ORIGINAL ARTICLE

Factors Influencing the Level of Death Depression in Patients with Cancer: A Path Analysis

Hamid Sharif Nia[1],
Saeed Pahlevan Sharif[2],
Ravanbakhsh Esmaeili[3],
Amir Hossein Goudarzian[4],
Bahram Tahmasbi[5]
Ameneh Yaghoobzadeh[6],
Omolhoda Kaveh[7]

[1] Assistant Professor, Department of Nursing, Amol School of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[2] PhD in Business, Senior Lecturer, Taylor's Business School, Taylor's University, Subang Jaya, Malaysia
[3] Assistant Professor, Department of Nursing, Nasibeh Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[4] BSc in Nursing, Student Research Committee, Nasibeh Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[5] Assistant Professor, Amol School of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[6] MSc in Geriatric Nursing, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[7] PhD Student of Nursing, Iran University of Medical Science, Tehran, Iran

(Received October 30, 2016 ; Accepted January 3, 2017)

Abstract

Background and purpose: Death depression is a common phenomenon among cancer patients that many factors could influence it. Therefore, the aim of this study was to determine the factors and finding an influencing path out of death depression.

Materials and methods: A cross-sectional study (April to July, 2016) was done in 497 cancer patients who were recruited from those attending Cancer Centers in Sari (Imam Khomeini Hospital) and Kerman, Iran. The patients were selected by convenience sampling. Data was collected using demographic questionnaire, death depression scale, and Pargament`s religious coping scale (the RCOPE).

Results: The mean age and death depression score of cancer patients were 48.38±15.22 and 69.92±18.40, respectively. Multiple linear regression analysis showed economic status (β=5.37), cancer stage (β=-2.80), and religious coping behaviors (β=-0.34) as predictive variables of death depression. Path analysis revealed that economic status and cancer stage had both direct and indirect impacts on death depression but religious coping behaviors directly influenced death depression.

Conclusion: According to the model identified by path analysis, religious coping behaviors is the only variable that has a direct impact on the level of death depression which is influenced by the stage of cancer. However, economic status and stage of cancer could explain the death depression by direct and indirect influences.

Keywords: cancer stage, death depression, economic status, path analysis, religious coping

J Mazandaran Univ Med Sci 2017; 26 (145): 318-331 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و ششم شماره ۱۴۵ بهمن سال ۱۳۹۵ (۳۳۱-۳۱۸)

عوامل مؤثر بر سطح افسردگی مرگ در مبتلایان به سرطان: یک تحلیل مسیر

سید حمید شریف نیا[۱]
سعید پهلوان شریف[۲]
روانبخش اسماعیلی[۳]
امیرحسین گودرزیان[۴]
بهرام طهماسبی[۵]
آمنه یعقوب زاده[۶]
ام الهدی کاوه[۷]

چکیده

سابقه و هدف: شیوع بالای افسردگی مرگ در مبتلایان به سرطان رایج است، به طوری که عوامل مختلفی می‌تواند سطح آن را تغییر دهد. لذا مطالعه حاضر با هدف تبیین عوامل و یافتن یک مسیر متناسب بر افسردگی مرگ انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه‌ی توصیفی- تحلیلی که از فروردین تا تیر سال ۱۳۹۵ انجام شد، ۴۹۷ مددجو که با تشخیص سرطان به مرکز سرطان بیمارستان امام خمینی (ره) ساری و مرکز سرطان استان کرمان مراجعه کرده بودند، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. داده‌ها به کمک فرم مشخصات فردی، مقیاس افسردگی مرگ و مقیاس مقابله مذهبی پارگامنت جمع آوری شدند.

یافته‌ها: میانگین سنی و نمره افسردگی مرگ در بیماران مبتلا به سرطان به ترتیب ۱۵/۲۲±۴۸/۳۸ سال و ۱۸/۴۰±۶۹/۹۲ بود. نتایج رگرسیون خطی چندگانه نشان داد متغیرهای وضعیت اقتصادی (B=۵/۳۷)، مرحله پیشرفت سرطان (B=-۲/۸۰) و نمره رفتارهای مقابله مذهبی (B=-۰/۳۴) به عنوان متغیرهای پیشگوی افسردگی مرگ هستند. مدل تحلیل مسیر مشخص کرد وضعیت اقتصادی و مرحله پیشرفت سرطان هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیر مستقیم و رفتارهای مقابله مذهبی تنها بر سطح افسردگی مرگ تأثیر می‌گذارند.

استنتاج: با توجه به مدل شناسایی شده به کمک تحلیل مسیر، تنها متغیری که تأثیر مستقیم بر سطح افسردگی مرگ دارد، رفتارهای مقابله مذهبی است که خود تحت تأثیر مرحله سرطان قرار می‌گیرد. با این حال متغیرهای وضعیت اقتصادی و مرحله سرطان با تأثیر مستقیم و غیر مستقیم می‌توانند سطح افسردگی مرگ را در بیماران مبتلا به سرطان تحت تأثیر قرار دهند.

واژه های کلیدی: افسردگی مرگ، مقابله مذهبی، وضعیت اقتصادی، سرطان، تحلیل مسیر

مقدمه

با توجه به پیشرفت روزافزون علم و تکنولوژی در سیستم مراقبت بهداشتی و بقای بیماری‌های خطرناک، مرگ هم چنان به عنوان یک حقیقت غیرقابل انکار به شمار می‌رود(۱). در این بین، تشخیص سرطان فرد را

مولف مسئول: آمنه یعقوب زاده- تهران: دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پرستاری E-mail: A.Yaghoobzadeh@yahoo.com
۱. استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی آمل، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲. دکترای تخصصی تجارت- مالی، دانشکده تجارت تیلورز، دانشگاه تیلورز، سوبانگ جایا، مالزی
۳. استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۴. کارشناس پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۵. استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی آمل، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۶. کارشناس ارشد پرستاری سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۷. دانشجوی دکترای پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران ،تهران، ایران
تاریخ دریافت : ۱۳۹۵/۸/۹ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۳۹۵/۸/۱۲ تاریخ تصویب : ۱۳۹۵/۱۰/۱۴

