ویلک نشان داد توزیع هر دو متغیر از نرمال بودن فاصله معنی‌دار دارد، بنابراین تحلیل‌های استنباطی با آزمون‌های ناپارامتری انجام شد. شاخص‌های توصیفی کامل در جدول شماره ۲، آمده است.

جدول شماره ۲: شاخص‌های توصیفی و آزمون نرمال بودن نمرات اصلی

امید	اضطراب مرگ	شاخص
۶۴/۳±۲۷/۲۵	۸۵/۰±۴۵/۷	میانگین±انحراف معیار
۲۴ (۲۳-۲۷)	۷ (۷-۸)	میانه (چارک اول-چارک سوم)
۱۹-۳۷	۶-۱۰	حداقل-حداکثر
۲۳	۷	نما
۰۰۷/۱	۳۸۸/۰	چولگی
۱۹۸/۱	۳۱۶/۰	کشیدگی
۹۳۴/۰	۸۷۴/۰	W Wilk-Shapiro
۰۰۲/۰	کم‌تر از ۰۰۱/۰	p شاپیرو-ویلک

بررسی ارتباط متغیرهای فردی و بالینی نشان داد هیچ یک از متغیرهای جنسیت، محل سکونت، وضعیت تأهل، تحصیلات، شغل، وضعیت اقتصادی، شدت بیماری، نوع سرطان، سن و مدت ابتلا با نمره اضطراب مرگ ارتباط معنی‌داری نداشتند (P <۰/۰۵). برای نمره امید نیز این متغیرها معنی‌دار نبودند. تنها در متغیر مصرف مسکن/مواد مخدر، نمره امید در گروه دارای سابقه مصرف کم‌تر بود، میانه امید در افراد بدون مصرف ۲۵ (IQR: ۲۳-۲۸) و در افراد دارای مصرف ۲۳ (IQR: ۲۵/۲۰-۷۵/۲۴) بود (U =۳۹۲، P =۰/۰۲۴). بین اضطراب مرگ و امید نیز همبستگی معنی‌داری مشاهده نشد (P =۰/۱۲۴، P =۰/۳۳۰) (جدول شماره ۳).

رابطه مستقیم اضطراب مرگ و امید با یکدیگر نیز با اسپیرمن بررسی شد (P =۰/۱۲۴ و P =۰/۳۳۰).

یافته اصلی مطالعه حاضر این بود که میانگین نمره اضطراب مرگ ۴۵/۷ از دامنه ۰ تا ۱۵ و میانگین نمره امید ۲۷/۲۵ از دامنه ۱۲ تا ۶۰ بود. میانگین اضطراب مرگ در این مطالعه اندکی بالاتر از میانگین تجمیعی ۸۴/۶ گزارش شده در مرور نظام‌مند و فراتحلیل imaniSole و همکاران در بیماران مبتلا به سرطان است، هر چند تفاوت بین مطالعات می‌تواند از نوع سرطان، مرحله بیماری، بافت فرهنگی، ویژگی‌های نمونه و نسخه ابزار ناشی شود(۴).

جدول شماره ۳: نتایج آزمون‌های ارتباط نمرات اضطراب مرگ و امید با متغیرهای فردی و بالینی

متغیر (آزمون)	آماره اضطراب مرگ	p	آماره امید	p
جنسیت (U من-ویتنی)	۵/۵۵۶	۴۸۳/۰	۰/۶۴۶	۰۶۱/۰
محل سکونت (U)	۰/۵۱۹	۶۴۷/۰	۵/۵۰۱	۸۵۲/۰
وضعیت تأهل (U)	۰/۱۸۳	۳۴۷/۰	۵/۱۵۱	۹۳۰/۰
مذهب (U)	۵/۲۸۰	۵۶۷/۰	۵/۳۵۹	۴۱۶/۰
مصرف مسکن/مواد مخدر (U)	۰/۳۵۰	۱۱۵/۰	۰/۳۹۲	۰۲۴/۰
تحصیلات (H کروسکال-والیس)	۲۱۳/۳	۵۲۳/۰	۲۰۱/۷	۱۲۶/۰
شغل (H)	۱۴۰/۳	۲۰۸/۰	۵۳۳/۱	۴۶۵/۰
وضعیت اقتصادی (H)	۱۲۶/۰	۹۳۹/۰	۹۸۹/۱	۳۷۰/۰
شدت بیماری سرطان (H)	۶۴۸/۲	۲۶۶/۰	۲۹۰/۱	۵۲۵/۰
نوع سرطان (H)	۳۳۹/۴	۷۴۰/۰	۲۹۵/۱۰	۱۷۲/۰
سن (ρ اسپیرمن)	۰۵۵/۰-	۶۶۳/۰	۰۱۷/۰	۸۹۵/۰
مدت ابتلا (ρ)	۱۳۸/۰-	۲۷۶/۰	۰۳۸/۰-	۷۶۴/۰