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

وادار به مقابله با مرگ می‌کند(۲). در حال حاضر، این بیماری ۱۲ درصد از مرگ و میر را در جهان به خود اختصاص داده است. هم‌چنین پیش‌بینی شده است که در ۲۰ سال آینده، مرگ و میر ناشی از سرطان سالیانه بین ۱۰-۶ میلیون مورد افزایش داشته باشد(۳). در ایران نیز سرطان به عنوان سومین عامل مرگ و میر بعد از بیماری‌های قلبی- عروقی و حوادث در نظر گرفته می‌شود(۴). بدیهی است که شناسایی سرطان، بیماران را متحمل عوارض متعدد روانی در بلند مدت خواهد نمود(۵). سرطان می‌تواند توانایی فرد را در ایفای نقش کاهش داده و او را به سوی احساس فقدان شایستگی سوق دهد؛ که این باعث کاهش اعتماد به نفس وی و در نهایت موجب بروز واکنش‌های روانی از قبیل افسردگی، اضطراب و تنش خواهد شد(۶). مطالعات متعددی اذعان داشته‌اند که افسردگی یکی از اختلالات شایع روانپزشکی در افراد مبتلا به سرطان است(۹-۷) که با آسیب گسترده به فرد همراه است زیرا باعث کاهش مقاومت در برابر بیماری می‌شود(۶). بر اساس مطالعات گوناگون، میزان شیوع افسردگی پیشرفته در بیماران سرطانی بین ۵/۱ تا ۳۰ درصد گزارش شده است(۱۰،۱۱). Mitchell و همکاران (۲۰۱۱) با مطالعه‌ای بر روی ۴۰۰۷ بیمار سرطانی از ۷ کشور مختلف، این میزان را ۱۶/۵ درصد بیان نمودند(۱۲). در ایران نیز میزان شیوع افسردگی و دیگر اختلالات روانی بالا ارزیابی شده است(۱۳). تاکنون در بیماران دارای بیماری‌های تهدید کننده حیات از قبیل سرطان، سه مؤلفه مرتبط با مرگ شامل اضطراب مرگ، وسواس مرگ و افسردگی مرگ مورد بررسی قرار گرفته شده است(۱۴). دو بعد اضطراب و وسواس مرگ تاکنون مورد توجه بسیاری از محققان بوده است، اما افسردگی مرگ متاسفانه در بیماران مبتلا به سرطان چندان بررسی نشده است(۱۵). طبق نظریه Kübler-Ross، بیماران در مواجهه با پدیده مرگ، پنج مرحله‌ی شوک و انکار، خشم، چانه زدن، افسردگی و پذیرش را پشت سر می‌گذارند و متاسفانه تجربه‌های مرتبط با مردن مثل وخامت شرایط جسمانی و روانی، وجود درد، نداشتن کنترل بر بیماری و متصل بودن به دستگاه‌ها در بیمارستان، یاس و ناامیدی را تقویت می‌کنند، به طوری که فرد به خاطر از دست دادن جانش افسرده می‌شود(۱۶). مفهوم افسردگی مرگ با نوعی غم و اندوه و یا آگاهی در ارتباط با مرگ خود یا دیگری شناخته می‌شود(۱۷).

تمپلر و همکاران (۱۹۹۰) مفهوم افسردگی مرگ را در شش بعد ناامیدی مرگ، تنهایی مرگ، رعب مرگ، غمگینی مرگ، افسردگی مرگ و قطعیت مرگ معرفی کردند(۱۸). با توجه به این که احتمال مرگ به دنبال ابتلا به سرطان مطرح می‌شود، افسردگی مرگ ممکن است در این دسته از بیماران رخ دهد(۱۹) و کاهش کیفیت زندگی و مراقبت از خود را به همراه داشته باشد. بدیهی است که ظهور این علائم، نشانه‌های افسردگی مثل تغییر در اشتها یا احساس گناه را به همراه داشته دارد که در واقع می‌توان این نشانگان را به افسردگی مرگ نسبت داد(۲۰). یکی از مواردی که بی‌شک در پیشگیری از اختلالات روانی مؤثر می‌باشد، رفتارهای تطابق مذهبی است(۲۱)، که به عنوان یک راهبرد سازگاری قدرتمندی شناخته شده است؛ به طوری که غالب صاحب نظران بر این باورند که مذهب، آثار بی‌بدیلی بر سلامت جسمانی، روانی و دیگر ابعاد زندگی بشر خواهد داشت(۲۳،۲۲). علاوه بر این، برخی از مطالعات در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، بیانگر ارتباط مؤثر میان روش های مقابله مذهبی با کاهش اختلالات روانی از جمله افسردگی و اضطراب می‌باشد(۲۵،۲۴). هم چنین اعتقاد بر آن است که سه مؤلفه مرگ (اضطراب، وسواس و افسردگی مرگ) با مذهب و رفتارهای مقابله مذهبی در ارتباط تنگاتنگی می‌باشند(۲۶). Lazarus (۱۹۹۳) تطابق را به معنای توانایی رفتاری و شناختی فرد در برابر خواسته‌های درونی و بیرونی معرفی می‌کند(۲۷) و Tix و Frazier (۱۹۹۸) تطابق مذهبی را به تکنیک‌های شناختی و رفتاری برخواسته از مذهب و معنویت در مواجهه با حوادث زندگی تعریف می‌کنند(۲۸). مقابله مذهبی

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

مثبت، سبک برخورد فرد با رویدادهای منفی زندگی می‌باشد که فرد با یاری گرفتن از خداوند با آن رویدادها مقابله می‌کند. در قسمت ارزیابی منفی از مقابله مذهبی، رابطه اجتنابی و نامطمئن فرد با خداوند سنجیده می‌شود(۲۹). بنابراین مقابله مذهبی روشی است که انسان از عقاید دینی خویش در جهت مقابله با فشارهای زندگی بهره می‌برد(۳۰). نمونه‌هایی از مقابله مذهبی شامل نماز، درخواست کمک از مسئولان مذهبی و جستجوی آرامش از خداوند است(۲۴). اعتقادات دینی و مذهبی به عنوان یک عامل جهت آرامش روانی در نظر گرفته می‌شوند و نداشتن مذهب یا پایین بودن سطح اعتقادات در هر مسلکی با سطح بالای افسردگی و تجربه دیگر مسائل روانی در ارتباط می‌باشد(۳۱). برخی مطالعات حاکی از آن است که مقابله مذهبی و معنوی در بیماران مبتلا به بیماری‌های حاد بیش‌تر دیده می‌شود(۳۲)؛ حال آن‌که برخی یافته‌های دیگر بیان می‌کنند که در بیماری‌های مزمن، این راهبرد مقابله‌ای بیش‌تر کاربرد دارد(۳۵-۳۳). نکته حائز اهمیت این است که بیماران سرطانی به دلیل شرایط بیماری، درصد بالاتری از مقابله مذهبی را گزارش می‌کنند(۳۶). در واقع ارتباط با خداوند، درگیری مذهبی و انجام معنویات که به سطوح بالای امیدواری(۳۸،۳۷)، احساس راحتی و قدرت(۳۹)، توانایی یافتن معنا(۴۰)، تطابق و یادگیری زندگی با سرطان(۴۲،۴۱) و سلامت روحی و روانی بیمار و مراقبین آن‌ها(۴۴،۴۳) می‌انجامد، به نوعی استفاده از رفتارهای مقابله مذهبی می‌باشد. اگرچه مشخص شده است که رفتارهای مقابله مذهبی در انسان‌های مذهبی بیش‌تر از افراد عادی است، اما عوامل دموگرافیکی از قبیل جنس مؤنث، سطح تحصیلات پایین، تأهل، وضعیت اقتصادی و مرحله بیماری بر رفتارهای مقابله مذهبی تأثیر می‌گذارند(۴۶،۴۵) که به نوبه‌ی خود سلامت عمومی را ارتقاء خواهد داد. به‌طوری‌که رفتارهای مقابله مذهبی به عنوان یک عامل تعدیل‌کننده افسردگی، خود تحت تأثیر متغیرهای گوناگونی قرار می‌گیرد(۴۷). با توجه به این که بافت مذهبی و فرهنگی کشور ایران ممکن است تأثیر به سزایی در واکنش‌های خلقی افراد نسبت به مرگ ایفا کند(۴۸)، اما بر اساس بررسی متون انجام شده، مطالعه‌ای که به بررسی عوامل مؤثر بر سطح افسردگی مرگ در بیماران سرطانی بپردازد، یافت نشد. بنابراین مطالعه حاضر با هدف تبیین عوامل و یافتن یک مسیر مؤثر بر سطح افسردگی مرگ در بیماران مبتلا به سرطان اجرا شد.

مواد و روش ها

در این مطالعه‌ی توصیفی- تحلیلی که در سال ۱۳۹۵ (فروردین تا تیر) انجام شد، ۴۹۷ بیمار بستری در واحد انکولوژی بیمارستان امام خمینی(ره) ساری و مرکز سرطان استان کرمان با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. کفایت حجم نمونه به کمک نرم افزار G*Power ۳،۰،۱۰ و بر اساس سطح معنی‌داری ۰/۰۵، توان ۸۰ درصد، ۴۹۷ نفر تعیین شد. این مراکز درمانی در مجموع دارای دو بخش انکولوژی بوده و در این بازه زمانی در حدود ۹۰۰ بیمار در این مراکز بستری شدند. ۶۰۰ بیمار مناسب طبق معیارهای ورود بوده که از این میان ۴۹۷ بیمار با نرخ مشارکت ۸۲/۸ درصد، در مطالعه شرکت یافتند.

معیارهای ورود بیماران به مطالعه شامل واجد شرایط بودن برای جراحی، رادیوتراپی یا شیمی درمانی (تشخیص توسط بررسی پرونده بیمار و نظر پزشک متخصص)، توانایی خواندن و نوشتن زبان فارسی و عدم وجود هرگونه اختلال جسمی یا روانی (غیر از سرطان) که مانع از شرکت در مطالعه شود (مانند اسکیزوفرنی، دمانس و افسردگی شدید) بود که با خوداظهاری بیمار و نظر پرشک متخصص مربوطه تشخیص داده شد.

ابزار جمع آوری اطلاعات

داده‌ها به کمک فرم اطلاعات دموگرافیک و طبی، مقیاس افسردگی مرگ ۲۱ سوالی تمپلر

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

(Templer Death Depression Scale) و مقیاس مقابله مذهبی پارگامنت (Pargament`s Religious Coping Scale) جمع‌آوری شدند.

نحوه امتیاز دهی ابزار افسردگی مرگ به صورت طیف لیکرت از خیلی مخالفم(۱) تا خیلی موافقم(۵) بوده که بین ۲۱ تا ۱۰۵ نمره گذاری شد؛ به طوری که نمرات بالاتر نشان‌دهنده افسردگی مرگ بیش‌تر بود(۴۹). روایی و پایایی این ابزار بر جمعیت‌های گوناگونی در دنیا ارزیابی شده است(۵۰،۵۱).

آقازاده و همکاران نیز در مطالعه‌ای بر ۸۹۴ تن از دانشجویان دانشگاه‌های شهر تبریز این ابزار را بررسی نمودند. طبق گزارشات صورت گرفته، این ابزار دارای روایی (ساختار چهار عاملی) و پایایی (ضریب همسانی درونی ۰/۷۸) قابل قبول بود(۱۸). هم چنین جهت تأیید روایی محتوایی نسخه فارسی ابزار افسردگی مرگ تمپلر در مطالعه حاضر، ابزار در اختیار ۱۰ تن از متخصصان (اعضای هیات علمی دانشکده پرستاری، روانپزشکان، روانشناسان و اونکولوژیست) قرار گرفت و از آن‌ها درخواست شد که نظرشان را در خصوص گویه‌های پرسشنامه بیان نمایند. پس از اصلاح پرسشنامه طبق نظرات اساتید، روایی محتوا تأیید شد. هم‌چنین ثبات درونی پرسشنامه بر روی مددجویان مبتلا به سرطان در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه شد.

مقیاس مقابله مذهبی از دیگر ابزار مورد استفاده در مطالعه حاضر بود که نخستین بار توسط پارگامنت طراحی و توسعه یافت(۵۲). این مقیاس شامل ۱۴ پرسش می‌باشد که ۷ ماده اول دیدگاه مثبت و ۷ ماده دوم دیدگاه منفی را می‌سنجد. نمره‌گذاری به صورت لیکرت از ۰ تا ۳ با چهار گزینه از (هیچ وقت) تا (همیشه) انجام گرفت. روایی ابزار در مطالعات بسیاری در ایران مورد تأیید واقع شده است(۵۳،۵۴). هم چنین ثبات درونی پرسشنامه بر روی مددجویان مبتلا به سرطان در مطالعه حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ محاسبه شد.

ملاحظات اخلاقی

مطالعه‌ی حاضر توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مازندران مورد تأیید قرار گرفت (IR.MAZUMS.REC.95-S 102). به بیماران در خصوص اهداف و مراحل مطالعه توضیحات کامل ارائه شد. علاوه بر این، به آن‌ها اطمینان داده شد اطلاعات شخصی آن‌ها در پرسشنامه مخفی خواهد ماند و جز برای نتایج پژوهش در مورد دیگری استفاده نخواهد شد. به تمامی شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که در هر زمان می‌توانند بنا به درخواست از مطالعه خارج شوند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS 23.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) انجام شد. بررسی توزیع طبیعی داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف صورت پذیرفت. رگرسیون خطی چندگانه جهت تعیین عوامل پیش‌بینی کننده افسردگی مرگ، با روش Enter، به کار گرفته شد. جهت بررسی پیش‌فرض عدم همبستگی باقیمانده‌ها، استقلال خطا (Independent errors) در رگرسیون خطی، آزمون دوربین واتسون (Durbin–Watson test) به کار گرفته شد. جهت بررسی پیش‌فرض عدم رابطه هم‌خطی چندگانه (Multicollinearity)، آماره تحمل (Tolerance) و عامل تورم واریانس (Variance inflation factor: VIF) بررسی شد. سطح معنی‌داری درمطالعه‌ی حاضر $p<۰/۰۵$ در نظر گرفته شد.

با استفاده از نتایج برازش مطالعات معادلات ساختاری، الگوی رابطه و تعامل (مستقیم و غیر مستقیم) بین متغیرهای پیشگو با افسردگی مرگ، تحلیل مسیر صورت گرفت. تحلیل مسیر مدل منتج شده از رگرسیون خطی چندگانه به کمک نرم‌افزار AMOS 22 بررسی شد. شاخص‌های مورد ارزیابی، نیکویی برازش مجذور کای، ریشه میانگین مجذورات تقریب (Root Mean Square Error of Approximation<۰/۰۸)،

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

مقایسه‌ای برازش مقتصد (ParsimonyComparative Fit Index>۰/۵)، نیکویی نرمال شده مقتصد(Parsimony Normed Fit Index>۰/۵)، نیکویی برازش تعدیل شده (Adjusted Goodness of Fit Index>۰/۸) و در انتها نسبت مجذور کای به درجه آزادی (CMIN/DF>۳) بررسی شدند(۵۸-۵۵).

یافته ها

میانگین سنی و نمره افسردگی مرگ در بیماران مبتلا به سرطان به ترتیب ۱۵/۲۲±۴۸/۳۸ سال و ۱۸/۴۰±۶۹/۹۲ بود. از میان شرکت کنندگان، ۲۵۲ نفر (۵۲/۳ درصد) مرد و ۳۴۳ نفر (۷۱/۲ درصد) متأهل بودند. اکثر آن‌ها سطح تحصیلات دیپلم تا لیسانس داشته (n=۲۰۷) و وضعیت اقتصادی متوسطی (n=۲۸۵) را گزارش کردند. بیش‌تر شرکت‌کنندگان در پژوهش، سابقه مصرف مواد مخدر (n=۳۲۷) و بیماری سرطان در خانواده (n=۲۶۹) را نداشتند. ۲۲۶ نفر در مرحله سوم سرطان بودند. مطابق با جدول شماره ۱، رگرسیون خطی چندگانه نشان داد متغیرهای وضعیت اقتصادی (B=۵/۳۷)، مرحله پیشرفت سرطان (B=-۲/۸۰) و نمره رفتارهای مقابله مذهبی (B=-۰/۳۴) به عنوان متغیرهای پیشگو، بیش ترین واریانس افسردگی مرگ را تبیین می‌کنند.