همچنین فراتحلیل بیماران ایرانی مبتلا به سرطان نشان داده است، اضطراب مرگ در این جمعیت مسئله قابل توجهی است(۶). بنابراین نمره مشاهده شده در نمونه حاضر از نظر بالینی شایسته توجه است، اما به دلیل نبود گروه مقایسه و ماهیت مقطعی نمی‌توان درباره شدت «غیرعادی» آن حکم قطعی داد.

در مطالعه حاضر جنسیت، سن، تحصیلات، وضعیت اقتصادی و سایر متغیرهای اصلی با اضطراب مرگ ارتباط معنی‌داری نداشتند. این یافته با نتایج برخی مرورهای بزرگ که ارتباط جنس زن، سن کم‌تر یا سطح تحصیلات پایین‌تر را با اضطراب مرگ گزارش کرده‌اند، کاملاً همسو نیست(۵). این ناهمخوانی می‌تواند به حجم نمونه محدود، تک مرکزی بودن مطالعه، توزیع نامتوازن برخی طبقات و قدرت آماری ناکافی برای کشف اثرهای کوچک مربوط باشد. بنابراین «عدم معنی‌داری» در این نمونه نباید به معنای نبود قطعی ارتباط در جامعه بیماران سرطانی تفسیر شود.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-03]

شدت بیماری نیز با اضطراب مرگ یا امید ارتباط معنی‌داری نشان نداد. این نتیجه در نگاه نخست ممکن است برخلاف انتظار باشد، اما ۴۶ نفر از ۶۴ بیمار در طبقه «پیشرفته قابل درمان» قرار داشتند و تنها ۴ نفر در طبقه «پیشرفته غیرقابل درمان» بودند، چنین عدم توازنی توان مقایسه مراحل بیماری را کاهش می‌دهد. علاوه بر این، متغیرهای مهمی مانند شدت درد، بار علائم، حمایت اجتماعی، معنویت، افسردگی و ترس از عود که در مطالعات جدید با اضطراب مرگ مرتبط شناخته شده‌اند، در تحلیل حاضر اندازه‌گیری نشده بودند(۵، ۷).

میانگین امید در نمونه حاضر در بخش پایین‌تر دامنه ابزار قرار داشت. مطالعات انجام شده در بیماران ایرانی مبتلا به سرطان نیز نشان داده‌اند امید یکی از منابع مهم سازگاری با بیماری است و می‌تواند در تجربه روان‌شناختی بیمار نقش داشته باشد(۹). در تحلیل حاضر، اغلب ویژگی‌های دموگرافیک و بالینی با امید ارتباط معنی‌داری نداشتند، تنها افراد دارای سابقه مصرف مسکن/مواد مخدر نمره امید پایین‌تری داشتند. این یافته باید محتاطانه تفسیر شود، زیرا متغیر ثبت شده مصرف مسکن و مواد مخدر را در یک طبقه واحد ترکیب کرده و اطلاعات مستقیمی از شدت درد یا نوع دارو در دسترس نیست. از این‌رو، احتمال مخدوش‌گری ناشی از شدت علائم یا وضعیت بالینی وجود دارد و رابطه علّی قابل استنباط نیست.

در این مطالعه همبستگی معنی‌داری میان اضطراب مرگ و امید مشاهده نشد. اگر چه از نظر نظری انتظار می‌رود امید بیش‌تر با سازگاری روان شناختی بهتر همراه باشد، این دو سازه لزوماً دو قطب یک پیوستار واحد نیستند و می‌توانند تحت تأثیر عوامل متفاوت قرار گیرند. مطالعات با حجم نمونه بزرگ‌تر و اندازه‌گیری همزمان افسردگی، اضطراب عمومی، درد، حمایت اجتماعی و معنویت می‌توانند این ارتباط را دقیق‌تر بررسی کنند.

محدودیت‌های مطالعه شامل تک مرکزی بودن، نمونه‌گیری در دسترس، حجم نمونه محدود، ناهمگونی انواع سرطان، عدم توازن مراحل بیماری و ماهیت مقطعی تحلیل بود. همچنین این مقاله از داده‌های پایه مطالعه مادر استفاده کرده است؛ بنابراین نتایج آن توصیفی-تحلیلی است و نباید به‌عنوان شواهد اثر مداخله یا رابطه علّی تفسیر شود.