جدول شماره ۲، اثرات مستقیم، غیر مستقیم و اثر کل متغیرهای پیشگو را بر سطح افسردگی مرگ در بیماران مبتلا به سرطان نشان می‌دهد. متغیر وضعیت اقتصادی (۰/۲۲۴) و مرحله پیشرفت سرطان (-۰/۱۱۷) هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیر مستقیم بر سطح افسردگی مرگ اثر می‌گذارند. اما رفتارهای مقابله مذهبی (۰/۱۱۶) تنها اثر مستقیم بر سطح افسردگی مرگ در این بیماران دارد. در نمودار مسیر، نمودار شماره ۱، وزن‌های استاندارد شده بتا جهت نشان دادن ضرایب مسیرها گزارش شده است. همه ضرایب مسیر در سطح $p<۰/۰۰۱$ معنی‌دار بودند. نتایج بررسی برازش

جدول شماره ۱: متغیرهای پیشگو افسردگی مرگ در بیماران مبتلا به سرطان در مدل رگرسیون خطی ساده و چندگانه

متغیرها		تعداد (درصد)	B تعدیل نیافته (حدود اطمینان ۹۵٪)	سطح معنی داری	B تعدیل یافته (حدود اطمینان ۹۵٪)	سطح معنی داری
جنس	زن	۲۳۰ (۴۷/۷)	۲/۱۵۲ (-۱/۱۴۹ ، ۵/۴۵۳)	۰/۲۰۱	.	.
	مرد*	۲۵۲ (۵۲/۳)	۱/۰	.	۱/۰	.
وضعیت تأهل	مجرد	۱۳۹ (۲۸/۸)	-۲/۲۱۳ (-۵/۸۳۰ ، ۱/۴۰۳)	۰/۲۳۰	.	.
	متأهل*	۳۴۳ (۷۱/۲)	۱/۰	.	۱/۰	.
سطح تحصیلات	بی سواد*	۱۳۹ (۲۸/۸)	۱/۰	.	.	.
	دیپلم تا لیسانس	۲۰۷ (۴۲/۹)	۰/۴۴۸ (۳/۸۳۷ ، -۲/۹۴۲)	۰/۷۹۵	.	.
	فوق لیسانس و بالاتر	۱۳۶ (۲۸/۳)	-۰/۹۰۴ (۳/۰۱۰ ، -۴/۸۱۸)	۰/۶۵۰	.	.
وضعیت اقتصادی	ضعیف*	۹۱ (۱۸/۹)	۱/۰	.	.	.
	متوسط	۲۸۵ (۵۲/۱)	۱۱/۵۰۵ (۱۵/۹۱۰ ، ۷/۱۰۰)	<۰/۰۰۱	۱۲/۱۵۹ (۱۶/۴۶۳ ، ۷/۸۵۵)	<۰/۰۰۱
	خوب	۷۶ (۱۵/۸)	-۷/۸۱۵ (-۴/۵۳۵ ، -۱۱/۰۹۵)	<۰/۰۰۱	.	.
	عالی	۳۰ (۶/۲)	۱۳/۴۰۷ (۲۰/۱۲۵ ، ۶/۶۸۹)	<۰/۰۰۱	۱۴/۵۹۵ (۲۱/۴۵۷ ، ۸/۴۶۱)	<۰/۰۰۱
سابقه مصرف مواد مخدر	بلی	۱۵۵ (۳۲/۲)	-۳/۲۴۴ (-۶/۷۶۶ ، ۰/۲۷۸)	۰/۰۷۱	.	.
	خیر*	۳۲۷ (۶۷/۸)	۱/۰	.	۱/۰	.
سابقه سرطان در خانواده	بلی	۲۱۳ (۴۴/۲)	۰/۱۰۷ (-۳/۲۱۹ ، ۳/۴۳۴)	۰/۹۴۹	.	.
	خیر*	۲۶۹ (۵۵/۸)	۱/۰	.	۱/۰	.
مرحله‌ی سرطان	اول*	۴۶ (۹/۵)	۱/۰	.	۱	.
	دوم	۱۴۶ (۳۰/۳)	-۰/۱۶۱ (-۳/۴۲۷ ، ۳/۳۷۷)	۰/۹۳۰	.	.
	سوم	۲۲۶ (۴۶/۹)	-۰/۲۷۲ (-۳/۰۳۳ ، ۳/۵۷۶)	۰/۸۷۲	.	.
	چهارم	۶۴ (۱۳/۳)	-۶/۰۴۲ (-۱/۲۱۳ ، -۱۰/۸۷۱)	۰/۰۱۴	-۵/۰۴۸ (-۰/۴۶۶ ، -۹/۶۵۰)	۰/۰۳۲
سن		۴۷/۳۸ (۱۵/۲۲) [۱]	-۰/۰۱۸ (-۰/۱۲۶ ، ۰/۰۹۱)	۰/۷۴۸	.	.
مقابله‌ی مذهبی		۱۸/۸۱ (۳/۵۲) [۱]	-۰/۵۰۵ (-۰/۹۹۲ ، -۰/۰۱۸)	۰/۰۴۲	-۰/۶۰۶ (-۰/۸۱۳ ، -۰/۱۳۳)	۰/۰۰۸

[۱] میانگین (انحراف معیار)

* پایه

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

مدل مسیر ارائه شده نشان داد نتایج آزمون نیکویی برازش مجذور کای [χ^2(۱،N=۴۸۲)=۱/۴۷۵، p=۰/۲۲۵] و شاخص‌های برازندگی مدل از برازش مناسبی برخوردار هستند (CFI=۰/۹۹۱، NFI=۰/۹۷۶، CMIN/DF=۱/۴۷۵، RMSEA=۰/۰۳۱، AGFI=۰/۹۸۵۷) و مدل ارائه شده با تاثیرات مستقیم و غیر مستقیم می‌تواند تبیین کننده افسردگی مرگ در بیماران سرطانی باشند.

جدول شماره ۲: اثر مستقیم، غیر مستقیم و کل بر سطح افسردگی مرگ بیماران مبتلا به سرطان

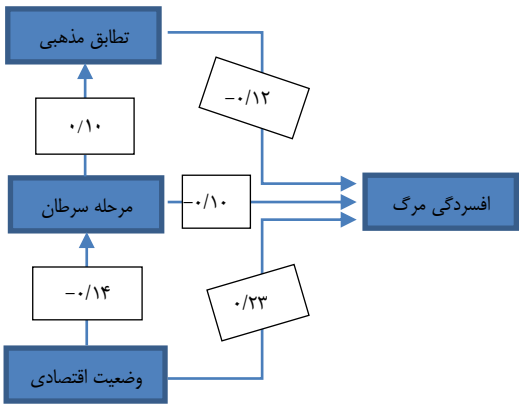
متغیرها		اثر			ضریب	سطح
		مستقیم	غیرمستقیم	کل	مدل	معنی داری
افسردگی مرگ	وضعیت اقتصادی	۰/۲۲۷	۰/۰۱۶	۰/۲۲۴	۰/۲۳	<۰/۰۰۱
	مرحله پیشرفت سرطان	-۰/۱۰۵	-۰/۰۱۲	-۰/۱۱۷	-۰/۱۰	<۰/۰۰۱
	رفتارهای مقابله مذهبی	-۰/۱۱۶	۰/۰۰۰	-۰/۱۱۶	-۰/۱۲	<۰/۰۰۱

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین و تبیین پیشگویی‌کننده‌ها و ارائه یک مدل مسیر مستقیم و غیرمستقیم مناسب افسردگی مرگ در مددجویان مبتلا به سرطان انجام گرفت. نتایج نشان داد که وضعیت اقتصادی، تأثیر مثبت و مستقیمی بر افسردگی مرگ بیماران مبتلا به سرطان دارد. بدین معنا که با افزایش سطح درآمد، افسردگی مرگ در این بیماران افزایش می‌یابد و مبتلایان به سرطان با درآمد بیش‌تر، افسردگی مرگ کم‌تری را نشان نمی‌دهند. این یافته با نتایج پژوهش Moreira-Almeida (۲۰۱۰) که در جامعه برزیلی بالاتر از ۱۳ سال انجام شد، همراستا بود(۵۹). یافته‌های حاصل از تحقیقات دیگر، وجود رابطه بین دو متغیر را تأیید نکردند(۶۲-۶۰). این در حالی است یافته‌های پژوهشی بر روی سالمندان نشان‌دهنده عدم وجود ارتباط معنادار بین وضعیت اقتصادی و افسردگی مرگ بود(۶۳). از سوی دیگر، Ell و همکاران (۲۰۰۵) بیان کردند که افراد با درآمد کم‌تر، اغلب تحصیلات پایین‌تری دارند که این عامل منجر به درک محدودی از وضعیت بیماری و توصیه‌های درمانی جهت بهبود وضعیت می‌شود. احتمالاً این فاکتور می‌تواند در تجربه افسردگی کم‌تر این افراد نقش داشته باشد(۶۴).

با توجه به مدل تحلیل مسیر ارائه شده، متغیر وضعیت اقتصادی با تأثیر منفی بر مرحله سرطان به صورت غیر مستقیم نیز بر سطح افسردگی مرگ تأثیر می‌گذارد؛ در واقع وضعیت اقتصادی مطلوب‌تر با کاهش مرحله سرطان همراه است که خود موجب کاهش سطح افسردگی مرگ در بیماران سرطانی است. با جستجوهای انجام شده، مطالعه‌ای یافت نشد که نشان‌دهنده وجود رابطه مثبت سطح درآمد و مرحله سرطان باشد. این درحالی است که این نتایج، با یافته‌های دو مطالعه دیگر که بر روی افراد سرطانی انجام شده بود، مغایرت داشت(۶۶،۶۵). از سوی دیگر، Barclay و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهش خود بر روی بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال، عدم وجود رابطه بین این دو متغیر را گزارش کردند(۶۷). هم‌چنین با اثر مرحله سرطان به نظر می‌رسد نوع فرهنگ، مذهب و نوع بیماری در دستیابی به این گونه نتایج دخالت داشته است. به عنوان مثال، نتایج مطالعه‌ای بیان داشت که در افراد با سطح درآمد و سطح تحصیلات پایین آفریقایی- آمریکایی تبار در مقایسه با سفیدپوستان، استفاده از راهبردهای اعتقادی و مذهبی بیش‌تر به کار گرفته می‌شود. بدیهی است که این امر بر روی مؤلفه‌های امید در بیماران مبتلا به سرطان و در نتیجه کاهش افسردگی و ترس از مرگ اثرگذار است(۶۸). هم‌چنین با توجه به حضور اکثر شرکت کنندگان مرد در این مطالعه و بودن در سن بازنشستگی، حتی با داشتن منبع اقتصادی قوی و درآمد کافی، به صورت ناخودآگاه، احساس منفی نسبت به خود در این افراد شکل گرفته که با تشدید درجه سرطان، انتظار می‌رود که این وضع نابسامان‌تر شود. بنابراین ایجاد این احساسات منفی نسبت به خود و موقعیت کنونی، زمینه‌ساز مشکلات روانی ازقبیل تجربه افسردگی خواهد بود(۶۹، ۷۰). پیشرفت مرحله سرطان نیز به عنوان متغیر دیگر در پیشگویی افسردگی مرگ درشرکت‌کنندگان مطالعه بود. Kübler-Ross (۱۹۹۷) نیز بیان نمود که با نزدیک شدن و برخورد افراد با حقیقت مرگ، افسردگی شدید رخ خواهد داد(۱۶).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]



نمودار شماره ۱: نمودارمسیر متغیرهای وضعیت اقتصادی، مرحله سرطان، رفتارهای مقابله مذهبی و افسردگی مرگ

با بررسی‌های صورت گرفته مطالعه‌ای یافت نشد که از نتایج پژوهش حاضر حمایت کند. یافته‌های مطالعات انجام شده در جمعیت بیماران مبتلا به سرطان در ایران، اردن و عربستان حاکی از وجود رابطه مثبت بین درجه سرطان و افسردگی مرگ بود(۷۳-۷۱). متضاد با یافته‌های پژوهش حاضر، نتایج مطالعه Ell و همکاران (۲۰۰۵) که بر روی ۴۷۲ بیمار مبتلا به سرطان پستان انجام شده بود، نشان دهنده عدم وجود ارتباط افسردگی مرگ و مرحله سرطان بود(۶۴). بنابراین علی‌رغم تجربه مراحل پیشرفته سرطان، این افراد نسبت به گروه‌هایی که به تازگی تشخیص بیماری برای آنان مطرح شده است، با چرخه درمان آشنایی داشته و دریافته‌اند که وجود درد به معنای بدتر شدن شرایط و بیماری نیست(۷۴). بدین جهت پذیرش این امر به تطابق بیش‌تر با بیماری و تجربه کم‌تر علائم روانی کمک می‌کند(۷۵). وجود رابطه غیر مستقیم در ارتباط بین درجه سرطان و افسردگی مرگ به عنوان دیگر یافته مطالعه حاضر گزارش شد. بدین صورت که درجه پیشرفت سرطان به‌طور معکوس با رفتارهای مقابله مذهبی در ارتباط است و این گونه رفتارها نیز به صورت منفی با افسردگی مرگ در بیماران مبتلا به سرطان ارتباط می‌یابند. همراستا با یافته‌های مطالعه حاضر، Janiszewska و همکاران (۲۰۰۸) در پژوهش خود بر روی بیماران مبتلا به سرطان پستان در مراحل مختلف بیماری، نشان دادند که بین رفتارهای مقابله مذهبی و درجه سرطان رابطه منفی برقرار است(۷۶). این افراد بر این اعتقاد هستند که این رویدادها از جانب خداوند است و او به نحوی آن‌ها را مجازات می‌کند. این عوامل سبب تحریک پذیری بیش‌تر افراد به‌خصوص در مراحل انتهایی بیماری شده، ایمان و اعتقاد خود را از دست داده و به عصبانیت با خدا بر می‌خیزند(۷۷). از دیگر سو، Murata این حالت را تحت عنوان "درد معنوی" بیان می‌کند که با از دست دادن احساس نسبت به زندگی، از دست دادن هویت شخصی و فقدان استقلال شناسایی می‌شود(۷۸). با این حال، نتایج مطالعاتی که بر روی همسران افراد مبتلا به سرطان ریه و هم‌چنین افراد مبتلا به سرطان پستان انجام شده بود، نتوانست وجود ارتباط بین رفتارهای مقابله مذهبی و درجه سرطان را بیان کند(۷۹،۲۹). علاوه بر این، تشخیص سرطان به طور دائم یادآور محدودیت زمانی و زنده ماندن، گذراندن آخرین تعطیلات با خانواده، آخرین جشن تولد و مواردی از این قبیل است. این افکار و تجربیات منجر به تغییرات خلقو خو و افسردگی مرگ بالاتر می‌شود(۷۳). در این هنگام است که مقابله مذهبی به عنوان یک بافر عمل کرده و موجب برقراری ارتباط رضایت‌بخش با خداوند و ایجاد احساس امنیت در فرد می‌شود(۸۰). هم چنین موجب تطابق بهتر با بیماری، خودکارآمدی و خودکنترلی شده و بدین ترتیب سلامت روانی افراد مبتلا به سرطان را بهبود می‌بخشد(۷۹). رفتارهای مقابله مذهبی از دیگر عوامل پیشگویی گزارش شد که به صورت مستقیم می‌تواند بر سطح افسردگی مرگ بیماران مبتلا به سرطان تأثیر بگذارد. نتایج حاصل از این تحقیق با مطالعه تقوی و همکاران (۲۰۱۱) و یافته‌های پژوهش سلیمان نژاد و همکاران (۲۰۱۰) در بیماران مبتلا به هیپوکندریازیس مطابقت دارد(۸۳،۸۲). در واقع، رفتارهای مقابله مذهبی مثبت، منجر به افزایش سلامت روان، کارکرد اجتماعی و بهبود اعتقادات مذهبی می‌شود(۸۴،۸۳). علاوه بر این، سبک‌های مقابله مذهبی به عنوان جنبه‌های خاصی از دین‌داری در نظر گرفته