در بیماران مورد مطالعه، میانگین اضطراب مرگ ۴۵/۷±۸۵/۰ و میانگین امید ۲۷/۲۵±۶۴/۳ بود. پس از بازتحلیل ناپارامتری، ارتباط معنی‌داری میان اضطراب مرگ و متغیرهای اصلی فردی و بالینی مشاهده نشد و تنها امید در افراد دارای سابقه مصرف مسکن/مواد مخدر پایین‌تر بود. این یافته‌ها بر ضرورت توجه به نیازهای روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان تأکید می‌کند، اما تعمیم آن‌ها نیازمند مطالعات چند مرکزی با نمونه بزرگ‌تر و سنجش عوامل بالینی و روان‌شناختی تکمیلی است.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد راضیه نیکبخت در رشته پرستاری داخلی-جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی زابل است و در مقاله حاضر صرفاً داده‌های پایه پیش از مداخله مورد استفاده قرار گرفته‌اند. نویسندگان از بیماران و خانواده‌های آنان، مسئولان و کارکنان مرکز رادیوتراپی و انکولوژی ایران مهر بیرجند و دانشگاه علوم پزشکی زابل برای همکاری در اجرای پژوهش قدردانی می‌کنند.

References

1- Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, etal. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-03]

CA Cancer J Clin 2024;74(3):229-263 PMID: 38572751.

2- Shalata W, Gothelf I, Bernstine T, Michlin R, Tourkey L, Shalata S, etal. Mental Health Challenges in Cancer Patients: A Cross-Sectional Analysis of Depression and Anxiety. Cancers (Basel) 2024;16(16):2827 PMID: 39199598.

3- Papadopoulou A, Govina O, Tsatsou I, Mantzorou M, Mantoudi A, Tsiou C, etal. Quality of life, distress, anxiety and depression of ambulatory cancer patients receiving chemotherapy. Med Pharm Rep 2022;95(4):418-429 PMID: 36506609.

4- Soleimani MA, Bahrami N, Allen KA, Alimoradi Z. Death anxiety in patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. Eur J Oncol Nurs 2020;48:101803 PMID: 32836000.

5- Li Y, Dong W, Tang H, Guo X, Wu S, Lu G, etal. Correlates of death anxiety for patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. J Clin Nurs 2024;33(5):1933-1947 PMID: 38284499.

6- Shakeri B, Abdi K, Bagi M, Dalvand S, Shahriari H, Sadeghi S, etal. A Systematic Review and Meta-analysis of Death Anxiety Among Iranian Patients With Cancer. Omega (Westport) 2024;89(1):247-258 PMID: 35125024.

7- Walbaum C, Philipp R, Bokemeyer C, Härter M, Junghans J, Koch U, etal. Death anxiety in patients with advanced cancer and their family caregivers. J Pain Symptom Manage 2024;68(6):622-631 PMID: 39182590.

8- Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, etal. The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. J Pers Soc Psychol 1991;60(4):570-585 PMID: 2037968.

9- Abdullah-Zadeh F, Agahosseini S, Asvadi-Kermani I, Rahmani A. Hope in Iranian cancer patients. Iran J Nurs Midwifery Res 2011;16(4):288-291 PMID: 23450037.

10- Nikbakht R, Poodineh Moghadam M, Shahdadi H, Bagheri S, Rahnama M. A Care Program Based on Watson's Theory of Human Caring and its Effect on Death Anxiety and Hope for Life in Cancer Patients: A Randomized Clinical Trial. Evid Based Care 2025;15(2):7-17.

11- Templer DI. The construction and validation of a death anxiety scale. J Gen Psychol 1970;82(2):165-177 PMID: 4394812.

12- Soleimani MA, Bahrami N, Yaghoobzadeh A, Banihashemi H, Sharif Nia H, Haghdoost AA. Validity and reliability of the Persian version of Templer Death Anxiety Scale in family caregivers of cancer patients. Iran J Nurs Midwifery Res 2016;21(3):284-290 PMID: 27186206.

13- Kermani Z, Khodapanahi M, Heidari M. Psychometrics features of the Snyder Hope Scale. J Appl Psychol 2011;5(3):7-23. (Persian).

14- Nikoloudi M, Tsilika E, Kostopoulou S, Mystakidou K. Hope and distress symptoms of oncology patients in a palliative care setting. Cureus 2023;15(4):e38041 PMID: 37228555.

15- Baczewska B, Block B, Kropornicka B, Malm M, Musiał D, Makara-Studzińska M, etal. Hope in advanced cancer patients in the terminal phase of neoplastic disease and stability of basic mood. J Clin Med 2020;9(11):3550 PMID: 33158136.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-03]