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

می‌شوند که نقش مؤثری در سلامت روان داشته و فرد را در برابر افسردگی محافظت می‌نمایند(۸۶،۸۵). در حقیقت برخورداری از سطوح بالای مقابله مذهبی در بیماری‌های مزمن از جمله سرطان موجب افزایش توانایی فرد در کنترل خود در مواجه با عوامل خارجی می‌شود و سلامت روان فرد را بهبود بخشیده و در ایجاد آرامش روانی و سازگاری نقش به سزایی دارد(۸۷). بنابراین، کاربرد رفتارهای مقابله‌ای موجب سازگاری بیمار با مشکلات شده و به ایجاد دیدگاه مثبت به زندگی حتی در مراحل آخر بیماری نیز کمک می‌کند(۸۸).

محدودیت‌های مطالعه

از جمله مهم‌ترین محدودیت‌های مطالعه حاضر، عدم دسترسی به جامعه‌ای وسیع تر از بیماران سرطانی، عدم توانایی کنترل مسائل و تفاوت‌های فرهنگی بیماران (اثرگذار بر میزان بروز و ابراز افسردگی در افراد) و هم‌چنین بی‌دقتی احتمالی بیماران در پاسخ به ابزارها به علت وضعیت جسمانی و مشکلات درمانی که می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج مطالعه‌ی حاضر را محدود کند، بود. لذا پیشنهاد می‌شود از این قبیل مطالعات در آینده با جامعه‌ای وسیع‌تر و با جزییات بیش‌تر بر بیماران سرطانی و هم‌چنین سایر بیماری‌ها به عمل آید.

کاربرد نتایج

با توجه به نتایج حاصل شده، افسردگی مرگ باید یکی از تشخیص‌های مهم پرستاری در این بیماران در نظر گرفته شود. لذا لازم است جلسات مشاوره‌ای در کنار درمان‌های معمول، برای بیماران مبتلا به سرطان برگذار شده تا در صورت شناسایی زودرس علائم افسردگی، اقدامات درمانی آغاز گردد. هم‌چنین می‌توان با تکیه بر آموزه‌های مذهبی و دینی، گام‌های موثری در پیشگیری از افسردگی مرگ برداشت.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که وضعیت اقتصادی، درجه پیشرفت سرطان و رفتارهای مقابله مذهبی می‌توانند سطح افسردگی مرگ را پیش‌گویی کنند. مدل ارائه شده تحلیل مسیر نشان داد به جز متغیر رفتارهای مقابله مذهبی، وضعیت اقتصادی و مرحله سرطان تأثیر مستقیم و هم‌چنین غیر مستقیمی بر سطح افسردگی مرگ بیماران مبتلا به سرطان در مطالعه حاضر دارد. بنابراین علاوه بر توجه به فاکتورهای روانشناختی بیماران مبتلا به سرطان، عوامل اجتماعی- اقتصادی و معنوی نیز اهمیت می‌یابد. لذا انجام مداخلات درمانی، مشاوره‌های روانشناختی و آموزش‌مهارت‌های مقابله‌ای با تمرکز بر تقویت راهبردهای مذهبی مثبت در مراقبت‌های معمول از بیماران مبتلا به سرطان بایستی مدنظر تیم درمانی و مسئولین قرار گیرد.

سپاسگزاری

پژوهشگران از تمامی بیماران شرکت کننده در مطالعه حاضر و کلیه نیروهای انسانی که در جمع آوری داده‌ها مشارکت داشتند، تقدیر و تشکر می‌کنند. از طرفی دیگر، قدردانی خود را از کلیه همکاران معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران که پشتیبان مالی و معنوی طرح حاضر بودند را اعلام می‌دارند.

References

1. Soleimani MA, Yaghoobzadeh A, Bahrami N, Sharif SP, Sharif Nia H. Psychometric evaluation of the Persian version of the Templer's Death Anxiety Scale in cancer patients. Death Stud 2016; 40(9): 547-557.
2. Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global cancer statistics. CA A Cancer J Clin 2015; 65(2): 87-108.
3. Mir Shahid A, Osmany M, Khan W, Mishra D. Fear of death, depression and coping among cancer patients. Indian Journal of Health and Wellbeing 2014; 5(6): 681-686.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

4. Karami O, Falahat-Pisheh F, Jahani Hashemi H, Beiraghdar N. Quality of life in cancer patients in Qazvin (2007). J Qazvin Univ Med Sci 2010; 14(3): 80-86.
5. Stanton AL, Revenson TA, Tennen H. Health Psychology: Psychological Adjustment to Chronic Disease. Annu Rev Psychol 2007; 58(1): 565-592.
6. Noghani Fatemeh MZ, Bohrani Naser, Ghodarti Vida. The comparison of self esteem between male and female cancer patients. Hayat 2006; 12(2): 33-41.
7. Burgess C, Cornelius V, Love S, Graham J, Richards M, Ramirez A. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. BMJ 2005; 330(7493): 702.
8. Bussing A, Fischer J, Ostermann T, Matthiessen PF. Reliance on God's help, depression and fatigue in female cancer patients. Int J Psychiatry Med 2008; 38(3): 357-372.
9. So WK, Marsh G, Ling WM, Leung FY, Lo JC, Yeung M, et al. The symptom cluster of fatigue, pain, anxiety, and depression and the effect on the quality of life of women receiving treatment for breast cancer: a multicenter study. Oncol Nurs Forum 2009; 36(4): 205-214.
10. Currier MB, Nemeroff CB. Depression as a risk factor for cancer: from pathophysiological advances to treatment implications. Annu Rev Med 2014; 65: 203-221.
11. Krebber A, Buffart L, Kleijn G, Riepma I, Bree R, Leemans C, et al. Prevalence of depression in cancer patients: a metaanalysis of diagnostic interviews and selfreport instruments. Psychooncology 2014; 23(2): 121-130.
12. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. Lancet Oncol 2011; 12(2): 160-174.
13. Mashhadi MA, Shakiba M, Zakeri Z. Evaluation of Depression in Patients With Cancer In South of Iran (Zahedan). Iran J Cancer Prev 2013; 6(1): 12-16.
14. Nozari M, Dousti Y. Attitude Toward Death in Healthy People and Patients With Diabetes and Cancer. Iran J Cancer Prev 2013; 6(2): 95-100.
15. Gonen G, Kaymak SU, Cankurtaran ES, Karslioglu EH, Ozalp E, Soygur H. The factors contributing to death anxiety in cancer patients. J Psychosoc Oncol 2012; 30(3): 347-358.
16. Kübler-Ross E. Living with Death and Dying. New York: Scribner; 1997.
17. Rajabi GR, Begdeli Z, Naderi Z. Psychometric properties of the Persian version of Death Depression Scale among nurses. Death Stud 2015; 39(6): 342-326.
18. Templer DI, Lavoie M, Chalgujian H, Thomas-Dobson S. The measurement of death depression. Journal of Clinical Psychology 1990; 46(6): 834-839.
19. Malvezzi M, Bertuccio P, Levi F, La Vecchia C, Negri E. European cancer mortality predictions for the year 2013. Ann Oncol 2013; 24(3): 792-800.
20. Pasquini M, Biondi M. Depression in cancer patients: a critical review. Clin Pract Epidemiol Ment Health 2007; 3: 2.
21. Baetz M, Toews J. Clinical implications of research on religion, spirituality, and mental health. Can J Psychiatry 2009;54(5): 292-301.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

22. Tepper L, Rogers SA, Coleman EM, Malony HN. The prevalence of religious coping among persons with persistent mental illness. Psychiatr Serv 2001; 52(5): 660-665.
23. Soleimani MA, Sharif SP, Yaghoobzadeh A, Sheikhi MR, Panarello B, Win MT. Spiritual well-being and moral distress among Iranian nurses. Nursing Ethics 2016; 1-13.
24. Pargament KI. The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice: New York: Guilford Press; 2001.
25. Haghighi F. Correlation between religious coping and depression in cancer patients. Psychiatr Danub 2013; 25(3): 236-240.
26. Neimeyer RA. Death Anxiety Handbook: Research, Instrumentation, And Application (Death, Education, Aging and Health Care): New York: Taylor & Francis; 2015.
27. Lazarus RS. Coping theory and research: past, present, and future. Psychosom Med 1993; 55(3): 234-247.
28. Tix AP, Frazier PA. The use of religious coping during stressful life events: main effects, moderation, and mediation. J Consult Clin Psychol 1998; 66(2): 411-422.
29. Hebert R, Zdaniuk B, Schulz R, Scheier M. Positive and negative religious coping and well-being in women with breast cancer. J Palliat Med 2009; 12(6): 537-545.
30. Nesami MB, Goudarzian AH, Zarei H, Esameili P, Pour MD, Mirani H. The relationship between emotional intelligence with religious coping and general health of students. Mater Sociomed 2015; 27(6): 412-416.
31. Erickson VS, Westlake CA, Dracup KA, Woo MA, Hage A. Sleep disturbance symptoms in patients with heart failure. AACN Clin Issues 2003; 14(4): 477-487.
32. Soleimani MA, Pahlevan Sharif S, Allen KA, Yaghoobzadeh A, Sharif Nia H, Gorgulu O. Psychometric Properties of the Persian Version of Spiritual Well-Being Scale in Patients with Acute Myocardial Infarction. J Relig Health 2016.
33. Rabinowitz YG, Mausbach BT, Atkinson PJ, Gallagher-Thompson D. The relationship between religiosity and health behaviors in female caregivers of older adults with dementia. Aging Ment Health 2009; 13(6): 788-798.
34. Salts CJ, Denham TE, Smith Jr TA. Relationship patterns and role of religion in elderly couples with chronic illness. Journal of Religious Gerontology 1991; 7(3): 41-54.
35. Skaff M (ed). Religion in the stress process: Coping with caregiving. Annual Scientific Meeting of the Gerontological Society of America, Los Angeles, CA; 1995.
36. Cigrang JA, Hryshko-Mullen A, Peterson AL. Spontaneous reports of religious coping by patients with chronic physical illness. J Clin Psychol Med Sett 2003; 10(3): 133-137.
37. Borneman T, Stahl C, Ferrell BR, Smith D. The concept of hope in family caregivers of cancer patients at home. Journal of Hospice & Palliative Nursing 2002; 4(1): 21-33.
38. Theis SL, Biordi DL, Coeling H, Nalepka C, Miller B. Spirituality in caregiving and care receiving. Holist Nurs Pract 2003; 17(1): 48-55.
39. Oxman TE, Freeman DH, Manheimer ED. Lack of social participation or religious strength and comfort as risk factors for death after cardiac surgery in the elderly. Psychosom Med 1995; 57(1): 5-15.
40. Howard AF, Bottorff JL, Balneaves LG, Grewal SK. Punjabi immigrant women's breast cancer stories. J Immigr Minor Health 2007; 9(4): 269-279.
41. Urcuyo KR, Boyers AE, Carver CS, Antoni MH. Finding benefit in breast cancer:

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

Relations with personality, coping, and concurrent well-being. Psychology and Health 2005; 20(2): 175-192.

42. Ahmad F, Muhammad M, Abdullah AA. Religion and spirituality in coping with advanced breast cancer: perspectives from Malaysian Muslim women. J Relig Health 2011; 50(1): 36-45.
43. Purnell JQ, Andersen BL, Wilmot JP. Religious practice and spirituality in the psychological adjustment of survivors of breast cancer. Couns Values 2009; 53(3): 165-182.
44. Canada AL, Murphy PE, Fitchett G, Peterman AH, Schover LR. A 3-factor model for the FACITSp. Psycho Oncology 2008; 17(9): 908-916.
45. Amadi KU, Uwakwe R, Ndukuba AC, Odinka PC, Igwe MN, Obayi NK, et al. Relationship between religiosity, religious coping and socio-demographic variables among out-patients with depression or diabetes mellitus in Enugu, Nigeria. Afr Health Sci 2016; 16(2): 497-506.
46. Heaton TB. Religion and socioeconomic status in developing nations: A comparative approach. Soc Compass 2013; 60(1): 97-114.
47. Ross K, Handal PJ, Clark EM, Vander Wal JS. The relationship between religion and religious coping: Religious coping as a moderator between religion and adjustment. J Relig Health 2009; 48(4): 454-467.
48. Sharif Nia H, Ebadi A, Lehto RH, Peyrovi H. The experience of death anxiety in Iranian war veterans: a phenomenology study. Death Stud 2015; 39(1-5): 281-287.
49. Abdel-Khalek AM. Happiness and death distress: two separate factors. Death Stud 2005; 29(10): 949-958.
50. Templer DI, Harville M, Hutton S, Underwood R, Tomeo M, Russell M, et al. Death Depression Scale-Revised. OMEGA 2002; 44(2): 105-112.
51. Tomás-Sábado J, Gómez-Benito J. The Spanish Form of the Death Depression Scale. Percept Mot Skills 2003; 96(1): 49-53.
52. Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. J Clin Psychol 2000; 56(4): 519-543.
53. Ramirez SP, Macêdo DS, Sales PMG, Figueiredo SM, Daher EF, Araújo SM, et al. The relationship between religious coping, psychological distress and quality of life in hemodialysis patients. J Psychosom Res 2012; 72(2): 129-135.
54. Aflakseir A, Mahdiyar M. The Role of Religious Coping Strategies in Predicting Depression among a Sample of Women with Fertility Problems in Shiraz. J Reprod Infertil 2016; 17(2): 117-122.
55. Hooper D, Coughlan J, Mullen M. Structural equation modelling: Guidelines for determining model fit. Electronic Journal of Business Research Methods 2008: 6(1): 53-60.
56. Bahrami N, Sharif Nia H, Soliemani MA, Haghdoost AA. Validity and reliability of the persian version of Larson sexual Satisfaction Questionnaire in couples. J Kerman Univ Med Sci 2016; 23(3): 344-356 (Persian).
57. Bahrami N, Yaghoobzadeh A, Sharif Nia H, Soliemani MA, Haghdoost AA. Psychometric Properties of the Persian Version of Larsons Sexual Satisfaction Questionnaire in a Sample of Iranian Infertile Couples. Iranian Journal of Epidemiology 2016; 12(2): 18-31.
58. Pahlevan Sharif S, Mahdavian V. Structural Equation Modeling by the Use of AMOS: Fazel, Tehran; 2015.
59. Sharif Nia H, Pahlevan Sharif S, Goudarzian AH, Haghdoost AA, Ebadi A, Soleimani

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

MA. An evaluation of psychometric properties of the Templer's Death Anxiety Scale-Extended among a sample of Iranian chemical warfare veterans. Journal of Hayat 2016; 22(3): 229-244.

60. Jones RP, Cox D, Navarro-Rivera J, Dionne Jr E, Galston WA. The 2012 American values survey: How Catholics and the religiously unaffiliated will shape the 2012 election and beyond. Public Religion Research Institute. 2012; Available at: http://www.publicreligion:1.
61. Heaton TB. Religion and socioeconomic status in developing nations: A comparative approach. Social Compass 2013; 60(1): 97-114.
62. Schieman S. Socioeconomic status and beliefs about God's influence in everyday life. Sociology of Religion 2010; 71(1): 25-51.
63. Swathi GS. Death anxiety, death depression, geriatric depression and suicidal ideation among institutionalized and non-institutionalized elders. International Journal of Scientific and Research Publications 2014; 4(10): 356-364.
64. Ell K, Sanchez K, Vourlekis B, Lee P-J, Dwight-Johnson M, Lagomasino I, et al. Depression, correlates of depression, and receipt of depression care among low-income women with breast or gynecologic cancer. J Clin Oncol 2005; 23(13): 3052-3060.
65. Clegg LX, Reichman ME, Miller BA, Hankey BF, Singh GK, Lin YD, et al. Impact of socioeconomic status on cancer incidence and stage at diagnosis: selected findings from the surveillance, epidemiology, and end results: National Longitudinal Mortality Study. Cancer Causes Control 2009; 20(4): 417-435.
66. Singer S, Roick J, Briest S, Stark S, Gockel I, Boehm A, et al. Impact of socioeconomic position on cancer stage at presentation: Findings from a large hospitalbased study in Germany. Int J Cancer 2016; 139(8): 1696-1702.
67. Barclay KL, Goh PJ, Jackson TJ. Socioeconomic disadvantage and demographics as factors in stage of colorectal cancer presentation and survival. ANZ J Surg 2015; 85(3): 135-139.
68. Polite BN, Cipriano-Steffens T, Hlubocky F, Dignam J, Ray M, Smith D, et al. An evaluation of psychosocial and religious belief differences in a diverse racial and socioeconomic urban cancer population. J Racial Ethn Health Disparities 2016: 1-9.
69. Goovaerts P, Xiao H, Gwede CK, Tan F, Huang Y, Adunlin G, et al. Impact of age, race and socio-economic status on temporal trends in late-stage prostate cancer diagnosis in Florida. Spat Stat 2015; 14(Pt 100): 321-337.
70. Hosseini S, Rezaee A, Keykhosravi Z. A comparison of old men and women's social support, life satisfaction, happiness and depression. Journal of Woman and Society. 2012; 2(4): 143-161.
71. Mhaidat NM, Alzoubi KH, Al-Sweedan S, Alhusein BA. Prevalence of depression among cancer patients in Jordan: a national survey. Support Care Cancer 2009; 17(11): 1403-1407.
72. Tavoli A, Montazeri A, Roshan R, Tavoli Z, Melyani M. Depression and quality of life in cancer patients with and without pain: the role of pain beliefs. BMC Cancer 2008; 8: 177.
73. Almostadi DA. The relationship between death depression and death anxiety among cancer patients in Saudi Arabia. College of Nursing: University of South Florida; 2012. (Master Thesis).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

74. Sigal JJ, Ouimet MC, Margolese R, Panarello L, Stibernik V, Bescec S. How patients with less-advanced and more-advanced cancer deal with three death-related fears: an exploratory study. J Psychosoc Oncol 2007; 26(1): 53-68.
75. Kaliampos A, Roussi P. Religious beliefs, coping, and psychological well-being among Greek cancer patients. J Health Psychol 2015.
76. Janiszewska J, Buss T, de Walden-Gałuszko K, Majkowicz M, Lichodziejewska-Niemierko M, Modlińska A. The religiousness as a way of coping with anxiety in women with breast cancer at different disease stages. Support Care Cancer 2008; 16(12): 1361-1366.
77. Flannelly KJ, Ellison CG, Strock AL. Methodologic issues in research on religion and health. South Med J 2004; 97(12): 1231-1241.
78. Murata H. Spiritual pain and its care in patients with terminal cancer: construction of a conceptual framework by philosophical approach. Palliat Support Care 2003; 1(01): 15-21.
79. Abernethy AD, Chang HT, Seidlitz L, Evinger JS, Duberstein PR. Religious coping and depression among spouses of people with lung cancer. Psychosomatics 2002; 43(6): 456-463.
80. Hebert R, Zdaniuk B, Schulz R, Scheier M. Positive and negative religious coping and well-being in women with breast cancer. J Palliat Med 2009; 12(6): 537-545.
81. Soleimannejad A. Fear of death in patients with hypochondriasis and anxiety disorders . Urmia Med J 2010; 21(2): 273-279.
82. Taghavi M, Kalafi E, Talei A, Dehbozorgi G, Taghavi SMA. Investigating the relation of depression and religious coping and social support in women with breast cancer. J Isfahan Med Sch 2011; 28(115): 1-8.
83. Taheri Kharameh Z, Asayesh H, Zamanian H, Shoouri bidgoli A, Mirgheisari A, Sharififard F. Spiritual well-being and religious coping strategies among hemodialysis patients. Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPN) 2013; 1(1): 48-54.
84. Trankle TM. Psychological well-being, religious-coping and religiosity in college students. Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research 2006: 53-56.
85. Jansen KL, Motley R, Hovey J. Anxiety, depression and students' religiosity. Mental Health, Religion & Culture 2010; 13(3): 267-271.
86. Vallurupalli MM, Lauderdale MK, Balboni MJ, Phelps AC, Block SD, Ng AK, et al. The role of spirituality and religious coping in the quality of life of patients with advanced cancer receiving palliative radiation therapy. J Support Oncol 2012; 10(2): 81-87.
87. Babapour J, Sh Z, Zarezade F, Nejati B. The structural association of religious attitude and soping style with quality of life and fatigue in cancer patients. Journal of Health and Care 2016; 18(1): 45-54.
88. D'Souza CA, Antony S, Thomas B, Murthy SG. Coping strategies used by cancer patients to deal with physical and psychological problems of chemotherapy. International Journal of Innovative Research and Development 2016; 5(3): 36-41.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]